



## Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

## Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

## Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.





Тем, что эта книга дошла до Вас, мы обязаны в первую очередь библиотекарям, которые долгие годы бережно хранили её. Сотрудники Google оцифровали её в рамках проекта, цель которого – сделать книги со всего мира доступными через Интернет.

Эта книга находится в общественном достоянии. В общих чертах, юридически, книга передаётся в общественное достояние, когда истекает срок действия имущественных авторских прав на неё, а также если правообладатель сам передал её в общественное достояние или не заявил на неё авторских прав. Такие книги – это ключ к прошлому, к сокровищам нашей истории и культуры, и к знаниям, которые зачастую нигде больше не найдёшь.

В этой цифровой копии мы оставили без изменений все рукописные пометки, которые были в оригинальном издании. Пускай они будут напоминанием о всех тех руках, через которые прошла эта книга – автора, издателя, библиотекаря и предыдущих читателей – чтобы наконец попасть в Ваши.

### Правила пользования

Мы гордимся нашим сотрудничеством с библиотеками, в рамках которого мы оцифровываем книги в общественном достоянии и делаем их доступными для всех. Эти книги принадлежат всему человечеству, а мы – лишь их хранители. Тем не менее, оцифровка книг и поддержка этого проекта стоят немало, и поэтому, чтобы и в дальнейшем предоставлять этот ресурс, мы предприняли некоторые меры, чтобы предотвратить коммерческое использование этих книг. Одна из них – это технические ограничения на автоматические запросы.

Мы также просим Вас:

- **Не использовать файлы в коммерческих целях.** Мы разработали программу Поиска по книгам Google для всех пользователей, поэтому, пожалуйста, используйте эти файлы только в личных, некоммерческих целях.
- **Не отправлять автоматические запросы.** Не отправляйте в систему Google автоматические запросы любого рода. Если Вам требуется доступ к большим объёмам текстов для исследований в области машинного перевода, оптического распознавания текста, или в других похожих целях, свяжитесь с нами. Для этих целей мы настоятельно рекомендуем использовать исключительно материалы в общественном достоянии.
- **Не удалять логотипы и другие атрибуты Google из файлов.** Изображения в каждом файле помечены логотипами Google для того, чтобы рассказать читателям о нашем проекте и помочь им найти дополнительные материалы. Не удаляйте их.
- **Соблюдать законы Вашей и других стран.** В конечном итоге, именно Вы несёте полную ответственность за Ваши действия – поэтому, пожалуйста, убедитесь, что Вы не нарушаете соответствующие законы Вашей или других стран. Имейте в виду, что даже если книга более не находится под защитой авторских прав в США, то это ещё совсем не значит, что её можно распространять в других странах. К сожалению, законодательство в сфере интеллектуальной собственности очень разнообразно, и не существует универсального способа определить, как разрешено использовать книгу в конкретной стране. Не рассчитывайте на то, что если книга появилась в поиске по книгам Google, то её можно использовать где и как угодно. Наказание за нарушение авторских прав может оказаться очень серьёзным.

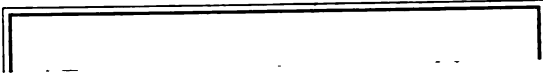
### О программе

Наша миссия – организовать информацию во всём мире и сделать её доступной и полезной для всех. Поиск по книгам Google помогает пользователям найти книги со всего света, а авторам и издателям – новых читателей. Чтобы произвести поиск по этой книге в полнотекстовом режиме, откройте страницу <http://books.google.com>.

COUNTWAY LIBRARY

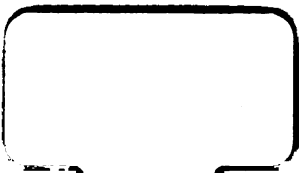


HC 24M7 L



BOSTON  
MEDICAL LIBRARY  
8 THE FENWAY

WITHDRAWN  
FOR EXCHANGE  
WASHINGTON, D.C.





1000  
1000

# Русскій Врачъ.

ЕЖЕНЕДѢЛЬНАЯ ГАЗЕТА,

посвященная всѣмъ отраслямъ клинической медицины  
общественной и частной гигиѣнѣ и вопросамъ врачебнаго  
быта.

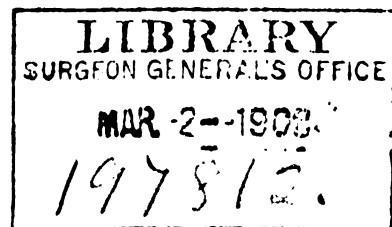
*Органъ, основанный въ память В. А. МАНАССЕИНА.*

Подъ редакціей д-ра С. В. ВЛАДИСЛАВЛЕВА и проф. В. В. ПОДВЫСОЦКАГО.

ТОМЪ V.

ВТОРОЕ ПОЛУГОДИЕ

(№№ 27—52, стр. 821—1656).



ПЕТЕРБУРГЪ.

ИЗДАНИЕ О. А. РИККЕРЪ.  
1906.

Digitized by Google





# АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

## ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

### А.

Абельманъ М. Д. Къ казуистикѣ лѣченія Basedow'овой болѣзни сывороткой *Moebius'a* 1117.

Оль-же. Къ учению объ усвоении жировъ. Всасываніе жировъ при желтухѣ 1644.

Автократовъ П. М. Случай опухоли, занимающей подушку зрительнаго бугра, лѣвый передній бугоръ четверохолмія, заднюю половину задней ножки внутренней капсулы и чечевичное ядро 894.

Адамюкъ В. Е. Мѣстный амилоидъ въѣкъ, экспериментально вызванный у кроликовъ 1311.

Ануфриевъ А. А. Къ казуистикѣ большихъ псевдоменингомиелитическихъ кистаденовъ яичника 950.

### Б.

Барадулиня Г. И. Нѣкоторыя измѣненія крови у больныхъ ракомъ желудка (пищеварительный лейкоцитозъ) 857.

Брошніовскій П. Е. Обзоръ произведенныхъ въ теченіи года трепанаций сосцевиднаго отростка 923.

Вруштейнъ С. А. и Нахидовъ Г. Г. Къ вопросу о физическихъ припадкахъ при преждевременномъ слабоуміи (*dementia praecox*) 1146.

Букоемскій Ф. В. О лѣченіи гонорреи у женщинъ метиленовой синьюю 1075.

Былина А. З. Къ казуистикѣ первичнаго хроническаго фибринознаго бронхита 1212.

Валобжескій В. А. 2 случая послѣжоговыхъ сращеній 833.

### В.

Веберъ Ф. К. Къ вопросу о заворотѣ S-образной кишки (*S. Roiani*) 1041, 1079.

Видорчикъ Н. А. Правительственные законопроекты по реформѣ фабричной медицины и по страхованію отъ болѣзни 1515, 1550, 1621.

Виноградовъ В. В. Къ клинической картинѣ припадковъ и къ вопросу о распознаваніи грыжъ грудобрюшной преграды 1547, 1587.

Внуковъ В. В. Два случая остраго разлитого прободнаго перитонита, излеченнаго чревостѣченіемъ 822.

Воловскій К. А. Способъ опредѣленія  $\frac{1}{100}$  дѣятельнаго хлора въ растворѣ хлорноватистокислой извести 1374.

Волюшинъ А. Д. Къ вопросу о микроорганизмѣ сифилиса 1210.

Вреденъ Р. Р. Коренная операція пупочной грыжи 919.

### Г.

Гагенъ Торнъ И. Э. Опухоли глазницы, развившіяся вслѣдствіе кистовиднаго растѣженія лобныхъ пазухъ (*Sinuitis frontalis chr. cum dilatatione*) 1137.

Гаусманъ Э. О. О прощупываніи червеобразнаго отростка въ диагностическомъ значеніи прощупыванія при хроническомъ аппендицитѣ 826.

Граменицкій Э. И. Къ вопросу о лѣченіи застойной гипереміи по способу *Bier'a* 1107.

Григорьевъ А. В. Объ отличительномъ распознаваніи крови человѣка отъ крови животныхъ по формѣ кристалловъ метгемоглобина и жировыхъ кристалловъ при судебно-медицинскихъ изслѣдованіяхъ 945, 977, 1009.

Груздевъ В. С. Къ вопросу объ инородныхъ тѣлахъ въ брюшной полости и объ отношеніи къ нимъ брюшины 917.

Груздевъ С. С. Матеріалы для характеристики бугорчатыхъ пораженій пищевода и желудка 1432, 1465.

Гусевъ П. Э. Случай образованія искусственнаго влагалища по способу проф. В. Э. Снегирева 1340.

### Д.

Давыдовъ М. С. Объ эхинококковой кистѣ почки, временно вскрывающейся въ почечную лоханку и освобождающейся отъ своихъ дочернихъ пузырей, и объ ея лѣченіи 1118.

Добровольскій Е. Э. Къ вопросу объ измѣненіи количества раствореннаго въ водѣ кислорода при озонизаціи 866.

Држевецкій А. Ф. Объ экспериментальномъ циррозѣ печени 1015.

Оль-же. Лѣченіе бѣлокровія лучами *Röntgen'a* 1338.

### Е.

Ермолинскій Д. А. Случай первичной эндотелиомы легкаго 1370.

### Ж.

Жебровскій Э. А. О распознавательномъ значеніи измѣненій мочи при ошупываніи (сдавливаніи) почекъ 1402, 1437.

Жуковскій В. П. Зараженіе черезъ пуповину, какъ новый способъ вакцинаціи 1145.

### З.

Заболотный Д. К. Къ вопросу о патогенезѣ сифилиса 1297.

Зарцынъ Э. О. 328 операций съ помощью мѣстнаго обезбо- ливанія кокаиномъ адреналиновой смѣсью 1279.

Зимницкій С. С. Замѣтки къ вопросу о желудочной секре- ции при желтухахъ 1045.

Оль-же. Нѣкоторыя данныя криоскопіи мочи при сахарномъ мочеизнуреніи 1201, 1239.

Златовъровъ А. В. Искривленія носовой перегородки и значеніе ихъ для организма. Оперативное лѣченіе ихъ 860.

Зыковъ В. М. Къ вопросу о мѣропріятіяхъ при раковыхъ заболѣваніяхъ 1329.

### И.

Иконниковъ П. С. Къ казуистикѣ истинныхъ непаразитар- ныхъ кистъ печени 1181.

### К.

Капланъ Я. В. 2 случая смертельнаго кровотеченія при флегмонозной жабѣ (*peritonsillitis*) 1616.

Карницкій А. О. Тяжелый случай гриппа у 7-лѣтней дѣ- вочки (*influenza gravis*) 954.

Кириковъ Н. Н. Еще къ вопросу о желудочномъ отдѣленіи при желтушныхъ заболѣваніяхъ 1507.

Клименко В. Н. Къ вопросу о противосифилитической сы- вороткѣ *Liste'a* 853.

Клодницкій Н. Н. Къ значенію бактериологическаго изслѣ- дованія мочи для распознаванія 1114.

Кобылянский Э. Л. Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи множественныхъ папилломъ гортани въ дѣтскомъ возрастѣ (случай ларингофиссуръ) 920.

Красногорскій Н. И. Опытъ изученія обмѣна желѣза у дѣ- тей грудного возраста 1410, 1478, 1511, 1549.

Кривскій Л. А. Медицинскій отчетъ о Петербургскихъ городскихъ родильныхъ пріютахъ за 1905-ый годъ 1624.

Крымовъ А. П. О почечныхъ камняхъ 1268.

### Л.

Ларионовъ В. Е. Тонкое строеніе и новая окраска голов- ного мозга человѣка и животныхъ 1233.

Левашовъ С. В. О современномъ фармацевтическомъ лѣ- ченіи сердечныхъ болѣзней 1361, 1398.

Леви Э. С. Приспособленія для укрѣпленія бужей *Le Fort'a* 898.

Левоневскій К. П. Случай гладкихъ металлических ине- родныхъ тѣлъ въ пищеварительномъ каналѣ 1151.

Лезинъ В. В. Къ вопросу о кровотоочности 1641.

Ликуди Г. Г. Верональ и его терапевтическое значеніе 1173, 1205.

Ломовицкій П. А. Эпидемія желтухи въ Томскѣ 987.

### М.

Магакьянъ Г. Н. Тромбозъ воротной вены 1244.

Маньковский А. Ф. Способъ изготовленія серии толстыхъ макроскопическихъ срѣзовъ изъ цѣлаго мозга человѣка на ми- кротомѣ Marchi. Сохраненіе срѣзовъ въ видѣ стойкихъ препара- товъ, залитыхъ въ желатину съ формалиномъ 821.

Малютинъ Е. Н. Къ казуистикѣ воспаленій лобныхъ па- зухъ 1611.

Марголинъ М. И. Объ огнестрѣльныххъ внѣбрюшинныхъ раненіяхъ мочевого пузыря 1512.

Миклашевскій П. П. Операционная родильная кровать 1052.

Мильманъ М. С. Къ казуистикѣ паратифозныхъ заболѣва- ній 1016.

Михайловъ М. П. 2 практическихъ задачи: 1) Иодистый калий, какъ реактивъ для быстрого распознаванія между тре- тичнымъ сифилисомъ и ракомъ внутреннихъ органовъ, недо- ступныхъ точному физическому изслѣдованію, и, 2) Иодистый калий, какъ лечебное средство противъ рака внутреннихъ орга- новъ 1573.



# АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

## ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

### А.

Абельманъ М. Л. Къ казуистикѣ лѣченія *Basedow*'овой болѣзни съвороткой *Moebius*'a 1117.

Онг-же. Къ учению объ усвоеніи жировъ. Всасываніе жировъ при желтухѣ 1644.

Автократовъ П. М. Случай опухоли, занимающей подушку зрительнаго бугра, лѣвый передній бугоръ четверохолмія, заднюю половину задней ножки внутренней капсулы и чечевичное ядро 894.

Адамюхъ В. Е. Мѣстный амилоидъ въѣлъ, экспериментально вызванный у кроликовъ 1311.

Ануфриевъ А. А. Къ казуистикѣ большихъ псевдоменингомиома кистаденомъ яичника 950.

### Б.

Варадулиаъ Г. И. Нѣкоторыя измѣненія крови у больныхъ ракомъ желудка (пищеварительный лейкоцитозъ) 857.

Врошнівскій П. К. Обзоръ произведенныхъ въ теченіи года трепанаций сосцевиднаго отростка 923.

Вруштейнъ С. А. и Нахидовъ Г. Г. Къ вопросу о физическихъ припадкахъ при преждевременномъ слабоуміи (*dementia praecox*) 1146.

Вукоемскій Ф. В. О лѣченіи гонорреи у женщинъ метиловою синькой 1075.

Вылина А. З. Къ казуистикѣ первичнаго хроническаго фибринознаго бронхита 1212.

Валобжескій В. А. 2 случая послѣжоговыхъ сращеній 833.

### В.

Веберъ Ф. К. Къ вопросу о заворотѣ S-образной кишки (*S. Rotundi*) 1041. 1079.

Вигдорчикъ Н. А. Правительственные законопроекты по реформѣ фабричной медицины и по страхованію отъ болѣзни 1515. 1550. 1621.

Виноградовъ В. В. Къ клинической картинѣ припадковъ и къ вопросу о распознаваніи грыжъ грудобрюшной преграды 1547. 1587.

Внуковъ В. В. Два случая остраго разлитого прободнаго перитонита, излеченнаго чревостѣченіемъ 822.

Воловскій К. А. Способъ опредѣленія  $\%$  дѣятельнаго хлора въ растворѣ хлорноватисто-кислой извести 1374.

Волошинъ А. Д. Къ вопросу о микроорганизмѣ сифилиса 1210.

Вреденъ Р. Р. Коренная операція пупочной грыжи 919.

### Г.

Гагенъ Торнъ И. Э. Опухоли глазницы, развившіяся вслѣдствіе кистовиднаго растянута лобныхъ пазухъ (*Sinuitis frontalis chr. cum dilatatione*) 1137.

Гаусманъ Э. О. О прощупываніи червеобразнаго отростка и діагностическомъ значеніи прощупыванія при хроническомъ аппендицитѣ 826.

Граменицкій Э. И. Къ вопросу о лѣченіи застойной гипереміи по способу *Bier*'a 1107.

Григорьевъ А. В. Объ отличительномъ распознаваніи крови человѣка отъ крови животныхъ по формѣ кристалловъ метгемоглобина и жировыхъ кристалловъ при судебно-медицинскихъ изслѣдованіяхъ 945. 977. 1009.

Грудевъ В. С. Къ вопросу объ инородныхъ тѣлахъ въ брюшной полости и объ отношеніи къ нимъ брюшины 917.

Грудевъ С. С. Матеріалы для характеристики бугорчатковыхъ пораженій пищевода и желудка 1432. 1465.

Гусевъ П. Э. Случай образованія искусственнаго влагалнища по способу проф. В. Э. Снегирева 1340.

### Д.

Давыдовъ М. С. Объ эхинококковой кистѣ почки, временно вскрывающейся въ почечную лоханку и освобождающейся отъ своихъ дочернихъ пузырей, и объ ея лѣченіи 1118.

Добровольскій К. Э. Къ вопросу объ измѣненіи количества раствореннаго въ водѣ кислорода при озонизаціи 866.

Джевецкій А. Ф. Объ экспериментальномъ циррозѣ печени 1015.

Онг-же. Лѣченіе обильной кровью лѣвыми *Röntgen*'a 1338.

### Е.

Ермолинскій Д. А. Случай первичной эндотелиомы легкаго 1370.

### Ж.

Жебровскийъ Э. А. О распознавательномъ значеніи измѣненій мочи при ощупываніи (сдавливаніи) почекъ 1402. 1437.

Жуковский В. П. Зараженіе черезъ пуповину, какъ новый способъ вакцинаціи 1145.

### З.

Заболотный Д. К. Къ вопросу о патогенезѣ сифилиса 1297.

Зарцынъ Э. О. 328 операций съ помощью мѣстнаго обезбо-

ливанія кокаиномъ адреналиновой смѣсью 1279.

Зимницкій С. С. Замѣтки къ вопросу о желудочной секреціи при желтухахъ 1045.

Онг-же. Нѣкоторыя данныя кріоскопии мочи при сахарномъ мочеизнуреніи 1201. 1239.

Златовровъ А. В. Искривленія носовой перегородки и значеніе ихъ для организма. Оперативное лѣченіе ихъ 860.

Зыковъ В. М. Къ вопросу о мѣропріятіяхъ при раковыхъ заболѣваніяхъ 1329.

### И.

Иконниковъ П. С. Къ казуистикѣ истинныхъ непаразитарныхъ кистъ печени 1181.

### К.

Капланъ Я. В. 2 случая смертельнаго кровотеченія при флегмонозной жабѣ (*peritonsillitis*) 1616.

Карницкій А. О. Тяжелый случай гриппа у 7-лѣтней дѣвочки (*influenza gravis*) 954.

Кириковъ Н. Н. Еще къ вопросу о желудочномъ отдѣленіи при желтушныхъ заболѣваніяхъ 1507.

Клименко В. Н. Къ вопросу о противосифилитической съвороткѣ *Lisle*'a 853.

Клодницкій Н. Н. Къ значенію бактериологическаго изслѣдованія мочи для распознаванія 1114.

Кобылинскій Э. Л. Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи множественныхъ папилломъ гортани въ дѣтскомъ возрастѣ (случай ларингофиссуры) 920.

Красногорскій Н. И. Опытъ изученія обмѣна желѣза у дѣтей груднаго возраста 1410. 1478. 1511. 1549.

Кривскій Л. А. Медицинскій отчетъ о Петербургскихъ городскихъ родильныхъ пріютахъ за 1905-ый годъ 1624.

Крымовеъ А. П. О почечныхъ камняхъ 1268.

### Л.

Ларіоновъ В. Е. Тонкое строеніе и новая окраска головного мозга человѣка и животныхъ 1233.

Левашовъ С. В. О современномъ фармацевтическомъ лѣченіи сердечныхъ болѣзней 1361. 1398.

Леви Э. С. Приспособленія для укрѣпленія бузей *Le Fort*'s 893.

Левоневскій К. П. Случай гладкихъ металлическихъ инородныхъ тѣлъ въ пищеварительномъ каналѣ 1151.

Лезинъ В. В. Къ вопросу о кровоточивости 1641.

Ликуди Г. Г. Вероналъ и его терапевтическое значеніе 1173. 1205.

Ломовицкій П. А. Эпидемія желтухи въ Томскѣ 987.

### М.

Магакьянъ Г. Н. Тромбозъ воротной вены 1244.

Маньковскій А. Ф. Способъ изготовленія серіи толстыхъ макрокопическихъ срѣзовъ изъ цѣлаго мозга человѣка на микротомѣ *Marchi*. Сохраненіе срѣзовъ въ видѣ стойкихъ препаратовъ, залитыхъ въ желатину съ формалиномъ 821.

Малютинъ Е. Н. Къ казуистикѣ воспаленій лобныхъ пазухъ 1611.

Марголинъ М. И. Объ огнестрѣльныхъ внѣбрюшинныхъ раненіяхъ мочевого пузыря 1512.

Миклашевскій П. П. Оперативная родильная кровать 105.

Мильманъ М. С. Къ казуистикѣ паратифозныхъ заболѣваній 1016.

Михайловъ М. П. 2 практическихъ задачи: 1) Иодисты калий, какъ реактивъ для быстрого распознаванія между тритичнымъ сифилисомъ и ракомъ внутреннихъ органовъ, недоступныхъ точному физическому изслѣдованію, и, 2) Иодисты калий, какъ лѣчебное средство противъ рака внутреннихъ органовъ. 1573.

Михайловъ Н. А. Основная задача терапіи при хирургическихъ заболѣваніяхъ мочеполовыхъ путей 896.

Молчановъ В. И. Наблюденія надъ лѣченіемъ скарлатины сывороткой Moser'a 1574, 1612.

## Н.

Непорожній С. Д. Нѣкоторыя экспериментальныя и клиническія данныя о специфической противуогорчатковой сывороткѣ 1243.

Нещадищенко М. П. Къ вопросу объ эпидемиологіи и профилактикѣ дифтеріи 1148.

## О.

Окиншевичъ А. И. Къ вопросу о нарывахъ въ печени 1618, 1646.

Омельченко О. З. Къ вопросу о спирохетахъ при сифилисѣ 1105.

Опокинъ А. А. Къ бактериологіи заглоточныхъ нарывовъ 891.

Оппель В. А. Къ казуистикѣ изсѣченій печени 1609.

Орловскій В. Ф. Изъ клиническихъ наблюденій надъ дига-леномъ 984, 1020, 1048.

Онъ-же. Къ клиникѣ первичнаго рака легкихъ 1366.

Орловъ В. Н. Къ казуистикѣ случаевъ воспаленія и нагноенія ложно-слизистыхъ кистомъ въ послѣродовомъ періодѣ съ ихъ послѣдствіями 889.

## П.

Петровъ Н. Н. Къ вопросу о раненіяхъ селезенки 1501, 1542.

Побѣдинскій Н. И. Къ вопросу о разсѣченіи лонной кости 1537.

Покровский М. М. Случай полного обратнаго расположенія внутренностей 1365.

Поперъ П. Г. Къ казуистикѣ лимфатическихъ кистъ бедра 1085.

Прожанскій Н. А. Къ вопросу о вліяніи спермина на кровообращеніе сердца теплокровныхъ животныхъ 1442.

## Р.

Рубашкинъ В. Я. Объ измѣненіяхъ яичъ въ запусѣвающихся *Graaf*овыхъ пузырькахъ (фолликулахъ) 982, 1017.

Рыбаковъ О. Е. Главнѣйшія нервно-психическія входящія алкоголизма въ ихъ статистическомъ отношеніи 1073.

## С.

Словцовъ В. И. Къ вопросу о свертываніи молока сычужнымъ бродиломъ 1178.

Онъ-же. Къ вопросу объ однородности казеина 1436.

Студинскій И. В. Къ вопросу о частотѣ увеличенія селезенки у больныхъ и у здоровыхъ 1082.

## Т.

Терибинскій В. И. Случай «Xeroderma pigmentosum» *Kaposi* 1508.

Тимофѣевъ С. Л. Травматическій отекъ кисти и стопы искусственнаго происхожденія. (Распространенный тромбозъ тыловыхъ венъ) 956.

Турнеръ Г. И. О патологіи и лѣченіи *genu valgum* 1169.

## У.

Усковъ Л. И. и Калачевъ П. X. О лѣченіи бѣлокровія х-лучами 1273, 1301.

## Ф.

Фельдтъ А. А. О противобугорчатковой сывороткѣ *Marmorek's* 855.

Философовъ П. И. Къ вопросу о вліяніи различныхъ бѣлковъ пищи на выдѣленіе сахара и развитіе ацидоза при сахарномъ мочеизнуреніи 1470.

Флейшеръ Г. В. Вліяніе оксидазы на продукты азотистаго обмена мочи 1615.

Фофановъ Л. Л. Къ вопросу объ отдѣленіи желудочнаго сока у здоровыхъ людей 1586.

## Х.

Ханутина М. Д. По поводу 2-хъ случаевъ склеродерміи 1141.

Холмогоровъ С. С. Лѣченіе слюнотеченія во время беременности атропиномъ 1177.

Онъ-же. Кесарское сѣченіе при относительныхъ показаніяхъ 1373.

Онъ-же. О пубертетѣ 1539.

Хольцовъ В. Н. Къ патологіи и патогенезу отраженной анурии 1308.

## Ц.

Чистовичъ Н. Я. Псейдолейкемія съ періодической лихорадкой 1265.

Онъ-же. О кровавыхъ пластинкахъ при острыхъ заразныхъ заболѣваніяхъ 1393.

Онъ-же. Памяти Льва Васильевича Попова. Обзоръ его научныхъ трудовъ 1429.

Членовъ М. А. Объ экспериментальномъ сифилисѣ у обезьянъ 1297, 1332.

## Ш.

Шайкевичъ М. О. Болѣзненность костей лица у вырождающихся 1014.

Шоръ Г. В. *Cranium patiforme* съ точки зрѣнія патологической анатоміи 1312.

Шуениновъ С. П. Къ вопросу о первичныхъ атрофіяхъ печени 1235, 1271.

## Я.

Якимовъ В. Л. Продолжительность жизни трипанозомъ «случной болѣзни» (*Trypanosoma Rougeti*) при искусственныхъ условіяхъ 1476.

Яновскій О. Г. Опытъ классификаціи врачебныхъ міро-пріятій при лѣченіи внутреннихъ болѣзней 885.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ.

Амстердамскій А. Постановленія земскихъ Собраній Курской губ. 1904—1905 гг. Реакціонное теченіе въ Балгородскомъ уѣздѣ: стремленіе къ централизаціи въ немъ больничной помощи 926.

Онъ-же. Ревизіонная Комиссія съ участіемъ врачей въ Бобровскомъ и нѣкоторыхъ др. уѣздахъ Воронежской губ. 990.

Вигдорчикъ Н. Высшая форма общественной медицинны 1281.

Коганъ Г. Бугорчатка, какъ народное бѣдствіе, и мѣры борьбы съ ней 1518, 1553, 1626, 1648.

Орловскій В. Къ постройкѣ въ Ессентукахъ новой грязелѣчебницы 1151.

Прозоровъ Л. Тюремное заключеніе 1120.

Онъ-же. Жертвы русской революціи 1313.

Пуосепъ Л. Впечатлѣнія врача на передовыхъ позиціяхъ въ минувшую русско-японскую войну 1479.

Сланскій В. Къ вопросу о реформѣ медицинскаго вѣдомства 1187, 1216.

Сулима А. Впечатлѣнія врача отъ пребыванія въ образцовой одиночной тюрьмѣ 898.

Черевковъ А. Къ вопросу объ устройствѣ новой грязелѣчебницы въ Ессентукахъ 989.

Шайкевичъ М. Нѣкоторыя соображенія по поводу военной медицинны и военныхъ врачей 962.

## ПИСЬМА ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Бабкинъ В. Новое физиологическое отдѣленіе Неаполитанской зоологической станціи 1025.

Вертеисонъ Л. Послѣдняя Конференція Международнаго Союза по борьбѣ съ бугорчаткой 1413.

Вогоявленскій Н. По вопросу объ организаціи медицинской помощи на театрѣ военныхъ дѣйствій Обществомъ Краснаго Креста 959.

Вориспольскій Е. Постановка дѣла призрѣнія душевно-больныхъ на театрѣ военныхъ дѣйствій во время русско-японской войны за 1-ый годъ ея 1249.

Бройдо С. Организація подачи медицинской помощи туземцамъ во французскихъ колоніяхъ 1055.

Заболотный Д. Сифилидологическій Сѣздъ 1316.

Казанскій В. Международная Конференція по пересмотру Женевской Конвенціи 901.

Коварскій А. О вліяніи прирученія на возникновеніе болѣзней 927.

Онъ-же. Пренія объ аппендицитѣ въ Берлинскомъ медицинскомъ Обществѣ 1086.

Онъ-же. Открытіе больницы имени *R. Virchow's* 1345.

Онъ-же. Новыя сообщенія проф. *Behring's* о его средствѣ противъ бугорчатки. Открытіе раковаго Института въ Heidelberg'ѣ и Международная Конференція по изслѣдованію раковой болѣзни. Новый Институтъ по химиотерапіи. Къ 70-лѣтію дня рожденія *Wilhelm's Waldeyer's* 1445.

Крайндель И. Изъ наблюденій и впечатлѣній врача во время русско-японской войны 1023, 1034.

Пуосепъ Л. Перевозочныя средства для раненыхъ и больныхъ въ минувшую русско-японскую войну 870.

Штейнбергъ М. Лѣтнія впечатлѣнія 1341, 1374.

Онъ-же. Лѣтнія впечатлѣнія. 78-ой Сѣздъ нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей въ Stuttgart'ѣ 1554, 1590.

Щепотьевъ В. Антирабическій и бактериологическій Институтъ въ Константинополь 1123.

Юдинъ Т. Эвакуація раненыхъ отъ перевозочныхъ пунктовъ до госпиталей въ русско-японскую войну 835.

## РЕЦЕНЗИИ НОВЫХЪ КНИГЪ.

Важеновъ Н. Психологія казнимыхъ (изъ «Сборника противъ смертной казни»). Ц. 15 к. Н. Вигдорчика 1161.

Вари К. А. Изъ Института *Pasteur's* при больницѣ имени Императора Александра II въ Москвѣ. Изданство. Ц. 25 коп. Москва. 1906 г. Л. Давыдовской 1162.

Бехтеревъ В., проф. Основы учения о функциях мозга. Вып. VI. Петербургъ. 1906 г. II. 2 р. Б. *Воротынского* 1455.  
Bockenheimer und Frohse. Atlas typischer chirurgischer Operationen für Aerzte und Studierende. Jena. Изд. Gustav Fischer's. 1906 г. Б. *Финкельштейна* 1384.

Гиндесъ Е. Я. Медицинскій отчетъ дѣтской больницы Съѣзда нефтепромышленниковъ въ г. Баку за 1905 годъ. *Л. Физмелъштейна* 846.

Гундобинъ Н. П., проф. Особенности дѣтскаго возраста. (Основные факты къ изученію дѣтскихъ болѣзней). Съ рисунками и таблицами. Петербургъ. Изданіе журнала «Практическая Медицина». 1906 г. С. Островскаго 971.

Deaver John. Appendicitis. Its History, Anatomy, Clinical Aetiology, Pathology, Symptomology, Diagnosis, Prognosis, Treatment, Technique of Operation, Complications and Sequels. 3-ье дополненное и переработанное издание съ 64 рас. London. Reblman. 1906. Б. Фикельштетина 1000.

**Fürst Livius.** Die intestinale Tuberculose-Infektion mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. Stuttgart. Hзд. Ferdinand'a Enke. 1905 г. *Л. Ласпосекской* 1098.

**Heryng Th.** Untersuchungen und Behandlungsmethoden der Kehlkopfkrankheiten. Berlin. Verlag Springer. 1906. *Н. Лунина*

300. Kirmisson. Précis de chirurgie infantile. Съ 462 рис. въ текстѣ. Paris. Изд. Masson et Co. 1906 г. *Б. Финкельштейна*  
1354.

**Kolle W., prof. und Hetsch H.** Die experimentelle Bacteriologie und die Infektionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Immunitätslehre. Ein Lehrbuch für Studierende, Aerzte und Medizinalbeamte. Съ 3 таблицами и 125 въ большинствѣ раскрашенными рисунками. Изд. Urban'a & Schwarzenberg'a. Berlin und Wien. 1906 г. II. 20 мар. *В. Климченко*

1135. Архангельский 882, 1427, 1463. Астрахань 1638. Атласов 882. Атлась 1135. Ауслендеръ 1568. Ауэ 937. Ахшарумовъ 1358. Аюнасьевъ 1459.

## 6.

Бабадовъ 1135. Бабельянецъ 1293. Вабинъ 1027. Важенъ 1030, 1062, 1085, 1131, 1161, 1637. Байковъ 1318. Байчеръ 1164. Балинская 1196. Баловъ 913. Бальковский 1637. Барадулинъ 857. Барановскій 1655. Барановъ 1199. Баря 1037, 1162, 1221, 1605, 1605. Бартольдъ 1135. Варшахъ 1427. Варщевскій 915, 1263. Батуевъ 1257, 1291, 1530. Баулинъ 1038, 1103, 1134, 1230. Бауэръ 1103. Бегаловъ 1571. Безбородовъ 1385. Безродная 1164. Беародповъ 1489. Бекманъ 1598. Бекъ 1458. Бедларминовъ 1458. Бергманъ-ф. 1424. Бердичевскій 941, 1229. Берева 915. Березовскій 907. Берестневъ 883, 1290, 1324, 1487. Берлишъ 1292. Бернгардтъ 1354. Вернштейнъ 1568. Версеновъ 1164. Бертенсонъ 848, 849, 1326, 1369, 1417. Бехтеревъ 939, 995, 1067, 1289, 1455, 1566, 1633. Биллинскій 882. Бинштокъ 971, 1195. Биронъ 1461. Бирскій 1101, 1102. Бирула-Вялыницкій 1633. Блаватскій 1571. Благоправовъ 1004. Бланкъ 882. Вланше-де-Ла-Рошъ 911. Блатовъ 1387, 1459. Влаубергъ 1323. Бловскій 1323. Влохинъ 1571. Блуменау 1132. Влюменталь 1638. Блюменфельдъ 1292. Вобинъ 1391, 1638. Вобовичъ 1064. Гобринскій 1391, 1571. Гобаевскій 1637. Гогашевъ 1462, 1602. Гогановъ 943. Богодаровъ 1571. Боголюбовъ 1458. Богомолецъ 1037. Богорааъ 1199. Богородицкій 1229. Богословскій 1495. Богоявленскій 962. Божовскій 937, 967, 969, 999, 1000, 1160, 1383, 1421. Бойко 912. Войно-Родзевичъ 882. Волдыревъ 1126, 1564, 1627. Борисевичъ 882, 1231. Брисовъ 1133, 1355. Боришпольскій 1069, 1252. Борковский 882. Борагауптъ 1069, 1069. Готкинъ 1291, 1293, 1358, 1424, 1489, 1489, 1523, 1523, 1634. Бочаровъ 1164. Бояркинъ 908. Бражниковъ 1225. Братчиковъ 1531. Браунштейнъ 912, 1133. Бродская 1196. Бродскій 1605. Бройдъ 1057. Бройтъ 882. Бронштейнъ 1354. Брошнівскій 906, 906, 907, 923. Бруштейнъ 1146, 1652. Бу—кій 1038. Букоемскій 1004, 1075. Буковтъ 1135. Булаковъ 1571. Булычевъ 1196. Буржанадзе 915. Бурранадзе 1135. Бутаковъ 1263. Вухманъ 934, 935, 942, 1382, 1383, 1421, 1421, 1597. Вухштабъ 1224. Бушувъ 1566. Бушъ 1458. Былина 1212. Быстровъ 1160, 1162, 1163, 1166, 1222, 1318. Быховскій 1427. Бѣгунъ 882. Бѣлецкій 1263. Бѣликовъ 914, 1037. Бѣлицъ-Гейманъ 1571. Бѣдоголазовъ 1293. Бѣдоголазовъ 1199. Бѣдоголовый 1353. Бѣлозерскій 1652. Бѣлозеровъ 1457. Бѣляевъ 882. Валообжскій 833.

## B.

В. 1034, 1067. Вагнеръ 1494. Вадзинскій 1349. Вайнштейнъ  
877. Вальтеръ 1069, 1228, 1352, 1561, 1571. Варнекъ 1498. Вар-  
шавскій 1327. Варыпаевъ 999. Васильевъ 1455, 1458, 1495. Ва-  
сильевскій 1498. Васильковъ 880. Васильченко 1263. Вастетъ  
1353, 1453, 1597, 1598, 1652. Ващенко 1571. Введенскій 1132  
1231. Веберъ 937, 1006, 1041, 1079, 1231. Вегъ 1571. Вегертъ  
1034, 1226, 1601. Вейнбергъ 995. Вейншаль 1135. Вейсбротъ  
1229, 1654. Вельминовъ 935, 1160, 1383, 1426, 1458, 1562. Вен-  
гловскій 1498. Венеръ 907, 1199. Вербийскій 998. Вербулюскій  
1064, 1065. Вержбицкій 1199. Верженскій 1101. Веригъ 1259  
1567, 1636, 1653. Верисловъ 1487. Вертоградовъ 937, 937  
8, 997, 998, 999 1159, 1382, 1383. Верховскій 906. Веселовъ 882  
1067, 1068, 967, 1000. Ветуховъ 1426. Вигдорчикъ 1162, 1194  
1515, 1527, 1527, 1550, 1564, 1621. Визель 1533. Ви-  
Вилле 1494. Виллье 1458. Вильчковскій 1427. Ви-  
1263, 1288, 1292, 1293, 1547, 1587. Виттъ 912.  
Вишняковъ 1199. Владимірскай 1390. Владиславъ  
Винъ 1571. Влаевъ 1324. Власовъ 1461, 1571.  
Влаговъ 1197. Водопадасъ 882. Войничъ 1571.  
Войничъ 936, 942, 1159, 1159, 1160, 1383, 1420.  
Возковъ 1636. Волковъ 882, 1068, 1425, 1567.

бургъ. 1907 г. Стр. 304. Ц. 1 р. *Н. Вилдорчика* 1564.

Новомберський Н. Колдовство въ Московской Руси столѣтія (Матеріали по історіі медицини въ Россіи, т. Сб. 1906 стр. XXXII+134. Н. Вигдорчика 1527.

Отчет Голицынской больницы в Москве за 1903 и за  
Составлен врачами больницы под редакцией главн. дир  
С. Дерюжинского. Москва. 1906 г. Н. В. 1067.

Ростовцевъ Г. И., санитарный врачъ Московскаго губернскаго Земства. Исследование воздуха сельскихъ начальныхъ школъ Дмитровскаго уѣзда Московской губ. Москва. 1906. Ц. 20 в. Л. Лавровской 940.

Рудинский Николай. Записки земского врача. Петербург.  
1906 г. Ц. 1 р. Стр. 198. Н. Вилдорчика 1194.

Schmidtmann A., prof. Handbuch der gerichtlichen Medizin. Neunte Auflage des Casper-Liman'schen Handbuches. Dritter Band. Streitige geistige Krankheit. Von Prof. Dr. Siemerling. Berlin. 1906. Б. Воротынского 1653.

Шенгелидзе В. В. Русские ислы-пріюты. Отдѣльный оттискъ изъ журнала «Трудовая Помощь», іюнь, 1906 г. С. Остревскаго 1488.

## РУССКІЯ ИМЕНА.

**A.**

Абельманъ 1117, 1633, 1644. Абисовъ 1607. Абрамовъ 1161.  
Абулянецъ (Абуловъ) 1135. Авербахъ 1381. Антократовъ 894.  
Агаджаянецъ 938, 1633. Агафоновъ 915. Агувакова 915. Ададу-  
ровъ 1199. Адамовичъ 1131. Адамюкъ 1166, 1311, 1388, 1603.  
Ажорскій 1498. Абукинъ 1135. Аиклендеръ 1460. Айнгорнъ  
842. Аксаковъ 882, 1390, 1639. Александровъ 934, 997, 1526.  
Алексинскій 1602. Алексѣевъ 915, 1133. Аливиднъ 882. Альтшу-  
леръ 939, 940, 1032. Алимювичъ 882. Амстердамскій 927, 991.  
Андіонъ 1530. Андреевъ 1135, 1196, 1488. Андріасовъ 1460.  
Анисимовъ 1566. Аничковъ 1127. Анохинъ 882. Антонова 1487.  
Антоновичъ 1566. Ануфриевъ 911, 950, 1099, 1100, 1565. Ара-  
повскій 882. Араповъ 1221, 1223. Аржанняковъ 941. Арикинъ  
997. Арипштейнъ 848, 938, 1032. 1066. 1192. Аристовъ 882.



Михайловъ Н. А. Основная задача терапіи при хирургическихъ заболѣваніяхъ мочеполовыхъ путей 896.

Молчановъ В. И. Наблюденія надъ лѣченіемъ скарлатины сывороткой Moser'a 1574, 1612.

## Н.

Недорожній С. Д. Нѣкоторыя экспериментальныя и клиническія данныя о специфической противуогорчатковой сывороткѣ 1243.

Нещадименко М. П. Къ вопросу объ эпидемиологіи и профилактики дифтеріи 1148.

## О.

Окиншевичъ А. И. Къ вопросу о нарывахъ въ печени 1618, 1646.

Омельченко О. З. Къ вопросу о спирохетахъ при сифилисѣ 1105.

Опокинъ А. А. Къ бактериологіи заглочныхъ нарывовъ 891.

Оппель В. А. Къ казуистикѣ изсѣченій печени 1609.

Орловскій З. Ф. Изъ клиническихъ наблюденій надъ дигаленомъ 984, 1020, 1048.

Онъ-же. Къ клиникѣ первичнаго рака легкихъ 1366.

Орловъ В. Н. Къ казуистикѣ случаевъ воспаленія и нагноенія ложно-слизистыхъ кистомъ въ послѣдственномъ періодѣ съ ихъ послѣдствіями 889.

## П.

Петровъ Н. Н. Къ вопросу о раненіяхъ селезенки 1501, 1542.

Побѣдинскій Н. И. Къ вопросу о разсѣченіи лонной кости 1537.

Покровскій М. М. Случай полного обратнаго расположенія внутренностей 1365.

Поперъ П. Г. Къ казуистикѣ лимфатическихъ кистъ бедра 1085.

Прожанскій Н. А. Къ вопросу о вліяніи спермина на кровоснабженіе сердца теплокровныхъ животныхъ 1442.

## Р.

Рубашкинъ В. Я. Объ измѣненіяхъ яичъ въ заустѣвающихъ Graaf'овыхъ пузырькахъ (фолликулахъ) 982, 1017.

Рыбаковъ О. Е. Главнѣйшія нервно-психическія входящія алкоголизма въ ихъ статистическомъ отношеніи 1073.

## С.

Словцовъ В. И. Къ вопросу о свертываніи молока сычужнымъ бродиломъ 1178.

Онъ-же. Къ вопросу объ однородности казеина 1436.

Студзинскій И. В. Къ вопросу о частотѣ увеличенія селезенки у больныхъ и у здоровыхъ 1082.

## Т.

Тарбинъ С. П. Случай «Xeroderma pigmentosum» 1178.

Тарбинъ С. П. Къ вопросу о кистѣ и кистѣ въ печени 1178.

Тарбинъ С. П. Къ вопросу о кистѣ и кистѣ въ печени 1178.

Тарбинъ С. П. Къ вопросу о кистѣ и кистѣ въ печени 1178.

Тарбинъ С. П. Къ вопросу о кистѣ и кистѣ въ печени 1178.

Тарбинъ С. П. Къ вопросу о кистѣ и кистѣ въ печени 1178.

Тарбинъ С. П. Къ вопросу о кистѣ и кистѣ въ печени 1178.

Тарбинъ С. П. Къ вопросу о кистѣ и кистѣ въ печени 1178.

Тарбинъ С. П. Къ вопросу о кистѣ и кистѣ въ печени 1178.

Тарбинъ С. П. Къ вопросу о кистѣ и кистѣ въ печени 1178.

Тарбинъ С. П. Къ вопросу о кистѣ и кистѣ въ печени 1178.

Тарбинъ С. П. Къ вопросу о кистѣ и кистѣ въ печени 1178.

Тарбинъ С. П. Къ вопросу о кистѣ и кистѣ въ печени 1178.

Тарбинъ С. П. Къ вопросу о кистѣ и кистѣ въ печени 1178.

Тарбинъ С. П. Къ вопросу о кистѣ и кистѣ въ печени 1178.

Тарбинъ С. П. Къ вопросу о кистѣ и кистѣ въ печени 1178.

Тарбинъ С. П. Къ вопросу о кистѣ и кистѣ въ печени 1178.

Тарбинъ С. П. Къ вопросу о кистѣ и кистѣ въ печени 1178.

Тарбинъ С. П. Къ вопросу о кистѣ и кистѣ въ печени 1178.

Тарбинъ С. П. Къ вопросу о кистѣ и кистѣ въ печени 1178.

Тарбинъ С. П. Къ вопросу о кистѣ и кистѣ въ печени 1178.

## Ш.

Шайкевичъ М. О. Болѣзненность костей лица у вырождающихся 1014.

Шоръ Г. В. Cranium patifforme съ точки зрѣнія патологической анатоміи 1312.

Шуениновъ С. П. Къ вопросу о первичныхъ атрофіяхъ печени 1235, 1271.

## Я.

Якимовъ В. Л. Продолжительность жизни трипанозомъ «случайной болѣзни» (Trypanosoma Rouget) при искусственныхъ условіяхъ 1476.

Яновскій О. Г. Опытъ классификаціи врачебныхъ мѣропріятій при лѣченіи внутреннихъ болѣзней 885.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ.

Амстердамскій А. Постановленія земскихъ Собраній Курской губ. 1904—1905 гг. Реакціонное теченіе въ Бѣлгородскомъ уѣздѣ: стремленіе къ централизаци въ немъ больничной помощи 926.

Онъ-же. Ревизіонная Коммиссія съ участіемъ врачей въ Бобровскомъ и нѣкоторыхъ др. уѣздахъ Воронежской губ. 990.

Вигдорчикъ Н. Высшая форма общественной медицины 1281.

Коганъ Г. Бугорчатка, какъ народное бѣдствіе, и мѣры борьбы съ ней 1518, 1553, 1626, 1648.

Орловскій В. Къ постройкѣ въ Ессентукахъ новой грязелѣчебни 1151.

Пр

Он

Пу

мину

Сл

ства

Су

вой с

Че

чебн

Ш

меди

Бе

на театрѣ военныхъ дѣйствій Обществомъ Краснаго Креста 959.

Ишпольскій Е. Постановка дѣла призрѣнія душевнобольныхъ на театрѣ военныхъ дѣйствій во время русско-японской войны за 1-ый годъ ея 1249.

Бройдо С. Организациа подачи медицинской помощи туземцамъ во французскихъ колоніяхъ 1055.

Заболотный Д. Сифилидологическій Сѣздъ 1316.

Казанскій В. Международная Конференція по пересмотру Женевской Конвенціи 901.

Коварскій А. О вліяніи прирученія на возникновеніе болѣзней 927.

Онъ-же. Пренія объ аппендицитѣ въ Berlin'скомъ медицинскомъ Обществѣ 1086.

Онъ-же. Открытіе больницы имени R. Virchow'a 1345.

Онъ-же. Новыя сообщенія проф. Behring'a о его средствѣхъ противъ бугорчатки. Открытіе раковаго Института въ Heidelberg'ѣ и Международная Конференція по изслѣдованію раковой болѣзни. Новый Институтъ по хемотерапіи. Къ 70-лѣтію дня рожденія Wilhelm'a Waldeyer'a 1445.

Крайндель И. Изъ наблюденій и впечатлѣній врача во время русско-японской войны 1023, 1054.

Пуссепъ Л. Перевозочныя средства для раненыхъ и больныхъ въ минувшую русско-японскую войну 870.

Штейнбергъ М. Лѣтнія впечатлѣнія 1341, 1374.

Онъ-же. Лѣтнія впечатлѣнія. 78-ой Сѣздъ нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей въ Stuttgart'ѣ 1554, 1590.

Щепольевъ В. Антирабическій и бактериологическій Институтъ въ Константинополѣ 1123.

Юдинъ Т. Эвакуация раненыхъ отъ перевязочныхъ пунктовъ до госпиталей въ русско-японскую войну 835.

## РЕЦЕНЗИИ НОВЫХЪ КНИГЪ.

Важеновъ Н. Психологія казнимыхъ (изъ «Сборника противъ смертной казни»). Ц. 15 к. Н. Вигдорчика 1161.

Вари К. А. Изъ Института Pasteur'a при больницѣ имени Императора Александра III въ Москвѣ. Выпущено. Ц. 25 коп. Москва. 1906 г. Л. Давыдовской 1161.



Бехтеревъ В., проф. Основы учения о функциях мозга. Вып. VI. Петербургъ. 1906 г. Ц. 2 р. *Воротынского* 1455. Bockenheimer und Frohse. Atlas typischer chirurgischer Operationen für Aerzte und Studierende. Jena. Изд. Gustav Fischer'a. 1906 г. *Б. Фикельштейна* 1384.

Гиндесъ Е. Я. Медицинскій отчетъ дѣтской больницы Съѣзда нефтепромышленниковъ въ г. Баку за 1905 годъ. *Л. Фикельштейна* 846.

Гундобинъ Н. П., проф. Особенности дѣтскаго возраста. (Основные факты къ изученію дѣтскихъ болѣзней). Съ рисунками и таблицами. Петербургъ. Изданіе журнала «Практическая Медицина». 1906 г. *С. Островскаго* 971.

Deaver John. Appendicitis. Its History, Anatomy, Clinical Aetiology, Pathology, Symptomology, Diagnosis, Prognosis, Treatment, Technique of Operation, Complications and Sequels. 3-ье дополненное и переработанное изданіе съ 64 рис. London. Reesman. 1906. *Б. Фикельштейна* 1000.

Fürst Livius. Die intestinale Tuberculose-Infection mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. Stuttgart. Изд. Ferdinand's Enke. 1905 г. *Л. Лавровской* 1098.

Heryng Th. Untersuchungen und Behandlungsmethoden der Kehlkopfkrankheiten. Berlin. Verlag Springer. 1906. *Н. Лунина* 908.

Kirmisson. Précis de chirurgie infantile. Съ 462 рис. въ текстѣ. Paris. Изд. Masson et Co. 1906 г. *Б. Фикельштейна* 1354.

Kolle W., prof. und Hetsch H. Die experimentelle Bacteriologie und die Infectionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Immunitätslehre. Ein Lehrbuch für Studierende, Aerzte und Medizinalbeamte. Съ 3 таблицами и 125 въ большинствѣ раскрашенными рисунками. Изд. Urban'a & Schwarzenberg'a. Berlin und Wien. 1906 г. Ц. 20 мар. *В. Клименко* 1330.

Куркинъ П. И., sanit. врачъ Московскаго Земства. Оірашамость населенія Московской губ. въ лечебныхъ заведеніяхъ за періодъ 1892--1902 гг. 1906 г. 241 стр. Ц. 1 р. 25 к. *Д. Николскаго* 1634.

Лактинъ М. Ю., ч. пр. Московскаго Университета. Частная лечебница для душевно-больныхъ воиновъ. Отчетъ съ 19 мая 1905 г. по 1 янв. 1906 г. Москва. 1906 г. *Н. В.* 1033.

Lejars Felix. Traité de chirurgie d'urgence. 5-ое дополненное и пересмотрѣнное изданіе. Paris. Изд. Masson et Co. 1906 г. *Б. Фикельштейна* 1599.

Мальцевъ А. Ф. Учебникъ психіатріи (для фельдшеровъ, фельдшеріцъ и учащихся въ фельдшерскихъ школахъ). Полна. 1906 г. 259 стр., съ 3 ма рис. въ текстѣ. *С. Суханова* 1128.

Монинъ А. М. Беременность и роды. Популярное изложене фзіологіи и дѣятелюи беременныхъ, роженицъ, родильницъ и новорожденныхъ. И. Кавказскимъ медицинскимъ Обществомъ удостоено преміи въ память И. И. Собальщикова. Изд. т-ва М. О. Волфъ. 1905 г. Ц. 90 к. *Л. Лавровской* 1256.

Никитинъ А. Ф. Практическая гігіена рѣчного судоходства. Съ предисловіемъ проф. гігіены Г. В. Хлопина. Изд. Управленія внутреннихъ водныхъ путей и шоссеиныхъ дорогъ. Петербургъ. 1907 г. Стр. 304. Ц. 1 р. *Н. Видорчика* 1564.

Новомбергскій Н. Колдовство въ Московской Руси XVII-го столѣтія (Матеріалы по исторіи медицины въ Россіи, т. III, ч. I). Спб. 1906 стр. XXXII+134. *Н. Видорчика* 1527.

Отчетъ Голицынской больницы въ Москвѣ за 1903 и за 1904 гг. Составленъ врачами больницы подъ редакціей главн. директора *С. Дерюжинскаго*. Москва. 1906 г. *Н. В.* 1067.

Ростовцевъ Г. И., санитарный врачъ Московскаго губернскаго Земства. Исслѣдованіе воздуха сельскихъ начальныхъ школъ Дмитровскаго уѣзда Московской губ. Москва. 1906. Ц. 20 к. *Л. Лавровской* 940.

Рудинскій Николай. Записки земскаго врача. Петербургъ. 1906 г. Ц. 1 р. Стр. 198. *Н. Видорчика* 1194.

Schmidtman A., prof. Handbuch der gerichtlichen Medizin. Neunte Auflage des Casper-Liman'schen Handbuches. Dritter Band. Streitige geistige Krankheit. Von Prof. Dr. Siemerling. Berlin. 1906. *В. Воротынского* 1653.

Шенгелидзе В. В. Русскіе ясли-пріюты. Отдѣльный оттискъ изъ журнала «Трудовая Помощь», июнь, 1906 г. *С. Островскаго* 1488.

1135. Архангельскій 882, 1427, 1463. Астраханъ 1638. Атласовъ 882. Атласъ 1135. Ауслендеръ 1568. Ауэ 937. Ахшарумовъ 1358. Аюнасьевъ 1459.

## Б.

Бабаловъ 1135. Бабельянецъ 1293. Бабкинъ 1027. Баженовъ 1030, 1062, 1065, 1131, 1161, 1637. Байковъ 1318. Байчеръ 1164. Балаянская 1196. Баловъ 913. Баньковский 1637. Барадулинъ 857. Барановскій 1655. Барановъ 1199. Вари 1037, 1162, 1221, 1605, 1605. Бартольдъ 1135. Баршахъ 1427. Варчевскій 915, 1263. Батуевъ 1257, 1291, 1530. Баулинъ 1038, 1103, 1134, 1230. Бауэръ 1103. Бегаловъ 1571. Безбородовъ 1385. Безродная 1164. Безродновъ 1489. Бекманъ 1598. Бекъ 1458. Белярминовъ 1458. Бергманъ-ф. 1424. Бердичевскій 941, 1229. Берева 915. Березовскій 907. Берестневъ 883, 1290, 1324, 1487. Берлинъ 1292. Бернгардтъ 1354. Бернштейнъ 1568. Берсеневъ 1164. Бертенсъ 848, 849, 1326, 1389, 1417. Бехтеревъ 939, 995, 1067, 1289, 1455, 1568, 1633. Билинскій 882. Бинштокъ 971, 1195. Биронъ 1461. Бирскій 1101, 1102. Вируля-Балыницкій 1633. Блаватскій 1571. Благовраговъ 1004. Бланкъ 882. Бланше-де-Ла-Рошъ 911. Блатовъ 1387, 1459. Блаубергъ 1323. Блонскій 1323. Блохинъ 1571. Блуменау 1132. Блюменталь 1638. Блюменфельдъ 1292. Бобинъ 1391, 1638. Бобовичъ 1064. Бобринскій 1391, 1571. Богаевскій 1637. Богашевъ 1462, 1602. Богдановъ 943. Богодаровъ 1571. Боголюбовъ 1458. Богомолецъ 1037. Богоразъ 1199. Богородицкій 1229. Богословскій 1495. Боговяленскій 962. Божовскій 937, 967, 969, 999, 1000, 1160, 1383, 1421. Бойко 912. Бойно-Родзевичъ 882. Волдыревъ 1126, 1564, 1627. Борисевичъ 882, 1231. Борисовъ 1133, 1355. Борншпольскій 1069, 1252. Борковский 882. Борнгауптъ 1069, 1069. Боткинъ 1291, 1293, 1358, 1424, 1489, 1489, 1523, 1523, 1634. Бочаровъ 1164. Бояркинъ 908. Бражниковъ 1225. Братчиковъ 1531. Браунштейнъ 912, 1133. Бродская 1196. Бродскій 1605. Бройдо 1057. Бройтъ 882. Бронштейнъ 1354. Брошнівскій 906, 906, 907, 923. Бруштейнъ 1146, 1652. Бу—кій 1038. Букоемскій 1004, 1075. Букоитъ 1135. Булаковъ 1571. Булычевъ 1196. Буржанадзе 915. Буржанадзе 1135. Бутаковъ 1263. Бухманъ 934, 935, 942, 1382, 1383, 1421, 1421, 1597. Бухштабъ 1224. Бушуевъ 1566. Бушъ 1458. Былина 1212. Быстровъ 1160, 1162, 1163, 1166, 1222, 1318. Быховскій 1427. Бѣгунъ 882. Бѣлецкій 1263. Бѣликовъ 914, 1037. Бѣлицъ-Геймалъ 1571. Бѣлоглазова 1293. Бѣлоглазовъ 1199. Бѣлоголовый 1353. Бѣловверскій 1652. Бѣловоровъ 1457. Бѣляевъ 882. Валобжескій 833.

## В.

В. 1034, 1067. Вагнеръ 1494. Вадаевскій 1349. Вайнштейнъ 877. Вальтеръ 1069, 1228, 1352, 1561, 1571. Варнекъ 1498. Варшавскій 1327. Варыпаевъ 999. Васильевъ 1455, 1458, 1495. Васильевскій 1498. Васильковъ 880. Васильченко 1263. Вастень 1353, 1453, 1597, 1598, 1652. Ващенко 1571. Введенскій 1132, 1231. Веберъ 937, 1006, 1041, 1079, 1231. Вега 1571. Вегеръ 1034, 1226, 1601. Вейнбергъ 995. Вейншалъ 1135. Вейсбротъ 1229, 1654. Вельяминовъ 935, 1160, 1383, 1426, 1458, 1562. Венгловскій 1498. Венеръ 907, 1199. Вербицкій 998. Верблонскій 1064, 1065. Вержбицкій 1199. Верженскій 1101. Веряго 1259, 1355, 1567, 1636, 1653. Верисловъ 1487. Вертоградовъ 937, 937, 967, 968, 997, 998, 999, 1159, 1382, 1383. Верховскій 906. Веселовъ 882. Вестерникъ 967, 1000. Ветуковъ 1426. Видорчикъ 1162, 1194, 1194, 1285, 1515, 1527, 1527, 1550, 1564, 1621. Визель 1533. Виленецъ 1194. Вилле 1494. Виллье 1458. Вильчковскій 1427. Виноградовъ 1131, 1263, 1288, 1292, 1293, 1547, 1587. Виттъ 912. Вихревъ 1421. Вишняковъ 1199. Владимірскаго 1390. Владиславъ 915. Владыкинъ 1571. Влаевъ 1324. Власовъ 1461, 1571. Внуковъ 822. Водолагинъ 1197. Водопалясъ 882. Войничъ 1571. Войничъ-Синоженскій 936, 942, 1159, 1159, 1160, 1383, 1420, 1421. Волковичъ 1494, 1636. Волковъ 882, 1068, 1425, 1567, 1603. Волова 1357. Воловскій 1571. Волоцкий 1194. Волошинъ 1210. Вольницкій 1571. Вольтке 1630. Вольманъ 972. Вонсовскій 1571. Воробейчиковъ 1632. Воробьевъ 1132, 1323, 1388. Воронинъ 1257. Воротынский 1102, 1455, 1455, 1653. Воскобойникова-Гранстремъ 1285. Воскресенскій 882. Войчекъ 907, 907. Вреденъ 911, 919, 934, 935, 936, 1006, 1159, 1160, 1635. Вырубовъ 940, 1063, 1532. Высоковичъ 878, 1494. Вѣрудскій 1135. Вѣтлюшева 1292. Вячеславовъ 1199.

## Г.

Габриловичъ 1600. Габричевскій 1460, 1533, 1533, 1650. Габровскій 882. Гагенъ 1459. Гагенъ-Торнъ 1137, 1319, 1561. Гадерлинъ 1039. Галебскій 906. Галкинъ 1037. Галюнъ 1035. Гамалъ 1095. Гамбургеръ 1037. Ганпушкинъ 1568. Гантъ 903. Гапоновичъ 915, 1199. Гартъ 1632. Гаусманъ 826. Гейдуковскій 1263. Гейкинъ 1632. Гейнацъ 934, 935, 936, 936, 997, 998, 998, 1159, 1159, 1160, 1383, 1420. Гейслеръ 1256, 1287. Гейкеръ 882. Геликоновъ 1531. Гельм-ай 1534. Генке 848, 1132, 1194, 1385, 1495. Георгіевскій 882, 1130. Герасимовичъ 1631, 1632. Гернеръ 1293. Герингъ 1535. Германъ 1064, 1596. Герцбергъ 1571. Герценъ 1039. Гефлихъ 915. Гешвендъ 1318. Гижицкій 1639. Гизъ 1524, 1651. Гикель 1229, 1294, 1327. Гиндесъ 846, 1638. Гинабургъ 882, 1349, 1521. Гирголавъ 935. Гиршманъ 1358, 1568. Гладковъ 882, 1327. Глушицкий 914, 1037. Гладковский 1069. Говсѣевъ 848, 1032, 1064. Гогоберидзе 1567. Годлевскій 1255, 1637. Гойеръ 1164, 1165. Головановъ 1196, 1357. Головинъ 1257, 1291, 1565.

## РУССКІЯ ИМЕНА.

### А.

Абельманъ 1117, 1633, 1644. Абисовъ 1607. Абрамовъ 1161. Абуляндъ (Абуловъ) 1135. Авербахъ 1381. Автократовъ 894. Агаджавянцъ 938, 1633. Агафоновъ 915. Агунакова 915. Адауровъ 1199. Адамовичъ 1131. Адамюкъ 1166, 1311, 1388, 1603. Ажорскій 1498. Азбукинъ 1135. Айклендеръ 1460. Айгноръ 882. Аксаковъ 882, 1390, 1639. Александровъ 934, 997, 1526. Алексинскій 1602. Алексѣевъ 915, 1133. Алявдинъ 882. Альтшулеръ 939, 940, 1032. Аляжиковъ 882. Амстердамскій 927, 991. Андѣевъ 1530. Андреевъ 1135, 1196, 1488. Андриасовъ 1460. Анисимовъ 1566. Аничковъ 1127. Анохинъ 882. Антонова 1487. Антоновичъ 1566. Ануфриевъ 911, 950, 1099, 1100, 1565. Араповскій 882. Араповъ 1221, 1223. Аржанниковъ 941. Аржанкинъ 997. Арнштейнъ 848, 938, 1032, 1066, 1132. Аристовъ 882.

1636. Головкинъ 1326. Голосовъ 938. Голубининъ 965, 1036, 1498, Голубовъ 1036, 1259. Гольбергъ 1607. Гольдбергъ 935, 1160, 1353. Гольдбергъ 1498. Гольдштейнъ 1263. Гольцингеръ 1652. Гончаровъ 1359, 1563. Горашъ 936. Горбачевъ 1070. Горбуновъ 1036. Гордонъ 1605. Гордеевъ 1126, 1352, 1649. Горепёкинъ 915. Горновскій 1191. Горовицъ-Власова 1494. Горняковъ 882. Гофманъ 1133. Гохельсонъ 1357. Гощевъ 1006. Грабовскій 1493. Гранстремъ 967, 999, 1000. Гранъ 911 1228, 1497. Граменицкій 1107, 1160, 1353. Грейденбергъ 845, 939, 940, 1033, 1066, 1067, 1389. Грековъ 1160, 1353, 1525, 1635. Гренъ 915. Гречихинъ 1566. Гржегоржевскій 1231. Грибоѣдовъ 1132. Григорьевъ 945, 977, 1009, 1263. Гродецкий 842. Грольманъ 1199. Громаковскій 915. Громовъ 882, 1387. Гроссъ 1127, 1558. Гротъ ф. 882. Груберъ 1259. Груздевъ 917, 1432, 1463, 1465, 1607. Грузенбергъ 1632, 1633. Грунау 1263. Грызаловъ 882. Грюнбаумъ 966, 1039. Губерманъ 1426. Губина 1228. Гуковичъ 1391. Гундобинъ 971, 1132, 1632, 1633. Гурвичъ 1135, 1290, 1531. Гуревичъ 1032. Гурьянъ 1567, 1603, 1638. Гусаковскій 882. Гусаревъ 1068, 1357. Гусаровъ 1228, 1292, 1567, 1637. Гусевъ 1340. Гюббенетъ 936, 937, 937, 1293, 1421.

### Д.

Давиденковъ 1461. Давидсонъ 943. Давыдовъ 1118. Данилевичъ 1357. Данилевскій 911, 1196, 1196, 1291, 1322, 1356, 1385, 1424, 1457, 1458. Дановичъ 915. Даревскій-Верига 1534. Даркшевичъ 1425. Даумъ 1323. Дебеле 1135. Дедюринъ 1069. Дейкуна-Мочаненко 1293. Дембо 1223, 1355, 1384, 1424, 1523. Деметьевъ 1390. Деминскій 877, 1638. Демпель 1391. Денисовъ 1263. Дербергъ 1231. Дереванко 1133. Дерюжинскій 1067. Дерабинъ 882. Дехановъ 1461. Дехтеревъ 882, 1228. Джигурда 1461. Дзалаева 975. Дзержовскій 1487, 1487. Дигуровъ 914, 1638. Диздеревъ 882. Димантъ 1454. Димитриадесъ 1603. Дитманъ 910, 1003. Диатроповъ 1427. Дмитриева 912. Дмитриевъ 1132, 1228, 1259, 1566, 1571. Добрадинъ 1259. Добржанскій 1263. Добржинскій 1103. Добровольская 937, 1420, 1533, 1533. Добровольскій 866, 882, 1566. Добровраковъ 1529. Добронравовъ 973, 1494. Добротворскій 1069. Довмонта-Клименко 1295. Долженковъ 848, 1461. Доманскій 1571. Домбровский 882. Донской 1068. Дорфъ 973. Драгневичъ-Яновская 1222. Драгомирецкій 882. Дрейлингъ 1460, 1533, 1533. Дрецькій 915. Држевецкій 1015, 1338. Дритсаки 882. Дробинскій 1347. Дроботовъ 1166, 1534. Дроздовскій 1355, 1601. Дровниковъ 1607. Дружининъ 1199. Дубровинъ 1006, 1102, 1228, 1292, 1357, 1425. Дунавскій 1259. Дунавскій 882. Дурмашкинъ 882. Дурново 1131. Духовская 975. Дьяковъ 1531. Дьяконовъ 848, 882, 1291, 1498, 1601. Дьячковъ 1221, 1222. Дядовъ 937.

### Е.

Евграфовъ 939, 940, 1032, 1063, 1064, 1066. Евсѣевъ 1135. Егоровъ 1132, 1228. Еленевскій 1135. Енько 1294, 1359, 1359. 1390, 1390. Ергольскій 1102. Еремѣевъ 1496. Ермалинскій 1370. Ермоловъ 1323, 1388. Ерофеевъ 1535. Ершовъ 1531.

### Ж.

Жандръ 1263. Жардецкий 1036. Жбанковъ 879, 909, 1132, 1194, 1324, 1498. Жданъ-Пушкинъ 1195. Жебровский 1402, 1437. Жежеленко 943. Желоконцевъ 912. Желтухинъ 1453, 1454. Жерноковъ 1135. Жирвичъ 1256. Жуковский 1145.

### З.

Заблудовскій 1463, 1488. Забоклицкий 1263. Заболотный 1297, 1316, 1324, 1487, 1638. Завьяловъ 1494. Загорскій 1259. Задера 1070, 1534. Заіончковскій 1231. Зайцевъ 1166, 1292. Закоурцевъ 1199. Закъ 1636. Залейскій 915. Залѣскій 1132, 1323. Замбрижидъ 1292. Замшинъ 1096. Занчевскій 1567. Заржинъ 1290. Зарубинъ 1456. Зарцъ 1279. Захаринъ 1135. Захаринъ 1336. Звѣржовскій 1069. Зейдаль 1390. Зеленый 1127, 1285. Зелонко 1292. Зельдовичъ 935, 1069, 1159, 1160, 1562. Земель 1037. Земель 914. Зеленковскій 968. Зендеръ 934, 936. Зененко 935, 935, 936, 937, 942, 1420, 1421. Зенковъ 882. Зеренинъ 1498. Зерновъ 1259, 1386. Зибертъ 1263. Зибери-Шумова 1263. Зидудъ 1292. Зильбербергъ 877. Зимницкій 1045, 1201, 1239. Златовѣровъ 860. Златогоровъ 1491. Змигородская 1531. Знаменскій 1195. Зонинъ 1196. Зотовъ 1632. Зубовъ 973, 974, 1455. Зуевъ 1424. Зыковъ 1329.

### И.

Ивановскій 1495, 1571. Ивановъ 882, 942, 968, 999, 1000, 1037, 1166, 1294, 1359, 1459, 1494, 1526, 1598. Иволгинъ 882. Игнатовскій 968, 997, 998, 1000. Игнатъевъ 848. Игумновъ 850, 1461, 1569. Иларилъ 1199. Иконниковъ 997, 1181. Иларионовъ 1135. Ильинскій 1135, 1164, 1199, 1391, 1571. Иноевъ 914, 1037. Иноземцева 1036. Иносовъ 1461. Исаевъ 1497. Исаченко 936, 1324. Истоминъ 1461.

### І.

Іогансовъ 938, 940. Іоновъ 1069. Іорбанъ 1231. Іордановъ 1295, 1322, 1325, 1493, 1530. Іорданскій 915, 1638. Іосилевскій 1491. Іоссе-Іани 1199.

### К.

Кабановъ 1036, 1194. Каганъ 1130. Кадыгробонъ 1387. Кадьянъ 937, 1193, 1224, 1224, 1635. Казаконъ 1135. Казанскій 902, 1134. Казасъ 1521. Какушкинъ 1096, 1193, 1194, 1223, 1453. Калатарианъ 1135. Калачевъ 1273, 1301. Калачниковъ 880. Калининъ 1070. Калитинскій 1068. Калмыковъ 882. Калмыковъ (Бесаловъ) 1135. Каменевъ 1030, 1032, 1606. Каменская 1565. Камневъ 1135. Кандаратскій 1456. Каннегиссеръ 1095. Канторовичъ 1225. Кануковъ 1603. Каппапъ 892, 907, 1163, 1616. Каплунъ 1199. Капустинъ 1199. Карагеованъ 1199. Карагеованъ (Караковъ) 882. Караковъ 1199. Карибовъ 1606. Кармановъ 1231. Карницкий 954, 1259. Карпинскій 1633. Карповъ 1231. Кастальскій, 882. Касьяновъ 1231. Каушанскій 848. Кацауровъ 1006, 1103, 1132. Каценеленбогенъ 1199. Кацнельсонъ 1320. Качекинъ 1606. Качковский 1494. Кашериннова 1127. Кашадамовъ 1487. Кашенко 914, 940, 1032, 1066, 1568. Квасковъ 1495. Квасневскій 1637. Кведоръ 882. Кеммерикъ 1199. Кендель 882. Кернигъ 1524. Керстенъ 1134, 1423, 1423. Кеферъ 1231. Кикодзе 1460. Кинабергъ 1199. Кинсбергъ 1230. Кинасти 1526. Кириковъ 1036, 1507. Кирилловъ 848. Кириловъ 1069, 1228, 1292. Киркоровъ 882. Кирносъ 1357. Киршенблатъ 1135. Кирьяковъ 1037. Кирьяновъ 914. Кирѣевъ 1285. Киселевскій 1007. Кистакерскій 1132. Китнеръ 1318, 1320, 1451. Кишенискій 1257, 1291, 1571. Кишкинъ 850, 1036. Клевезаль 848. Клименко 853, 1321, 1321, 1571. Клименковъ 1567. Клитинъ 966. Клодницкій 878, 882, 1069, 1114, 1293, 1638. Ключаревъ 882. Клячко 1135. Кнабе 1461. Кнохъ 1256, 1288. Кобилинскій 906, 920. Кобылинъ 1036. Ковалевскій 882, 1356. Ковалевъ 1571. Коварскій 903, 929, 1090, 1347. Коганъ 849, 882, 1036, 1070, 1135, 1292, 1519, 1554, 1627, 1648. Когонъ 882. Кожевниковъ 882. Кожицъ 1070, 1461. Кожушко 1069, 1571. Козакъ 1037. Козинцовъ 1459. Козловскій 1069, 1256, 1494, 1607. Козловъ 1036, 1196, 1323, 1495, 1495. Колесниковъ 1290. Коломоицевъ 1635. Колотинскій 940. Колтанцевъ 1535. Кольцовъ 1424. Колюбакинъ 1004. Коминъ 1263. Кони 1426. Коноваловъ 882. Коноплевъ 1257. Констансовъ 883, 877, 1528. Конухъ 1632, 1632, 1633. Копланъ 1004. Копосовъ 939, 940, 1064, 1528. Копельманъ 1567. Коптевъ 883. Копытнскій 848, 913, 1194, 1315, 1528, 1531. Коревчевскій 1160. Корженевскій 1533. Коровицкій 1494. Королевъ 914, 1037. Коронатовъ 972. Коротковъ 999. Корсаковъ 1036, 1498. Корчакъ-Чепурковскій 1494. Коршунъ 1426. Коршъ 1257, 1291. Косинскій 1567. Косоротовъ 1566. Коссовичъ 1637. Коссовскій 1132. Костенко 943, 1164. Костецкій 915. Костинъ 883. Котарскій 882. Котинъ 1037. Котовъ 1037. Кохновскій 1070. Коцовскій 848, 1197. Кочоровскій 1263. Краковъ 1458, 1562, 1634. Кравцовъ 1164. Краевскій 913. Краевъ 883. Крайндель 1025, 1055, 1195. Крапцъ 847. Красневскій 1425. Красногорскій 1410, 1478, 1511, 1549. Красовскій 1390, 1567, 1639. Крашевскій 1263, 1567. Крашкинъ 1487. Креверъ 1525. Кржимускій 1571. Кривскій 1598, 1624. Крицкий 1038. Кротиусъ 1132. Кропачевъ 1495. Кротовъ 1164. Крутецкий 1231. Крутовскій 1495. Крыжановскій 1231. Крыловъ 914, 1037, 1037, 1384, 1426, 1571. Крымовъ 1268. Кубасовъ 1566. Кудрявцевъ 914, 1037. Кузнецовъ 1135, 1163, 1355. Кузьмановъ 1135. Кузьминъ 883, 1571. Куковѣровъ 968. Кулеша 1222, 1223. Куликовъ 1293, 1357, 1638. Кульбинъ 1036. Кульчицкій 1571. Кулябо 1530, 1566. Купенскій 1425. Курдиновскій 1651. Курдовъ 1199. Куркинъ 1634. Куркутовъ 883. Курловъ 880, 1038, 1291, 1323, 1530, 1602. Кусакинъ 883, 1135. Кусковъ 1323. Кучерской 1566. Кучинская 851. Кущенко 1607. Кущевъ 1654.

### Л.

Лавровская 941, 1099, 1162, 1257. Лавровъ 883, 1199, 1571. Ладьянскій 880. Лаурскій 1132. Ланговой 1286, 1532, 1533. Ландау 1285. Ландезентъ ф. 1103. Ланковский 911, 1223. Ландусъ 1603. Ларионовъ 940, 1233, 1494. Ляхинъ 1033. Лашенковъ 1133. Лебедевъ 915, 1064, 1165, 1293, 1326, 1384, 1387, 1387, 1605. Левашовъ 973, 1131, 1163, 1228, 1257, 1291, 1355, 1361, 1398. Леви 898, 1116. Левинсонъ 1164, 1354, 1387. Левинъ 913, 1131, 1230, 1571, 1603. Левитскій 1292, 1322, 1390, 1639. Левинскій 909, 915, 1194, 1533. Левоневскій 1151, 1327, 1566. Левшинъ 1259, 1602. Леаниъ 1641. Лемешовъ 1166. Лемпертъ 1455. Леонтовичъ 1494. Леплинскій 1032. Лепорскій 880. Летцъ 1602. Либинъ 1425. Ливанова 848, 1068. Лившицъ 883. Лигинъ 1387. Ликуди 1173, 1205. Линдвалъ 883. Линдеманъ 1259, 1494. Линтваревъ 1069. Липскій 1357. Лисовскій 1571. Лифшицъ 1133. Лихачевъ 1036, 1131. Личкусъ 1095, 1096, 1318, 1320, 1452, 1453, 1454. Лобасъ 846, 941. Ложкинъ 883. Ломаковский 1196, 1601. Ломовицкій 87. Лонгеръ 883. Лондонъ 1494. Лончинскій 915. Лопухинъ 1388. Лореръ 1359. Лотинъ 1639. Лотоцкий 943. Лохтинъ 913. Лубенецъ 1566. Лукашвичъ 883. Лукашевичъ 915. Лукинъ 1638. Лупинъ 906, 909, 1632, 1632. Лукинъ 1325. Лучникъ 883, 1065. Луцковъ 883. Лысенко 1259. Лысенковъ 1530, 1567. Львовъ 883. Львовой 1131, 1197, 1319, 1451, 1598. Любарская 1633. Любарскій 1199. Любецко 1567. Любимовъ 1164, 1199, 1386, 1633. Любинедкій 883. Лясъ 938, 940. Лященко 1263.

### М.

Магакянъ 1244. Майлеръ 1006. Макаревичъ 1424. Максимовъ 1030. Максудовъ 1130, 1290, 1601. Малегинъ 1135. Малининъ 1357. Малиновскій 883, 1460, 1494. Малисъ 1221. Малолѣтковъ 1070. Малыевичъ 1571. Малюковъ 1460, 1494, 1598.

1611. Мамонъвъ 1523. Манассеинъ 1636. Мануйловъ 942, 1259, 1386, 1457. Манцевичъ 1163. Мавъковскій 821, 1291. Марголинъ 1063, 1512. Маргулисъ 880. Мари 972. Маріупольскій 1463. Марковъ 913, 915, 1531, 1607. Маркъ 1293. Мартинсонъ 883. Мартыновъ 1498. Маршова 914. Маршенъ 1037. Марьяшесъ 1228, 1230, 1262, 1294. Масленниковъ 1450. Масловская 1531. Матецкій 1571. Матюлицъ 883. Матросовъ 911. Матусевичъ 1263. Матушевскій 1199. Мадлевскій 1096. Мадюнасъ 883. Мачинскій 1293. Мачихинъ 1255. Мадвѣдѣвъ 1163, 1228, 1291, 1292, 1322, 1323, 1603. Мейеръ 883. Медвѣдѣвъ 912. Менчинскій 1637. Мережинскій 883. Мержевецкій 1062. Мерицъ 883. Меркуловъ 850, 913. Мессаропъ 1607. Метальниковъ 1127. Мечниковъ 1569. Миклашевскій 1052. Мильманъ 1016. Мининъ 1293. Минковичъ 973. Миновъ 1065, 1568. Минухинъ 1068. Минхъ 1263. Мицко 1388. Мирмелштейнъ 883. Мироновъ 1133. Миротворцевъ 998. Миткевичъ 1199. Миропольскій 1036. Михайловъ 896, 1135, 1199, 1199, 1293, 1357, 1388, 1493, 1562, 1573. Мишевскій 1653. Миштовъ 1562. Модермейстеръ 1101. Модлинскій 1259. Мойсеевъ 883, 1289. Мокошинскій 883. Моликъ-Муратовъ 883. Молчановъ 1568, 1574, 1612. Мошковъ 915, 1384. Монинъ 1256. Монтвидъ-Клеменсонъ 883. Моравская 1384. Морницъ 1165. Морозовъ 1069, 1424, 1494, 1531, 1566. Мосешвили 883. Мочанъ 1194. Мошковъ 1531. Мультиановскій 975. Муратовъ 851, 1032, 1263, 1494. Мурзевъ 1295. Мухаринскій 1326. Мчедловъ (Мчедвишвили) 1166. Мянговскій 915, 1135.

## Н.

Нагорскій 848, 1227. Нагуловичъ 915. Надеждинъ 1102, 1103. Надсонъ 1324. Напалковъ 1498. Нармонтъ 1199. Нарышкинъ 1463. Настюковъ 1324. Натансонъ 1292. Натіевъ 1199. Натсидовъ 1146. Невторовъ 1635. Недригайловъ 1133, 1426. Неезе 1568. Небловъ 1494, 1605. Нейбтеръ 883. Нейманъ 906, 907. Нелюбинъ 1263. Немаеръ 122. Немировскій 883. Непорожній 1243, 1487. Нечаевъ 1036, 1132, 1352, 1353, 1354, 1495, 1523, 1524, 1526. Нечай 1494. Нещадиенко 1148. Никитинъ 1262, 1292, 1294, 1295, 1322, 1324, 1325, 1358, 1460, 1493, 1532, 1533, 1513, 1564. Никифоровъ 910, 915. Никовъ 911. Николаевъ 1499. Никольскій 880, 883, 1193, 1224, 1294, 1532, 1634. Никонъ 1292. Новаковский 1571. Новикъ 1199. Новиковъ 883. Новицкій 1163. Новомбергскій 1527. Новохатновъ 914. Новохитный 1037. Ножневскій 1155.

## О.

Обольяниновъ 1321. Образцовъ 878, 1494. Ованесовъ 1295. Оволкинъ 1571. Окипшевичъ 1618, 1646. Оксъ 1291, 1457. Олейниковъ 1497, 1531, 1604. Олсуфьевъ 1037. Омельченко 1105, 1225. Омельскій 1324, 1487. Опокинъ 891. Оппель 935, 936, 936, 937, 937, 968, 969, 998, 1160, 1382, 1420, 1609. Орахешине 1357. Орельбрандъ 1124. Орженевскій 1231. Орлова 1653. Орловскій 984, 1020, 1048, 1154, 1366, 1605. Орловъ 889, 915, 1163, 1199, 1257, 1291, 1293, 1359, 1458, 1493, 1491, 1530. Осинъ 1357. Осиповъ 1068. Осмульскій 853. Останковъ 938, 1032, 1633. Островскій 971, 1488, 1603, 1633. Остриякъ 1133, 1426. Оттъ 941, 942, 1096, 1160, 1320, 1452, 1453, 1454, 1598.

## П.

П. 1259, 1293. Павленовъ 1571. Павлиновъ 1036, 1356. Павловская 1596. Павловскій 883, 1494. Павловъ 915, 1069, 1127, 1131, 1260, 1388, 1391, 1487, 1562, 1566. Палѣико 1566. Пальмбахъ 1571. Пальмовъ 883, 915, 1231, 1571. Паронянъ 1495. Парышевъ 1454. Пасальскій 1566. Пасхалисъ 1419. Пенкинъ 883. Перевозниковъ 1259, 1263, 1323. Передельманъ 1426. Пережежко 1263. Перфильевъ 1295, 1568. Першинъ 848. Петерманъ 1498. Петерсонъ 1135. Петерсъ 1631, 1632. Петровичъ 915. Петровскій 940, 1031, 1196, 1323. Петровъ 935, 935, 942, 968, 997, 1160, 1199, 1228, 1289, 1381, 1421, 1501, 1542, 1561, 1636. Петросьянъ 1569. Печкинъ 1037. Пинкусъ 1357, 1357. Пироговъ 1004, 1291, 1323, 1324, 1357, 1425, 1426, 1493, 1493, 1493, 1494, 1530, 1530, 1530, 1530, 1530, 1531, 1531, 1531, 1531, 1531, 1531, 1531, 1531, 1531, 1531. Пиронъ 991. Пискуновъ 1199. Пюнтковскій 1627. Платоновъ 940. Плотичевъ 848. Плотниковъ 1607. Пляшевскій 1389. Пляскинъ 883. Побѣдинскій 1537. Погосскій 1654. Подвысоцкій 991. Подръзанъ 1498, 1534. Покровскій 883, 915, 915, 1365, 1650. Полевика 1069. Полявановъ 1037. Полнеръ 1069. Половинкинъ 1635. Польшеровъ 915. Пономарева 915, 1199. Понюшевъ 1427. Поперъ 1085. Поповъ 883, 1036, 1127, 1199, 1257, 1288, 1288, 1289, 1291, 1325, 1358, 1388, 1391, 1429, 1487, 1492, 1532, 1566. Порембскій 968. Порошинъ 1293. Поручикъ 915, 1070. Поршняковъ 1324. Постниковъ 1293, 1571. Почобутъ 1350. Правдинъ 915. Предтеченскій 1036. Преображенскій 1498, 1568, 1599. Пржилюскій 1263. Применко 883. Прожанскій 1442. Прозоровъ 1123, 1316. Прокофьева 1454. Протасовъ 1533. Проусянъ 1426. Прохвицкій 1424. Пряннишниковъ 1571. Псаломщикъ 1199. Пудженичъ 1070. Пумянская 1037. Пуссепъ 846, 876, 935, 936, 971, 1098, 1159, 1286, 1483, 1633. Пучковскій 1199. Пушывый 1358. Пшениснотъ 883. Пшидецкій 883. Пыровичъ 883. Пясецкая 1461.

## Р.

Рабиновичъ 1196, 1461. Равская 1127. Радвишевскій 1007. Радзевичъ 1064. Радихъ 1607. Радчевскій 915. Равскій 883. Рауковский 1199, 1421, 1535. Райтеръ 940. Раковичъ 1036.

Ракowski 1638. Ракъева 1531. Раппенортъ 883. Рауцфусъ 906, 1631. Рахимовъ 1461. Рахманиновъ 1461, 1498. Рацнпскій 1096, 1320, 1452, 1454, 1597. Рачковскій 1199. Раброва-Харламенова 1601. Редлихъ 1095. Рейботъ 1424, 1522. Рейнгадъ 1387. Рейнъ 1096, 1291, 1318, 1320, 1388, 1452, 1453, 1454, 1459, 1498, 1598, 1602. Рейпольскій 1385. Рейхенбургъ 883. Рейхманъ 1637. Рекаловъ 1199. Ремезовъ 1293. Рено 1425. Реформатскій 915, 1102. Рехтшмеръ 1352, 1353. Роговскій 1257. Родендорфъ 910, 1194. Родевичъ 943. Родина 1037. Родия 914. Рождественскій 883. Розановъ 1567, 1637. Роза 1461. Розенбаумъ 1131. Розенбахъ 1324. Розенбергъ 1069, 1531. Розенель 937, 939. Розенфельдъ 1127. Розенъ 1135. Розовъ 1069. Рокницкій 1421. Романовскій 1359. Россоломо 1065, 1568, 1602. Ростовцевъ 914, 940, 1458, 1532, 1561. Роткель 1135. Ротъ 1259, 1568. Ртищевъ 915. Рубановичъ 883. Рубашкинъ 969, 982, 1017, 1126. Рубель 1193, 1222, 1224. Рубинштейнъ 883. Рудаковъ 1199. Рудавіи 1323. Рудинскій 1194, 1194. Рукнинъ 1603. Русаковъ 1425. Русейкинъ 883. Руссовъ 1631, 1632, 1632. Рутковский 847, 1034, 1198, 1355, 1453. Рыбаковъ 937, 939, 1073. Рыкуновъ 913. Рымовичъ 883. Рыскинъ 1357. Рюриковъ 943, 975, 1294. Рязанцева 1390, 1639. Раснянскій 1133.

## С.

Сабредо 1357. Сабунаевъ 1567. Саванелли 1461. Савельевъ 1036. Савичъ 1355. Сагредо 1260. Садовскій 941, 942, 1259, 1320, 1454. Савановъ 1263. Сакунинъ 1602. Салазкинъ 1164, 1283, 1634. Салтыковский 1531. Сальскій 1637. Самохинъ 1295, 1325, 1325, 1492. Самоходскій 943. Самсовъ 883. Сандбергъ-Дебеле 1652, 1652. Сапачъ-Сапочинскій 1523, 1524. Саперштейнъ 1258. Сапъжо 1163, 1530. Сарычевъ 1388. Сачукъ 1357. С—ва 1605. Свенцидскій 934, 937. Свиначскій 883. Свириловскій 1027. Свяженниновъ 1255. Свѣтухинъ 1133, 1164. Святловскій 880, 1192. Селиновъ 965. Семеновъ 1460, 1635. Семахинъ 1256. Серапинъ 968, 969, 997. Сербскій 1030, 1062, 1063, 1066, 1067, 1132, 1426, 1491. Сервинскій 1391. Сервирибъ 1357. Сервиригъ 1292. Сергѣевскій 972, 1164, 1387, 1530. Сергѣевъ 1193, 1324. Середенко 1164. Серченская 912. Сибирскій 907. Спирскій 843, 974, 1030, 1032, 1067, 1259, 1494, 1531, 1566. Симановскій 906, 907, 1389. Симоновичъ 1499, 1527, 1533. Сингалевичъ 1327. Синельниковъ 1135. Силицынъ 1228. Синаверъ 883. Синавинъ 1638. Сиротининъ 972, 1359, 1458, 1566, 1631. Скабичевскій 1456. Скворцовъ 1036. Скифосовскій 936, 1159, 1228, 1229, 1293. Склиръ 909. Скориченко 1289, 1566. Скородумовъ 1571. Скорбаевскій 1096, 1320, 1454, 1598. Славскій 1323, 1461. Сланскій 1190, 1219. Слатинъ 1164, 1165. Сливинскій 1487. Словцовъ 1178, 1436. Слонимъ 840. Слѣсаревскій 883. Слюсаревъ 1571. Смирновъ 1199, 1263, 1461, 1653. Сногиревъ 1349. Собіастинскій 1636. Соболевъ 968, 969, 998, 1127. Совинскій 1259. Сокальскій 883, 1034. Соколовскій 915, 941, 943, 1454. Соколовъ 1163, 1197, 1293, 1352, 1354, 1525, 1526, 1652. Соколюкъ 883, 1199. Солпцевъ 1532. Соловьевъ 880, 883, 1038, 1263, 1288, 1386, 1421, 1638. Соломинъ 1566. Сорокинъ 1357, 1357. Сосфеновъ 912, 915. Сосфдовъ 883. Спасокуцкая 1159. Спасскій 883, 1199, 1637. Спенглеръ 1260. Спиро 1230. Спиртовъ 1596. Спиримовъ 1293, 1498. Ставскій 1135. Станиловскій 1069. Степановъ 1255. Стерлягъ 1062, 1357. Стефанскій 1460, 1464. Столпчевскій 975. Столпинскій 1318. Столыпинъ 1388. Стравинскій 1318. Стратѣевскій 1069. Стратоникскій 1135. Стратоникскій 1069. Строгановъ 1096, 1452, 1453, 1598. Строкинъ 883. Струковъ 1231. Струлянский 1571. Струянскій 1135. Стрѣльниковъ 1460. Студзинскій 883, 1082. Стужей 1353, 1382. Субботинъ 914, 934, 936, 1159, 1160, 1261, 1263, 1420, 1635. Сузильовскій 1527. Суляковский 1571. Сулима 901, 1398. Сулима-Самойло 848. Суфвичинскій 1135. Сухановъ 1129, 1351, 1564. Сущинскій 1199. Сыльвестровичъ 1135. Сѣнотрусовъ 1101. Сѣрковъ 1231. Сѣченъ 1424. Сюевъ 1352.

## Т.

Т. 1460. Тааръ 1135. Талиевъ 1068. Таль 1527. Талько-Григачевичъ 1253. Тамашевскій 1159. Таранухинъ 1566. Тарасевичъ 1323. Тарасовъ 1263. Таренецкій 1461. Тарновскій 974, 975. Тархановъ 1132, 1634. Татаркинъ 1135. Татарскій 1263. Тауберъ 1159. Тезяковъ 942, 1228. Тепляшинъ 883. Теревинскій 1508. Теретьевъ 1607. Терешенковъ 1261, 1422. Терешинъ 972, 1566. Терлецкій 908. Терне 1607. Терникова 941. Терскій 1460. Теръ-Григоряцкій 1258. Теръ-Маруковъ 1199. Теръ-Микаэльянъ 1568. Теръ-Никогосовъ 1571. Тесля 1534. Теуманъ 1637. Тиграновъ 1527. Тимофеевъ 883. Тимофѣевъ 956. Тимошеевъ 1421, 1633. Титовъ 883, 1571. Тихомировъ 1126. Тихомировъ 1389. Тихоновичъ 848. Тихковъ 881. Тишуткинъ 964, 968, 1127, 1562. Тодорскій 1231. Толмачевъ 1069. Томашевскій 935, 936, 1494, 1597, 1598. Топорковъ 1231. Топорнинъ 1607. Трамбидскій 1069. Трапезниковъ 942, 1007, 1069. Трахтенбергъ 1256. Трембачъ 883. Трещилевъ 1569. Тригеръ 1230, 1294. Трисятскій 883, 1263. Тритшель 1494, 1566. Троицкій 849, 915, 1199, 1427. Трофимовъ 1133, 1494. Трошинъ 880, 1102, 1223. Трояновъ 1003, 1159, 1255, 1256, 1288, 1288, 1289, 1352, 1353, 1354, 1389, 1420. Трубецкой 1259, 1355, 1386, 1386. Турнеръ 937, 937, 1132, 1160, 1169, 1324, 1383, 1389, 1420, 1635. Туровровъ 1359. Тутышкинъ 848, 940, 1030, 1070, 1133, 1134. Тыминскій 1131.

Ф

Фавидскій 967, 1289. Фавръ 1133. Файнштейнъ 975. Фарма-новъ 848. Фастрицкій 1068. Федоровичъ-Ведеръ 883. Фейтель-бергъ 883. Фейтъ 1101, 1228, 1357. Фелицына-Гуревичъ 1461. Фельдтъ 855. Фельдштейнъ 883, 1359. Феноменовъ 1635. Ферх-минъ 1198, 1461. Фесенко 883. Фехнеръ 883, 1036. Фивегеръ 1571. Филиппченко 1357. Философовъ 997, 1470. Финкельштейнъ 846, 915, 1002, 1289, 1354, 1384, 1461, 1599. Финне 1383. Фир-совъ 1567. Фишманъ 1036, 1131, 1496, 1531. Фиалковский 883, 1004, 1461. Флейшеръ 1127, 1289, 1384, 1488, 1562, 1563, 1615, 1634. Флерлиъ 1261. Флеровъ 1292. Фолькманъ 883. Фомановъ 1586. Фохтъ 1036. Францовъ 1263. Фрейбергъ 1491. Фрейфельдъ 1006, 1007. Френкель 1004, 1068, 1164, 1196, 1531. Фридманъ 1454. Фридъ 883, 1135. ф.-Фрикентъ 883. Фрикеръ 1135, 1165. Фростъ 1037. Фруминъ 1164, 1425. Фунтиковъ 1196. Фурманъ 1199.

Х

Хайкинъ 1571. Хальдриманъ 1295, 1325, 1325. Ханутина 1141, 1290. Харвамоновъ 914, 1037. Харитонъ 1193. Хати-совъ 1358. Хейсинъ 1389. Хелковский 1568. Хибчинскій 1196. Хижниковъ 1425. Хижняковъ 1005. Хлопинъ 1564. Хлѣбниковъ 877. Ходоровскій 883, 1135. Холевинская 877, 1293. Холмогоровъ 1177, 1372, 1539. Холодковский 972. Хольцовъ 1308, 1525, 1635. Хоммеръ 883. Хорнъ 1006. Хохлачевъ 1164. Хржовщевскій 1263.

Ц

Цвибакъ 1349. Цвѣтаевъ 1461. Цейдлеръ 934, 935, 942, 1159, 1159, 1352, 1353, 1421, 1523, 1524, 1525, 1525, 1526, 1562, 1635. Цейтлинъ 1260. Цешковский 1327. Цитовичъ 1038, 1383. Цы-товичъ 906, 907, 1566. Цыгановичъ 1391.

Ч

Чаговецъ 1558, 1566. Чеботаревъ 883, 1199. Чекалова 1638. Червенцовъ 992, 1489. Черевковъ 990. Черепановъ 1391. Чер-номордикъ 1571. Черниковъ 1461. Черцовъ 1135. Чернявскій 936, 1260. Черняховскій 1263. Чеховъ 848, 943. Чечотъ 938, 1066, 1605. Чечулинъ 912. Чиринскій 1498. Чистовичъ 1265, 1288, 1289, 1327, 1355, 1393, 1429, 1487, 1530, 1566. Чистосер-довъ 1353. Чистяковъ 883, 1222, 1324. Членовъ 848, 1163, 1293, 1297, 1332. Чоговецъ 1127. Чугуновъ 1231. Чумбаловъ 883.

Ш

Шайдуровъ 975. Шайкевичъ 964, 1014. Шапиро 1571. Шапо-валенко 968, 969, 997, 998, 999. Шарый 1193. Шателенъ 1131. Шатерниковъ 1424. Шатилдовъ 1133. Шаттенштейнъ 883. Шах-тахтинскій 1357. Шахъ-Азизъ 1135. Шверинъ 1198. Шебалдаевъ 1495. Шекуненко 937. Шедери 1295. Шенгеладзе 1488. Шенкъ 937. Шервинскій 1036. Шефферъ 883. Шидловскій 914, 915. Шимановскій 1494. Шиперовичъ 880, 1197. Шиповъ 1292. Ширманъ 1566. Ширяевъ 1290. Шитовъ 1103, 1230 1262, 1295. Шкаринъ 1601, 1632. Шкляевъ 1290. Шкляревскій 1263. Шле-вингеръ 883, 883. Шмелевъ 1261. Шмидтъ 877, 883, 1231 1427. Шмудевичъ 1199, 1231. Шнейдеръ 1199. Шнелъ 914, 1037. Шоломовичъ 1528. Шоръ 1193, 1312, 1632. Шпановъ 1292. Шполянскій 883. Штакъ 1231. Штейнбергъ 851, 940, 1065, 1066, 1263, 1345, 1377, 1488, 1558, 1593. Штремеръ 1571. Штолериъ 1352, 1354, 1526. Шуенинова 1528. Шуениновъ 1235, 1256, 1271, 1288. Шульцъ 1057.

Щ

Щеголевъ 1131, 1257, 1260, 1291, 1356, 1387, 1494, 1566. Щенсновичъ 1427. Щербина 1164. Щепотьевъ 1124.

Э

Эгивъ 1286. Эдельманъ 1127. Эйгеръ 1523. Эксертъ 1521. Элиасбергъ 1571. Элиашевъ 1194. Эльдаровъ 915. Эльясонъ 880. Эльяшева-Рогинская 1231. Эминетъ 1133. Эповъ 934. Эпштейнъ 1263. Эренбургъ 1193. Эрнстъ 1037. Эфронъ 1260.

Ю

Юдинъ 839. Юзифовичъ 1499. Юматовъ 1654. Юрасовъ 1429. Юцевичъ 1566. Юшеновъ 1566. Юшкевичъ 1533. Ющенко 1633.

Я

Яблоковъ 1134. Яблоновскій 1199. Яблонская 1101. Явейнъ 997, 1127, 1164, 1385. Яворскій 1255, 1522, 1567. Явизкскій 1571. Якимовичъ 883. Якимовъ 1476. Яковби 1198. Якобсонъ 1069. Яковенко 881, 1064, 1194, 1568. Яковлевъ 915. Якушевичъ 1133. Янишевскій 1061. Янковскій 1499. Яновскій 878, 885, 908, 968, 969, 997, 998, 999, 1000, 1327, 1384, 1636. Янушкевичъ 1295. Яппа 1352. Ярошевскій 915. Яцута 1259.

Ө

Өдоровскій 1533. Өдоровъ 906, 912, 934, 942, 1159, 1421, 1561, 1598. Өдосихана 1164, 1165. Өеоктистовъ 1387.

А

Abadie 1158. Abbe 1559. Aguiar d' 1098. Albarran 1262, 1462. Albrecht 845, 845. Albu 965. Alessandri 1221. Allain 1098. Almei-  
da 1097. Anderson 845, 1096. Apetz 1381. Arnosan 1391. Assmann 1027. Athias 846, 846. Audry 1535. Aufrecht 1295. Axhausen 1191.

В

Baerman 1158. Baldes 1380. Bälint 1029. Balthazard 971. Bar-  
mann 1198. Barth 943. Baumgarten 1062. Bayer 996. Beck 1254. Becker 1059. Beer 1347. Behring 1295, 1327, 1391, 1445. Benda 845, 846. Bendix 1190. Benedikt 931. Benjamin 1380. Ber nt 929. Berger 905, 1039. Bergmann 1039, 1039. Bergonié 969. Bernheim 970. Berret 1158. Berrojo Obregon 969. Berthold 943. Best 966. Bettencourt 1097, 1098. Bichelonne 1029, 1450. Biffi 1096. Birch-  
Hirschfeld 1097. Bischoff 1317. Bischoffsheim 1606. Blasson 1629. Bitot 1198, 1199. Blarez 1198. Bloch 943. Blum 1094. Blume 1091, 1103. Boas 841, 1379. Bockenheimer 1384. Boerger 996. Bokay 969, 970. Bolton 1028. Bordet 1262. Borgh, van der 1103. Borst 1391. Boss 1200. Bouchard 882, 969, 1295, 1391. Bouffe de St. Blaise 1629. Bouvier 1391. Boyce 1097. Brandão 1097. Brauer 1263. Brawn 1198. Breinl 1219. Brettauer 1198. Brewitt 1379. Bricage 1158. Bricout 1570. Brieger 943. Broeckart 996. Brooks 1593. Brossard 1326. Brouardel 1262. Bruck 1198. Bruns 1485. Brusch 1124, 1190. Buchner 851, 1262. Burger 1535. Burlan 902. Buschke 842.

С

Cabannes 994. Cabot 1027. Cajal 845, 845, 846. Callmette 1295. Camp de la 1263. Campbell 1092. Campenbont van 1607. Carpen-  
ter 1253. Carracido 1096, 1096, 1097. Carrel 1655. Castellani 1125. Castro 846. Caytley 1057. Celestino da Costa 846. Chabas 969. Chambrelent 1198, 1199. Championnière 1570. Charrin 969, 970. Chassevant 840. Chiari 975, 1097, 1097. Clairmont 1521. Clemen-  
ceau 851, 1391. Cockle 1521. Cohn 1381, 1571. Collins 1097. Col-  
mers 1348. Comby 1060, 1350. Cornie 1097. Coulaud 1156. Conve-  
laire 1629. Crooc 1096. Croon 1629. Cuguillière 970. Curci 969, 969. Curie 851. Curie-Складовская 851. Curl 1192. Cushing 1655. Czajkowski 1070. Czermak 1535, 1571. Czerny 975, 1231.

Д

Davis 1251. Dawson 1219. Debove 851, 1391. Defosses 1326. Delbet 1535. Deléage 970. Dénert 943. Deower 1000. Destosses 1039, 1039, 1462. Deycke Pascha 1039. Dévé 1295. Dollinger 1535. Dominici 1097, 1047. Done 846. Donhaiser-Sikorska 882. Doyen 969, 970, 970, 1098, 1535. Dubuisson 1570. Duchesne 1382. Dunger 1126, 1628. Duplay 1499. Durand 1570.

Е

Ebstein 1295. Ehrlich 851, 1262. Ehrmann 1631. Einhorn 931, 1028, 1091. Elliot 1448. Engel 1377. Erb 1039. Escherich 905. Esmarch 1103. Eternod 845. Eustachio 943. Ewald 1481. Exner 1091.

Ф

Fajardo 1097. Faure 970. Feilchenfeld 1059. Feilke 934. Feny-  
vessy 970. Fére 1039. Fergus 1155. Fernandes 995. Fernwand 1157. Ferreira 970. Feytand 1594. Ficker 1103. Finsen 1391, 1535. Fish 933. Fischer 812. Flatau 943. Fleischmann 1061. Flügel 1103, 1263. Follenfant 1230, 1231, 1535. Fornet 992. Forster 1103. Fortineau 1098, 1098, 1098, 1098. Fouquet 1535. Fournier 1295. Fran-  
kel 1070, 1535. Franca 1097. Franga 846. Fränkel 1103. Franke 1649. Frenkel 1156. Frensch 1630. Freund 1158. Frey 970. Fried-  
rich 943. Frisch 1266. Frohse 1384. Fromaget 1157. Fürst 1098.

Г

Gaetgens 1154. Gaffky 1103. Gairat 1570. Galéowski 1059, 1093, 1156. Gallant 931. Gallois 1359. Garrod 1051. Gärtner 1103. Ga-  
sinde 943. Gast 943. Geclere 1295. Gemelli 845. Gengou 1262. Giard 1391. Gibbon 932. Giglio-Tos 1499. Gineatus 1156. Gleits-  
mann 1535. Gliński 1483. Göbel 1628. Goldman 1486. Golgi 1391, 1606. Gordon 1157. Gradenigo 1535. Graf 1317. Granjux 1359. Graux 1606. Grossman 943, 1535. Gruber 1103. Gryser 1295. Gué-  
rin 1198, 1199. Guido Mann 1327. Guignard 1570. Guillemont 1098. Guyet 1594. Guyon 1262, 1462. Guzmann 1521.

Н

Habermann 943. Haike 1350. Hajos 1263. Halberstädter 1158, 1198. Halle 1287. Hallopeau 1628. Hammar 876. Hammerschmidt 1090. Hankin 1597. Hanot 1535. Hansemann 1097. Hartmann 943. Hasebrök 969. Haug 943. Hedges van d. 1028. Heichelheim 1380. Heine 943. Hennebert 996. Henrici 1351. Herman 932. Hermann 1381. Herschall 1427. Heryng 908. Hess 1559. Hetach 1320. Heub-  
ner 1103. Hewetson 1595. Hicks 1630. Hirsberg 943. Hirschberg 975. Hirschmann 1220. Hirschfeld 1091, 1096. His 1295. Hlava.



1097, 1097, 1255. Hocheisen 1349. Hofbauer 1091. Hoffmann 882, 1287. Holländer 904. Hollister 1379. Holst 1183. Holzknecht 1359. Hopmann 1382. Hornung 931. Horoszkiewicz 1287. Hotz 933. Hüdovernig 1558. Huet 1650. Hunter 1094.

I.

Icard 1135.

J.

Jackson 1062. Jacoby 1094, 1126. Jacqueau 1060. Jaquet 1039. Jadassohn 882. Jaworski 930, 1027. Jehle 1091. Jobling 1090. Johnston 1124. Joseph 1451. Jurasz 1535.

K.

Kalisky 1253. Kalt 1319. Kamon 845. Karliński 903. Karrenstein 1379. Kasmel 1103. Katz 943. Katzenstein 1650. Kayser 841. Kayserling 1103. Keith 1561. Kekuzi 1166. Keller 1561. Kephallinos 1630. Kern 1103. Kerswill 1606. Khan 1462. Kinghorn 1219. Kirmisson 1354. Kiaskalt 1103. Kitasato 1326. Klienberger 842. Knapp 943. Koch 1391, 1607. Koerner 943. Kolle 1320. König 1380, 1628. Kopke 1098. Korolewicz 930. Kostanecki 851. Kouke 975. Kretschmann 943. Kreuzfuchs 992. Kroner 1057. Krönlein 1286. Kronthal 1093. Krzyszkowski 1028. Kuhn 1103. Kühnel 876. Kuhn 1535. Kümmel 943. Kümmell 1379. Küster 841.

L.

Lancereaux 1606. Landman 1157. Lang 1359. Lange 1191. Langstein 1103. Lapersonne de 1060, 1326. Lapierre 1096. Lapiński 1057. Laponi 1571. Laqueur 967. Lasocki 1426. Lassar 975, 1522. Laveran 1097, 1098, 1391. Laveron 969. Lebouef 1391. Leedham-Green 1417. Leiper 929. Lejars 1599. Lennander 1192. Lennhoff 1103. Lennquist 1316. Lentz 1103. Leo 1103. Lepierre 1097. Ler-moyez 1535. Lester 931. Leszczyński 906. Levaditi 1535. Leyden 1039, 1391. Lichtenberg 1486. Lichtenstein 905. Liebermann 1097. Lloyd 1090, 1595. Loeser 1450. Löffler 1103, 1378. Löhner 1154. Lopez 1649. Lorang 970. Lotsch 1192. Lovet 970. Löwenthal 845. Lucæ 943. Ludolf 1191. Lüthie 1157.

M.

Mc Eccles 1629. Mc. Guire 1560. Mackh 1090. Macleod Neave 1378. Mc Millan 930. Mc Naught 1607. Mader 996. Madsen 1097, 1097. Magalhães de 1098. Maira 1097, 1098. Manasse 943. Mann 845, 845. Manson 1462. Marcou 1535. Marmorek 1327. Marnoch 1254. Marschall 1378. Martin 1255, 1391. Martini 1097, 1097. Marx 1287. Masip Budesca 970. Matignon 1166. Mattoso dos Santos 845. Maufeld 970. Mauperin Santos 970. Maupperon Santos 969. Mayer 851, 1450. Mayo 1221. Mayr v. 1103. Mecker 1417. Me-ding 1157. Melle Loyer 845. Metzger 1380. Meyer 876, 1135. Meyerstein 1448. Mięsowicz 1028. Mills 1029. Mindes 932. Miranda 1098. Mitesphanos 845. Molssan 1606. Moll 932. Moore 1097. Monthus 1069. Moraes 1097, 1097. Morris 1221, 1630. Moschowicz 1419. Motta 969. Moulden 1253. Moymhan 1254. Musgrove 845.

N.

Nakayama 1097. Narath 975. Nedden 1030. Negri 1359. Nelsser 882, 1158, 1198, 1499. Netter 1391. Neubauer 964. Neuberg 851, 1262. Neumann 1103. Nieden 995. Nietner 851, 1103. Nocard 975. Noorden 851, 1262, 1285. Norris 1606. Nuël 1059. Nutall 1452.

O.

Olshausen 1039. Onodi 1535. Opin 1059. Ouf-ray 1348.

P.

Paes Leme 845, 846. Pagenstecher 933. Pannwitz 1499. Pansa 943. Paré 1535. Parra 845. Passow 943. Pater 1350. Paterson 1484. Patron 1098. Pauz 933. Payr 1191. Pellegrino 992. Percival 1060. Perrier 1570. Petit 1295. Pfandler 851. Pfeifer 905. Phaler 993, 994. Philomeno da Camara 1096, 1097. Pierce 1559. Pincussohn 1090. Pitres 1198, 1199. Plant 1519. Poirior 1391, 1499. Polek 975. Politzer 943. Pollatsek 1029. Pollitz 1499. Poncet 1092. Poncetton 1462. Pope 1057. Pottar 1628. Pozzi 851. Pręgowski 1520. Prei-sing 943. Pribram 1125. Pronger 1093. Prowazek 1198.

Q.

Quest 903.

R.

Raczyński 905. Rad 1029. Ramm 1103. Ramon y Cajal 1606. Rappin 1098, 1098. Ratner 1263. Ray 1059. Raymond 1570. Rec-kitt 1606. Recklinghausen 975. Regaud 845. Reis 1059, 1156. Renk 1103. Renner 929. Rénon 1103. Rennert 1483. Reuss v. 1380. Renter 1419. Reyburn 970. Reynaldo dos Santos 1097. Ribadeau-Dumas 1391. Richards 1486. Richardson 1126. Richter 904. Riebold 1092. Rigby 1254. Rindfleisch 1391. Rivière 969. Roberts

lin 901. Rolly 1220. Romiti 845. Rondot 1198, 1199. Rörig 1058. Rosenberger 1559. Rosengart 1125. Ross 1028, 1391. Rossi 845. Rothschild 1391, 1606. Rothschnh 1631. Roubaud 1391. Roussille 1262. Roux 1391. Rubner 851, 1103. Rugani 1095. Ruge 1103. Rühl 1595.

S.

Sachs Mücke 1190, 1252. Sahli 930. Saint-Laurent 970. Saito 1317. Salkowski 851, 1262. Sapli 1154. Sashford 1097. Sattler 1595. Sauvage 1535. Savas 1570. Schaudinn 1098, 1198. Scheff 1535. Scheier 1094. Schiller 1060. Schilling 1192. Schittenhelm 1190. Schlesinger 1483, 1520. Schlossmann 851, 1377. Schmidhäuser 1059. Schmidtman 1653. Schreiber 1331. Schröder 1263. Schülein 1486. Schultze 1252. Schulze 1419. Schumacher 1190. Schütte 1561. Schütz 930. Schwalach 943. Schwartz 1060. Schwartz 943. Schwechten 1103. Secrotan 1629. Semmelweis 1535. Semon 1535. Senator 1351. Sequeira 1287. Serrano 845. Sessons 943. Shaw 1028, 1382. Short 1254. Siebert 1198. Siemerling 1653. Silbermark 904. Simpson 1485. Simrock 1154. Sittler 1350. Slade Ely 1606. Snell 1093. Snyder 1092. Soarez 1097. Sonnenburg 1418. Sonnenschein 932. Sousa 1097. Spiess 1535. Spratling 1607. Sprengel 1289. Steiner 1462. Steinitz 1522. Stern 1594. Sternberg 1378. Stevenson 1382. Sticker 1348. Stirling 1029. Stock 1092. Strada 845. Stubenrauch 1560. Stucky 1630. Sweet 1569. Szaanto v. 975. Szczepański 930. Szulislowski 1462. Szymonowicz 882, 1427.

T.

Talon 1359. Tangl 1096, 1097. Turner 904. Terson 1594. Teyo 846. Theilhaber 1058. Thoinot 1262. Thomas 1559. Thompson Banes 1607. Thomsen 839, 1606. Thost 913. Thresh 1559. Thrush 993. Tileston 1520. Toff 1255. Tomotaro-Ishizaka 969, 969. Trautmann 1124, 1253. Treacher 1097. Treu 994. Tromp 1220. Tulloch 975. Tunncliffe 970. Türk 1535.

U.

Udranski 1096, 1097. Uhlenhut 1606. Uhlich 1154. Uhthoff 995, 1093. Ullmann 932. Umber 1061. Ustvedt 1347.

V.

Vallée 1327. Valude 1381. Vandeweyer 930. Vannod 1627. Van-steenbergh 1295. Vas 931. Vaughan 1058. Verworn 1096, 1097. Vidal 1096. Villard 1198, 1199, 1595. Vincent 845. Virchow 1531.

W.

Wade 975. Waldeyer 845, 845, 846, 1445. Walsh 1630. War-fringe 845. Wassermann 1198, 1519. Weber 1103. Weiss 1391. Werner 1486. Westhoff 1522. Wicherikiewicz 699. Wittmaack 1450. Wolbarst 1631. Wolff 1520. Wolgemuth 1154. Wood 1351. Wrangham 1629. Wray 995. Wuarin 1039. Wybauw 930. Wynn 1350.

Y.

Young 993.

Z.

Zeissl v. 1158. Zickgraf 840. Ziegler 842. Zirm 933. Zuntz 851, 1262.

ПО ПРЕДМЕТАМ<sup>1)</sup>.

A.

Агарь съ телячьей кровью, ростъ холерныхъ и холероподобныхъ вибрионовъ 1190. Агглютинины въ гонококковой сыновротѣ 1627. Агрессины 1098. Адреналинъ, внутреннее назначіе его, наблюденія 992; —, кокаиновъ-адреналиновая смѣсь для мѣстнаго обезболиванія 1279. Академія В.-Медицинская, воззваніе начальни-ка къ студентамъ 1356; — — —, декларация о ней Комитета к.-д. группы студентовъ 1163; — — —, закрытіе 1322, 1356, 1424 (2), 1494; — — —, защита диссертаций 1494; — — —, заявленіе Конференціи студентовъ 5-го курса 1357; — — —, клиника акушерско-гинекологическая новая 1458; — — —, клубъ студентовъ 1196; — — —, закрытіе 1386; — — —, Комиссія для изслѣдованія эпидемическаго cerebro-спинальнаго менингита, циркулярное обращеніе 1289; — — —, испытательная 1228; — — —, музей хирургическій, пожертвованіе огнестрѣльныхъ снарядовъ, примѣня-

<sup>1)</sup> Для болѣе удобнаго отысканія каждое слово съ новой второй буквой набрано болѣе жирнымъ шрифтомъ; кромѣ того, набраны болѣе жирнымъ шрифтомъ и слова, особенно богатые указаніями. Если послѣ одной цифры стоитъ въ скобкахъ вторая, то это значитъ, что о данномъ предметѣ на указанной первой цифрой страницъ говорится соотвѣтствующее второй



Вакцерія см. микробы. Бактеріологія заглоточних нари-  
вовъ 891; —, клиническое значеніе при главныхъ болѣзняхъ  
1155. Варіи хлористыя, впрыскиванія внутривенныя, затвердѣніе  
аорты 1124. Ведро, вывихъ врожденный, безкровное управле-  
ніе по *Lorenz'u* 1594; —, искривленіе 936; —, кисты лимфати-  
ческія 1085. Взаобразія санитарныя въ вѣтѣхъ заключенія 1005,  
1132, 1260, 1603; — — — — — помѣщенія для рабочихъ на Оде-  
скихъ поляхъ орошенія 1006; — — — — — на конфектной фабрицѣ 1534.  
Везонинца, вліяніе на вѣтъ тела 1027. Беременность, вліяніе  
вредное впрыскиванія холіна 1486; —, — на развитіе лучисто-  
губковой болѣзни 1092; — — — — — выматочная междуточная 907; —,  
заболѣваніе африканской возвратной лихорадкой, переходъ спи-  
рохоты въ кровь плода 1219; —, заносъ пузырный 1096; —,  
зачатіе во время аменореи 1570; —, коническое выпячиваніе  
роговой оболочки 1381; — при двойной маткѣ 1629; — — — — — сгу-  
щенія 2-створчатой заслонки, опасность ея 1630; —, сплюсноте-  
ченіе сильное, лѣченіе атропіномъ 1177; — — — — — яичниковая 1595.  
Библіотека, проектируемая для политическіхъ ссыльныхъ въ  
Нарымскомъ краѣ 1164. Библіотеки пожертвованныя 1461 (3).  
Витъ для лѣченія застойной гниеріей по *Bier'y* 936. Во-  
бы зеленые, массовое отравленіе 1220. Воли въ полахъ 1484;  
— головныя упорныя, соли кальція 1028. Вольница Алек-  
сандровская губернская Саратовская, вопросъ о реорганиза-  
ціи 1654; — Александровская мужская въ Петербургѣ (нѣ-  
мецкая), 25-лѣтіе 1165; —, амбулаторія для безработныхъ въ  
Петербургѣ 880; —, — — — —, обыски 1425; — Астрахан-  
ская, переполненіе 1569; — Бакинская Михайловская, плачевное  
состояніе 1326; — — — — — Балаханская, недоразумѣнія между врачами  
и служителями 1326; — — — — —, покушеніе на д-ра *Перфильева*  
1568; — Ваякинская Тульская 1498, 1655; — Варшавская  
еврейская, обыскъ 1567; — городская Александровская въ Кіевѣ,  
конфликтъ служащихъ съ больничной администраціей 1381; — —  
— — — — —, переполненіе тифозными больными 913; — — въ Николае-  
вѣ, избраніе попечительнымъ Совѣтомъ главнаго врача, уходъ нѣ-  
которыхъ изъ врачей 943; — — въ память *R. Virchow'a* въ  
Berlin'ѣ, избраніе завѣдующаго отдѣленіемъ горловыхъ, носо-  
выхъ и ушныхъ болѣзней 943; — — Ковенская, убійство 1260;  
— — Одесская, забастовка больничной прислуги 849; — — — — —,  
заявленіе старшаго врача объ увѣковѣченіи памяти *H. В. Склифосовскаго*  
1228; — — — — — новая, арестъ служащихъ 1603;  
— — — — —, общій укладъ больничной жизни 1229, 1294;  
— — — — — психіатрическая 1101, 1294; — — — — —, ревнія 1261,  
1294; — — — — — старая 1427; — — — — —, безпорядки 1639; — —  
— — — — —, вопросъ о продовольствіи больныхъ 1294; — — — — — Петер-  
бургская Алафузовская, арестъ служащихъ 1036, 1292; — — — — —,  
безпорядки 849, 880, 1036; — — — — —, новый конфликтъ  
между главнымъ врачомъ и служебнымъ персоналомъ 1134;  
— — — — —, письмо открытое д-ру *Дедюнину* служащихъ въ  
аптекахъ больницы 1069; — — — — —, 63-хъ больныхъ съ обви-  
неніемъ старшаго врача 1070; — — — — — дѣтская, крайнее пере-  
полненіе 1358; — — — — —, хищенія 1198, 1261; — — — — — Ка-  
лининская, переполненіе 1605; — — — — — Марія Магдалинъ,  
растрата 1165; — — — — — Обуховская, антисанитарное состояніе  
1605; — — — — —, вѣнокъ на могилу *М. И. Герценштейна* 972;  
— — — — —, заявленіе врачей въ больничную Комиссію о ма-  
теріальной необеспеченности 1653; — — — — — Петропавловская,  
запрещеніе администраціей вышнему персоналу входить вѣнокъ  
на могилу *М. И. Герценштейна* 1101; — — — — — св. Николая Чу-  
дотворца, безпорядки, требованіе градоначальникомъ увольненія  
нѣкоторыхъ служащихъ 1101; — — — — —, неточность въ  
сообщеніи объ избраніи старшаго врача 915; — — — — —, — — — — —,  
дѣло о вывозѣ на такжѣ д-ра *Н. Н. Реформатскаго* 1102;  
— — — — —, побѣгъ политическаго заключеннаго 1102;  
— — — — — Ростовская, оригинальное ходатайство конторы 1262;  
— — — — — Томская, переполненіе 1198; — — — — —, грязельцебница новая въ  
Ессентукахъ, устройство 989, 1151; — — — — —, — — — — — Сакская, обыскъ и  
арестъ больного 1164; — — — — — Дальниковская, разгромъ амбулаторіи  
1567; — — — — — для чернорабочихъ въ Кіевѣ, самоубійство больного  
1499; — — — — — дѣтская въ Елисаветградѣ, пожертвованіе на постройку  
ея 1102; — — — — — Черногородская, неблагоустройство 1638; — —  
— — — — — Евангелическая въ Одессѣ, учрежденіе кроватей имени *Е. А. Фриера*  
1165; — — — — — Екатеринославская, похищеніе больного 1531;  
— — — — — желѣзнодорожная въ пос. Прушковѣ, Варшавской губ., за-  
бастовка служителей 1070; — — — — — земская Балахнинская, воору-  
женный караулъ среди больныхъ 1068; — — — — —, самоуправство  
полиціи 1068; — — — — — Евпаторійская, бюджетъ 849; — — — — — Екате-  
ринославская, освобожденіе политической преступницы группой  
вооруженныхъ людей 1069; — — — — — губернская Воронежская,  
конвой въ ней 1387; — — — — —, конфликтъ между врачами  
850; — — — — —, — — — — —, постановленія Воронежскаго Обще-  
ства помощниковъ врачей 913; — — — — — Житомирская, неутвер-  
жденіе въ должности ординатора врача-еврея 1069; — — — — — Симфе-  
ропольская, конвой въ ней 1460; — — — — — Тульская, сир-  
опитательное Отдѣленіе, необходимыя реформы 1568; — — — — —  
Харьковская, волненія среди низшаго персонала 1165; — — — — —  
— — — — —, дѣло о поломкѣ реберъ больнымъ 1197; — — — — —, — — — — —,  
заявленіе врачей въ губернскую Управу по поводу выработанаго  
земскимъ Собораніемъ порядка избранія врачей на Сабурову  
Дачу 1197, 1461; — — — — —, кандидаты на должность стар-  
шаго врача 848, 1197; — — — — — Ковровская, докладъ Управы пре-  
вычайному земскому Соборанію о приглашеніи врача-хирурга и  
увеличеніи штата врачей 943; — — — — — Круговская, обыскъ 1603,  
1637; — — — — — Петровская, массовый уходъ по поводу увольненія  
д-ра *Петровскаго* 1569.











**E.**

Евреи, допущенные в число студентов и вольнослушателей  
 сверх ограничительной нормы 1100; —, Общество пособия боль-  
 ным евреям в Варшаве 1533; —, — — — — Одессе  
 262. Ессентуки, устройство новых грязевых ванн 989 1151.

Жаба грудная, лѣчение 970; — катарральная острая, воспаление обонят. зрительныхъ нервовъ 1029; — флегмонозная, смертельное кровотечение 907, 1616. Железа бронхальная, выпадение въ дыхательное горло, смерть отъ задушения 1483; — грудная, ракъ, удаление по Beck'y 1254; — зобная см. зобъ; — поджелудочная, зависимость смертвѣнія жировой ткани 1097; —, островки *Langerhans'a*, отношеніе ихъ къ сахарному мочевиурению 1632; —, патологія ея 1127; —, сокъ ея, вліяніе на кишечное пищевареніе 1124; — предстательная, выдѣшеніе 1559; —, гипертрофія, операція *Bottini* 1058; —, опухоли злокачественныя 1628; —, *prostatectomia* промежуточная 934; — сѣмянная, спирохеты *Schaudinn'a* 1535. Железы грудныя, воспаление, лѣчение по *Bier'y* 932; — лимфатическія, воспаление, лѣчение крѣпкой карболовой кислотой 1520; — — поджогныя, пораженіе ихъ, лѣченіе *Roentgen*-овскими лучами 931; — шейныя, варанное заболѣваніе 1060; —, роль ихъ въ заболѣваніяхъ уха, носа и горла 996; — миндалевидныя см. глотка; — надпочечныя см. надпочечники; — пепсиновая, вліяніе на работу ихъ различныхъ сортовъ пищи 1126; —, физиологія 1127; — слюнные, рефлексъ новый искусственный условный 1126, 1127; —, совместное заболѣваніе со слезными 1349. Желтуха, всасываніе жировъ 1644; — варанная 1114; —, секретія желудочная 1045, 1507; —, эпидемія въ Томскѣ 987. Желудокъ, ахилія 1127; —, болѣзнь, вліяніе горькихъ веществъ 1558; —, бугорчатка 1432, 1465; —, булавка въ нѣмъ, проглоченная ребенкомъ 1029; —, движеніе 1127; —, дѣятельность пищеварительная, изслѣдованіе безъ помощи зонда 1154; —, изслѣдованіе содержанія соляной кислоты по содержанію водородныхъ іоновъ 1097; —, — химической достаточности, «демонная проба» *Salki* 930, 931, 1154, 1317; —, катарръ острый у дѣтей, лѣченіе дрожжами 1350; —, кривизна малая, ракъ, новый признакъ для распознаванія 842; —, кровотеченія скрытыя, новая реакція для опредѣленія ихъ 1379; —, невѣреніе, обложженіе азыга 904; —, работа отдѣлительная и двигательная 1649; —, ракъ, изслѣдованіе *Röntgen*-овскими лучами, результаты 930; —, — лейкоцитозъ пищеварительный 857; —, —, распознаваніе раннее 841; —, секретія желудочная при желтухахъ 1045, 1507; —, содержимое, переходъ въ кишки 1127; —, сокъ желудочный, выдѣленіе 1316, 1558; —, —, —, вліяніе кофе и какао 1090; —, —, —, у злородныхъ людей 1586; —, —, — и поджелудочный, способность пищеварительная, опредѣленіе бусами 1028; —, —, —, опредѣленіе достаточности содержанія въ нѣмъ соляной кислоты 1559; —, соусте желудочно-кишечное, техника наложенія по *Mayo* 1221; —, язва, хирургическое лѣченіе 1286. Желчь, вліяніе на кишечное пищевареніе 1124; —, какъ среда для размноженія тифозныхъ палочекъ 841, 1448. Желѣзо, обильнѣе его у грудныхъ дѣтей 1410, 1478, 1511, 1549. Женщины болѣныя бугорчаткою, туберкулинъ въ молоко ихъ 1098; —, накинсіи въ Казанскомъ Университетѣ 1163; —, воспрещеніе пріема въ Университетъ въ число слушательницъ 878; —, гоноррея, лѣченіе метиленовой синькой 1075; —, допущеніе въ Университетъ 878, 1036, 1068, 1131, 1196 (2), 1601; —, королева румынская — участница въ конкурсѣ на премію за научныя изслѣдованія 1231; —, Курсы врачебно-педагогическіе въ Кіевѣ 1259; —, первая, получившая врачебный дипломъ въ Краковскомъ Университетѣ 882; —, сифилисъ честныхъ женщинъ 1295; —, г-жа Talon — первая, получившая во Франціи степень д-ра фармаціи 1359. Живосвѣщенія, неаппетитъ 1199. Животныя болѣныя, какъ матеріалъ для изученія на нихъ операцій 1655; —, бѣшенныя, число укушенныхъ ими въ Германіи въ 1905 г. 1570; — кролики, экспериментальный амилоидъ въкъ 1311; — млекопитающія, секреторная дѣятельность слѣзоты желтого тѣла 846; —, —, чувствительныя окончанія нервовъ въ мочевомъ пузырьѣ ихъ 1562; — теплокровныя, вліяніе сифилиса на кровообращеніе сердца 1442; —, тонкое строеніе и новая окраска головного мозга 1233; — хладнокровныя, бугорчатка 841. Животъ, опуханіе, способъ *E. Thayer'a* 931. Жидкость спинномозговая, прогрессивныхъ паралитиковъ, присутствіе сифилистическихъ противуѣлъ 1519. Жилища для трудящагося населенія Петербурга, ссуда отъ города на устройство ихъ 915; —, оводореніе и санитарная охрана, Съѣздъ Международный въ Genève'ѣ 1039. Жиры, вліяніе на отдѣленіе желудочнаго сока 1627; —, всасываніе при желтухѣ 1644; —, усвоеніе 1644. Журналъ «Biochemische Zeitschrift» 851, 1262; — «Biologika» 1499; — «Deutsche Medicinische Wochenschrift», некрологъ проф. В. М. Тарновскаго 975; — «Die Stimme» 943; — «Журналъ для слѣпыхъ въ New-York'ѣ» 1535; — «Журналъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова», выходъ заповѣдала мартовскаго №, статья Д. Н. Жбанкова «О травматической эпидеміи въ Россіи» 879; — « — — — — — », статья Е. Яковенко «О мелкой земской единицѣ съ врачебно-санитарной точки зрѣнія» 881; — «Зубоврачебный Вѣстникъ», редакторъ 1069; — «Gazeta Lekarska», юбилейный № въ честь д-ра Хелховскаго 1568; — «Gazette Médicale de Paris», новый редакторъ 1606; — «Иавѣстія общеземской организаціи», воззваніе 1197; — «Internationales Centralblatt für die gesamte Tuberculose-Literatur» 1263; — «Kronika Dentystyczna» 943; — «Медицинское Обозрѣніе», составъ редакціи 1293, 1498; — «Свѣдѣнія о врачебно-санитарной организаціи и эпидемическихъ заболѣваніяхъ въ г. Харьковѣ», приостановка изданія 1068; — «The Lancet», предшественники его 1535; — «Therapeutic Gazette» 1606; — «Фельдшерскій Вѣстникъ» 1225; — «Хирургія», 10-лѣтіе изданія 1601, 1635. Журналы медицинскіе новыя 851, 943, 1262, 1263, 1499; — новыя 943, 1535.



И

1123; — бактериологическій въ Константинополѣ 1123; — — — Томскѣ имени З. и И. Чурныхъ 1228; — — — Харьковского медицинскаго Общества, отчетъ о дѣятельности за 1905 г. 1426; — ветеринарный въ Петербургѣ 1229; — — — Казанскій, рѣшеніе студентовъ открыть Институтъ для занятій, не отказываясь, въ случаѣ удобности, примкнуть къ освободительному движению 1100; — — —, условия приѣма окончившихъ въ Одесскомъ Университетѣ 1228; — — — Харьковскій, субсидія 1259; — — —, условия приѣма 1426; — — — Юрьевскій, постановленіе студенческой Сходки о возобновленіи занятій 1164; — — — деревенскихъ повитухъ 1197; — — — для изученія рака во Франціи 1391; — — — обученія слѣпыхъ массажу въ London'ѣ 1606; — — — Женскій Медицинскій въ Кіевѣ 1530; — — — Москвѣ, взаимоотношеніе къ городскимъ больницамъ 1163; — — — Петербургѣ, испытанія на званіе зубного врача и на фармацевтическія степени 1494; — — — —, кафедры свободныхъ, условия замѣщенія 1323; — — — —, Курсы для обученія служителей грамотѣ 1357; — — — —, лекціи вѣткурсовыя 1323; — — — —, начало занятій 1036, 1100; — — — —, экзаменовъ государственныхъ 1100, — — — —, недостаточность труповъ 1494, 1636; — — — —, отказъ въ приѣмѣ студенту 1196; — — — —, прекращеніе приѣма въ текущемъ году 1036; — — — —, прошенія отъ мужчанъ о зачисленіи слушателями 1036; — — — —, система предметная, основныя положенія 1131; — — — —, стипендія для учащихъ изъ казачьяго сословія 1004; — — — —, столовая 1424, 1602; — — — —, условия приѣма 1323; — — — —, ходатайство лѣкарскихъ помощницъ о приѣмѣ на 4-ый курсъ 1164; — — — —, чт.-преподаватели новыя 1566; — — — —, число слушательницъ на 1-мъ курсѣ 1100; — — — —, чтенія общедоступныя 1292; — — — —, клиническій Елецинскій, Курсы для врачей 1131; — — — — по болѣзнямъ обмѣна веществъ, въ Саввинскѣ 1132; — — — — повивально-гинекологическій, Курсы для врачей 1131; — — — —, повторительныя акушерскія Курсы, благодарственное письмо слушательницъ 1636; — — — —, неврологическій въ Москвѣ 1259; — — — — ортопедическій въ Петербургѣ, назначеніе директора 911; — — — —, открытіе 1006; — — — — Pasteur'овскій въ Chicago 1570; — — — — по исследованію рака въ Heidelberg'ѣ 1231, 1445; — — — — хемотерапія во Frankfurt'ѣ а/М 1445; — — — — санитарно-техническій въ Петербургѣ, ходатайство объ открытіи его 1132; — — — — хирургическій и гинекологическій д-ра Ями, Курсы для врачей 1259; — — — — экспериментальной медицины, клиника кожныхъ болѣзней имени Н. К. Синагина и А. К. Чекаловой 1638; — — — —, количество изготовленныхъ и отпущенныхъ въ 1905 г. сыворотокъ 848; — — — —, статья о немъ д-ра Marcou 1535. Инструменты, бужи Le Fort'a, приспособленіе для укрѣпленія 898; — — д-ра Jacobi для лѣченія перелома мочеиспускательнаго канала застойной гипереміей по Bier'у 1094; — —, спринцовка Broeckart'a для впрыскиванія холоднаго парафина 996; — —, трубка глоточно-гортанная Mader'a, облегчающая примѣненіе Röntgen'овскихъ лучей въ области верхнихъ дыхательныхъ путей 996. Испражненія, кровь въ нихъ, бензидиновая проба 1483. Истерія 1093; — —, лихорадка истерическая у дѣтей 1350; — —, сведеніе нижней конечности, нѣлѣченіе поясничнымъ обезбоживаніемъ 1154; — —, форма новая у дѣтей школьнаго возраста 1561. Источеніе, вліяніе на варковъ 970 Исхуданіе, нѣкоторыя необширяныя причины 1027.

**I.**

**K.**

Кабинеты для исследования пищевых продуктовъ въ Петербургѣ 1262. Казонинъ 1436. Казнь смертная 1259; — —, прозектъ отъѣзны ея во Франціи 1391; — —, число казенныхъ по приговорамъ в. полевыхъ судовъ 1292, 1495, 1531; — —, погибшихъ во время карательныхъ экспедицій 1176. Какое вліаніе на отдѣленіе желудочнаго сока 1090. Калій іодистый, какъ лечебное средство противъ рака внутреннихъ органовъ 1573; — —, какъ реактивъ для распознаванія между сифилисомъ и ракомъ 1573. Каломель, одновременное назначеніе съ іодомъ при бугорчаткѣ слезистыхъ оболочекъ 904. Кальцій, соли его, примѣненіе при упорныхъ головныхъ боляхъ 1028; — сѣрникоислый кристаллическій въ мочѣ 1057. Камни почечные 1268. Каналь (см. также протокъ) желудочно-кишечный, пластическое союствіе между нимъ и желчными путями при наружномъ полномъ желчномъ свищѣ 1560; — Панамскій, опасность заноса желтой лихорадки отъ прорытія его 1462; — пищеварительный, тѣла изородныя металлическія гладкія 1151, 1327; — спинно-мозговой, эхинококкъ 1253. Канатикъ пупочный, измѣненія при сифилисѣ 839. Карантинъ, учрежденія карантинныя на сѣверномъ побережьи Чернаго моря, пересмотръ положеній 1230. Картофель, какъ пища для больныхъ сахарнымъ мочеизнуреніемъ и общимъ ожирѣніемъ 1378. Касса главная вспомогательная медицинская *Чистовича*, общія Собранія 1355, 1530; — Россійская пенсіонно-вспомогательная фармацевтовъ 1038, 1262, 1326. Кислородъ, впрыскиваніе подкожное 969; —, растворенный въ водѣ, измѣненіе количества его при окисленіи 866. Кислоты, измѣненіе количества въ









о принадлежности к партиям 1602; — — — рабочих, организация врачебной помощи 1462; — фельдшерская, участие делегатов в Пироговском Съезде 1357; — фельдшерско-акушерская, Съезд делегатов 1070. Общество акушерско-гинекологическое в Петербурге 1095, 1318, 1451, 1597; — — —, Комиссия для разработки вопроса об организации акушерской помощи в России 1453; — — — при Московском Университете 907; — Астраханских врачей 1638; — — —, изменение устава 1568; — — —, состав Бюро 1638; — Астраханское санитарное, председатель 1426; — Берлинское ларингологическое, заседание в честь проф. *Fraenkel* 1070; — — — медицинское, прения об аппендиците 1086; — — —, больницы врачей в Петербурге 1192, 1193, 1221; — — —, делегаты в Комитет общественной помощи голодающим при в.-экономическом Обществе 1497; — — —, доклады о военной медицине 1187; — — —, Блгородских врачей «Протоколы заседаний за 1904—1905 г.» 1164; — в.-санитарное Харбинское 1160; — вольное экономическое, Комитет по оказанию помощи голодающим, воззвание 1384; — — —, делегаты от Общества больничных врачей в Петербурге 1497; — — —, отчеты 1388, 1496, 1603; — — —, пожертвование Петербургских земских врачей 1497; — — —, предъявление вредного для здоровья хлеба и верна, присланного голодающим 1425; — Воронежское помощников врачей, постановления об отношении к Воронежской губернской земской больнице 913; — — —, врачей в Кавани, несостоявшееся Собрание в память *Н. И. Пирогова* 1531; — — —, Лодзи, протест против вмешательства администрации в профессиональную деятельность врачей 1637; — — —, гор. Таганрога и Таганрогского округа, письмо по делу д-ра *Никитина* 1492; — — —, Закаспийской области, доклад д-ра *Минкевича* «О необходимости изменения военно-врачебного дела и коренного преобразования положения военного врача» 973; — — —, по горловым, носовым и ушным болезням в Петербурге 906 (2), 907 (2); — — —, практикующих на Кавказских минеральных водах, соединенное заседание с бальнеологическим Обществом, доклад проф. *Борисова* об организации группного управления и о постановке санитарии на водах 1133; — — —, призывающих в Петербург для научного усовершенствования, справочное Бюро 1131; — — —, Всероссийская организация земских служащих 1324; — — —, вспомоществование недостаточным студентам Московского Университета, сумма неоплаченных долгов 1259; — — —, гигиеническое Варшавское, Ловичский Отдел 1293; — — —, городских фармацевтов в Москве 1166, 1230; — — —, для изучения падухи в Америке 1607; — — —, усилению средств Женского Медицинского Института, устройству столовой 1424; — — —, Донских врачей, «Протоколы за 1905 г.» 942; — — —, детских врачей в Петербурге 1631, 1632 (2), 1633; — — —, — — —, запрос д-ру *Енко* 1390; — — —, зубо-врачебное в Астрахани 848; — — —, Нанбургских врачей для охраны интересов врачебного сословия и врачебной чести 1359; — — —, Крымское борьбы с бугорчаткой, годовое Собрание 942; — — —, курортного благоустройства в Алуште 1133; — — —, Желтиводских, предоставление призывающим врачам даровых помещений 915; — — —, Лига для борьбы с раком во Франции 1499; — — —, защиты общественного здоровья в Штатах С. Америки 1606; — — —, медицинское временное в Харбине, «Труды», 2-ой выпуск, содержание 1069; — — —, Забайкальское 1260; — — —, Пензенское, письмо по поводу увольнения интерна Пензенской губернской больницы д-ра *В. О. Сергеевского* 847; — — —, постановление по поводу увольнения мѣстной земской Управой медицинского персонала 1194; — — —, тяжелые дни 1495, 1531; — — —, Петербургское 1651; — — —, при Одесском Университете, телеграмма в Москву ко дню чествования памяти *Н. И. Пирогова* 1550; — — —, Харьковское, Институт бактериологический, отчет о деятельности за 1905 г. 1426; — — —, отчет о деятельности за 1904 г. 1133; — — —, письмо Правления по поводу рассылки «России» в учреждения Общества 1164; — — —, привлечение к суду редактора «Губернских Вѣдомостей» за клевету 1358; — — —, приостановка издания «Протоколов» и арест имѣющихся экземпляров 1101; — — —, телеграмма по поводу убийства *М. Я. Герценштейна* 972; — — —, чествование *В. И. Бобина* и *А. Е. Раковского* 1638; — — —, памяти *Н. И. Пирогова* 1530; — — —, микробиологическое в Петербурге, состав Бюро 1324, 1487; — — —, морских врачей в Кронштадте, новое мѣсто заседаний 1497; — — —, Московское развития мѣстного самоуправления 1260; — — —, нейрпатологов и психиатров при Московском Университете, нейробиологический Институт 1259; — — —, — — —, состав Бюро 1568; — — —, Поворосийское естествоиспытателей, успѣх чтений по естествознанию 1292; — — —, научных дежурств врачей в Харькове, отчет о деятельности за 1905 г. 1069; — — —, Одесских врачей, пожертвование ему библиотеки 1461; — — —, приѣзд в Москву ко дню чествования памяти *Н. И. Пирогова* 1530; — — —, одонтологическое в Варшаве 1069; — — —, охранения народного здоровья, Ялтинский Отдел, несостоявшееся Собрание 1531; — — —, Петербургское взаимной помощи 1384; — — —, товарищескія бесѣды 1355, 1424, 1522, 1601; — — —, подачи помощи больным детям в Киевѣ, 15-лѣтній юбилей 1427; — — —, Полтавское врачей, 25-лѣтній юбилей, чествование учредителя д-ра *Д. Д. Ахшарумова* 1358; — — —, польских врачей в Петербурге, проводы *В. Ф. Орловского* 1605; — — —, попечения о нервно- и душевно-больных евреях в Варшавѣ 1533; — — —, пособия больным евреям в Одессѣ 1262; — — —, психиатров в Петербурге 1633; — — —, Российское фармацевтическое, насилие полиции 1359; — — —, ходатайство об отпущении стѣсненных для проживания в Москвѣ учащихся в Университетѣ

фармацевтов-евреев 1230; — — —, русских врачей в Москвѣ, «Медицинское Обозрѣніе», состав редакціи 1293, 1498; — — —, — — —, память *Н. И. Пирогова*, Домъ имени *Н. И. Пирогова* 1357, 1425; — — —, — — —, награда имени *Д. Писоплатки* за лучшія работы по скарлатинѣ 1228; — — —, — — —, объявление его начальником Самаро-Златоустовской ж. дог. от негальной организаціи 1638; — — —, — — —, Отдѣленіе Елизаветградское, чествованіе памяти *Н. И. Пирогова* 1566; — — —, — — —, Правленіе, журналъ, выходъ заповѣдала №, статья *Д. Н. Жбанкова* 879; — — —, — — —, — — —, статья *Е. И. Яковенко* 880; — — —, — — —, обращение по поводу чествованія *Н. И. Пирогова* 1425; — — —, — — —, представленіе в Государственную Думу материала относительно административныхъ насилій надъ лицами медицинскаго персонала и ходатайство о восстановленіи въ правахъ пострадавшихъ 848; — — —, — — —, собраніе свѣдѣній о санитарномъ состояніи тюремъ 1357; — — —, — — —, справочно-посредническая Контора 1460; — — —, — — —, — — —, статья *Д. Жбанкова* «О прошломъ и будущемъ Пироговскаго Общества» 1324; — — —, — — —, — — —, участіе в помощи голодающимъ 1228; — — —, — — —, Петербургъ 1126 (2), 1127 (5), 1224, 1288, 1383, 1487, 1562; — — —, — — —, торжественное въ память *С. П. Боткина* соединенное заседаніе съ русскимъ хирургическимъ Обществомъ *Пирогова* 1634; — — —, — — —, болѣзнь и смерть председателя 1358, 1388; — — —, — — —, Ригѣ, чествованіе памяти *Н. И. Пирогова* 1531; — — —, — — —, хирургическое *Пирогова* 934 (2), 935, 936, 937, 1159 (2), 1382, 1420, 1421, 1561; — — —, — — —, выборы почетныхъ членовъ 1421; — — —, — — —, составъ Правленія 942, 1421; — — —, — — —, чествованіе *Н. И. Пирогова* 1426; — — —, — — —, санаторій для врачей въ Крыму, письмо Правленія 1290; — — —, — — —, скорой помощи въ Вильнѣ, финансовый кризисъ 1462; — — —, — — —, Киевѣ, финансовый кризисъ 1325; — — —, — — —, Николаевѣ, курьезныя требованія администраціи 1498; — — —, — — —, Смоленскихъ врачей, неутвержденіе вице-президента 1495; — — —, — — —, Совѣщаніе земскихъ фельдшеровъ и фельдшерицъ Симферопольскаго уѣзда 1103; — — —, — — —, очередное Елизаветградскихъ земскихъ врачей, обсужденіе мѣръ противъ чрезвычайной заболѣваемости населенія остро-заразными болѣзнями 1101; — — —, — — —, Совѣщанія научныхъ врачей Маринской больницы в Петербургѣ 1255, 1287; — — —, — — —, Обуховской больницы в Петербургѣ 1352, 1523; — — —, — — —, в Петербургскомъ клиническомъ военномъ госпиталѣ 967, 997, 998, 999; — — —, — — —, Союзъ академическій, Одесское Отдѣленіе, Бюро 2-й группы, письмо по поводу адреса декану *Медовидеу* 1162; — — —, — — —, — — —, постановление объ испытательной Комиссіи 1163; — — —, — — —, — — —, приѣздъ в Москву ко дню чествованія памяти *Н. И. Пирогова* 1530; — — —, — — —, — — —, постановление по поводу прерванія Пироговскаго заседанія 1566; — — —, — — —, — — —, постановление по поводу циркуляра о неучастіи въ политическихъ партияхъ 1531; — — —, — — —, Харьковская группа, телеграмма по поводу убійства *М. Я. Герценштейна* 972; — — —, — — —, Бакинскій армянскій культурный, медицинскій Отдѣлъ, летучіе отряды 1568; — — —, — — —, Всероссийскій медицинскаго персонала, Одесское Отдѣленіе, рѣшеніе остаться политическимъ Союзомъ 1036; — — —, — — —, Петербургское Отдѣленіе, избраніе делегатовъ на предстоящій Съездъ 880; — — —, — — —, — — —, открытіе амбулаторій для безработныхъ 880, 1197; — — —, — — —, — — —, приглашеніе къ врачамъ о помощи рабочимъ 1197; — — —, — — —, — — —, пунить санитарно-медицинскій на Галерномъ островѣ 915; — — —, — — —, — — —, соглашеніе съ другими трудовыми организаціями 1602; — — —, — — —, — — —, Международной Академіи 1606; — — —, — — —, по борьбѣ съ бугорчаткой, послѣдняя Конференція 848, 1413; — — —, — — —, судебныя защиты рабочихъ 1499; — — —, — — —, общественный покупатель въ Франціи для улучшенія быта рабочаго класса 1039; — — —, — — —, — — —, Обществъ помощниковъ врачей, письмо объ изданіи «Фельдшерскаго Вѣстника» 1225; — — —, — — —, *Пироговскій* 1324; — — —, — — —, представителей студенчества 1163; — — —, — — —, профессиональныхъ врачей в Астрахани 1293; — — —, — — —, низшихъ клиническихъ служащихъ Московскаго Университета 1457, 1494; — — —, — — —, трудовой русскихъ эмигрантовъ въ Милано 1007; — — —, — — —, фармацевтовъ, обыскъ 943; — — —, — — —, предложеніе служащимъ фармацевтамъ отчислять однодневный заработокъ въ пользу безработныхъ товарищей 1359; — — —, — — —, справочно-юридической помощи рабочимъ въ Н.-Новгородѣ, проектъ медицинскій при немъ Комиссіи о врачебной помощи членамъ профессиональныхъ Обществъ 1293; — — —, — — —, студенческое при Московскомъ Университетѣ, чествованіе памяти *Н. И. Пирогова* 1602; — — —, — — —, фабричныхъ врачей въ Лодзи 942; — — —, — — —, фельдшеровъ, фельдшерицъ и акушерокъ Московской губ. 1230; — — —, — — —, Нижегородской губ., Бюро для присылки мѣсяцъ 975; — — —, — — —, Харьковское грамотности, издательскій Комитетъ, брошюры для развитія политическаго самосознанія деревни 913; — — —, — — —, — — —, о санитарномъ состояніи современной деревни, программа 913; — — —, — — —, хирургическое въ Москвѣ, составъ Правленія 1498; — — —, — — —, инструментальное въ Америкѣ, принятіе французской скалы 1499. Община см. Кресть Красный. Объявленія рекламныя, борьба противъ нихъ 1571; — — —, — — —, о врачахъ 849, 915, 1295, 1571; — — —, — — —, *Contrexéville* 1107; — — —, — — —, участіе врачей 1038. Ожирѣніе общее, кормленіе нартофелемъ по удаленію изъ него большей части муки 1378; — — —, — — —, рекламируемая пиялка противъ него, воспрещеніе рассылки ихъ по почтѣ 1571. Ожоги, срощенія послѣжоговныя 833. Озоноизація воды, измѣненіе количества раствореннаго въ ней кислорода 866. Окисъ углерода, способъ обнаруженія въ крови 1287. Оксидана, вліяніе на продукты автотоксическаго обмена мочи 1615; — — —, кристаллическая изъ корня рѣдкихъ 1127. Омертвѣніе

произвольное ручных пальцевъ 1523. Операцин, зараженіе при янхъ, сопротивляемость тѣла, пвышеніе ея подѣ вліяніемъ увеличенія числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ 929; —, изученіе ихъ на живыхъ животныхъ 1655; —, кольца стальные для хирурговъ 1028; —, лѣченіе оперативное при аппендицитѣ 1902, 1379; —, мѣры предосторожности для предупрежденія зараженія передъ перевязкой ножики опухолей 1058; —, пересадки послѣ операций злокачественныхъ опухолей 1348; —, предупреждающее значеніе гипереміи по Bier'у 932; — при различныхъ заболѣваніяхъ почекъ 1521; — съ помощью мѣстнаго обезболиванія кокаиномъ-адреналиновой смѣсью 1279. Операция *Bottini* при лѣченіи гипертрофій предстательной железы 1058; — въ носу, излѣченіе воспаленія обонятельныхъ нервовъ 1029; — горлощеченія, приборъ для хлороформированія послѣ немъ 1521; — катаракты, защита глаза послѣ нея скорлупой кокосоваго орѣха 1522; — коренная пупочной грыжи 919; — *Krönlein's* при эхинококкахъ глазницы 994; — по *Bassini* при ущемленіи паховой грыжи 936; — при далеко зашедшихъ случаяхъ трахомы 1155; —, произведенная больноі на самой себѣ 1133; —, *prostatectomy* промежностная 934; — пубіотомія 907, 1318 (3), 1319, 1451, 1452, 1537, 1539, 1595; — ранняя при аппендицитѣ 1092; — рубцового выворота вѣкъ, излѣченіе возвратовъ 933; — *Schede* при эмѣиѣ плейры 934; — *Talm's* 1256. Опечатки № 36, 38, 44, 45, 46 (стр. 1451, 1463), 50, 51. Опіи, воспрещеніе употребленія его въ Китаѣ 1607; —, куреніе, борьба съ нимъ 1570. Опухоли воспалительныя, развивающіяся на мѣстѣ введенія составныхъ веществъ бугорчатыхъ палочекъ, особенно сти строенія 1288; — глазницы 1137; — злокачественныя костей плечелопаточной области, хирургическое вмѣшательство 937; —, пересадки 1348; — предстательной железы 1628; — измѣтчатныя желточнаго протока 1348; — на ножкахъ, мѣры предосторожности передъ перевязкой ножики съ цѣлью предупрежденія зараженія 1058; — одиночныя въ мочевомъ пузырьѣ 936; —, папилломы множественныя гортани, оперативное лѣченіе 906, 920; — первичныя мочевого пузыря 1254; — плоскія сосудистыя, лѣченіе радіемъ 1094; —, природа чуждая, доказательства научныя 1098. Опухоль бугристая на головной связкѣ 1382; — въ плоти 906; —, гипернефрома почки 1420; —, глума, занимающая подушки зрительнаго бугра, лѣвыи передній бугоръ 4-холмія, заднюю половину задней ножки внутренней капсулы и чечевичное ядро 895; — грудной стѣнки, принятая за легочную грыжу 997; — гумовая бѣлочной оболочки 1349 (2); —, *hydrolymphoma* 937; — міома матки, объявственна и самопроизвольно отдѣлившаяся въ прямую кишку 1191; —, подслизистая шейки матки 1095; — мышонки 999; — эндотеліома первичная легкаго 1370. Организациа общевемская помощи голодающимъ 1006, 1197, 1358, 1497, 1568. Организмъ, вліаніе на него экспериментальнаго пораженія печени 1097; —, значеніе искривленій носовой перегородки 860; —, присутствіе въ тканяхъ и подстиахъ его значительнаго количества воды, какъ препятствіе для полученія *Röntgen*овскаго снимка 905; —, процессы окислительныя у душевно-больныхъ 1633; —, усвоеніе фосфора, значеніе соединенія фосфатовъ 970; — человѣчскій, теплосвѣтохимическое вліаніе солнечныхъ лучей 970. Органы, вліаніе экспериментальнаго пораженія печени 1097; — внутреннія, артеросклерозъ 1593; —, опущеніе, полное излѣченіе 1091; —, ракъ, іодистый калий 1573; —, —, — при распознаваніи его отъ сифилиса 1573; — мочевые, вліаніе втираній ртутной мази 842; — обонянія, пораженіе хроническое, психозъ своеобразный—паросомфренія 995; — пищеварительные дѣтей пераго возраста, перевариваніе крахмалистыхъ веществъ 1649; — половые женскіе, заболѣваніе ракомъ, борьба съ нимъ 1096; — — — наружныя, *pruritus vulvae*, лѣченіе синимъ свѣтомъ 1631. Осиа коровья, возобудитель 1359; —, лѣченіе краснымъ свѣтомъ, давность примѣненія 1535; —, эпидемія въ Московской пересыльной тюрьмѣ 1567; —, — — Нижегородской губ. 1006. Ослеправленіе при красномъ свѣтѣ 1486; —, уничтоженіе обонятельности его въ Канадѣ 975; — чрезъ пуповину 1145. Острова Канарскіе, какъ курортъ 1499. Островки *Langerhans's* въ поджелудочной железн, отношеніе ихъ къ сахарному мочеизнуренію 1632. Отежъ травматическій искусственный кисти и стопы 956; — упорный вѣкъ отъ сифилиса 1092. Отравленіе вероналомъ 1070; — лизоломъ, изслѣдованіе мочи 1154; — масловое велемныя бобами 1220; — мѣду, ослабленіе зрѣнія 1156; — острое масомъ 1253, 1391; — сливовое, борьба съ нимъ во Франціи 1570; — сливочными пироженныи, зараженіе происхожденіе 1391; — угаромъ, нейритъ множественный, гемиплегія 1061. Отростокъ сосцевидный, бугорчатка 1351; —, трепанациа 907, 923; — червеобразный, воспаленіе, атипичныя формы 1448; —, —, — затянжое, значеніе прощупыванія 826; —, —, —, излѣченіе у роженицы 1607; —, —, —, лѣченіе 1418; —, —, —, оперативное, итоги 1379; —, —, —, операция ранняя 1092; —, —, — острое, неподдающееся оперативному лѣченію, каменные вливанія раствора поваренной соли 1650; —, —, —, отличительное распованіе отъ почечной колики 1520; —, —, —, пренія въ Berlin'скомъ медицинскомъ Обществѣ 1086; —, —, —, частота заболѣванія мужчинъ и женщинъ 1378; —, —, —, прощупываніе 826 (2); —, —, —, ракъ первичный 1629. Отряды летучіе помощи голодающимъ Бакинскаго культурнаго армянскаго Союза 1568; — санитарныя, дѣятельность въ Московскіе кровавые дни 1567; —, —, —, убійство полицейскими и войсками членовъ ихъ во время подачи медицинской помощи 1495. Отчетъ канцлера Всероссійскаго фонда оказанія помощи врачамъ, потерѣвшимъ въ русско-японской войнѣ, и ихъ семьямъ 847, 1034; — — — о приходѣ и расходѣ денежныхъ суммъ организационнаго Комитета IX Съѣзда Общества русскихъ врачей въ 1906 г.

память Н. И. Пирогова 1002; — Комиссия по вопросу предохранительных прививок скарлатинной вакцины и сыпороточному лечению скарлатины 1532; — медицинский Петербургских городских родильных приютах за 1905 1624; — о врачебно санитарном состоянии эксплуатируемых желѣзных дорог 1568; — — деятельности Комитетов общественной помощи голодающим 973, 1132, 1388, 1491, 1496, 1601; — — — Общества ночных дежурств врачей въ Харьковѣ за 1905 г. 1069; — — — «Одесскаго городского» пріюта для приврѣнія младенцев» 851; — — — Харьковскаго бактериологическаго Института за 1905 г. 1426; — — — — медицинскаго Общества за 1904 г. 1133; — Одесской станціи скорой медицинской помощи за 1905 г. 879; — о состояніи народнаго здравія и организации врачебной помощи въ Россіи въ 1904 г. 1460  
Очки см. глаза, очки.

II.

**Падучая**, запрещеніе въ Румыніи падучимъ вступать въ бракъ 1499; — Общество для изученія ея въ Америкѣ 1607.  
**Пауза** верхнечелюстная, воспаленіе отъ костяднаго зуба, нагноеніе гланичной кѣтъчатки 1059; — лобная, воспаленіе 1611;  
— , нагноеніе закрытое, пораженіе сосудистаго прибора глаза 933; — , растажение кистовидное, опухоли гланицы 1137.  
**Паломничество** въ Мекку, санитарныя мѣры 1327. Палочки ва-  
ты для очистки слуховаго канала, смазыванія носа и т. д. 906.  
**Пальцы** ручные, произвольная гангрена 1523. Памятникъ Бот-  
кину С. П. 1291; — проф. Curie, письмо г-жи Curie-Склодовс-  
кой 851; — Hanot 1535; — Nocard'у 975; — Semmelweis'u 1535. Память К. Н. Виноградова 1288; — Г. А.  
Гончарова 1563; — И. В. Заблюдоекаго 1488; — К. С. Ива-  
нова 1526; — Н. М. Любомова 1386; — Г. Я. Магичина 1255;  
— Л. В. Попова 1429, 1487; — Е. К. Соколовскога 1454;  
— , чествованіе памяти Н. И. Пирогова по случаю 25-лѣтія его  
смерти 1291, 1357, 1425, 1426, 1493 (4), 1530 (4), 1531 (5), 1562,  
1566 (3), 1602; — , — И. М. Сыченкова 1424. Параличи глав-  
ныхъ мышцъ при воспаленіи средняго уха 1594. Параличъ, ге-  
миплегія, обусловленная множественнымъ нейритомъ на почвѣ  
отравленія угаромъ 1061; — главныхъ мышщъ, какъ слѣдствіе  
поясначнаго обезвожavanja 1450; — лицевого и слуховаго нервовъ  
въслѣдъ за сифилитическимъ зараженіемъ 1095; — прогрес-  
сивный, присутствіе сифилитическихъ противуть въ спинно-  
мозговой жидкости страдающихъ имъ 1519. Параппегия спазмо-  
дическая, лѣченіе новымъ способомъ упражненій 970. Паравинъ,  
выпрыскиваніе для исправленія носа, непрятныя послѣдствія для  
глаза 1059; — холодный, спирцовка для выпрыскиванія 996.  
**Парши см. кожа.** Патологія поджелудочной железы 1127. Пах-  
танье, какъ лечебно и питательное средство 1631. Пенсия,  
права на нѣхъ, пересмотръ инструкции 1389. Персины, влияние  
кислоты на него 1126; — , какъ средство, возбуждающее познанъ  
на фду 876. Перелой, воспаление суставовъ, лѣчение проколами и  
промываніемъ растворомъ соудмы 1594; — мочеиспускательнаго  
канала, лѣченіе застоивымъ поликровіемъ, инструментъ д-ра  
Jacobi 1094; — у женщинъ, лѣченіе метиловою синькой 1075.  
**Переломъ осложненный** верхней челюстью 937; — черепла, ото-  
даленныя послѣдствія 1379. Перелома голени, лѣченіе по спо-  
собу проф. Волковича 1525; — костей, влияние Röntgen'овскаго  
способа 1628. Перселенецъ, помощь врачевная 1425. Переутomme-  
не нервное, чтеніе газетъ, какъ лечебное средство 1198. Перито-  
флитъ см. отростокъ червеобразный, воспаленіе. Перитонить  
см. брюшина, воспаленіе. Персоналъ больничный низшій Ала-  
фузовской больницы, безпорядки 849, 880, 1036, 1134, 1292; —  
— , аресты 1603; — — жалобы чрезъ депутацію на админи-  
страцію 1326; — — желѣзнодорожной больницы въ пос.  
Прущиковъ, забастовки 1070; — — Киевской еврейской боль-  
ницы, навѣсты на врачей 880; — — Одесскаго Университе-  
та, ходатайство объ улучшеніи матеріального положенія 1427;  
— — Одесской городской больницы, забастовки 849; — —  
Петропаветлавской больницы, запрещеніе администрація воз-  
ложить вѣнокъ на могилу М. Я. Герценштейна 1101; — —  
Союзъ профессиональный въ Московскомъ Университетѣ 1457,  
1494; — — школа больничной прислуги 1229; — —  
Харьковской губернской земской больницы, волненія 1163;  
— — Св. Николая Чудотворца, безпорядки, требованіе градоначальникомъ увольненія нѣкоторыхъ служащихъ 1101; — меди-  
цинскій, административныя репрессіи при освободительномъ дви-  
женіи 911, 1101, 1196 (2), 1292, 1357, 1567; — — , число пострадавшихъ 1233; — — , сообщеніе о нихъ Правленіемъ Пироговскаго Общества въ Госу-  
дарственную Думу и ходатайство о восстановленіи въ правахъ 848; — — въ тюрьмахъ, увеличеніе 1638; — — зем-  
ский, вопросъ о возвращеніи ушедшихъ и уволенныхъ со службы  
Болашевскаго Земства 1229; — — , увольнение Пензенской  
уездной земской Управой, постановленіе Пензенскаго медицинскаго Общества 1194; — — младшей, вопросъ о допускеніи его  
представителей во врачебный Совѣтъ Нижегородскаго губернскаго Земства 1198; — — Москвитско-Брестской ж. дороги, подро-  
бности увольненія 4-хъ врачей и 2-хъ фельдшероувъ 912;  
— — недостаточность его въ Новочеркасскихъ богоугодныхъ  
заведеній 1294; — — , необходимость государственнаго страхо-  
ванія 1605. Печатъ общая, клевета на врачей 1070, 1101, 1133,  
1194, 1294; — — обвиненіе врачей 915, 972, 1038 (2), 1070 (2),  
1103, 1110, 1132, 1134 (2), 1230, 1262, 1295, 1325, 1389; — — , объявленіе рекламныя о врачахъ 849, 915; — — , — — ,  
указаніе профессора 1498.

и, болѣзни ея, значеніе сѣры въ мочѣ 1098; —, извѣщеніе 1420, 1609; —, кисты истинныя непаразитарныя 1181; —, нарывы въ ней 1618, 1646; —, недостаточность ея, артригивизм 1098; —, нуклеиъ ея, вліаніе на алкалоиды и гликозиды 970; —, отношеніе къ холерному вибриону 965; —, пораженіе экспериментальное, вліаніе на общее состояніе организма и на различные органы 1097; —, разрывъ огромный безъ поврежденій наружныхъ частей 1090; —, ракъ первичный 1354; —, сифилисъ наследственный 1419; —, цитровъ экспериментальный 1015; —, эхинококкъ многокамерный 997. Пилюли рекламныя противъ ожирѣнія, воспрепятствіе распылять ихъ по почтѣ 1571; —, сало баранье, какъ масса для нихъ 1027. Письма изъ Berlin'a 1086, 1445; — заграничныя 901, 927, 1025, 1055, 1086, 1123, 1316, 1341, 1345, 1374, 1413, 1445, 1554, 1590; — Константінополя 1123; — Россіи 835, 870, 898, 926, 959, 962, 989, 990, 1023, 1054, 1120, 1151, 1187, 1216, 1249, 1281, 1313, 1479, 1518, 1553, 1626, 1648; — *R. Virchow'a*, относящаяся къ эпохѣ прусской революціи 1531. Письмо *А. Ануфриева* 910, 1099, 1099, 1564; — *М. Вавандиной*, *Е. Навалихиной* и *В. Колчакова* 1322; — г-жи Безродной 1164; — *Н. Берестикова* 1290; — *В. Билимтока* 971, 1195; — *Б. Бражникова* 1224; — *О. Бронштейна*, *Я. Левинсона* и *П. Бернгардта* 1354; — *Ф. Букоевскаго* 1003; — *А. Бѣлосорова* 1457; — Бюро 2-ой группы Одесскаго Отдѣленія академическаго Союза 1162, 1456, 1488; — русскаго Кружка лицъ медицинскаго званія въ Berlin'ѣ 1490; — *И. Вегера* 1034, 1225, 1601; — 7 ветеринаровъ Московскихъ городскихъ боенъ 1354; — *А. Волтмана* 972; — «врача *П.*» 1259, 1293; — врачей выпуска 1896 г. Московскаго Университета 1456; — — г. Астрахани 972; — *И. Габриловича* 1599; — *С. Галюка* 1035; — *Н. Георгиевскаго* 1130; — *Г. Головина* 1565; — группы врачей, приглашавшихъ въ Петербургъ для усовершенствованія 1456; — судашельницъ при Клиническомъ повивально-гинекологическомъ Институтѣ 1636; — — студентовъ по поводу инцидента между директоромъ Абасъ-Туманскихъ минеральныхъ водъ д-ромъ *Гопадзе* и студ. *В.-М. Академіи Начевицемъ* 1034; — *А. Гурьяна* 1638; — *В. Дитмана* 1003; — *Б. Дмитриева* 1228; — *Е. Доброзракова* 1528; — *В. А. Дубровина* 1228; — *Г. Егорова* 1227; — *Н. Жоанъ-Пушкина* 1195; — *А. Зака* 1636; — проф. *В. Зарубина* 1456; —, заявленіе состоящей при Правленіи Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова* Комиссіи по распространенію гигиеническихъ знаній въ народѣ 1384; — *Знаменскаго* 1195; —, извлеченіе изъ протокола вѣстрѣннаго засѣданія Кубанскаго медицинскаго Общества 1162; — изъ Ялты 1165; — *П. Иорданова* 1322, 1529; — *М. Каменской* 1565; — *Н. Керстенка* 1422, 1423; — Комиссіи по составленію отчета о дѣятельности Краснаго Креста въ русско-японскую войну 1489; — *М. Копылева* 1257; — проф. *Кандаратскаго* 1455; — *Какторовича* 1224; — *И. Е. Козлова* 1493; — Комитета общественной помощи голодающимъ 878, 973, 1003, 1131, 1132, 1289, 1355, 1388, 1491, 1564; — *С. Констансова* 1528; — *Г. Коронатова* 972; — *Н. Крацка* 847; — *М. Левитскаго* 1321; — *К. Макарскаго* 1423; — *А. Макушова* 1130, 1290, 1600; — *В. Мишневскаго* 1653; — *В. Нагорскаго* 1226; — *Никифорова* 909; — *В. Обольникова* 1321; —, обращеніе къ обществу Московскаго Комитета общественной помощи голодающимъ 909, 1194; — — товарищамъ Комиссіи по изслѣдованію эпидемическаго церебро-спинальнаго менингита при В-Медицинской Академіи 1289; — *В. Окса* 1290, 1457; — *Ө. Омелченко* 1224; — организационнаго Комитета 5-го Международнаго акушерско-гинекологическаго Съѣзда объ отсрочкѣ Съѣзда 941; — *Орлова* 1493; — открытое д-ру *Бурисдорфу* д-ра *Коломойцева* 1635; — — врачамъ Московской психиатрической клиники врачей Преображенской больницы 1355; — — врачу *Алафужовской* больницы г. *Десторину* служащихъ въ аптекахъ ея 1069; — — д-ру *Георгиевскому* д-ра *Златогорова* 1491; — — проф. *П. И. Дьяконову* 1635; — — д-ру *Иорданову* д-ра *Никитина* 1493; — — драмъ *Котосову* и *Шоломоу* д-ра *Комытискаго* 1528; — — Коллегіи врачей Харьковской губернской земской больницы *Н. Н. Баженову* 1130; — — проф. *Кузлова* д-ру *Соловьеву* 880; — — — —, отвѣтъ д-ра *Соловьева* 1038; — — проф. *Сербскому* врачей Алексѣевской психиатрической больницы 1491; — — товарищамъ д-ру *Н. С. Лобасу* и заявленіе въ Гравировское очередное земское Собраніе 846; — Пензенскаго медицинскаго Общества 847; — *А. Петрова* 1635; — *Ө. Половинкина* и *О. Невторова* 1634; — помощника начальника главнаго в.-медицинскаго Управленія *В. Быстрова* 1162; —, постановленіе очереднаго Собранія Пензенскаго медицинскаго Общества отъ 24-го октября 1385; — — Пензенскаго медицинскаго Общества по поводу увольненія мѣстной земской уѣздной Управой медицинскаго персонала 1194; — Правленія Общества врачей г. Таганрога и Таганрогскаго округа 1492; — — Керченскихъ врачей 1455; — — санаторій для врачей въ Крыму 1290; — — Союза Обществъ помощниковъ врачей и редакціи «Фельдшерскаго Вѣстника» 1225; — — Харьковскаго медицинскаго Общества 1164; — 8 профессоровъ Одесскаго Университета 1257; — *Е. Ребровой-Харизоменовой* 1601; — *А. Рейпольскаго* 1385; — *А. Родендорфа* 910, 1194; — *Д. Сатершильскаго* 1258; — *С. Сергеевскаго* 1387; — *И. Симоновича* 1527; — *В. Скабичевскаго* 1456; — *Н. Скляра* 909; — Слободской уѣздной земской Управы 1290; — служащихъ въ Валдайской земской больницѣ фельдшерицъ-акушерки *А. Колесниковой* и фельдшеровъ *В. Курицына* и *М. Грузнова* 1385; — Совѣта Воронежскаго Общества помощниковъ врачей 1257; — *Н. Сокольскаго* 1034; — *Соломина*, *Пасальскаго*, *Левоневскаго* 1366; — старшаго фельдшера Нытвинской земской боль-

ницы М. Дмитриева и смотрителя А. Анисимова 1565; — *Тала* 1527; — *Н. Терещенкова* 1421; — *А. Тер-Григорьянца* 1257; — *И. Тиринова* 1527; — *А. Тимошева* 1421; — *Утробина* 1129; — участковых врачей г. Саратова 1421; — *Н. Фастрицкого* 1067; — *Н. Фоменкова* 1635; — *М. Ханутиной* 1290; — центрального Бюро ветеринарного Союза 1489; — *А. Шуениновой* 1527. Питание детей исключительно мужскими веществами и слизистыми отварами, вред его 1561. Пища, бляки ее, влияние их на выделение сахара и развитие ацидоза при сахарном мочеизнурении 1470; —, выставка Международная питания и гигиены 1391; — горячая, снабжение школьников в Петербург 1294; —, кабинеты для исследования в Петербург 1262; — копченая и соленая, формалин в ней 1570; — картофельная для больных сахарным мочеизнурением и общим ожирением 1378; — недоброкачественная, годный хлеб для голодающих 1358, 1425, 1497, 1604; —, преступный сбыт ее 1533; —, рыба гнилая, неисполнение санитарных постановлений в Н.-Новгороде 1358; —, отравления 1253 1391; —, подделка, музей фальсификатов в Петербург 1569; —, сорта различные, влияние на работу печеночных желез 1127; —, Съезд Международный по гигиене пищевых веществ 1295; —, употребление буржачкового мяса 1287. Пищеварение кишечное, влияние желчи и сока поджелудочной железы 1124; —, лейкоцитов пищеварительный при раке желудка 857; —, способность пищеварительная желудочного и поджелудочного сока, определение бусами 1028. Пищевод, буржачка 1432, 1465; —, разрыв со вскрытием его в полость подреберной плевры 1628; —, тела инородных 1254. Пикотанин при главных болях 967. Пиюганова 905. Плева подреберная, вскрытие пищевода в полость ее 1628. Плевание, борьба с ним в Штатах С. Америки 1135. Плэйра, эмпиема, операция *Schede* 934. Плейрит выпотной, дыхание бронхиальное и признак *Bacelli* 967. Плывишность, предупреждение и лечение 1522. Повазка гипсовая ажурная 1526. Подагра, цитария 904. Пожертвования М. Д. Балашовой 1259; — гг. Бахрушиных 1461; — гг. Bishoffsheim'овъ 1606; — *Бондырева* 848; — вдовы д-ра *Духновского* 975; — врачей ссыльных 1260; — Э. А. Гельферих 1458; — г. Духовского 975; — J. S. Ely 1606; — S. Kerswill'a 1606; — г. Котляра 1102; — д-ра *Lasocki* 1426; — G. Letz'a 1602; — A. Lewis Hill 1499; — г. Макарова 1007; — Л. I. Манцевича 1163; — Е. Ф. Морича 1165; — на больницы 975, 1007, 1038, 1102 (2), 1498, 1499 (2), 1535, 1606; — Университеты 848, 1163, 1259, 1262, 1458, 1603, 1606; — неясвестного на Нейрологический Институт 1259; — А. Norris'a 1606; — Петербургских думских врачей 1457; — П. М. Петрова 1498; — г-жи M. Plante 1535; — Д. Д. Посполитаки 1228; — S. Reckitt'a 1606; — N. Rothchild'a 1606; — *Roussille's* 1262; — г-жи Таренцкой 1461; — г-жи Финкельштейнъ 1461; — К. А. Ясюнинского 1102. Позвоночник, заблуждения, распознавание выслушиванием чрев фонэндоскоп или обыкновенный стетоскоп 1191. Показатель кровяно-почечный солевой 1219. Полипы в прямой и толстой кишках 1525. Полости носовые, зависимость страданий слезопроводящих путей от состояния их 1450. Полость брюшная, боляны, распознавание, значение иноскопии 1191; —, орошение с бактериологической точки зрения 1058; —, —, тела инородных, отношение к ним брюшины 917; — *Highmore*-ова, повреждение при ранениях лица 1382; — ротовая, лейкоплакия 1451. Пола орошения в Одессь, антисанитарные условия жизни и труда рабочих 1006. Помощь акушерская в Петербург, организация 1096; — — Россия, организация 1453; — больничная в Влгодорском уезде, стремление к централизации ее 926; — врачебная больным рабочим в Петербург, обращение местного Бюро Союза медицинского персонала к врачам 1197; — в Архангельской губ., развитие ее благодаря ссыльным врачам 973; — Енисейской губ., плачевное состояние 1196, 1326; — — Кременчугском Земствѣ, недостаточность 1262; — — мѣстах заключения, плохая постановка 1132; — — Новгородской губ., бюджет на нее в сравнении с бюджетом на содержание полиции 1005; — — России, отчет за 1904 г. 1460; — — русско-японскую войну 1389; — — Самарском уездном Земствѣ, сокращение по безденежью 1197; — — Пермской и Кубанской областях, ассигновки на нее 974; — — на театр военных действий, организация ее Обществом Красного Креста 959; — — фабриках и заводах 1192, 1638; — —, правительственный законопроект 1515, 1550, 1621, 1638; —, недостаточность ее в Гурин 1262; —, —, учащимся во народных училищах Одессы 1358; — ночная, недостаточность в Красноярск 1323; —, —, организация ее группой Вакинских врачей армянскому населению Закавказья 1358; —, —, отсутствие ее в с. Александровск 1427, 1498; —, —, Иркутской губ. 1007; —, —, Нарымъ 1101; —, —, Ростовском округе 1534, 1639 (2); —, —, Яндыковской волости 1358; —, —, — переселенцам 1425; — рабочим, неудовлетворительность постановки в Баку 1606; —, —, организация ее в профессиональных Союзах 1462; —, —, проект медицинской помощи членам профессионального Общества 1293; — санитарных отрядов в Москвѣ въ кровавые дни 1567; —, —, убийства полицейскими и войсками членов отрядов 1495; — туземцам во французских колониях, организация ее 1055; — лечебно-санитарная в Латви 1004; —, —, на желѣзных дорогах, отчет за 1904 г. 1568; —, —, на фабриках и заводах, рабочее движение в связи с ней 1532; — скора, допущение къ преподаванию правил ее в народных школах врачей-евреевъ 1293; —, —, но-





двой 1522; —, сѣченіе кесарское при относительныхъ показаніяхъ 1372. Рожа, лѣченіе іотіономъ и хининомъ 1028; — первичная гортаня 1093. Роженіцы, изсѣченіе червеобразной отростка 1607. *Röntgen*'ография, значительное количество воды въ организмѣ, какъ препятствіе для полученія снимка 905; — при опредѣленіи уклоненія дыхательнаго горла отъ средней линіи 904. Ротъ, полость ротовая, лейкоплакія 1451. Рутъ, вліяніе на мочевые органы при втираніяхъ 842; —, соли, выпрыскиванія при сифилисѣ 1450; — холекислая 1219. Рукавъ, *garrulitas vulvae* 1486; — искусственный (способъ *Снегирева*) 1340; —, свищи влагалищно-мочеточниковые, лѣченіе 1319. Руки, кисти, отеки травматическій искусственнаго происхожденія 956. Рыбы, примѣненіе къ нимъ хирургическихъ дѣйствій 1166. Рѣдка, корень, кристаллическая оксида 1127. Рѣчь, изсѣдованіе слуха 907; — *В. И. Никольскаго* 1294; — *Л. В. Попова* 1288; — *И. А. Сикорскаго* 1067; — *И. Я. Симоновича* 1533.

**C.**

Рабoчiе болѣныя, отказъ въ помощи изъ за невнесенія болѣничнаго сбора 1606; — —, помощь Петербургскаго Бюро Союза медицинскаго персонала 1197; — —, увольненіе 1462; —, городскіе дома для нихъ въ Петербургѣ 1230; — дѣти, ограниченіе труда ихъ въ Штатахъ С. Америки 1607; — ж.-дорожныя, просьба министру объ увольненіи врача 1295; — лѣсопильныхъ заводовъ въ Архангельскѣ. митингъ, резолюція противъ погромовъ черносотенцевъ 973; — пекаря, антисанитарныя условія жизни и труда 850; — портовые, чтенія по гигиенѣ и санитаріи въ Одессѣ 1293; —, проектъ организаціи медицинской помощи рабочимъ и ихъ семьямъ 1638; — — — — — членамъ профессиональных Обществъ 1293; — сельско-хозяйственные на Одесскихъ поляхъ орошенія, антисанитарныя условія жизни и труда 1006; —, Союзъ Международной судебной помощи 1462; — фабричныя, движеніе рабочее въ связи съ врачебно-санитарными условіями на фабрикахъ и заводахъ 1532; — —, пострадавшіе въ несчастныхъ случаяхъ, размѣръ вознагражденія 974; — —, правительственные законопроекты по реформѣ фабричной медицины и по страхованію отъ болѣзни 1515, 1550, 1621, 1638; — французскіе, улучшеніе условій существованія, общественный Союзъ покупателей 1039; — — — — —, обязательность участія для врачей 1039. Радіо, вліяніе на глаза 1097; — — — — —, тѣани 1097; — въ хирургіи 1559; —, измѣреніе силы лучей его 998; —, источники въ Австріи 1607; —, лучеспусканіе, физиологическое и терапевтическое значеніе 971. Радіотерапія въ хирургіи 1559; — опухолей плоскихъ сосудовъ 1094. Разрывъ атипическій матки 1095; — кишки тонкой 1353; — мочевого пузыря 1354; — — — — — произвольный 966; — огромный печени безъ поврежденій наружныхъ частей 1090; — пищевода со вскрытіемъ его въ полость подреберной плевры 1628; — селезенки, излѣченіе 1485. Ракъ внутреннихъ органовъ, іодистый калій 1573; — — — — —, какъ реактивъ для распознаванія его отъ третичнаго сифилиса 1573; — гортани, коренное лѣченіе 1485; — железы грудной, удаленіе по Beck'у 1254; — — — — —, предстательной, раннее распознаваніе и коренное лѣченіе 993; — желудка, изслѣдованіе Röntgen'овскими лучами, результаты 930; — —, лейкоцитозъ пищеварительный 857; — —, малой кривизны его, новый признакъ для распознаванія 842; — —, распознаваніе раннее 841; — женскихъ половыхъ органовъ, борьба съ нимъ 1096; —, излѣчимость его 970; —, Институтъ для изслѣдованія его въ Heidelberg'ѣ 1231, 1445; — — — — —, наученія его во Франціи 1391, 1499; — кишечъ, распознаваніе раннее 841; — Конференція Международная по изслѣдованію его 1445; — легкихъ первичный 1366; — —, Лига для борьбы съ нимъ 1499; —, лѣченіе 970; — —, токами электрическими 970; —, трипсиномъ 1499; — —, х-лучами 970; — матки 1095; —, мѣропріятія при немъ 1329; — первичный печени 1354; — червеобразнаго отростка 1629; — —, природа чужеродная, доказательства научныя 1098; —, распространеніе въ Венгріи 1535; — слѣзнаго мѣшка 1450; —, состояніе селезенки 1379; — средостѣня, лѣченіе Röntgen'овскими лучами 994; —, сыворотка противораковая Влава 1324; — — — — —, Doyen'a 1535. Рана кожная лба, симметрическое омертвѣніе на всѣхъ вѣкахъ 1381; — — колотая въ области сердца 936, 1159, 1352; — — огнестрѣльная головы 936; — — 1/2 лица 1382; — — сердца 1221; — — и легкаго 1628; — — проникающая сердца, шовъ 932. Раны огнестрѣльныя вибрующія мочевого пузыря 1512; — —, характеръ ихъ 9-го и 10-го января 1905 г. 1255; — селезенки 1501, 1542; — — — — —, холоднымъ оружіемъ, характеръ ихъ 9-го и 10-го января 1905 г. 1255; — черепныя, шапки папалы, какъ источникъ зараженія 1535. Расширеніе венъ, лѣченіе х-лучами 1560; — периферическихъ сосудовъ, результаты лѣченія 1286. Рашчелина брюшной стѣнки 1382; — — мочевого пузыря 1254. Реакція см. проба. Ребра, бугорчатка, оперативное лѣченіе 1380. Рейматизмъ, аневризма аорты 1594; — острый сочленовный у дѣтей 1630; — —, перикардитъ рейматическій 1631. Реклама см. объявленія рекламныя. Репорформъ 929. Рефлексы искусственныхъ условій новый на слюнную железу 1126, 1127; — — — — —, тормаженіе различными раздражителями 1562. Роды, вліяніе на развитіе лучисто-грибковой болѣзни 1092; — —, гипокровіе послѣдородное отъ зараженія кишечной палочкой 1157; —, кроватъ родильная операционная 1052; —, кровотеченіе послѣдородное тяжелое, амплъ нитратъ 1561; —, обезвоживаніе поясничное, положеніе щипцовъ 1486; — —, сочетаніе скопаланиомъ съ морфіемъ 1349; —, періодъ потомъ съ послѣдствіями 889; —, плодъ бумажный 1095; — —, переходъ въ кровь его спирохетъ африканской болотной лихорадки 1219; — —, яйцевыя оболочки, измѣненія при сифилисѣ 839; — —, приоты родильные городскіе, плата за лѣченіе 1165; — — — — —, деревенскіе 1427; — —, пубіотомія 907, 1318 (3), 1451, 1452, 1537, 1539, 1595; —, столбнякъ послѣро-

[illegible]



неполучение студентами стипендий 1424, 1566; — — — — —, искъ къ министру 1566, 1602; — — — — —, открытие столовой 1602; — — — — —, постановление общей Сходки о студенческой столовой и Совѣтъ старость 1356, 1386; — — — — —, Сходки студентовъ 4-го курса о возобновлении занятій 1357, 1386; — — — — —, приглашение уволенныхъ въ Одессу 1424; — — — — —, революція 20-го октября 1385; — — — — —, постановление Конференціи 1383; — — — — —, репрессіи противъ студенческихъ учреждений 1459; — — — — —, самоубійства 1424; — — — — —, въ Лондонѣ, необходимыя издержки 1535; — — — — —, германскихъ Университетовъ, число ихъ 1039; — — — — —, Киевскаго Университета, условия Сходокъ 1424; — — — — —, Московскаго Университета, Общество студенческое, чествование памяти *Н. И. Пирогова* 1602; — — — — —, порицание ректору и Совѣту 1386; — — — — —, тактика ихъ и отношеніе къ «Русскимъ Вѣдомостямъ» и проф. Трубецкому 1386; — — — — —, Одесскаго Университета, постановление по поводу инцидента во время Пироговскаго праздника 1567; — — — — —, приглашение къ внесению платы за весеннее полугодіе чрезъ газетное объявление 878; — — — — —, революція общефакультетской Сходки по поводу борьбы 2-хъ группъ профессоровъ 1291; — — — — —, солидарность съ студентами В.-Медицинской Академіи 1424; — — — — —, Парижскаго Университета, волнения изъ-за протекціонизма при замѣщеніи каедры 1535, 1569; — — — — —, получившій выговоръ суда 1571; — — — — —, Харьковскаго Университета, постановление Сходки 5-го курса 1530; — — — — —, число ихъ во Франціи 1499; — — — — —, въ В.-Медицинской Академіи 1036; — — — — —, принятыхъ въ различные Университеты 1131; — — — — —, Одесскаго Университета, евреи, взносы платы за учение 1004; — — — — —, число 1424; — — — — —, привѣтствія Совѣту рабочихъ депутатовъ 1292, 1356, 1357; — — — — —, приемъ евреевъ сверхъ ограничительной нормы 1100; — — — — —, русскіе, возобновление према въ прусскіе Университеты 1359; — — — — —, Союзъ Всероссийскій представителей студенчества 1163; — — — — —, Сходка общестуденческая въ Томскомъ Университетѣ, требованіе отставки ректора 1291; — — — — —, ходатайство Университетовъ объ освобожденіи отъ платы 30% вмѣсто 15%, отказъ 1036. Стѣнка брюшная передняя, пришиваніе къ ней большого сальника 1256; — — — — —, расщелина 1382; — — — — —, шовъ 1597; — — — — —, грудная, опухоль, принятая за легочную грыжу 997. Суда, корабль съ устраненіемъ морской качки 1231. Судороги тетаническія, двусторонняя катаракта 933. Судъ третейскій по поводу конфликта врачей въ Дмитровскомъ уѣздѣ, Московской губ., постановления 849, 913. Суевѣрія 1391. Сулема, промываніе растворомъ ея суставовъ при переломѣхъ воспаленіи 1594. Суставъ коленный, воспаленіе пнеймококковое 1629; — — — — —, genu valgum, патологія и лѣченіе 1169, 1383; — — — — —, тазобедренный, рѣдкое заболѣваніе 935; — — — — —, челюстной, сифилитическое поражение 1062. Суставы, артритизмъ при печеночной недостаточности 1098; — — — — —, бугорчатка, лѣченіе обезжиренными бугорчатковыми творожистыми массами 1484; — — — — —, воспаления острья и подострья, внутривенныя впрыскиванія колларгола 1092; — — — — —, переломныя, лѣченіе проколомъ и промываніемъ растворомъ сулемы 1594; — — — — —, ревматизмъ острый у дѣтей 1630. Сухожилие Ахиллово, безболѣзненность, какъ новый признакъ сионной сухотки 1158. Сухотка, атаксія своеобразная глазныхъ мышцъ 1059; — — — — —, боли стрѣляющія, лѣченіе сантономомъ 1158; — — — — —, признакъ новый 1158. Сѣуженіе прямой кишки обшивательной и самопроизвольно отдѣлившейся міомой матки 1191; — — — — —, толстой кишки, механизмъ болѣзненнаго расширенія слѣпой кишки 904. Сѣуженія множественныя сифилитическія подвздошной кишки 1525; — — — — —, тонкихъ кишекъ 1525. Съѣздъ акушеровъ въ Düsseldorf 1570; — — — — —, ветеринарныхъ врачей въ Тифлисѣ 848; — — — — —, врачей Архангельской губ., неравѣшеніе его 1164; — — — — —, губернский земскій Костромской, запрещеніе публичныхъ засѣданій 1293; — — — — —, и административныхъ дѣятелей Астраханской губ., вопросъ о чумныхъ эпидеміяхъ, замѣна его административными засѣданіями 1293; — — — — —, 10-й, врачей и естествоиспытателей въ Львовѣ 1462; — — — — —, Всероссийскій воспитателей и учителей глухонѣмыхъ дѣтей 1039; — — — — —, 1-й, по педагогической психологіи въ Петербургѣ, Курсы педагогическіе кратковременныя 1132; — — — — —, 1-й, помощниковъ врачей 1390; — — — — —, фармацевтовъ 1198, 1359; — — — — —, фельдшеровъ, фельдшерницъ и акушеровъ 1390, 1606; — — — — —, делегатовъ отъ фельдшерско-акушерскихъ Обществъ, постановленія 1070; — — — — —, делегатовъ Всероссийскаго Союза медицинскаго персонала, избраніе делегатовъ отъ Петербургскаго Союза 880; — — — — —, земскихъ врачей Одесскаго уѣзда, докладъ д-ра *А. И. Ульяшева* о санитарномъ состояніи уѣзда 1037; — — — — —, 10-й, Международнаго Союза криминалистовъ, уголовное законодательство о душевно-больныхъ 1063; — — — — —, Международный, 5-й, акушерско-гинекологическій въ Петербургѣ, организационный Комитетъ, извѣщеніе объ отсрочкѣ Съѣзда 941, 942; — — — — —, 15-й, врачей въ Лиссабонѣ 845, 969, 1096; — — — — —, ларинго-ринологовъ въ Вѣнѣ 1535; — — — — —, 11-й, по вопросамъ оздоровленія и санитарной охраны жилищъ въ Генеѣ 1039; — — — — —, 14-й, — гигіенѣ и демографіи, выставка научная 851; — — — — —, — — — — —, списокъ личнаго состава Бюро Отдѣловъ 1103; — — — — —, — — — — —, пищевыхъ веществъ 1293; — — — — —, междууѣздныхъ врачей Воронежскаго Земства, постановленія 913; — — — — —, 78-ой, нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей въ Stuttgart 1554, 1590; — — — — —, 9-й, нѣмецкаго дерматологическаго Общества въ Бернѣ 882; — — — — —, 2-ой, отечественныхъ психиатровъ въ Киевѣ 843, 937, 1030, 1062; — — — — —, — — — — —, закрытіе, рѣчь *И. А. Сикорскаго* 1067; — — — — —, — — — — —, постановленіе по вопросу объ алкоголизмѣ 1066; — — — — —, — — — — —, постановленія 1067; — — — — —, — — — — —, списокъ скончавшихся членовъ 1-го Съѣзда 1062; — — — — —, — — — — —, телеграмма предств-

телю 1-го Съѣзда 1062; — — — — —, 9-й, Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*, отчетъ о приходѣ и расходѣ денежныхъ суммъ казначей организационнаго Комитета 1002; — — — — —, — — — — —, Труды 1259; — — — — —, 10-й, Пироговскій, 1292, 1386, 1530, 1566, 1602; — — — — —, — — — — —, участіе делегатовъ фельдшерскихъ Обществъ 1357; — — — — —, представителей земскихъ и городскихъ самоуправленій въ Москвѣ 915; — — — — —, — — — — —, проектъ организационной Комиссіи 1100; — — — — —, Земствъ, участвующихъ въ дѣлѣ общеземской организации 1006; — — — — —, фельдшерско-акушерскихъ Обществъ въ Москвѣ 915; — — — — —, ректоровъ университетовъ и директоровъ высшихъ специальныхъ учебныхъ заведеній для выработки мѣръ къ установленію правильной академической жизни 1004, 1066; — — — — —, 6-ой, российскихъ хирурговъ, программные вопросы 1388; — — — — —, сифилидологическій въ Бернѣ 1316; — — — — —, спиритуалистовъ 1390. Съѣзды врачей губернской, участіе фельдшеровъ 1229, 1294, 1655. Сыворотка гонококковая, агглютинины и специфическія иммунныя тѣла въ ней 1627; — — — — —, *Möebius'a*, лѣченіе *Baselov'ой* болѣзни 1117, 1633, 1650; — — — — —, противобугорчатковая 1243; — — — — —, *Marmorek'a* 855; — — — — —, извлеченіе бугорчатки соединительной оболочки 1060; — — — — —, новая 970; — — — — —, противодуоденеріальная 1460, 1650; — — — — —, противодифтеріальная, впрыскиванія внутривенныя 1629; — — — — —, противобугорчатка *Влаева* 1324; — — — — —, *Dogen'a* 1535; — — — — —, противосифилитическая *Lisle'a* 853; — — — — —, противоскарлатинная *M. scrr'a*, результаты лѣченія 905, 1286, 1350, 1532, 1574, 1612; — — — — —, *Römer'a* при фибринозномъ воспаленіи легкихъ 1028. Сыоротки, количество, отпущенное въ 1905 г. Институтомъ экспериментальной медицины 848; — — — — —, лѣчебныя, оптовая продажа, распоряженіе о ней 879. Сыра въ мочѣ при заболѣваніяхъ печени 1098. Сѣженіе кесарское при относительныхъ показаніяхъ 1372.

## Т.

1. Табакъ, куреніе его, амблиопія, лѣченіе 945; — — — — —, вредное вліяніе 1263, 1286; — — — — —, законопроектъ, воспреещающій курить молодежи 1391. Тазъ, заболѣванія органовъ его, распознаваніе вслушиваніемъ чрезъ фондоскопъ или обыкновенный стетоскопъ 1191. Тайна профессиональная, ненарушимость 1198. Температура, колебанія ея при нагрѣваніи кожи, способность собакъ различать ихъ 1285; — — — — —, кривая ея при сыпномъ тифѣ 1285. Тепло, какъ способъ физическаго лѣченія 969. Теранія, основная задача ея при хирургическихъ заболѣваніяхъ мочеполовыхъ путей 966. Техника гистологическая, примѣненіе апостона 1127. Тифъ брюшной, борьба съ нимъ, значеніе чая 1607; — — — — —, въ Н.-Новгородѣ 1101, 1358; — — — — —, Петербургѣ 1293, 1325; — — — — —, Старой Руссѣ 1293; — — — — —, зараженіе чрезъ питье зараженной перегнанной воды 1559; — — — — —, кровотечения кишечная 1520; — — — — —, нарывъ въ селезенкѣ 1353; — — — — —, осложненный пнеймоніей 1382; — — — — —, палочки, бактеріурія, отношеніе ея къ почкамъ 931; — — — — —, выдѣленіе ихъ изъ свертковъ крови больныхъ 992; — — — — —, нахожденіе и размноженіе ихъ въ крови больныхъ при помощи желчи 841, 1448; — — — — —, — — — — —, способность склеиванія 1090; — — — — —, паратифъ 1016, 1253; — — — — —, и тифоподобныя палочки 1125; — — — — —, — — — — —, распространеніе крысами 1125; — — — — —, предохранительныя прививки 1160, 1347; — — — — —, «turbo-diagnosticum» *Ficker'a* 1632; — — — — —, распознаваніе бактериологическое 1317; — — — — —, эпидемія въ Киевѣ 1358; — — — — —, Одессѣ 1165; — — — — —, Петербургѣ 1203, 1325; — — — — —, Пинскѣ 1389; — — — — —, — — — — —, Самарской губ. 1567; — — — — —, Сызрани 1197; — — — — —, возвратный въ Киевѣ 913, 1498; — — — — —, Москвѣ 1605; — — — — —, эпидемія въ Н.-Новгородѣ 974, 1101; — — — — —, Елисаветградскомъ уѣздѣ 1101; — — — — —, сыпной въ Вологодской губерніи 1567; — — — — —, Харьковѣ 1605; — — — — —, кривая температуры 1285. Ткань, вліяніе радія 1097; — — — — —, зародышевыя, прививка экспериментальная 968; — — — — —, окраска ихъ эозиновокислой метиленовой синькой, способъ *Assmann'a* 1027; — — — — —, рассасываніе шелковыхъ лигатуръ 1095. Ткань жировая, омертвѣніе 1097 (2). Травма, отекъ кисти и стопы 956; — — — — —, продолговатаго мозга 1651; — — — — —, роль ея въ образованіи грыжъ 937. Трахома см. глаза, вѣки. Трепанация отростка сосцевиднаго 907, 923; — — — — —, приборъ *Менцель-Гедорова* 906. Трипаноміазисъ 1097; — — — — —, прививка предохранительная 1098; — — — — —, проходимость мозговыхъ оболочекъ у человѣка 1098. Трипаномы 1097, 1098; — — — — —, лягушки 846; — — — — —, случной болѣзни, продолжительность жизни при искусственныхъ условіяхъ 1476. Трипинъ, лѣченіе рака 1499. Трифуринъ 1255. Трихинотъ кишечный 1114. Трубка глоточно-гортанная *Mader'a* для облегченія примѣненія *Röntgen'овскихъ* лучей въ области верхнихъ дыхательныхъ путей 996. Трубки *Crooks'a* см. свѣтотѣченіе. Трубы *Fallop'овы*, гнойное воспаленіе 1453; — — — — —, патологія ихъ 910, 1003. Трупы, морги въ Петербургѣ 1426; — — — — —, неравномерное распредѣленіе ихъ между Академіей и Женскимъ Мед. Институтомъ 1494, 1636; — — — — —, обуглившіяся, число ихъ послѣ Сызранскаго пожара 880. Туберкулинъ въ молокѣ женскомъ при бугорчаткѣ 1098; — — — — —, мочѣ больныхъ бугорчаткою 1098; — — — — —, при лѣченіи бугорчатки 970. Тѣла ацетоновыя, вліяніе алкоголя на выдѣленіе ихъ 964; — — — — —, иммунныя специфическія въ гонококковой сывороткѣ 1627; — — — — —, инородныя въ брюшной полости, отношеніе къ нимъ брюшины 917; — — — — —, глазу 967; — — — — —, засореніе осколками копировальнаго карандаша 1059; — — — — —, губахъ срамныхъ 1421; — — — — —, — — — — —, желудкѣ 1028; — — — — —, пищеварительномъ каналѣ 1151, 1327; — — — — —, — — — — —, пищеводѣ 254; — — — — —, — — — — —, сердцѣ 1221; — — — — —, органическія, строеніе молекулярное, отношеніе къ ихъ терапевтическому и физиологическому дѣйствию 969. Тѣло, вѣсъ, потеря его, причины 1027; — — — — —, — — — — —, приростъ



цять, повышение ее под влиянием увеличения числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ 929. Тѣнелись, присутствіе въ тканяхъ и полостяхъ значительнаго количества воды, какъ препятствіе для получения *Roentgen*'овскаго снимка 905; —, рентгенограммы съ плечевой кости съ застрявшими пулями 1161. *Тюрма* Акатуевская, антисанитарное состояніе 1603; — Вологодская, сыпной тифъ 1567; —, домъ арестный при Рождественской части въ Петербургѣ, переполненіе, отсутствіе медицинской помощи 1132; — Житомирская, положеніе политическихъ 1164; — Киевская, увеличеніе врачебнаго персонала 1638; —, Лефортовскій полицейскій домъ, невыносимыя условія режима 1603; — Лужская, невѣрный слухъ о заключеніи проклятого 1292; — Московская центральная пересылная, беспорядки 1036; — — —, эпидемія оспы 1567; — *Münster*ская, начальникъ врачъ 1199; — — —, одиночная образованная, впечатлѣнія врача отъ пребыванія въ ней 898; — Пинская, эпидемія тифа 1389; — Ростовская, переполненіе 1496. *Тюрма* Англіи, число заключенныхъ 1499; — — —, погибшихъ отъ бугорчатки 1499; —, вліяніе на здоровье заключенныхъ 1120; — въ Царствѣ Польскомъ, невыносимое положеніе заключенныхъ 1567; — — —, отказъ администраціи санитарнымъ врачамъ въ осмотръ ихъ 941, 973; — Нижегородскія, антисанитарное состояніе 1260; — Россіи, бугорчатка въ нихъ за 1900—1904 гг. 849; — — —, переполненіе 1496; — — —, число политическихъ заключенныхъ 1323; —, санитарныя условія Петербургскихъ полицейскихъ частей 1005, 1132; — — —, собраніе свѣдѣній о нихъ Пироговскимъ Обществомъ 1357; —, трахома среди заключенныхъ 1132; —, хищенія въ нихъ 1389, 1567 (2).

## У.

Убийства въ больницахъ 1260, 1388; — — Штатахъ С. Америки, увеличеніе числа ихъ 1359; — — —, полицейскими и войсками членовъ санитарныхъ отрядовъ во время подачи медицинской помощи въ Московскіе кровавые дни 1495. Убѣжища для душевно-больныхъ въ Англіи, стоимость содержанія 1535. Угаръ, отравленіе имъ, нейтрить множественный, гемиплегія 1061. Удушье бронхальное, благоприятное дѣйствіе лучей *Röntgen*'а 1192. *Улица Пироговская* въ Москвѣ 1291, 1493. *Университетъ Берлинскій*, перемены въ личномъ составѣ медицинскаго факультета 1039; — — —, условія приѣма русскихъ 1326; — Варшавскій, дальнѣйшая судьба 1259, 1322, 1356, 1530; — — —, обязательное чтеніе лекцій на русскомъ языкѣ 1494; — — —, стипендія *Л. Г. Мамичева* 1163; — въ Groningen'ѣ, пожаръ 1359; — Greifswaldскій, 450-лѣтній юбилей 1039; — Heidelbergскій, оставленіе должностей, занимаемыхъ проф. *Ervm*омъ 1039; — Казанскій, вакансіи для слушателей 1163; — — —, закрытіе 1322; — — —, возобновленіе занятій 1356; — — —, каедры свободныя, конкурсъ на каедру патологической анатоміи 1068; — — —, обыскъ 1531; — — —, постановленіе Совѣта профессоровъ 1567; — — —, память *Н. М. Любимова* 1386; — — —, профессора новыя 1068; — — —, угрозы черносотенцевъ ректору и профессорамъ 1322; — — —, условія приѣма на медицинскій факультетъ ветеринарныхъ врачей 1196; — — —, чествованіе памяти *Н. И. Пирогова*, несостоявшееся Собраніе 1531; — Киевскій, закрытіе 1386; — — —, курсы повторительныя для врачей 1 57, 1494; — — —, обыскъ въ химической лабораторіи 1567; — — —, переполненіе медицинскаго факультета 1131; — — —, правила для специальныхъ и повторительныхъ Курсовъ врачей 878; — — —, проректоръ 1424; — — —, распоряженіе ректора о выпускѣ студентовъ въ Университетъ только по билетамъ 1164; — — —, условія студенческихъ Сходокъ 1424; — — —, чествованіе памяти *Н. И. Пирогова*, несостоявшееся Собраніе 1531; — — —, число окончившихъ 1566; — — —, слушателей 1357; — Краковскій, избраніе декана 851; — — —, полученіе врачебнаго диплома женщиною 852; — — —, число слушателей 1326; — London'скій, необходимость издержки студента-медика 1535; — Львовскій, избраніе декана 882; — — —, практическіе курсы для врачей 1427; — — —, разрѣшеніе поступать вольнослушателями лицамъ съ аттестатомъ зрѣлости изъ русскихъ среднихъ учебныхъ заведеній 848; — — —, число слушателей 1295; — Московскій, бойкотъ проф. *Лавина* 1356; — — —, деканъ 1386; — — —, закрытіе 1258, 1291, 1355, 1601; — — —, возобновленіе занятій 1291 (2), 1386 (2); — — —, письмо проф. Трубецкого 1355, 1386 (2); — — —, каедра факультетской терапевтической клиники, кандидаты 1036; — — —, клиника психиатрическая, конфликтъ директора со слушателями 1355, 1406, 1491; — — —, обыскъ 1132; — — —, Комиссія испытательная, бойкотъ председателя 1228; — — —, конфликтъ съ градоначальникомъ 1306, 1602; — — —, объявленіе ректора о грозящемъ закрытіи 1601; — — —, по поводу резолюціи общеклиническаго Собранія 6-го ноября 1457; — — —, органъ центральный, запросъ градоначальника 1602; — — —, общестранныя отношенія съ ректоромъ 1386; — — —, отношенія студентовъ къ «Русскимъ Вѣдомостямъ» и проф. Трубецкому 1386; — — —, порицаніе студентовъ ректору и Совѣту 1386; — — —, «правила предметнаго преподаванія» 878; — — —, прекращеніе занятій 7—9-го декабря 1602; — — —, приѣмъ женщинъ 1036, 1196, 1601; — — —, на старшіе курсы 1228; — — —, рѣчь ректора о положеніи Университета 1291; — — —, Союзъ профессиональныхъ клиническихъ служащихъ 1457, 1494; — — —, сумма неоплаченныхъ долговъ Обществу вспомоществованія недостаточнымъ студентамъ 1259; — — —, фармацевты-евреи, притѣсненія полиціи 1230; — — —, чествованіе памяти *Н. И. Пирогова* 1602; — — —, — *И. М. Слеченова* 1424; — — —, число слушателей 1131, 1164; — Народный въ Москвѣ, параллельные курсы 1292; —

— Одесскій, вѣдѣтельство полиціи и охраннаго отдѣленія 1567; — — —, выпускъ 1-й врачей 1530; — — —, деканъ, выраженіе сочувствія ему студентами 1228; — — —, избраніе 1387, 1636, 1653; — — —, увольненіе 1291, 1322; — — —, доносъ на него мѣстной администраціи 1336; — — —, закрытіе 1567; — — —, защита диссертаций 1494; — — —, испытанія курсовыя по предметной системѣ 972; — — —, каедры свободныя 1291, 1601; — — —, — — —, временные замѣстители 1228 1324; — — —, клиника акушерская, музей препаратовъ 1458, 1564; — — —, клиники, объявленіе Одесскаго врачебнаго инспектора объ условіяхъ приѣма въ нихъ 1458; — — —, Комиссія испытательная 1163, 1228; — — —, Музей *Пирогова* 1530; — — —, новый деканъ 1355; — — —, Общество медицинское, привѣтствіе Правленію Пироговскаго Общества ко дню чествованія памяти *Н. И. Пирогова* 1530; — — —, оставленіе должностей деканомъ и секретаремъ 1323; — — —, отказъ медицинскаго факультета ввести предметную систему 1196; — — —, плата за ученіе, вносы лицами иудейскаго вѣроисповѣданія 1004; — — —, приглашеніе студентовъ къ вносу ея чрезъ газетное объявленіе 878; — — —, пожертвованіе г. Летца 1602; — — —, привѣтствіе общестуденческой Сходки Совѣту рабочихъ депутатовъ 1292; — — —, производство зачетовъ 1636; — — —, резолюція общеклинической Сходки по поводу борьбы 2-хъ группъ профессоровъ 1291; — — —, Союзъ академическій 1162, 1163, 1530, 1566; — — —, стипендіи новыя 1602; — — —, столкновенія между деканомъ и профессорами 1162; — — —, ходатайство низшаго персонала объ улучшеніи матеріальнаго положенія 1427; — — —, — о возвращеніи д-ра *Кирилова* 1292; — — —, центральный органъ, программа 1458; — — —, чествованіе памяти *Н. И. Пирогова* 1530; — — —, — — —, прерванное Собраніе 1531, 1566; — — —, число слушателей 1131, 1387, 1424; — — —, экзаменующихся 1292; — — —, *Щеоловскій* индидентъ 1356, 1387, 1456, 1489, 1566; — — —, Парижскій, каедры новыя 1535; — — —, студенческія волненія изъ-за протекціонизма при замѣщеніи ихъ 1535, 1569; — — —, свободныя, замѣщенія 1262; — — —, *Pennsylvania*скій, Отдѣленіе экспериментальной хирургіи 1569; — Петербургскій, отчетъ врача 1259; — Томскій, допущеніе женщинъ 878, 1068, 1131, 1196; — — —, закрытіе 1566, 1602; — — —, революція общестуденческой Сходки съ требованіемъ объ отставкѣ ректора 1291; — — —, ректоръ, отставка 1323, 1530, 1602; — — —, ходатайство о допущеніи къ слушанію лекцій студентессы заграничныхъ Университетовъ 1068; — — —, число принятыхъ 1131, 1196; — — —, прошеній въ текущемъ году 1068; — — —, Харьковскій, государственныя экзамены 1530; — — —, деканъ 1163, 1355; — — —, закрытіе 1322; — — —, защита диссертаций 1636; — — —, каедры свободныя 1196; — — —, временные замѣстители 1601; — — —, обыскъ въ клиникахъ 1602, 1637; — — —, пожертвованіе на стипендіи 848; — — —, — — —, устройство дѣтской клиники 1458; — — —, помѣхи правильному ходу занятій 1131; — — —, чествованіе *Л. В. Реймарда* 1386; — — —, число окончившихъ 1424; — — —, — — —, поданіи прошеній и число принятыхъ 1100; — — —, Юрьевскій, прекращеніе приѣма на 1-й курсъ 1036; — — —, рѣшеніе профессоровъ объ открытіи его 1036. Университеты австрійскіе и итальянскіе, взаимное признаніе дипломовъ 1569; —, воспрещеніе лицамъ духовнаго званія поступать на естественныя и медицинскіе факультеты 1636; —, приѣма женщинъ въ число слушательницъ 878; — — —, профессорамъ принимать участіе въ политическихъ партіяхъ, постановленіе центрального Бюро академическаго Союза 1531; — германскіе и швейцарскіе, репрессіи по отношенію къ вновь поступающимъ студентамъ-иностранцамъ 1134; — — —, число изучающихъ медицину 1039; — — —, дѣйствительная задача высшей школы 1356; — Московскій, Казанскій и Харьковскій, ходатайство объ освобожденіи отъ платы 30% студентовъ, вмѣсто прежнихъ 15%, отказъ Министерствъ 1036; —, приѣмъ сврехъ ограничительной нормы 1100; — прусскіе, возобновленіе приѣма русскихъ студентовъ 1359; — — —, табель о рангахъ преподавателей, новый классъ — «экстраординарные почетные профессора» 975; —, Съѣздъ ректоровъ для выработки мѣръ къ установленію правильной академической жизни 1004; — — —, условія приѣма лицъ, окончившихъ среднія учебныя заведенія 848; — — —, уставъ новый 848; — — —, экзамены государственныя, начало ихъ въ текущемъ году 941. *Управа* Волынская губернская, ходатайство о приѣмѣ въ мѣстную фельдшерскую школу женщинъ 1230; — Грайворонская уѣздная земская, увольненіе д-ра *Н. С. Лобаса* 846; — Дмитровская уѣздная земская, конфликтъ съ частью медицинскаго персонала 913, 1037; — — —, — — —, — — —, постановленіе третейскаго Суда 949, 913; — Елецкая земская, выборы правыхъ въ члены 1324; — Киевская губернская, Бюро врачебно санитарное, конкурсъ на мѣсто помощника заведующаго 879; — Ковровская уѣздная земская, докладъ чрезвычайному земскому Собранію о приглашеніи врача-хирурга для Ковровской больницы и объ увеличеніи штата врачей 943; — Курская земская, Всероссийская организація земскихъ служащихъ 1324; — Мологская, арестъ председателя 1387; — Московская губернская земская, обыскъ 1495; — Одеская земская, отклоненіе ходатайства центрального Комитета Попечительства о глухонѣмыхъ о денежной помощи 1165; — Пензенская уѣздная земская, увольненіе медицинскаго персонала, постановленіе Пензенскаго медицинскаго Общества 1194; — Саратовская губернская земская, исключеніе изъ смѣты на текущій годъ ассигновокъ на содержаніе санитарныхъ врачей, помощника заведующаго Отдѣленіемъ народнаго здравія и на ясли-приюты, обсужденіе вопроса санитарнымъ Совѣтомъ 942; — Слободская уѣздная земская, некорректность къ служащимъ 1195, 1290; — — —

**Шапнеръ** твердый см. сифились. **Шапки**-папахи, какъ источникъ зараженія черепныхъ ранъ 1535. **Шарлатаны** 1326; —, Съѣздъ въ Москвѣ 1390. **Шея**, железъ, заболѣваніе варанное съ типичными мѣстными и общими явленіями 1060; —, и сосуды лимфатическіе, роль ихъ въ заболѣваніяхъ уха, горла и носа 996; —, ахиноккокъ 908. **Школа** акушерско-фельдшерская въ Кіевѣ, отказъ слушательницъ отъ слушанія лекцій проф. *Осмола* 1359; — — — Николаевъ 1359; — — — Кременчугъ, обыскъ 1637; — — — Томскъ 1166; — Астраханская фельдшеровъ и фельдшерихъ-акушеровъ, положеніе 1134; — больничной прислуги 1229; — ветеринарная *Alfort'sкая*, памятникъ проф. *Nocard'u* 975; — Высшая Парижская Фармацевтическая, присужденіе степени д-ра фармаціи г-жѣ *Talon* 1359; — для дѣвочекъ духовнаго вванія въ Красноярскѣ, антисанитарное состояніе 1568; — — — изученія тропическихъ болѣзней въ *Bruxelles's* 1607; — — — *London's* 1569; — зубоучебная въ Кіевѣ, приемъ по подложнымъ гимназическимъ дипломамъ 1498, 1534; — медицинская въ *New-Haven's*, пожертвованіе 1608.







С. Изъ гистологической лабораторіи Одесскаго Университета.

**Способъ изготовленія серіи толстыхъ макроскопическихъ срѣзовъ изъ цѣлаго мозга человѣка на микротомѣ Marchi. Сохраненіе срѣзовъ въ видѣ стойкихъ препаратовъ, залитыхъ въ желатину съ формалиномъ.**

(Къ вопросу объ оборудованіи учебнаго Музея).

Проф. А. Ф. Маньковского.

Введеніе формалина въ технику сохраненія препаратовъ, особенно въ томъ видѣ, какъ это предложено проф. Мельниковымъ-Разведенковымъ<sup>1)</sup> и<sup>2)</sup> и Kaiserling'омъ<sup>3)</sup>, даетъ возможность готовить весьма доказательные нормальные анатомическіе и эмбриологическіе или патолого-анатомическіе препараты, которые сохраняютъ свой естественный цвѣтъ. Будучи залиты въ герметически закрывающемся стеклянномъ сосудѣ въ застывающій глицерино-формалиновый растворъ желатины, такіе препараты представляютъ не только весьма наглядное учебное пособие, но также и украшеніе любого Музея.

Особенно красива и поучительна серія срѣзовъ изъ цѣлаго мозга человѣка, представленная въ видѣ такъ называемыхъ «препаратовъ-картинъ» (Мельниковъ-Разведенковъ)<sup>2)</sup>. Затрудненіе для полученія такой серіи препаратовъ заключается, во 1-хъ, въ томъ, что при разрывѣ даже на микротомѣ Marchi мозгъ разваливается на части, которыя, въ свою очередь, разламываются вслѣдствіе хрупкости мозга, такъ что топографическія отношенія частей мозга теряются; во 2-хъ, сосуды (плоскія стекляныя чашки съ крышкой напр., большія чашки Petri) употребляемые обыкновенно для сохраненія такихъ срѣзовъ, стоятъ дорого, да кромѣ того, въ нихъ чрезвычайно трудно залить препараты желатиной такъ, чтобы въ желатинѣ не оставалось пузырей воздуха.

Приготовляя серіи срѣзовъ изъ цѣлаго мозга для учебнаго Музея завѣдываемой мною лабораторіи гистологій и эмбриологій, я выработалъ наиболѣе простой и вмѣстѣ съ тѣмъ дешевый способъ приготовленія стойкихъ препаратовъ изъ срѣзовъ мозга, получаемыхъ на микротомѣ Marchi. Вмѣстѣ съ тѣмъ выработанъ и способъ, дающій возможность получить довольно тонкіе (до 2 $\frac{1}{2}$ —3 мм. толщиной) срѣзы черезъ весь головной мозгъ съ полнымъ сохраненіемъ взаимныхъ отношеній частей мозга во всѣхъ подробностяхъ, не исключая и мелкихъ частей (bulbi olfactorii, hypophysis cerebri, plexus chorioideus, отрѣзки нервовъ, выходящихъ изъ мозга).

Въ нижеслѣдующемъ привожу описаніе выработаннаго мною способа, который можетъ пригодиться при составленіи научныхъ и учебныхъ Музеевъ.

Обработанный 10% растворомъ формалина головной мозгъ человѣка разрѣзывается тонкимъ мозговымъ ножомъ на 2 части вертикально въ поперечномъ направленіи, или горизонтально въ продольномъ, смотря по тому, въ какомъ направленіи желательнее получить срѣзы. Разрѣзъ производится съ такимъ расчетомъ, чтобы обнажить полость мозговыхъ желудочковъ и вмѣстѣ съ тѣмъ, чтобы правая и лѣвая половины большихъ полушарій сохраняли между собою связь и взаимныя отношенія, какъ въ неразрѣзанномъ мозгѣ. Куски мозга помѣщаются на полчаса въ теплую (50—60%) воду для удаленія съ поверхности остатковъ формалина, а затѣмъ опускаются (каждая изъ отрѣзанныхъ частей отдѣльно)—въ жестяную кастрюлю съ расплавленной на водяной банѣ глицериновой желатиной слѣдующаго состава: желатина бѣлой прозрачной 300,0, глицерина 600,0 воды 1400,0. Въ такой, постоянно подогреваемой на водяной банѣ желатинѣ мозгъ остается въ теченіи  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  часа, при чемъ время отъ времени его нужно погружать поглубже для того, чтобы выгнать

изъ желудочковъ мозга и бороздъ воздухъ и замѣнить его желатиной. Наконецъ, удерживая мозгъ погруженнымъ на дно кастрюли посредствомъ груза (мозгъ, какъ удѣльно болѣе легкій, чѣмъ вышеупомянутый желатино-глицериновый растворъ, стремится всплыть наверхъ) выставляютъ ее на холодъ и оставляютъ до полнаго застыванія желатины.

Послѣ этого кастрюлю погружаютъ въ теплую воду или согревають снаружи газовой горѣлкой до расплавленія самаго наружнаго слоя желатины и вынимаютъ мозгъ вмѣстѣ съ окружающей его желатиной. Послѣднюю срѣзываютъ сначала по возможности близко къ плоскости разрѣза мозга, а затѣмъ осторожно обрѣзываютъ по всей поверхности препарата, стараясь оставить только самый тонкій слой. Затѣмъ нагреваютъ надъ пламенемъ горѣлки поверхность разрѣза мозга до расплавленія желатины и прикладываютъ мозгъ этой поверхностью къ стеклянной пластинкѣ, на которую налитъ слой расплавленной желатины. По застываніи желатины стеклянная пластинка плотно держится на поверхности мозга. Тогда согревають надъ горѣлкой до плавленія желатины и остальную поверхность мозга, чтобы сдѣлать ее гладкой; по удаленіи избытка желатины препаратъ погружаютъ въ банку съ 80% алкоголемъ на 3—4 дня. Здѣсь желатина слегка уплотняется, а главное — теряетъ свою вязкость и способность прилипать къ ножу. Въ такомъ видѣ препаратъ можно рѣзать на микротомѣ Marchi. Первый срѣзъ получается уже наклееннымъ на стекло.

Ножъ микротомъ Marchi представляетъ собою тонкую, острую стальную пластинку, на подобіе пилы, натянутую въ дугообразной рукояткѣ. Передъ производствомъ каждаго срѣза слѣдуетъ смазать тщательно лезвіе ножа съ обѣихъ сторонъ вазелиномъ. При этихъ условіяхъ немного уплотнившаяся въ 80% алкоголь и потерявшая способность плавиться при нагреваніи желатина рѣжется хорошо вмѣстѣ съ мозгомъ и удерживаетъ во взаимныхъ нормальныхъ отношеніяхъ склеенныя между собою части мозга. Срѣзы можно получать довольно тонкіе (до 2 мм. толщиной). Но обыкновенно я przygotowляю срѣзы не тоньше 4—5 мм. и на такой серіи срѣзовъ можно изучитъ послѣдовательно топографію различныхъ частей мозга. Давы приготовить изъ полученныхъ срѣзовъ стойкіе препараты, надлежитъ поступать слѣдующимъ образомъ: Всѣ срѣзы наклеиваются посредствомъ расплавленной глицериновой желатины на стеклянныя пластинки (размѣромъ 18×24 см. для срѣзовъ мозга, произведенныхъ въ продольномъ направленіи горизонтально и 16×18 см. для срѣзовъ, произведенныхъ вертикально въ поперечномъ направленіи). Желатину наливаютъ въ небольшомъ количествѣ на стеклянную пластинку и затѣмъ въ нее осторожно опускаютъ срѣзъ, который сверху нажимаютъ другой стеклянной пластинкой, предварительно придавши срѣзу срединное положеніе. По застываніи желатины, приклеивающей срѣзъ, смотрятъ черезъ стекло на срѣзъ и если между стекломъ и срѣзомъ замѣчаются пузыри воздуха, то ихъ удаляютъ, слегка расплавляя желатину вокругъ пузырей воздуха надъ пламенемъ горѣлки. Въ случаѣ неудачаго наклеиванія, срѣзъ можно снять и наклеить вторично, уже избѣгая пузырей воздуха. Когда всѣ срѣзы мозга послѣдовательно наклеены на стекла, то вокругъ срѣзовъ обрѣзываютъ и счищаютъ со стекла лишнюю желатину и подбираютъ къ каждой стеклянной пластинкѣ, на которую наклеенъ срѣзъ, новую, парную, одинаковыхъ размѣровъ. Затѣмъ берутъ пластинку со срѣзомъ и по краю 2-хъ длинныхъ и 1-ой короткой стороны укладываютъ узко-надрѣзанныя полоски пробковой пластинки\*) или картона такъ, чтобы образовалось подобіе рамки вокругъ срѣза. Толщина полосокъ должна превышать толщину срѣзовъ мозга на 1—2 мм., дабы наложенная сверху 2-ая пластинка не надавливала на срѣзъ мозга и позволила-бы желатинѣ при дальнѣйшемъ процессѣ заливки препарата свободно проникнуть между срѣзомъ и стеклянной пластинкою. Когда обѣ пластинки стекла сложены такъ, что находящіяся между ними полоски картона или пробки образуютъ ограниченную съ 3-хъ сторонъ рамку, то, прижимая стеклянныя пластинки другъ къ другу и удерживая такимъ образомъ полоски на мѣстѣ, погружаютъ на глубину 1 см. края стеклянныхъ пластинокъ вмѣстѣ съ зажатými между ними полосками въ плоскій продолговатый желѣзный сосудъ, содержащій расплавленную замазку слѣдующаго состава: канифоль 100,0, воска желтаго 200,0, окиси желѣза 50,0.

Горячая замазка проникаетъ въ щели между стекломъ и полосками, окаймляющими препаратъ, и прочно приклеиваетъ ихъ другъ къ другу.

Обмокнувъ всѣ 3 края стекла соответственно зажатымъ между ними полоскамъ, получаютъ, по застываніи замазки, плоскій сосудъ съ 2-ми стеклянными стѣнками, на одной изъ коихъ наклеенъ срѣзъ мозга. Съ 2-хъ боковъ и снизу сосудъ ограниченъ полосками пробки, приклеенными замазкой, а сверху открытъ. Для того, чтобы съ боковъ и снизу сосуда не оставалось щелей, полезно погрузить всѣ эти стороны вторично въ расплавленную замазку. Когда всѣ срѣзы мозга будутъ заключены въ описываемой формы сосуды, то przygotowляютъ смѣсь глицериновой желатины съ формалиномъ слѣдующаго состава: желатина 60,0, глицерина 200,0, воды 800,0 и формалина 100,0. Смѣсь эту przygotowляютъ такъ: сначала растворяютъ желатину въ водѣ, затѣмъ прибавляютъ глицеринъ и фильтруютъ черезъ ватну, а потомъ въ теплый растворъ желатины приливаютъ формалинъ.

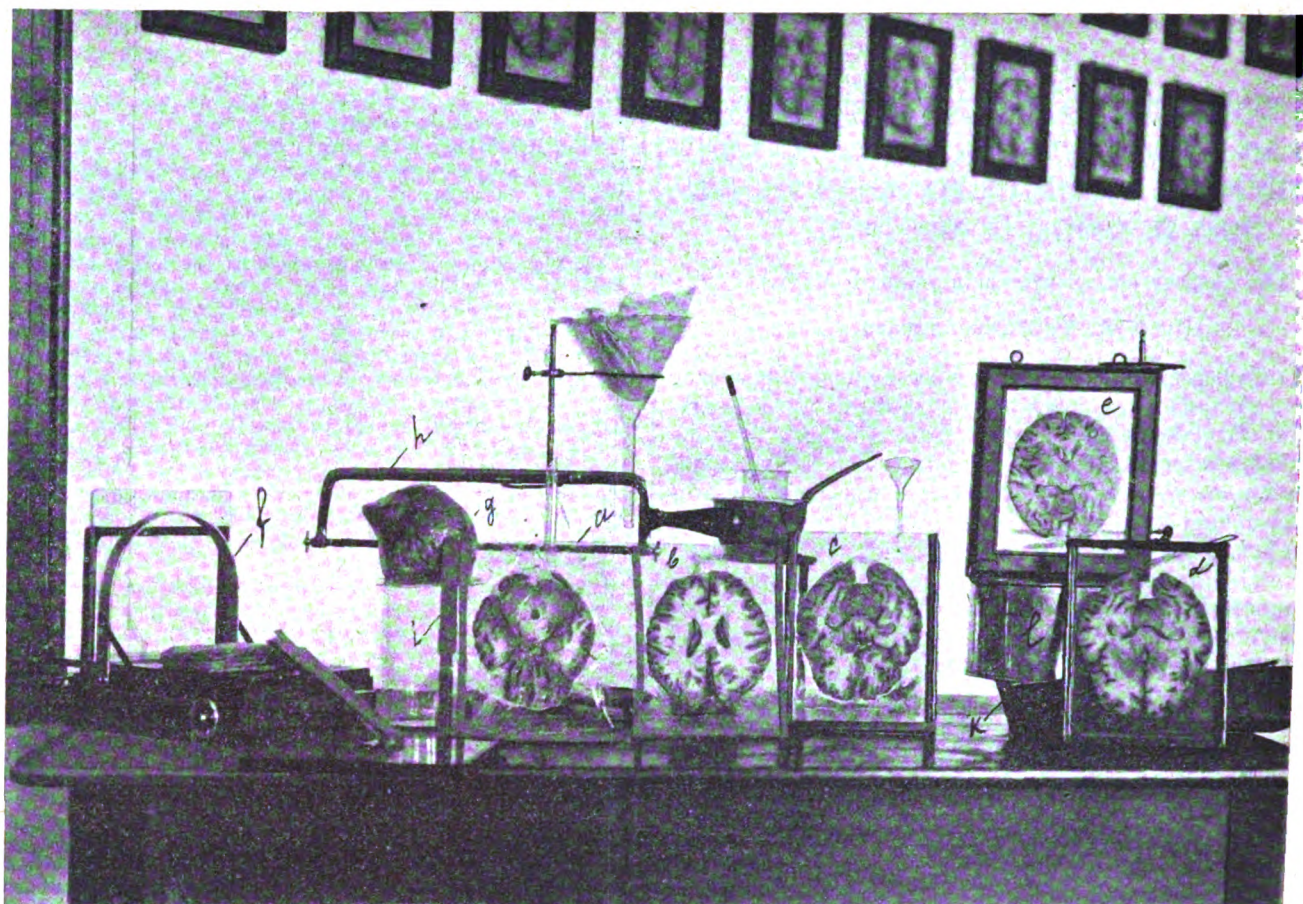
\*) Лучше всего пригодны для этой цѣли прессованныя пробковыя пластинки разной толщины, продающіяся въ Германіи подъ названіемъ «Suberitplatten».

<sup>1)</sup> Мельниковъ-Разведенковъ. Ueber die Herstellung anatomischer besonders histologischer Präparate nach der Formalin-Alcohol-Glycerin-essigsäuren Salz-Methode (Eine Ergänzungsnotiz) «Centralblatt f. allgemeine Pathologie» 1898. T. 9, стр. 299.

<sup>2)</sup> Оиъ-же. Ueber die Herstellung anatomischer Präparate nach der Formalin-Alcohol-Glycerin-essigsäuren Salz-Methode. Тамъ-же. 1897. T. 8, стр. 121.

<sup>3)</sup> Kaiserling. Ueber die Conservierung von Sammlungspräparaten mit Erhaltung der natürlichen Farben. «Berliner klin. Wochenschrift», 1896. № 35, стр. 775.





Смесь держать в теплой (50—70° Ц.) воде, не позволяя застыть. Наливают ее с помощью небольшой стеклянной воронки в вышеописанные сосуды с заключенными в них срезами мозга. Если процедуру заливания производить достаточно осторожно, то желатино-формалиновая смесь наполняет постепенно весь сосуд, не оставляя пузырей воздуха. Если бы последние были замечены, то их следует удалить при помощи тонкой проволоки. — Налитый не доходя 5—6 мм. до краев сосуда оставляют в вертикальном положении до полного затвердевания желатины, после чего закладывают в открытую сторону сосуда полоску картона или пробки и окончательно заливают замазкой эту 4-ую сторону сосуда. Таким образом получается залитый в формалино-глицерино-желатиновую массу срез, заключенный между 2-мя оклеенными со всех сторон замазкой стеклянными пластинками. — В этом виде срез доступен изучению с обеих сторон и может быть повешен на стену в деревянной рамке, оправдывая вполне название «препарата-картины». Дабы избежать растрескивания замазки в таком препарате и последовательного проникновения воздуха под стекло, можно оклеить края препарата сверху замазки полоской полотна. Оклеивание производится следующим образом. Наложивши на края препарата полоску полотна, прикладывают ее горячей металлической пластинкой к замазке. Полотно при этом приклеивается. Тогда можно снова погрузить в расплавленную замазку все 4 края препарата, и в таком виде препарат может весьма долго сохраняться в Музее, не портясь и несколько не изменяясь. — Сделанные мною препараты сохраняются без изменения уже более полугода. Не мешает, однако, время от времени осматривать препараты и замеченные трещины в замазке заделывать. На прилагаемом рисунке представлены главнейшие моменты описываемого способа. Буквой а) обозначен срез мозга, наклеенный на стеклянную пластинку; буквой б) препарат между 2-мя стеклянными пластинками, обложенный полосками пробки; с) препарат, заклеенный с 3-х сторон замазкой, готовый уже к заливанию его формалиново-желатиновой смесью; d) заклеенный со всех сторон препарат; е) — препарат в деревянной рамке; f) — микротом *Marchi* и на нем срезы мозга, а возле него полоски пробки; g) — мозг в желатине, приклеенный к стеклянной пластинке; h) — нож микротомы; i) — мозговой нож; k) — плоский сосуд для разоргивания замазки; l) — кастрюля для желатины.

С1. Изъ госпитальной клиники В. - Медицинской Академии проф. С. П. Федорова.

### Два случая острого, разлитого, проводного перитонита, излеченные чревосечением.

Младшего ординатора Тифлисского военного госпиталя, В. В. Внукова.

#### 1-й случай.

Больной П. М., городской учитель, 29 л. от роду, доставлен в клинику в 10 часов вечера. Производит впечатление

не тяжелого больного: худ, черты лица резко обрисованы, вяло отвечает на вопросы. Мучительная отрыжка. Пульс 120 в минуту, легко сжимаем. Тоны сердца чисты и достаточно звучны. 39,2°. Язык обложен и суховат. Жалуются на разлитые боли живота, на постоянный, мучительный позыв к рвоте. Утром была рвота. Живот сильно вздут и болезнен. В левой, нижней  $\frac{1}{4}$  живота видна выпуклость и в ней временами перистальтические движения. На месте выпячивания звук глуше; над желудком и над верхнею и нижне-правую частью живота звук барабанный. В обеих пологих частях живота звук тупой и при перекалывании больного на другой бок проясняется.

Изъ разспросов оказалось, что болен животом 3-й день, при чем болезненные явления появились сразу и что 10 дней тому назад, т. е. за неделю до начала заболвания, больной, сидя в тюрьме и в видах самоубийства, проглотил часть мелко изрубленной жестяной коробки изъ под леденцев: 62 таких отрывка, вышедшие через задний проход, были доставлены в клинику вместе с больным.

Было поставлено распознавание прободного разлитого перитонита и больному было предложено немедленное чревосечение, на что последовало согласие.

В 11 $\frac{1}{2}$  часов вечера под хлороформом, после тщательной очистки покровов живота, проф. С. П. Федоровым произведено чревосечение. Живот был вскрыт разрезом в 15 см. ниже пупка, при чем после разреза отечной предбрюшинной клетчатки и брюшины выдвинулось много серозно-гнойной жидкости. Сальник предлежал, был свободен, сосуды его сильно расширены. Брюшинный покров кишок изменен: заметно расширение и образование сосудов, блеск утрачен. Вправо от разреза найден подвижный желудок изъ спаянных между собою фибриозными пленками тонких кишок. В центре клубка скопление гноя вокруг прободенной петли. Клубок кишок тщательно был обложен тампонами, гной из центра удален ножным вытиранием, прободенная петля выведена на салфетку наружу. Кишка оказалась проткнутой наискось в поперечном направлении застрявшем поперек жестяною стружкой с острыми краями, позади этой стружки в приводящем отрезке прощупывалось еще несколько других, но лежавших продольно. Всего отверстий было 2. Большее из них было продольно оси кишки расширено разрезом и через него извлечены ставшая поперек стружка жести и 6 других, лежавших позади нея в приводящем отрезке. По извлечении большее из отверстий было зашито 3-этажным шелковым узловатым швом, меньшее 2-этажным, при чем 1 из них ближайший к отверстию был кисетный. Затем зашита петля была ополоснута горячим соевым раствором и опущена в полость живота. Далее под контролем введенной в срединный разрез живота руки было наложено по одному с каждой стороны разрезу покровов живота длиной в 4—5 см. и соответственно наружной  $\frac{1}{4}$ -ти *Poupart*овой связки, на 2 пальца выше ее, такие же разрезы были сделаны под концами 12-х ребер, в нижне-боковых частях живота. Место разреза предварительно нащупывалось концом длинного прямого корнцанга, проведенного изъ спаянного участка кишки.



Черезъ разрывъ были введены въ полость брюшины толстые, обмотанные тампонами дренажи съ тщательно закругленными концами, оковчатые. Изъ паховыхъ отверстій были проведены дренажи вдоль передней брюшной стѣнки мимо соответствующихъ изгибовъ поперечной кишки: правый до печени, лѣвый до желудка; изъ поясничныхъ болѣе короткіе косо вверхъ и книзу на встрѣчу къ концамъ паховыхъ. Черезъ нижній уголъ срединнаго разрыва былъ заведенъ дренажъ до самой глубокой части малаго таза.

Соединяя по очереди то паховые, то тазовой дренажи съ концомъ большой стеклянной воронки, полость живота дважды была промыта соевымъ растворомъ 0,9%, температуры 40°C. Промывание велось до тѣхъ поръ, пока изъ поясничныхъ разрывовъ не пошла совершенно прозрачная жидкость.

Дренажъ малаго таза, послѣ промывки и осушки салфетками тазъ, былъ замѣненъ большимъ тампономъ Mikulic's'a. Прочіе 4 дренажа были оставлены и сверху нихъ наложена асептическая повязка съ обильнымъ слоемъ лигнина. Операция продолжалась 1½ часа. Работа сердца все время была хороша и усиление прошло гладко. Послѣ операции тотчасъ, еще на операционномъ столѣ, было введено 500 к. с. соевого раствора подъ кожу. Ночь послѣ операции больной провелъ довольно покойно, рвоты не было, наружные слои повязки были замѣнены новыми, такъ какъ повязка быстро промокла.

На слѣдующее утро 37,2°, пульсъ 104. Рвоты нѣтъ. Газы отходятъ. Мочи за ночь 200 к. стм., въ ней слѣды бѣлка. Слѣдующіе дни повязки смѣнялись ежедневно; дренажи продвигались и укорачивались при каждой повязкѣ. На 3-ій день удаленъ былъ тампонъ Mikulic's'a. До 6-го дня, когда дано было слабительное, больной ничего не получалъ черезъ ротъ; по 3 раза въ день дѣлались соевые вливанія по 200 к. с., соевыми и питательными клизмами. Отхождение газовъ облегчалось либо введеніемъ резиновой трубки, либо сифонными клизмами. Послѣ 6-го дня больной началъ получать жидкую пищу. Ранѣ всѣхъ были удалены поясничные дренажи и уже на 14-й день на мѣстѣ поясничныхъ разрывовъ были мягкіе, втянутые рубцы. Къ 12-му дню были удалены всѣ дренажи и замѣнены полосками марли. Послѣ приема слабительнаго съ 7-го дня больной началъ получать веревные жидкую пищу, постепенно переходя къ обычной.

Къ концу 3-го мѣсяца лѣченія больной покинулъ постель, нѣтъ раны зарубцевавшихся и нося поддерживающій бандажъ живота. 12/у выписанъ изъ клиники здоровымъ.

Вообще послѣоперационный періодъ протекалъ гладко; упавшая сразу послѣ операции температура имѣла одинъ подъемъ во время гриппа, перенесеннаго больнымъ. Со стороны кишечника болѣе нѣтъ, но замѣчается валость его, съ которою удавалось бороться при помощи клизмъ.

#### 2-й случай.

Больной, крестьянинъ, О. В., 41 г., поступилъ въ клинику 10 марта 1906 г. въ 3 часа дня.

Хорошаго тѣлосложенія и питанія, блѣденъ. Пульсъ 78, число дыханій 24—28, 37,8°. Жалуются на сильныя, разлитыя боли живота. Животъ вздутъ, болѣзненъ при дотрогиваніи; въ отлогихъ мѣстахъ притупленіе, исчезающее при поворачиваніи больного. На кожѣ живота въ нижней части слѣды отъ уколовъ троакара. Газы не отходятъ.

Изъ скорбной исторіи, съ которыми больной поступилъ въ клинику изъ терапевтическаго отдѣленія, видно, что въ 11¼ часа утра того-же дня былъ сдѣланъ больному проколъ по бѣлой линіи на 5 пальцевъ ниже пупка съ діагностическою цѣлью въ сидѣчемъ положеніи больного: жидкости получено не было.

Въ 12 ч. 5 м. дня былъ сдѣланъ вторичный проколъ по срединѣ между верхнею переднею остью подвздошной кости и пупкомъ. По извлеченіи стилета, изъ канюли начало выходить жидкое кишечное содержимое съ небольшимъ каловымъ запахомъ. При этомъ черезъ канюлю ясно ощущалась перистальтика кишки. Въ общемъ вышло около 30 к. стм. жидкости. Пока еще канюля оставалась въ кишкѣ, больной сталъ жаловаться на боли живота—сначала въ области прокола, но потомъ быстро распространившіяся по всему животу. Черезъ 6 минутъ боли настолько усилились, что больной едва могъ сидѣть и сильно стоналъ.

Троакаръ былъ извлеченъ, больного уложили въ постель. Боли живота до того усилились, что больной поджималъ ноги къ животу и просилъ подложить что-нибудь подъ тазъ.

Минутъ черезъ 15 послѣ 2-го прокола появилась рвота: отчасти желчью, отчасти черноватыми массами. Затѣмъ до операции рвота повторилась 8 разъ, не смотря на впрыскиваніе морфія и на лежаніе льда на животѣ. Черезъ 30 минутъ послѣ прокола появился метеоризмъ подложечной области.

Въ 4 часа дня ч. пр. Опиленъ была начата операция подъ хлороформнымъ усыпленіемъ косымъ разрывомъ справа черезъ область прокола. На брюшинѣ найдено небольшое отверстие отъ прокола, изъ него вытекаетъ подъ большимъ давлениемъ мутная жидкость съ примѣсью хлопьевъ.

По вскрытіи брюшины прилежитъ сильно покраснѣвшая, вздутая петля тонкой кишки, мѣстами обложенная клочьями фибрина. Въ полости живота много мутной, кровянистой жидкости. Прилежащая петля была извлечена, на ней найдено точечное отверстие, изъ котораго выходитъ кишечное содержимое. Отверстіе обшито кистнымъ швомъ и нѣсколькими узловатыми.

Часть вздутыхъ петель выведена наружу на горячія салфетки. Выпотъ выбранъ шариками и полость лѣваго sinus mesen-

tericus промыта соевымъ растворомъ. При изслѣдованіи полости обнаружено, что большой сальникъ идетъ къ передней стѣнкѣ живота, гдѣ недалеко отъ средней линіи припаянъ. Цѣвь его рѣзко красный—онъ былъ отсѣченъ у мѣста сращенія и удаленъ у поперечной кишки.

Съ лѣвой стороны сдѣланъ симметричный разрывъ. Въ лѣвомъ sinus mesentericus такой-же выпотъ. Сдѣланы сквозныя отверстия со стороны поясницы у концовъ 12-хъ реберъ. Заложены сквозныя дренажи. По удаленіи выпота изъ лѣваго sinus mesentericus шариками, всѣ части брюшной стѣнки тщательно промыты соевымъ растворомъ.

Дальнѣйшее изслѣдованіе кишечника обнаружило, что толстыя кишки—спавшіяся; слѣбая кишка уклоненій отъ обычнаго не имѣетъ; выведенныя кишки принадлежатъ къ тонкимъ кишкамъ. Сантиметровъ на 40 выше мѣста впаденія въ слѣпую кишку часть кишки рубцовой-назмѣнена, припаяна къ передней брюшной стѣнкѣ. На мѣстѣ слѣпой тонкая кишка образуетъ перегибъ, съ которымъ и былъ сращенъ сальникъ. Выведенная рана часть кишки оказалась вздутымъ приводящимъ отрѣзкомъ. Въ виду существованія суженія между отводящимъ и приводящимъ отрѣзками, былъ наложенъ энтеро-анастомозъ, при чемъ въ приводящемъ отрѣзкѣ было выключено около 45 стм. кишки, въ отводящемъ около 15. Мѣсто анастомоза тщательно обмыто. Вправленіе кишки не удалось въ виду вздутія ихъ, былъ сдѣланъ проколъ кишечкѣ и мѣсто прокола, по удаленіи содержимаго кишечкѣ, было обшито. Кишечникъ былъ направленъ. Въ разрывъ были вложены дренажи. Въ малый тазъ всѣ разрывы были заведены глубокие тампоны. Швовъ на покровы не наложено. Асептическая повязка. Во время операции подъ кожу введено до 1000 к. стм. соевого раствора, впрыснуты 2 шприца камфоры по 0,01. Большой уложенъ въ постель съ грѣлками на животъ. Изъ дневника видно, что температура упала постепенно въ теченіи 2 недѣль, давая вечернія повышенія, не переходившія за 38,2°. Пока держалась температура, у больного наблюдалась рвота: 1—2 раза въ день. Къ концу 2-ой недѣли всѣ дренажи были уже удалены. Газы начали отходить сразу послѣ операции. Первые 6 дней больной получалъ лишь соевые и питательные клизмы, соевые вливанія по 300 к. стм., 2 раза въ день.

На 6-ой день дано слабительное и началось кормленіе черезъ ротъ, сначала жидкою пищею, постепенно переходя къ обычной.

Валость кишечника уступала клизмамъ. Къ концу 2-го мѣсяца въ правомъ разрывѣ на мѣстѣ энтеро-анастомоза образовался каловой свищъ со шпоромъ.

Черезъ 5 мѣсяцевъ послѣ первой операции 30/вм была сдѣлана операция съ цѣлью закрыть свищъ: черезъ разрывъ на мѣстѣ свища кишка была отдѣлена отъ брюшной стѣнки; края ея завернуты внутрь и зашиты 2-этажнымъ швомъ. Кожный рубецъ вырѣзанъ и закрытъ соседнею кожею. Рана зашита наглухо. Операция прошла первичнымъ натяженіемъ и на 6-ой день были сняты швы.

Къ концу 7-го мѣсяца послѣ первой операции больной былъ выписанъ совершенно здоровымъ.

Исторія развитія интересующаго насъ вопроса о хирургическомъ лѣченіи разлитыхъ перитонитовъ обнимаетъ лишь послѣднія 25 лѣтъ. Первымъ, выступившимъ съ попыткой лѣчить перитониты хирургически, былъ въ 1882 г. Rose. Хотя исходъ 1-ой операции былъ неудаченъ, но ясно опредѣлилась возможность идти этимъ путемъ и въ 1884 г. на Съѣздѣ терапевтовъ въ Германіи Leyden'омъ было предложено лѣчить разлитые, острые перитониты хирургически, въ виду безрезультатности терапевтическихъ средствъ при данной формѣ заболѣванія брюшины.

Въ томъ-же году описанъ проф. Тилиномъ первый удачный случай операции при перитонитѣ, вызванномъ колотою раню желудка.

Дальѣ слѣдуетъ цѣлый рядъ работъ, какъ загранично, такъ и въ Россіи. Такъ, въ 1892 г. появилась работа Koerte съ 6-ю благоприятными исходами на 19 чревосѣченій, въ 1895 г.—работа Mc. Bourney'я съ 14 выздоровленіями на 24 чревосѣченія, въ 1897 г.—вторая работа Koerte съ 25 случаями выздоровленій на 71 случай чревосѣченій. Въ 1900 г. вышла работа Федорова съ 3-мя удачными случаями на 5 чревосѣченій. Въ томъ-же году вышелъ обширный экспериментальный трудъ Зыкова по лѣченію острыхъ гнойныхъ перитонитовъ. Въ 1901 г. въ работѣ Гаймана собраны всѣ описанные до этого года случаи оперативнаго вмешательства при перитонитахъ, при чемъ на 239 случаевъ имѣется 83 выздоровленія.

Въ 1904 г. въ работѣ Либиха на 113 чревосѣченій при разлитомъ остромъ перитонитѣ насчитывается 20 случаевъ выздоровленій.

Общимъ для всѣхъ авторовъ является стремленіе, вскрывъ подость брюшины и удаливъ видимую причину заболѣванія, добавочными разрывами, дренажемъ и там-

понадобу отдѣльных пазухъ и мѣшковъ брюшины, поставить ее въ обычныя условія хирургическаго лѣченія вскрытаго гнойника. Если въ желаемыя условія легко поставить полость осумкованнаго гнойника, если эти условія усложняются добавочными разрывами для опорожненія обычно сопутствующихъ кармановъ и затѣковъ, то тѣмъ болѣе при хирургическомъ лѣченіи нагноеній въ полости брюшины нельзя удовольствоваться однимъ разрывомъ: поясничнымъ—при нагноеніяхъ, въ зависимости отъ прободенія червеобразнаго отростка, или по средней линіи, при соответствующихъ поврежденіяхъ одного изъ отдѣловъ пищеварительнаго пути.

Черезъ одиночный разрывъ можно удалить гной изъ полости брюшины и произвести соответствующую очистку полости, но это не будетъ служить залогомъ того, что въ послѣдующіе за операцией дни не будетъ образовываться скопленій и застоя гноя въ отдѣлахъ, лежащихъ ниже и вдали отъ даннаго разрыва. Необходимость дополнительныхъ разрывовъ ясно видна. Тщательное изученіе неровностей задней брюшной стѣнки, клиническое наблюденіе у постели больного и на вскрытіи дадутъ возможность разобратся: сколько и гдѣ необходимы противоотверстія.

Въ работѣ Зыкова мы находимъ тщательное изслѣдованіе задней стѣнки живота путемъ измѣреній черезъ специально придуманный приборъ: подвижная въ горизонтальномъ и вертикальномъ направленіяхъ линейка съ дѣленіями ставится на особомъ стативѣ надъ трупомъ. Изъ графиковъ измѣреній видно, что наиболѣе глубокими костями задней стѣнки живота является тазъ и поддиафрагмальные пространства, при чемъ первый всего на 8 мм. глубже вторыхъ и что, вообще, правая сторона глубже лѣвой. Въ указанныхъ мѣстахъ въ силу физическихъ свойствъ жидкости слѣдуетъ ожидать наибольшихъ скопленій гноя.

Кромѣ очертанія поверхности задней брюшной стѣнки въ дѣлѣ распредѣленія выпотовъ въ брюшинной щели, не малую роль играютъ расположеніе находящихся въ ней органовъ и свободно выступающихъ въ просвѣтъ брюшной щели связокъ. Такъ, идущая поперекъ брызжейки поперечной кишки, продолжающаяся книзу въ большой сальникъ, дѣлитъ всю полость брюшины на 2 отдѣла: верхній и нижній. Въ верхнемъ отдѣлѣ будутъ помѣщаться желудокъ, 12-перстная кишка, поджелудочная железа, селезенка и печень: въ нижнемъ: оба загиба поперечной кишки, слѣпая, восходящая, нисходящая, всѣ тонкія кишки и органы малаго таза.

Въ верхнемъ отдѣлѣ гнойные выпоты могутъ задерживаться въ промежуткѣ между верхней поверхностью печени и передней брюшной стѣнкой въ т. наз. по Зернову — bursa hepatica; въ промежуткѣ между передней поверхностью желудка и задней передней брюшной стѣнки — въ bursa praegastrica, а также позади желудка въ bursa omentalis.

Клиническое наблюденіе проф. С. П. Федорова говоритъ за возможность, при развитіи патологическихъ спаекъ, образованія обособленныхъ скопленій гноя въ области bursae praegastricae. Чаше находятъ занятыми выпотомъ либо обѣ bursae и печеночная и преджелудочная, либо весь верхній этажъ. Среди 239 описаній случаевъ разлитого перитонита въ работѣ Гаимана обособленныхъ скопленій гноя въ обоихъ мѣстахъ отмѣчено 11 разъ. Изъ мѣшковъ данной области наиболѣе рѣдко встрѣчаются затеки въ bursa omentalis и то большею частью при поврежденіи задней стѣнки желудка—у Гаимана есть 6 описаній подобныхъ случаевъ. По свидѣтельству Fournier'a загрязненіе bursae omentalis можетъ послѣдовать и извнѣ черезъ foramen Winslowii. Связаніе между верхнимъ и нижнимъ отдѣлами происходитъ по щелямъ, находящимся справа между переднею и брюшною стѣнкою и боковою поверхностью восходящей ободочной кишки и слѣва — между переднею брюшною стѣнкою и боковою поверхностью нисходящей ободочной кишки. Щели эти носятъ названіе боковыхъ каналовъ—по Зернову (canales laterales). Правый боковой каналъ по передней поверхности и сбоку праваго изгиба поперечной кишки сообщается съ bursa hepatica, а лѣвый сбоку лѣваго изгиба сообщается съ bursa praega-

strica. Клапанами по ходу ихъ служатъ соответствующія ligamenta phrenico-colica. Проф. Федоровъ ставитъ наблюдаемыя имъ скопленія гноя въ bursa praegastrica въ причинную связь съ развитіемъ описываемаго клапаннаго аппарата. Боковые каналы, служа сообщеніемъ между отдѣлами брюшинной щели, сами могутъ служить вмѣстилищами для гноя и въ работѣ Гаимана мы находимъ 10 случаевъ описаній скопленій въ нихъ гноя: 4 раза въ правомъ, 3 раза въ лѣвомъ и 3 раза въ обоихъ сразу. Промежутки между петлями тонкихъ кишекъ, согласно клиническимъ наблюденіямъ проф. Федорова, рѣдко служатъ мѣстами скопленія гноя. Гной съ поверхности воспаленной брюшины кишки спускается, благодаря перистальтическимъ движеніямъ шире въ промежутки между боковою поверхностью слѣпой, восходящей и нисходящей кишки и прилежащею поверхностью корня брызжейки, идущаго косо отъ лѣвой поверхности 2-го поясничнаго позвонка къ правой подвздошной ямкѣ. Промежутки эти соответственно занимаемымъ ими сторонамъ позвоночника носятъ названія sinus mesenterici dexter et sinister. Для обезпеченія стока отдѣленія и дренажа перечисленныхъ мѣстъ брюшинной щели проф. Федоровымъ и д-ромъ Гаиманомъ предложено кромѣ первичнаго разрыва покрововъ накладывать еще 2 пары отверстій. Одна пара отверстій помѣщается у верхушекъ 12-хъ реберъ и послѣ закладки дренажа служитъ для оттока отдѣленія изъ поддиафрагмальныхъ пространствъ и пазухъ печеночной и желудочной; 2-ая пара разрывовъ помѣщается на 2 пальца выше и параллельно наружной трети Poupart'овой связки — служитъ для дренированія бокового канала, стало-быть, косвенно и верхняго этажа соответственной стороны. О приемахъ дренированія малаго таза и bursae omentalis будетъ сказано ниже.

Техника наложенія описываемыхъ отверстій такова: операторъ черезъ первичный разрывъ подъ наблюденіемъ своей руки проводитъ длинный прямой корнцангъ въ наиболѣе пологую часть задне-боковой стѣнки къ концу 12-го ребра, придерживаясь кончикомъ инструмента пристѣночной брюшины и старательно обходя встрѣчающіеся по пути органы; дойдя до указаннаго мѣста, операторъ сильно вытягиваетъ инструментъ черезъ кожу, въ то время, какъ помогающій врачъ дѣлаетъ на мѣстѣ вытягиванія косой разрывъ, не болѣе 4—5 см. длиною. Въ полученное отверстіе тотчасъ вставляется короткій, окончательный, съ тщательно округленнымъ концемъ и обернутый тампономъ дренажъ; захватывается корнцангомъ и протаскивается внутрь настолько, чтобы его конецъ находился въ печеночной и желудочной пазухахъ.

Паховыя отверстія накладываются или обычнымъ послойнымъ разрывомъ, или для большаго выигрыша времени, разрывомъ подъ контролемъ введенной со стороны средняго разрыва руки. Черезъ паховыя отверстія корнцангомъ проводятся съ каждой стороны по 2 дренажа; болѣе длинные закладываются вдоль боковыхъ каналовъ и они почти доходятъ до печени съ правой стороны и желудка съ лѣвой. 2-ая пара болѣе короткихъ заводится болѣе книзу подъ петли тонкихъ кишекъ: справа вдоль позвоночника и слѣва вдоль корня брызжейки. При закладкѣ дренажей слѣдуетъ наблюдать, чтобы они лежали свободно, не изгибаясь и не упираясь концами въ брюшные органы, въ противномъ случаѣ ихъ нужно укорачивать. Къ описанной схемѣ, выработанной проф. Федоровымъ и д-ромъ Гаиманомъ, согласно личнымъ наблюденіямъ, подтверждающимъ предложеніе Зыкова, слѣдуетъ въ поясничные разрывы, кромѣ указанныхъ короткихъ дренажей, вводить еще одну пару короткихъ трубокъ, направленныхъ вверхъ и къ диафрагмѣ и проведенныхъ между нею и поверхностью печени и селезенкою слѣва. Клиническое наблюденіе за дренированными по описанному способу больными указываетъ на быстрое закрытіе поясничныхъ отверстій, гдѣ уже на 2-ыя сутки едва хватаетъ мѣста для дренажа и тѣмъ прекращается возможность самостоятельнаго стока отдѣленія изъ разрыва.

Описанныя мѣропріятія, болѣе или менѣе удовлетворительно разрѣшающія вопросъ о дренажѣ, въ особенности верхняго этажа брюшной полости, совершенно оставляютъ



забытымъ одинъ мѣшокъ—*bursa omentalis*, имѣющій единственный естественный стокъ содержимаго въ *bursa hepatica* черезъ foramen Winslowii. При образованіи спаекъ въ образующихъ это отверстіе брюшныхъ связкахъ легко можетъ образоваться вполне отшнурованная полость, выполненная гноемъ. Въ литературѣ интересующаго насъ вопроса можно найти 6 описаній подобныхъ скопленій гноя въ *bursa omentalis* и поэтому понятно предложеніе Fournier'a—каждый разъ дренировать эту полость черезъ самостоятельный разрѣзъ выше пупка, и черезъ *lig. hepatogastricum*. Въ данныхъ случаяхъ была примѣнена въ качествѣ дренажа малаго таза тампонада таза по способу Mikulicz'a. Свѣшивающіяся въ малый тазъ петли тонкихъ кишекъ выбирались изъ таза, въ тазъ вводили на кончикѣ корнцанга до самаго глубокаго мѣста Douglas'ова пространства салфетку и рыхло выполняли ее серединою асептической марлею, вынимая корнцангъ по мѣрѣ ея наполненія.

Mc. Bourney черезъ верхушку тампона Mikulicz'a проводитъ до дна таза изогнутый, толстый стеклянный дренажъ, выводитъ его въ срединный разрѣзъ живота и либо периодически насосомъ удаляетъ скопляющійся въ нижнемъ концѣ гной, либо удаляетъ его капиллярнымъ путемъ, часто имѣя заложенную въ просвѣтъ стекляннаго дренажа турунду. Проф. Оедоровъ въ извѣстныхъ случаяхъ считаетъ показаннымъ дренированіе таза разрѣзомъ—у женщинъ задняго свода влагалища, у мужчинъ черезъ поперечный разрѣзъ между прямой кишки и мочевымъ пузыремъ. Либихъ видѣлъ хорошіе результаты отъ дренированія Douglas'ова пространства черезъ прямую кишку: зеркало Simon'a вводилось въ кишку, отыскивалось болѣе истонченное мѣсто прямой кишки въ той части, гдѣ она имѣетъ брюшинный покровъ; кишка вскрывалась продольнымъ разрѣзомъ, дренажъ или турунда изъ таза выводилась въ повязку черезъ нижній отдѣлъ кишки. По словамъ автора, дренажъ не такъ удобенъ, какъ турунда, ибо часто выпадалъ. Въ случаѣ примѣненія тампонады таза, ей предшествуетъ туалетъ брюшины. То и другое выполняется при условіи бережнаго обращенія съ кишечникомъ и безъ эвентраціи.

Въ этомъ отношеніи проф. Оедоровъ вполне солидаренъ съ Trier и категорически отстаиваетъ его мнѣніе о значеніи эвентраціи въ дѣлѣ развитія шока сердца, происходящаго отраженнымъ путемъ съ поверхности раздражаемаго брюшинаго покрова кишечника и брызжейки. Противъ большихъ эвентрацій кишечника говорятъ печальные результаты Tavel'a и Lane'a, промывавшихъ кишечникъ въ тазу и въ полости живота и не имѣвшихъ ни одного хорошаго исхода операціи. Экспериментальныя работы Witzel'a на собакахъ доказываютъ, что и животныя не выносятъ большихъ эвентрацій.

Въ госпитальной академической клиникѣ проф. Оедорова извлеченія кишекъ наружу очень ограничены въ своемъ примѣненіи и допускаются лишь частичныя, постепенныя для осмотра кишечника и операцій на немъ и при условіи помѣщенія выведенной наружу части кишечника въ горячія, влажныя солевые салфетки.

Встрѣчающіяся при осмотрѣ кишечника срощенія острожно разъединяются постольку—поскольку это выполняется безъ насилія и поскольку необходимо для опорожнения содержащагося среди склеекъ гноя. Не рекомендуется также одирать насильственно встрѣчающіяся на брюшинномъ покровѣ кишекъ фибриновые отложения.

Kocher и Koerte во 2-ой своей работѣ тоже предостерегаютъ отъ увлеченія тратить время на сниманіе фибриновыхъ налетовъ, считая ихъ защитительными приспособленіями брюшины отъ поступленія извнѣ заразныхъ началъ и полагая, что содержащіеся въ отложенияхъ микроорганизмы уже погибли отъ лейкоцитовъ или отъ продуктовъ кровяной сыворотки. Заключительнымъ актомъ операціи вслѣдъ за закладкой дренажей является промываніе полости брюшины горячимъ физиологическимъ растворомъ. Въ вопросѣ о дѣйствительной пользѣ промываній взгляды современныхъ хирурговъ прямо противоположны. Одни—Трояновъ, Либихъ—въ Россіи, Mikulicz, Tietze, Sonnenburg—за границею стоятъ исключительно за сухой

туалетъ брюшины, заключающійся въ выбираниі гноя изъ брюшной полости и въ обтираніи самой брюшины асептической марлею и отрицательное свое отношеніе къ промываніямъ основываютъ частью на боязни разнести заразу въ тѣ участки брюшины, гдѣ ея еще не было, отчасти на боязни вызвать промываніями шокъ.

Другіе—Снегиревъ, Бобровъ, Левшинъ, Оедоровъ, Зыковъ, Гаиманъ—въ Россіи, Lenander, Delbet, Koerte, Bode и Mc. Bourney—за границею видятъ пользу исключительно въ промываніяхъ и считаютъ промываніе за самый надежный и нѣжный способъ очистки полости брюшины.

Delbet опытами на собакахъ доказалъ, что промыванія брюшнаго покрова солевыми вливаніями значительно понижаютъ всасываемость брюшины: опытное животное съ промытою брюшиною переноситъ безъ вреда проведеніе черезъ полость живота растворовъ стрихнина, равныхъ тому, отъ которыхъ всегда гибнетъ равное по вѣсу контрольное животное.

Koerte послѣдовательными изслѣдованіями промывныхъ водъ указываетъ на пониженіе бактерицидности остающагося въ полости живота выпота въ зависимости отъ продолжительности промываній. Особенно дорого въ разбираемомъ вопросѣ мнѣніе тѣхъ хирурговъ, какъ Koerte и Mc. Bourney, чьихъ неудовлетворительность результатовъ при сухомъ туалетѣ заставила перейти на промыванія. Mc. Bourney, потерпѣвшій неудачу при примѣненіи антисептическихъ промываній и сухого туалета, достигъ 14 выздоровленій на 24 операціи при промываніяхъ полости брюшины горячимъ 42—45° Ц. физиологическимъ растворомъ.

Что касается техники выполненія промываній, то одни—Снегиревъ—поливаютъ физиологическій растворъ изъ кувшинновъ прямо въ широко раскрытую брюшинную рану и удаляютъ его сдавливаніемъ покрововъ живота извнѣ руками; другіе—Lenander, Bode, Tietze промываютъ брюшину изъ Esmarch'овыхъ кружекъ со стекляннымъ или резиновымъ наконечникомъ, помѣщая кружку на извѣстной высотѣ надъ операціоннымъ столомъ. Зыковъ опытами на собакахъ доказалъ, что при вливаніи жидкостей грубою струею въ полость брюшины наступаетъ сильное раздраженіе ея въ связи съ паденіемъ дѣятельности сердца и совѣтуетъ употреблять наконечники, разбивающіе струю, каковыми являются не имѣющіе осевого отверстія, а лишь боковые. Гаиманъ опытами съ промываніемъ труповъ, полость брюшины которыхъ была предварительно загрязнена въ разныхъ отдѣлахъ крахмальнымъ клейстеромъ, съ вѣдренными въ него частицами кофейной гущи, доказалъ, что промыванія должны дѣлаться въ извѣстной послѣдовательности и что существованіе противоотверстій по описанному способу уменьшаетъ количество промывной жидкости на половину. Обычно вливанія дѣлаются горячія отъ 40—45° Ц. Bode высокой температурѣ вливаній приписываетъ способность возстановливать дѣятельность парализованныхъ мышцъ, растянутыхъ газами стѣнокъ кишекъ и констатируетъ тотъ фактъ, что благодаря высокой температурѣ вливаній ему никогда не приходилось прибѣгать ни къ проколу для опорожненія тонкихъ кишекъ, ни къ введенію желудочнаго зонда черезъ задній проходъ по способу проф. Цеце фонъ-Мантейфеля для опорожненія толстыхъ кишекъ.

Въ госпитальной клиникѣ проф. Оедорова промыванія дѣлаются физиологическимъ растворомъ въ 40° Ц. изъ стеклянной колбы черезъ воронку, соединенную съ резиновой трубкою. Конечъ трубки перемищается во время промыванія изъ одной полости въ другую, жидкость при правильной установкѣ дренажей должна выходить черезъ нихъ.

Совѣтуютъ дѣлать промыванія послѣдовательно съ верхнихъ отдѣловъ полости брюшины и послѣднимъ промывать тазъ. Промыванія дѣлаютъ повторно или до тѣхъ поръ, пока изъ отверстій дренажей не будетъ вытекать совершенно прозрачная жидкость. По окончаніи промыванія часть разрѣзовъ стягивается по краямъ шелковыми швами въ предупрежденіе выпаденія внутренностей наружу при рвотѣ или при перевязкѣ. Накладывается обильная асептическая повязка. Дѣйствіе операціи оказывается сразу

въ видѣ паденія температуры, прекращенія рвоты, отсутствія вздутія живота и т. д. Проф. *Федоровымъ* и *Гамамомъ* описаны случаи, гдѣ положительные результаты были достигнуты лишь послѣ повторныхъ промываній.

По окончаніи операціи больной переносится на кровать съ приподнятымъ головнымъ концомъ. Приподнятое положение туловища необходимо для облегченія стока по дренажамъ жидкостей изъ верхнихъ отдѣловъ. Хорошо положенные дренажи въ верхнемъ отдѣлѣ и тугая тампонада таза по *Mikulics'u* предохраняютъ отъ затековъ отдѣленія въ малый тазъ, какъ въ наиболѣе низкое мѣсто туловища, при приподнятостъ головномъ концѣ.

Послѣоперационный періодъ мало отличается отъ обычнаго при операціяхъ въ полости живота. Дренажи постепенно съ каждою перевязкою укорачиваются. Первыми въ нашихъ случаяхъ были удалены поясничныя, такъ какъ изъ нихъ скоро прекратилось выдѣленіе. Обычно къ 12—14-му дню дренажей уже нѣтъ и на ихъ мѣстѣ закладываются вплоть до закрытія разрывовъ марлевые турунды. Въ тазовомъ тампонѣ сначала удаляютъ по частямъ содержимое, замѣняя его отчасти марлей, а затѣмъ удаляется и салфетка, играющая роль обложки.

При обсужденіи результатовъ описываемаго метода лѣченія острыхъ разлитыхъ перитонитовъ приходится считаться, во 1-хъ, со временемъ, протекшимъ съ момента поврежденія кишечника и начала перитонита; во 2-хъ, съ характеромъ поврежденія кишечника, вызвавшего перитонитъ; въ 3-хъ, съ мѣстомъ поврежденія и, наконецъ, съ характеромъ найденнаго при операціи заболѣванія брюшины.

Возвращаясь вновь къ работѣ *Гамама*, гдѣ собрано на 239 случаевъ перитонита 83 удачныхъ, мы видимъ, что большинство удачныхъ случаевъ приходится на первые часы и дни поврежденія—и что операція, произведенная позже 4-го дня отъ начала заболѣванія, ни разу не дала положительнаго результата. Подробно разсматривая исторіи болѣзней, приведенныя въ цитируемой работѣ, мы видимъ, что наибольшее число удачныхъ въ %-номъ отношеніи случаевъ падаетъ на поврежденія желудка, 12-перстной кишки, верхнихъ отдѣловъ тонкой, чѣмъ на нижележащія отдѣлы тонкихъ и толстыхъ кишокъ. Это вполне объясняется меньшею гнилостностью содержимаго этихъ отдѣловъ, излившагося въ полость брюшины.

Операція при раненіяхъ пищеварительнаго тракта извнѣ даетъ лучшіе результаты, чѣмъ при прободеніяхъ патологическихъ, что наблюдается при круглой язвѣ желудка или 12-перстной кишки, при брюшнотифозныхъ язвахъ тонкихъ кишокъ и при изъязвленіи червеобразнаго отростка.

Такъ, въ работѣ *Либиха* на 113 случаевъ разлитого перитонита въ зависимости отъ прободенія червеобразнаго отростка всего насчитывается 20 случаевъ выздоровленій, *Геселевичъ* и *Ванназъ* собрали 13 выздоровленій на 71 случай брюшнотифозныхъ прободеній. Надо оговориться, что названные авторы не примѣняли промываній брюшины и часто имѣли дѣло съ обширными резекціями перерожденныхъ частей кишечника.

Отдавая должное времени, протекшему съ момента поврежденія кишечника, характеру содержимаго, излившагося черезъ это поврежденіе въ полость брюшины, въ зависимости отъ участка поврежденія, все-таки нельзя не признать, что рѣшающее вліяніе на исходъ операціи и даннаго заболѣванія имѣетъ та форма воспаленія брюшины, которую мы видимъ тотчасъ по раскрытіи полости брюшины.

Результатъ операціи всецѣло будетъ зависѣть съ какимъ видомъ воспаленія брюшины будемъ имѣть дѣло: гнилостнымъ, гнойнымъ или катарральнымъ. Насколько удаченъ будетъ исходъ при послѣднемъ, настолько онъ будетъ безуспѣшенъ при первомъ изъ нихъ.

Весь эффектъ операціи сводится къ приостановкѣ воспаленія брюшины покрова, выражающейся въ предотвращеніи перехода болѣе легкой формы въ болѣе тяжелую, напр. катарральную въ гнойную; такъ какъ дальнѣйшее возвращеніе къ нормѣ зависитъ отъ успѣха борьбы личныхъ скрытыхъ силъ организма съ имѣющейся зароды,

поэтому отдѣляемое полости брюшины является выражителемъ успѣшности этой борьбы и данныя микроскопическаго изслѣдованія отдѣляемаго могутъ дать основаніе для предсказанія въ каждый данный случай.

Придерживаясь точки зрѣнія проф. *Мечникова* въ отношеніи ученія о борьбѣ животнаго организма съ микроорганизмами, ч. пр. *Отпель* дѣлитъ перитониты, смотря по отношенію лейкоцитовъ къ микробамъ на живо-лейкоцитарные, мертво-лейкоцитозные и гипо-лейкоцитарные. Первые характеризуются при микроскопическомъ изслѣдованіи отдѣленія большимъ количествомъ живыхъ лейкоцитовъ и малымъ количествомъ микробовъ и соответствуютъ катарральнымъ перитонитамъ *Mikulics'a*; вторые характеризуются присутствіемъ большаго числа микробовъ, частью фагоцитированныхъ, и меньшаго числа (сравнительно съ первымъ случаемъ) лейкоцитовъ многоядерныхъ съ неразрушенной протоплазмой; эти формы соответствуютъ гнойнымъ *Mikulics'a*; третья форма—при микроскопическомъ изслѣдованіи характеризуется либо обильнымъ присутствіемъ однихъ только микробовъ, либо съ примѣсью малаго количества недѣятельныхъ лейкоцитовъ съ разрушенною протоплазмой протопластовъ; они соответствуютъ гнилостнымъ формамъ *Mikulics'a*.

Микроскопическое изслѣдованіе выпота каждого случая можетъ служить до извѣстной степени основаніемъ для предсказанія, которое будетъ наиболѣе благоприятно при живо-лейкоцитарныхъ—катарральныхъ перитонитахъ, меньше благоприятно при мертво-лейкоцитарныхъ—гнойныхъ и весьма плохо при гипо-лейкоцитарныхъ—гнилостныхъ.

Послѣ всего сказаннаго понятенъ совѣтъ всѣхъ хирурговъ, участвовавшихъ въ разрѣшеніи вопроса объ оперативномъ лѣченіи разлитыхъ перитонитовъ,—оперировать, какъ можно раньше отъ начала заболѣванія брюшины или поврежденія живота, такъ какъ въ первые часы и дни послѣ поврежденія существуетъ болѣе всего основаній найти брюшинный покровъ лишь въ состояніи катарральнаго воспаленія и получить наибольшій % измѣненій.

Литература: 1. *Зерновъ*. Руководство описательной анатоміи.—2. *Mc. Burney*. The treatment of the diffuse forme of septic peritonitis «Medical Record», 30, 1895.—3. *Fournier*. Note on 3 cases perforatif gastric ulcer. «Lancet» Dec. 31.—4. *Lenander*. Ueber die Behandlung des perforierten Magen- u. Duodenalgeschwür. «Mittheilungen a. d. Medicin u. Chirurgie», 1898, т. 6, стр. 91.—5. *Koerte*. Erfahrungen über die chirurgische Behandlung der allgemeinen eitrigen Bauchfellentzündung. «Archiv f. klinische Chirurgie», т. 44, тегр. 3, 1892.—6. *Koerte*. Weiterer Bericht über die chirurgische Behandlung der diffusen eitrigen Bauchfellentzündung «Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie», т. 1, 2, 1897.—7. *Sonnenburg*. Technisch schwierige Operation bei peritonitis perforativa. «Centralblatt f. Chirurgie», 1898, № 42.—8. *Tietze*. Die chirurgische Behandlung d. acuten peritonitis. «Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie», 1899, т. 5, тегр. 1.—9. *Tixier*. La pratique de l'eviscération en chirurgie abdominale. Paris 1898 г.—10. *Зыковъ*. Къ вопросу о лѣченіи острыхъ разлитыхъ воспаленій брюшины. Москва. Дасс. 1900.—11. *Федоровъ* С. П. Къ лѣченію гнойныхъ воспаленій брюшины. «Хирургія», 1901, № 51.—12. *Геселевичъ* и *Ванназъ*. Перитонитъ при брюшнотифѣ и его лѣченіе. «Лѣтопись Русской Хирургіи», 1897, кн. 3.—13. *Гамама*. Диагностика и лѣченіе разлитыхъ острыхъ воспаленій брюшины. Дасс. Москва, 1901 г.—14. *Отпель*. Экспериментальный острый перитонитъ. «Русский Врачъ», 1902, № 11.—*Либихъ*. Къ вопросу о лѣченіи разлитыхъ и острыхъ перитонитовъ при аппендицитахъ. Дасс. Петербургъ, 1904 г.

## СП. О прощупываніи червеобразнаго отростка и діагностическомъ значеніи прощупыванія при хроническомъ аппендицитѣ.

Э. Гаусмана (Орелъ).

Бывшаго ассистента проф. *Ewald'a* въ Augusta Hospital'ѣ въ Берлинѣ.

Благодаря настойчивой научной работѣ клиникъ и прочихъ врачебныхъ институтовъ, лабораторная химико-бактеріологическая діагностика въ послѣднія 10-лѣтія двигается впередъ съ немовѣрной быстротой, наполняя

статьями медицинскіе журналы и докладами Съезды врачей.

Далеко не такъ стоитъ дѣло съ физической діагностикой, если не считать распознаваніе съ помощью *Röntgen*-овскихъ лучей. Она какъ то отодвинута на задній планъ, ей посвящается сравнительно мало трудовъ. Въ особенности это относится къ діагностикѣ брюшной полости съ помощью ощупываній. Въ то время какъ во всѣхъ почти остальныхъ областяхъ діагностики замѣчается быстрый прогрессъ, методика діагностики брюшной полости съ помощью ощупыванія въ общемъ остается въ такомъ же положеніи, въ какомъ она была десятки лѣтъ тому назадъ. Рутинна передается отъ поколѣнія къ поколѣнію, попытки сломать этотъ консерватизмъ встрѣчаютъ полное несочувствіе и недоверіе. Уже проф. В. П. Образцовъ высказывалъ новые взгляды болѣе 10 лѣтъ тому назадъ, включивъ въ область ощупыванія и части кишечнаго тракта <sup>1) 2) 3)</sup>; за границей, особенно въ Берлинѣ, на работы *Образцова* обращено было вниманіе, въ Россіи же какъ будто не замѣтили его трудовъ. Мнѣ впервые въ Берлинѣ пришлось познакомиться съ его трудами. Оттуда я получилъ толчокъ къ самостоятельной разработкѣ данныхъ вопросовъ, обращая въ дальнѣйшемъ особенное вниманіе при изслѣдованіи больныхъ на ощупываніе живота, а особенно на прощупываніе частей желудочно-кишечнаго тракта. Между прочимъ привлекала меня подвздошная область и червеобразный отростокъ, прощупываніе котораго проф. *Образцовъ* не было включено въ область его изслѣдованій. Я пришелъ къ убѣжденію, что, помимо другихъ частей, и червеобразный отростокъ весьма нерѣдко поддается прощупыванію даже въ здоровомъ видѣ <sup>4)</sup>, при условіи, конечно, нахожденія слѣпой кишки на нормальномъ мѣстѣ. Но это бываетъ не всегда. Слѣпая кишка представляется какъ бы блуждающей, если она имѣетъ ненормально широкую брызжейку, придающую ей извѣстную подвижность. На опредѣленіе такой подвижности прощупываніемъ я обратилъ вниманіе въ статьѣ своей «Das Coecum mobile» <sup>5)</sup>. Слѣпая кишка, вслѣдствіе уклоненій въ развитіи кишечника <sup>6)</sup> можетъ находиться въ любомъ мѣстѣ живота <sup>7)</sup>. Мною описанъ, наконецъ, случай <sup>8)</sup>, гдѣ слѣпая кишка находилась въ лѣвомъ подреберьи, и другой случай, гдѣ она находилась въ правомъ подреберьи <sup>9)</sup>. Прилагаемый рисунокъ изображаетъ не опубликованный мною слу-

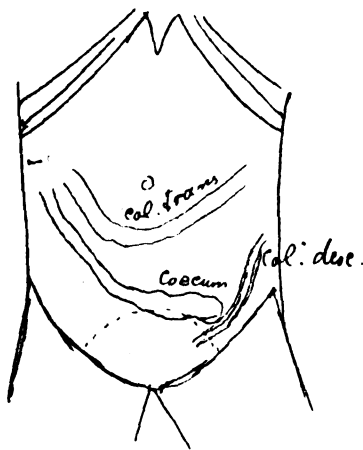


Рис. 1.

чай, гдѣ слѣпая кишка при прощупываніи лежала на лѣвой сторонѣ, выше *Poupart*-овой связки, а восходящая часть толстой кишки проходила косо къ правому подреберью. Въ подобныхъ случаяхъ мы тщетно будемъ искать червеобразный отростокъ въ правой подвздошной области; онъ въ этой области находится только тогда, когда и слѣпая кишка лежитъ въ нормальномъ мѣстѣ.

Многіе авторы (*Sonnenburg*, *Nothnagel*, *Ewald*, *Lentzmann*, *Fowler* и т. д.) утверждаютъ, что червеобразный отростокъ поддается прощупыванію лишь въ случаѣ болѣзненныхъ измѣненій, т. е. утолщенія и уплотненія, и то въ исключительныхъ лишь случаяхъ; въ прощупываемости его они усматриваютъ прямое доказательство ненормальнаго его состоянія. А *Boas* <sup>9)</sup> относится скептически къ

прощупываемости даже больнаго отростка, и говоритъ, что, если даже его можно было бы прощупать, то это лишено практическаго значенія. Вообще, авторы съ полнымъ основаніемъ отрицающіе прощупываемость отростка при остромъ аппендицитѣ и перитифлитѣ, считаютъ, что и въ случаяхъ хроническаго аппендицита отростокъ поддается прощупыванію лишь въ особыхъ случаяхъ; одинъ только *Ewald* говоритъ, что при хроническомъ аппендицитѣ прощупать отростокъ не такъ уже трудно. Американскій клиницистъ *Edebohl*, <sup>10)</sup> посвятившій этому вопросу специальное изслѣдованіе, считаетъ прощупываніе червеобразнаго отростка задачей довольно легкой при аппендицитѣ. Съ этимъ я согласенъ, согласиться же съ мнѣніемъ, что отростокъ поддается прощупыванію лишь при болѣзни его, я не могу. При извѣстныхъ условіяхъ, излагаемыхъ ниже, иногда удается прощупать даже здоровый отростокъ, неболезненный, неуплотненный и неутолщенный. При неблагоприятныхъ для ощупыванія условіяхъ и утолщенный отростокъ не будетъ прощупываться, а при благоприятныхъ отъ пальцевъ не уйдетъ даже нормальный отростокъ, при цѣлесообразности, конечно, ощупыванія и при соотвѣствующихъ техническихъ приѣмахъ.

Понятно, что условія, затрудняющія ощупываніе живота вообще, еще болѣе затрудняютъ ощупываніе столь небольшого органа: сильно развитой жировой слой, вздутіе газами, сильное напряженіе мышцъ, чувствительность брюшной стѣнки вообще и прощупываемой области въ особенности, боль при ощупываніи, и, наконецъ, неспособность больнаго дышать правильно и достаточно глубоко. Каждое изъ этихъ условій, а тѣмъ болѣе при совокупности ихъ, можетъ до-нельзя затруднить прощупываніе живота, и нерѣдко дѣлаетъ его невозможнымъ.

Преодолѣть, на сколько возможно, представляющіяся препятствія—дѣло опыта и умѣнія. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ для больнаго нужно найти то положеніе, при которомъ онъ меньше всего напрягаетъ мышцы. Чаще всего это будетъ при положеніи совершенно горизонтальномъ съ небольшимъ приподнятыми головой и плечами, но иногда, какъ мы увидимъ дальше, надо измѣнить это положеніе. Всегда нужно помнить, особенно при чувствительности больнаго, что быстрые, внезапныя и насильственныя движенія руки не допустимы, и что нѣжность, осторожность, медленность и постепенность всѣхъ движеній, совершаемыхъ пальцами и рукой, есть *conditio sine qua non*.

На правильное дыханіе изслѣдуемаго обыкновенно слишкомъ мало обращаютъ вниманія. При выдохѣ ослабляются брюшныя мышцы, и этимъ мы должны пользоваться для того, чтобы при каждомъ выдохѣ, какъ-бы вкрадываясь, проникнуть глубже, и постепенно дойти до изслѣдуемаго органа или до задней стѣнки живота. При соблюденіи надлежащихъ правилъ, нерѣдко даже при значительномъ жировомъ слой, можно проникнуть достаточно глубоко, чтобы дойти до органовъ, лежащихъ на задней стѣнкѣ, какъ то, до червеобразнаго отростка. Такое глубокое ощупываніе необходимо всегда тамъ, гдѣ прощупываемый органъ не лежитъ непосредственно подъ брюшной стѣнкой (край печени, опухоль желудка, селезенка и т. д.), а находится въ глубинѣ, ближе къ задней стѣнкѣ, или на самой задней стѣнкѣ живота. Ближайшая цѣль въ такихъ случаяхъ заключается въ томъ, чтобы пальцами удержать прощупываемый органъ на подкладкѣ, образующей задней стѣнкой живота; червеобразный отростокъ фиксируется на тазовой кости и на покрывающихъ ее мышцахъ (*m. ileo psoas*). Такое глубокое прощупываніе нерѣдко дѣлаетъ возможнымъ найти глуболежащій органъ, гдѣ обыкновенно практикуемое, рутинное поверхностное ощупываніе не даетъ равно никакихъ результатовъ. И такъ, вся тайна нахожденія отростка заключается въ глубокомъ прощупываніи, самой задней стѣнки подвздошной области.

Всѣ условія, затрудняющія прощупываніе вообще, затрудняютъ, конечно, и глубокое прощупываніе. Но препятствія до извѣстной степени устранимы. Какъ выше сказано, нужно дать больному такое положеніе, при которомъ онъ меньше всего напрягаетъ мышцы. Это положеніе въ большинствѣ случаевъ горизонтальное, съ вытянутыми но-

сколько слѣдуетъ ихъ приподнять, чтобы достигалось наименьшее сокращеніе брюшныхъ мышцъ, это нужно испытать въ каждомъ случаѣ отдѣльно. Иногда послѣ незначительной перемѣны положенія, либо вверхъ, либо внизъ, либо на право, либо на лѣво, мышцы замѣтно расслабляются. Мягкая, неровная постель, въ которую погружается болѣе тяжелая газовая часть больного, не годится для изслѣдованія, потому что тутъ горизонтальное положеніе при изслѣдованіи невозможно. Постель или кушетка должны быть совершенно ровными, твердыми.

Весьма важно положеніе, занимаемое изслѣдующимъ. Онъ долженъ сидѣть, — а не стоять, удобно, непринужденно, однимъ словомъ такъ, чтобы не было никакихъ лишнихъ сокращеній собственныхъ мышцъ. Особенно это относится къ изслѣдующей рукѣ, чтобы она могла-бы работать непринужденно и безъ всякихъ лишнихъ напряженій мышцъ. Для этого нужно сидѣть удобно, даже съ комфортомъ, и такъ, чтобы предплечье могло находиться въ горизонтальномъ положеніи. Разъ изслѣдователь сидитъ неудобно, напряженно, то нельзя ожидать вполнѣ удовлетворительныхъ результатовъ изслѣдованій.

При ощупываніи цилиндрическихъ органовъ брюшной полости слѣдуетъ придерживаться правила, подчеркиваемого уже проф. *Образцовымъ*: ось ощупыванія ручной кисти должна имѣть направленіе отвѣсное къ оси прощупываемого цилиндрическаго органа. То есть, если напр. цилиндрическое тѣло проходитъ снизу вверхъ, то кисть для изслѣдованія накладывается на животъ въ поперечномъ направленіи. Далѣе концы пальцевъ, погружившись вглубь живота до предполагаемаго уровня прощупываемого органа или до задней стѣнки живота, проходятъ изслѣдуемое пространство также въ отвѣсномъ къ оси прощупываемого органа направленіи. Что касается положенія кисти, то иногда допускаются исключенія: если при отвѣсномъ къ оси органа положеніи кисти мнѣ не удавалось прощупать его, то я иногда могъ его прощупать другимъ способомъ. Край кисти — или точнѣе, наружный край мизинца, либо указательнаго пальца, я въ такихъ случаяхъ накладываю въ направленіи изслѣдуемаго органа, при чемъ всѣ 4 пальца сомкнуты въ одну плоскость. Такимъ образомъ ось кисти находится параллельно къ предполагаемой оси цилиндрическаго тѣла. Затѣмъ край кисти проводится по изслѣдуемому пространству въ поперечномъ къ прощупываемому тѣлу направленіи, ощупывая тогда не концами пальцевъ, а краями мизинца или указательнаго пальца. При изслѣдованіи концами пальцевъ вдавливаніе вглубь происходитъ посредствомъ сгибательнаго движенія, при изслѣдованіи-же краями пальцевъ, оно происходитъ вращательнымъ движеніемъ кисти.

Какъ-бы мы ни держали кисть руки, первая задача наша проникнуть вглубь, осторожно и вкрадываясь; по достиженіи требуемой глубины, дальнѣйшее движеніе должно идти въ поперечномъ къ изслѣдуемому органу направленіи, чтобы органъ дѣйствительно попалъ подъ пальцы и не проскользнулъ незамѣченнымъ. При этомъ-же способѣ мы получимъ наилучшее пластическое ощущеніе контуровъ цилиндрическаго органа. Если это уже важно при прощупываніи болѣе объемистыхъ кишечныхъ частей, какъ то толстой кишки и слѣпой кишки, то еще болѣе это относится къ червеобразному отростку.

Этотъ принципъ, вѣдь, общепринятъ при изслѣдованіи трубъ у женщинъ. Тутъ рука, производящая внутреннее изслѣдованіе, служитъ якобы искусственной задней стѣнкой, фономъ, на которомъ фиксируется труба. Наружная же рука, во первыхъ, производитъ движеніе вглубь, а затѣмъ движеніе сверху внизъ, приблизительно въ поперечномъ къ трубѣ направленіи, при чемъ труба проскальзываетъ между пальцами обѣихъ рукъ. При прощупываніи червеобразнаго отростка пальцы, фиксируя его на естественномъ фонѣ подвздошной кости и покрывающихъ ее мышцъ (*m. ileo psoas*), проходятъ по немъ въ поперечномъ направленіи. Въ этотъ моментъ подъ пальцами проскальзываетъ шнуровидное тѣло, и сами больные улавливаютъ этотъ моментъ, ощущая при этомъ, что «что-то проскочило» въ животъ. На больныхъ очень сильно дѣйствуетъ, если я имъ во время изслѣдованія точно указываю, когда

они имѣютъ такое ощущеніе, и если я при болѣзненности отростка, не ожидая отъ нихъ заявленія, что «теперь болить», самъ имъ указываю, когда болить.

При условіи поперечнаго къ оси отростка положенія кисти руки, необходимо держать пальцы согнутыми. Фаланги пальцевъ погружаются вглубь отвѣсно къ горизонтальной тѣла, и въ отвѣсномъ положеніи ощущиваютъ подвздошную яму съ покрывающими ее мышцами. *Edebohl's* <sup>10)</sup> для ориентированія отыскиваетъ подвздошную артерію и ощупываетъ пространство находящееся направо отъ нея. *Rose* <sup>11)</sup> для этой-же цѣли отыскиваетъ безымянную линію. Самымъ удобнымъ и подходящимъ для этой цѣли я считаю предварительное опредѣленіе мѣста нахождения *m. psoatis*, проходящаго косо сверху внизъ и снаружи. Весьма не рѣдко легко удается прощупать въ названномъ направленіи возвышающееся тѣло этой мышцы. Очень часто отростокъ лежитъ на *m. psoas*, пересѣкая его, или же онъ лежитъ снаружи отъ мышцы. Такое положеніе отростка на *m. psoas* очень облегчаетъ прощупываніе его, особенно, если *m. psoas* сокращенъ и напряженъ.

Отростокъ пересѣкаетъ *m. psoas* при направленіи прямо вкнутри, къ *promontorium*, при направленіи вкнутри и кверху и при направленіи вкнутри и книзу, свѣшиваясь въ малый тазъ. По статистикѣ проф. *Турнера* <sup>12)</sup>, въ 105 случаяхъ отростокъ 77 разъ направлялся такъ, что онъ пересѣкалъ *m. psoas*, а 6 разъ онъ свободно лежалъ на *m. psoas*, при чемъ мѣсто нахождения отростка на этой мышцѣ было то выше, то ниже. Ни въ какомъ случаѣ онъ не придерживался опредѣленнаго, постояннаго мѣста на этой мышцѣ, которое соответствовало-бы точкѣ *Mac Burney*. Последняя не имѣетъ никакого анатомическаго основанія, такъ какъ червеобразный отростокъ вовсе не придерживается постояннаго мѣста. Для сохраненія за точкой *Mac Burney* и ея значенія, *Quénu* <sup>13)</sup> утверждаетъ, что она соответствуетъ мѣсту нахождения лимфатическихъ железъ, находящихся въ лимфатическомъ соединеніи съ червеобразнымъ отросткомъ. И *Lenander* <sup>14)</sup> думаетъ, что здѣсь находится то мѣсто, которое раньше всего поражается лимфаденитомъ и лимфангитомъ. Анатомически это весьма возможно, но приводимыя *Quénu* и *Lenander* о мѣстѣ возрѣнія относятся лишь къ острому аппендициту, не касаясь хроническаго. При хроническомъ аппендицитѣ точка *Mac Burney* лишена діагностическаго значенія, и я считаю вполнѣ доказаннымъ заболѣваніе отростка только тогда, когда удастся прощупать и изслѣдовать его непосредственно. Какъ вообще болѣзненность при давленіи извѣстной области живота не доказываетъ ничего и не указываетъ на непремѣнное заболѣваніе опредѣленнаго органа, такъ и болѣзненность подвздошной области, либо точки *Mac Burney*. Недостаточно опредѣлить, что есть боль при давленіи въ данной области, а нужно прощупать находящіеся здѣсь органы и опредѣлить, какой именно органъ болѣзненъ. Часто послѣднее удается, а часто и не удается, но тогда и распознаваніе должно остаться открытымъ, если оно не выясняется другими объективными либо субъективными явленіями. Насколько точка *Mac Burney* обманчива при діагностикѣ аппендицита, это мы еще увидимъ ниже.

Прежде, чѣмъ приступить къ отысканію отростка, всегда слѣдуетъ, елико возможно, опредѣлить ощупываніемъ топографическое положеніе и состояніе остальныхъ органовъ брюшной полости, въ особенности-же толстой кишки, слѣпой кишки и той части тонкой кишки, которая поднимается изъ малаго таза и впадаетъ въ толстую кишку. *Образцовъ* первый обратилъ вниманіе на возможность прощупать эту часть, которую я назову *pars coecalis ilei*. Среди частей кишечнаго тракта, съ которыми можно смѣшивать отростокъ, на первомъ планѣ стоитъ *pars coecalis ilei*; ее то слѣдуетъ изслѣдовать особенно тщательно.

*Pars coecalis ilei* при ощупываніи представляетъ собою цилиндръ различной толщины и плотности, съ одной стороны, переходящій непосредственно въ слѣпую кишку, съ другой же, спускающійся въ малый тазъ и пересѣкающій *m. psoas* и безымянную линію. Въ среднемъ толщина ея опредѣляется въ мизинецъ. Въ зависимости отъ наполненія, степени сокращенія и плотности содержимаго она мѣняется



объем и плотность. Если она пуста и не сокращена, то представляется валиком мягкой, если она пуста и сокращена, то производит ощущение тонкого шнура. Если она наполнена и не сокращена, то прощупывается в видѣ мягкаго толстаго цилиндра (съ неясными контурами); если же она при этомъ сокращена, то прощупывается в видѣ твердаго, толстаго шнура. При этомъ существуютъ всѣ возможные переходныя степени. Всегда при ощупываніи болѣе или менѣе ясно наблюдается урчаніе, меньше всего при сильномъ шнуровидномъ сокращеніи. Во время болѣе продолжительнаго изслѣдованія pars coecalis ilei нѣсколько разъ можетъ измѣниться, переходя изъ одного состоянія въ другое, чѣмъ онъ и отличается отъ червеобразнаго отростка, который не мѣняетъ объема и плотности въ такой степени, чтобы это стало замѣтнымъ для пальцевъ. Кромѣ того червеобразный отростокъ не даетъ урчанія, между тѣмъ, какъ всѣ остальные части толстой кишки, равно и pars coecalis ilei, характеризуются урчаніемъ при надавливаніи. Лишь рѣдко въ послѣднемъ можетъ отсутствовать урчаніе, но если при этомъ pars coecalis ilei сокращенъ шнуровидно и остается сокращеннымъ все время при изслѣдованіи, то распознаваніе довольно трудно. Тогда остается надежда, что другой разъ pars coecalis ilei представится въ другомъ видѣ. Если въ изслѣдуемой области прощупывается одинъ только такой шнуръ, то я его принимаю за pars coecalis ilei, если же прощупываются 2 шнура, то тотъ изъ нихъ признается мною за pars coecalis ilei, который прямо спускается въ малый тазъ. Но подобныя затрудненія могутъ явиться только тогда, когда pars coecalis ilei пуста и сильно сокращена вѣ видѣ тонкаго шнура и не даетъ никакого урчанія.

Въ большинствѣ случаевъ я прощупывалъ отростокъ выше pars coecalis ilei. Это зависитъ отъ наиболѣе частаго положенія отростка на *m. psoas*, а затѣмъ и отъ того, что въ области выше pars coecalis ilei, на *m. psoas*, онъ прощупывается легче, чѣмъ при нахожденіи его на любомъ другомъ мѣстѣ.

Кромѣ pars coecalis ilei, можно смѣшивать съ отросткомъ и части толстой кишки, если онѣ занимаютъ ненормальное положеніе и при томъ сильно сокращены вѣ видѣ шнура, что бываетъ при сокращенномъ состояніи толстой кишки. Рѣчь тутъ идетъ о поперечной части толстой кишки, которая довольно часто опущена внизъ дугообразно, при чемъ дуга иногда бываетъ несимметричной, напр. правая сторона болѣе подается внизъ, чѣмъ лѣвая, достигая тогда подвздошной области. Наконецъ и петли flexurae sigmoideae иногда доходятъ до самой подвздошной области. Въ такихъ случаяхъ урчаніе, измѣничивость въ объемѣ и въ плотности и возможность отодвинуть пальцами эти части далеко въ сторону нормальнаго ихъ мѣстоположенія, т. е. поперечную толстую кишку вверхъ, а петлю flexurae sigmoideae внизъ, все это достаточно вѣрные признаки для распознаванія. Если удастся прощупать и остальные части толстой кишки или flexurae sigmoideae и найти, что прощупываемое шнуровидное тѣло непосредственно переходить въ одну изъ этихъ частей, то должны исчезнуть всѣянія сомнѣнія.

Привожу поучительный примѣръ:

32-лѣтній офицеръ жалуется на сильныя боли выше пупка, начавшіяся послѣ поднятія тяжести. При ощупываніи я нашелъ сильно опущенную болѣзненную на ощупь правую почку, и опущеніе печени. Поперечная толстая кишка на обыкновенномъ мѣстѣ не прощупывается. Слѣпая кишка прощупывается на нормальномъ мѣстѣ вѣ видѣ грушевиднаго, плотнаго тѣла, дающаго урчаніе. Прощупывается также отходящая отъ него, спускающаяся въ малый тазъ pars coecalis ilei вѣ видѣ толстаго, мягкаго цилиндра, дающаго урчаніе. Выше pars coecalis ilei, въ направленіи вверху и вверху прощупывается шнуровидное тѣло, похожее на червеобразный отростокъ, неболезненный на ощупь; оно, какъ показало тщательное прощупываніе, въ косомъ направленіи лѣво и вверху продолжается до самаго лѣваго подреберья, пересѣкая такимъ образомъ позвоночный столбъ. Параллельно слѣпой кишкѣ, снизу вверхъ, проходитъ такое же шнуровидное тѣло, снѣтъ котораго съ шнуромъ, отходящаго отъ слѣпой кишки вверху и вверху, можно было легко установить. Кое гдѣ въ отдѣльных частяхъ этого шнура, образующаго дугу, можно было произвести урчаніе при надавливаніи. Наконецъ, можно было и отодвинуть дугу отъ слѣпой кишки. Ясно, что мы тутъ имѣли дѣло съ опущенной поперечной толстой кишкой. Червеобразнаго отростка въ этомъ случаѣ не удалось прощупать. Прощупывалась

нижеходящая кашка вѣ видѣ такого же шнура, какой изъ себя представляла и поперечно-ободочная кишка. Такъ какъ нервные

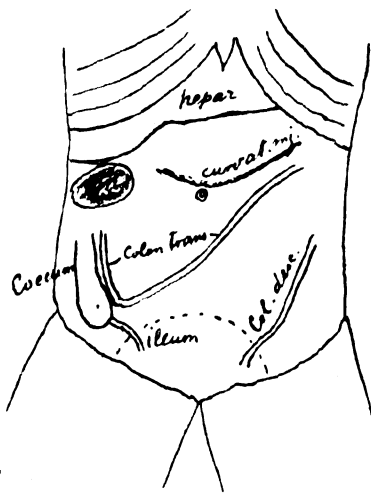


Рис. 2.

сплетенія, покрывающія позвоночный столбъ, а равно и подложечная область (gangl. coeliacum) были весьма болѣзненны при надавливаніи, также и *m. psoas* какъ слѣва, такъ и справа, отдѣлительная же и двигательная дѣятельность желудка оказалась нормальной, то я поставилъ распознаваніе нервной гастралгіи, вызванной раздраженіемъ отъ поднятія тяжести со стороны подложечной почки.

Перейдемъ къ вопросу о частотѣ заболѣванія отростка какъ на основаніи данныхъ вскрытій и операций, такъ и на основаніи изслѣдованія ощупываніемъ. *Tuffier* изъ числа 150 изслѣдованныхъ труповъ у 30 нашелъ несомнѣнно болѣзненный отростокъ; у другихъ авторовъ  $\frac{1}{10}$  отношеніе еще выше (у *Stein'a* 50%). Изъ этого слѣдуетъ, что хроническій аппендицитъ, о которомъ здѣсь только можетъ быть рѣчь, бываетъ гораздо чаще, чѣмъ онъ поддается распознаванію при жизни. *Kümel*<sup>16)</sup> у людей, перенесшихъ острый аппендицитъ, при 104 операцияхъ никогда не находилъ вполне здороваго отростка, и изъ этого заключаетъ, что послѣ остраго аппендицита никогда не наступаетъ *restitutio ad integrum*. Если мы дальше примемъ во вниманіе работы *Riedel'a*<sup>17)</sup>, который въ т. наз. *appendicitis granulosa* нашелъ патологическое выраженіе начальной формы аппендицита, то мы, согласно его мнѣнію, должны придти къ заключенію, что совершенно здоровый отростокъ не заболѣваетъ острымъ аппендицитомъ, и что острый аппендицитъ есть ничто иное, какъ обострѣніе уже существующаго хроническаго, хотя бы скрытнаго аппендицита. Данные вскрытій *Tuffier* по этому совершенно понятны. Хроническій аппендицитъ во всякомъ случаѣ гораздо чаще остраго. Однако, распознаваніе хроническаго аппендицита врачами ставится гораздо рѣже остраго. Распознается же хроническій аппендицитъ такъ рѣдко по очень простымъ причинамъ. Въ случаѣ хроническаго аппендицита, оставшагося послѣ перенесеннаго остраго аппендицита, либо перитифлита, ищутъ остатки его, т. е. опухоль, а если такой не находятъ, довольствуются болѣзненностью точки *Mac Burney*. А если не находятъ и болѣзненности этой точки, то на этомъ успокаиваются. Также и въ случаяхъ настоящаго хроническаго аппендицита, протекающаго безъ острыхъ припадковъ, обращаютъ все вниманіе на точку *Mac Burney*: болѣзненность при надавливаніи должна доказать аппендицитъ, а не болѣзненность—отсутствіе аппендицита. Все это неосновательно. Послѣ припадковъ остраго аппендицита далеко не всегда остается опухоль, относительно же точки *Mac Burney* необходимо помнить, что она не имѣетъ анатомическаго основанія, лимфадениты же и лимфангиты (*Quénu* и *Lennander*) имѣютъ значеніе лишь при остромъ аппендицитѣ. Остается искать патолого-анатомическое основаніе для точки *Mac Burney* въ болѣзненности какихъ-нибудь нервныхъ сплетеній и узловъ. Дѣйствительно, верхнее брызжеечное сплетеніе отсылаетъ къ слѣпой кишкѣ и къ отростку отдѣльное сплетеніе, идущее сверху внизъ и слѣва направо, придер-

живающееся направления м. рзоас, и покрывающее эту мышцу. Но, вѣдь, болѣзненность нервныхъ сплетеній брюшной полости — явленіе настолько частое и распространенное, особенно у людей нервныхъ, что изъ болѣзненности ихъ при давленіи сдѣлать заключеніе о патологическихъ измѣненіяхъ какого-либо органа весьма рискованно.

Если мы находимъ болѣзненность точки *Mac Burney*, то это можетъ имѣть діагностическое значеніе лишь тогда, если такая болѣзненность отсутствуетъ въ тѣхъ частяхъ живота, гдѣ находятся нервныя сплетенія, и въ особенности, если болѣзненности при давленіи нѣтъ на лѣвой сторонѣ, на мѣстѣ, соответствующемъ точкѣ *Mac Burney*. Лежащая на позвоночномъ столбѣ сплетенія и узлы [*Buch* 18)] весьма чувствительны при давленіи у нейрастениковъ и вообще у нейропатовъ, въ чемъ очень легко можно убѣдиться, если произвести достаточно глубокое вдавливаніе по срединной линіи. Тоже самое можно сказать и про сплетеніе, лежащее на м. рзоас. Надавливаніе на эту мышцу у нервныхъ людей весьма часто вызываетъ боль. Я могъ убѣдиться, что точка *Mac Burney* находится какъ разъ на томъ мѣстѣ, гдѣ проходитъ м. рзоас, такъ что при давленіи на точку *Mac Burney* мы попадаемъ на сплетеніе, лежащее на поверхности этой мышцы. Понятно, что заболѣваніе отростка можетъ быть причиной чувствительности мѣстнаго нервнаго сплетенія, но чтобы знать, чувствительно-ли это сплетеніе, недостаточно простого слѣпного надавливанія на точку *Mac Burney*; необходимо ощупать пространство въ глубинѣ подвздошной области, прощупать находящіеся тамъ части кишекъ и изслѣдовать поверхность мышцъ. Иначе намъ останется неизвѣстнымъ, что именно болитъ въ глубинѣ, нервное-ли сплетеніе или отростокъ, или-же другой органъ. Бывали у меня случаи, гдѣ, при давленіи на точку *Mac Burney*, вызывалась боль, при точномъ-же разборѣ источниковъ боли оказывалось, что все обстояло благополучно на днѣ изслѣдуемой области, а боль вызывалась тѣмъ, что пальцы касались при вдавливаніи поперечныхъ отростковъ позвонка. Затѣмъ не слѣдуетъ забывать, что и кожа, и мышцы передней стѣнки живота могутъ быть причиной болѣзненности точки *Mac Burney*. Все это нужно исключить. Правда, чувствительность кожи, по *Head* 19), имѣетъ нѣкоторое діагностическое значеніе, но въ названной области она бываетъ и при другихъ страданіяхъ. Но положимъ, что удалось найти причину болѣзненности точки въ болѣзненности м. рзоас. Въ этомъ случаѣ мы только тогда будемъ въ правѣ признать эту болѣзненность за выраженіе болѣзненнаго измѣненія отростка, если другія мѣста распространенія нервныхъ сплетеній и узловъ безболѣзненны.

Съ другой-же стороны, и отсутствіе болѣзненности не доказываетъ ничего; не смотря на несомнѣнное заболѣваніе отростка, очень часто точка *Mac Burney* такъ-же, какъ и поверхность м. рзоас, совершенно безболѣзненна.

Изъ всего вышеизложеннаго явствуетъ, что къ болѣзненности точки *Mac Burney*, какъ къ признаку хроническаго аппендицита, нужно относиться очень скептически. Въ сущности только прощупываніе болѣзненнаго, либо утолщеннаго и уплотненнаго отростка, намъ даетъ право съ увѣренностью ставить распознаваніе хроническаго аппендицита, и съ увѣренностью предложить больному соответствующія лѣчебныя мѣры.

Прощупываніе самаго отростка необходимо особенно тогда, когда субъективные симптомы ничего характернаго для аппендицита не имѣютъ, какъ это бываетъ во всѣхъ типичныхъ случаяхъ хроническаго аппендицита. Къ послѣднимъ относятся, во 1-хъ, скрытая форма хроническаго аппендицита (app. *latenta*), протекающая безъ всякихъ болѣзненныхъ явленій, и т. наз. *appendicitis larvata* *Ewald*'a 20) 21). При послѣдней признаки не характерны для аппендицита, *appendicitis larvata* протекаетъ подъ видомъ какой-нибудь другой болѣзни брюшной полости. *Appendicitis larvata*, описанная *Ewald*'омъ, весьма разнообразна по своимъ признакамъ. Боли могутъ совершенно отсутствовать, уступая мѣсто явленіямъ неваренія со стороны желудка и кишечника, поносы, либо запоры могутъ быть единственными признаками. Если же

есть боли, то послѣднія не ощущаются въ подвздошной области, а въ любомъ другомъ мѣстѣ живота, чаще всего подъ ложечкой и на лѣвой сторонѣ, въ области, соответствующей подвздошной, или-же боли распространяются по всему животу. Боли бываютъ либо непостоянными, либо постоянными. Первые наступаютъ либо послѣ приياتія пищи, особенно послѣ погрѣшностей въ діетѣ, либо отъ физическихъ напряженій и сильныхъ движеній, даже послѣ простуды. Если боли постоянны, то онѣ могутъ усиливаться послѣ названныхъ причинъ. Наконецъ, какъ постоянныя, такъ и непостоянныя боли могутъ проявляться періодически. Картина болѣзни очень разнообразна, но характерно то, что ничто въ жалобахъ больного не указываетъ на заболѣваніе червеобразнаго отростка, и лишь тщательное ощупываніе живота можетъ пролить свѣтъ и навести на правильное распознаваніе.

Въ числѣ 700 больныхъ я 16 разъ могъ съ полной увѣренностью распознать *appendicitis larvata*, не руководствуясь при этомъ болѣзненностью точки *Mac Burney*, а лишь болѣзненностью, либо утолщеніемъ и уплотненіемъ прощупываемаго червеобразнаго отростка.

Очень поучительнымъ для меня былъ 1-ый изъ 16-ти случаевъ:

36-лѣтній священникъ, уже нѣсколько лѣтъ периодически страдающій болями въ подложечной области, которыя продолжаются 3—4 дня, и иногда охватываютъ всю область живота. При изслѣдованіи въ безболѣзненный періодъ оказалось, что двигательная и отдѣлительная дѣятельность желудка были нормальны, также и печень, и почки не представляли признаковъ какихъ-либо болѣзненныхъ измѣненій. Яичекъ глестовъ 22) 23) микроскопически не было найдено въ калѣ. Точка *Mac Burney* не была болѣзненна. При глубокомъ-же прощупываніи, кромѣ слѣпой кишки и *parv coecalis ilei*, дающихъ урчаніе, такъ-же какъ и поперечная толстая кишка на высотѣ пупка и находящаяся кишка, — въ подвздошной области прощупывалась толщевой въ карандашъ, длинной въ палецъ, плотный, не дающій урчанія цилиндръ, направляющійся отъ слѣпой кишки въ пупокъ и пересѣкающій м. рзоас. Ясно, что это былъ отростокъ, такъ какъ поперечная толстая кишка лежала на высотѣ пупка, а петли *flexurae sigmoideae* нигдѣ не прощупывались. При ощупываніи отростокъ самъ не былъ болѣзненнымъ, но ощущалась боль въ подложечной области 24). Больной заявлялъ, что вызванная подъ ложечкой при ощупываніи отростка боль такая-же, какая бываетъ во время припадковъ. Будучи не вполне увѣреннымъ въ діагнозъ, я предложилъ больному зявиться ко мнѣ во время припадковъ, что онъ и сдѣлалъ. На этотъ разъ въ остальномъ найдено было то-же самое, что и раньше, но отростокъ при ощупываніи самъ былъ очень болѣзненъ, боль одновременно отражалась и въ подложечной области. Послѣ этого не могло быть сомнѣній, что мы имѣли дѣло съ хроническимъ аппендицитомъ.

Явленіе переноса (трансмиссія) боли съ ощупываемаго органа на другое мѣсто встрѣчается весьма часто при ощупываніи живота. Проф. *Образцовъ* посвятилъ этому явленію отдѣльную статью 24). Неудивительно поэтому, что при заболѣваніяхъ какъ вообще органовъ брюшной полости, такъ въ особенности червеобразнаго отростка больные нерѣдко ощущаютъ боль въ другомъ мѣстѣ, что, конечно, можетъ ввести въ заблужденіе. Мѣсто ощущенія боли соответствуетъ, обыкновенно, одному изъ нервныхъ узловъ (*ganglion coeliacum*), соединенному съ ощупываемымъ органомъ сплетеніями сочувственнаго нерва, или-же распространенію самихъ сплетеній этого нерва.

Въ другомъ случаѣ діагнозъ былъ очень труднымъ, хотя прощупывался весьма отчетливо червеобразный отростокъ.

32-лѣтняя фельдшерша уже 2 года страдаетъ часто повторяющимися поносами послѣ малѣйшихъ погрѣшностей въ діетѣ, чередующимися запорами. Во время поносовъ бываютъ боли по всему животу безъ опредѣленной локализации. Я изслѣдовалъ больную 13 разъ, и каждый разъ мнѣ удавалось прощупать уплотненный, но, повидимому, не утолщенный отростокъ, проходящій въ направленіи къ промонторіуму и пересѣкающій м. рзоас. Обыкновенно онъ былъ неболезненнымъ при ощупываніи, и лишь при поносахъ являлась нѣкоторая болѣзненность при ощупываніи, остальная часть кишечнаго тракта, а равно и мѣста распространенія нервныхъ сплетеній, были безболѣзненны при ощупываніи. Также и надавливаніе на точку *Mac Burney* не вызывало боли даже во время поносовъ. Единственнымъ мѣстомъ, гдѣ при давленіи иногда ощущалась боль, это былъ червеобразный отростокъ. На основаніи этихъ данныхъ я былъ въ правѣ признать червеобразный отростокъ болѣзненно измѣненнымъ. Открытымъ оставался вопросъ о томъ, вызванъ-ли аппендицитъ первичнымъ страданіемъ кишекъ, т. е. катарромъ ихъ, — въ испраженіяхъ во время поносовъ находи-

лась слеза, — или же наоборотъ явления со стороны кишечника обусловлены аппендицитомъ. Во всякомъ случаѣ измѣненія въ отроосткѣ должны были быть незначительными, и казалось, что при такихъ незначительныхъ измѣненіяхъ трудно допустить такіа рѣзкія явления со стороны кишечника. Но болезнь представляла собой типъ т. наз. *aethenia universalis congenita* [Stiller \*)] съ характернымъ для этого состоянія признакомъ подвижности 10 ребра — *costa decima fluctuans*. Такъ какъ такіе субъекты весьма восприимчивы ко всѣмъ вреднымъ влияніямъ, то и незначительное измѣненіе въ червеобразномъ отроосткѣ у нихъ можетъ причинить такое страданіе, какое оно не причинитъ никогда у нормальнаго человека \*\*). Поэтому допустимо, что у больной аппендицитъ является причиной страданія кишечника. Повторяю, допустимо, но не доказано, и поэтому вопросъ о первичности страданія остался открытымъ.

Такъ какъ всѣ лечебныя мѣры у больной оставались почти безрезультатными и давали помощь лишь на короткое время, то я шѣлъ въ виду и операцію, но, въ виду невѣроятнаго этиологическаго начала, я совѣтовалъ больной обождалъ впродъ до болѣе основательнаго выясненія причины страданія.

Послѣ возвращенія моего изъ Манчжури, болезнь пришла ко мнѣ и передала слѣдующее: въ теченіе 1904 г. при поносахъ у ней стали появляться боли въ животѣ, сперва безъ опредѣленной локализаци, а въ дальнейшемъ боли стали ощущаться болѣе опредѣленно въ области слѣпой кишки. На этотъ разъ — у больной былъ запоръ — я нашелъ болезненность точки *Mac Burney*, нѣсколько меньшую болезненность на соответствующемъ мѣстѣ на лѣвой сторонѣ и чувствительность нервныхъ сплетеній и узловъ, покрывающихъ позвоночный столбъ. При глубокомъ прощупываніи т. рвоязъ былъ чувствителенъ, проходящее поперекъ его шнурообразное тѣло было весьма болезненно. Это былъ отроостокъ, который ни въ формѣ и въ толщинѣ, ни въ плотности перемѣнъ противъ состоянія 2 года тому назадъ не представлялъ. Увеличилась только болезненность его, которая при ощупываніи ощущалась и во время запора, между тѣмъ какъ болѣе при ощупываніи вызывалась раньше лишь во время поносовъ. Поносы, чередующіеся съ запорами, продолжались у больной по прежнему. Она рѣшительно теперь заявляла, что сама чувствуетъ что болитъ «слѣпая кишка» и что она твердо рѣшила подвергнуться операціи, такъ какъ ей надобно было болѣе и лѣчиться. Не смотря на то, что я, не будучи увѣреннымъ въ этиологическую связь поносовъ и запоровъ съ болезнью отроостка, выразился сдержанно относительно операціи, болезнь настаивала на хирургическомъ леченіи. Операція недавно была сдѣлана въ клиникѣ проф. П. И. Дьяконова въ Москвѣ. Пока имѣю лишь краткое сообщеніе, что отроостокъ при операціи былъ найденъ отходящимъ отъ слѣпой кишки влѣво и къ средней линіи, сильно плотнымъ и зарощеннымъ у входнаго отверстія. Это показываетъ, что онъ мною прощупывался на томъ-же мѣстѣ и въ томъ-же направленіи, въ которомъ онъ былъ найденъ при операціи, что плотность я опредѣлялъ вѣрно, и что въ отроосткѣ были измѣненія (плотность, зарощеніе), объясняющія боли. Я не допускаю, чтобы зарощеніе здѣсь было послѣдствіемъ такъ наз. «obliteratio processus vermiformis», считающагося Ribbert'омъ \*) и другими авторами за процессъ не патологическій. Ribbert самъ указываетъ на то, что obliteratio всегда, за очень немногими исключеніями, начинается съ свободнаго конца отроостка. Это обстоятельство и уплотненіе отроостка говорятъ въ пользу того, что дѣйствительно имъ здѣсь имѣла дѣло съ воспалительнымъ процессомъ. Дальѣйшее покажетъ, насколько здѣсь хроническій аппендицитъ игралъ этиологическую роль въ остальныхъ болезненныхъ явленіяхъ со стороны кишечника. Рѣшить этотъ вопросъ я пока не берусь. Но, если даже операція и не избавитъ больную отъ явленій катарра кишки, то во всякомъ случаѣ избавитъ отъ возможныхъ осложненій хроническаго аппендицита. Еще разъ повторю, что операція подтвердила данныя прощупыванія, что и требовалось доказать.

Съ болѣеюй увѣренностью я могъ рекомендовать операцію, и даже настаивать на ней въ слѣдующемъ случаѣ, подтвержденномъ потомъ операціей:

30-лѣтній судейскій 2 года тому назадъ лѣчился отъ бугорчатковаго катарра верхушекъ въ Крымской санаторіи, послѣ чего болей все время чувствовалъ себя хорошо. 4 мѣсяца тому назадъ начались боли подъ ложечкой. Эти боли начинаются вѣдъ 1—2 часа послѣ їды и продолжаются до 1 часа, то дольше, иногда до 10 часовъ. При этомъ отсутствіе аппетита и запоръ. Въ самое послѣднее время боли уже постоянныя и усиливаются какъ послѣ їды, такъ и послѣ сильныхъ движеній. Никогда боли не помѣщаются въ нижней части живота, либо въ области слѣпой кишки. По сіе время болей лѣчился отъ катарра кишечника, но лѣченіе пользы не принесло. Въ самое послѣднее время общее самочувствіе стало хуже, обострился и кашель съ мокротой, но въ послѣднее болей не обращалъ вниманія въ виду новаго мучительнаго страданія.

При изслѣдованіи оказалось слѣдующее: въ верхушкахъ легкихъ рѣдкіе среднецупырчатые, звонкіе хрипы, тамъ-же звуки при постукиваніи немного притупленъ. Притупленъ звукъ и ниже варужной 1/3 ключицы, гдѣ при выслушиваніи слышится систолическій артеріальный шумъ при вдыханіи. Въ области живота уже первое изслѣдованіе обнаружило ясныя

признаки аппендицита: короткій, толстый, плотный и весьма болезненный на ощупь червеобразный отроостокъ легко прощупывался при глубокомъ изслѣдованіи подвздошной ямы. Отроостокъ направлялся поперекъ т. рвоязъ кнутри и немного вверхъ и лежалъ на 3 пальца выше *pars coecalis* (см. рис. 3). Послѣдняя да-

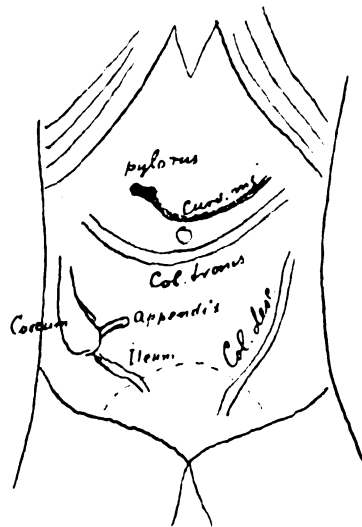


Рис. 3.

вала урчаніе въ различіе отъ того цилиндра, который лежалъ выше, и котораго я признавалъ за червеобразный отроостокъ. Въ послѣднемъ при надавливаніи никакого урчанія не вызывалось. Довольно плотная и объемистая слѣпая кишка лежала на нормальномъ мѣстѣ и издавала сильное урчаніе при надавливаніи. Слѣпая кишка была болезненна лишь при давленіи на нижній ея конецъ. При давленіи на точку *Mac Burney* боль ощущалась лишь при очень глубокомъ, достигающемъ задней стѣнки, надавливаніи. Поперечная толстая кишка прощупывалась ниже пупка, прощупывалась также и нисходящая кишка. Та и другая часть толстой кишки были сокращены канатообразно и издавали слабые звуки урчанія; на ощупь онѣ были безболезненны. Большая кривизна желудка прощупывается на уровнѣ пупка, привратникъ на право отъ позвоночника выше пупка \*\*). Со стороны печени все нормально. Всѣ эти органы при давленіи были безболезненны, также и мѣста распространенія нервныхъ сплетеній и узловъ. Болезненъ при давленіи былъ одинъ только червеобразный отроостокъ, при чемъ боль отражалась и въ подложечной области. Ошибки въ опредѣленіи органа, являющагося причиной боли при давленіи, не могло быть. Оставалось исключить другіе источники болѣзни: изслѣдованіе двигательной и отдѣлительной дѣятельности желудка отклоненій отъ нормы не обнаружило, также и изслѣдованіе мочи. Яицъ глистовъ въ калѣ не найдено. Предшествующее безуспѣшное лѣченіе, направленное противъ запоровъ и катарра кишокъ, показываетъ, что искать источникъ болѣи въ кишечникѣ нѣтъ основанія. Остается для отличительнаго распознаванія лишь нервная гастралгія, но, въ виду безболезненности при давленіи мѣста распространенія нервныхъ сплетеній и узловъ, гастралгію нервную можно было исключить и съ полной увѣренностью остановиться на діагнозѣ хроническаго аппендицита въ формѣ *appendicitis latvata*. Въ виду верхушечнаго процесса я допускалъ бугорчатковую форму аппендицита.

Больной вскорѣ былъ оперированъ проф. Дьяконовымъ въ Москвѣ, при чемъ, какъ сообщилъ мнѣ послѣдній, найдено было слѣдующее: червеобразный отроостокъ былъ неравномерно утолщенъ, уплотненъ, длиною въ 7 см. Основная часть его поднималась снизу вверхъ съвѣи слѣпой кишки, затѣмъ отроостокъ отклонялся кнутри и, выступая изъ подъ слѣпой кишки, лежалъ свободно, образуя такимъ образомъ дугу, съ выпуклостью вверхъ и кнаружи. Отроостокъ былъ окруженъ многочисленными свѣжими рыхлыми сращениями вслѣдствіе мѣстнаго слипчатого перитонита. Бактеріологическое изслѣдованіе, произведенное, какъ и всѣ остальные, въ клиникѣ проф. Дьяконова, дало кишечную палочку и стафилококка, бугорчатковыхъ палочекъ-же оно не обнаружило. Микроскопическіе весъ слизистый и подслизистый слой воспалительно пропитанъ, мѣстами слизистый слой отсутствуетъ, образуя маленькія плоскія язвы. Мѣстами въ подслизистомъ слой маленькіе гнойники въ видѣ фолликулярныхъ узелковъ. Въ ткани отроостка бугорчатковыхъ палочекъ не найдено. Въ клиникѣ проф. Дьяконова были настолько любезны, что показали мнѣ какъ макроскопическій, такъ и гистологическіе препараты. Не оставалось никакого сомнѣнія, что вся болѣзнь заключалась въ хроническомъ, протекающемъ атипично въ формѣ *appendicitis latvata*, воспаленіи червеобразнаго отроостка. Послѣ удаленія отроостка боли мгновенно исчезли. Къ сожалѣнію, вскорѣ наступило обострѣніе легочнаго процесса съ повышеніемъ температуры, такъ что больного пришлось отправить на югъ.

Подобные случаи наглядно доказываютъ громадное діагностическое значеніе непосредственнаго прощупыванія червеобразнаго отроостка, безъ всякихъ болевыхъ то-

\*) Ribbert. Beiträge zur normalen und pathol. Anatomie d. Wurmfortsatzes, «Virchow's Archiv», 1893.

чекъ. Во всѣхъ приведенныхъ случаяхъ только прощупываніе отростка навело на распознаваніе. Конечно, далеко не всегда удается прощупать отростокъ при хроническомъ аппендицитѣ. Не говоря объ общихъ условіяхъ, затрудняющихъ прощупываніе вообще, само положеніе отростка можетъ быть допустить или затруднить прощупываніе, напр. сзади или сбоку слѣпой кишки. Легче всего отростокъ прощупывается, если онъ проходитъ внутри и пересѣкаетъ *m. psoas*, какъ изложено выше. Возможно дальше, что такое положеніе больше располагаетъ къ заболѣваніямъ отростка, чѣмъ направленіе его внизъ, на что указываютъ работы *Laurenstein'a* <sup>30)</sup> и *Klesky*, <sup>31)</sup> а заболѣвшій и утолщенный либо уплотненный отростокъ легче прощупывается, чѣмъ здоровый. Та и другая причина объясняютъ, почему во всѣхъ почти наблюдаемыхъ мною случаяхъ отростокъ прощупывался мною внутри.

Въ одномъ случаѣ мнѣ удалось прощупать отростокъ, лежащій около слѣпой кишки и внутри отъ нея, направляясь отъ своего основанія прямо кверху. Въ этомъ случаѣ больной страдалъ болями на типичномъ мѣстѣ, въ подвздошной области. Прощупывалась слѣпая кишка и *pars coecalis ilei*. *M. psoas* былъ чувствителенъ, но на его поверхности ничего похожего на отростокъ не прощупывалось. Вызывалась боль при давленіи, наконецъ, и на внутренней край слѣпой кишки, особенно когда я при этомъ старался отодвинуть ее кнаружи. Когда мнѣ разъ, при случайномъ максимальномъ ослабленіи брюшныхъ мышцъ, удалось охватить слѣпую кишку съ внутренней ея стороны, при глубокомъ вдавливаніи пальцевъ до самой задней стѣнки, я отчетливо могъ прощупать идущее параллельно слѣпой кишкѣ плотное цилиндрическое тѣло, толщиной въ  $\frac{1}{2}$  пальца, при чемъ больной ощущалъ очень рѣзкую боль. Ясно, что это тѣло представляло собою червеобразный отростокъ. Я совѣтовалъ больной лѣжиться продолжительными горячими припарками, а если отъ этого лѣченія не наступитъ улучшенія, явиться ко мнѣ для обсужденія вопроса объ операціи. Я больной больше не видѣлъ.

Изъ всего вышеизложеннаго въ настоящей работѣ видно, что при опредѣленіи топографическаго положенія частей кишечнаго тракта, я исключительно пользовался ощупываніемъ. Я хорошо знакомъ со способомъ вздуванія желудка и кишекъ, и пользовался имъ въ свое время при клинической обстановкѣ, будучи ассистентомъ у проф. *Ewald'a* въ *Augusta-Hospital'* въ Берлинѣ. Но, находя примѣненіе этого способа въ обстановкѣ частной практики болѣе, чѣмъ неудобнымъ, я все больше и больше старался замѣнить его ощупываніемъ, что мнѣ удавалось вполнѣ, вопреки общепринятымъ воззрѣніямъ, раздѣляемымъ даже проф. *Ewald'омъ* <sup>32)</sup>. Я старался совершенствоваться въ ощупываніи настолько, чтобы обойтись безъ вздуванія желудка и кишекъ. Я пользуюсь вздуваніемъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ, а именно для опредѣленія расположенія *flexurae sigmoideae*, гдѣ послѣднее не удается опредѣлять ощупываніемъ. Въ остальномъ же я нахожу, что вздуваніе не даетъ ничего тамъ, гдѣ умѣлое ощупываніе не дало результатовъ. Я ставлю ощупываніе выше вздуванія. Чтобы достигнуть должнаго совершенства въ ощупываніи, нужно приложить много стараній и труда, и необходимо отказаться отъ традиціонной рутинѣ. Впрочемъ, покаѣлесообразное примѣненіе ощупыванія, дающее возможность прощупать и червеобразный отростокъ, станетъ общимъ достояніемъ врачебнаго міра, пройдетъ, конечно, еще много времени.

Приложенные рисунки взаты изъ моего журнала, въ который я заново схематически наброски найденной путемъ ощупыванія топографической картины брюшной полости. Наброски не претендуютъ на анатомическую точность. Во всѣхъ рисункахъ разстояніе таза отъ реберной дуги взято болѣшимъ, чѣмъ оно въ дѣйствительности есть, и это для болѣе наглядности. Относительное расположеніе одной части къ другой передано вѣрно. Во всѣхъ работахъ, какъ мѣрило для опредѣленія высоты любого органа, берется пупокъ; говорить «выше или ниже пупка». Между тѣмъ, самъ пупокъ лежитъ то выше, то ниже, и поэтому такое опредѣленіе имѣетъ крупныя недостатки. Я хотя и сознавалъ эти недостатки, но все-же до окончательной выработки другого способа не имѣлъ основанія отказаться отъ пупка, принимаемаго за неподвижную точку.

Настоящая работа была написана уже въ началѣ 1904 г. Я не успѣлъ ее приготовить къ печати по причинѣ призыва въ дѣйствующую армію. Вернувшись недавно изъ Манчжуріи, мнѣ попали въ руки нѣсколько работъ, въ которыхъ, хотя вскользь, говорится о прощупываніи отростка.

*Singer* <sup>33)</sup> въ своей поучительной работѣ разбираетъ на основаніи литературы и собственныхъ опытовъ т. наз. ложный аппендицитъ (*pseudo-appendicitis*), при которомъ какое-нибудь другое страданіе, либо органическое (*cholelithiasis*, *colica mucosa*, болѣзни женскихъ половыхъ органовъ, глисты и т. д.), либо нервное (истерія, кишечная нейралгія), выражается болями въ области слѣпой кишки, и даетъ такимъ образомъ поводъ къ неправильному распознаванію аппендицита. Лишь операція, вскрытіе или дальнѣйшее теченіе болѣзни открываютъ другую болѣзнь. Такіе случаи несомнѣнно бываютъ, и я самъ помню одного молодого человѣка, страдавшаго приступами боли въ области слѣпой кишки. Этотъ больной послѣ неуспѣшнаго лѣченія въ внутреннемъ отдѣленіи *Augusta Hospital'a* былъ переведенъ въ хирургическое отдѣленіе, гдѣ проф. *Krause* подвергъ его операціи, при которой я присутствовалъ. Отростокъ оказался совершенно здоровымъ, было найдено лишь сильное вздутіе слѣпой кишки. Я тогда еще не имѣлъ опыта въ дѣлѣ ощупыванія отростка, иначе я, можетъ быть, заблаговременно убѣдился-бы въ неправильности діагноза у больного, находящагося въ моей палатѣ. Въ другомъ случаѣ, видѣнномъ мною, и оперированномъ проф. *Цегефонъ Мантейфелемъ* въ Юрьевѣ, боли въ области слѣпой кишки были вызваны камнями въ желчномъ пузырьѣ, лежащемъ ненормально низко около слѣпой кишки. Казалось-бы, что такое ограниченіе значенія болей въ области слѣпой кишки при ненадежности точки *Mac Burney*, къ которой я авторъ относитъ не совсѣмъ довѣрчиво, допускаетъ только одинъ выводъ, что лишь прощупываніе самаго червеобразнаго отростка можетъ пролить свѣтъ на характеръ болѣзни. Но *Singer* этого вывода не дѣлаетъ, довольствуясь признаніемъ *pop rossimus* и возлагая единственную надежду на болѣе основательную разработку симптоматологіи и клиническихъ явленій какъ аппендицита, такъ и болѣзней, дающихъ поводъ къ вышеупомянутымъ ошибочнымъ діагнозамъ. Не ожидая результатовъ отъ попытокъ прощупать отростокъ, онъ приводитъ мнѣніе *Senator'a*, что утолщенный отростокъ не всегда можно отличить отъ утолщеннаго мочеточника. Для опроверженія, однако, этого взгляда *Senator'a*, обратимся къ мнѣнію анатомовъ.

Проф. *Rauber* говоритъ: «Правый мочеточникъ непосредственно прилегаетъ къ нижней полой венѣ? Если это такъ, то какимъ образомъ его можно смѣшать съ отросткомъ? Привожу работу *Funke'a* <sup>34)</sup> изъ Кенигсбергскаго анатомическаго Института, въ которой цитируется между прочимъ и трудъ *Schwalbe* по данному вопросу: правый мочеточникъ вначалѣ лежитъ сзади 12-перстной кишки, тамъ гдѣ низходящая часть переходитъ въ нижнюю горизонтальную часть и направляется сверху и снаружи—внизъ и внутри, пересѣкая *m. psoas*, тамъ, гдѣ онъ беретъ начало отъ позвонковъ, прилегая при этомъ къ нижней полой венѣ. Дальше онъ лежитъ уже на внутренней сторонѣ *m. psoas*, и до мѣста пересѣченія большихъ сосудовъ (общія подвздошныя вены) идетъ прямо внизъ, и затѣмъ уже погружается въ малый тазъ. Въ самомъ началѣ разстояніе одного мочеточника отъ другого, по *Schwalbe*, 9,0 см., по *Funke* у женщинъ 9—11, у мужчинъ 8½ — 11. Около большихъ сосудовъ разстояніе, по *Schwalbe* 5,7 см., по *Funke* 6¾ — 8,5. Изъ всего этого явствуетъ, что мочеточникъ лежитъ гораздо ближе къ средней линіи, чѣмъ отростокъ, на внутренней сторонѣ *m. psoas*, и проходитъ сверху внизъ. Поэтому смѣшать его съ отросткомъ трудно, особенно при рекомендуемомъ мною глубокомъ прощупываніи подвздошной впадины. Мнѣніе *Senator'a* поэтому неосновательно.

Далѣе *Singer* приводитъ возраженіе *Treves'a* противъ діагностическаго значенія прощупыванія отростка.

*Treves* считаетъ, что опубликованные въ литературѣ, рѣ случаи не заслуживаютъ довѣрія, что тутъ, повидимому, частичныя мышечныя сокращенія (*m. rectus*, *obliq.* <sup>35)</sup> и т. д.)



(transversus) принимались за червеобразный отростокъ. Я не читалъ работы *Tyenes'a*, но такой его взглядъ представляется для меня совершенною неожиданностью; я въ своей статьѣ даже не нашелъ нужнымъ остановиться на разборѣ такого затрудненія. Каждый опытный изслѣдователь сумеетъ различить сокращенную мышцу отъ лежащаго за мышцей органа. При глубокомъ-же ощупываніи такіа ошибки ужъ совсѣмъ не могутъ имѣть мѣсто. Ясно, что при сокращеніи брюшныхъ мышцъ при вдыханіи, напирания, кашлевыхъ толчкахъ прощупываемое противодѣйствіе исчезнетъ, если мы имѣемъ дѣло съ отросткомъ, и наоборотъ. Мѣстное мышечное сокращеніе же при дѣйствіи брюшного пресса не исчезнетъ, и даже можетъ выступить рѣзче. Правда, и мѣстное сокращеніе мышцъ можетъ имѣть извѣстное діагностическое значеніе въ смыслѣ *dé-fense musculaire* французовъ (указывая на то, что подъ мышцей не все ладно), но принять сокращенную мышцу за какой-нибудь органъ, — это совсѣмъ уже не позволительно. Не вѣдуемъ-же никто отвергнуть діагностическое значеніе прощупыванія края печени или опухоли желудка только потому, что новички въ ощупываніи могутъ принять мышечное сокращеніе въ соответствующей области за край печени или опухоль. Не болѣе основательны и разсужденія *Albu* <sup>25)</sup>, по словамъ котораго одинъ изъ самыхъ частыхъ поводовъ къ ошибочному діагнозу хроническаго перитифлита даетъ сокращенная спастически при *obstipatio spastica* слѣпая кишка, принимаемая за отростокъ. По его мнѣнію, при судорожномъ запорѣ, невозможно рѣшить, представляетъ-ли прощупываемый цилиндръ червеобразный отростокъ, или слѣпую кишку. При изложенномъ въ статьѣ моей способѣ такіа сомнѣнія невозможны, потому что я приступаю къ прощупыванію отростка лишь послѣ опредѣленія мѣста нахожденія и характера не только слѣпой кишки, но и позадной кишки (*pars coecalis ilei*). Все, что я по этому поводу говорилъ о позадной кишкѣ, еще болѣе относится къ слѣпой кишкѣ. Но спрашивается, отчего *Albu* такъ смущаетъ слѣпая кишка при судорожномъ запорѣ, между тѣмъ какъ *pars coecalis ilei*, которая, дѣйствительно, часто осложняетъ распознаваніе, какъ будто, не обратила на себя его вниманія.

*Boas* <sup>26)</sup> теперь относится къ прощупыванію отростка мнѣнію отрицательно, между тѣмъ какъ не такъ давно онъ относился весьма сомнительно къ прощупыванію отростка и къ его діагностическому значенію. Какъ видно, подъ вліяніемъ моей работы <sup>27)</sup>, *Boas* нѣсколько измѣнилъ свой взглядъ, хотя и теперь еще высказывается довольно сдержанно. Въ книгѣ своей о болѣзняхъ кишечника, вышедшей на нѣмецкомъ языкѣ во 2-омъ изданіи въ 1901 г. <sup>28)</sup>, *Boas* говоритъ на стр. 481:

«Если мы даже допустимъ возможность прощупыванія отростка, то діагностическое значеніе прощупыванія весьма небольшое, и на стр. 73: «ощупываніе отростка мнѣ удавалось лишь рѣдко». Теперь же *Boas* въ монографіи своей о хроническомъ перитифлитѣ говоритъ: «Нѣсколько благоприятныя условія при хроническомъ перитифлитѣ, при которомъ прощупываніе червеобразнаго отростка, по нѣкоторымъ авторамъ (*Ewald*, *Hausmann*), имѣетъ извѣстное діагностическое значеніе, что въ подобныхъ случаяхъ иногда очень ясно можно прощупать червеобразный отростокъ въ видѣ совершенно круглаго болѣзненнаго образованія. Но, съ другой стороны, въ цѣломъ рядѣ случаевъ хроническаго перитифлита это не удается не только при однократномъ, но и при повторномъ изслѣдованіи. Въ другихъ случаяхъ, въ которыхъ дѣйствительно, удается что-то прощупать, нѣтъ никакой возможности рѣшить, имѣется-ли при этомъ дѣло съ сокращенной частью толстыхъ кишокъ, съ кишечной петлей, перемычками и т. п. Во всякомъ случаѣ, по моимъ наблюденіямъ, признакъ этотъ только тогда имѣетъ діагностическое значеніе, когда въ правой позадной ямкѣ постоянно можно ясно прощупать чувствительное при давленіи тѣло, соответствующее по формѣ и толщинѣ червеобразному отростку. Въ подобныхъ, какъ уже сказано, относительно немногочисленныхъ случаяхъ распознаваніе, дѣйствительно, значительно облегчается».

Я радъ признанію *Boas'a*, что иногда очень ясно можно прощупать отростокъ, и что тогда діагнозъ значительно облегчается. Я знаю, что въ цѣломъ рядѣ случаевъ не удастся прощупать отростокъ въ зависимости какъ отъ общихъ условій, затрудняющихъ прощупываніе, такъ и отъ положенія отростка. Но, если только удастся прощупать «что-то», то въ большинствѣ случаевъ и удастся опредѣлить, имѣемъ-ли мы дѣло съ отросткомъ, или съ частью

толстой кишки, кишечной петлей и т. д. Хорошо уже-если можно «что-то» прощупать, а тамъ мы уже рѣшимъ, что это за образованіе. Я могу только отослать читателя къ тому, что сказано въ настоящей статьѣ относительно распознаванія поперечной толстой кишки, *flexurae sigmoideae* и позадной кишки.

Укажу еще на вышедшій въ свѣтъ въ 1905 г. сборникъ статей проф. *Образцова* <sup>29)</sup>. Изъ этого сборника желающіе могутъ узнать взгляды *Образцова* на прощупываніе желудочно-кишечнаго тракта, и познакомиться съ его методикой. Статьи эти всѣ были напечатаны уже раньше въ разное время и въ различныхъ журналахъ, но здѣсь можно найти все въѣстѣ, что, конечно, облегчаетъ задачу изученія даннаго вопроса. Какъ и въ прежнихъ статьяхъ, такъ и въ «Сборникѣ» о прощупываніи червеобразнаго отростка не говорится.

**Литература.** 1. *Образцовъ*. Объ изслѣдованіи желудка и кишечника. «Еженедѣльная Клиническая Газета». 1887, № 22.—2. *Она-же*. О физическомъ изслѣдованіи кишечника. «Врачъ», 1892, № 12.—3. *Она-же*. Ueber die physikalische Untersuchung des Darmes. «Archiv f. Verdauungskrankheiten». 1896.—4. *Hausmann Th.* Ueber die Palpation d. Appendix u. über d. Appendicitis larvata. «Berliner klin. Wochenschrift», 1905, № 7.—5. *Hausmann*. Das Coecum mobile. Тамъ-же. 1904, № 44.—6. *Она-же*. Beitrag zu den Lageanomalien des Darmes. «Centralbl. f. Chirurgie», 1900, № 1.—7. *Curechmann*. «Deutsches Archiv f. klin. Medicin», т. 53.—8. *Hausmann, Th.* Ein Fall von chronischem angeborenem volvulus coeci. «Centralbl. f. Chirurgie», 1900, № 42.—9. *Boas*. Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten 1901.—10. *Edebohlts*. «American Journal of the medical sciences», 1894.—11. *Rose*. «Deutsche medic. Wochenschrift», 1901.—12. *Turner*. Centralbl. f. Chirurgie. 1892, № 44.—13. *Quenu*, реферировано въ «Archiv f. Verdauungskrankheiten», т. 9.—14. *Leinhardt*. Mittheilungen aus d. Grenzgebieten der Medicin, т. 13.—15. *Tuffier et Jeanne*. «Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale», 1899.—16. *Kümmel*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1898, № 15.—17. *Riedel*. Тамъ-же, 1903.—18. *Buch*. «Archiv f. Verdauungskrankheiten», 1901, 1903.—19. *Head*. Die Sensibilitätsstörungen der Haut. 1898.—20. *Ewald*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1899, № 24.—21. *Она-же*. Die Krankheiten d. Darmes u. des Bauchfels, 1902.—22. *Hausmann, Th.* Zur Symptomatologie u. Therapie d. durch d. Trichocephalus dispar verursachten Krankheitsstörungen. «St.-Petersburger med. Wochenschrift», 1900, № 31. Въ этой работѣ я указываю на важное діагностическое значеніе микроскопическаго изслѣдованія кала на яички глистовъ во всѣхъ мало-мальски не ясныхъ въ смыслѣ диагноза случаяхъ. Поэтому я и въ настоящемъ случаѣ вѣшалъ нужнымъ изслѣдовать подъ микроскопомъ испражненія.—23. *Мечниковъ*. Note helminthologique sur l'appendicite. «Academie de médecine», 1901. Здѣсь *Мечниковъ* указываетъ на этиологическое значеніе глистовъ при аппендицитѣ; смотри также «Русский Врачъ», 1902, № 1.—24. *Образцовъ*. «Болынич. Газета Боткина», 1900 г.—25. *Stiller*. «Archiv f. Verdauungskrankheiten», 1901.—26. *Гаусманъ, 6.* Подвздошныя 10-го ребра, какъ признакъ слабости. «В.-Медицинскій Журналъ», 1902.—27. *Образцовъ*. Ueber die Palpation des Pylorus. «Deutsche med. Wochenschrift», 1902, 43.—28. *Cohnheim*. Ueber d. Palpation d. Pylorus. «Deutsches Arch. f. klin. Medicin», т. 78.—29. *Hausmann, Th.* Ueber d. Palpation des Pylorus und der grossen Curvatur.—Печатается въ «Deutsche medic. Wochenschrift». —30. *Lauenstein*. «Münchener med. Wochenschrift», 1904.—31. *Klecki*. «Annales de l'Institut Pasteur», 1899.—32. *Ewald*. Die Krankheiten des Darmes u. des Bauchfels, 1902, стр. 17.—33. *Singer*. Pseudoappendicitis u. Ileocoecalschmerz, 1905.—34. *Funk*. Ueber den Verlauf der Ureteren. «Deutsche medic. Wochenschrift», 1897, № 18.—35. *Albu*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1905, 25, 26.—36. *Boas*. Хроническій перитифлитъ. Переводъ, 1906.—37. *Hausmann, Th.* Ueber d. Palpation d. Appendix. «Berliner klin. Wochenschrift», 1905, 7.—38. *Boas*. Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten, 1901.—39. *Образцовъ*. Къ физическому изслѣдованію желудочно-кишечнаго канала. Киевъ. 1905.

СШ. Изъ Кокчетавской уѣздной больницы (Авмолинской области).

## 2 случая послѣдвожоговыхъ сращеній.

В. А. Бялбжескаго.

Оба случая принадлежатъ киргизамъ, но прежде, чѣмъ приступить къ изложенію исторій болѣзни, считаю нужнымъ сказать вкратцѣ объ условіяхъ, въ которыхъ приходится работать врачамъ въ Киргизской степи.

Медицинская помощь здѣсь рѣдкость. На громадный Кокчетавскій уѣздъ, величиною чуть ли не съ Францію,

всего на всего полагается 3 участковыхъ врача и 1 казачій и приблизительно десятокъ фельдшеровъ. Крайній пунктъ моего участка на сѣверъ отстоитъ отъ постоянного моего мѣстожителства на—103 версты, на западъ на 35 верстъ, на югъ—156 верстъ, а на востокъ до 300 верстъ. Вся медицина олицетворяется 1 врачомъ и 2 фельдшерами.

Понятно, что, гдѣ отсутствуетъ настоящая медицина, тамъ должно развиться знахарство, которое въ степномъ краѣ, дѣйствительно, очень развито. Здѣсь постоянно наталкиваешься на рассказы больныхъ, что выпавшую матку какая нибудь деревенская лѣкарка долго и тщетно окуривала навозомъ, искренно уповавъ, что отъ навознаго дыма выпавшій органъ уйдетъ на мѣсто и т. д. Но особенно знахарство развито среди киргизъ. Русскій крестьянинъ идетъ къ врачу довольно охотно, но киргизъ сначала перепробуетъ весь арсеналъ туземной медицины, прежде чѣмъ обратиться къ врачу или фельдшеру.

Среди киргизъ главнымъ образомъ развиты наклонныя болѣзни: парша, чесотка, акзема, изъ внутреннихъ же главнымъ образомъ бугорчатковая лимфома. Если киргизы будутъ переведены на осѣдлый образъ жизни и лишены спасительнаго для нихъ лѣтняго привольнаго кочеванія, то—можно съ увѣренностью поручиться—чуть ли не половина киргизскаго населенія вымретъ отъ бугорчатки.

Любимымъ лѣкарствомъ почти отъ всѣхъ болѣзней у киргизъ считается опій, который они часто даже жуютъ. Распространено и куреніе опія, но сравнительно въ небольшихъ размѣрахъ.

Перехожу къ описанію своихъ случаевъ.

1. 16-го сентября 1904 г. въ Кокчетавскую уѣздную больницу поступила киргизка Мизгильской волости К. А. 14 лѣтъ. Ростъ—ниже средняго. Подкожно-жировой слой развитъ хорошо, мышцы слабо. Со стороны сердца, желудка, кишечника—укло-

нокъ паршей и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ кожи уже атрофировалась. Правая рука сращена вплотную съ туловищемъ—какъ



Рис. 1

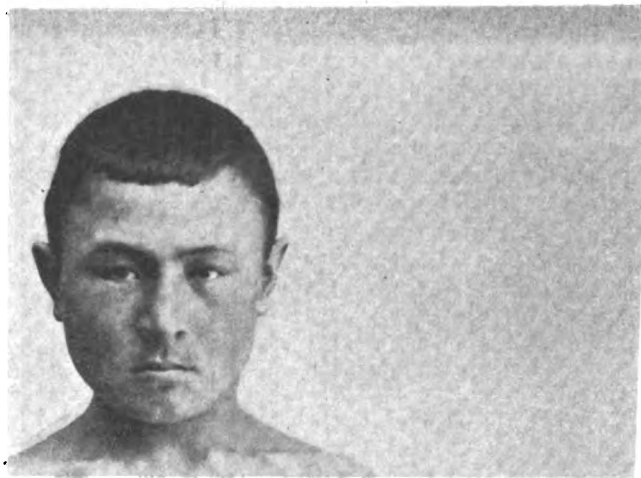


Рис. 2.

это видно из прилагаемых рисунков—и только кисть и нижняя часть локтя свободны. Сроение это явилось последствием ожога, полученного больной 8 летъ тому назадъ отъ вспыхнувшего на ней платья, когда она неосторожно приблизилась къ костру. Лѣчили—по словамъ отца—разными домашними средствами, но какими именно установить не удалось. Такъ какъ приближается 16 лѣтъ, возрастъ—когда киргизскія дѣвушки выходятъ замужъ, то женихъ К. потребовалъ возвращенія уклоненнаго калмыка, такъ какъ—по его словамъ—«на урокъ жениться не хочется». Въ виду этого отецъ и просить сдѣлать все, что возможно, чтобы только освободить руку. Предложена операція, на которую и получено согласіе.

18-го произведена подъ хлороформнымъ наркозомъ операція. Послѣ кожного разреза обнаружилось, что рука соединена съ ребрами довольно толстымъ слоемъ жира, который отсепарированъ тупымъ путемъ, при чемъ я старался идти по серединѣ жирового слоя. Рука не могла дѣлать полного разгибанія вслѣдствіе значительной атрофіи мышцъ плеча и предплечья и укороченія сухожилья мышцъ плеча. Кожи не могло, конечно, хватить на огромную рану и закрыть удалось лишь предплечье и обрамовать подмышку съ помощью кожныхъ лоскутовъ, вырванныхъ изъ боковъ кожи раны туловища.

18 сентября—22 октября заживленіе раны идетъ хорошо. Больная принимаетъ, начиная съ 29 сентября, внутрь желѣзо.

2 ноября для ускоренія процесса рубцеванія сдѣлана пересадка кожи, вполне удавшаяся, и назначенъ въ восходящихъ долахъ Fowler'овъ растворъ отъ 1—4 капель 2 раза въ день. Къ сожалѣнію, я въ виду своей малой хирургической опытности не рѣшился сдѣлать пересадку на всю рану и ограничился лишь раной туловища, рану-же плеча не трогалъ. Когда затѣмъ черезъ 2 недѣли, въ виду удачной пересадки, больной было предложено подвергнуться еще разъ операціи пересадки, то она наотрѣзъ отказалась. Больной каждый день дѣлалось 3—4 раза въ день насильственное разгибаніе руки. 6 декабря больная была взята изъ больницы родителями. На плечѣ остается треугольная рана, длиною почти 3 вершка и шириною у основанія немного болѣе вершка. Разгибаніе въ локтевомъ суставѣ почти полное.

Пріѣхавшій въ августъ 1905 г. въ Кокчетавъ отецъ К. сообщалъ, что рана вполне зажила и что дочь свободно владѣетъ рукой.

2 15 февраля 1905 г. въ Кокчетавскую уѣздную больницу поступилъ киргизъ Аиртавской волости Кокчетавскаго уѣзда К. Р. 17 лѣтъ отъ роду. К. здоровый крѣпкаго тѣлосложенія юноша имѣетъ прирощенъ къ грудной кѣткѣ лѣвое плечо. По разсказу брата больной получилъ свой ожогъ 3-хъ лѣтъ отъ роду отъ вспыхнувшей на немъ рубашки, при чемъ рука черезъ нѣсколько мѣсяцевъ оказалась прирощенной къ туловищу и свободными были только пальцы. Черезъ годъ какой-то киргизскій лѣкарь перерѣзалъ сращеніе и дѣлалъ больному перевязку изъ топленнаго масла. Раны какъ будто бы зажили, но черезъ нѣкоторое время плечо опять срослось съ грудной кѣткой.

21 февраля операція подъ хлороформнымъ усыпленіемъ. Кожи хватало закрыть почти всю рану и только ниже подмышки на туловищѣ остался незакрытымъ небольшой дефектъ стм. 4 длиною и около 1½ стм. шириною. 2 марта швы сняты. Первичное натяженіе. Рана покрыта сильными грануляціями, которыя пражжены яписомъ. 21 марта: Рана зарубцевалась. Рукой владѣетъ свободно. Выписанъ изъ больницы.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

### Эвакуація раненыхъ отъ перевязочныхъ пунктовъ до госпиталей въ русско-японскую войну.

Давно уже извѣстно, что покой и покойное положеніе раненой части одно изъ главныхъ условій хорошаго теченія раненія. Съ другой стороны, несомнѣнно, что причиной смерти большаго числа раненыхъ въ только что кончившуюся войну была не рана сама по себѣ, а отсутствіе покоя послѣ раненія. На войнѣ раненые съ прострѣнными животомъ шли по 3—4 версты до перевязочнаго пункта, а съ передомами ѣхали по 15—20—30 верстъ безъ неподвижной повязки въ тряской двуколкѣ. Тряска, мучительное подбрасываніе на кочкахъ во время перевозки превращали легко раненыхъ въ тяжелыхъ, а тяжелыхъ уже въ безнадежныхъ.

И не смотря на это раненыхъ необходимо было отправлять. Условія боевъ были таковы, что о помощи раненымъ на полѣ сраженія или даже объ оставленіи для лѣченія на перевязочномъ пунктѣ не приходилось и думать.

Ни одинъ раненый не пожелаетъ оставаться ни одной лишней минуты въ области огня; всякій скорѣе спѣшитъ уйти въ безопасное отъ пуля мѣсто; не могущіе подняться

ся все-таки пыгаются выползти въ закрытое мѣсто. Оставаясь на полѣ сраженія, раненымъ пришлось-бы еще оставаться безъ пищи, безъ питья и безъ ухода.

На полковыхъ перевязочныхъ пунктахъ и въ дивизионномъ лагерѣ серьезная помощь тоже невозможна. Создать сколько-нибудь сносную обстановку для правильнаго лѣченія ранъ при постоянномъ передвиженіи, при отсутствіи помѣщенія, а иногда даже и при недостаточномъ количествѣ воды на перевязочныхъ пунктахъ—невозможно. Не говоря уже объ оперативномъ вмѣшательствѣ, даже подробное изслѣдованіе раны считалось опаснымъ—объ этомъ единодушно свидѣтельствуя всѣ, познакомившіеся съ обстановкой перевязочныхъ пунктовъ (см. докладъ въ Харбинскомъ медицинскомъ Обществѣ д-ровъ Безроднаго, Борнаунта, проф. Цеге-фонъ Мантейфель). Первую повязку приходилось дѣлать безъ предварительной тщательной очистки раны.

Кромѣ такой повязки, питанія и сортировки для эвакуаціи—на перевязочномъ пунктѣ ничего дѣлать не приходилось. Раненыхъ прибывало такое количество, что часто не доставало ни рукъ, ни средствъ подавать имъ всѣмъ и такую помощь. Приходилось больше думать о томъ, какъ-бы поскорѣе увезти уже перевязанныхъ, чтобы вновь прибывающіе не оставались подъ открытымъ небомъ и совершенно безъ помощи. Да и кромѣ того перевязочнымъ пунктамъ всегда грозила возможность обстрѣла или необходимости неожиданно двинуться за своей частью.

Такимъ образомъ было ясно, что «главное—не задерживать больныхъ, а по возможности спокойно транспортировать въ тылъ, гдѣ только можетъ быть оказана дѣйствительная медицинская помощь» (Цеге-фонъ-Мантейфель, «Труды Харьковскаго Общества», стр. 79).

Къ сожалѣнію «транспортировка въ передовой линіи, имѣющая первенствующее значеніе на судьбу раненаго, была недостаточной въ количественномъ и качественномъ отношеніи» рѣшила Комmissія при Правленіи медицинскаго Общества въ Харбинѣ (Труды Общества, стр. 81). Дѣло эвакуаціи было поставлено въ высшей степени плохо и оказалось совершенно неразработаннымъ.

Количество перевозочныхъ средствъ совершенно не считалось съ дѣйствительной въ нихъ потребностью. Предполагалось, что до госпиталей и желѣзной дороги раненыхъ должны довести полковыми средствами и въ тоже самое время для этой цѣли въ полку полагалось только по 1 двуколку на роту (250 чел.), т. е. 16 двуколокъ на полкъ, да и изъ этихъ двуколокъ въ дѣйствительности многіе были заняты другимъ дѣломъ, да у дивизионнаго лазарета на 4 полка имѣлось 32 двуколки<sup>1)</sup>.

Въ помощь этимъ перевозочнымъ средствамъ могли быть вызваны «санитарные транспорты и полугранспорты». Предполагалось, что они должны направляться туда, гдѣ собственные средства войскъ исчерпаны. Санитарные транспорты надо было разсматривать какъ резервъ, находящійся въ распоряженіи руководящаго эвакуаціей лица, резервъ, который онъ посылалъ-бы въ мѣста наибольшей необходимости. Но необходимости въ транспортахъ вслѣдствіе недостатка своихъ средствъ оказалась вездѣ, а транспортовъ имѣлось до марта 1905 г. во всѣхъ Манчжурскихъ арміяхъ 5 и 8 полугранспортовъ [при чемъ 2 только съ января<sup>2)</sup>]. Приходилось искать перевозочныхъ средствъ гдѣ угодно. Къ перевозкѣ раненыхъ привлекались всѣ, какія только было можно повозки: раненыхъ поручали идущимъ обратно продовольственнымъ двуколкамъ, арбынымъ продовольственнымъ транспортамъ, сажали ихъ на лафеты уходящихъ батарей, уносили на рукахъ, сгоняя китайцевъ и даже употребляли для этого цѣлые батальоны только что

<sup>1)</sup> Всѣ полковыя двуколки и всѣ двуколки дивизионнаго лазарета употреблялись главнымъ образомъ для перевозки отъ полкового до дивизионнаго лазарета, и ихъ едва доставало для этой цѣли. Въ среднемъ на полкъ приходилось 600 раненыхъ, а перевезти надо было 5—7 верстъ до дивизионнаго лазарета; отъ послѣдняго до госпиталя было 10—20 верстъ.

<sup>2)</sup> Въ транспорты 109 двуколокъ для раненыхъ при 157 человекъ команды. Въ полугранспорты 50 двуколокъ при 79 человекъ команды.

бывших в бою, утомленных солдат (как при Тумшинском перевале 1 октября 1904 г., в сражении на дороге к Синмантину в феврале 1905 г.). Но все это было крайне случайным, никакого общего руководства, никакого предварительного плана в этом обыкновенно не бывало.

Много писалось об ужасах перевозки в трисках двуколках, о душу раздирающих криках раненых, когда их везли в этих «орудиях пытки» — и все это не преувеличение, но часто попасть и в такую двуколку было счастьем для раненого. Заберут двуколки немногих счастливец с перевязочного пункта, и везут на желѣзную дорогу, а большинство лежит и ожидает.

Благодаря недостатку перевязочных средств большинство раненых шло пѣшком и не только с легкими ранами, но и такие, которым идти безусловно не слѣдовало. Шли по нѣскольким десяткам верст. Шли пѣшком от Тюренчена до Ляояна, шли от Мукдена до Телина (60 верст). Конечно, если во время боя выбывает из строя почти 100000 человек (Мукден), то для эвакуации требуются громадные средства; несомненно, что большинство раненых при всякой, даже наиболее заботливой и обдуманной организации придется вывозить на хозяйственных двуколках и многим легко раненым придется идти пѣшком, но в только что кончившуюся войну раненые были предоставлены буквально случаю. Перевязочные пункты никогда не были укреплены, что им удалось вывести всѣх своих раненых. Несомненно, бывали частые случаи, что раненые, — уже подобранные с поля сражения,несенные в одно мѣсто, — оставались невывезенными. Всѣм извѣстен случай оставления раненых в Мукденѣ, а на перевязочных пунктах такие случаи бывали нерѣдко. Я лично знаю слѣдующие случаи тяжелого положения перевязочных пунктов.

1. В ночь с 19 на 20-е августа 1904 г. у Ляояна в отряд ген. Мищенко оставалось много раненых, перевязочный пункт много раз просил прислать перевязочных средств; пришедший к ночи полутранспорт всѣх раненых не забрал, посланный ночью еще полутранспорт не дошел, отряд должен был переходить с правого фланга на лѣвый.

2. 1 октября 1904 г. в бою у Тумшинского перевала в дивизионном лазаретѣ стрѣлковой дивизии оставалось около 100 раненых, которых не на чем было вывезти; послѣ долгих поисков способъ их эвакуировать начальник дивизии дал батальон только что бывших в бою солдат, которые несли раненых около 20 верст.

3. Вечером 17 января 1905 г. санитарные полутранспорты не могли забрать всѣх раненых, оставленных в д. Тутайцы 2-ым бригадным лазаретом свод. стр. корпуса. Деревня уже обстрѣливалась (южнее Чжактаня), когда оттуда выходили полутранспорты. Невѣдомо, вывезли ли кто этих раненых.

4. 18 февраля утром, посланный из Суходяпу по направлению к Давальганьпу полутранспорт не мог уже туда пробѣжать, между тѣм в деревнѣ около Давальганьпу на берегу Хуньхе, по словам ушедших оттуда солдат, в фанзах оставалось большое количество раненых.

«Нужно быть при эвакуации перевязочного пункта при отступлении, чтобы понять весь ужас такого положения, — пишет д-ръ Пуссен; у врача всегда остается 50—60 раненых (а часто и сотни), они умоляют их не бросать, а перевязочных средств нѣтъ никаких, нѣтъ людей, Руки опускаются...» Кто видѣлъ оставляемых раненых, тот этого не забудет!...

Если о вывозѣ раненых хотя и недостаточно, но все же заботились, то в началѣ войны относительно *предоставления* перевозимым раненым *возможнаго покоя* совѣтъ уже не думали: в устройствѣ перевозочных средств нельзя было найти даже намека на стремление дать раненому покой. В предназначенных исключительно для перевозки раненых полковых «санитарных» двуколках и двуколках «санитарных» транспортов и полутранспортов для удобства перевозки не было сдѣлано ничего. Тѣ же хозяйственные двуколки без всяких рессор, все отличіе заключалось в томъ, что к верхним продольным краям двуколки натягивался веревочный переплет или брезентъ, раздѣленный на два мѣста для лежащих больных палкой по срединѣ, конец которой прикрѣплялся к откинутому наклонно на 60° задку двуколки (чтобы увеличить ее длину). От тряски это приспособление почти не защищало. Конечно, на брезентѣ раненому лежать было

лучше, чѣм на дѣл двуколки, но все же этого было больше, чѣм недостаточно. Надѣ двуколкой была сдѣлана из деревянных брусков будка, обтянутая какой-нибудь матеріей. Будка эта быстро ломалась, а матерія была обыкновенно очень тонка и быстро рвалась на клочки. Сверхъ брезентовъ или веревочных переплетов клались набитые соломой мѣшки, но даже такое необходимое приспособление полагалось не в каждой двуколкѣ: в санитарном полутранспортѣ по штату на 100 мѣст (50 двухъ) полагалось только 30 мѣшков съ соломой; а в полковых двуколках мѣшков не имѣлось почти вовсе, такъ как двуколки во время исполненія хозяйственных работъ теряли ихъ. Для перевозки на двуколках оставались только сравнительно тяжело раненые, всѣ остальные уходили пѣшком. И вотъ в результатѣ, бывало, уложишь одного раненого на мѣшок и вдруг несут другого еще болѣе тяжелого... и предстоитъ вытаскивать тѣло изъ подъ первого, чтобы дать второму.

Стоны и крики все время сопровождаютъ движенія транспорта раненых; случалось, что раненый все время дороги кричить и просить, чтобы его пустили лучше идти пѣшком. Всѣ, кто могъ идти, предпочитали пѣшее хождение ѣздѣ. Если приходилось везти на двуколкѣ очень тяжело раненых, то многие почти сейчасъ же умирали отъ тряски; вотъ напр. выписка изъ дневника одного изъ санитарных транспортовъ: «15 августа 1904 г. В деревнѣ Сугунзы на нашу долю изъ 20, 21 и 23 полевого госпиталя досталось 110 человек — все тяжело раненые. Госпитали снимались. Я не хотѣлъ брать такихъ раненых, но в виду обязательности отступленія и невозможности достать людей для носилокъ, пришлось везти. Дорога идетъ по галяновымъ грядкамъ. Уже до Сяпу — за 2 в. отъ Сугунзы, умерли 3 раненых, послѣ Сяпу еще — 1».

Имѣлось в арміи небольшое количество рессорных двуколокъ (финляндскія, Императрицы Маріи Федоровны даръ Москвы, Гессенскія), но ихъ было такъ мало, что онѣ почти никогда не встрѣчались. Особенно удачнымъ оказалось для перевозки раненых изобрѣтеніе ген. Ухача-Огоровича: носилки, которые несли 2 мула — одинъ спереди, другой сзади. Носилки эти были лучше и дешевле всякихъ рессорныхъ двуколокъ, но ихъ тоже было во время боевъ очень мало \*).

Говоря о полномъ отсутствіи заботъ по предоставленію раненымъ необходимыхъ удобствъ, нельзя особенно не указать на удивительно странное устройство «санитарныхъ транспортовъ». При недостаткѣ войсковыхъ перевозочныхъ средствъ санитарные транспорты оказались имѣющими очень большое значеніе. Но разъ устраивается специальное учрежденіе, занимающееся исключительно перевозкой раненых, въ немъ должны быть для этого приспособленія, должны заботиться о покоѣ раненого, о врачебной помощи, о питаніи в случаѣ продолжительной перевозки, о возможной быстротѣ перевозки. Что же за специальное учрежденіе, если ничего специально устроеннаго въ немъ нѣтъ?

Заботы обо всемъ этомъ на дѣл принимали странную форму. Самого главнаго, приспособленія для возможно покойной перевозки в санитарныхъ транспотахъ, какъ выше указано — не было никакихъ. Для врачебной помощи в транспортѣ имѣлось 2 врача, имѣлась аптека, но положеніе врачей было по истинѣ мучительное; какъ врачи они своею обязанностью должны были считать помощь раненымъ, а в дѣйствительности они не могли сдѣлать ничего. Что можно, напр., сдѣлать для раненого в животѣ, у котораго рвота, который уже безъ сознания, если его везутъ на двуколкѣ, если его подбрасываетъ вверхъ? Что можно сдѣлать раненому съ переломленной ногой, если ногу бьетъ или о край двуколки или о палку, раздѣляющую двуколку на 2 тѣсныхъ мѣста?

Сражавшіеся не ѣли на позиціяхъ, нѣкогда кормить ихъ было на перевязочныхъ пунктахъ, да перевязочный пунктъ и не имѣлъ продовольственныхъ средствъ, развѣ дадутъ

\*) Послѣ Мукдена появились устроенныя по системѣ Ухача-Огоровича военно-санитарные полутранспорты; ихъ было къ концу войны в 3-хъ арміяхъ всего 11.



стаканъ чая, ничего не давалъ обыкновенно раненымъ и транспортъ \*). Транспортъ спѣшили сдать ихъ въ госпиталь, да и сами раненые предпочитали скорѣе пріѣхать на мѣсто, чѣмъ ѣхать по дорогѣ, оставаясь еще лишніе часы въ неудобной двуколкѣ. Но транспорты попадали въ страшное затрудненіе, когда поездка продолжалась больше сутокъ и волей неволей ѣхать было надо. Вся забота о питаніи сводилась къ тому, что въ положеніи о санитарныхъ транспортахъ разсказывается, въ какое время дня давать больнымъ завтракъ, обѣдъ и т. д., но о томъ, чтобы было въ чемъ сварить этотъ обѣдъ, не позаботились: имѣлась одна только небольшая (кавалерійская) кухня, въ которой абсолютно невозможно варить сразу обѣдъ для раненыхъ и для команды транспорта.

Отсутствие покоя, невозможность доставить раненымъ питаніе и врачебную помощь, могли-бы хоть сколько нибудь облегчаться быстротой перевозки, но на бѣду очень многие санитарные транспорты отличались медленностью передвиженія. Лошади для транспорта (по одной на двуколку—осенью 1904 г. транспортамъ, бывшимъ въ Манчжуріи, дали добавочныхъ муловъ на случай плохой дороги) полагались обозныя 2-го разряда. Всѣ дѣйствовавшіе въ боевой періодъ войны (до марта 1905 г.) транспорты и полутранспорты получили лошадей изъ Забайкалья. Лошади были даны ни разу, очевидно, не бывшія въ упражкѣ, даже не подкованныя. Для перевозки раненыхъ нужно-бы самыхъ покойныхъ лошадей, а тутъ какъ разъ наоборотъ: чуть отвернется возница, лошадь несетъ въ сторону, двуколка выѣдетъ съ ранеными летить на бокъ. Кромѣ того какъ никогда не возникшія тяжести, лошади эти были такъ слабосильны \*\*), что даже при небольшихъ подъемахъ онѣ не могли вывести повозки и приходилось прибѣгать къ содѣйствию людей. Въ результатѣ какіе-нибудь 15—20 верстъ транспорты шли иногда 12—15 часовъ и пріѣзжали измучивши и раненыхъ, и всю свою команду.

Штатъ людей транспорта крайне ограниченъ. Такія необходимыя должности какъ фуражиръ, артельщикъ, кашеваръ по штату вовсе не положены; запасныхъ людей нѣтъ—все это приходилось выдѣлять изъ санитаровъ, которыхъ въ полутранспортѣ было 10 человекъ, и они быстро уходили на замѣщеніе всѣхъ этихъ должностей и пополненіе убыли по болѣзни. Для ухода за ранеными, для нагрузки никого не оставалось. Носилокъ по штату тоже не полагалось. Все это крайне затрудняло и замедляло нагрузку, хотя часто надо было спѣшить.

Совершенно непонятно поэтому, какой смыслъ имѣли громадныя траты на такія «спеціальныя учрежденія», какъ санитарные транспорты и полутранспорты, если всякая хозяйственная двуколка, возвращающаяся послѣ доставки провіанта, въ 5 минутъ могла быть обращена въ настолько же приспособленную для раненыхъ, какъ и спеціальная санитарная. Отъ продовольственныхъ транспортовъ санитарные отличались въ концѣ-концовъ только тѣмъ, что, когда не было боя, они стояли безъ дѣла и, требуя отдѣльнаго конскаго состава, отдѣльной команды, истощали понапрасну казенныя деньги. Особенно странно то обстоятельство, что, когда необходимость увеличенія перевозочныхъ средствъ и улучшенія ихъ въ качественномъ отношеніи была понята и въ арміи, когда уже стали появляться превосходные транспорты изъ носилокъ на мулахъ,—еще больше появлялось новыхъ двуколочныхъ санитарныхъ транспортовъ и даже арбяныхъ. Къ концу кампаніи, въ 3-хъ Манчжурскихъ арміяхъ было двуколочныхъ 5 транспортовъ, 24 полутранспортовъ, 3 арбяныхъ санитарныхъ полутранспорта и 11 муловыхъ на носилкахъ.

Но все-таки самымъ главнымъ недостаткомъ, который особенно давалъ себя знать, было отсутствіе общаго руководства и наблюденія за перевязочными пунктами и эвакуаціей раненыхъ до госпиталей. Такого руководства никогда не было. Часто носильщики дивизіонныхъ лазаретовъ вовсе не являлись на помощь полковымъ носильщи-

камъ, повозки дивизіонныхъ лазаретовъ иногда вовсе не участвовали въ перевозкѣ раненыхъ, а воѣ были заняты подѣ имуществомъ и даже полковыя санитарныя двуколки не всѣ служили перевозкѣ; у нѣкоторыхъ командировъ полка врачамъ приходилось лишь усиленными просьбами добиваться освобожденія ихъ изъ подѣ груза. Санитарные транспорты также работали далеко не такъ энергично, какъ имъ слѣдовало-бы работать при крайней недостаточности перевозочныхъ средствъ. Вотъ, напр., число раненыхъ, перевезенныхъ 3-мя извѣстными мѣ транспортами во время боевъ:

	Полутрансп.	Полутрансп.	Транспорты
За время боя у Ляояна 9 дней (съ 13—22 авг.) . . . . .	226	181	1093
За время боя у р. Шахѣ 6 дней (съ 29/xi—4/x) . . . . .	335	175	773
За время боя у Сандепу 5 дней (съ 12—16 янв.) . . . . .	173	не перевозили вовсе	
За время боя у Мукдена 10 дней (съ 16—25 февр.) . . . . .	764	?	1871

Причиной недостаточной интенсивности работы транспортовъ были отчасти недѣятельность командировъ транспортовъ, которые обращали все свое вниманіе на хозяйственную сторону дѣла; нѣкоторые больше заботились о сохраненіи лошадей, о наименьшемъ для себя безпокойствѣ, чѣмъ о перевозкѣ возможно большаго числа раненыхъ (Былъ, напр., случай, что военный полутранспортъ, сдѣлавъ одинъ переходъ около 30—35 верстъ, провелъ 2 дня на отдыхѣ, въ то время какъ частный транспортъ Вороновой, работавшій въ томъ же мѣстѣ, за это время успѣлъ сдѣлать 3 оборота. Благодаря отсутствію полутранспортовъ, отступающія войска несли раненыхъ 15—20 верстъ на рукахъ и едва было не оставили ихъ вовсе). Часто вмѣсто всѣхъ двуколокъ, для раненыхъ посылали лишь часть, остальные оказывались нагруженными фуражемъ и т. д.

Второй—болѣе важной причиной не интенсивной работы было то обстоятельство, что транспорты часто направлялись не туда, гдѣ въ нихъ была наибольшая потребность, или даже никуда не направлялись. Предполагалось, что, находясь въ распоряженіи начальника санитарной части и инспектора госпиталя, санитарные транспорты во всякій моментъ могли быть посланы туда, гдѣ они нужны всего, но на самомъ дѣлѣ высшее санитарное начальство почти всегда было мало освѣдомлено о ходѣ боя, о нуждѣ въ перевозочныхъ средствахъ. Инспекторъ госпиталей 2-ой арміи предложилъ даже каждому транспорту самому устроить развѣдку, гдѣ есть раненые, но какъ безцѣльная такая разведка одного транспорта (въѣдъ не можетъ же онъ объѣхать всю армію), наглядно показываетъ путешествіе начальника санитарной части 2-ой арміи съ 50 двуколками въ ночь на 17 января. Ѣздили всю ночь съ 5 час. вечера; въ одной деревнѣ забрали 7 раненыхъ, изъ коихъ одинъ тяжело раненый въ голову, и всѣхъ ихъ таскали по морозу всю ночь, разыскивая другихъ раненыхъ. Въ 5 мѣстахъ (3 бриг. лаз. свод. стр. К., лаз. 9-ой В. С. стр. дивиз., лаз. арт. бриг.) нашли 2 офицера и 20 нижнихъ чиновъ, т. е. такое количество, какое могли вполнѣ вывезти сами части, и лишь въ 9 ч. утра, случайно встрѣтивши уполномоченнаго Краснаго Креста Гучкова, узнали отъ него, что близко есть лазаретъ Краснаго Креста, гдѣ есть 62 раненыхъ.

Транспорты посылались наугадъ и ѣздили непродуцательно по цѣлымъ суткамъ, разбредаясь во всѣ стороны, а тѣмъ частямъ, которыя просили сами, приходилось отказывать за неимѣніемъ транспортовъ. Бывали случаи, что цѣлый транспортъ, могущій забрать 200—250 раненыхъ, ночью ѣздилъ за 8 верстъ и тамъ находилъ только 2-хъ раненыхъ. Иногда во время боя санитарные транспорты стояли безъ дѣла по нѣскольку сутокъ; такъ было, напр., съ 6-мъ полутранспортомъ 17, 18 и 19-го августа въ Ляоянѣ. Или: въ теченіи 12, 13, 14 и 15 января во время боя у Сандепу имѣвшіеся во 2-ой арміи 1 транспортъ и 4 полутранспорта всѣ стояли безъ всякаго дѣла въ Суходяпу,

\*) Перевозили они обыкновенно на разстояніи 10—20 верстъ до полковыхъ подвижныхъ госпиталей или до желѣзной дороги отъ перевозочныхъ пунктовъ или дивизіоннаго лазарета.

\*\*) Иногда слабосильность лошадей поддерживалась и недостаточностью выдаваемого лошадямъ корма.

т. е. далеко в тылу (8 в. к сѣверу от Даванганпу), такъ что до линіи боя ѣхать отсюда надо было цѣлыя сутки, между тѣмъ 1-ый В. Сиб. стрѣлк. корпусъ, совершавшій обходъ Сандоу, неся громадныя потери, крайне нуждался въ перевозочныхъ средствахъ и неизвѣстно какими путями перевозилъ своихъ раненыхъ за 25 верстъ до Даванганпу, гдѣ были ближайшіе госпитали. Вѣроятно, большое количество раненыхъ осталось, и, быть можетъ, многіе замерзли, такъ какъ морозъ былъ свыше 20° Р. Лишь послѣ 15-го января направлены были 2 полу-транспорта къ 1-му корпусу, но уже не дошли, и подъ огнемъ непріятеля вывели раненыхъ 2-ой стрѣлк. бриг. сводн. корпуса, которые тоже остались-бы, не будь этихъ транспортовъ, а они попали сюда случайно (всего здѣсь было около 200 раненыхъ, почти всѣ не могли идти сами).

Изъ Мукдена 25 февраля нѣкоторые транспорты вышли безъ раненыхъ, между тѣмъ въ госпиталяхъ и землянкахъ раненыхъ оставалось много.

Это неудачное руководство понимали и сами инспектора госпиталей и начальники санитарной части, потому что послѣ многихъ неудачныхъ попытокъ лично руководить движеніями санитарныхъ транспортовъ, они, приходя къ заключенію, что корпуса лучше знаютъ, гдѣ много раненыхъ, сочли самымъ удобнымъ передавать санитарные транспорты въ распоряженіе корпуснаго начальства и прикомандировывать къ дивизионнымъ лазаретамъ. Не лучше-ли было просто увеличить перевозочныя средства войскъ?

Такъ обстояли дѣла со специальными санитарными транспортами, но большое количество раненыхъ перевозилось транспортомъ арбыми, а ихъ появленіе было еще болѣе случайно, и хотя часто они выводили перевязочные пункты изъ очень непріятныхъ положеній, но еще чаще бывало, что, при чрезвычайной необходимости, неизвѣстно было, откуда просить арбыной транспортъ. Между начальникомъ санитарной части и начальникомъ военныхъ сообщений, завѣдывавшимъ общими, не было никакой связи. Когда въ августѣ 1904 г. одинъ изъ перевязочныхъ пунктовъ попросилъ инспектора госпиталей, чтобы онъ прислалъ, если нѣтъ ничего другого, хоть арбы, такъ какъ перевязочному пункту надо уходить, а раненыхъ остается больше ста, то инспекторъ госпиталя отвѣтилъ: «я арбами не завѣдую», и перевязочный пунктъ былъ представленъ самому себѣ, а между тѣмъ, имѣлся связь между начальникомъ военного сообщения и инспектора госпиталей, вопросъ рѣшался-бы крайне просто: свободныхъ арбъ въ это время было много.

Отсутствіе умѣлаго общаго руководства сказывалось и въ распредѣленіи госпиталей, придвинутыхъ къ полю сраженія. Ихъ всегда бывало недостаточно. Слѣдча раненыхъ въ госпитали или на желѣзную дорогу, вообще, была однимъ изъ самыхъ трудныхъ моментовъ эвакуаціи. Казалось-бы, что, по пріѣздѣ въ госпиталь, кончались страданія раненыхъ, но въ дѣйствительности помѣщать раненаго въ госпиталь стоило обыкновенно большого труда. Каждый госпиталь обыкновенно начиналъ съ того, что вовсе отказывался принимать; идешь въ одинъ госпиталь, въ другой, все занято. Обходишь всѣ госпитали, находишься у станціи желѣзной дороги, куда привезли раненыхъ—все занято. Просишь какъ милости взять своихъ раненыхъ: вѣдь если здѣсь не возьмутъ, куда же везти? во-1-хъ, надо опять трясти въ двуколкахъ, во-2-хъ, отдается возвращеніе обратно на перевязочный пунктъ, гдѣ двуколки нужны и, въ 3-хъ, навѣрное и на слѣдующемъ разѣздѣ опять тоже переполненіе госпиталей. Только послѣ долгихъ споровъ и уговоровъ начинается вялая, неохотная приемка раненыхъ. Начинается укладываніе ихъ на полъ, бываетъ даже въ госпитальныхъ палаткахъ—тамъ всѣ мѣста заняты. Не знаю, вездѣ-ли точно такъ же накормятъ этихъ голодныхъ, измученныхъ людей; не знаю, долго-ли имъ придется лежать на полу. Конечно, въ нѣкоторыхъ случаяхъ такое переполненіе госпиталей было неизбежно, часто сразу и неожиданно доставлялось въ госпитали такое количество раненыхъ, что госпитали ихъ ни въ какомъ случаѣ не могли всѣхъ вмѣстить; но всего этого не было-бы, если-бы переполненіе госпиталей не оказыва-

лось постояннымъ явленіемъ и, если-бы не было госпиталей, которые во всю кампанію почти не дѣйствовали и вѣдѣли только десятокъ больныхъ!

Недостатокъ госпиталей сказывался даже во время небольшихъ сраженій, гдѣ имѣлась полная возможность придвинуть госпитали сколько угодно, такъ какъ неработавшихъ было много въ это время. Приведу выписку изъ дневника одного санитарнаго транспорта, характеризующую, какъ это отзывалось на эвакуаціи раненыхъ.

17-го іюля 1904 г. Вечеромъ мы прибыли въ дивизионный лазаретъ 9-ой пѣхотной дивизіи, здѣсь забрали все, что можно: осталось только 30 человекъ съ пораненіемъ живота—ихъ лазаретъ эвакуировалъ на носилкахъ въ Ампилинь. Затѣмъ транспортъ пошелъ въ дивизионный лазаретъ 31 дивизіи, здѣсь забралъ тоже всѣхъ, оставили только 32 человека, особенно тяжелыхъ. Оба перевязочныхъ пункта снялись въ ту же ночь и отошли къ Ампилину. Транспортъ въ 1 ч. ночи тоже пошелъ въ Ампилинь и тамъ еще забралъ 55 человекъ. Ночь была лунная, но на перевалѣ была ужасная толкотня и только въ 5 ч. утра транспортъ подѣхалъ къ Ампилину.

18-го іюля. Въ Ампилинь госпитали переполнены, никто не хотѣлъ принимать раненыхъ. Послѣ долгихъ уговоровъ 60 раненыхъ были приняты 22-мъ госпиталемъ, остальныхъ (всего доставлено было 166) повезли въ 23-й госпиталь, но главный врачъ не только отказался принимать раненыхъ, а даже выставилъ часового со специальнымъ назначеніемъ не пускать раненыхъ даже въ ту улицу, гдѣ расположенъ госпиталь. Обратились въ Харьковскій земскій отрядъ, но тамъ все было уже, дѣйствительно, переполнено, заняты были не только всѣ помѣщенія, но даже во всѣхъ дворахъ раненые лежали въ повалку, прямо на землѣ, подъ открытымъ небомъ; наставлять на приемъ новой партіи было безъ сомнѣнія нельзя. Обратились въ Орловскій земскій отрядъ; тамъ всѣ помѣщенія тоже переполнены ранеными, но на дворѣ мѣсто нашлось: приняли 51 раненыхъ; были разосланы на землѣ цыновки и на нихъ уложили вновь прибывшихъ. Опять направились въ 22-й госпиталь. Здѣсь не говоря уже о тѣфакахъ, не было даже цыновокъ и оставшихся 55 несчастныхъ пришлось уложить прямо на полъ, около госпитальныхъ палатокъ, на траву.

Еще удивительнѣе небрежность и нераспорядительность въ распредѣленіи госпиталей проявилась во время Ляоянскихъ боевъ. Уже 2 августа въ единственномъ оставшемся въ Ляоянѣ въ это время 1-омъ сводномъ военномъ госпиталѣ было свыше 600 больныхъ, а потому новыхъ раненыхъ здѣсь уже не принимали. Правда, 14 августа принимали сюда раненыхъ опять, но скопленіе 2-го августа было, такъ сказать, предостереженіемъ и, однако, достаточныхъ мѣръ принято не было. 16-го августа военные госпитали опять не приняли 86 раненыхъ изъ Вамбатая у 6-го санит. полутранспорта. Инспектору госпиталей направили полутранспортъ въ госпиталь Краснаго Креста, Выписываю изъ дневника врача полутранспорта:

«Долго блуждали мы по какимъ-то каналамъ ночью, пробираясь отъ военного госпиталя и разыскивая указаннаго генераломъ Е. госпиталя Кр. Кр., такъ какъ, по обыкновенію, дороги мы не знали, а указали намъ только направленіе. Наконецъ въ 3 ч. утра пріѣхала мы (а выѣхали въ 7 ч. вечера) къ Георгіевскому госпиталю; раненыхъ не принимали, рекомендуютъ лазаретъ Цзе-фонъ-Мантейфель и еще какой-то (4?) госпиталь Кр. Кр. Послали туда узнать. Отвѣтъ: Цзе можетъ принять только 50 ч., а госпиталь Кр. Кр. полонъ. Прошу сестру Георгіевскаго госпиталя, которая дежурила, позвать дежурнаго врача, но оказалось, что всѣ врачи спятъ и, не смотря на мои усиленные просьбы, она не хочетъ разбудить врача, не хочетъ провести меня къ нему, повторяя безъ конца: «раненыхъ принять не можемъ; всѣ мѣста заняты». Мы въ ужасномъ положеніи, ночь и утро выдались холодные—раненые мерзнутъ въ одной гимнастической рубашкѣ—и ни одного госпиталя. Что дѣлать? Послали опять къ инспектору госпиталя, а сами остались ждать у воротъ Георгіевскаго госпиталя. Прождали такъ до 8 ч. утра. Наконецъ, изволилъ проснуться главный врачъ Д. и... получилось разрѣшеніе принять раненыхъ. Оказалось, правда еще не совсѣмъ оборудованный бѣлье, но вполне хорошій баракъ. Затѣмъ же понадобилось продержаться на холодѣ столько времени даже тяжело раненыхъ у воротъ?»

Еще болѣе непонятно, какимъ образомъ, какъ разъ накануне большого Ляоянскаго боя (бой начался 17 августа), къ которому должны были быть готовы госпитали, воѣ они оказались переполненными! Результаты этого сказались.

«Съ ужасомъ вспоминаю ночь съ 19 на 20-е—пишетъ тотъ же врачъ въ своемъ дневникѣ.—Ночью, въ грозу мы опять пріѣхали съ ранеными въ Ляоянь. Всѣ госпитали переполнены, раненые лежатъ прямо на землѣ, въ водѣ и подъ ливнемъ. Отовсюду идутъ пѣшкомъ въ грязи по грудь раненые, и приходятъ всѣ промокшие, голодные, и нигдѣ имъ не находится мѣста хоть немного обсушиться. Ихъ посылаютъ изъ госпиталя въ госпиталь. Во время ливня стали переносить раненыхъ въ церкви, но и ту быстро заполнили».

Еще больше изумился я, когда уже въ октябрѣ, попавъ въ Гудзядзахъ въ одинъ госпиталь, узналъ, что онъ во время боевъ въ августѣ стоялъ въ Ляоянѣ свернутымъ и не получилъ приказанія развернуться.

Но въ Ляоянѣ было хоть сколько-нибудь госпиталей. Еще удивительнѣе дѣло обстоитъ во время боя у Сандепу. Тамъ уже ничего не было сдѣлано для правильной эвакуаціи. Почти всѣ раненные прибывали въ деревню Даванганьпу, гдѣ кончалась вѣтка желѣзной дороги. Здѣсь былъ только одинъ госпиталь Краснаго Креста (3-й), всѣ остальные госпитали были расположены почему-то дальше на сѣверъ и къ западу, да и этотъ 3-й госпиталь былъ не у желѣзной дороги, а въ самой деревнѣ Д., верстахъ въ 2 отъ линіи; у станціи-же никакого госпиталя или приѣмнаго пункта не было. Всѣ дни боя стоялъ морозъ 15—20—23° Р., около поѣзда скопилось масса всевозможныхъ повозокъ и арбъ съ ранеными. Принимались раненные крайне медленно. Санитарный поѣздъ стоялъ на какомъ-то пути (почему это произошло, ночью я не могъ понять), подъѣхать къ которому повозкамъ было нельзя: почти за 1 версту отъ поѣзда дорогу пересѣкали рельсы, а переѣзда черезъ нихъ сдѣлано небыло, шли какія-то канавы. Было совершенно темно, никакихъ фонарей. И вотъ приходилось эту версту носить раненныхъ на рукахъ, такъ какъ носилокъ въ поѣздъ было ничтожное количество: раненные прибывали сотнями, носилокъ же не знаю, было ли десятка 2, носильщиковъ еще меньше (описываемое относится къ 16 января). Возницъ принуждены были на опинѣ таскать раненныхъ, чтобы хоть немного ускорить дѣло, но и то, подъѣхавъ къ поѣзду въ 10 ч. вечера, мы уѣзжали оттуда въ 3 ч. ночи. Долго пришлось ждать очереди, еще дольше носили раненныхъ — и все это на 20°-омъ морозѣ. Всѣ перемерзли страшно: мы вѣдъ взяли раненныхъ въ 12 ч. дня, а сдали въ 3 ч. ночи.

Такъ руководили эвакуаціей заведующіе санитарной частью, знанія и опытности не было видно, да и какъ могла явиться эта опытность, если на мѣста инспектора госпиталя и начальника санитарной частью назначались люди, никогда не имѣвшіе никакого соприкосновенія съ санитаріей, при чемъ также случайно набирались и ихъ помощники. Госпитальное управленіе 2-ой арміи, напр., состояло изъ инспектора госпиталей, полковника, все время своей службы бывшаго адъютантомъ у командующихъ войсками, начальника канцеляріи — бывшаго комисара госпиталя; кромѣ того, были чиновники: одинъ бывший почтово-телеграфный чиновникъ, одинъ судебный приставъ, одинъ становой приставъ и т. д. И они слѣдили за правильной постановкой санитарной части арміи! Между тѣмъ организація санитарной части требовала не только распорядительности и хозяйственной опытности, что, повидному, имѣлось въ виду при назначеніи на должности распорядителей санитаріей военныхъ генераловъ и офицеровъ, но и специальныхъ, хотя бы теоретическихъ знаній. Генералы первые уроки санитаріи начинали брать уже на войнѣ, на дѣлѣ, при чемъ и здѣсь, къ сожалѣнію, ошибки, продолжавшія уже одними лицами, не принимались во вниманіе другими: каждому самому лично надо было испытать известные уроки и только тогда онъ дѣлался опытниѣе; что было до него, онъ знать не хотѣлъ.

Въ итогѣ всего сказаннаго прихожу къ слѣдующимъ заключеніямъ:

1. Несмотря на то, что послѣ раненія необходимо покой, на войнѣ приходится возможно быстрѣе эвакуировать раненныхъ въ тылъ; дѣленіе возможно только въ тылу.
2. Эвакуація въ Японскую войну была поставлена плохо и въ количественномъ, и въ качественномъ отношеніи, особенно-же вслѣдствіе неумѣлаго руководства эвакуаціей.
3. Необходимо увеличить по крайней мѣрѣ втрое количество перевозочныхъ средствъ у полковъ.
4. Перевозочныя средства должны находиться въ распоряженіи войскъ, корпусовъ (и теперь санитарныя транспорты прикомандировывались чаще къ корпусамъ). Санитарныя транспорты имѣютъ значеніе только какъ самый глубокий резервъ и при перевозкѣ между госпиталями. Много ихъ не надо; на счетъ уменьшенія санитарныхъ транспортовъ необходимо увеличивать полковыя санитарныя средства.

5. Перевозочныя средства, дѣйствительно, должны доставлять раненымъ покой. Лучше всего муловыя носилки. Двукольные санитарные транспорты безъ рессоръ и нерессорныя двуколки полковъ должны быть уничтожены.

6. Легко раненные перевозятся хозяйственными двуколками (такъ какъ приспособленныхъ на всѣхъ никогда не достанетъ), но они должны быть снабжены брезентомъ, подвѣшиваніе котораго займетъ 5 минутъ.

7. Для того, чтобы обозы можно было требовать, необходимо чтобы начальникъ санитарной части и начальникъ военныхъ сообщеній имѣли между собой связь.

8. Всей эвакуаціей должно заведывать лицо, обязательно знакомое съ санитарнымъ дѣломъ. Лицо это должно управлять всѣми перевозочными пунктами и госпиталями.

Т. Юдинъ.

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Патологическая анатомія. 366.** Основываясь на богатомъ патолого-анатомическомъ матеріалѣ *Thomson* описываетъ *измѣненія послѣда, пупочнаго канатика и яйцевыхъ оболочекъ при сифилисѣ*; онъ затрагиваетъ при этомъ вопросъ о передачѣ этой болѣзни по наслѣдству и черезъ послѣдъ, о соотвѣтствіи развитія патолого-анатомическихъ измѣненій съ силою и временемъ зараженія и т. д. Подробно изслѣдовавъ пупочный канатикъ плода въ 100 случаяхъ сифилиса родителей, авторъ твердо отрицаетъ выставленное *Hochsinger*'омъ положеніе, по которому степень сифилитическихъ пораженій въ разныхъ органахъ зависитъ отъ богатства извѣстнаго органа капиллярами; по этому положенію пупочный канатикъ, какъ органъ, не имѣющій капиллярной сѣти, подверженъ сифилитическимъ воспалительнымъ явленіямъ лишь въ весьма слабой степени; между тѣмъ авторъ находитъ въ 57 случаяхъ изслѣдованныхъ пупочныхъ канатиковъ у сифилитическихъ дѣтей въ 37 ясные слѣды воспалительныхъ процессовъ; послѣдніе состоятъ въ пропитываніи лейкоцитами, лимфоцитами и эпителиоидными клѣтками, а также въ замѣнѣ мышцъ грануляціонной тканью. Опираясь на многочисленныя изслѣдованія пупочныхъ канатиковъ при различныхъ другихъ болѣзняхъ матери, авторъ приходитъ къ заключенію, что воспаленіе пупочнаго канатика, если и не можетъ считаться вполне специфическимъ признакомъ сифилиса, все-же оно лишь крайне рѣдко встрѣчается при другихъ заразныхъ болѣзняхъ; а потому дитя, родившееся отъ сифилитическихъ родителей, должно считаться сифилитическимъ въ случаѣ, если его пупочный канатикъ представляетъ воспалительныя явленія. Изъ патолого-анатомическихъ измѣненій въ послѣдѣ особенно характерны для сифилиса тѣ, которыя наблюдаются въ дѣтской части послѣда; они состоятъ изъ отека ворсинокъ, соединеннаго большею частью съ грануляціоннымъ разроженіемъ; при этомъ ворсинки дѣлаются болѣе толстыми, часто сдавливаютъ сосѣдніе, уплощая ихъ обыкновенно круглыя поверхности. Подобныя измѣненія весьма характерны для сифилиса, хотя они также не являются специфическими, такъ какъ отеканіе ворсинокъ наблюдается также при нефритѣ матери, а клѣточное разроженіе авторъ наблюдалъ какъ въ одномъ случаѣ нефрита, такъ и въ послѣдѣ видимо здоровой матери. Наряду съ клѣточнымъ разроженіемъ встрѣчается въ ворсинкахъ образованіе гнойниковъ; они служатъ выраженіемъ болѣе сильной заразы. Совмѣстное нахожденіе гнойниковъ съ клѣточнымъ разроженіемъ авторъ считаетъ явленіемъ почти исключительно принадлежащимъ сифилису. Въ материнской части послѣда авторъ не находитъ не только специфическихъ для сифилиса измѣненій, но даже сколько-нибудь характерныхъ; такъ часто наблюдающееся пропитываніе бѣлыми кровяными шариками легко можетъ быть объяснено различными видами эндометритовъ, преимущественно гонорройнаго происхожденія. Воспалительныя явленія въ яйцевыхъ оболочкахъ довольно характерны для сифилиса, такъ какъ они наблюдаются въ случаяхъ, гдѣ зараженіе плода было особенно

сильно. Наконецъ, авторъ обращаетъ вниманіе на то обстоятельство, что въ случаѣ смерти плода и задержки его въ маткѣ могутъ возникнуть всѣ вышеописанныя измѣненія въ послѣдніе и яичевыхъ оболочкахъ. Авторъ видитъ строгое соотвѣтствіе между яркостью выраженныхъ патолого-анатомическихъ измѣненій и силой зараженія. Въ-отъ съ тѣмъ онъ отрицательно относится къ возможности опредѣлить по патолого-анатомическимъ измѣненіямъ полѣда какъ источникъ, такъ и время зараженія (Ziegler's Beiträge, т. 38).

В. Данчакова.

**Анатомія. 367.** О фибриллярномъ строеніи протоплазмы нервной клетки еще въ 1864 г. уже вполне опредѣленно высказался Fromman; позднѣе другіе авторы работали этотъ вопросъ болѣе подробно, при чемъ опредѣлилось 2 рѣзко противоположныя направленія во взглядахъ. Одни полагаютъ, что нейрофибриллы, входящія въ клетку вмѣстѣ съ дендритомъ, пробѣгаютъ черезъ нее, не вѣтвясь и не анастомозируя съ другими фибриллами, другіе напротивъ, находятъ, что фибрилламъ самостоятельныхъ, не вступающихъ въ связь съ клеткой нѣтъ; онѣ или теряются въ фибриллярной клеточной сѣти, или сохраняютъ свою самостоятельность на большемъ или меньшемъ разстояніи, но все-же находятся въ тѣсной органической связи съ этой сѣтью. Въ виду такихъ противорѣчивыхъ взглядовъ на строеніе нервной клетки д-ръ М. Слонимъ предпринялъ изслѣдованіе тончайшаго строенія нормальной и патологической нервной клетки. Авторъ примѣнялъ методику Ramon y Cajal'a, какъ пригодную одинаково и для периферической и для центральной нервной системы лишь съ небольшими измѣненіями, практически выработанными Е. С. Лондономъ въ Институтѣ экспериментальной медицины. Предметомъ для изученія нервныхъ клетокъ служилъ спинной мозгъ кролика, такъ какъ клетки здѣсь достаточно велики, окрашиваются по способу Cajal'a и представляютъ отчетливыя картины фибриллей. Кромѣ того, спинной мозгъ имѣетъ массу клетокъ различныхъ по виду, величинѣ и формѣ, что даетъ возможность изучить общіе признаки фибриллярнаго строенія клетокъ и уяснить себѣ ея планъ. Основой всякой нервной клетки, по наблюденіямъ Слонима, является мелкопетлистая тонкая сѣть, образованная взаимнымъ соединеніемъ тончайшихъ фибриллярныхъ нитей. Она пронизываетъ все тѣло клетки отъ периферіи до границъ ядра и распространяется въ протоплазматическіе отростки. Толстыя фибриллы, входящія въ протоплазматическіе отростки въ клетку, дѣляясь здѣсь дихотомически на болѣе тонкія — вторичныя, анастомозируя въ то-же время другъ съ другомъ и достигнувъ минимальной толщины, принимаютъ участіе въ образованіи тонкой клеточной сѣти. Такимъ образомъ, всѣ фибриллы, входящія въ клетку, составляютъ систему связанныхъ между собой нитей и ни одна изъ нихъ не проходитъ черезъ клетку, не вступивъ въ связь съ другими и не влившись конечными своими развѣтвленіями въ клеточную сѣть. Въ протоплазматическихъ отросткахъ фибриллы равномерно распредѣлены въ ихъ толщѣ и идутъ параллельно другъ другу; нѣкоторыя изъ нихъ дихотомически дѣлятся, образуя болѣе тонкія вѣтви, и анастомозируютъ одна съ другой. На мѣстахъ дѣленія отростка онѣ различнымъ образомъ распредѣляются между вѣтвями его, образуютъ и здѣсь путемъ дѣленія и анастомозовъ сѣти и никогда не представляютъ дугообразнаго загибанія изъ одной вѣтви въ другую. Осевой цилиндръ, гевр. его фибриллы, всегда начинается изъ клеточной сѣти, и немногочисленные фибриллы, входящія въ составъ его конуса, всегда являются ея производными. Въ конусѣ осевого цилиндра и, повидимому, въ немъ самомъ — никакихъ анастомозовъ между фибриллами не имѣется: онѣ все время остаются строго изолированными одна отъ другой. Относительно взаимоотношенія нервныхъ элементовъ авторъ приходитъ къ слѣдующему заключенію. Единицей нервной системы, основнымъ элементомъ ея нужно считать клетку, составляющую съ ея отростками одно цѣлое. Функциональная дѣятельность такой единицы непосредственно связана съ включенной въ ней фибриллярной замкнутой сѣтью. Съ этой сѣтью органически связанъ проводящій элементъ отростковъ клетки, какъ протоплазматическихъ, такъ и осево-цилиндриче-

скихъ, именно, нейрофибриллы. Послѣднихъ, не стоящихъ такъ или иначе въ связи съ клеточной системой, повидимому, не существуетъ. Между фибриллярными аппаратами отдѣльныхъ клетокъ существуютъ фибриллярныя-же связи двоякаго рода: или черезъ посредство дендритовъ, или-же путемъ перехода конечныхъ развѣтвленій осевого цилиндра одной клетки въ эндоцеллюлярную сѣть другой. Такъ какъ данныя о нейрофибриллахъ, подтверждая нейронную теорію, дополняютъ и освѣщаютъ представленія о строеніи нервной системы, то авторъ находитъ цѣлесообразнѣе замѣнить терминъ «нейронная теорія» болѣе опредѣленнымъ «нейрофибриллярная». Что касается до измѣненій нейрофибриллярнаго строенія клетки при нѣкоторыхъ патологическихъ экспериментально вызванныхъ процессахъ, то авторъ имѣлъ въ виду выяснить вопросъ, насколько чутко нейрофибриллы реагируютъ на тѣ или иныя вредныя вліянія и поскольку морфологія ихъ стоитъ въ связи съ тѣмъ или другимъ состояніемъ организма. Съ этой цѣлью былъ поставленъ рядъ опытовъ съ очень острыми и бурно протекающими смертельными отравленіями алкоголемъ, амміакомъ и хлороформомъ. Далѣе, изучались измѣненія нейрофибриллярнаго остова клетокъ у животныхъ, погибшихъ отъ экспериментальнаго столбняка, а также при хроническомъ отравленіи алкоголемъ и при экспериментально вызванномъ амилоидномъ перерожденіи органовъ. Острые отравленія, ведущія къ смерти въ теченіи нѣсколькихъ часовъ, даже при специфическомъ ихъ воздѣйствіи на нервную систему, не вызываютъ видимыхъ измѣненій въ фибриллярномъ строеніи нервной клетки. Болѣе длительныя вредныя вліянія вызываютъ рѣзкія измѣненія, которыя наблюдаются не только при патологическихъ процессахъ специфическаго нервномозгового характера, но и при общихъ заболѣваніяхъ съ явленіями тяжелаго расстройства питанія и не поражающихъ спеціально нервную систему. Каждый изъ патологическихъ процессовъ даетъ своеобразныя измѣненія нейрофибриллъ въ клеткѣ; возможно, что по мѣрѣ дальнѣйшаго накопленія данныхъ изъ этой области, измѣненія эти будутъ сведены къ нѣсколькимъ опредѣленнымъ типамъ перерожденія фибриллей. Измѣненія фибриллярнаго остова при изученныхъ авторомъ процессахъ охватываютъ всю систему данной клетки вмѣстѣ съ ея отростками — весь нейронъ — и идутъ отъ центра къ периферіи (Петербургская диссертация, 1906 г.). В. Б.

**Фармакологія. 368.** Д-ръ А. Chassevant предлагаетъ употреблять *хлороформную іодовую настойку*. Растворы іода въ спиртѣ, эфирѣ, ацетонѣ и іодистомъ калиѣ имѣютъ коричневый цвѣтъ; растворы-же его въ хлороформѣ, бензинѣ, углекислой сѣрѣ — фіолетовый. Коричневые растворы, помимо отвлекающаго дѣйствія, еще уничтожаютъ кожу и у чувствительныхъ лицъ вызываютъ иногда нестерпимый зудъ. Фіолетовые растворы этого недостатка не имѣютъ, обладая одинаковымъ отвлекающимъ дѣйствіемъ. Chassevant испыталъ хлороформный растворъ іода у лицъ съ самой нѣжной кожей, не переносившихъ ни обыкновенной іодовой настойки, ни растворовъ іода въ ацетонѣ и вазелинѣ. Употребленіе хлороформнаго раствора іода то-же, что и обыкновенной іодовой настойки; хлороформъ тотчасъ-же испаряется и слой іода остается на кожѣ въ видѣ лоснящейся коричневой поверхности. Всасываніе іода происходитъ очень быстро и его находятъ въ мочѣ черезъ 10 минутъ послѣ смазыванія. Авторъ совѣтуетъ употреблять растворъ 1 ч. іода на 10 ч. хлороформа. Одна капля содержитъ 1,7 мгм. іода; внутрь можно прописывать 2—4 капли во время ѣды (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, № 4). В. Дитманъ.

**369.** Д-ръ Zickgraf на основаніи личныхъ наблюденій надъ дѣйствіемъ отвара корня Quillaja при болѣзняхъ верхнихъ дыхательныхъ путей пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Въ большинствѣ случаевъ хроническаго бронхита и расширенія легкаго, при которыхъ имѣется трудно отдѣляющаяся, вязкая мокрота, отваръ Quillajae, примѣняемый въ видѣ полосканія, является вполне безвреднымъ, прекрасно дѣйствующимъ отхаркивающимъ; 2) при т. наз. *ксерозѣ* верхнихъ дыхательныхъ путей, начиная съ обыкновеннаго сухого катарра до самыхъ тяже-



ныхъ случаевъ озоны и задненосового фарингита этотъ отваръ является превосходнымъ растворяющимъ средствомъ, которое въ болѣе легкихъ случаяхъ гораздо скорѣе ведетъ къ излеченію, чѣмъ обычно примѣняемая полоскательная и мѣстно примѣняемое лѣчение. Приготавливается отваръ такимъ образомъ, что 100 грм. мелко изрѣзанной коры обливается 1 литромъ кипяченой воды и затѣмъ смѣсь ставится на водяной банѣ или надъ спиртовой горѣлкой до тѣхъ поръ, пока жидкость не приметъ свѣтло-коричневаго цвѣта. Послѣ этого фильтруютъ. Для полосканія горла отваръ примѣняется *per se*, а для промыванія носа онъ разводится  $\frac{1}{4}$  частями теплой воды. Авторъ совѣтуетъ примѣнять отваръ исключительно въ видѣ полосканія или для промыванія носа; при внутреннемъ примѣненіи кора *Quillaja* является сильно раздражающимъ средствомъ. Впервые это средство было предложено еще въ 1885 г. проф. *Kobert'омъ* и испробовано съ успѣхомъ д-ромъ *Паторуковымъ* (*Therapie der Gegenwart*, апрѣль). *А. К.*

**Бактеріологія.** 370. Предпринявъ изслѣдованіе надъ бугорчаткой хладнокровныхъ животныхъ, д-ръ *Emil Küster (Freiburg)* пришелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1. Существовать произвольно появляющаяся, характеризующаяся опредѣленными признаками бугорчатка хладнокровныхъ, которая во многихъ отношеніяхъ согласуется съ бугорчаткой, описанной *Dubard'омъ* у карповъ и *Friedmann'омъ* у черепахъ. 2. Какъ у лягушекъ, которыми была привита бугорчатка теплокровныхъ, такъ и у не привитыхъ животныхъ, можно найти въ печени кислотоупорныя палочки, которыя по морфологическимъ и биологическимъ свойствамъ похожи на палочки бугорчатки лягушекъ. Имѣемъ-ли мы тутъ въ первомъ случаѣ дѣло съ превращеніемъ палочекъ бугорчатки теплокровныхъ въ другой видъ, или въ обоихъ случаяхъ имѣется ранняя произвольная бугорчатка лягушекъ, объ этомъ пока нельзя высказаться опредѣленно. 3. Въ окружающей лягушекъ средѣ (водѣ, илѣ и мху аквариумовъ) авторъ не могъ найти кислотоупорныхъ палочекъ съ характеромъ палочекъ бугорчатки лягушекъ. 4. Анатомическія измѣненія, получаемыя послѣ прививки лягушкамъ, ящерицамъ и змѣямъ палочекъ бугорчатки человека или птицы, въ общемъ сходны съ тѣми, какія были описаны и другими авторами. 5. И у ящерицъ, черепахъ и змѣй, которымъ авторъ прививалъ палочки бугорчатки человека, онъ могъ изъ печени выдѣлать кислотоупорныя палочки, которыя по своимъ морфологическимъ и биологическимъ свойствамъ тождественны съ палочками бугорчатки лягушекъ (*Zeitschrift für Tuberkulose*, т. 8, тетр. 4). *А. Коварскій.*

371. Еще сравнительно недавно желчи приписывались обеззараживающія и бактерицидныя свойства; *F. Fischer* въ 1894 г. первый указалъ на то, что желчь животныхъ ускоряетъ ростъ тифозныхъ палочекъ на искусственныхъ питательныхъ средахъ, а цѣлый рядъ изслѣдованій новѣйшаго времени показали, что желчный пузырь является чуть-ли не единственнымъ мѣстомъ въ организмѣ, въ которомъ тифозныя палочки дольше всего могутъ держаться. На этомъ основаніи *Conradi* предложилъ примѣнять желчь какъ средство для размноженія тифозныхъ палочекъ; онъ рекомендовалъ употреблять ее въ смѣси съ глицериномъ и лецитиномъ. Слѣдуя этому предложенію, д-ръ *Heinrich Kayser* (изъ бактериологическаго Института въ *Strassburg'ѣ*) выработалъ технику способа и проверилъ его на большомъ матеріалѣ. Онъ собралъ желчь отъ только-что убитаго крупнаго рогатаго скота въ обезпложенную колбу, разливалъ ее въ пробирки по 5 к. стм. въ каждую и обезпложивалъ ее или кипяченіемъ въ водяной банѣ или кратковременнымъ нагрѣваніемъ до 110°. Эти трубочки съ желчью примѣнялись только для нахожденія тифозныхъ палочекъ въ крови больныхъ. Съ этой цѣлью изъ мякоти пальца или изъ вены локтевого сгиба берутъ около 2,5 к. стм. крови, смѣшиваютъ съ желчью и ставятъ въ термостатъ; черезъ 14—20 часовъ изъ этой смѣси дѣлаютъ посѣвъ на среду *Drigalsk'аго*, а затѣмъ черезъ опредѣленные промежутки времени посѣвы повторяются. Въ желчи тифозныя палочки размножаются и ихъ такимъ путемъ значительно легче найти. Авторъ изслѣдовалъ всего 120 случаевъ тифа и паратифовъ, при чемъ въ 77

изъ нихъ могъ описаннымъ способомъ найти тифозныя палочки въ крови. Интересно, что тамъ, гдѣ изслѣдованіе производилось въ теченіи первой недѣли тифа, палочки были найдены во всѣхъ случаяхъ. Авторъ поэтому рекомендуетъ этотъ способъ изслѣдованія для ранняго распознаванія тифа, такъ въ теченіи первой недѣли никакіе другіе бактериологическіе способы изслѣдованія больныхъ часто не даютъ положительнаго результата. Для облегченія полученія желчи фирма *Merck'а* продаетъ уже готовыя обезпложенныя трубочки съ желчью. Врачу остается лишь прибавить къ желчи 2,5 к. стм. крови больного и переслать трубочку въ Институтъ для изслѣдованія (*München med. Wochenschrift*, № 17). *А. Коварскій.*

**Внутреннія болѣзни.** 372. Проф. *Boas* помѣстилъ въ *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie (XVI)* статью о раннемъ распознаваніи раковыхъ опухолей желудка и кишокъ. На 84 случая рака прямой кишки только въ 20 случаяхъ можно было произвести операцію и при томъ коренное изсѣченіе опухоли лишь въ 16 случаяхъ. Въ остальныхъ операція признана невыполнимой вслѣдствіе запущенности болѣзни. Почти половина больныхъ обращается къ врачебной помощи очень поздно, чѣмъ черезъ 6 мѣсяцевъ отъ начала болѣзни. Но изъ этого не слѣдуетъ заключать, что въ случаяхъ съ незапущенною по времени болѣзнью коренная операція возможна и легко выполняема. Такъ изъ 9 больныхъ, поступившихъ раньше, чѣмъ на 3-емъ мѣсяцѣ болѣзни, коренная операція возможна была только у 3-хъ. Наоборотъ, въ случаяхъ, тянувшихся долго свыше 6 мѣсяцевъ, операція не представляла рѣшительно никакихъ трудностей. Само собой разумѣется, что раннее распознаваніе опухолей толстыхъ кишокъ еще болѣе затруднительно, чѣмъ распознаваніе раковыхъ опухолей прямой кишки. *Boas* на 30 случаевъ (11 разъ ракъ слѣпой, 9 разъ S-образной кривизны, 3—*flexurae lienalis*, 1—*flexurae hepaticae*, 1—*colonis transversi*, 2 раза *colonis des.*, въ 3—мѣстоположеніе точно не опредѣлено) видѣлъ, что операція возможна была только у 15, при чемъ только у 6 сдѣлано было коренное удаленіе опухоли. Изъ этихъ послѣднихъ у 2 давность болѣзни несомнѣнно была дольше 6 мѣсяцевъ. Наибольшій опытъ *Boas* имѣетъ въ области раковыхъ заболѣваній желудка. Распространенное мнѣніе, что больные съ ракомъ желудка поступаютъ подъ наблюденіе врача очень поздно, не вѣрно. Изъ 243 больныхъ 60 (24,7%) поступили еще до истеченія 3-мѣсячной давности заболѣванія, при чемъ у этихъ 60 больныхъ изсѣченіе возможно было у 3, желудочно-кишечное соустье у 13, у 2 сдѣлано пробное чревосѣченіе. Отсюда слѣдуетъ, что раннее врачебное наблюденіе и раннее распознаваніе далеко не обезпечиваетъ коренного удаленія опухоли. Объясняется это, во первыхъ, тѣмъ, что у многихъ больныхъ появляющіеся признаки желудочнаго страданія могутъ исчезнуть и болѣзнь принимаетъ скрытое теченіе, во вторыхъ, тѣмъ, что при ракахъ желудка скорѣе, чѣмъ при другихъ раковыхъ опухоляхъ, теченіе болѣзни зависитъ отъ относительной злокачественности опухоли и ея способности къ распространенію. Опухоль желудка можетъ стать въ теченіи нѣсколькихъ недѣль настолько разлитой и распространенной, что всякое оперативное вмѣшательство безусловно противопоказано. Невѣрно, далѣе, и другое весьма распространенное мнѣніе, что предсказаніе тѣмъ хуже, чѣмъ позже предпринято лѣченіе. На 60 случаевъ рака 3-мѣсячной давности изсѣченіе могло быть сдѣлано въ 3 случаяхъ (5%), на 127 случаевъ рака 6-мѣсячной (и болѣе) давности могло быть сдѣлано 8 изсѣченій (6,3%). *Boas* утверждаетъ, что стойкое излѣченіе получалось чаще именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ опухоль существовала давно. Такимъ образомъ раннее распознаваніе не даетъ еще вѣрныхъ шансовъ на успѣшную операцію и, наоборотъ, позднее распознаваніе не исключаетъ возможности коренного излѣченія. Случаи, въ которыхъ опухоль не прощупывается, далеко не всегда даютъ условія болѣе благоприятныя для операціи, чѣмъ случаи, гдѣ можно ясно прощупывать опухоль. *Boas* говоритъ, что всѣ существующіе до сихъ поръ способы распознаванія (отсутствіе соляной, присутствіе молочной кислоты, присутствіе крови, проба *Salomon'а*, *Glusinsk'аго*,

нахождение megastoma въ содержимомъ желудка) не исключаютъ возможности ошибокъ. Въ общемъ число нераспознаваемыхъ случаевъ доходить до 10%. Осмотръ желудка зеркаломъ (gastroskopia) и пробное чревосъщечение не принадлежатъ къ тѣмъ способамъ, которые обезпечатъ намъ раннее (въ смыслѣ возможности коренного излѣченія) распознаваніе опухолей желудка. И для больного, и для врача та ступень развитія раковой опухоли желудка и кишечника, когда возможно будетъ во всѣхъ случаяхъ дѣйствительное раннее распознаваніе и соответствующее лѣченіе, лежитъ пока за пределами нашихъ знаній. Б. К. Ф.

373. Д-ръ Ф. Гродецкій приводитъ цифровыя данныя о *лечебномъ значеніи Бирштана*, Виленской губ. (недалеко отъ г. Ковна). Въ теченіи 2-хъ послѣднихъ лѣтнихъ сезоновъ въ Бирштанахъ лѣчились 695 лицъ (233 мужчины и 462 женщины). Съ затаженнымъ ревматизмомъ суставовъ и мышцъ въ 1904 г. было 123 больныхъ, въ 1905 г. — 135, у которыхъ получены слѣдующіе результаты:

	Выздоровленіе.	Улучшеніе.	Незнач. улучшеніе.	Безъ успѣха.
1904 г.	24 (19%)	70 (56,9%)	17 (13,9%)	12 (9,8%)
1905 г.	66 (49%)	45 (33%)	10 (7%)	14 (11%)

Изъ 91 больного съ золотухой у 90 отмѣчено значительное улучшеніе, сказывавшееся въ значительномъ уменьшеніи железъ, улучшеніи питанія, исчезновеніи насморка и т. д. Въ виду этихъ данныхъ, а равно и прекрасныхъ климатическихъ условий: чудная природа, громадный сухой сосновый лѣсъ, красивая рѣка — Бирштаны, по мнѣнію автора, должны сдѣлаться специальной здравницей для золотушныхъ дѣтей. Больныхъ съ бронхитомъ и начальной ступенью бугорчатки легкихъ за отчетное время было 18, изъ коихъ у 12 наступило значительное улучшеніе. Малокровныхъ было 106 женщинъ и 17 мужчинъ; изъ этого числа у 35 (28,4%) наступило излѣченіе, у 73 (58%) значительное, а 14 (11%) незначительное улучшеніе и въ 1 сл. успѣха не получено. Изъ 47 нервныхъ больныхъ (хорея, истерія, нейрастенія) у 4 (8,4%) отмѣчено выздоровленіе, у 41 (87,4%) — улучшеніе и у 2 (4,2%) — неуспѣхъ. Больныхъ съ нейраліями (преимущественно сѣдалищнаго нерва) было 41, изъ коихъ у 13 (31,7%) наступило излѣченіе, у 20 (48,7%) — значительное, у 7 (17%) — незначительное улучшеніе и у 1 — неуспѣхъ. Среди 28 больныхъ съ болѣзнями кровеносной системы у 7 (25%) получено значительное улучшеніе, у 14 (50%) — незначительное и у 7 (25%) — неуспѣхъ. Изъ 18 случаевъ болѣзни пищевыхъ путей въ 4 сл. отмѣчено выздоровленіе и въ 11 значительное улучшеніе. Изъ 12 больныхъ съ ожирѣніемъ и подагрой 10 значительно поправились. Такимъ образомъ лѣченіе въ Бирштанахъ приноситъ наибольшую пользу золотушнымъ, малокровнымъ и ревматикамъ (Czasopismo lekarskie, апрѣль). С. Островскій.

374. Д-ръ С. Klieneberger (Königsberg) изучалъ *вліяніе лѣченія этираніями ртутной мази на мочевые органы*. На основаніи многочисленныхъ изслѣдованій онъ пришелъ къ заключенію, что въ дѣйстви ртутіи на почки существенной разницы между сифилитиками и не сифилитиками не наблюдается. Почти въ 85% всѣхъ случаевъ вліяніе ртутіи выражается въ появленіи гліановыхъ цилиндровъ, которые выступаютъ обыкновенно въ теченіи 2-й или въ началѣ 3-й недѣли и продолжаютъ затѣмъ выдѣляться болѣе или менѣе продолжительное время — отъ 10 дней до 10 недѣль. Увеличенія количества эпителиальныхъ клѣтокъ и бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ обыкновенно при этомъ не наблюдается; оно появляется лишь при болѣе глубокихъ поврежденіяхъ почки; нѣсколько чаще наблюдается появленіе отдѣльныхъ выпелоченныхъ красныхъ кровяныхъ шариковъ. Гліановая цилиндрурія есть вполне самостоятельное и независимое отъ другихъ признаковъ ртутнаго отравленія явленіе; она также вполне независима и отъ альбуминурии, иногда сопровождающей ртутное лѣченіе. Авторъ склоняется въ вопросѣ о происхожденіи гліановыхъ цилиндровъ на сторону тѣхъ авторовъ, которые объясняютъ образованіе ихъ, какъ продуктъ отдѣленія эпителиальныхъ клѣтокъ (Zeitschrift für klin. Medicin, т. 58, тетр. 5 и 6). А. Коварскій.

375. Д-ръ V. Ziegler (Karlsruhe) сообщаетъ о *новомъ признакѣ для распознаванія рака малой кривизны желудка*. Этотъ признакъ заключается въ томъ, что въ головкѣ зонда находятъ при повторномъ изслѣдованіи желудочнаго содержимаго микроскопически-малые остатки, которые указываютъ на частичный застой. Эти остатки содержимаго желудка состоятъ изъ слизеобразныхъ частичекъ, содержащихъ жировыя капли, крахмальныя зерна, мышечныя волокна и всегда нитевидныя палочки *Oppler-Boas'a*. Частицы такого характера находятъ въ теченіи мѣсяцевъ и это свидѣтельствуется о томъ, что часть желудочной стѣнки въ малой кривизнѣ или возлѣ нея, вслѣдствіе пропитыванія, стала менѣе подвижной и не принимаетъ больше участія въ перистальтическомъ движеніи. Эти микроскопическіе остатки желудочнаго содержимаго могутъ быть находимы, не смотря на то, что макроскопически желудокъ, по видимому, опорожняется вполне. Особенно важенъ этотъ признакъ для распознаванія въ тѣхъ случаяхъ, когда вышеописанныя частички находятъ, не смотря на повторныя промыванія желудка (Zeitschrift für klinische Medicin, т. 58, тетр. 5 и 6). К.

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 376. Ч. пр. А. Buschke и д-ръ W. Fischer (Berlin) сообщаютъ о результатахъ своихъ дальнѣйшихъ наблюденій и изслѣдованій надъ *Spirochaete pallida*. Авторы до сихъ поръ изслѣдовали 8 случаевъ прирожденнаго сифилиса, при чемъ спирохеты найдены были только въ 3-хъ. Одинъ изъ послѣднихъ случаевъ представляетъ особенный интересъ. Рѣчь идетъ о женщинѣ, у которой во время наблюденія развился твердый шанкръ и началось уже затвердѣніе областныхъ железъ. Вторичныя явленія еще не успѣли развиваться, какъ у нея родился мертвый доношенный ребенокъ. Зараженіе могло, слѣд., послѣдовать не ранее, чѣмъ за 7—8 недѣль до родовъ. Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ ребенка, показало, что какъ разъ тѣ органы (печень, селезенка), которые прежде всего поражаются при наследственномъ сифилисѣ, содержали значительное количество спирохетъ *Schaudinn'a*, при чемъ отсутствіе другихъ гнилостныхъ микроорганизмовъ и характеръ гистологическихъ измѣненій показываютъ, что ребенокъ погибъ отъ свѣжаго зараженія сифилисомъ. Единственно возможное объясненіе появленія сифилиса у ребенка въ данномъ случаѣ есть только — зараженіе отъ матери черезъ кровь. Всѣ изслѣдованія авторовъ, имѣвшія цѣль облегчить возможность распознаванія наследственнаго сифилиса черезъ нахождение *Spirochaete pallida* до появленія клиническихъ признаковъ, дали совершенно отрицательный результатъ, такъ что діагностическаго значенія изслѣдованіе на спирохеты пока еще имѣть не могутъ; до сихъ поръ ихъ находили только тамъ, гдѣ у нея имѣлись достаточно ясные клиническіе признаки сифилиса. Авторы далѣе описываютъ случай, гдѣ женщина родила черезъ 2 года и 3 мѣсяца послѣ свадьбы хорошо развитого ребенка, у котораго впоследствии обнаружился наследственный сифилисъ; раньше были 2 выкидыша; мужъ заразился за 2 года до свадьбы; сама мать не обнаруживала признаковъ болѣзни и только при изслѣдованіи авторъ нашелъ небольшое затвердѣніе железъ въ правомъ паху. Авторъ произвелъ вколъ въ железу шприцомъ и добытый сокъ изслѣдовалъ на спирохетъ съ положительнымъ результатомъ. Это первый случай нахожденія *Spirochaete pallida* у повидимому, здоровой т. наз. иммунной матери сифилитическаго ребенка. Авторы обращаютъ еще вниманіе на то, что они въ 5-ти тщательно изслѣдованныхъ случаяхъ типическаго злокачественнаго сифилиса не могли найти ни разу спирохетъ *Schaudinn'a*. Не нашли они также ихъ въ 1-мъ смертельно кончившемся случаѣ распространеннаго сифилитическаго воспаленія артерій головного мозга, гдѣ смерть послѣдовала черезъ 3/4 года послѣ зараженія. Они поэтому считаютъ, что положеніе, что *Spirochaete pallida* находятъ во всѣхъ продуктахъ вторичнаго сифилиса, слѣдуетъ ограничить. Что касается объясненія ненахожденія спирохетъ въ этихъ случаяхъ тяжелаго сифилиса, то авторы ставятъ это въ связь съ фактомъ отсутствія микроорганизмовъ въ продуктахъ третичнаго сифилиса, заразительность которыхъ теперь уже тоже доказана *Finger'омъ* и

Neisser'омъ. Они склонны думать, что фактъ этотъ не говорить противъ этиологической роли *Spirochaete pallida*: можно допустить, что въ этихъ продуктахъ она находится въ другомъ видоизмѣненіи или очень быстро въ нихъ погибаетъ (*Berliner klinische Wochenschrift*, № 13). А. К.

## ОТЧЕТЫ

### изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспондентѣмъ.

2-ой Съездъ отечественныхъ психиатровъ въ Киевѣ.

(Продолженіе. См. выше, № 22, стр. 684).

8-го сентября, по случаю праздника, специальныхъ засѣданій Съезда не было. Съ утра работали коммисіи, а съ полудня до вечера члены Съезда провели въ чудной прогулкѣ по Днѣпру, устройной для нихъ Киевскимъ городскимъ самоуправленіемъ. Погода, бывшая, кстати сказать, всю недѣлю Съезда отвратительной, въ этотъ день, какъ нарочно, выдалась прекрасной, и прогулка удалась какъ нельзя лучше.

Въ 8 ч. состоялось 2-е торжественное засѣданіе въ залѣ купеческаго Собранія, на которомъ проф. И. А. Сикорскій прочелъ рѣчь: «*Психологическія основы воспитанія*».

Искусство воспитанія и искусство психиатрическое имѣютъ между собою точки соприкосновенія и нѣчто общее. Оба искусства обращены на человѣческую душу, оба требуютъ широкой, всесторонней подготовки, при томъ подготовки не только профессиональной, но и нравственной; искусство воспитанія имѣетъ всеобъемлющую важность, искусство психиатрическое имѣетъ великую важность. Въ жизни оба искусства сближены:—то, что недоделано и нехорошо исполнено педагогомъ, подготавливаетъ почву для будущихъ врачебныхъ дѣйствій психіатра. Существуютъ, однако-же, и болѣе глубокое внутреннее соотношеніе между обоими искусствами. Новѣйшія наблюденія надъ развитіемъ въ раннемъ дѣтствѣ открыли фактъ величайшей важности, что нѣпослѣдствіе въ характерѣ человѣка, въ его способностяхъ получаютъ свое начало въ раннюю пору, въ первые мѣсяцы и годы жизни и ведутъ къ стойкимъ особенностямъ душевнаго склада будущаго взрослого человѣка. Эти особенности доселѣ принято было считать за нѣчто врожденное, неустрашимое, и однако-же оказывается, что на самомъ дѣлѣ эти недостатки доступны врачебно-педагогическому воздействию; сюда относятся различныя умственные недоразвитія, односторонности, нарушенія цѣльности и гармоніи духа, зависящія отъ невнимательнаго и неправильнаго или только отъ ненадлежащаго хода душевнаго развитія. Этого рода перемѣны столь часты, столь распространены, что у людей укоренилась даже мысль, будто мы здѣсь имѣемъ дѣло съ глубокой природной особенностью. Такимъ образомъ, открываются новые пути для усовершенствованія людей посредствомъ воспитанія. И врачъ, и педагогъ сближаются на этой новой нивѣ знакомства съ душою ребенка и психологіей дѣтства. Въ совместной дружной работѣ душа ребенка съ ея нормами и отклоненіями, становится предметомъ вниманія врачебно-педагогической специальности.

1. *Дошкольный періодъ*. Изученіе души ребенка совместнымъ трудомъ психологовъ, педагоговъ и психиатровъ является новымъ научнымъ отдѣломъ и новымъ практическимъ долгомъ Общества. Жизнь, всегда чуткая ко всему, что касается дѣтства и юности, уже отвѣтила на этотъ долгъ двумя научно-педагогическими организациями—устройствомъ Врачебно-педагогическихъ Институтовъ и Врачебно-педагогическихъ Съездовъ. Во Врачебно-педагогическихъ Институтахъ находятъ себѣ въ единомъ учрежденіи и семью, и школу тѣ дѣти, духовное и нервное развитіе которыхъ уклонилось столь рѣзко въ сторону, что имъ нѣста въ обыкновенныхъ школахъ. Учрежденія этого рода не только осуществляютъ идею человѣколюбія въ отношеніи дѣтей, но и являются истинной педагогической клиникой. Крайне полезной для личнаго нравственнаго усовершенствованія. Во Врачебно-педагогическихъ Институтахъ сблизились между собою 3 основныя условія истиннаго воспитанія: школа, психологическая медицина и семья. Этими 3-ми условіями предстоитъ задача создать и разработать основныя идеи новѣйшаго воспитанія не только для средней, но и для высшей школы. Стремленіе установить и научно обосновать идею новѣйшаго воспитанія нашло себѣ выраженіе въ починѣ выдающихся нѣмецкихъ педагоговъ, психологовъ, психиатровъ и педиатровъ—создать Съездъ, предметомъ котораго будетъ всестороннее изученіе природы дитяти съ физической и психической стороны. Въ этихъ начинаніяхъ содержится ядро, уже въ настоящее время видимо обозначившееся—ядро изученія дошкольнаго періода дѣтской жизни. Періодъ этотъ былъ по истинѣ покрытъ мракомъ невѣдѣнія. Старшіе не знали, что нужно дать этимъ дѣтямъ въ педагогическомъ отношеніи. Оттого дѣти эти были, съ одной стороны, радостью и утѣшеніемъ семьи и, съ другой

стороны—досаднымъ безпокойнымъ элементомъ, который причиняетъ нескончаемое нарушеніе равнаго и гладкаго теченія нашей жизни. Причина ала лежать въ непониманіи этого возраста человѣческой жизни. Можно сказать не обинуясь, что и семья, и педагоги, психологи и врачи въ равной мѣрѣ мало свѣдущи въ отношеніи дошкольныхъ дѣтей; вслѣдствіе этого установилось полное случайностей, лишенное плана, истинно бездѣятельное и суевѣрно-консервативное отношеніе къ дошкольнымъ дѣтямъ. Они по истинѣ заброшены за счетъ старшихъ и младшихъ дѣтей. Въ настоящее время этому положенію предѣлъ: изученіе періода перваго дѣтства, т. е. возраста до 7 лѣтъ, стало предметомъ самаго широкаго и самаго компетентнаго изслѣдованія, по программамъ, всесторонне разработаннымъ. Въ этой новой научно-практической области содержится соединительное звено между семьей и школой. То глубокое раздѣленіе и взаимное непониманіе, какое существуетъ и до настоящаго дня между семьей и школой, обязано своимъ существованіемъ, съ одной стороны, отсутствію у профессиональныхъ педагоговъ наблюдательности и опыта матерей и нянь, а съ другой—чувству удивленія и страха, съ какимъ семья, не безъ основанія, смотритъ на сухую, можетъ быть, и дѣловитый, но шаблонный и чуждый теплоты режимъ школы. Эти 2 различныя принципа, взаимно исключаютъ другъ друга, еще не сдѣлали шага къ взаимному сближенію—къ неисчислимому вреду для юныхъ душъ.

2. *Средняя школа*. Основнымъ недостаткомъ средней школы является односторонняя постановка дѣла воспитанія, чуждая психологическаго пониманія. Современная средняя школа беретъ подъ опеку и попеченіе умъ ученика, но почти совершенно забываетъ о существованіи у него чувства и воли. Въ теченіи минувшаго вѣка средняя школа въ нашемъ отечествѣ, начавшись довольно правильной постановкой въ Уваровскихъ гимназіяхъ съ начала XIX вѣка, къ концу вѣка все болѣе и болѣе отклонялась отъ истиннаго идеала и въ т. наз. классическихъ гимназіяхъ графа Д. А. Толстого достигла крайняго предѣла односторонности. Этотъ министръ, глубоко не понимавшій задачъ воспитанія, полагалъ, что воспитаніе есть дѣло семьи, а не школы, что школа должна только учить и развивать умъ питомцевъ, сообщать ему свѣдѣнія, готовить въ университетъ и проч. Сообразно такому взгляду, самое наименованіе гимназій было извращено: вмѣсто учебно-воспитательнаго заведенія, они обращены въ среднія учебныя заведенія, воспитанниковъ обратили въ ученика, а воспитаніе замѣнилось дисциплиной и самое умственное развитіе обращено въ гимнастику ума, которую приверженцы системы превозносили и признали панacea. Послѣдствія не замедлили сказаться: на арену жизни выступило новое существо съ дрсированнымъ схоластическимъ, иногда и хорошо развитымъ умомъ, но съ недостаточнымъ развитіемъ чувства и съ недостаточной волей. Жизнь сплошь и рядомъ показывала, что питомецъ такой школы бывалъ нѣрѣдко хорошо обученъ и въ то же время онъ оставался лишеннымъ здраваго смысла. Въ такой психологической карикатурѣ юноша былъ иной разъ хуже неученаго простака, который, будучи лишенъ книжнаго знанія, обладалъ здравымъ смысломъ, т. е. всѣми силами своего ума въ ихъ надлежащей цѣлости и гармоніи, а не развитіемъ одного только ума, какъ юноша классикъ. Истинное духовное развитіе предполагаетъ собою гармоническій ростъ усовершенствованія основныя стороны души, т. е. ума, чувства и воли. Одно развитіе ума, въ особенности т. наз. гимнастика ума дѣлаетъ человѣка софистомъ, даетъ ему мѣфистофельскую тонкость, жесткость, холодность, шаблонность и способность формулировать, но не открывать новое невѣдомое. Холодный умъ лишенъ глубины и пронзательности мысли. Умственное развитіе въ лучшемъ смыслѣ этого слова невозможно безъ одновременнаго развитія чувства или, какъ обыкновенно выражаются, сердца. Въ свою очередь, развитіе ума при недостаточномъ развитіи воли дѣлаетъ человѣка дряблымъ, колеблющимся, безсильнымъ и въ то же время порывистымъ, лишеннымъ уравновѣженности и самообладанія. Наибольшій вредъ, наибольшая душевная односторонность зависитъ отъ недостаточнаго развитія чувства въ юные годы. Развитіе чувства дѣлаетъ юношу нравственно чуткимъ и отзывчивымъ, какъ въ внѣшнихъ впечатлѣніяхъ, такъ равно и къ актамъ собственнаго сознанія. Чувство даетъ намъ своего рода познаніе, хотя это познаніе смутно, безотчетно, но оно достовѣрно, тонко и предугадательно. Въ послѣднемъ свойствѣ содержится условіе особеннаго, благотворнаго воздействия чувства на другіе психическіе процессы, т. е. на умъ и волю: чувство даетъ этимъ актамъ поощреніе и поддержку или, наоборотъ, пресдерживаетъ отъ нихъ и мѣшаетъ имъ. Благодаря этому, самыя зародыши мыслей и зачатки намѣреній и рѣшеній могутъ быть или поддержаны и подкрѣплены чувствомъ или ослаблены и подавлены: чувства то раздуваютъ вспыхивающую въ душѣ искру, то холодаютъ и гасятъ ее. Чувство и его развитіе стало на высоту первостепеннаго жизненнаго требованія. Дѣйствіемъ чувства вызывается широкая идейная и нравственная жизнь и обезпечивается полнота и глубина духовнаго существованія человѣка. Чувство стоитъ во главѣ душевныхъ процессовъ, и всякое пониженіе чувства, даже простое неупражненіе его грозитъ человѣку опасностью психическаго замедленія, психической остановки. Мы отмѣтимъ лишь 3 важнѣйшія послѣдствія упадка чувства, это упадокъ идеализма и идеальныхъ стремленій общества, упадокъ воспитательнаго воздействия старшихъ поколѣній на младшія—отцовъ на дѣтей и, наконецъ, возрастаніе количества преступленій и самоубійствъ. Важность этихъ послѣдствій не требуетъ поясненій. Въ дѣлѣ воспитанія

развитие воли имеет почти такую же важность для гармонии души, как и развитие чувств. Без надлежащего развития воли нет деятельности, и вместо жизни наступит в душе царство нитя, вздохом и нравственного безсилія в борьбу со злом и в отстаивании своих убеждений и своей нравственной личности. Мы боремся в настоящую минуту за политическую свободу личности, а наши писатели говорят нам: не забывайте о нравственной свободе вашей собственной души, ей грозит рабство со стороны звѣра, скрытого от вас самих. Въ вопросѣ о развитіи воли есть одна сторона, имѣющая особое значеніе. Психология народовъ уже давно отмѣтила особенность Славянской расы—слабость воли. Въ воспитаніи Славянскаго юношества необходимо придать особое значеніе развитію воли, чтобы этимъ путемъ достигнуть истинной гармонии духа. Славянскому народу часто не доставало силы воли: онъ то не заканчивалъ послѣдняго штриха, послѣдняго движенія въ дѣлѣ, уже исполненномъ на  $\frac{9}{10}$ , то, наоборотъ, подъ вліяніемъ чувства и одушевленія, начиналъ дѣло, которое еще не созрѣло и не могло-бы быть исполнено нацией съ болѣе сильной волей. Мы то не заканчиваемъ почти готоваго дѣла, то слишкомъ рано начинаемъ новое. Постоянно мы то запаздываемъ, то безъ мѣры торопимся. Болѣе насъ опытные народы говорятъ про насъ, что намъ то не достаетъ воли, то у насъ нѣтъ самообладанія, и мы часто раскрываемъ нашему противнику программу, которую мы вовсе не готовы исполнить, и лишь заявляемъ о ней, какъ о нашемъ вѣроисповѣданіи. Въ этомъ сказывается только сила словеснаго рѣшенія, а не сила осуществляющей воли. Совершенно то же замѣчается въ нашемъ юношествѣ, а оттого оно нерѣдко подпадаетъ подъ ферулу юношества инородческаго, быть можетъ, не имѣющаго всѣхъ нашихъ достоинствъ, но зато и свободнаго отъ нашихъ недостатковъ... Необходимо при воспитаніи русскаго юношества принять во вниманіе наши природныя черты.

3. *Воспитаніе въ высшей школѣ.* Воспитаніе есть нравственное усовершенствованіе, и никто, никогда, ни на одну минуту не долженъ пріостанавливать этотъ высшій нравственный процессъ. Эту идею всю свою жизнь проповѣдывалъ словомъ и проводилъ дѣломъ великій ученый, славный писатель, благородный гражданинъ и незабвенный другъ и руководитель людей, *Ник. Яв. Пироговъ*. Подобно великому-чеху Амосу Коменскому, *Н. И. Пироговъ* принадлежалъ къ числу великихъ педагоговъ и обладалъ тайной воспитывать и юношество, и старшія поколѣнія. Идеи *Н. И. Пирогова* о высшемъ воспитаніи полны глубокой правды, такой свѣжести и новизны, что ознакомленіе съ ними представляетъ неувядающій интересъ, въ особенности если подумаемъ, что эти идеи высказаны были 50 лѣтъ тому назадъ, когда большая часть изъ насъ еще не родилась на свѣтъ. Въ то же время идеи *Н. И. Пирогова* столь жизненны, что не только въ настоящую минуту, но вѣроятно, еще долгое время впередъ онѣ останутся неосуществленными въ жизни: въ такой степени онѣ опередили свое время. Порадуемся тому, что «Временныя правила» 27 августа этого года осуществлена значительная часть идей *Пирогова*! Профессорамъ и Совѣтамъ высшихъ учебныхъ заведеній предстоитъ теперь столь благородная и возвышенная задача и въ то же время столь трудный подвигъ, какого еще никогда не знала наша высшая школа. Отнынѣ профессоръ уже не можетъ ограничиться тѣмъ, чтобы быть только преподавателемъ, но долженъ, не переставая быть преподавателемъ, стать товарищемъ, другомъ, братомъ учащагося юношества. Но, чтобы исполнить этотъ сложный долгъ, необходимо нравственно подняться во весь ростъ, необходимо мобилизовать всѣ свои духовныя силы, быть можетъ, предстоитъ пересоспаться и возложить на себя тотъ неусыпный трудъ, какого мы, преподаватели, еще не знали. Отнынѣ мы, преподаватели высшихъ школъ, должны взять на себя подвигъ—относиться къ чужимъ дѣтямъ такъ, какъ хорошій отецъ относится къ своимъ собственнымъ дѣтямъ. Дѣло, возложенное на профессоровъ «Временными правилами» 27 августа, не можетъ быть исполнено съ успѣхомъ при иныхъ нравственныхъ условіяхъ. Профессорамъ и преподавателямъ предстоитъ подготовиться и къ перспективѣ испытаній, и къ возможности ошибокъ, которыя неизбежны для нихъ, какъ неизбежны для всѣхъ вообще и для всякаго существа изъ рода homo sapiens. Никто не долженъ забывать, что и профессор—человѣкъ; слѣдуетъ также помнить, что и дѣло, врученное имъ «Правилами» 27 августа—одно изъ самыхъ трудныхъ; да оно и не можетъ быть инымъ послѣ періода 20-лѣтняго разрыва педагогической нити. Болѣе трудная положенія не бывало! Истинный путь утраченъ отъ частыхъ уклоненій. Какъ въ безбрежномъ океанѣ только звѣзда небосклона можетъ указать должное направленіе, такъ въ вышнѣйшей трудная времена голось великаго человѣка можетъ дать намъ выходъ. Нашей педагогической звѣздой пусть послужитъ *Н. И. Пироговъ*, бывшій профессоръ, бывшій попечитель Кіевскаго учебнаго Округа. *Н. И. Пироговъ*, одно имя котораго вызываетъ въ нашей душѣ всѣ лучшія порывы, пусть этотъ великій человѣкъ, котораго слушали при жизни, научитъ насъ въ трудныя минуты предстоящихъ намъ испытаній въ запутанномъ до послѣдней степени педагогическомъ дѣлѣ. Углубимся въ принципы, которыми, по указанію *Н. И. Пирогова*, слѣдуетъ руководиться при воспитаніи юношества въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ. Первымъ и послѣднимъ актомъ высшаго воспитанія должно быть совершенное прямодушіе. Здѣсь нѣтъ мѣста умолчаніямъ, извѣстной политикѣ, бюрократической важности и таинственности. Всѣ эти искусственные приемы для достиженія нравственнаго перевѣса одной личности надъ другою должны быть рѣшительно и на-

всегда оставлены: онѣ не относятся къ педагогическому инструментарию, въ воспитаніи все должно быть прямо, открыто, гласно. 2-мъ педагогическимъ принципомъ *Н. И. Пирогова* было то, что онъ основывалъ свою власть на преданности наукѣ и на внутреннемъ убѣжденіи. Благоговѣніе преподавателя предъ наукою и сила внутреннего убѣжденія придадутъ силу и самому его вліянію на молодежь. То, что не сдѣлаетъ обыкновенный профессоръ, сдѣлаетъ убѣжденный человѣкъ науки. *Н. И. Пироговъ* вѣрилъ, что юности присуще чувство долга, благородство мыслей и стремленіе къ правдѣ, какъ и всѣ другія высокія стремленія духа, онъ видѣлъ въ увлеченіяхъ юности не всегда одно только увлеченіе, но своимъ чистымъ взглядомъ открывалъ въ порывахъ юношей стремленія высокія и благородныя, усматривалъ въ этихъ порывахъ проявленію той грузной борьбы, которую суждено вести человѣческому духу за дорогое ему стремленіе къ истинѣ и совершенству. Возвышенное понятіе о юности, умѣніе проникнуть въ тайники ея лучшихъ чувствъ и глубокая вѣра въ добро, заложенное въ юныхъ душахъ, дали *Н. И. Пирогову* нравственную мощь поддерживать всѣми силами то доброе, что онъ успѣлъ открыть. Онъ поддерживалъ все возвышенное и доброе и въ этомъ нашелъ нравственный рычагъ для поднятія уровня студенческой души. Обращаясь къ лучшимъ сторонамъ юношеской природы и понимая ее, *Н. И. Пироговъ*, какъ самъ выражался, любилъ и уважалъ молодость. Какъ много содержится въ этихъ простыхъ словахъ, которыя были подкрѣплены самимъ дѣломъ! «Вы вѣрены», говоритъ онъ студентамъ, «что я водворилъ въ васъ уваженіе къ закону, дѣлу и власти не угрозами, не преслѣдованіемъ, не скрытно, а прямымъ и гласнымъ убѣжденіемъ и примѣромъ». Итакъ, мужественная проповѣдь добра и осуществленіе этого добра въ жизни на самомъ дѣлѣ—вотъ что необходимо, чтобы проповѣдь имѣла силу. Но такую именно высокую программу воспитанія находимъ у *Н. И. Пирогова*. Въ наше время высшимъ учебнымъ заведеніемъ необходимо вступить на этотъ путь, уже прѣвѣренный опытомъ великаго человѣка. На новомъ педагогическомъ пути намъ, обыкновеннымъ смертнымъ, предстоитъ великія трудности. Онѣ одинаково касаются учащихся и учащихся. Задержки и перерывы въ ходѣ педагогическаго и нравственнаго усовершенствованія, происходившія въ послѣднія 15 лѣтъ въ жизни большей части высшихъ учебныхъ заведеній, нарушили стройность работы и, что еще серьезнѣе—порвали ту неустанность и неусыпность, которая является основнымъ условіемъ духовной жизни и ея прогресса. Умственная работа, какъ и самая мысль, никогда не должны въ человѣкѣ ни пріостанавливаться, ни прерываться: всѣ великіе люди знали, что малѣйшіе перерывы въ работѣ губительны для успѣховъ духа. Но тѣ же требованія относятся и къ нравственной работѣ: нравственная жизнь, подобно брошенному вверхъ тѣлу, идетъ впередъ, но, разъ остановившись, направляется внизъ. Психологическія, въ особенности, психометрическія изслѣдованія надъ процессомъ умственной работы показали, что непрерывная работа постоянно совершенствуется: нервныя механизмы и приводятъ къ ускоренію самой работы; оттого неусыпный труженикъ гораздо болѣе работоспособенъ, чѣмъ труженикъ иного рода: всякій предыдущій день работы облегчаетъ и ускоряетъ работу слѣдующаго дня, всякій же перерывъ работы понижаетъ работоспособность. Разъ достигнутая высота умственной работоспособности, называемая состояніемъ упражненія (*Kraepelin*), при правильной работѣ, продолжаетъ оставаться неопредѣленно долгое время въ качествѣ благопріобрѣтеннаго духовнаго дара, обезпечивая человѣку успѣшность его занятій и силу его нравственности, но перерывъ въ умственной работѣ или въ нравственномъ долгѣ можетъ лишить человека пріобрѣтеннаго имъ высокаго дара. Всѣ усвоенныя усовершенствованія въ нервно-психическихъ отправленияхъ сохраняются на срокъ до 6—8 недѣль, а затѣмъ должны быть освѣжены новою работой и упражненіями. Высшая форма умственной работы называется состояніемъ увлеченія. Оно является плодомъ долговременнаго пріученія себя къ непрерывной умственной работѣ. Этотъ высшій потенциалъ умственной работы утрачивается послѣ 50—70 часового перерыва работы, но перерывъ въ 20—40 часовъ не нарушаетъ достигнутыхъ успѣховъ. Разъ утраченная работоспособность, въ формѣ ли состоянія увлеченія или состоянія упражненія, должна быть вновь пріобрѣтена путемъ болѣе или менѣе продолжительнаго рабочаго упражненія, или напряженія. Въ этомъ состоитъ невыгодная сторона перерыва занятій. Изъ указанныхъ сейчасъ научныхъ фактовъ вытекаетъ, что въ настоящій моментъ и для учащихся, и для учащихся предстоитъ перспектива усиленныхъ трудовъ, чтобы возратить себѣ утраченную или уменьшившуюся работоспособность. Профессора въ теченіи 25 лѣтъ отдалены были отъ ихъ естественнаго долга и права нравственнаго учительства; учащіеся, которые могутъ облегчать себя въ достиженіи умственныхъ и нравственныхъ успѣховъ *adhibito graecatore*, равнымъ образомъ не могли пользоваться невообразимо своей естественной педагогической привилегіей: стѣна, воздвигнутая изъ гибельныхъ камней недоуверія, раздѣлила ученика отъ учителя! Взявшия возможные шансы—*quoad valeludinem completam*, не можемъ не остановиться на одномъ существенномъ фактѣ. Продолжительный перерывъ занятій въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ во многихъ случаяхъ, вѣроятно, причинилъ уже неисчислимо зло. Въ духовномъ развитіи часто время не ждетъ: то, что, еще можетъ быть полностью достигнуто сегодня, завтра достигимо уже не въ той степени. Это въ особенности относится къ юношескому возрасту. Новѣйшія педагогическія наблюденія показали, что между 15—22 годами жизни умственное и нравственное напряженіе



стоит высоко, и в этот период достигнимо самое полное развитие и усовершенствование духовных сил; но уже за пределами этого возраста, для громаднаго большинства людей, условия изменяются: лучшая пора жизни пропущена! Эту глубочайшую истину *Н. И. Пирогов*, как великий самонаблюдатель, несомненно знал раньше, чѣмъ ее узнала сама наука. Въ своемъ дѣлѣ, *Н. И. Пирогов* говоритъ, что онъ счастливъ тѣмъ, что его юность не прошла для него понапрасно... Просрочка въ дѣлѣ приобретѣнія научныхъ знаний, особенно въ дѣлѣ умственного и нравственного развитія, непоправима. Между тѣмъ юноши иногда успокаиваютъ себя мыслью: «что я не успѣлъ сдѣлать сегодня, сдѣлаю завтра», «пропущенное наверстаю». Въ этихъ словахъ кроется самое грустное недоразумѣніе. То, что сегодня потеряно для духовнаго прогресса, останется навсегда безвозвратнымъ. Правда, можно задержать свою юность, возможно сдѣлать ее дѣлительной: *Helmholz, Charcot* и *Н. И. Пирогов* были юны и въ 70 лѣтъ, но для этого требуется провести юность такъ, какъ о томъ свидѣтельствуетъ *Н. И. Пирогов*, говоря о своей юности: «она не прошла у меня понапрасно». Вслѣдъ за юностью, иногда вдругъ, наступаетъ средній возрастъ. Правильно проведенная юность вноситъ въ зрѣлый возрастъ не только программы и планы, но и тотъ запасъ энергіи и внутренняго идейнаго напряженія, который является истиннымъ зерномъ будущаго большаго дерева индивидуальной жизни. Но если юность проведена не такъ, какъ должно, то наступаетъ не тотъ зрѣлый и полный подготовки средній возрастъ челоука, а вмѣсто того на сцену выступаетъ средній возрастъ Чеховскихъ героев. Въ худшемъ случаѣ, за юностью наступаетъ душевная старость. Въ этомъ съ точностью убѣдились современные наблюдатели-психологи. *Н. И. Пирогов* предостерегаетъ отъ возможности еще болѣе опасной душевной перемѣны. Онъ говоритъ: «Воспитаніе можетъ сдѣлать изъ челоука старуху, не давъ ему быть ни мужчиною, ни женщиною, ни даже старикомъ». Вотъ опасность, возникающая изъ неправильнаго воспитанія и неправильно проведенной юности! Въ нашемъ отечественномъ воспитаніи мы замѣчаемъ 2 крупныхъ недостатка: позднее вступленіе юношей въ высшую школу и недостаточныя, несистематическія занятія въ высшихъ школахъ. Въ нашихъ гимназіяхъ почти  $\frac{1}{4}$  юношей оканчиваютъ курсъ въ возрастѣ 20 и болѣе лѣтъ, а въ сосѣдней съ нами культурной странѣ—Германіи средній возрастъ поступленія въ высшую школу 18,2 лѣтъ, т. е. нѣмѣцкій юноша на 2 года раньше русскаго покидаетъ молоко средней школы, чтобы перейти къ настоящей духовной пищѣ высшей школы. Въ этой пересрочкѣ величайшій недостатокъ нашего воспитанія. Не должно быть ни пересрочки, ни перерывовъ въ дѣлѣ духовнаго развитія юношества! Пусть исчезнутъ даже изъ нашей памяти фактъ и слово «забывчивая», примѣняемая къ умственному труду. Пусть останется навѣки невѣдомымъ имя того Герострата, который подаль лагунную мысль перенести приостановку работы изъ экономической сферы въ высшую область духовнаго усовершенствованія челоука. Впишемъ въ нашу память и выгравирруемъ въ нашемъ сердцѣ священный заветъ *Н. И. Пирогова* о счастіи правильно проведенной юности. Будемъ помнить, что въ жизни такъ мало идеализма и идеальностей, что изскакаетъ истинно-нравственное одушевленіе и прибавляются Чеховскіе герои и тѣ Вересаевскіе «товарищи», которые начинаются уже въ университетѣ, гдѣ они, какъ выражается Вересаевъ, «не то, что учащся съ радостнымъ чувствомъ познавая, но тянутъ грузъ разныхъ наукъ съ мыслью о будущемъ дипломѣ». Половина, если не болѣе, этого зла происходитъ отъ неадекватнаго воспитанія. Сила добра была и вѣки будетъ могущественнѣе силы зла. Но необходимо всѣмъ нашимъ существомъ и всѣми фибрами нашей души поддерживать добро и бороться со зломъ. Будемъ помнить, что это, какъ говоритъ *Н. И. Пирогов*, грозная борьба, которую суждено вести челоуку духу за дорогое ему стремленіе къ истинѣ и совершенству!

Позвольте мнѣ закончить мое изложеніе словами *Н. И. Пирогова*, сказанными въ Москвѣ въ 1881 году, когда онъ, уже носившій въ себѣ смертельную болѣзнь и знавшій, что его дни сочтены, далъ намъ свои послѣдніе заветы о томъ, какъ бороться съ нравственнымъ зломъ, которое насъ окружаетъ, и какъ достигнуть господства нравственной правды. «Въ жизни великихъ націй и великихъ государствъ такъ же, какъ и въ жизни вселенной, бываютъ циклоны и ураганы, но ни тамъ, ни здѣсь они не могутъ измѣнить предвѣчныхъ законовъ жизни. Шекспиръ въ одномъ изъ великихъ произведеній своего гевія, въ «Бури», изобразилъ намъ наглядно, въ образахъ Калибано и Просперо, грубую стихійную силу, гнѣздящуюся въ челоуческой природѣ и подвластную только наукѣ и гевію, но всегда готовую вернуться, какъ скоро она выходитъ изъ-подъ вліянія этой власти. Мораль этого произведенія Шекспира можетъ быть выражена на нашемъ медицинскомъ языкѣ знаменитымъ изреченіемъ Гипократа: «*Contraria contrariis sunt remedia*», и всѣ опытные врачи вѣрно согласятся со мною, что недуги, и нравственные и тѣлесныя, пользуются успѣхомъ по принципу Гипократа, чѣмъ по новому гомеопатическому правилу: «*similia similibus curentur*». Такимъ образомъ *Н. И. Пирогов* даетъ намъ великій заветъ противъ зла бороться не зломъ, не злыми и злобными средствами, но противоположными средствами: не *similia similibus curentur*, но *contraria contrariis sunt remedia*, т. е. нравственное зло должно исцѣлять добромъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Ч. пр. Б. Грейденбергъ.

## XL. XV Международный медицинскій Съездъ въ Лиссабонѣ.

### Отдѣлъ I. Анатомія.

Начались засѣданія 20 апрѣля подъ предсѣдательствомъ д-ра *Matoso dos Santos*.

Предсѣдатель привѣтствовалъ рѣчью собравшихся членовъ отдѣла; набросавъ очеркъ развитія анатоміи и указавъ на значеніе анатомическихъ изслѣдованій, онъ закончилъ рѣчь своимъ предложеніемъ почтить память умершаго предсѣдателя отдѣла, проф. *Serrano*.

Почетными предсѣдателями избраны проф. *Waldeyer, Cajal, Millesphanos, Eternod, Löwenthal, Romiti, Strada, Musgrove, Anderson, Paes Leme, Vincent, Parra, Mann, Regaud, Warfringe, Kamon*.

Затѣмъ предсѣдательство было предложено проф. *Romiti* и приступлено было къ работамъ Отдѣла. Первымъ дѣлалъ докладъ проф. *Cajal* о «*истоженіи нервовъ*». Изложивъ въ исторической части главнѣйшіе моменты развитія этого интереснаго вопроса, докладчикъ привелъ результаты своихъ работъ по способу окраски азотнокислымъ серебромъ; по этому способу ему удалось найти у куриныхъ зародышей и у «*Urodeles*», что цилиндрическіе отростки остаются совершенно независимы во время своего развитія и удалось установить полную справедливость моногенетической теоріи *His'a*. Такимъ образомъ въ этой работѣ теорія нервовъ нашла блестящее и вполне доказанное подтвержденіе.

По поводу доклада были оживленныя пренія, въ которыхъ приняли участіе *Benda, Romiti, Mann, Tavares* и *Athias*. Эти пренія не касались существа вопроса, а только нѣкоторыхъ подробностей работы.

Д-ръ *Albrecht* сдѣлалъ докладъ о «*строеніи красныхъ кровяныхъ тѣлецъ*». Докладчикъ приходитъ къ выводу, что красныя кровяныя тѣльца содержатъ жиръ, имѣющій даже различную точку плавленія. Этотъ жиръ распределенъ различнымъ образомъ въ веществахъ краснаго кровяного тѣльца и съ точки зрѣнія физиологіи имѣетъ громадное значеніе.

Секретарь отдѣла прочелъ сообщеніе отсутствоваваго члена Съезда проф. *F. Gemelli* «*Къ вопросу о строеніи нервно-мышечныхъ окончаній*». Авторъ при помощи видоизмѣннаго способа *Golgi* убѣдился въ существованіи въ нервно-мышечномъ концевомъ аппаратѣ особаго характернаго строенія въ продолженіяхъ цилиндрическихъ отростковъ, развѣтвляющихся въ этомъ аппаратѣ, найдена имъ масса нервныхъ волоконцевъ, чаще всего идущихъ параллельно, рѣже пересѣкающихся, но никогда не анастомозирующихъ. Въ томъ же мѣстѣ, гдѣ цилиндрическіе отростки вѣтвятся—эти нервныя волокна тоже развѣтвляются, образуютъ сѣтъ, тончайшую по строенію и тутъ уже анастомозируютъ. Кромѣ того въ этотъ аппаратъ проникаетъ большее количество тончайшихъ нервныхъ волоконцевъ, принимающихъ участіе въ образованіи нервно-мышечной пластинки. Такимъ образомъ работа докладчика оковательно доказала сѣтчатое строеніе нервно-мышечной пластинки и убѣдила, что въ образованіи этой сѣти принимаютъ участіе вторичныя волокна (*Apathy*).

21/7 апрѣля. Предсѣдательствовалъ проф. *R. Cajal*.

Д-ръ *Mann* сдѣлалъ докладъ о «*строеніи и составѣ протоплазмы*». Въ этомъ докладѣ *Mann* доказалъ возможность пользоваться современными физико-химическими теоріями для того, чтобы сдѣлать выводъ о строеніи протоплазмы; а строеніе протоплазмы уже даетъ возможность установить и отправленіе каждой кѣткѣ, въ зависимости отъ ея состава.

Д-ръ *Albrecht*.—«*о строеніи протоплазмы*» дополнилъ своимъ докладомъ наблюденія *Mann'a* и пришелъ къ тѣмъ-же выводамъ.

Секретарь прочелъ докладъ д-ра *Rossi* о «*новой формѣ нервныхъ окончаній въ челоуческой кожѣ*».

Проф. *Benda* о «*кѣтчатой номенклатурѣ*» Докладчикъ занялся специально изученіемъ особыхъ образованій въ кѣткахъ, извѣстныхъ подъ именемъ «*Sitophosomae*» и изучилъ эти тѣльца въ половыхъ кѣткахъ во время покоя и дѣленія. На основаніи своихъ наблюденій авторъ выдѣлилъ особаго рода тѣльца «*Micrarchondries*», играющія большую роль во время кѣтчатнаго дѣленія.

Проф. *Benda* были показаны очень доказательныя и хорошо исполненныя препараты.

23/9 апрѣля проф. *Cajal* долженъ былъ показать въ совместномъ засѣданіи отдѣловъ анатоміи и неврологіи препараты перерожденія и возрожденія нервовъ, но, къ сожалѣнію, докладчикъ отсутствовалъ и демонстрація не состоялась.

Д-ръ *Melle Loyer* показалъ цѣлый рядъ прекрасныхъ препаратовъ яичника пресмыкающихся; на этихъ препаратахъ была ясно видна часть кѣтчекъ, принимающихъ участіе въ образованіи желтка, куда проникаютъ продукты, отдѣленные ими и предназначенныя сперва для образованія ядра, а затѣмъ и желточныхъ шариковъ. Остальные докладчики отсутствовали, почему ихъ доклады и не обсуждались.

24/10 апрѣля предсѣдатель проф. *Benda*.

Проф. *Waldeyer* сдѣлалъ сообщеніе о «*анатомическомъ предрасположеніи къ грыжамъ*», гдѣ указалъ на важныя анатомическія условія, предрасполагающія къ образованію грыжъ и предшествующія имъ.

Г-жа *Done* представила доклад о числѣ и отношеніи между диаметром и расположеніемъ нервныхъ волоконъ въ лапахъ лягушки (*Rana virescens*). Расположеніе волоконъ докладчица представила на большихъ картинахъ.

*Paes Leme* рекомендуетъ въ своемъ сообщеніи формолъ, какъ очень хорошее сохраняющее средство для анатомическихъ препаратовъ.

Д-ръ *Feyo* и *Castro* показали фотографическіе снимки и анатомическіе препараты ненормальной конечности у ребенка (*rugosities*).

25/12 апрѣля.

Проф. *Benda* предложилъ отдѣлу анатоміи высказаться по поводу созданія особой биологической станціи въ Лиссабонѣ.

Проф. *Waldeyer* присоединился къ этой мысли и предложилъ, чтобы это желаніе было высказано не только отъ отдѣла анатоміи, но и отъ всего Съезда. Проф. *Sajal* высказалъ пожеланіе о необходимости устройства такой станціи и въ Испаніи. Предложеніе *Benda* было принято единогласно.

Затѣмъ сдѣлали краткія сообщенія:

Д-ръ *Athias* «о явленіяхъ секреторной дѣятельности клѣтокъ желтаго тѣла млекопитающихъ».

Д-ръ *Celestino da Costa* «о корковомъ клѣтчатомъ надпочечныхъ железахъ».

Д-ра *Athias* и *Franga* «о трипанозомѣ лягушки (*Trypanosoma de Rana esculenta*)». Въ концѣ засѣданія проф. *Sajal* показалъ препараты нервныхъ клѣтокъ нейро-фибралъ въ нихъ и нейробластовъ, а также препараты нервовъ во время возрожденія. Всѣ эти препараты подтверждаютъ теорію нервовъ и лишній разъ доказываютъ ея право на существованіе.

Этимъ и была закончена работа анатомическаго Отдѣла Съезда.

Л. Пуссенъ.

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФИЯ.

Д-ръ Е. Я. Гиндесъ. Медицинскій Отчетъ дѣтской больницы Съезда нефтянпромышленниковъ въ г. Баку за 1905 годъ.

Въ прошломъ году Съездомъ нефтянпромышленниковъ была открыта въ Черномъ Городѣ возлѣ Баку дѣтская больница. На дняхъ мы получили первый Отчетъ о дѣятельности больницы за время отъ 16/IV 1905-го года по 1/I 1906 года, т. е. за 8½ мѣсяцевъ.

Нельзя не пожалѣть, что отчеты медицинскихъ учреждений появляются въ печати очень рѣдко, приурочиваясь, большей частью, къ различнаго рода юбилеямъ. Каждая больница или клиника имѣетъ свои особенности, проводитъ очень часто свои идеи, и работающему въ той же области, несомнѣнно, интересно познакомиться съ приложеніемъ этихъ идей на практикѣ. Для знакомства съ особенностями больницъ часто предпринимаются продолжительныя поѣздки; послѣднія, конечно, возможны не для всѣхъ и печатаніе отчетовъ отчасти могло-бы ихъ замѣнить. Если-бы, къ тому же, установились обычай отчеты разсылать въ больницы и клиники, то это, съ одной стороны, создало-бы связь между всѣми работающими въ известной отрасли медицины, а съ другой, ставило-бы дѣятельность врача подъ общественный контроль и тѣмъ повышало-бы интенсивность работы больницъ.

Переходя къ написанному въ заглавіи настоящей замѣтки отчету, необходимо отмѣтить необычайно широкую постановку дѣла Бакинской больницы. Больница имѣетъ не только отдѣленія для внутреннихъ и хирургическихъ болѣзней съ ортопедическимъ кабинетомъ, но и специальное отдѣленіе для грудныхъ дѣтей съ собственными молочными кабинетомъ и фермой. Отдѣлъ болѣзней грудныхъ дѣтей и особенно вопросы ихъ питания — одна изъ важнѣйшихъ областей дѣтской медицины — къ сожалѣнію, очень мало разрабатывается въ Россіи. Въ настоящее время всѣ педиатры согласны съ необходимостью устроить для грудныхъ дѣтей особая отдѣленія.

Таковыя, дѣйствительно, имѣются въ большинствѣ западноевропейскихъ клиникъ, но, къ сожалѣнію, ни въ одной изъ русскихъ, и намъ остается только рекомендовать имъ, какъ примѣръ дѣтскую больницу нефтянпромышленниковъ. Д-ръ Гиндесъ, заведующій больницей, рассчитываетъ имѣть въ ближайшемъ будущемъ также институтъ для физическихъ способовъ леченія и, кромѣ того, лѣтнюю здравницу для хрониковъ и слабосильныхъ. Такимъ образомъ, дѣтская больница нефтянпромышленниковъ по разносторонности и разнообразію помощи предлагаемой ею больнымъ дѣтямъ обѣщаетъ стать наиболее совершенной. Помѣщенія больницы достаточно просторны, имѣютъ много воздуха и свѣта. Недостатки заразнаго отдѣленія (всего на 4 заразныхъ болѣзней, отсутствіе изоляціоннаго отдѣленія) указаны самимъ авторомъ Отчета и скоро будутъ исправлены. Нѣкоторое удивленіе вызываетъ отсутствіе паровой комнаты для крупнозныхъ больныхъ. Такія комнаты теперь существуютъ во многихъ больницахъ и клиникахъ и значительно облегчаютъ борьбу съ крупомъ.

Научная часть Отчета свидѣтельствуетъ о значительномъ богатствѣ больничнаго матеріала: за 8½ мѣсяцевъ—708 больныхъ съ самыми разнообразными заболѣваніями (1/3 часть приходится на грудной возрастъ). Многие изъ описываемыхъ авторомъ случаевъ представляютъ большой клинический интерес (*meningomyelitis*, случаи излѣченія интубаціей, *stridor congenitus* и др.).

Особенно подробно авторъ останавливается на дѣятельности молочнаго кабинета, представляющаго ядро будущаго учрежденія «Капля молока» и уже въ первые мѣсяцы своего существованія раздѣлаваго свыше 55000 стѣлянокъ молока.

Громадныя цифры дѣтской смертности особенно въ фабричныхъ и заводскихъ районахъ общеизвестны. Несомнѣнно, что среди причинъ этой смертности главное мѣсто занимаетъ социальное-экономическое положеніе населенія и обусловливаемыя имъ бѣдность и невѣжество. Пока мы не можемъ измѣнить перваго, лучшимъ средствомъ борьбы съ послѣднимъ нужно считать устройство учреждений, которыя французы называли «Goutte de lait». Эти учрежденія имѣютъ главнымъ образомъ цѣль раздачу молока въ надлежащемъ разведеніи и въ готовомъ для питанія видѣ, а также устройство амбулаторій, гдѣ матери могли-бы получать совѣтъ относительно надлежащаго кормленія и ухода за своимъ ребенкомъ. Въ очень многихъ городахъ Западной Европы существуютъ означенныя общества, въ Россіи же ихъ почти нѣтъ. По непонятнымъ причинамъ, нѣкоторые привилегіальные города стоятъ въ этомъ отношеніи впереди столицъ и университетскихъ городовъ, хотя, казалось-бы, въ послѣднихъ находится больше интеллигентныхъ силъ, способныхъ работать въ этомъ направленіи. Въ Россіи учрежденія «Капля молока» насколько мнѣ известно, устроены въ Петербургѣ, Саратовѣ и Ивановѣ-Вознесенскѣ и, стараніями автора Отчета, предполагается въ Баку.

Къ Отчету приложенъ докладъ врачебно-санитарному Совѣту горячо ратующій за учрежденіе Союза для борьбы съ дѣтской смертностью на Кавказѣ. Организацию общества «Капля молока» и Союза для борьбы съ дѣтской смертностью нельзя не поставить въ большую заслугу заведующему дѣтской больницей нефтянпромышленниковъ, очевидно сознающему, что задача дѣтскаго врача не только лѣчить больныхъ дѣтей, но и побуждать общество къ принятію мѣръ для борьбы съ такимъ бѣдственнымъ какъ дѣтская смертность.

Отъ души желаемъ процвѣтанія молодой больницѣ.

Л. Финкельштейнъ.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

CXLVII. М. Г! Для освѣщенія условій службы врачей въ Земствѣ покорнѣйше просимъ напечатать приложенное при семъ Открытое письмо товарищей доктору Николаю Степановичу Лобасу и Заявление въ Грайворонское Очередное Земское Собраніе.

Многоуважаемый товарищъ Николай Степановичъ, Возмущенные до глубины души фактомъ Вашего увольненія Грайворонской Земской Управой, для чего ею приводится неосновательный мотивъ, мы выражаемъ Вамъ, свое сочувствіе и сожалѣніе о томъ, что лица, призванные заботиться о благѣ населенія, попираютъ самымъ беззащитнымъ образомъ эти интересы и въ угоду своимъ личнымъ побужденіямъ изгоняютъ Васъ изъ уѣзда и лишаютъ насъ такимъ образомъ гордости того совнанія, что Вы продолжаете работать среди насъ. Мы твердо убѣждены, что уходъ изъ нашей среды столь свѣтлой, столь гуманной личности, какою является Вы, дорогой товарищъ, есть обидя нашимъ лучшимъ чувствамъ, и уходъ Вашъ является дѣйствительной потерей для населенія, среди котораго Вы работали. 15 апрѣля 1906 г.

Врачи: Владиславъ Пухальскій, Фаустинъ Кульчицкій, С. Вроблевскій, Е. Стрелкова, Г. Поланская-Джентева.

Г. Грайворонъ 21-го іюня 1906 г.

Заявленіе въ Грайворонское уездное земское Собраніе.

1906 г. марта 29 дня Грайворонская уѣздная земская Управа увѣдомила отъ службы врача Лобаса. Отношеніе Управы за № 1298 отъ 29 марта с. г. гласитъ слѣдующее: «Уѣздная Управа, разсмотрѣвъ въ коллегіальномъ засѣданіи 14 марта с. г. переданное г. предсѣдателемъ письмомъ Ваше отъ 8 сентября 1904 г., въ которомъ Вы просили считать Васъ временнымъ врачомъ Лисичанскаго участка, и принимая во вниманіе, что Вы приглашены, и г. начальникомъ губерніи утверждены временнымъ врачомъ на Земской службѣ впредь до возвращенія врачей съ военной службы, а также и то обстоятельство, что въ данное время истекъ уже срокъ, въ теченіе котораго Вы просили считать Васъ временнымъ врачомъ, вслѣдствіе возвращенія врачей Грайворонскаго уѣзда съ театра военныхъ дѣйствій, постановила: освободить Васъ отъ обязанностей врача Лисичанскаго участка и передать таковымъ одному изъ врачей, вернувшихся съ Дальняго Востока. Почему Управа покорнѣйше проситъ Васъ, Милостивый Государи, передать назначенному врачу заведеніемъ Вами участку. Предсѣдатель Управы (подпись)».

Такимъ образомъ, Управа мотивируетъ увольненіе врача Лобаса возвращеніемъ врачей съ театра военныхъ дѣйствій, почему Лобасъ, какъ временный врачъ, является лишнимъ. Такая мотивировка не соответствуетъ истинѣ, такъ какъ оба возвратившіеся врача находятся на мѣстахъ. Кромѣ того, врачъ Дорогожанскаго участка, Пухальскій, занявъ Управѣ еще въ началѣ марта обѣ оставленіи службы въ Грайворонскомъ уѣздѣ слѣдовательно, съ увольненіемъ врача Лобаса два участка въ Грайворонскомъ Земствѣ остаются безъ врачей. Изъ сказаннаго

следует, что Управа, увольняя врача *Лобаса*, руководствовалась какими-то личными соображениями, безусловно не имеющими связи с возвращением врачей с театра военных действий.

Мы ниже подписавшиеся, считаем своею нравственною обязанностью поставить на вид Гравворонской земской Управе, что такое безпричинное увольнение врача, помимо оскорбления нанесенного врачу *Лобасу*, является со стороны Управы действием, от которого больше всего страдают интересы населения, в подтверждение чего мы можем указать на то обстоятельство, что в течение нескольких лет врачи в нашем уезде не уживаются и на открывающихся вакансиях идти не охотно, а некоторые участки остаются по году и больше без врачей. Очевидно что постановка дѣла въ Гравворонскомъ уездѣ такова, что не можетъ привлекать людей, желающихъ работать. Въ виду того, что страдающимъ элементомъ является население, которое въ теченіи ряда лѣтъ лишается рациональной медицинской помощи, это послѣднее обстоятельство и налагаетъ на насъ нравственную обязанность указать Управѣ на необходимость изменить свой образъ дѣйствій по отношенію къ врачамъ, для чего необходимо восстановить правильное функционированіе врачебнаго Совѣта, который въ послѣднее время является фактически упраздненнымъ, такъ какъ Управа его созываетъ не болѣе одного, или двухъ разъ въ годъ, и на этихъ немногочисленныхъ засѣданіяхъ Совѣта Управа, систематически публично обсужденія вопросовъ, касающихся постановки медицинскаго дѣла въ уездѣ, фактически является единственнымъ самостоятельнымъ руководителемъ.

Такое отношеніе Управы къ дѣлу приведетъ къ окончательному упадку дѣла врачебной помощи населенію, на что мы и считаемъ своимъ долгомъ указать Земскому Собранію и полагаемъ, что единственнымъ выходомъ изъ этого положенія является восстановленіе правильнаго функционированія врачебнаго Совѣта съ передачей ему веденія медицинскаго дѣла въ уездѣ. Земскіе врачи Гравворонскаго уезда: *В. Пухлякскій, Ф. Кулиничскій, С. Вроблескій, Е. Стрекалова, Г. Полянская-Джелева и В. Бойковъ.*

15-го апрѣля 1906 г. г. Гравворонъ.

**CXLVIII.** М. Г. Прошу черезъ посредство «Русскаго Врача» довести до свѣдѣнія врачей-евреевъ, ищущихъ мѣстъ въ земствѣ, *Содержаніе телеграммы, полученной мной отъ Егорьевскаго земства Рязанской губ.*

Въ отвѣтъ на мою телеграмму въ Управу съ просьбой отвѣтить на мое письмо, я получалъ телеграмму \*) слѣдующаго содержанія: «письмо не получалось. Не еврей, пріѣзжайте. Земство».

Эта телеграмма заставила меня на моментъ пожалѣть о своей принадлежности къ еврейству, ибо, не принадлежа къ нему, я послѣ такой телеграммы имѣлъ-бы возможность отказаться служить въ Егорьевскомъ Земствѣ. Населеніе уѣзда во врачебной помощи, очевидно, нуждается, но Егорьевское Земство (не Управа) съ этимъ не считается: ему важно лишь имѣть на службѣ врача не еврея. Въ то время какъ другія земства, обыкновенно, приглашая на службу врачей, требуютъ свѣдѣній о мѣстѣ и времени окончанія Университета, свѣдѣній о прежней службѣ и т. п., Егорьевскому же земству всѣхъ этихъ свѣдѣній не нужно. Ему необходимо лишь знать національность приглашаемаго на службу врача. Sic! . . .

Врачъ Н. М. Кранцъ.

Петербургъ. 1-го іюля 1906 г.

**CXLIX.** М. Г. Не откажите огласить слѣдующій

*Отчетъ казначая Всероссийскаго фонда оказанія помощи врачамъ, потерпѣвшимъ въ русско-японской войнѣ, и ихъ семьямъ за июнь 1906 г.*

На 1-ое іюня состояло 18886 р. 42 к., изъ коихъ на храненіи и текущемъ счету 18878 руб. 89 коп. и на рукахъ у казначея 7 руб. 53 коп. Въ теченіе іюня поступило: пожертвованій — 106 руб. 80 коп., % съ вкладовъ 460 р. 35 к. Ивасковданово: на администрацію — 20 р. 86 к., на пособия — г-жѣ Крыштопенко 100 р., д-ру *Катину-Ярцеву* (ссуда) 100 р., д-ру *С. Р. Брауншвейгу* (ссуда) 150 р. и изъ специальныхъ средствъ *Р. С. Берманъ* — 40 р. На 1-ое іюля состоятъ 19042 руб. 71 коп., изъ коихъ на храненіи и текущемъ счету 18578 руб. 89 коп. и на рукахъ у казначея 463 руб. 82 коп.

Въ іюль была выдана *М. Н. Рудкову* кнѣзятцѣ (книжка № 235. Возвращены книжки: *Н. 224 — М. Н. Рудкова* (использована) и № 3-й *П. Т. Садовскаго* (неиспользована). Въ теченіе отчетнаго мѣсяца казначаемъ высланы квитанціи слѣдующимъ лицамъ: № 542 на 40 р. *М. Н. Рудкову*, № 543 на 6 р. и № 549 на 6 руб. медиц. чинамъ Гельсингфорскаго военнаго мѣтнаго лазарета, № 544 на 12 р. *А. Пшоникому*, № 545 на 25 р. *П. П. Никольскому*, № 546 на 4 р. 90 к. и № 550 на 4 р. 90 к. мед. чинамъ Одесскаго военнаго госпиталя, № 547 на 7 руб. медиц. чинамъ Киевскаго Окр. военно-медиц. Управления и № 548 — 1 руб. *И. Д. Курченко*.

Казначей д-ръ *А. В. Рутковский*.

Петербургъ. 2-го іюля 1906 г.

**СЛ. М. Г.!** Не откажите напечатать прилагаемое

*Письмо Пензенскаго медицинскаго Общества.*

Въ № 18 «Русскаго Врача» помѣщено письмо старшаго врача Пензенской губернской больницы *Д. С. Щеткина*, въ которомъ онъ обвиняетъ Пензенское медицинское Общество въ томъ, что оно «судило его, приговорило къ наказанію и привело въ исполненіе свой приговоръ». Въ дѣйствительности ничего подобнаго не было.

Въ засѣданіи 27-го февраля 1906 г. грачомъ *Е. А. Коммисинскимъ* доложено было объ обстоятельствахъ увольненія интерна больницы *В. О. Серпенскаго*, при чемъ была прочитана копія какъ секретнаго донесенія старшаго врача въ Управу, такъ и отвѣта *В. О. Серпенскаго*.

Медицинское Общество не входило въ разборъ дѣла по существу и не разбирало вопроса о томъ, кто правъ — *Д. С. Щеткинъ* или *В. О. Серпенскій*, тѣмъ болѣе, что послѣднимъ возбуждено противъ перваго дѣло о клеветѣ и вопросъ этотъ будетъ рѣшенъ судомъ.

Медицинское Общество нашло только способъ дѣйствій *Д. С. Щеткина* противорѣчащимъ не только врачебной, но и общечеловѣческой этикѣ.

*Д. С. Щеткинъ*, имѣя противъ *В. О. Серпенскаго* рядъ обвиненій, не обратился ни разу къ ординаторамъ больницы, которые легко могли бы или уладить инцидентъ, или произвести на *В. О. Серпенскаго* давленіе въ случаѣ, если бы онъ былъ неправъ, а предпочелъ обратиться съ секретнымъ донесеніемъ въ Управу.

Въ этомъ донесеніи встрѣчаются такіа выраженія:

«Г-нъ *Серпенскій* настаивая, чтобы о такихъ случаяхъ \*) сообщалось прокурору, а не полиціи, но такъ какъ его требованія не исполнялись, то онъ вооружался противъ нея (полиціи) и началъ противодѣйствовать чинамъ полиціи въ то время, когда они появлялись въ больницу по дѣламъ службы».

«Все вышеизложенное вредно вліяетъ на поддержаніе порядка въ больницѣ, возбуждаетъ къ неповиновенію прислугу и низшій медицинскій персоналъ. Если еще принять во вниманіе, что при больницѣ имѣются двѣ школы, акушерская и фельдшерская, то образъ дѣйствій его не можетъ проходить безъ вліянія на учениковъ и ученицъ той и другой школы».

Въ заключеніе старшій врачъ пишетъ: «Образъ дѣйствій *Серпенскаго* можно объяснить только стремленіемъ прогнѣвать какой бы то ни было власти... Я не могу себѣ представить, чтобы человѣкъ съ высшимъ образованіемъ и при томъ еще врачъ, оставаясь въ здравомъ умѣ, могъ бы доходить до такихъ размѣровъ въ своей ненависти къ власти. Онъ самъ не желаетъ повиноваться дѣлаемымъ распоряженіямъ и подстрекаетъ къ этому другихъ»....

Вотъ это секретное донесеніе, наполненное подобными обвиненіями, медицинское Общество и нашло противорѣчащимъ этикѣ.

Въ своемъ письмѣ *Д. С. Щеткинъ* увѣряетъ, что «въ виду намѣренія *г. Серпенскаго* привлечь меня къ суду за клевету», онъ не видитъ пока необходимости дѣлать какія бы то ни было разъясненія относительно причинъ увольненія *г. Серпенскаго*. Но тутъ же старшій врачъ утверждаетъ, что благодаря мнѣнію врачей больницы Управа ограничилась «только увольненіемъ отъ службы *г. Серпенскаго*» и этимъ даетъ понять, что *Серпенскій* совершилъ очень крупный проступокъ. Въ дѣйствительности мнѣніе ординаторовъ больницы о поступкахъ *Серпенскаго* было таково:

«Пункты обвиненія, предъявленные старшимъ врачомъ больницы *Д. С. Щеткинымъ* къ *В. О. Серпенскому* по существу мелочны... отношенія старшаго врача къ д-ру *Серпенскому* безусловно пристрастны» («Перестрой» № 64). «Ознакомившись съ обвиненіями, предъявленными г. старшимъ врачомъ больницы къ врачу интерну *Серпенскому*, а также съ объясненіями послѣдняго, мы признали во 1-хъ, что обвиненія эти по своему характеру относятся къ области специально-врачебной и для правильнаго и безпристрастнаго рѣшенія дѣла безусловно необходимо разслѣдованіе \*) при участіи врачей, хотя бы и постороннихъ для больницы. Во 2-хъ, жизнь современной больницы немислимо регулировать Уставомъ Приказа Общественнаго призрѣнія, — «Уставомъ», который давно уже признанъ совершенно негоднымъ не только врачами, но и высшей правительственной властью. Фактически больничный уставъ остается мертвой буквой. Однако, при извѣстныхъ случаяхъ и при желаніи администратора больницы — мертвая буква воскресаетъ и можетъ превращаться въ законное орудіе, при помощи котораго весьма легко отдать подъ судъ всякаго врача за нарушение того или другаго изъ многочисленныхъ параграфовъ Устана». Въ 3-хъ, наконецъ, мы глубоко убѣждены, что почти всѣ ненормальныя явленія въ жизни лѣчебнаго заведенія слѣдуетъ расматривать, — какъ неизбежное послѣдствіе единоличнаго управленія больницей («Перестрой», № 76).

Въ заключеніе Пензенскому медицинскому Обществу было

\*) Рѣчь идетъ о выдачѣ врачомъ полицейскимъ властямъ заключеній о степени тяжести поврежденій.

\*) О такомъ разслѣдованіи и просилъ *В. О. Серпенскій*, но Управа его «только уволела».

\*) Подлинная телеграмма прислана намъ въ редакцію. *Ред.*

бы очень интересно знать, что хочетъ сказать Д. С. Щеткинъ, радуясь, что будетъ освѣщена «одна изъ сторонъ дѣятельности Пензенскаго медицинскаго Общества»? Пензенское медицинское Общество, въ свою очередь, будетъ очень довольно освѣщеніемъ не только «одной изъ сторонъ», но и всей дѣятельности его въ цѣломъ.

Предсѣдатель А. Генке.  
Секретарь Е. Ропытский.

Пенза. 1906 г. 30 июня.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ

1314. *Проекты новаго университетскаго Устава*, а равно новыхъ уставовъ высшихъ учебныхъ заведеній будутъ внесены министерствомъ народнаго просвѣщенія на разсмотрѣніе Государственной Думы въ началѣ предстоящей осени.

1315. *Чтеніе лекцій въ В. Медицинской Академіи* въ предстоящемъ 1906—1907 учебномъ году начнется обязательно 1-го сентября и при томъ на всѣхъ курсахъ одновременно («Слово», 29 июня).

1316. Харьковскому Университету, какъ сообщаютъ «Агентскія телеграммы» отъ 1 июля, завѣщено мѣстнымъ богачемъ Бондыревымъ 157000 р. на образованіе 16 стипендій на разныхъ факультетахъ.

1317. Министерство народнаго просвѣщенія, по сношенію съ другими вѣдомствами, выработало слѣдующія *условія относительно приема въ университеты лицъ, получившихъ образованіе въ среднихъ учебныхъ заведеніяхъ*: 1) безъ всякихъ испытаній принимаются лица, имѣющія аттестаты или свидетельства зрѣлости, а также окончившія курсъ общихъ классовъ Александровскаго лицея и училища правовѣдѣнія; 2) съ дополнительнымъ испытаніемъ по латинскому языку принимаются лица, имѣющія свидетельства 7 классовъ реальнаго училища вѣдомства министерства народнаго просвѣщенія, а также окончившія Гатчинскій Сиротскій Институтъ, пріютъ принца А. П. Ольденбургскаго, Тенишевское училище и кадетскіе корпуса; 3) съ дополнительнымъ испытаніемъ по математикѣ, физикѣ и по одному изъ новыхъ языковъ воспитанники православныхъ духовныхъ семинарій, окончившіе курсъ 4-хъ общеобразовательныхъ классовъ, а также лица, окончившія полный курсъ духовныхъ семинарій, при чемъ лицамъ этой послѣдней категоріи могутъ быть, по усмотрѣнію факультетовъ, предоставлены нѣкоторыя льготы. Что касается до лицъ, уже окончившихъ одно изъ высшихъ учебныхъ заведеній въ Россіи, то они допускаются въ университеты, независимо отъ ихъ среднеобразовательнаго ценза.

1318. Вѣнскій корреспондентъ «Рѣчи» сообщаетъ отъ 30-го июня изъ Вѣны, что Совѣтъ *Львовскаго Университета* разрѣшилъ лицамъ, получившимъ аттестатъ зрѣлости въ среднихъ учебныхъ заведеніяхъ Варшавы, Кіева, Люблина, Радома, Суважы, Влоцлавска и Згоржа посѣщать Львовскій Университетъ въ качествѣ *воинслушателей*.

1319. На предстоящей въ Гаагѣ отъ 6 по 8 сентября (н. ст.) V-ой *международной конференціи по буиорчати* представителемъ отъ Медицинскаго Совѣта будетъ д-ръ Л. Б. Бертенсонъ.

1320. *Институтомъ экспериментальной медицины въ 1905 году изготовлено и отпущено* 35649 сткланокъ противодифтерійной, 23678 сткланокъ противодизентерійной, 1842 сткланки противоскарлатинной и 265 сткланокъ противострептококковой *сыворотки*. 14815 сткланокъ туберкулина и 14117 сткланокъ малленна. Независимо отъ этого, изъ запаса помѣщающейся на фортѣ Александра I въ Кронштадтѣ противочумной лабораторіи Института изготовлено и отпущено въ различныя мѣстности 12138 сткланокъ противобубонно-чумной сыворотки и 14691 сткланки противобубонно-чумной предохранительной Хавкинской лимфы, 33467 сткланокъ противохолерной лимфы и 446 граммъ агглютинирующей противохолерной сыворотки.

1321. Мы узнали изъ вполне достовернаго источника, что *дѣло* содержавшагося въ «Крестахъ» въ теченіи 5 мѣсяцевъ *д-ра А. О. Сулима-Самойло* (см. выше, № 26, стр. 817) послѣ окончанія слѣдствія, производившагося чинами охраннаго отдѣленія, было передано на разсмотрѣніе прокурору, который въ предъявленныхъ обвиненіяхъ не нашелъ состава преступленія. Д-ръ Сулима уже выѣхалъ за-границу.

1322. Въ Государственную Думу поступилъ уже собранный Правленіемъ Пироговскаго Общества врачей матеріалъ относительно *административныхъ насилій надъ лицами медицинскаго персонала*. Одновременно съ этимъ матеріаломъ члену Думы, д-ру В. И. Долженкову препровождена записка съ просьбой возбудить ходатайство о возстановленіи въ правахъ пострадавшихъ.

1323. По словамъ «Рѣчи» (29 июня), извѣстный изслѣдователь восточныхъ окраинъ и тибетской медицины, врачъ Приморской области Н. В. Кирилловъ *отстраненъ отъ должности и привлекается къ ответственности* за соумы крестьянскаго Съезда въ Приморской области.

1324. «Биржевыя Вѣдомостямъ» телеграфируютъ изъ Одессы, 27-го июня, что «по распоряженію ген. Карангозова, 25-го июня, *должны были выслать въ Томскую губернію врачи военнаго госпиталя Плотичина*. При передачѣ его конвою, солда-

ты отказались сопровождать его на вокзалъ. Убѣжденія офицера оказались тщетны. Отправить Плотичина не могли». — Фактъ весьма знаменательный.

1325. *Кандидатами на должность старшаго врача* Харьковской губернской земской больницы являются, какъ передаютъ «Харьковскія Вѣдомостямъ» (21 июня), въ настоящее время слѣдующія лица: А. А. Говсѣевъ, М. В. Игнатъевъ, Е. Р. Клевезаль, А. Д. Коцовскій и П. П. Тутмыкинъ.

1326. По словамъ «Терека» (20 июня), 15 июня въ Тифлисѣ открылся *Съездъ ветеринарныхъ врачей* (по 2 отъ каждой губерніи и области), и предсѣдатель отъ Кавказскаго сельскохозяйственнаго Общества. На Съездѣ предсѣдательствуетъ начальникъ главнаго ветеринарнаго Управленія *Нагорскій*.

1327. Въ Астрахани учреждено *зубоврачебное Общество*, предсѣдателемъ коего избранъ Ф. Г. Фармановъ, товарищемъ его — В. Б. Ариимтеинъ, секретаремъ — Н. И. Каушанскій и казначеемъ — Ю. Ф. Ливанова («Астраханскій Листокъ», 20 июня).

1328. Кружокъ Ялтинскихъ жителей рѣшилъ оборудовать одну дачу для *здравенія*, въ которой могли-бы пользоваться безплатнымъ климатическимъ лѣченіемъ лица, содержащіеся въ тюрьмахъ по *политическимъ дѣламъ* («ХХ-ый Вѣкъ», 1 июля).

1329. Въ Кисловодскѣ законченъ постройкой и оборудованіемъ *больница имени П. Д. Хлудовой* и при ней платная хирургическая лѣчебница. Больница построена была въ 1899 г. на пожертвованіи г-жею Востраковой (рожденной Хлудовой) 55000 р. и принесена была ею въ даръ министерству землѣдѣлія и государственныхъ имуществъ съ тѣмъ, чтобы директоръ водъ вступилъ въ соглашеніе съ обществомъ слободы Кисловодской объ уступкѣ въ собственность казны участка земли, огороженнаго подъ больницу постройкой, и чтобы означенная больница именовалась «Лѣчебницей имени Пелагии Давыдовны Хлудовой». Приговоромъ отъ 29 августа 1899 г. общество слободы Кисловодской передало въ собственность казны вышеупомянутый участокъ земли съ тѣмъ условіемъ, чтобы больница функционировала круглый годъ, чтобы въ ней амбулаторно лѣчились безплатно круглый годъ всѣ бѣдные обыватели слободы Кисловодской, а для стационарнаго пользованія имѣлись бы постоянно 2 койки, исключительно предназначенныя для слобожанъ. Вслѣдствіи г-жа Востракова *застычала* въ пользу принятой въ казну лѣчебницы имени П. Д. Хлудовой въ Кисловодскѣ 100000 р. съ тѣмъ, чтобы капиталъ этотъ оставался неприкосновеннымъ, а проценты съ него употреблялись на нужды лѣчебницы и на *содержаніе бѣдныхъ больныхъ*. Послѣ сдѣланныхъ обширныхъ перестроекъ оказалось возможнымъ больницу оборудовать на 12 кооекъ, а хирургическую лѣчебницу на 19 кооекъ; кромѣ того, Управленіе водъ приступило къ постройкѣ каменнаго барака для заразныхъ больныхъ съ 3-мя изоляционными палатами. Изъ вышеуказанныхъ 12 кооекъ больницы 2 койки предоставляются безплатно въ распоряженіе Кисловодскаго городского Управленія, а 2 койки, также безплатно, для оказанія помощи бѣднымъ больнымъ изъ числа *прѣзжихъ* курсовыхъ; удостовѣреніе въ бѣдности означенныхъ больныхъ получается ими отъ администраціи и учреждений по мѣсту ихъ постоянного жительства, или же отъ мѣстныхъ благотворительныхъ обществъ. Консультантомъ больницы и лѣчебницы состоитъ профессоръ *Московскаго университета, П. И. Дыконовъ*, заведующимъ ч. пр. *Московскаго университета, А. В. Тихоновичъ* («Кавказскія Минеральныя Воды», 24 июня).

1330. При Ирринской общинѣ Краснаго Креста въ Астрахани на средства благотворителей начата *постройка большаго многоколочическаго отдѣленія*. Отдѣленіе задумано по широкому плану, разработанному д-ромъ А. П. Першимъ. Въ отдѣленіи будетъ находиться родильный пріютъ, акушерско-хирургическая больница и рядъ научно-обставленныхъ вспомогательныхъ учреждений (гидропатическое отдѣленіе и пр.) («Астраханскій Листокъ», 20 июня).

1331. Въ печатающихся въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (2-го июля) *воспоминаніяхъ* д-ра М. А. Ченова объ умершемъ 2 года тому назадъ д-рѣ А. П. Чеховѣ, приводятся нѣсколько интересныхъ фактовъ, свидетельствующихъ о томъ, какъ *благотворно отразилось* на всей беллетристической дѣятельности писателя его медицинское образованіе. Чеховъ былъ врачъ и натуралистъ по образованію, и это образованіе наложило яркій натуралистическій отпечатокъ не только на его міросозерцаніе, но и на самое творчество. Не смотря на свое писательство, онъ очень любилъ прежде всего свою науку — медицину, которой считалъ себя, какъ писатель, многимъ обязаннымъ и которой не переставалъ интересоваться до послѣднихъ дней своей жизни. Онъ аккуратно выписывалъ медицинскіе журналы, слѣдилъ за всѣми открытіями въ области медицины, мечталъ въ Ялтѣ прѣхать въ Москву «поговорить о Мечниковѣ», пытался положить начало въ Москвѣ научному Институту для усовершенствованія врачей. Но не только медицина, а и всѣ другія стороны чело-вѣческаго духа не оставались ему чужды; радій, театр, живопись, землѣдѣльскія науки, огромные океанскіе пароходы, всѣ новости техники не менѣе интересовали его, и о немъ можно дѣйствительно сказать, что ничто чело-вѣческое не было ему чуждо... Многія черты творчества Чехова, какъ напр. его удивительная правдивость, вѣстная простота и отсутствіе вычурности, наконецъ самая методика (постоянное наблюденіе за жизнью и собраніе матеріала, употребленіе для этой цѣли записныхъ книжекъ, совмѣщеніе въ одномъ типѣ цѣлаго ряда наблюденій, собранныхъ въ разное время), — все это черты, очень характерныя для натуралиста и для научнаго работника вообще. Этотъ куль-



тупый методъ сказывался и въ отношеніи къ отдѣлкѣ *Чеховыхъ* своихъ произведеній, которыя онъ тщательно обрабатывалъ и переписывалъ иногда по 7 разъ... На ряду съ необычайнымъ дарованіемъ, въ творчествѣ *Чехова* все же видное мѣсто занимаетъ и человекъ науки, и именно науки опредѣленнаго, натуралистическаго характера. Это видно также и изъ отношеній *Чехова* къ театру, гдѣ онъ требовалъ отъ артиста, прежде чѣмъ онъ выступитъ на сцену, самаго серьезнаго изученія психологіи, и даже предложилъ *Г. И. Россолмо* взять на себя чтеніе психологіи на курсахъ Художественнаго театра... Отношеніе *Чехова* къ своимъ обязанностямъ было безукоризненно. Больной, онъ всегда возился въ Ялѣ съ больными, направлялъ ихъ въ Москву, хлопоталъ о помѣщеніи ихъ въ клиники и больницы».

1332. Комитетъ общественной помощи голодающимъ, какъ передаетъ «Слово» (1 июля), получилъ отъ заведующаго Рязанскимъ отдѣломъ уведомленіе о закрытіи администраціей въ *Рябенбургскомъ уездѣ* *столовой комитетъ*. «Закрыто 12 столовыхъ, удовлетворявшихъ горячую пищу 4100 человекъ. Урядники потребовали отъ заведующихъ столовыми, чтобы въ 24 часа они вышли изъ уѣзда, угрожая въ противномъ случаѣ высылкою этими порядкомъ. Населеніе крайне возмущено закрытіемъ столовыхъ. Опасаясь столкновеній на этой почвѣ между крестьянами и стражниками и не желая разжигать своимъ присутствіемъ страсти, заведующіе столовыми поспѣшили выйти». — Вотъ каковы результаты сношенія министра внутреннихъ дѣлъ съ мѣстными

прекращалась, и пища была своевременно рождена больными, при содѣйствіи сестеръ милосердія и врачей. Функции по уходу за тяжело-больными также приняли на себя сестры и паталные врачи. Но замѣнить всю больничную прислугу, въ составъ которой входитъ свыше 250 человекъ, ни сестрамъ, ни врачамъ, исполнѣ не удалось. Къ вечеру въ больницы явились только дежурные служители, ставшие на работу. По свидѣніямъ Одесскихъ газетъ отъ 28-го іюня, забастовка прекратилась и жизнь больницы вошла въ обычную колею.

1336. Комиссія по разслѣдованію бывшихъ въ *Алабузовской больницы* *безпорядковъ* закончила свои труды. Низшій персоналъ, въ виду измѣнившихся къ нему отношеній главнаго врача *Колоса*, не настаиваетъ уже на своихъ первоначальныхъ требованіяхъ. Слѣдственная комиссія проситъ городского голову, чтобы онъ ходатайствовалъ передъ градоначальникомъ о полной отпѣлкѣ принятыхъ послѣднихъ къ 6-ти лицамъ репрессій («Слово», 2 іюля).

1337. Д-ръ *Л. Б. Бертенсонъ* любезно сообщилъ намъ, что среди находящихся въ его распоряженіи матеріаловъ по анкетамъ международнаго Союза борьбы съ бугорчаткой, для предстоящей въ нынѣшнемъ году въ Гаагѣ Конференціи этого Союза, имѣются, между прочимъ, собранныя нашимъ Главнымъ тюремнымъ управленіемъ слѣдующія статистическія свѣдѣнія по вопросу о *бугорчаткѣ въ тюрьмахъ* Россіи за 1900—1904 годы:

		Т Ю Р Ь М Ы									
		Петербурга.					Всей Россіи, со включеніемъ Петербурга.				
		1900 г.	1901 г.	1902 г.	1903 г.	1904 г.	1900 г.	1901 г.	1902 г.	1903 г.	1904 г.
Общее число заключенныхъ . . . .		27700	29330	29127	34986	33172	686690	675372	720858	785003	745973
» » всѣхъ больныхъ . . . .		3154	3413	3353	3936	3891	74427	76949	80561	95006	99883
» » бугорчаточныхъ . . . .		142	125	170	256	220	1668	2471	2050	2346	2893
» » всѣхъ умершихъ . . . .		70	61	82	65	103	Нѣтъ свѣдѣн.	1906	1785	1912	2091
» » умерш. отъ бугорчатки.		36	35	49	41	47	399	470	471	575	683
Проценты отнош. къ общему числу заключенныхъ . . . .		0,51	0,43	0,53	0,73	0,66	0,24	0,37	0,28	0,3	0,39
» » къ числу больныхъ . . . .		4,5	3,66	5,07	6,5	5,66	2,24	3,21	2,54	2,47	2,9
Проценты отнош. къ общему числу заключенныхъ . . . .		0,13	0,12	0,17	0,12	0,14	0,06	0,07	0,07	0,07	0,09
» » къ числу больныхъ . . . .		1,14	1,03	1,46	1,04	1,21	0,54	0,61	0,58	0,61	0,68
Проценты отнош. къ числу смертныхъ случаевъ . . . .		51,43	57,38	59,76	63,09	45,63	—	24,66	26,39	30,07	32,66

губернаторомъ (см. выше № 24, стр. 752 и № 26, стр. 817). Очевидно, чаша долготерпѣнія голодающаго русскаго народа будетъ скоро переполнена; близится часъ расплаты. А расплата бываетъ въ такихъ случаяхъ ужасною!

1333. Общество охраненія народнаго здравія вмѣстѣ съ соединенной организаціей Петербургскихъ обществъ для помощи голодающимъ отъ неурожая обращаетъ вниманіе жертвователей на ужасы наступающаго юлода. Въ пострадавшихъ губерніяхъ, особенно Казанской, Пензенской, Псковской и Вологодской, распространяются въ страшномъ размѣрѣ голодные тѣнь и данга. Заболеваютъ и умираютъ главными образомъ дѣти до 10 лѣтъ. Между тѣмъ за 1 р. 20 к. въ мѣсяцъ можно дать ребенку въ теченіи мѣсяца хлѣбъ и кашу; за 2 р. можно прокормить взрослого въ продолженіи мѣсяца. Списки жертвователей печатаются. Пожертвованія деньгами или марками принимаются ежедневно въ Обществѣ охраненія народнаго здравія (Мойка, 85).

1334. При общей суммѣ расходовъ 153755 р., исчисленныхъ въ 1906 году въ *Екатеринославскомъ земствѣ*, больше  $\frac{1}{3}$  этой суммы, именно 52793 р. назначено на медицинскую часть. Изъ этой суммы наибольшую статью расхода составляетъ содержаніе *Екатеринославской больницы*—23208 р. Число земскихъ врачей въ уездѣ всего только 3 при 10 фельдшерахъ («Вѣстникъ Таврическаго Земства», 27 іюня).

1335. Причиной забастовки больничной прислуги *Одесской городской больницы* (см. выше, № 26, стр. 817) было увольненіе 15-ти лицъ служительскаго персонала по дѣлу о старшемъ слугѣ Пашковскомъ, изъ-за котораго послѣдовало распоряженіе объ арестѣ этихъ 15-ти больничныхъ служителей. Служащіе постановили впредь до освобожденія арестованныхъ не приступать къ работамъ. Какъ передаютъ «Одесскія Новости» (25 іюня), «депутатъ отъ больничныхъ служителей сообщилъ представителямъ города и администраціи о своемъ требованіи. На экстренномъ же совѣщаніи врачей больницы единогласно постановлено было потребовать немедленнаго возвращенія арестованныхъ съ тѣмъ, чтобы послѣ надлежащаго законнаго разслѣдованія дѣла о Пашковскомъ, въ случаѣ виновности служителей, передать ихъ о Пашковскому суду. Прибывшій въ больницу градоначальникъ, выслушавъ заявленіе врачей больницы, отказался его принять на томъ основаніи, что это дѣло вышнихъ властей. Между тѣмъ въ больницу явились казаки и городовые, которые размѣстились у входовъ въ больницу. Забастовка больничной прислуги, въ составъ которой входитъ прислуга, обслуживающая палаты, кухни, цехгазы, больничныя аптеки и др. больничныя учрежденія, отразилась тяжело на больныхъ, которыхъ въ настоящее время насчитывается въ обѣихъ больницахъ около 1500 человекъ. Барка обѣда, начавшаяся на разсвѣтѣ до забастовки, не

Непомѣрный ростъ общаго числа больныхъ бугорчаткой, начиная съ 1901 г., Главное тюремное Управленіе объясняетъ усовершенствованіемъ статистики. Врядъ-ли, однако, такое возростаніе числа заболѣвшихъ бугорчаткой находится въ зависимости только отъ «усовершенствованія статистики»; гораздо болѣе вѣроятно, что приростъ больныхъ бугорчаткой произошелъ и происходитъ отъ непомернаго переполненія въ послѣдніе годы тюремъ. Хотя за 1905—1906 годы статистическихъ свѣдѣній пока еще нѣтъ, но легко представить себѣ, какъ ужасающе велики эти цифры.

1338. Наше вниманіе обратили изъ Чернигова на слѣдующее, по меньшей мѣрѣ странное, «объявленіе», напечатанное въ отдѣлкѣ объявленій въ издающейся въ Черниговѣ «Утренней Зарѣ» (18 іюня): «Въ 20-хъ числахъ сего іюня изъ Харькова пріѣдетъ въ Черниговъ профессоръ дѣтскихъ болѣзней *Иванъ Виссарионовичъ Троицкій*, остановится въ домѣ протоіерея Соколова по Гончей улицѣ и пробудетъ здѣсь около мѣсяца». — Неужели объявленіе это было напечатано съ вѣдома и по желанію проф. Троицкаго?

1339. По поводу конфликта между частью медицинскаго персонала и земской Управой Дмитровскаго уѣзда, Московскій губерніи, возникъ, какъ помнятъ наши читатели (см. выше, № 16, стр. 497), *третейскій Судъ*. Въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (29 іюня), напечатано длинное Постановленіе третейскаго Суда по этому дѣлу. Приводимъ послѣдніе 2 пункта (12-ый и 13-ый) этого постановленія, какъ имѣющіе общее значеніе: «Положеніе Дмитровскаго санитарнаго Совѣта въ настоящее время въ кругу земскихъ учреждений нормально. Принимая во вниманіе: 1) возстановленіе юридическихъ правъ санитарнаго Совѣта; 2) фактическое возстановленіе дѣятельности большинства лѣчебницъ; 3) отказъ отъ бойкотированія мѣстъ со стороны самихъ уволенныхъ и ушедшихъ врачей; 4) то соображеніе, что исполнѣ нормальное положеніе дѣлъ въ Земствѣ можетъ быть установлено только стоящей на очереди коренной реформой земскаго самоуправленія на демократической основѣ,—судъ признаетъ врачебную работу въ настоящее время въ Дмитровскомъ уездѣ возможною. Вмѣстѣ съ тѣмъ онъ констатируетъ распадѣніе прежней врачебной корпораціи въ уездѣ, сопровождавшееся уходомъ изъ нея наиболѣе активной въ общественно-политическомъ отношеніи части. —Объ этомъ послѣднемъ слѣдуетъ, мы думаемъ, пожалѣть, и Управѣ, и членамъ третейскаго Суда.

1340. Московскій межпартійный Комитетъ помощи политическимъ заключеннымъ и ссыльнымъ, среди которыхъ находится немало врачей, и вообще лицъ младшаго медицинскаго персонала, обращается, какъ передаютъ («Русскія Вѣдомости» (27 іюня), съ слѣдующимъ воззваніемъ къ населенію Москвы:

«Амнистии нет, репрессии продолжаются. Тюремные все еще полны, и больша́я партия политических ссыльных двигается на север и в Сибирь. На место освобожденных узников являются новые. Москва—главный пересыльный этап. В ней подолгу задерживаются лица, отправляемые в ссылку со всех концов России. Огромное большинство заключенных и ссыльных—фабричные рабочие, крестьяне и интеллигентный пролетариат, т. е. люди, лишенные всяких средств к жизни. Они нуждаются в одежде, пище, деньгах на дорогу, и, чтобы снабдить их хотя самыми необходимыми, нужными вещами сумми. У многих на воле остались семьи, лишившиеся своих кормильцев и тоже нуждающиеся в постоянной помощи. Не менее ужасно положение сосланных. Заброшенные в глухие углы Сибири и северных губерний, не имеющие заработка и принужденные довольствоваться ничтожными пособиями от казны, они буквально голодают. Мучительный вопрос о помощи этим борцам за землю и волю во всей своей громадности стоит перед русским обществом. Только все общество может разрешить его сколько-нибудь удовлетворительно. Только самая широкая и постоянная общественная помощь может облегчить крайне тяжелое положение заключенных и ссыльных. К этой помощи мы и обращаемся. Жертвуйте и собирайте пожертвования деньгами, одеждой, обувью, бельем и делайте это до тех пор, пока все пострадавшие в борьбе за свободу борцы не выйдут на свободу. Это—долг чести и справедливости. Мы верим, что русское общество скоро освободится от этого долга. Сделайте же последнее усилие. Помните, что летние месяцы особенно тяжелы. Всякого рода сборы, лотереи и другие предприятия в пользу политических являются почти безнадежным делом в течение мертвого сезона. Пусть же каждый сам идет навстречу нужде». Пожертвования просить направлять в контору газеты «Путь» (Кузнецкий Мост, дом Купеческого общества) и в лавочницу д-ра Н. М. Кишкина (Нижняя Кисловка).

1341. Для понимания причины и поэтому для оправдания все более учащающихся забастовок булочников, приводим из «Русских Ведомостей» (2-го июля), описание действительно ужасных в санитарном отношении условий труда и жизни пекарей. «Продолжительность рабочего дня доходит до 17-ти часов, и большинству булочников приходится вследствие этого недосыпать. Спать при этом приходится в самых скверных условиях, нередко на одной постели 2—3—4-м. Обычное помещение—в подвале, грязном, пыльном, душном, сыром. В баню булочники ходят редко, за неимением времени. Праздников у булочников нет; перед праздниками работы еще прибавляется. Последние дни перед Пасхой и Рождеством приходится почти совсем не спать. При таких условиях не может быть речи об удовлетворении каких-либо духовных потребностей. От семьи приходится отказываться; булочники живут на хозяйских квартирах. Измученный, невыспавшийся человек не имеет аппетита, и мы видим, что большинство булочников—блédные, истощенные люди. Невыспавшийся человек не может быть внимательным, и поэтому не должны удивляться, что в хлеб и в булочки находим нередко тараканов, мух, куски дерева и проч. Потребитель не думает, что он вместе с хлебом съедает пот и кровь булочников. При этом жалование рабочих мизерное, если принять во внимание продолжительность и утомительность их труда. Мисит густо требуют значительной затраты сил, печь хлеб приходится при высокой температуре».

1342. 7 июля в Одессе были произведены вторичные торги на продажу лекарств, заготовленных для лечебных заведений о. Сахалина и не отправленных туда вследствие изменившихся обстоятельств. Лекарства эти, обомедшися при заготовке в сумму около 6000 р., для первых торгов были оценены в 4233 р. 47 к., а на вторичных торгах продавались со скидкой 25 % с этой последней оценочной суммы («Одесский Листок», 25 июня).

1343. Конфликт врачей Воронежской губернской земской больницы, о котором мы своевременно сообщали, представляется не вполне ясным даже членам суда по этому делу (решение этого суда см. в № 20-м «Русского Врача», стр. 625). По крайней мере один из них, почтенный земский деятель д-р С. Н. Иумнов в № 5 «Врачебной хроники Харьковской губернии» высказывается в статье по этому делу следующим образом: «Для освещения этой темной истории у меня нет достаточных данных. На суд чести один из обвинителей Меркулова старался выставить его человеком умственного образа мыслей и даже будто-бы тормозившим освободительное движение, становившимся не впереди его, а притавшимся позади. С другой стороны, было оглашено заявление, поданное в Управу несколькими учениками фельдшерской школы, во главе с г-жей Холодковской, женой одного из врачей-обвинителей, и выставившее М., как покровителя забастовки и волнений в школе. Это заявление было Управой сообщено губернатору, по запросу его. Эти факты констатированы на суд, а дальше начинаются потемки, из которых раздается Высочайший приказ: убрать Меркулова. Врача обвинители, собравшиеся было уходить из-за Меркулова, после этого остались на месте: ушли другие, не намевая покидать службу...» В той же статье С. Н. Иумнов обращает внимание на обнаруженные в этой истории неустойчивость и неопределенность желаний Земства: то полное согласие на широкую реформу больницы и желание энергично проводить ее, то заминка и уклонение от рассмотрения дела и

от рѣшающего слова в самый острый момент. Высказывая эти обвинения по адресу Земства С. Н. Иумнов разъясняет: «Имью в виду проект статута автономии, представленный больницей Земскому Собранию, но не рассмотренный имъ якобы за позднимъ поступлениемъ (во всякомъ случаѣ до открытія сессіи) и переданный въ комиссію для доклада будущему земскому Собранию. Между тѣмъ вопросъ объ этомъ стоялъ въ больницѣ очень остро; врачи, противники Меркулова, обвиняли его въ томъ, что это онъ затормозилъ рассмотрение проекта представленнаго въ противовѣсъ ему своего собственнаго. Такое обвинение въ заклиномъ разрушения стремлении врачей не подтвердилось на судѣ: М., оказалось, никакого своего проекта не представлялъ и настаивалъ на разрѣшеніи вопроса собраніемъ тогда же. Собрание рѣшило, что некуда торопиться. Правильность въ данномъ случаѣ турецкая система затягиванія дѣла, или манера русской бюрократіи хоронить непріятные вопросы въ комиссіяхъ, или сказали здѣсь растерянность и отсутствіе твердыхъ и определенныхъ критеріевъ у земства и болѣе оказались въ силу этого несостоятельными дать отпоръ проекту въ случаѣ признанія его нежелательнымъ,—все равно: ни то, ни другое предположеніе не говоритъ въ пользу Воронежскаго земства. Этот примѣръ показывать, что послѣднее не можетъ служить надежной и твердой опорой для реформатора больницы, а тѣмъ болѣе быть сознательнымъ сотрудникомъ, если ужъ не вдохновителемъ и руководителемъ. Къ внутреннему трению, встрѣченному реформой въ стѣнахъ больницы, присоединялись еще, въ лучшемъ случаѣ, пассивность и равнодушіе управы, а въ послѣднее время даже услужливость передъ администраціей и даже заблужденіе впередъ ея въ расширительномъ толкованіи Высочайшаго указа...» Д-ръ Меркуловъ былъ удаленъ указомъ отъ государственной службы, а земская Управа, по требованію губернской администраціи, опиравшейся на этотъ указъ, уволила его и отъ должности земскаго врача.

1344. Санитарная комиссія Острогожскаго уѣзднаго земства Воронежской губ. въ своихъ засѣданіяхъ 18—20 сентября 1905 г., узнавъ о предлагавшемся въ ближайшемъ губернскомъ собраніи обсужденіи доклада комиссіи изъ мѣстныхъ по пересмотру положенія о земскихъ учрежденіяхъ, сочла необходимымъ, въ виду громаднаго значенія для правильной организаціи общественной медицинны того, въ какомъ направленіи состоится этотъ пересмотръ, возбудить ходатайство чрезъ уѣздное собраніе передъ губернскимъ, чтобы въ интересахъ народнаго здоровья при пересмотрѣ положенія были приняты во вниманіе и тѣ стороны реформы, которыя могли бы обезпечить всѣмъ группамъ населенія охрану ихъ здоровья. Заимствуемъ изъ № 4 (апрѣль) «Врачебно-санитарной хроники Воронежской губернии» за текущій годъ текстъ тѣхъ положеній, которыя Острогожская санитарная комиссія рѣшила представить на обсужденіе губернскаго собранія: 1) «Въ виду того, что никакая самая полная сеть медицинскихъ учрежденій не можетъ гарантировать населенію его здоровье и предохранить его отъ вредныхъ вліяній, пока само населеніе не будетъ проявлять достаточнаго почина и заботы въ охранѣ себя, представляется чрезвычайно важнымъ пробужденіе этого почина и самостоятельности. Эта послѣдняя можетъ развиваться лишь тогда, когда небольшимъ территориямъ, состоящимъ изъ сравнительно небольшого общества, будетъ предоставлено непосредственное право, на ряду съ другими своими хозяйственными нуждами, обсуждать и нужды народнаго здоровья, самооблагатся и предпринять всѣ нужные расходы и мѣры на сохраненіе здоровья. Когда возбуждаемая самой жизненной обстановкой мысль получить возможность тутъ-же на мѣстѣ изыскивать средства и способы для осуществленія, тогда именно и въ дѣлѣ охраны своего здоровья народная мысль будетъ освобождена отъ необходимости восходить, въ видѣ всякаго рода ходатайствъ по цѣлому ряду іерархическихъ ступеней, не рѣдко не приводя къ желательнымъ результатамъ. Такимъ образомъ для дѣла охраны народнаго здоровья имѣетъ огромное значеніе учрежденіе мелкой земской единицы, самооблагающейся и безсловной. 2) На ряду съ предоставленіемъ мелкимъ территориямъ права заведыванія своими хозяйственными нуждами для народнаго здоровья, важно, чтобы и крупнымъ земскимъ органамъ, какими являются губернскія земства, было предоставлено широкое право совмѣстной дѣятельности. Это имѣетъ потому значеніе, что самый опасный бичъ народнаго здоровья—эпидеміи—не знаютъ предѣловъ губерній, и потому успешная борьба съ ними можетъ вестись при нестѣсняемой свободѣ совмѣстныхъ дѣйствій цѣлой группы земствъ и даже всей обще-земской организаціи, направленной на устраненіе причинъ, благоприятствующихъ широкому распространенію эпидемическихъ болѣзней. 3) Опытъ показывалъ, что самыя разумныя мѣры, направленныя къ охранѣ народнаго здоровья, встрѣчаютъ нежелательное къ себѣ отношеніе среди нѣкоторыхъ группъ населенія, заявляющихъ, что имъ не надо того, что предлагаютъ. Зависитъ это отъ того, что въ существующемъ земствѣ не всѣ слои населенія представлены одинаково равномерно, и нѣкоторыя группы населенія дѣятельно совершенно не участвуютъ въ проведеніи медицинскихъ мѣръ, касающихся ихъ ближе всего. Устраненіе такого явленія возможно лишь при измѣненіи земскаго представительства на широкіхъ демократическихъ началахъ, на основѣ прямого, всеобщаго, равнаго и закрытаго голосованія. Только такая реформа земскаго положенія обезпечитъ всѣмъ группамъ населенія въ одинаковой степени охрану ихъ здоровья. 4) Уже давно установлено, что одной изъ основныхъ причинъ огромной заболеваемости населенія является его бѣдность и невежество. Поэтому на ряду съ общегосударственными реформами, направленными на

подняtie экономического благосостояния народных масс и их просвѣщеніе, необходимо, чтобы и земскимъ органамъ, мелкимъ и крупнымъ, была предоставлена ничѣмъ нестѣсняемая свобода въ этой области. 5) Наконецъ, какъ это показалъ многолѣтній опытъ земскихъ врачей и другихъ общественныхъ врачей, огромный вредъ дѣлу народнаго здоровья наноситъ отсутствіе полной свободы для распространенія въ народѣ путемъ устного и печатнаго слова всѣхъ нужныхъ свѣдѣній о причинахъ, подрывающихъ народное здоровье и о мѣрахъ къ ихъ устраненію. Точно также вредно отражается на медицинскомъ дѣлѣ отсутствіе права образовывать общества и союзы, преслѣдующіе цѣли охраны здоровья, устраивать безирепетивно собранія для устного разъясненія народу нужныхъ ему свѣдѣній о мѣрахъ предохраненія своего здоровья отъ тѣхъ или иныхъ вредныхъ вліяній. 6) Очень плохо отражаются на медицинскомъ дѣлѣ стѣсненія для общественныхъ учреждений въ приглашеніи себя медицинскихъ работниковъ безъ особаго на то согласія администраціи и возможность удаленія ихъ административнымъ порядкомъ, а потому необходимо ходатайствовать объ устраненіи такого влѣянства въ это дѣло. 7) Хотя хозяйственная сторона постановки медицинскаго дѣла и не можетъ считаться обезпеченной при томъ порядкѣ, о которомъ ходатайствуетъ санитарная комиссия, но при рѣшеніи вопросовъ специально медицинскаго характера, а также вопросовъ службы медицинскихъ работниковъ возможность участія послѣднихъ въ обсужденіи по ихъ собственному почину представляется также крайне важнымъ, а потому и въ этомъ отношеніи желательно измѣненіе земскаго положенія въ смыслѣ предоставленія права избраннымъ делегатамъ отъ медицинской коллегіи дѣлать разъясненія по роду дѣла по собственному почину, не ожидая къ тому приглашенія».

1345. Какъ сообщаетъ «Врачебно-санитарная Хроника» Саратовской губерніи (№ 5), и въ психиатрической лечебницѣ Саратовскаго губернскаго Земства дѣло не обшлось безъ «комплиментовъ». Послѣ увольненія 27 октября истекшаго года, по прошенію, директора лечебницы С. И. Штейнберга, прослужившаго въ Саратовскомъ Земствѣ 23 года, Управа нашла нужнымъ равнѣ назначенію новаго директора лечебницы, сдѣлать такую экспертизу существующей постановки дѣла. Экспертомъ былъ приглашенъ ч. пр. Московскаго Университета В. А. Муратовъ, состоящій директоромъ Тамбовской психиатрической лечебницы. При обсужденіи въ 40-мъ очередномъ Саратовскомъ губернскомъ земскомъ Соборіи доклада Управы, обнаружившей крайне нежелательные факты въ ходѣ какъ хозяйственной дѣятельности, такъ и дѣятельности по управленію колоній, приглашенный въ Соборію д-ръ Муратовъ, изложилъ свой планъ переустройства этого дѣла и рекомендовалъ разработку своего плана поручить губернской земской Управѣ, усиливъ ее составъ выбранными для этой цѣли гласными и предоставивъ этой Комиссіи дѣлать самыя широкія организационныя полномочія; съ этой цѣлью онъ предлагаетъ пригласить ей въ помощь спеціальнаго эксперта и такимъ путемъ нѣсколько наладить пошатнувшееся положеніе психиатрической лечебницы. Въ заключеніи своего доклада д-ръ Муратовъ остановился на *порядкѣ управленія*. По существующему уставу, въ управленіи проводится *симплярная система*—директура и Совѣтъ, съ стремленіемъ дать преобладаніе директору, такъ какъ директору предоставляются полномочія, касирующія рѣшеніе Совѣта, переносить дѣла въ Управу. Такимъ образомъ, по смыслу устава, Совѣтъ носитъ характеръ совѣщательнаго, а не автономнаго учрежденія. Въ такомъ положеніи Совѣтъ долженъ оставаться и дальше. Автономный Совѣтъ невозможенъ въ больницѣ, гдѣ существуютъ директоръ и ординаторы, заведующіе отдѣлами въ зависимости отъ директора. При автономномъ Совѣтѣ губернская Управа теряетъ всякое право вмѣшательства. Оставляя Совѣтъ въ томъ видѣ, какъ онъ предусмотрѣнъ уставомъ, д-ръ Муратовъ обращаетъ вниманіе, что «практика жизни внесла въ него существенныя отступленія, именно въ смыслѣ участія представителей средняго и низшаго персонала въ слишкомъ большомъ числѣ и съ правами рѣшающаго голоса. Представители служащихъ и рабочихъ могутъ входить въ Совѣтъ только по вопросамъ, касающимся ихъ корпорации, какъ представители своихъ интересовъ, а не какъ члены правленія, слѣд. съ правами не рѣшающаго, а совѣщательнаго голоса. Демократизація больницы состоитъ не въ томъ, чтобы ею управляли надзиратели и служители, а въ томъ, чтобы сдѣлать дорогую врачебную помощь доступною для бѣдныхъ и богатыхъ». Послѣдовательнѣе горячія пренія вызвали разъясненія председателя Управы А. Д. Юматова, сообщившаго, что фактически старый уставъ не отиѣненъ, но Управа согласилась на измѣненіе состава Совѣта привлеченіемъ служительскаго персонала, вынужденная къ тому возмущеніемъ среди этого персонала. *Постановлено: «Предложить Управѣ, руководствуясь уставомъ, немедленно вернуться къ точному еію исполненію и возстановить Совѣтъ психиатрической лечебницы въ томъ видѣ, какъ онъ существовалъ всегда».*

1346. Изъ очень обстоятельнаго *счета о дѣятельности Одесскаго городского пріюта для призрѣнія младенцевъ* за 1904 г., составленнаго врачомъ А. И. Кучинской, видно, что Одесское городское Управленіе съ 1890 г. по 1896 г. постепенно увеличивало ассигнованіе на содержаніе пріюта: такъ въ 1890 г. ассигновано 43466 р., въ 1891—51828 р., въ 1893 г.—64999 р., въ 1894 г.—75326 р., въ 1896 г.—77492 р. Начиная же съ 1897 г. ассигнованіе постепенно уменьшается и въ 1901 г. доходитъ до 56204 р. Уменьшеніе это объясняется тѣмъ, что по постановленію Думы плата кормилицамъ въ деревняхъ была

уменьшена съ 5 р. до 3-хъ р. Какъ и нужно было ожидать, вслѣдствіе этого уменьшенія платы, пріютъ за дѣтми въ деревняхъ сталъ хуже, что и отразилось на дѣтской смертности и Дума въ 1903 г. постановляетъ уплачивать по прежнему кормилицамъ въ деревняхъ по 5 р. въ мѣсяцъ. На содержаніе пріюта въ 1904 г. уже ассигновано было 75828 р. Построенное въ 1894 г. отдѣльное зданіе для пріюта далеко не соответствуетъ своей цѣли и, какъ видно изъ «Отчета» очень неудовлетворительно въ отношеніи гигиены: вентиляция—первобытная и производится посредствомъ форточекъ; освѣщеніе керосиновое и отчасти также спиртовое, отопленіе голландскими печами, но такъ какъ зданіе очень холодное, то пришлось поставить чугунныя печи; инвентарь еще въ началѣ 1904 г. былъ настолько бѣднымъ, что бывали случаи, когда въ каждой кроваткѣ лежало по 2-е и 3-е дѣтей. Число дѣтей, поступающихъ въ пріютъ, съ каждымъ годомъ все увеличивается, особенно велико число подкидышей. Въ 1899 г. поступило въ пріютъ 546, а въ 1904 г. уже 781, при чемъ изъ этого числа дѣтей извѣстны родители только 105, всѣ же остальные—подкидыши. Громадная цифра отчетнаго года объясняется несчастными условіями, въ которыхъ находилась Одесса вслѣдствіе неурожая и войны. Кромя того остаются въ полной силѣ общія причины подкидышанія. Что касается до смертности младенцевъ, то особенно велика она у тѣхъ, которые отдаются въ деревни для вскармливанія. Изъ поступившихъ въ 1904 г. и отданныхъ въ деревни 529 дѣтей умерло тамъ 142, т. е. 26,89%. Наибольшая смертность приходится на возрастъ до 3-хъ мѣсяцевъ, именно 57,79%.—Заканчивая свой «Отчетъ» общими соображеніями о тѣхъ общественно-экономическихъ мѣрахъ, которыя должны быть приняты государствомъ для уменьшенія числа подкидышаемыхъ дѣтей, вообще, д-ръ Кучинская справедливо отмѣчаетъ настоятельную необходимость учрежденія яслей, какъ при большихъ фабрикахъ и заводахъ за счетъ владѣльцевъ фабрикъ, такъ и при санитарныхъ попечительствахъ. Дѣйствительно, какъ-бы ни были громадные расходы городскихъ общественныхъ Управленій и земскихъ учреждений на призрѣніе и воспитаніе подкидышей, города и земства не могутъ отказаться отъ этой культурной задачи, такъ какъ самое оно вызываетъ общественными социальными условіями современной жизни. Одесское городское общественное Управленіе, на попеченіи котораго находится полумилліонное населеніе, не можетъ измѣнить коренныхъ социальныхъ условій, вызывающихъ это зло, но оно обязано по возможности ослабить тяжелыя послѣдствія этого социального зла, проявляющіяся на его территории.

1347. Организацию *научной выставки* на предстоящемъ въ Берлинѣ въ 1907 году (23--29 сентября) XIV *международномъ Конгрессѣ по этнографіи и демографіи* взялъ на себя проф. Rubner (Berlin N., Hessische Strasse, 4). Генеральнымъ секретаремъ Конгресса состоитъ д-ръ Nietner (Berlin W., Eichenstrasse, 9).

1348. Въ Берлинѣ началъ издаваться новый медицинскій мѣсячный журналъ, посвященный специально биологической химіи — «*Biochemische Zeitschrift*», подъ главной редакціей д-ра Neuberg'a и при соучастіи проф. Buchner'a, Ehrlich'a, Noorden'a, Salkowski'а и Zuntz'a. Цѣна отдѣльнаго тома 12 марокъ.

1349. Подъ главной редакціей проф. Pfaunder'a (München) и проф. Schlossmann'a (Düsseldorf) въ Лейпцигѣ начало выходить въ свѣтъ *Сборное руководство по дѣтскимъ болѣзнямъ*, въ составленіи котораго принимаютъ участіе всѣ выдающіеся педиатры Германіи. Въ вышедшихъ уже двухъ частяхъ перваго тома этого прекраснаго изданія помѣщены отдѣлы: питаніе и обмѣнъ веществъ дѣтскаго организма, заболѣванія новорожденнаго, общія конституціонныя болѣзни и заразные болѣзни дѣтей. О полнотѣ обработки этихъ отдѣловъ можно судить по тому, что въ 2-хъ вышедшихъ томахъ содержится 1010 страницъ и, помимо многихъ рисунковъ въ текстѣ, еще 33 таблицы рисунковъ красками.

1350. Деканомъ медицинскаго факультета Краковскаго Университета избранъ на 1906/7 г. проф. Kostanecki («Przegląd Lekarski», 7 июля).

1351. Достойный подражанія *отзывъ* написала, какъ передаетъ «Le Matin» (10 июля), г-жа Curie-Склодовская редактору одной парижской газеты, позволавшему составить подписку на памятникъ ея покойному мужу, знаменитому проф. Curie: «я категорически отказываюсь отъ всякаго публичнаго чествованія памяти мужа. Какъ онъ, такъ и я—мы всегда стремились жить въ тишинѣ и спокойствіи, и тщательно избегали всякой рекламы и всякихъ чествованій, какъ-бы они симпатичны ни были».

1352. Д-ръ André Mayer сообщилъ въ Парижскомъ биологическомъ Обществѣ (7-го июля), что сахарный Claude-Bernard'овскій *уколъ* въ продолговатый мозгъ не вызываетъ гликозурии у животнаго, которому предварительно удалены оба надпочечника. Наблюденіе это заслуживаетъ того, чтобы быть провереннымъ.

1353. По поводу завершившагося 20-лѣтня службы въ качествѣ хирурга въ госпиталѣ Broca въ Парижѣ товарищи и ученики проф. Pozzi поднесли ему 8 июля *золотую медаль*. На празднествѣ, происходившемъ подъ предѣлательствомъ декана медицинскаго факультета проф. Debove'a, присутствовало много профессоровъ и выдающихся практическихъ врачей Парижа, а также министръ внутр. дѣлъ Clemenceau, окончившій много лѣтъ тому назадъ Парижскій медицинскій факультетъ со степенью д-ра медицины.

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

## МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Русскіе.

Вѣстникъ Офтальмологіи, 1906 г., т. XXIII, январь и февраль. 1. А. Маслениковъ. Состояніе слезныхъ путей при заболѣваніи слезопроводящихъ путей. Освѣщеніе вопроса на основаніи 115 случаевъ. 2. И. Гинабургъ. Катаракта отъ удара молніи. Исслѣдованіе вопроса на основаніи случая, наблюдавшагося авторомъ, и литературныхъ данныхъ.

Мартъ—апрѣль. 1. И. И. Кавасъ. Къ вопросу о коллобомахъ глаза. 3 случая (съ 2 рис.). 2. С. С. Головинъ. Опухоль зрительнаго нерва и изъ оперативное леченіе. Различные способы операціи (съ 10 рис., продолженіе). 3. П. И. Вадьянскій. Гумозная опухоль склеры. 1 случай (съ рисункомъ). 4. Е. В. Снегиревъ. Къ казуистикѣ острою двустороннюю совместнаго заболѣванія слезныхъ и слюнныхъ железъ. 2 случая.

Май—іюнь. 1. М. Авербахъ. Первичная бугорчатка конъюнктивы. Описаніе одного случая и подробное освѣщеніе вопроса. 2. Ф. Кубли. *Alurin* — новое жѣсткое *anaestheticum*. 1—2% *alurin* при операціяхъ на вѣкахъ и поверхности роговицы и при конъюнктивитѣ, кератитѣ, иритѣ можетъ замѣнять собой кокаинъ. 3. Е. Адамюкъ. По поводу заявленія д-ра Видукаса относительно леченія ячужкомъ. Вначалѣ лучше лѣчить консервативно, въ случаѣ неуспѣшности предпринять предѣлѣтію.

Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней, 1906 г., январь—февраль. 1. Муратовъ. Къ ученію о консервативной міомектоміи. 5 случаевъ. 2. Редлихъ. Цистоскопія и зондированіе мочеочечковъ. какъ методы изслѣдованія въ гинекологіи. 8 случаевъ. 3. Кадыгровъ. Къ вопросу о первичномъ перекручиваніи Фаллопиевыхъ трубъ. Собрано 48 случаевъ изъ литературы и описанъ 1 автора. 4. Симоновичъ. Случай операціи Porro.

Мартъ—апрѣль. 1. Рейнъ. О задачахъ медицинскія Общества. 2. Муратовъ. *Atravia Vaginae*, 2-кратное искусственное образованіе влагалища; беременность; консервативное кесарское сеченіе; новое (3-е) возстановленіе рукава *sub parti*. Подробное описаніе случая. 3. Грудневъ. Краткій очеркъ исторіи акушерства и гинекологіи въ Россіи. 4. Семянниковъ. 2 случая центрально разрыва промежности.

Журналъ нейропатологіи и психіатріи, 1906 г., кн. 1—2. 1. Леонтовичъ. Въ какомъ направленіи должно быть реформировано ученіе о нервной системѣ. Монографія. 2. М. И. Гуревичъ. Случай дромоманіи. 3. И. М. Кровъ. Клиническія и патолого-анатомическія наблюденія изъ области нервной системы. Къ патологіи опухолей слухового нерва, случай бульбарнаго столбняка, случай комбинированнаго системнаго заблѣванія. 4. Э. Н. Ивановъ. Психіатрическіе очерки. *Raptus melancholicus*. 5. П. В. Никитинъ. Матеріалы къ постройкѣ заведенія для идиотовъ и эпилептиковъ г. Москвы. Матеріалы по хозяйственной и административной части. 6. И. А. Бродскій. Къ вопросу о раннемъ распознаваніи спинной сужотки у женщинъ. На основаніи 2-хъ случаевъ. 7. М. А. Захарченко и С. А. Сухановъ. О душевномъ разстройствѣ при морфійной абстиненціи. 4 случая. 8. Ф. Е. Рыбаковъ. О циркулярныхъ формахъ прогрессивнаго паралича. 9 случаевъ.

Журналъ русскаго Общества охраненія народнаго здравія, 1906 г., январь—февраль. 1. В. О. Губертъ. Объ организаціи общественной и врачебной помощи голодающимъ отъ неурожаа. Планъ борьбы съ голодомъ и краткія статистическія данныя о неурожаѣ 1905 г. 2. В. И. Покровский. Статистическія свѣдѣнія о неурожаѣ хлебовъ въ 1905 г. Подробныя статистическія свѣдѣнія и средства объединенныхъ Обществъ (Петербургъ) для борьбы съ голодомъ въ Россіи.

Мартъ. 1. Н. Врусиянъ. Объ опредѣленіи теплопроводности лѣчебной грязи. Детальное изслѣдованіе физическихъ свойствъ нѣкоторыхъ сортовъ грязей.

Извѣстія В.-Медицинской Академіи, ноябрь. 1. В. И. Словцовъ. Очеркъ по сравнительной патологіи голодающаго. Литературно-критическій очеркъ. 2. Э. А. Гранстремъ. Случай склероза венъ. Описаніе случая. 3. П. С. Иконникова. Сосочковая киста-аденома прибавочной щитовидной железы. Описаніе случая съ гистологическимъ изслѣдованіемъ опухоли. 4. И. Цитовичъ. О влияніи алкоголя на желудочное пищевареніе. (Окончаніе). 5. П. Авроровъ. Обзоръ литературы по вопросамъ общей патологіи. Годовой обзоръ за 1902 г.

Декабрь. 1. А. Н. Холодковский. Къ вопросу о ложныхъ паразитахъ человека. Къ вопросу о микроскопическомъ анализѣ каловыхъ и рвотныхъ массъ (см. рефератъ). 2. А. Н. Шкаряинъ. Къ вопросу объ отношеніи скарфулаза къ туберкулезу. Клинико-экспериментальное наблюденіе. 3. А. Н. Ива-

новъ. О влияніи присутствія коллоидальныхъ веществъ на скорость разрушенія красныхъ кровяныхъ тѣлецъ въ гипотоническихъ растворахъ. Экспериментальное изслѣдованіе. 4. Ойтъ-же. О соотношеніи между качествомъ культуры тифозныхъ бацилл и способностью бациллъ къ агглютинации. Экспериментально-бактеріологическое изслѣдованіе. 5. А. И. Игнатовскій. Роль аминокислотъ въ животномъ организмѣ. Литературно-критическій обзоръ. 6. Ф. В. Вербицкій. Случай комбинаціи брюшного тифа съ острымъ милиарнымъ туберкулезомъ. Описаніе случая. 7. П. Авроровъ. Обзоръ литературы по вопросамъ общей патологіи за 1902 г. Годовой обзоръ.

1906 г., январь. 1. Д. Поповъ. Косо-овальные ассимилятическіе тазы. (Не окончена). 2. Н. Красногорскій. Антипенсинъ въ низшихъ растительныхъ организмѣхъ и его биологическое значеніе для человека. 3. П. Филоосовъ. Обзоръ литературы о печени за 1904 г.

Февраль. 1. А. Н. Ивановъ. О влияніи систематическихъ мышечныхъ упражненій на кровяное давленіе въ артеріяхъ, капиллярахъ и венахъ. Экспериментально-клиническое изслѣдованіе. 2. В. И. Словцовъ. Биологическое и терапевтическое значеніе лецитиновъ. Подробное изложеніе предмета на основаніи литературныхъ данныхъ и собственныхъ изслѣдованій автора. (Не окончена). 3. Д. Поповъ. Косо-овальные ассимилятическіе тазы. Патолого-анатомическое изслѣдованіе на основаніи собственныхъ и литературныхъ данныхъ. 4 рис. (Не окончена). 4. Н. И. Красногорскій. Антипенсинъ въ низшихъ растительныхъ организмѣхъ и его биологическое значеніе для человека. Экспериментально-химическое изслѣдованіе. (Не окончена).

Мартъ. 1. Ф. В. Вербицкій. Къ вопросу о троботъ воротной вены. Описаніе случая, протекавшаго медленно и закончившагося смертью. 2. В. И. Словцовъ. Биологическое и терапевтическое значеніе лецитиновъ. Экспериментальное изслѣдованіе и подробный перечень литературы. 3. Д. Поповъ. Косо-ассимилятическіе тазы. (Окончаніе). 4. Н. И. Красногорскій. Антипенсинъ въ низшихъ растительныхъ организмѣхъ и его биологическое значеніе для человека. (Окончаніе).

Медицинскія Прибавленія къ Морскому Сборнику, 1906 г., январь. 1. Королевъ. 2 случая пѣтимъ ушного происхожденія. Подробное описаніе случаевъ. 2. Г. А. Макаровъ. Эскадренный броненосецъ «Орелъ» въ Цусимскомъ бою. Отчетъ старшаго врача броненосца. 3. А. А. Понатовскій. Отчетъ по патолого-анатомическому отдѣленію Николаевскаго морского госпиталя за 1903 г.

Февраль. 1. Г. А. Макаровъ. Къ вопросу о тронической анеміи. Исслѣдованіе вопроса на основаніи 28 собственныхъ наблюденій. 2. Бравченко. Холера въ городѣ Манилла. Краткій санитарный отчетъ.

Мартъ. 1. Г. Г. Шлатеръ. О т. наз. фрагментациі сердечной мышцы. По поводу 2-хъ случаевъ. 2. И. Зубовъ. Самоубійство во флотѣ. Статистическій очеркъ на основаніи данныхъ Балтійскаго флота.

Апрѣль. 1. Е. Зиновьевъ. Брюшной тифъ во флотѣ и въ арміи. Статистическій очеркъ матеріала за 9 лѣтъ. 2. П. Алексѣевъ. Къ казуистикѣ брюшного тифа, осложненнаго нагноеніемъ въ почкахъ. Описаніе случая.

Харьковский Медицинскій Журналъ, 1906 г., т. I, № 1. 1. К. Н. Георгиевскій. Къ вопросу о почечномъ иммунитетѣ къ азиатской холерѣ. Почва обладаетъ бактерицидной способностью по отношенію къ холернымъ микробамъ благодаря развитію въ ней дѣятельности другихъ микробовъ. 2. В. Недригайловъ. Методы прививокъ въ русскія Пастеровскія Институты. Данныя относительно 11 русскихъ Институтовъ. 3. И. И. Шварцъ. Къ вопросу о влияніи нѣкоторыхъ питательныхъ средствъ на измѣненіе агглютинативной способности стрептококка и брюшно-тифозной палочки. Небольшая замѣтка. 4. С. С. Черкасовъ. Первичная перитонеума селезенки. Патолого-анатомическое изслѣдованіе.

№ 2. 1. И. В. Кудимцевъ. Къ вопросу о простой язвѣ мочевого пузыря. Лекція. 2. С. В. Коршунъ и П. Ф. Ивановъ. О леченіи Базедовой болѣзни кровяной сывороткой и молокомъ животныхъ, лишенныхъ щитовидной железы. Приготовленіе лечебныхъ средствъ и 8 случаевъ ихъ примѣненія. 3. В. А. Алопотовъ. Гангренозная сифилитическая язва у туберкулезнаго больного. Патолого-анатомическое изслѣдованіе (1 рис.).

№ 3. 1. П. Вархашъ. Случай кожной артропатіи при спинной сужоткѣ. Описаніе случая (2 рис.). 2. М. И. Лаховедскій. Подвижность бактерий и специфическія сыворотки. Экспериментальное изслѣдованіе. 3. П. И. Шатиловъ. Рѣдкій случай осложненія при вприскиваніи холерной вакцины. 4. И. В. Троицкій и П. П. Эминетъ. Наблюденія надъ дѣйствіемъ моно- и поливалентной сыворотки при скарлатинѣ. Моновалентная сыворотка (Moser'a) оказываетъ общее цѣлебное дѣйствіе, поливалентная лишь мѣстное. 5. В. М. Бакітько. О истологическихъ измѣненіяхъ въ поджелудочной желѣзѣ при раковыхъ новообразованіяхъ ея. Клиническое описаніе случая и гистологическое изслѣдованіе желѣзы.



CIV. Изъ Отдела общей патологии Института экспериментальной медицины.

Къ вопросу о противосифилитической сыворотке Lisle'a \*).

В. Н. Клименко.

Благодаря быстрому развитію серотерапіи, въ послѣднее время стали предлагаться, въ качествѣ лечебныхъ средствъ, самыя разнообразныя сыворотки. Нѣкоторыя изъ нихъ обязаны своимъ появленіемъ въ свѣтъ иногда только умеленію своихъ изобрѣтателей. Къ подобнымъ сывороткамъ слѣдуетъ несомнѣнно отнести и противосифилитическую сыворотку Lisle'a, вопросъ о примѣненіи которой былъ поднятъ проф. В. М. Тарновскимъ 2-го апрѣля 1905 г. въ Русскомъ сифилидологическомъ и дерматологическомъ Обществѣ. В. М. Тарновскій <sup>1)</sup> прочелъ тогда предварительное сообщеніе д-ра Lisle'a, озаглавленное «Къ вопросу о серотерапіи сифилиса». Сущность этого сообщенія слѣдующая: д-ръ Lisle напоминаетъ, что въ 1901 г. имъ, совместно съ д-ромъ Jullien'омъ былъ найденъ и описанъ «микробъ сифилиса». Не сообщая ни слова о способѣ приготовленія сыворотки, Lisle вкратцѣ приводитъ нѣсколько краткихъ и неполныхъ исторій болѣзни, и въ заключеніе говоритъ, что ему сообщено разными американскими врачами около 100 случаевъ удачнаго примѣненія приготовленной имъ сыворотки. Въ виду этого онъ и предлагаетъ свою сыворотку, какъ новый способъ леченія сифилиса.

Прочитавъ предварительное сообщеніе Lisle'a, проф. Тарновскій прибавилъ, «что на основаніи этого краткаго и неполнаго очерка высказаться съ положительностью о новомъ способѣ леченія, предлагаемомъ д-ромъ Lisle'емъ, конечно, еще нельзя; но, если блестящіе результаты этого способа леченія подтвердятся дальнѣйшими наблюденіями и точною проверкою послѣднихъ, то несомнѣнно, что примѣненіе сыворотки по Lisle'ю внесетъ большой переворотъ въ леченіе сифилиса».

Послѣ преній, вызванныхъ сообщеніемъ Lisle'a, прочитаннымъ проф. Тарновскимъ, Русское сифилидологическое и дерматологическое Общество, по предложенію проф. Т. П. Павлова <sup>2)</sup>, постановило просить проф. Тарновскаго въ виду его скорого свиданія съ д-ромъ Jullien'омъ передать послѣднему сущность отдѣльныхъ въ Обществѣ возраженій на предварительное сообщеніе д-ра Lisle'a.

Мнѣ кажется, что Русское сифилидологическое и дерматологическое Общество недостаточно опредѣленно высказалось въ своемъ постановленіи по этому поводу; оно совершенно не исключаетъ возможности дальнѣйшихъ опытовъ съ сывороткой Lisle'a. Опираясь на приведенное постановленіе названнаго Общества, легко могутъ найтись увлекающіяся новѣйшими средствами лица, которые сочтутъ себя въ правѣ примѣнять эту, почти вовсе не изученную сыворотку у постели больного.

Въ виду такого положенія дѣла, весьма желательно было бы ближе познакомиться съ «противосифилитической сывороткой» Lisle'a. Случай къ этому намъ представился, такъ какъ въ декабрѣ 1905 г. въ Институтъ экспериментальной медицины доставлено было для изслѣдованія нѣсколько стѣлянокъ сыворотки Lisle'a.

Первое, чему мы подвергли данную сыворотку, это было испытаніе ея на обезпложенность. Для этой цѣли небольшимъ количествомъ содержамаго 2-хъ стѣлянокъ сыворотки Lisle'a былъ зараженъ косою агаръ, косою желатина и бульонъ. Менѣе, чѣмъ черезъ 24 часа на агарѣ и въ бульонѣ, а черезъ 3-е сутокъ на желатинѣ былъ обнаруженъ ростъ. Микроскопическое изслѣдованіе налета показало, что онъ всюду состоитъ изъ небольшихъ палочекъ съ закругленными концами. Вслѣдъ за этимъ была произведена еще одна стѣлянка этой сыворотки. И здѣсь оказались тѣ-же палочки, что и въ первыхъ 2-хъ.

Дальнѣйшее бактериологическое изслѣдованіе показало, что сыворотка во всѣхъ 3-хъ стѣлянкахъ содержитъ чистую

разводку одной и той-же палочки. Такимъ образомъ было установлено, что эта партія сыворотки Lisle'a не можетъ быть признана обезпложенной. Изслѣдованіе сыворотки въ другихъ направленіяхъ, въ виду ея загрязненности, не могло быть произведено.

Прежде, чѣмъ перейти къ описанію выдѣленнаго микроорганизма, напомнимъ вкратцѣ факты и данныя, относящіяся къ исторіи возникновенія «противосифилитической сыворотки Lisle'a».

Въ 1901 г. д-ръ Jullien <sup>3)</sup> отъ своего имени и отъ имени д-ра Lisle'a сообщалъ въ Парижской медицинской Академіи объ открытіи ими въ кровяной сывороткѣ сифилитическаго микроорганизма, который они склонялись признать за возбудителя сифилиса. Кровяную сыворотку сифилитиковъ они добывали посредствомъ шпанской мушки, которую они ставили на 12 и болѣе часовъ на кожу больныхъ. Выдѣленный ими микробъ представлялъ собою очень подвижную, полиморфную палочку, съ закругленными концами; величина ея колеблется отъ 5 до 8  $\mu$  въ длину и отъ 0,15 до 0,3  $\mu$  въ ширину. Она легко окрашивается всѣми обыкновенными способами, по Gram'у не красится. Поверхностныя колоніи на желатинѣ сѣроватаго цвѣта. На бульонѣ растетъ слабо съ образованіемъ мути и тонкой пленки; желатину разжижаетъ медленно, придавая разжиженной части ея зеленноватый оттѣнокъ; хорошо развивается на глицериновомъ картофелѣ и въ амниотической жидкости. Растетъ палочка и на свернутой кровяной сывороткѣ; ростъ ея здѣсь невидимъ; сыворотку она не разжижаетъ. На простомъ агарѣ - агарѣ и на глицериновомъ развивается въ видѣ блестящаго налета, очень свѣтло-зеленаго цвѣта. Молоко не свертываетъ, но осаждаетъ казеинъ: реакція молока щелочная. Пигменты она образуетъ въ разжиженной части желатина и на агарѣ. Палочка - факультативный анаэробъ. Споры, судя по описанію д-ра Jullien'a, не образуетъ, хотя въ своемъ сообщеніи авторъ и говоритъ, что описываемая имъ палочка дней черезъ 10 превращается въ разводахъ въ маленькія, кругловатыя тѣльца (corpuscules granuleux). Тѣльца эти похожи на тѣ, которыя уже многими изслѣдователями, а также авторами даннаго сообщенія были встрѣчаемы неоднократно въ крови сифилитиковъ. Разводки палочки Lisle'a и Jullien'a, будучи впрыснуты въ брюшную полость морской свинки, вызываютъ параличъ, похуданіе, выкидыши и смерть черезъ 10 - 15 дней. Молодыя животныя погибаютъ черезъ 12 часовъ послѣ прививки. При подкожномъ зараженіи получается сперва затвердѣніе на мѣстѣ впрыскиванія, затѣмъ изъязвленіе и припуханіе ближайшихъ лимфатическихъ железъ. Изъ крови умершихъ животныхъ выростить привитой имъ микроорганизмъ никогда не удавалось. Опыты зараженія сифилитиковъ разводами описываемаго микроорганизма дали отрицательные результаты. Палочка Lisle'a и Jullien'a агглютинируется только кровяной сывороткой сифилитиковъ.

На это сообщеніе послѣдовали съ разныхъ сторонъ критическія замѣчанія и повторныя изслѣдованія; такъ, Niessen <sup>4)</sup> находитъ способъ изслѣдованія Jullien'a и Lisle'a далеко не безъ упречныхъ; восприимчивость къ палочкѣ Jullien'a и Lisle'a такихъ животныхъ, которыя къ сифилису совершенно невосприимчивы, говоритъ безусловно противъ того, что названная палочка - возбудитель сифилиса; наконецъ, по Niessen'у, кровь не только сифилитиковъ, но и совершенно здоровыхъ людей агглютинируетъ палочку Jullien'a и Lisle'a. Д-ръ Н. П. Корovinъ <sup>5)</sup>, слѣдуя методикѣ д-ровъ Jullien'a и Lisle'a, выдѣлилъ отъ сифилитиковъ палочку, тождественную съ микробомъ Jullien'a и Lisle'a.

Д-ръ З. В. Совинскій <sup>6)</sup>, предпринявъ проверочное изслѣдованіе работы Jullien'a и Lisle'a, обратилъ прежде всего свое вниманіе на самый способъ, которымъ эти авторы добывали кровяную плазму: именно они ставили мушку на кожу больныхъ. Способъ, какъ совершенно справедливо замѣчаетъ д-ръ Совинскій, очень неточный. Приставленіемъ мушки на продолжительный срокъ (12 и болѣе часовъ) создаютъ самыя благоприятныя условія для проникновенія въ пузырь микробовъ извне, какъ вслѣдствіе истощенія верхней кожи, такъ и вслѣдствіе развитія воспалительнаго процесса въ данномъ участкѣ. Въ виду этихъ соображеній д-ръ Совинскій рѣшилъ сперва изслѣдовать бактериологически обѣ части, приходящія въ непосредственное соприкосновеніе между собой, т. е. кожу и мушку. Такъ какъ д-ръ С. считалъ, что за обезпложенность кожи послѣ тщательнаго ея обеззараживанія можно болѣе или менѣе поручиться, то онъ обратился сперва къ бактериологическому изслѣдованію миланской мушки. Сдѣлавъ посѣвъ на глицериновый агаръ изъ 2-хъ миланскихъ мушекъ, д-ръ С. изъ одной изъ нихъ выдѣлилъ палочку, которую на основаніи своего изслѣдованія онъ отождествляетъ съ палочкой Lisle'a и Jullien'a. Такимъ образомъ палочка эта не болѣе не менѣе, какъ микроорганизмъ, который находится въ миланской мушкѣ.

Какъ уже упомянуто выше, въ 3-хъ стѣлянкахъ противосифилитической сыворотки Lisle'a оказалась чистая разводка какой-то палочки. Самое естественное было предположить, не палочка-ли это Lisle'a и Jullien'a? Произведенное нами изслѣдованіе показало, что выдѣленный микробъ совершенно отличенъ отъ только что упомянутой палочки.

\*) Сообщено 14 марта 1906 г. въ Петербургскомъ медицинскомъ Обществѣ.

*Gram*'у красится; 3) молоко створаживает; реакция молока при этом становится кислой; 4) на картофели образуются буровато-желтый пигмент, на агаре с мантином желто-оранжевый, а на простом агаре—желтый; 5) поверхностный и глубокий колонии на желатине—желтого цвета; 6) для животных (белые мыши, кролики, морские свинки, кошки, голуби) она не вредоносна.

Что касается до морфологических и разводящих особенностей выделенной палочки, то обнаружилось следующее: палочка длинная, не толстая, с закругленными концами, подвижна, спороспосна; споры овальной формы—лежат большей частью в средней части палочки, изредка ближе к одному из концов ее. Реснички не длинные, расположены на всей поверхности палочки; число их колеблется от 6—8—10.

Палочки легко красятся обычными анилиновыми красками, а также по *Gram*'у, не кислото-упорны. На разнородных препаратах палочки лежат по одиночке, изредка по две вместе. Растет лучше всего при 37° Ц. Палочка аэроб. Глубокие колонии на агаре-агаре походят на глубокие-же колонии обыкновенной кишечной палочки и лишь изредка напоминают глубокие колонии *Bacil. proteus* на желатине. Поверхностные колонии бледно-желтого цвета, не прозрачны; край их слегка выемчатый; общая-же форма колоний округлая. Под микроскопом центральная часть поверхностных колоний темнотурецкого цвета, края желто-бурого, а периферия краев безцветна; глубокие колонии—желто-бурого цвета. Молодые колонии как глубокие, так и поверхностные мелко-зернисты. Колонии на разливках желатина при + 18° Ц. становятся видимыми для невооруженного глаза на 3-и сутки. Через двое суток, как только становятся видными простым глазом колонии, тотчас-же начинается разжижение желатина вокруг них. Форма колоний до начала разжижения желатина округлая, иногда края их выемчатые, когда-же желатин начинает разжижаться—колонии становятся совершенно круглыми. В начале поверхностных колоний непрозрачны, молочного цвета,—глубокие тоже не прозрачны, но желтоватого цвета; спустя несколько дней цвет колоний, как глубоких, так и поверхностных становится желто-оранжевым, первые окрашены сильнее вторых. Под микроскопом глубокие колонии либо без рисунка, либо очень мелко зернисты, цвет их то светло-бурый, то бурый, поверхностные напоминают такие-же на агаре-агаре. Вид колоний, вокруг которых желатин разжижен, следующий: на поверхности разжиженной желатины плавает плотная пленка желтого или светло-оранжевого цвета. Под микроскопом: она круглой формы, середина их очень грубо-зернистая, бурого цвета, края—мелко-зернисты, желто-бурого цвета; вся колония окружена светлым не широким кольцом разжиженной желатины.

Описываемая палочка на различных питательных средах растет следующим образом:

Бульон-пептон она мутит, а потом за его поверхности образует довольно легко разрываемую пленку. С течением времени на дне образуется небольшой слизистый осадок светло-желтого цвета. На 1% пептонной воде рост этой палочки схож с ростом ее на бульон-пептоне, но только больше слаб.

На прямом агаре рост по уколу не обильный, не характерный, в виде тонкой полоски бледного цвета, на поверхности пленка распространяется иногда до краев пробирки, иногда не доходит до них; она то гладкая, блестящая, то матовая, шагреневидная; цвет ее светло-желтый.

На косом агаре рост быстро распространяется (48 ч.) во всю ширину поверхности косого агара.

Бактериальный налет иногда с самого начала имеет блестящий лакированный вид, иногда-же он имеет матовый оттенок и только приблизительно через 96 часов принимает вышеописанный вид.

Цвет налета и в том, и другом случае—светло-желтый. Конденсационная вода мутная; на ее поверхности плотная, очень светло-желтая пленка.

Рост на прямом глицериновом (4%) агаре-агаре такой-же, как и на обыкновенном агаре-агаре; образования газа нет. На кислом агаре описываемая палочка развивается, но медленнее, чем на щелочном или нейтральном агаре-агаре.

На агаре-агаре с 1% маннита растет, как на обыкновенном агаре, только бактериальная пленка светло-оранжевого цвета; образования газа нет.

На прямой желатине: при 18° Ц. рост по уколу в виде иголки, состоящей из отдельных шарообразных, бледного цвета колоний, становится заметен через 1½ суток после заражения среды, поверхностная пленка в это время очень мала, иголка, бледного цвета. Разжижение желатина начинается на 4-ые сутки сперва в виде небольшого конуса, с течением времени (дней через 10) разжижение идет уже во всю ширину пробирки (цилиндрически). Разжиженная желатина мутная, на дне ее хлопчатый осадок, на поверхности ее плавает толстая плотная пленка светло-желтого цвета. Для разжижения всей желатины в пробирке требуется не менее месяца, а иногда гораздо больше времени. Цвет разжиженной желатины одинаков с неразжиженной. Разводки на желатине все время находились при 18° Ц.

На картофели описываемая палочка растет в виде маркаго блестящего налета плотности сметаны. Цвет налета сперва

грязно-желтый, а затем становится желто-оранжевым, а на старших разводках буро-желто-оранжевым. На картофели описываемая палочка растет хорошо только при 37° Ц.; при 18° Ц. роста ее еще через 24 ч. не было заметно.

Молоко под влиянием роста данной палочки сначала (через 36—48 ч.) студнеобразно свертывается. Через сутки, другая свертка казеина делается плотнее, образуется большое количество сыворотки; реакция сыворотки слабо-кислая. Иногда на поверхности молока образуется довольно плотная пленка. На среде *Petruscky* она образует сперва (через 24 ч.) кислоту, а затем (через 72—96 ч.) щелочь. Сама среда слегка мутится, на поверхности ее развивается морщинистая, восковидная пленка.

Красный нейтральный агар *Rothberger*'а, приготовленный по способу *Ольдекона* <sup>1)</sup>, не изменяется нашей палочкой даже после 4-суточного пребывания в термостате.

Среда с метиленовой синькой не обезжелезывается.

На вареном яичном белке палочка растет невидимо. Вареный белок сильно изменяется: он становится буровато-желтым, прозрачным.

Муравьино-кислый натр [среда *В. Л. Омелянского* <sup>2)</sup>] данная палочка не разлагает.

На бульоне и пептонной воде с 1% азотно-кислого натра палочка растет отлично, но азотно-кислого натра не изменяет, т. е. денитрифицирующими свойствами не обладает.

Была испытана еще способность описываемой палочки разлагать углеводы. Для этой цели была приготовлена: 1) среда *Barsickow*'а <sup>3)</sup> [по вѣсу: 1 часть нитрозы, 0,3 углевода, 100 частей (к. стм.) воды и настойка лакмуса] с виноградным сахаром, маннитом, глицерином и молочным сахаром. Первые 3 углевода эта палочка разлагала с образованием кислоты; последний — не изменяла. 2) Питательная среда с углеводами так, как советует *Gimbert* <sup>4)</sup>, т. е. 0,5% пептонная вода (пептон *Witte*) без хлористого натра с 2% углевода; к этой среде прибавлялась еще лакмусовая настойка. Были испытаны следующие углеводы: из группы виноградного сахара: глюкоза и галактоза; из группы тростникового сахара: тростниковый сахар, мальтоза, рафиноза; из группы клетчатки: декстрин; из пентоз — арабиноза; из 3-атомных спиртов — глицерин и из 6-атомных — маннит.

Всѣ упомянутые углеводы описываемая палочка разлагала с образованием кислоты; только декстрин она не изменяла. О разложении углеводов я судил только по изменению реакции среды из нейтральной в кислую. *Gimbert* <sup>4)</sup> советует обеззараживать среду в автоклаве при 110° С.—10 минут; я-же несколько отступил от его советов: сперва обезжелезивал пептонную воду и затем уже прибавлял углеводы и обезжележенную лакмусовую настойку, разлагал в обезжележенной пробирке и обезжележивал среду 2 дня подража в *Koch*'овском текуче-паровом аппарате по 5 минут при 100° Ц. После окончания обезжележивания немедленно вынимал среду из аппарата. Чтобы убедиться в ее обезжележенности после второго нагревания, ставил ее на 24 часа в термостат и только после такой проверки, если среда оказывалась обезжележенной, я засевал ее.

Такой способ обезжележивания, за крайне редкими исключениями, давал хорошие результаты. Иногда описываемая палочка не образует. На иждоль реакция была произведена с 1, 2, 3, 4, 6, 8, 12, 14-дней. бульонными разводками.

SH, палочка образует.

Старые бульонные разведения обладают сырным запахом.

Опыты над животными (2 кошки, 3 белых мыши, 1 кролик, 1 морская свинка и 2 голубя) показали, что изучаемая палочка для них не болезнетворна. Мышам было введено по 1½, морской свинке и голубям—1 и кролику — по 2 2-суточных косых агаровых разведения в брюшную полость, а кошкам по 2 таких-же разведения под кожу. Все животные остались живы и здоровы. Часть животных по истечении 3-х недель после заражения были убиты: никаких болезненных изменений у них найдено не было и из крови брюшной полости и внутренних органов выпущенной бактерии вырастить не удалось.

Так как по литературным справкам [*Matuschita* <sup>11)</sup>, *Flügge* <sup>12)</sup>, *Migula* <sup>13)</sup>, *Centralblatt f. Bakt.* <sup>14)</sup> и т. д.] оказалось, что изучаемая бактерия нигде еще не описана, то позволю себе дать ей название: *Bacillus flavo-aurantiacus sporogenes*.

Факт, что противосифилитическая сыворотка *Lisle*'а (3 стклянки) содержала чистые разведения описанной палочки, имеет большое практическое значение. Факт этот является красноречивым доказательством потребности в государственном учреждении, поставленном на чисто научную почву, для контроля всяких сывороток, их действительной силы, безвредности и обезжележенности. При существовании такого контроля, врач спокойно будет пользоваться лечебными сыворотками у постели больного. Можно возразить, что описанный факт случай-

ность, что только эта партия сыворотки была загрязнена. Допустим, что это так, но все-таки желательно, чтобы таких случайностей не было, ибо подобные случайности легко могут подорвать доверие общества ко всей сывороточной терапии вообще. Нельзя забывать, что приготовление сывороток теперь, къ сожалѣнію, стало переходить изъ ученыхъ учреждений въ руки торговыхъ предприятий, гдѣ на первомъ планѣ, какъ бы высоко они не ставили свое дѣло, все-же нажива. Не правильнѣе-ли было-бы, вообще, все дѣло приготовления лечебныхъ сыворотокъ предоставить исключительно научнымъ и общественно-санитарнымъ учреждениямъ.

И такъ, что касается до т. наз. противосифилитической сыворотки Lisle'a, 2-хъ мнѣній быть не можетъ: факты, приведенные выше, какъ относительно исторіи даннаго вопроса, такъ и относительно самой сыворотки краснорѣчиво говорятъ сами за себя.

Литература: 1. В. М. Тарновскій. «Русскій Врачъ» 1905 г., стр. 545. — 2. Отчетъ о засѣданіи Русскаго сифилидологическаго и дерматологическаго Общества, 2 апрѣля 1905 г. «Русскій Врачъ», 1905 г., стр. 1043. — 3. Jullien. «La Semaine médicale», 1901 г., стр. 220 и «Le Bulletin médical» 1901 г., стр. 604. — 4. Niessen. «Klinisch. therapeutische Wochenschrift», 1902 г. № 14. — 5. П. Корочкин «Врачъ» 1901 г., стр. 1601. — 6. З. В. Соколовскій. «Русскій Журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней», т. 4, стр. 33. — 7. Олдекоп. «Centralblatt f. Bakteriologie», т. 35, стр. 120. — 8. В. Л. Омелянскій. «Архивъ биологическихъ наукъ», т. 10, стр. 233 и т. 12, стр. 153. — 9. Barsiekow. «Wiener klin. Rundschau» 1901 г., № 44. — 10. Gibert. «Archives de parasitologie», т. 7, стр. 237. — 11. Matsuschita. «Bakteriologische Diagnostik. Jena. 1902 г. — 12. Flügge. «Die Mikroorganismen. Dritte Auflage. 1896 г., т. 2. — 13. Migula. «System der Bakterien. 2-ter Band. Jena, т. 2, 1900 г. — 14. Centralblatt f. Bakteriologie. Оригиналъ и рефераты за всѣ годы.

## CV. О противобугорчатковой сывороткѣ Марморек'а \*).

А. А. Фельдта.

Въ дѣлѣ приготовления своей сыворотки д-ръ *Marmorek* исходитъ изъ того взгляда, что, во 1-хъ, туберкулинъ *Koch*'а не представляетъ дѣйствительнаго токсина бугорчатковой палочки и, во 2-хъ, что токсинъ вырабатывается главнымъ образомъ молодыми или т. наз. «примитивными» палочками. Туберкулинъ-же вырабатывается, по наблюденіямъ *Marmorek*'а, лишь старыми палочками, кислотоупорными. Какъ извѣстно, въ растущихъ разводахъ *Koch*'овской палочки всегда находится извѣстное количество экземпляровъ, не удерживающихъ фуксинъ, при обычномъ способѣ окраски и воспринимающихъ вторичную краску, т. е. метиленовую синьку, благодаря тому, что въ нихъ фуксинъ не связанъ съ восковиднымъ веществомъ и потому подвергается обезцвѣчивающему вліянію кислоты. Чтобы повысить вирулентность *Koch*'овскихъ палочекъ *Marmorek* разводитъ ихъ на питательныхъ средахъ, содержащихъ лейкоцитическую сыворотку и вытяжку изъ печени, исходя изъ того предположенія, что присутствіе лейкоцитовъ усиливаетъ выработку токсина и что въ печеночной ткани палочки прививаются особенно трудно. Лейкоцитическая или, какъ ее называетъ *Marmorek*, лейкоцитическая сыворотка получается слѣдующимъ образомъ: въ брюшную полость морской свинки впрыскиваютъ пептонъ-бульонъ и черезъ 48 часовъ промываютъ ее физиологическимъ растворомъ поваренной соли. Получающуюся при этомъ молочнаго вида жидкость, очень богатую лейкоцитами, впрыскиваютъ теленку, а именно, каждому теленку дѣлаютъ до 30 впрыскиваній жидкости отъ 2-хъ морскихъ свинокъ. Вытяжка изъ печеночной ткани прибавляется *Marmorek*'омъ еще потому, что въ нихъ палочки дольше сохраняютъ свой примитивный характеръ. *Marmorek* нашелъ кромѣ того, что палочки, содержавшіяся извѣстное время въ лейкоцитической сывороткѣ, послѣ умерщвленія ихъ подогрѣваніемъ до 100°, легко перевариваются фагоцитарными элементами, такъ что на мѣстѣ прививки у животныхъ не образуется нарыва. *Marmorek* началъ пользоваться подготовленными такимъ образомъ

палочками для опытовъ иммунизации животныхъ, но о продолженіи его работъ въ этомъ отношеніи мнѣ ничего не извѣстно.

Для иммунизации лошадей *Marmorek* пользуется вытяжкой изъ своихъ разводовъ. Лошади реагируютъ на эти впрыскиванія очень сильнымъ повышеніемъ температуры и образованіемъ обширныхъ отековъ. Восприимчивость къ яду уменьшается очень медленно; лишь черезъ 7—8 мѣсяцевъ наступаетъ полная невосприимчивость, позволяющая брать отъ нихъ кровь для полученія сыворотки по обычнымъ способамъ. Цѣлымъ рядомъ опытовъ надъ животными *Marmorek* нашелъ, что сыворотка его обладаетъ иммунизирующими и цѣлебными качествами. Послѣ него лишь *Levin* въ Стокгольмѣ предпринялъ рядъ опытовъ надъ кроликами и морскими свинками, при чемъ оказалось, что примѣненіе сыворотки съ предохранительными цѣлями рѣзко замедляетъ теченіе экспериментально вызваннаго бугорчатковаго процесса. При терапевтическомъ примѣненіи сыворотки найдено, что лѣченныя животныя погибали по крайней мѣрѣ 5-ью мѣсяцами позже не лѣченныхъ. Кромѣ того оказалось, что поверхностные язвенные процессы заживали и у такихъ животныхъ, которые впослѣдствіи погибали отъ болѣзни. Въ зависимости отъ способа приготовленія средства, мы вправе ожидать отъ него антитоксическаго дѣйствія, но не прямого бактериоубивающаго. Исходя изъ того взгляда, что прогрессирующій характеръ бугорчатковаго процесса обуславливается смѣшаннымъ зараженіемъ стрептококками, *Marmorek* иммунизировалъ лошадей противъ бугорчатки, а также и противъ стрептококковъ по опубликованному имъ въ 1895 г. способу. Въ настоящее время его лабораторіей отпускается исключительно эта «двойная сыворотка» (*serum double*).

Я рѣшился примѣнять сыворотку послѣ того, какъ въ Парижѣ, въ Лейзинѣ (близъ Женевскаго озера), въ Давосѣ и въ Берлинѣ въ клиникѣ проф. *Hoffa* я видѣлъ цѣлый рядъ пользовавшихся сывороткою больныхъ и получилъ отъ пользовавшихся ихъ врачей всѣ нужныя указанія относительно техники и дозировки впрыскиваній. Считаю нужнымъ отмѣтить, что въ Лейзинѣ и Давосѣ сыворотка примѣнялась и примѣняется лишь у больныхъ, у которыхъ горный воздухъ и обычный для чахоточныхъ режимъ не оказали вліянія на явленія болѣзни. Объ опытахъ, продолжающихся до сихъ поръ въ нѣкоторыхъ швейцарскихъ здравницахъ и курортахъ имѣется уже довольно обширная литература. Изъ работъ послѣдняго времени я укажу только на отчетъ *Levin*'а въ Стокгольмѣ о 156 случаяхъ, пользовавшихся въ Швеціи, Норвегіи и Финляндіи и короткую статью проф. *Hoffa* въ Берлинѣ о 40 случаяхъ хирургической бугорчатки.

Я примѣнялъ сыворотку *Marmorek*'а пока у 20 больныхъ.

Изъ лѣченныхъ мною 20 больныхъ улучшение наступило въ 10 случаяхъ, у остальныхъ успѣхъ былъ отрицательный. Изъ послѣднихъ 10-ти больныхъ пятью, въ сущности, нельзя пользоваться для статистическихъ цѣлей, такъ какъ каждому изъ нихъ было сдѣлано менѣе 5 впрыскиваній. Изъ остальныхъ 5 двое \*), кромѣ легочнаго процесса, страдали бугорчаткой кишечника, 1 — обширными бугорчатковыми язвами зѣва и гортани, и наконецъ у одного, трубака по профессіи, кромѣ бугорчаткаго пораженія легочной ткани, имѣлась эмфизема съ застарѣлымъ бронхитомъ, значительно вліявшие на теченіе болѣзни. Только послѣдній случай этой группы, больная изъ Александринскаго отдѣленія \*\*) представляла чистый легочный процессъ 2-ой стадіи. Не смотря на сдѣланныя ей 8 впрыскиваній, болѣзнь у нея упорно прогрессировала.

Состояніе-же первыхъ 10 больныхъ улучшилось. У однихъ лѣченіе было начато прямо сывороткою, у другихъ она примѣнялась лишь послѣ того, какъ иныя мѣры ока-

\*) У 1-го изъ этихъ 2 больныхъ еще за 6 мѣсяцевъ до поступленія въ больницу появился тяжелый энтеритъ, который ни амбулаторному, ни больничному лѣченію не поддавался — поносы приостанавливались максимум на 1—2 дня.

\*\*) Отдѣленіе это содержитъ 50 мѣстъ для хронически больныхъ женщинъ, среди которыхъ значительный контингентъ составляютъ бугорчаточныя больныя.

\*) Докладъ, читанный въ научномъ совѣщаніи врачей Маріинской больницы 25 февраля 1906 г.

зались безъ результата. Усиленное питаніе проводилось лишь въ скромныхъ размѣрахъ; при умѣренной лихорадкѣ, т. е. субфебрильнаго типа, больнымъ позволялось немного ходить. Хотя, конечно, необходимо допустить, что у многихъ больныхъ изъ бѣднаго класса сказывается дѣйствіе болѣе гигиенической жизни въ больницѣ, все-же часто приходится наблюдать, что одинъ, хотя-бы и рѣзкій, переходъ къ лучшимъ условіямъ жизни недостаточенъ. Такъ напр. 1 больной бѣднякъ, переплетчикъ, заявилъ, что до поступления въ больницу онъ жилъ въ очень дурныхъ условіяхъ. Тѣмъ не менѣе въ первыя недѣли пребыванія въ больницѣ никакого улучшенія въ его состояніи не послѣдовало, оно наступило лишь послѣ ряда впрыскиваний сыворотки. Мнѣ кажется, что мы не ошибемся, если подобные случаи причислимъ къ ободряющимъ.

Я говорю здѣсь лишь объ улучшеніи объективноты, т. е. объ исчезновеніи лихорадки, увеличеніи вѣса тѣла и улучшеніи легочнаго процесса. Кромѣ бугорчатки легкихъ одинъ больной страдалъ еще кокситомъ, безъ образования свищей. Объективное улучшеніе сказалось въ уменьшеніи припухлости, субъективное — въ томъ, что боли постепенно стихали. Другихъ случаевъ хирургической бугорчатки я до сихъ поръ не лѣчилъ, а бугорчатку гортани пользовалъ лишь въ 2-хъ случаяхъ и съ недостаточнымъ числомъ впрыскиваний. Въ настоящее время (при содѣйствіи нѣсколькихъ товарищей по Маріинской больницѣ), началъ мною новый рядъ опытовъ, обнимающихъ, кромѣ легочной бугорчатки, главнымъ образомъ такіе случаи съ пораженіемъ костей и железъ, въ которыхъ одно хирургическое лѣченіе не дастъ или не можетъ дать пользы. Больные съ такими пораженіями останутся въ больницѣ достаточно долго, чтобы можно было провести болѣе долго лѣченіе. О примѣненіи сыворотки именно при бугорчаткѣ железъ и костей *Hoffa* отзывался довольно благопріятно; онъ часто видѣлъ болѣе быстрое исчезновеніе выпотовъ и свищей, чѣмъ при одномъ механическомъ лѣченіи и заявляетъ, что наступившее въ нѣсколькихъ отчаянныхъ случаяхъ выздоровленіе онъ долженъ приписать исключительно сывороткѣ. Само собою разумѣется, что небольшое число подобныхъ положительныхъ данныхъ имѣетъ болѣе значенія, чѣмъ большое число отрицательныхъ случаевъ!

Между субъективными симптомами, повидимому, раньше всѣхъ уступаютъ лѣченію сывороткою — одышка, боли и отсутствіе аппетита и часто уже въ то время, когда лихорадка еще не поддается. Улучшеніе же аппетита всегда значительно улучшаетъ предсказаніе болѣзни.

Особаго вниманія заслуживаютъ наступающія иногда побочныя явленія. Какъ самое непріятное, описывается колющій съ сильной синюхой, наступающій во время впрыскиванія или вскорѣ послѣ него. Нѣтъ сомнѣнія, что это происходитъ оттого, что сыворотка, вмѣсто подкожной кѣтъчатки, попадаетъ прямо въ кровеносный сосудъ, болѣею частью въ подкожную вену. Если мы принимаемъ мѣры предосторожности, обязательныя при всякомъ подкожномъ впрыскиваніи для того, чтобы не попасть въ сосудъ, т. е. вкалываемъ иглу отдѣльно отъ шприца и впрыскиваемъ лишь, когда изъ нея не идетъ кровь, то подобныя случайности немислимы \*). Лично я при 210 впрыскиваніяхъ не видѣлъ ничего подобнаго. У 1-ой изъ моихъ больныхъ, которая иногда реагировала на впрыскиванія повышеніями температуры и опуханіемъ мѣста укола, каждый такой лихорадочный приступъ сопровождался легкой синюхой главнымъ образомъ слизистыхъ оболочекъ, исчезавшею черезъ 1 или нѣсколько часовъ. Но въ этой формѣ синюхи, не сопровождавшейся ни одышкой, ни явленіями сердечной недостаточности, я не вижу ничего общаго съ

только что описанной, такъ какъ подобную легкую синюху я нерѣдко наблюдалъ при внезапныхъ обостреніяхъ бугорчатковой лихорадки вообще. Остальныя побочныя явленія бываютъ мѣстнаго и общаго характера. Я видѣлъ сывороточныя явленія въ 4 случаяхъ. Поразительно то, что они часто являются не послѣ 1-го, а лишь послѣ 3-го или 4-го впрыскиванія и что, повидимому, интенсивность ихъ не стоитъ въ пропорціональной зависимости отъ количества впрыснутой сыворотки. Такъ, напр., 1 изъ моихъ больныхъ реагировала на 5 к. стм. тѣми-же явленіями, какъ на  $1\frac{1}{2}$  к. стм. По моему личному впечатлѣнію, можетъ быть преждевременному, брнеты менѣе страдаютъ идіосинкразіей къ сывороткѣ, нежели блондины, съ ихъ болѣе нѣжной кожей.

Мѣстныя явленія состоятъ въ покраснѣніи и припуханіи кожи вокругъ мѣста укола, общія въ повышеніи температуры, иногда въ разбитости и боли въ суставахъ. Я никогда не видѣлъ ни крапивницы, ни альбуминурии, бывающихъ иногда послѣ впрыскиваній противодифтерійной сыворотки. Припухлости имѣютъ ярко красный цвѣтъ и рѣзко ограничены отъ окружающей здоровой кожи. На первый взглядъ онѣ поразительно напоминаютъ рожистое пропитываніе. Онѣ во всякомъ случаѣ имѣютъ скорѣе ангионейротическое, нежели воспалительное происхожденіе. Къ счастью для больныхъ, онѣ бываютъ безболѣзненнымъ, если впрыскиваніе не было сдѣлано на мѣстѣ, подвергающемся частнымъ механическимъ поврежденіямъ. Это слѣдуетъ имѣть въ виду напр. у кашляющихъ больныхъ, которымъ впрыскиванія, сдѣланныя подъ кожу живота, впоследствии могутъ причинить большія неудобства. Опухоль имѣетъ ту особенность, что она уменьшается и блѣднѣетъ на одномъ концѣ въ то время, какъ она увеличивается на другомъ. Такимъ образомъ она зачастую отъ мѣста укола «сползаетъ» на довольно далекое разстояніе, при чемъ это передвиженіе совершается иногда по направленію, противоположному току лимфы и веной крови, что опять-таки говоритъ за ангионейротическій характеръ ихъ. Такъ напр. послѣ укола ниже акроміона опухоль въ теченіи 4-хъ дней постепенно спустилась до лучезапястнаго сустава, оставляя на плечѣ и предплечьѣ лишь слабую буроватую окраску кожи. По изслѣдованіямъ *Marfan'a*, чувствительность животныхъ къ сывороткѣ увеличивается постепенно до 10 го впрыскиванія (чего я впрочемъ подтвердить не могу), исчезая совершенно на 20-й день. Идіосинкразія одного вида животныхъ къ сывороткѣ другого вида получила отъ него названіе «анафилаксія». Мы даѣе увидимъ, какимъ путемъ избѣгаютъ или вѣрнѣе — стараются избѣгнуть сывороточныхъ явленій \*).

Что касается связи между припуханіемъ мѣста укола и общими явленіями, то, повидимому, первое бываетъ очень часто безъ повышенія температуръ, но не наоборотъ. Слѣдуетъ отмѣтить, что иногда у одного и того-же больного мѣстныя реактивныя явленія бывали то съ повышеніемъ температуры, то безъ него. Ни въ одномъ случаѣ нельзя было констатировать, чтобы послѣ впрыскиванія развилась не существовавшая до того лихорадка, или чтобы температура у лихорадочныхъ больныхъ становилась выше на болѣе или менѣе продолжительное время. Просматривая температурныя кривыя всѣхъ моихъ больныхъ, я иногда встрѣчаю противоположное, т. е. какъ-бы нѣкоторый подъемъ температурной волны на 5—7 дней послѣ одной или нѣсколькихъ дозъ сыворотки. Оказывается, однако, что это были больные съ хроническою лихорадкою, дававшей, вообще временныя обостренія и послабленія. Логика требуетъ, чтобы мы одинаково критически относились къ положительнымъ и отрицательнымъ послѣдствіямъ или кажущимся послѣдствіямъ нашихъ терапевтическихъ приемовъ: если мы не вправѣ всѣ наступающія улучшенія отнести за счетъ примѣняемаго нами средства (тѣмъ болѣе новаго), то мы должны также остерегаться скороспѣлыхъ выводовъ о «вредѣ», причиненномъ нашей терапіей. Всѣмъ

\*) Д-ръ Г. П. Зеленый, давшій (въ № 42 «Русскаго Врача» за 1904 годъ) неблагоприятный отзывъ о сывороткѣ *Marmorek'a* на основаніи 3-хъ лѣченныхъ имъ случаевъ, видѣлъ въ 2 изъ нихъ описанныя только-что явленія, наступающія, по его-же словамъ, непосредственно послѣ окончанія впрыскиваній. — Странно, почему онъ относитъ на счетъ сыворотки то, что было обусловлено недостаткомъ техники и какъ ему не пришла мысль, что моментальное дѣйствіе, хотя-бы очень сильнаго средства, логически допустимо лишь при введеніи его въ вену!

\*) Въ настоящее время, когда сывороточное лѣченіе приобретаетъ все болѣе значеніе, заслуживаетъ особаго вниманія книга *v. Pirquet'a* и *Schick'a* «Die Serumkrankheit», содержащая описаніе клиническихъ явленій, вызываемыхъ введеніемъ сыворотки и попытку ихъ объясненія.



намъ известно, что утверждениемъ хлороформа въ числѣ употребительныхъ средствъ, мы обязаны счастливой случайности послѣ того, какъ другая несчастная случайность подорвала было его кредитъ. Подобныя-же случайности известны, вѣроятно, многимъ, кому приходилось примѣнять новые способы лѣченія. Я помню, напр., что мнѣ пришлось отложить первое впрыскиваніе сыворотки больному, съ довольно свѣжей формою легочнаго заболѣванія, такъ какъ мой шприцъ испортился. Вечеромъ того-же дня температура сильно поднялась и затѣмъ образовался большой плевритическій выпотъ. Если-бы я успѣлъ сдѣлать впрыскиваніе въ этотъ роковой день, то способу *Marmorek'a*, былъ-бы нанесенъ чувствительный ударъ въ глазахъ больного и товарищей, да и мнѣ самому было-бы очень трудно не поддаться гипнозу фактовъ! \*).

Относительно *техники* я могу сообщить, что въ настоящее время впрыскиваются дозы отъ 5 до 12 к. стм. Впрыскиваютъ обыкновенно 5 дней подъ рядъ по 5 к. стм., затѣмъ, послѣ 5-дневнаго перерыва, дѣлается опять 5 впрыскиваній, и перерывъ въ 3 недѣли. Или-же впрыскиваютъ черезъ день по одной дозѣ, т.-е. 10 дозъ въ 3 недѣли и затѣмъ дѣлаютъ перерывъ на 3 недѣли. Перерывы дѣлаются для избѣжанія сывороточныхъ явленій, такъ какъ сыворотка обладаетъ будто-бы кумулятивнымъ дѣйствіемъ, исчезающимъ черезъ 10—14 дней. Я предпочитаю впрыскивать черезъ день, такъ какъ сывороточныя явленія наступаютъ иногда лишь черезъ 30—36 часовъ, такъ что при каждомъ впрыскиваніи, сдѣланномъ черезъ 24 часа, получалась-бы кумуляція 2-хъ дозъ \*\*). Въ тѣхъ-же случаяхъ, гдѣ нѣтъ побочныхъ явленій, я не считаю нужнымъ придерживаться этой схемы.

Нѣсколько лѣтъ назадъ *Waller'*омъ было предложено пользоваться лѣчебными сыворотками не въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній, а въ видѣ клизмъ, въ надеждѣ избѣгнуть такимъ образомъ мѣстныхъ реактивныхъ явленій, особенно неудобныхъ при амбулаторномъ лѣченіи. По отношенію къ сывороткѣ *Marmorek'a* этотъ путь впервые былъ избранъ д-рами *Mannheim'*омъ въ Берлинѣ и *Frey'*емъ въ Давосѣ, нашедшими, что подобныя клизмы всасываются весьма быстро и не вызываютъ никакихъ явленій раздраженія въ прямой кишкѣ. Изъ Давоса имѣется уже отчетъ о пользованныхъ такимъ образомъ 15 случаяхъ, и проф. *Hoffa* сообщаетъ, что онъ также примѣнял сыворотку въ видѣ клизмъ въ довольно большомъ числѣ своихъ случаевъ. Я считаю допустимымъ, что пользованные рядомъ такихъ клизмъ больные потеряютъ идосинкразію къ сывороткѣ, такъ что впослѣдствіи возможно будетъ перейти къ болѣе активнымъ подкожнымъ впрыскиваніямъ. Надѣюсь, что этотъ и цѣлый рядъ другихъ вопросовъ выяснятся путемъ опыта на большомъ числѣ случаевъ, о которыхъ, какъ я надѣюсь, возможно будетъ сообщить впослѣдствіи.

CVI. Изъ хирургической факультетской клиники Московскаго Университета.

Нѣкоторые измѣненія крови у больныхъ ракомъ желудка (пищеварительный лейкоцитозъ).

Ассистента клиники Г. И. Бардулина.

Раннее распознаваніе рака желудка имѣетъ особенно важное значеніе, такъ какъ единственное пока коренное лѣченіе состоитъ въ полномъ удаленіи заболѣвшей части желудка. Чѣмъ раньше мы распознаемъ болѣзнь, тѣмъ больше шансовъ будетъ у насъ на полное удаленіе пораженныхъ частей. Но патогномическаго признака

\*) Подобный-же случай разсказалъ мнѣ д-ръ *Marmorek* изъ самаго перваго времени примѣненія сыворотки: вечеромъ того дня, когда должно было быть сдѣлано первое впрыскиваніе, не состоявшееся по случайнымъ причинамъ, у больного наступило легочное кровоотечіе, отъ котораго онъ и погибъ черезъ нѣсколько дней!

\*\*) Само собою разумѣется, что дозировка сыворотки и наиболѣе цѣлесообразное распредѣленіе отдѣльныхъ дозъ ея еще далеко не выяснены, для этого требуется громадное число точныхъ и продолжительныхъ наблюдений.

рака желудка не существуетъ; онъ распознается по цѣлому ряду признаковъ какъ со стороны самаго желудка, такъ и со стороны цѣлаго организма. Со стороны послѣдняго особенное значеніе имѣетъ изслѣдованіе крови, которое, какъ известно, показало, что у больныхъ ракомъ кровь представляетъ измѣненія, какъ со стороны химическаго, такъ и со стороны морфологическаго состава. Этотъ послѣдній измѣняется въ томъ смыслѣ, что форменные элементы крови измѣняются въ количественномъ и качественномъ отношеніи. Многочисленныя изслѣдованія (*Schneider, Müller, Reinert, Rieder, Strauss* и *Rohnstein, Hayem* и др.) показали, что у больныхъ ракомъ число красныхъ тѣлецъ уменьшается, а число бѣлыхъ очень часто увеличивается; это послѣднее увеличеніе идетъ часто, но не всегда параллельно съ развитіемъ болѣзни (*Strauss* и *Rohnstein*). *Ludwig* обращаетъ особенное вниманіе на то, что измѣненіе крови не стоитъ въ прямомъ отношеніи къ величинѣ и распространенію новообразованія; такъ, въ случаѣ рака желчнаго протока, который едва достигаетъ величины орѣха, онъ нашелъ чрезвычайно сильное измѣненіе крови.

Что касается собственно рака желудка, то при этой болѣзни было произведено сравнительно много изслѣдованій крови съ обращеніемъ особеннаго вниманія на бѣлыя кровяныя тѣльца. Въ крови больныхъ, пораженныхъ ракомъ желудка, какъ и у больныхъ, пораженныхъ ракомъ другихъ органовъ, наблюдается уменьшеніе числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, пониженіе содержанія гемоглобина и очень часто увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ. Нѣкоторые авторы находили всегда увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. *Jacksch* въ 3 случаяхъ рака желудка нашелъ 9400, 11000 и 11200 бѣлыхъ тѣлецъ. *Straus* и *Rohnstein* у 8 больныхъ ракомъ желудка произвели изслѣдованіе крови 19 разъ и 10 разъ нашли увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ, а 9 разъ число ихъ было нормально. *Hoffmann* изслѣдовалъ кровь у 24 больныхъ ракомъ желудка, изъ нихъ у 13 діагностика подтверждена была вскрытіемъ; изъ этихъ 13 случаевъ въ 9 не было увеличенія числа бѣлыхъ тѣлецъ и только въ 4 случаяхъ было небольшое увеличеніе. *Diebala* и *Ketty* въ 5 случаяхъ рака желудка никогда не находили увеличенія числа бѣлыхъ тѣлецъ. *Hayem* въ 12 случаяхъ находилъ колебаніе бѣлыхъ тѣлецъ; въ 7 случаяхъ колебаніе было отъ 2000 до 10000, а въ 5 случаяхъ среднее число было 17000. *Osterpey* изъ 11 случаевъ рака желудка увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ нашелъ въ 5 случаяхъ, а въ 6 такого увеличенія не было. *Hartung* изъ 10 случаевъ такое увеличеніе нашелъ въ 8 случаяхъ. *Chadbourne* изъ 10 случаевъ въ 7 нашелъ увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ. *Alexandre* изслѣдовалъ кровь у 12 больныхъ ракомъ желудка, изъ которыхъ у 5 было увеличеніе бѣлыхъ тѣлецъ, а у 7 не было. *Schneider* у всѣхъ изслѣдованныхъ имъ больныхъ (5) находилъ увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ. Изъ этого мы видимъ, что число бѣлыхъ тѣлецъ у больныхъ ракомъ желудка бываетъ различно, то оно увеличивается, то остается нормальнымъ, при чемъ послѣднее наблюдается гораздо рѣже. *Hartmann* и *Sihol* на основаніи своихъ изслѣдованій крови у больныхъ ракомъ желудка приходятъ къ заключенію, что изслѣдованіе крови у такихъ больныхъ имѣетъ для распознаванія больше значенія, чѣмъ изслѣдованіе желудочнаго сока; поэтому въ тѣхъ случаяхъ когда встрѣчаютъ соединеніе малокровія съ рѣзкимъ лейкоцитозомъ, слѣдуетъ думать о ракѣ желудка.

Занимаясь изслѣдованіемъ крови у больныхъ, пораженныхъ злокачественными новообразованіями, я не могъ не обратить вниманія на измѣненіе крови у больныхъ ракомъ желудка. Въ нижеслѣдующемъ мною приведены данныя о количествѣ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, о содержаніи и о количествѣ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, какъ абсолютномъ, такъ и относительномъ, по различнымъ видамъ ихъ. Всего изслѣдовалъ я кровь у 10 больныхъ ракомъ желудка; діагностика была подтверждена или на операціи, или на вскрытіи.

Коснусь вкратцѣ техники изслѣдованія.

Красныя кровяныя тѣльца я считалъ въ аппаратѣ *Thomas-Zeiss'a*, пользуясь для разведенія крови жидкостью *Hayem'a*. Гемоглобинъ опредѣлялъ аппаратомъ *Fleischl'a*, видовымъ *Miescher'*омъ. Опредѣленіе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ я

томъ *Fleischl*'я представляетъ большія неточности, особенно при пониженномъ содержаніи Hb. Уже самъ *Fleischl* рекомендовалъ при незначительномъ содержаніи Hb въ крови пользоваться слабымъ источникомъ свѣта. Впослѣдствіи проф. К. К. Депо и его ученики также обратили вниманіе на тотъ фактъ, что при незначительномъ содержаніи Hb въ крови числа, показывающія количество Hb, нужно увеличивать, и благодаря этому онъ составилъ для своего аппарата таблицу поправки. Благодаря также неравномерности капиллярныхъ трубокъ, которыми берется кровь для изслѣдованія, получаютъ также неодинаковыя данныя для одной и той-же крови, если брать различными капиллярными трубками. Эти неудобства устранены въ аппаратѣ, видоизмѣненномъ *Mischer*'омъ. Точныя повѣрочныя испытанія этого аппарата, произведенныя *Veillon*'омъ, показали полную его пригодность для клиническихъ цѣлей. Объ этомъ аппаратѣ хорошо отзываются также *Jacquet* и *Schwinge*. Видоизмѣненіе состоитъ въ томъ, что мы всегда беремъ точно определенное количество крови, разводимъ въ смѣситель определеннымъ количествомъ раствора углекислаго натра и производимъ сравненіе съ окрашенной скалой въ точно определенномъ объемѣ смѣси. Я нѣсколько разъ сравнивалъ цифры, даваемыя аппаратомъ *Fleischl*'я и даваемыя видоизмѣненнымъ аппаратомъ, содержанія Hb у одного и того-же больного и всегда получалъ болѣе высокія цифры аппаратомъ *Mischer*'а въ томъ случаѣ, если кровь была съ небольшимъ содержаніемъ Hb. Бѣлыя кровяныя тѣльца я считалъ въ камерѣ *Türk*'а, при чемъ для болѣе точнаго счисленія сосчитывалъ ихъ въ 9 большихъ квадратахъ. Для фиксациі сухихъ препаратовъ пользовался нѣсколько видоизмѣненной смѣсью проф. *Никифорова*, къ 60 к. с. которой прибавлялъ 5 капель насыщеннаго спиртнаго раствора сулемы. Окрашивались препараты въ видоизмѣненной краскѣ *Романовскаго-Ziemann*'а, которая готовилась каждый разъ свѣжая: берется 1 часть 1% раствора метиленовой синьки въ 2,5% растворѣ буры и 4 части 0,1% воднаго возина; въ этой смѣси препаратъ держится 5 минутъ, затѣмъ промывается водой; слой крови окрашенъ тогда въ сине-фіолетовый цвѣтъ; погружаютъ на нѣсколько секундъ въ очень разведенный растворъ уксусной кислоты (1 капля разведенной укс. к. на часовое стекло воды), гдѣ препаратъ дѣлается краснаго цвѣта.

Привожу здѣсь данныя своихъ изслѣдованій.

Hb падаетъ очень значительно и паденіе это не идетъ рука объ руку съ уменьшеніемъ числа красныхъ тѣлецъ, а количество Hb уменьшается гораздо сильнѣе, чѣмъ число красныхъ тѣлецъ; вообще, количество Hb падаетъ до  $\frac{1}{2}$  нормальнаго и часто еще гораздо ниже. Изъ 13 изслѣдованій у 10 больныхъ количество Hb равнялось 50—55 только въ 3-хъ изслѣдованіяхъ. Въ случаѣ 5-мъ на первой операциі ничего не было найдено, кромѣ спаекъ; количество Hb было 55, за 2 мѣсяца болѣзни это количество упало на 15%. Интересны случаи 9 и 10. Въ случаѣ 9-мъ второе изслѣдованіе крови я произвелъ черезъ 20 дней послѣ операциі, такъ какъ раньше производить изслѣдованіе крови нельзя, какъ показалъ *Reinbach*, въ виду того, что только черезъ 2 недѣли послѣ операциі кровь у оперированныхъ возвращается къ нормѣ; количество Hb осталось такое-же, какъ и до операциі, а число красныхъ тѣлецъ увеличилось; можно думать, что причина малокровія въ данномъ случаѣ зависѣла какъ отъ основной болѣзни, такъ и отъ голоданія въ виду частыхъ рвотъ и непродолжимости пищи въ кишкахъ. Въ случаѣ 10-мъ, наоборотъ, при изслѣдованіи черезъ 4 недѣли послѣ такой-же операциі какъ число красныхъ тѣлецъ, такъ и количество Hb значительно понизились; въ этомъ случаѣ основная болѣзнь (ракъ) за это время еще болѣе измѣнила кровь больного, не смотря на улучшеніе условій питанія. Что касается до бѣлыхъ тѣлецъ, то и они представляютъ значительныя измѣненія. Если придерживаться дѣленія бѣлыхъ тѣлецъ по *Ehrlich*'у, то %-ное отношеніе отдѣльныхъ видовъ ихъ, какъ извѣстно слѣдующее: полинуклеары составляютъ 70—72% всего количества, лимфоциты—22—25%, переходныя формы 2—4%, возинофилы—2—4%. Число бѣлыхъ тѣлецъ у нашихъ больныхъ всегда было увеличено, при чемъ можно замѣтить, что чѣмъ

№	Полъ, возрастъ. Краткія данныя о болѣзни.	Hb	Число красныхъ тѣлецъ.	Число бѣлыхъ тѣлецъ.	Полинуклеары.	Лимфоциты.	Переходныя формы.	Возинофилы.	Число сосчитан. бѣл. тѣлецъ.	Примѣчанія.
1	Мужчина, 43 л. Болѣнь 6 мѣсцевъ. Распиреніе желудка. Отсутствіе HCl. Молочная есть . . . . .	52	3126000	12800	84,4	11,2	3,6	0,4	786	Микроциты.
2	Мужчина, 56 л. Болѣнь 4 мѣс. Рвота. HCl есть. Опухоль въ подл. области . . . . .	48	3786000	12000	70	23,6	4,8	1,2	643	
3	Мужчина, 42 л. Болѣнь 6 мѣс. Опухоль въ подл. обл. HCl отсутствуетъ. Кахексія . . . . .	30	1776000	19600	91,2	8,2	0,4	—	986	Пойкилоциты, мегалоциты.
4	Мужчина, 44 л. Болѣнь 4 мѣс. HCl отсутствуетъ. Опухоль въ подл. области. Кахексія . . . . .	40	2028000	18400	87,1	9,6	3,2	—	804	Макроциты, микроциты, пойкилоциты.
5	Мужчина, 38 л. Болѣнь 3 мѣс. Солиная в. есть. На операциі найдены спайки . . . . .	55	3224000	18600	70,4	26,2	2,4	1	687	
	Черезъ 2 мѣс.: HCl нѣтъ. Сильное исхуданіе. На операциі: ракомъ захваченъ желудокъ, сальники . . . . .	40	2164000	23000	89,1	8,6	2,3	—	832	Микроциты, макроциты, пойкилоциты.
6	Мужчина, 48 л. Болѣнь 5 мѣс. Рвота, распиреніе желудка. HCl нѣтъ. Опухоль въ подлож. области . . . . .	30	1878000	21000	84,5	9,8	5,8	0,5	749	Сильный пойкилоцитозъ.
7	Мужчина, 42 л. Болѣнь 4 мѣс. Рвота. HCl отсутствуетъ. Опухоль въ подлож. области. Сильное исхуданіе. . . . .	40	2438000	17800	88,5	8,8	2,2	—	567	Микроциты и макроциты.
8	Мужчина, 54 л. Болѣнь 3 мѣс. HCl есть. Рвота . . . . .	50	3442000	10800	69,9	22,9	4,6	2,4	488	—
9	Мужчина, 38 л. Болѣнь 3 мѣс. HCl нѣтъ. Рвота; распиреніе желудка. Gastroenterostomia . . . . .	50	3204000	11200	76,6	16,6	4,3	2,2	566	—
	Черезъ 20 дней послѣ операциі . . . . .	50	3664000	9600	66,4	28,6	5,1	2,7	484	
10	Мужчина 41 года. Болѣнь 6 мѣс. Рвота. HCl нѣтъ, распиреніе желудка. Gastro-enterostomia . . . . .	40	3006000	14800	89,2	9,4	1,2	0,2	588	Микроциты.
	Черезъ 4 недѣли послѣ операциі . . . . .	30	2584000	20200	92,4	6,8	0,6	—	823	Пойкилоциты.

И такъ, количество красныхъ тѣлецъ уменьшено, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ (случ. 3 и 6) даже очень значительно. Они измѣняются въ величинѣ; появляются тѣльца какъ болѣеи величинны, чѣмъ нормальныя (макроциты), такъ и менѣеи (микроциты); форма ихъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ также измѣняется (пойкилоциты). Количество

болѣе усиливалась болѣзнь, тѣмъ болѣе увеличивалось ихъ количество. Такъ, въ 5-мъ случаѣ, при первомъ изслѣдованіи найдено ихъ 18600, а спустя 2 мѣсяца уже 23000; тоже наблюдалось и въ 10-мъ случаѣ, гдѣ 4 недѣли послѣ операциі число бѣлыхъ тѣлецъ подвиглось съ 14800 до 20200.

исследовании через 20 дней после операции число бѣлыхъ тѣлецъ понизилось.

Что касается отдѣльныхъ видовъ бѣлыхъ тѣлецъ, то при началѣ болѣзни, когда число красныхъ тѣлецъ и содержание Нв еще не очень сильно уменьшилось, то, не смотря на абсолютное увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ, %-ное отношеніе отдѣльныхъ видовъ ихъ еще сохраняется. При дальнѣйшемъ усиленіи болѣзни число лимфоцитовъ все больше и больше уменьшается въ пользу полинуклеаровъ.

Кромѣ этихъ измѣненій крови у больныхъ ракомъ желудка наблюдается часто отсутствіе пищеварительнаго лейкоцитоза. Что у людей послѣ приѣма пищи появляется увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ, это фактъ, на который впервые обратилъ вниманіе *Virchow* и который подтвердили многочисленными исследованиями у человека *Limbeck* и *Müller*, а экспериментально у животныхъ *Pöhl*. Этотъ лейкоцитозъ никогда не бываетъ очень значительнымъ, появляется онъ спустя часъ послѣ ѣды, черезъ 3—4 часа достигаетъ наивысшей точки, затѣмъ постепенно уменьшается. Большинство авторовъ (*Japha*, *Limbeck*, *Rieder*, *Loeper*) находили относительное увеличеніе числа полинуклеаровъ, въ то время какъ другіе (*Carstensen*) находили, наоборотъ, уменьшеніе полинуклеаровъ и увеличеніе лимфоцитовъ; полинуклеары же начинаютъ увеличиваться въ числѣ спустя 3—4 часа. Но уже *Limbeck*, исследовавшій лейкоцитозъ у здоровыхъ, говоритъ, что не у каждого человека появляется лейкоцитозъ послѣ ѣды и не каждый разъ у одного и того же человека. *Rieder*, исследовавшій 23 человекъ, говоритъ, что появленіе пищеварительнаго лейкоцитоза несомнѣнно, но что у больныхъ часто нельзя было констатировать увеличенія числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. *Müller* исследовалъ пищеварительный лейкоцитозъ у 5 больныхъ ракомъ желудка и у 4 не могъ обнаружить его, а у одного было увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ на 1100. *Schneyer*, исследовавшій лейкоцитозъ у 15 больныхъ ракомъ желудка, ни разу не находилъ его, точно также и *Harting* у 10 такихъ больныхъ не могъ найти ни разу пищеварительнаго лейкоцитоза. *Chaboudourne* исследовалъ въ этомъ направленіи кровь у 10 больныхъ ракомъ желудка и у 2 нашелъ увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ, а у 8 не обнаружилъ его. *Horbaczewski* исследовалъ кровь у 3-хъ больныхъ ракомъ желудка и не только не нашелъ увеличенія числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ послѣ приѣма пищи, а, наоборотъ, уменьшенія. *Hassmann* у 2-хъ больныхъ не обнаружилъ лейкоцитоза. *Hoffmann* изъ 24 случаевъ рака желудка нашелъ лейкоцитозъ только у 3, а *Osler* и *Macrae* на 22 случая нашли лейкоцитозъ въ 10 случаяхъ. *Douglas* на 11 случаевъ въ 4 обнаружилъ лейкоцитозъ, въ 6 не находилъ, а въ одномъ случаѣ лейкоцитозъ то наблюдался, то не наблюдался.

Мы видимъ изъ этого, что у больныхъ ракомъ желудка отсутствіе пищеварительнаго лейкоцитоза наблюдается очень часто, но не всегда. Лейкоцитозъ у здоровыхъ появляется сильнѣе послѣ предшествовавшаго непродолжительнаго голоданія. Я исследовалъ кровь у больныхъ утромъ до ѣды и затѣмъ 2 раза послѣ ѣды, черезъ 2 часа и черезъ 3 часа.

№	Число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ до ѣды.	Черезъ 2 часа послѣ ѣды.	Черезъ 3 часа послѣ ѣды.	Разница.
1	12800	13000	12600	+ 200
2	12000	12400	13200	+1200
3	19600	19300	19000	— 600
4	18400	18800	18200	+ 400
5	18600	19000	19800	+1100
6	23000	22600	22200	— 800
7	21000	21400	21200	+ 400
8	17800	18200	17600	+ 400
9	10800	11000	11400	+ 600
10	11200	11700	11000	+ 500
	9600	10300	10400	+ 800
	14800	14200	14000	— 800
	20200	20000	19600	— 600

Изъ этой таблицы видно, что послѣ ѣды у нашихъ больныхъ наблюдался пищеварительный лейкоцитозъ въ 2-хъ исследованияхъ (во 2-мъ случаѣ и при первомъ исследованіи 5-го случая), если считать за пищеварительный лейкоцитозъ увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ болѣе, чѣмъ на 1000. Интереснымъ является и то обстоятельство, что въ 5-мъ случаѣ при второмъ исследованіи черезъ 2 мѣсяца не только не наблюдалось увеличенія числа бѣлыхъ тѣлецъ послѣ ѣды, но даже уменьшеніе ихъ. Такое же уменьшеніе наблюдалось въ 2-хъ случаяхъ (2-й и 10-й), при чемъ въ послѣднемъ случаѣ уменьшеніе наблюдалось какъ до операціи, такъ и послѣ операціи. Въ остальныхъ 7 случаяхъ наблюдалось незначительное увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ, которое нельзя признать за пищеварительный лейкоцитозъ.

Причину пищеварительнаго лейкоцитоза ставить, какъ извѣстно, въ связь съ процессомъ усвоенія бѣлковыхъ веществъ пищи. *Hofmeister* думаетъ, что пептонъ, образующійся въ желудкѣ изъ бѣлка, такъ усваивается, что только незначительная часть его попадаетъ въ кровь неизмѣненнымъ. Въ усвоеніи пептона играютъ главную роль лимфонные элементы аденоидной ткани желудочно-кишечнаго канала; пептонъ дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ на лимфатическую ткань; во время пищеваренія и благодаря продуктамъ перевариванія бѣлка лимфоидная ткань желудка и особенно тонкой кишки наполняется кѣтками, при чемъ у многихъ изъ нихъ видны явленія дѣленія. Слизистая оболочка желудка и тонкой кишки и представляетъ тѣ мѣста, гдѣ пептонъ встрѣчается съ лимфоидными кѣтками и тѣсно связанный съ ними попадаетъ въ токъ крови. *Pöhl* пришелъ къ тѣмъ же заключеніямъ, какъ и *Hofmeister*, но расширилъ ихъ: съ перевариваніемъ бѣлковыхъ тѣлъ и со всасываніемъ пептоновъ стоитъ, по его мнѣнію, въ непосредственной связи пищеварительный лейкоцитозъ; одновременно съ увеличеніемъ числа лимфоидныхъ элементовъ въ стѣнкахъ желудка и кишечника при всасываніи пептона происходитъ и увеличенный переходъ ихъ въ токъ крови; пищеварительный лейкоцитозъ наблюдается только при перевариваніи бѣлковыхъ тѣлъ и отсутствуетъ при перевариваніи жировъ, углеводовъ и солей. Напротивъ *Dupérieré* считаетъ, что азотистая пища увеличиваетъ мало число бѣлыхъ тѣлецъ, между тѣмъ какъ пища, богатая растительными веществами и жирами, значительно увеличиваетъ ихъ число. Какъ бы то ни было, въ нормальномъ состояніи пищевареніе, вообще, вызываетъ увеличеніе въ крови числа бѣлыхъ тѣлецъ. Разъ всасываніе продуктовъ пищеваренія измѣняется вслѣдствіе патологическихъ измѣненій въ стѣнкѣ желудочно-кишечнаго канала, то появляется и измѣненіе пищеварительнаго лейкоцитоза. Что при ракѣ желудка наблюдаются анатомическія измѣненія въ слизистой оболочкѣ, именно атрофія железъ, это было найдено *Hammerschlag* омъ. Если въ желудочномъ сокѣ отсутствуетъ HCl, то перевариваніе бѣлковъ, пептонизація ихъ, въ желудкѣ не происходитъ, а происходитъ въ кишкахъ и то очень медленно.

Въ нашихъ обоихъ случаяхъ, гдѣ наблюдался пищеварительный лейкоцитозъ, въ желудочномъ содержимомъ была свободная соляная кислота. Это говорило-бы въ пользу этой теоріи. Врядъ-ли, однако, можно объяснить отсутствіе пищеварительнаго лейкоцитоза только отсутствіемъ пептонизаціи въ желудкѣ, такъ какъ дальше въ кишкахъ происходитъ перевариваніе бѣлковъ, и продукты такого перевариванія, дѣйствуя на слизистую оболочку тонкой кишки, вызвали-бы пищеварительный лейкоцитозъ. Для объясненія этого явленія слѣдуетъ принимать во вниманіе общее дѣйствіе, вызываемое раковымъ процессомъ въ организмѣ. Постоянный лейкоцитозъ обуславливается постояннымъ раздраженіемъ лимфоидной ткани, которое, очевидно, вызывается постояннымъ поступленіемъ въ кровяной токъ «токсичныхъ рака». Весьма вѣроятно, что лимфоидные органы при ракѣ настолько уже измѣнены, что на такое физиологическое раздраженіе, какъ актъ пищеваренія, они уже не могутъ реагировать и чѣмъ дальше распространился раковый процессъ, тѣмъ менѣе реагируютъ лимфоидные элементы на физиологическое раздра-

томъ *Fleischl*'а представляеть большія неточности, особенно при пониженномъ содержаніи Нв. Уже самъ *Fleischl* рекомендовалъ при незначительномъ содержаніи Нв въ крови пользоваться слабымъ источникомъ свѣта. Впослѣдствіи проф. К. К. Денно и его ученики также обратили вниманіе на тотъ фактъ, что при незначительномъ содержаніи Нв въ крови числа, показывающія количество Нв, нужно увеличивать, и благодаря этому онъ составилъ для своего аппарата таблицу поправокъ. Благодаря также неравномѣрности капиллярныхъ трубочекъ, которыми берется кровь для изслѣдованія, получаются также неодинаковыя данныя для одной и той-же крови, если брать различными капиллярными трубочками. Эти неудобства устранены въ аппаратѣ, видоизмѣненномъ *Mischer*'омъ. Точныя повторныя испытанія этого аппарата, произведенныя *Veillon*'омъ, показали полную его пригодность для клиническихъ цѣлей. Объ этомъ аппаратѣ хорошо отзываются также *Jacquet* и *Schwinge*. Видоизмѣненіе состоитъ въ томъ, что мы всегда беремъ точно опредѣленное количество крови, разводимъ въ смѣситель опредѣленнымъ количествомъ раствора углекислаго натра и производимъ сравненіе съ окрашенной скалой въ точно опредѣленномъ объемѣ смѣси. Я нѣсколько разъ сравнивалъ цифры, даваемыя аппаратомъ *Fleischl*'а и даваемыя видоизмѣненнымъ аппаратомъ, содержанія Нв у одного и того-же больного и всегда получалъ болѣе высокія цифры аппаратомъ *Mischer*'а въ томъ случаѣ, если кровь была съ небольшимъ содержаніемъ Нв. Бѣлыя кровяныя тѣльца я считалъ въ камерѣ *Türk*'а, при чемъ для болѣе точнаго счисленія сосчитывалъ ихъ въ 9 большихъ квадратахъ. Для фиксаціи сухихъ препаратовъ пользовался нѣсколько видоизмѣненной смѣсью проф. *Никифорова*, къ 60 к. с. которой прибавлялъ 5 капель насыщеннаго спиртнаго раствора сулемы. Окрашивались препараты въ видоизмѣненной краскѣ *Романовско-Зиетана*'а, которая готовилась каждый разъ свѣжая: берется 1 часть 1% раствора метиленовой синьки въ 2,5% растворѣ буры и 4 части 0,1% воднаго возина; въ этой смѣси препаратъ держится 5 минутъ, затѣмъ промывается водой; слой крови окрашенъ тогда въ сине-фіолетовый цвѣтъ; погружаютъ на нѣсколько секундъ въ очень разведенный растворъ уксусной кислоты (1 капля разведенной укс. к. на часовое стекло воды), гдѣ препаратъ дѣлается краснаго цвѣта.

Привожу здѣсь данныя своихъ изслѣдованій.

Нв падаетъ очень значительно и паденіе это не идетъ рука объ руку съ уменьшеніемъ числа красныхъ тѣлецъ, а количество Нв уменьшается гораздо сильнѣе, чѣмъ число красныхъ тѣлецъ; вообще, количество Нв падаетъ до  $\frac{1}{2}$  нормальнаго и часто еще гораздо ниже. Изъ 13 изслѣдованій у 10 больныхъ количество Нв равнялось 50—55 только въ 3-хъ изслѣдованіяхъ. Въ случаѣ 5-мъ на первой операціи ничего не было найдено, кромѣ спаекъ; количество Нв было 55, за 2 мѣсяца болѣзни это количество упало на 15%. Интересны случаи 9 и 10. Въ случаѣ 9-мъ второе изслѣдованіе крови я произвелъ черезъ 20 дней послѣ операціи, такъ какъ раньше производилъ изслѣдованіе крови нельзя, какъ показалъ *Reinbach*, въ виду того, что только черезъ 2 недѣли послѣ операціи кровь у оперированныхъ возвращается къ нормѣ; количество Нв осталось такое-же, какъ и до операціи, а число красныхъ тѣлецъ увеличилось; можно думать, что причина малокровія въ данномъ случаѣ зависѣла какъ отъ основной болѣзни, такъ и отъ голоданія въ виду частыхъ рвотъ и непродолжительности пищи въ кишкахъ. Въ случаѣ 10-мъ, наоборотъ, при изслѣдованіи черезъ 4 недѣли послѣ такой-же операціи какъ число красныхъ тѣлецъ, такъ и количество Нв значительно понизились; въ этомъ случаѣ основная болѣзнь (ракъ) за это время еще болѣе измѣнила кровь больного, не смотря на улучшеніе условій питанія. Что касается до бѣлыхъ тѣлецъ, то и они представляютъ значительныя измѣненія. Если придерживаться дѣленія бѣлыхъ тѣлецъ по *Ehrlich*'у, то %-ное отношеніе отдѣльныхъ видовъ ихъ, какъ извѣстно слѣдующее: полинуклеары составляютъ 70—72% всего количества, лимфоциты—22—25%, переходныя формы 2—4%, возинофилы—2—4%. Число бѣлыхъ тѣлецъ у нашихъ больныхъ всегда было увеличено, при чемъ можно замѣтить, что чѣмъ

№	Полъ, возрастъ. Краткія данныя о болѣзни.	Нв	Число красныхъ тѣлецъ.	Число бѣлыхъ тѣлецъ.	Полинуклеары.	Лимфоциты.	Переходныя формы.	Возинофилы.	Число сосчитан. бѣл. тѣлецъ.	Примѣчанія.
1	Мужчина, 43 л. Болѣнь 6 мѣсцевъ. Распиреніе желудка. Отсутствіе НСІ. Молочная есть . . . . .	52	3126000	12800	84,4	11,2	3,6	0,4	786	Микроциты.
2	Мужчина, 56 л. Болѣнь 4 мѣс. Рвота. НСІ есть. Опухоль въ подл. области . . . . .	48	3786000	12000	70	23,6	4,8	1,2	643	
3	Мужчина, 42 л. Болѣнь 6 мѣс. Опухоль въ подл. обл. НСІ отсутствуетъ. Какексія . . . . .	30	1776000	19600	91,2	8,2	0,4	—	986	Пойкилоциты, мегалоциты.
4	Мужчина, 44 л. Болѣнь 4 мѣс. НСІ отсутствуетъ. Опухоль въ подл. области. Какексія . . . . .	40	2028000	18400	87,1	9,6	3,2	—	804	Макроциты, микроциты, пойкилоциты.
5	Мужчина, 38 л. Болѣнь 3 мѣс. Сильная к. есть. На операціи найдены спайки . . . . .	55	3224000	18600	70,4	26,2	2,4	1	687	
	Черезъ 2 мѣс.: НСІ нѣтъ. Сильное исхуданіе. На операціи: ракомъ захваченъ желудокъ, сальники . . . . .	40	2164000	23000	89,1	8,6	2,3	—	832	Микроциты, макроциты, пойкилоциты.
6	Мужчина, 48 л. Болѣнь 5 мѣс. Рвота, распиреніе желудка. НСІ нѣтъ. Опухоль въ подлож. области . . . . .	30	1878000	21000	84,5	9,8	5,8	0,5	749	Сильный пойкилоцитозъ.
7	Мужчина, 42 л. Болѣнь 4 мѣс. Рвота. НСІ отсутствуетъ. Опухоль въ подлож. области. Сильное исхуданіе. . . . .	40	2438000	17800	88,5	8,8	2,2	—	567	Микроциты и макроциты.
8	Мужчина, 54 л. Болѣнь 3 мѣс. НСІ есть. Рвота . . . . .	50	3442000	10800	69,9	22,9	4,6	2,4	488	—
9	Мужчина, 38 л. Болѣнь 3 мѣс. НСІ нѣтъ. Рвота; распиреніе желудка. Gastroenterostomia . . . . .	50	3204000	11200	76,6	16,6	4,3	2,2	566	—
	Черезъ 20 дней послѣ операціи . . . . .	50	3664000	9600	66,4	28,6	5,1	2,7	484	
10	Мужчина 41 года. Болѣнь 6 мѣс. Рвота. НСІ нѣтъ, распиреніе желудка. Gastro-enterostomia . . . . .	40	3006000	14800	89,2	9,4	1,2	0,2	588	Микроциты.
	Черезъ 4 недѣли послѣ операціи . . . . .	30	2584000	20200	92,4	6,8	0,6	—	823	Пойкилоциты.

И такъ, количество красныхъ тѣлецъ уменьшено, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ (случ. 3 и 6) даже очень значительно. Они измѣняются въ величинѣ; появляются тѣльца какъ болѣе величины, чѣмъ нормальныя (макроциты), такъ и меньшей (микроциты); форма ихъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ также измѣняется (пойкилоциты). Количество

больше усиливалась болѣзнь, тѣмъ больше увеличивалось ихъ количество. Такъ, въ 5-мъ случаѣ, при первомъ изслѣдованіи найдено ихъ 18600, а спустя 2 мѣсяца уже 23000; тоже наблюдалось и въ 10-мъ случаѣ, гдѣ 4 недѣли послѣ операціи число бѣлыхъ тѣлецъ поднялось съ 18600 до 20200.



ислѣдованіи черезъ 20 дней послѣ операціи число бѣлыхъ тѣлецъ понизилось.

Что касается отдѣльныхъ видовъ бѣлыхъ тѣлецъ, то при началѣ болѣзни, когда число красныхъ тѣлецъ и содержаніе Нв еще не очень сильно уменьшилось, то, не смотря на абсолютное увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ,  $\frac{1}{100}$ -ное отношеніе отдѣльныхъ видовъ ихъ еще сохраняется. При дальнѣйшемъ усиленіи болѣзни число лимфоцитовъ все больше и больше уменьшается въ пользу полинуклеаровъ.

Кромѣ этихъ измѣненій крови у больныхъ ракомъ желудка наблюдается часто отсутствіе пищеварительнаго лейкоцитоза. Что у людей послѣ приѣма пищи появляется увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ, это фактъ, на который впервые обратилъ вниманіе *Virchow* и который подтвердили многочисленными изслѣдованіями у человѣка *Limbeck* и *Müller*, а экспериментально у животныхъ *Pöhl*. Этотъ лейкоцитозъ никогда не бываетъ очень значительнымъ, появляется онъ спустя часъ послѣ ѣды, черезъ 3—4 часа достигаетъ наивысшей точки, затѣмъ постепенно уменьшается. Большинство авторовъ (*Japha*, *Limbeck*, *Rieder*, *Loeper*) находили относительное увеличеніе числа полинуклеаровъ, въ то время какъ другіе (*Carstamjen*) находили, наоборотъ, уменьшеніе полинуклеаровъ и увеличеніе лимфоцитовъ; полинуклеары-же начинаютъ увеличиваться въ числѣ спустя 3—4 часа. Но уже *Limbeck*, изслѣдовавшій лейкоцитозъ у здоровыхъ, говоритъ, что не у каждого человѣка появляется лейкоцитозъ послѣ ѣды и не каждый разъ у одного и того-же человѣка. *Rieder*, изслѣдовавшій 23 человѣка, говоритъ, что появленіе пищеварительнаго лейкоцитоза несомнѣнно, но что у больныхъ часто нельзя было констатировать увеличенія числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. *Müller* изслѣдовалъ пищеварительный лейкоцитозъ у 5 больныхъ ракомъ желудка и у 4 не могъ обнаружить его, а у одного было увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ на 1100. *Schneyer*, изслѣдовавшій лейкоцитозъ у 15 больныхъ ракомъ желудка, ни разу не находилъ его, точно также и *Harting* у 10 такихъ больныхъ не могъ найти ни разу пищеварительнаго лейкоцитоза. *Chaboudrue* изслѣдовалъ въ этомъ направленіи кровь у 10 больныхъ ракомъ желудка и у 2 нашелъ увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ, а у 8 не обнаружилъ его. *Horbaczewski* изслѣдовалъ кровь у 3-хъ больныхъ ракомъ желудка и не только не нашелъ увеличенія числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ послѣ приѣма пищи, а, наоборотъ, уменьшенія. *Hassmann* у 2-хъ больныхъ не обнаружилъ лейкоцитоза. *Hoffmann* изъ 24 случаевъ рака желудка нашелъ лейкоцитозъ только у 3, а *Osler* и *Macrae* на 22 случая нашли лейкоцитозъ въ 10 случаяхъ. *Douglas* на 11 случаевъ въ 4 обнаружилъ лейкоцитозъ, въ 6 не находилъ, а въ одномъ случаѣ лейкоцитозъ то наблюдался, то не наблюдался.

Мы видимъ изъ этого, что у больныхъ ракомъ желудка отсутствіе пищеварительнаго лейкоцитоза наблюдается очень часто, но не всегда. Лейкоцитозъ у здоровыхъ появляется сильнѣе послѣ предшествовавшаго непродолжительнаго голоданія. Я изслѣдовалъ кровь у больныхъ утромъ до ѣды и затѣмъ 2 раза послѣ ѣды, черезъ 2 часа и черезъ 3 часа.

№	Число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ до ѣды.	Черезъ 2 часа послѣ ѣды.	Черезъ 3 часа послѣ ѣды.	Разница.
1	12800	13000	12600	+ 200
2	12000	12400	13200	+1200
3	19600	19300	19000	— 600
4	18400	18800	18200	+ 400
5	18600	19000	19800	+1100
6	23000	22600	22200	— 800
7	21000	21400	21200	+ 400
8	17800	18200	17600	+ 400
9	10800	11000	11400	+ 600
10	11200	11700	11000	+ 500
	9600	10300	10400	+ 800
	14800	14200	14000	— 800
	20200	20000	19600	— 600

Изъ этой таблицы видно, что послѣ ѣды у нашихъ больныхъ наблюдался пищеварительный лейкоцитозъ въ 2-хъ изслѣдованіяхъ (во 2-мъ случаѣ и при первомъ изслѣдованіи 5-го случая), если считать за пищеварительный лейкоцитозъ увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ болѣе, чѣмъ на 1000. Интереснымъ является и то обстоятельство, что въ 5-мъ случаѣ при второмъ изслѣдованіи черезъ 2 мѣсяца не только не наблюдалось увеличенія числа бѣлыхъ тѣлецъ послѣ ѣды, но даже уменьшеніе ихъ. Такое-же уменьшеніе наблюдалось въ 2-хъ случаяхъ (2-й и 10-й), при чемъ въ послѣднемъ случаѣ уменьшеніе наблюдалось какъ до операціи, такъ и послѣ операціи. Въ остальныхъ 7 случаяхъ наблюдалось незначительное увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ, которое нельзя признать за пищеварительный лейкоцитозъ.

Причину пищеварительнаго лейкоцитоза ставить, какъ известно, въ связь съ процессомъ усвоенія бѣловыхъ веществъ пищи. *Hofmeister* думаетъ, что пептонъ, образующійся въ желудкѣ изъ бѣлка, такъ усваивается, что только незначительная часть его попадаетъ въ кровь неизмѣненнымъ. Въ усвоеніи пептона играютъ главную роль лимфоидные элементы аденоидной ткани желудочно-кишечнаго канала; пептонъ дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ на лимфатическую ткань; во время пищеваренія и благодаря продуктамъ перевариванія бѣлка лимфоидная ткань желудка и особенно тонкой кишки наполняется кѣлками, при чемъ у многихъ изъ нихъ видны явленія дѣленія. Слизистая оболочка желудка и тонкой кишки и представляетъ тѣ мѣста, гдѣ пептонъ встрѣчается съ лимфоидными кѣлками и тѣсно связанный съ ними попадаетъ въ токъ крови. *Pöhl* пришелъ къ тѣмъ же заключеніямъ, какъ и *Hofmeister*, но расширилъ ихъ: съ перевариваніемъ бѣловыхъ тѣлъ и со всасываніемъ пептоновъ стоитъ, по его мнѣнію, въ непосредственной связи пищеварительный лейкоцитозъ; одновременно съ увеличеніемъ числа лимфоидныхъ элементовъ въ стѣнкахъ желудка и кишокъ при всасываніи пептона происходитъ и увеличенный переходъ ихъ въ токъ крови; пищеварительный лейкоцитозъ наблюдается только при перевариваніи бѣловыхъ тѣлъ и отсутствуетъ при перевариваніи жировъ, углеводовъ и солей. Напротивъ *Dupérié* считаетъ, что азотистая пища увеличиваетъ мало число бѣлыхъ тѣлецъ, между тѣмъ какъ пища, богатая растительными веществами и жирами, значительно увеличиваетъ ихъ число. Какъ бы то ни было, въ нормальномъ состояніи пищевареніе, вообще, вызываетъ увеличеніе въ крови числа бѣлыхъ тѣлецъ. Разъ всасываніе продуктовъ пищеваренія измѣняется вслѣдствіе патологическихъ измѣненій въ стѣнкѣ желудочно-кишечнаго канала, то появляется и измѣненіе пищеварительнаго лейкоцитоза. Что при ракѣ желудка наблюдаются анатомическія измѣненія въ слизистой оболочкѣ, именно атрофія железъ, это было найдено *Hammerschlag* омъ. Если въ желудочномъ сокѣ отсутствуетъ HCl, то перевариваніе бѣлковъ, пептонизація ихъ, въ желудкѣ не происходитъ, а происходитъ въ кишкахъ и то очень медленно.

Въ нашихъ обоихъ случаяхъ, гдѣ наблюдался пищеварительный лейкоцитозъ, въ желудочномъ содержимомъ была свободная соляная кислота. Это говорило-бы въ пользу этой теоріи. Врядъ-ли, однако, можно объяснить отсутствіе пищеварительнаго лейкоцитоза только отсутствіемъ пептонизаціи въ желудкѣ, такъ какъ дальше въ кишкахъ происходитъ перевариваніе бѣлковъ, и продукты такого перевариванія, дѣйствуя на слизистую оболочку тонкой кишки, вызывали-бы пищеварительный лейкоцитозъ. Для объясненія этого явленія слѣдуетъ принимать во вниманіе общее дѣйствіе, вызываемое раковымъ процессомъ въ организмѣ. Постоянный лейкоцитозъ обуславливается постояннымъ раздраженіемъ лимфоидной ткани, которое, очевидно, вызывается постояннымъ поступленіемъ въ кровяной токъ «токсичныхъ рака». Весьма вѣроятно, что лимфоидные органы при ракѣ настолько уже измѣнены, что на такое физиологическое раздраженіе, какъ актъ пищеваренія, они уже не могутъ реагировать и чѣмъ дальше распространялся раковый процессъ, тѣмъ менѣе реагируютъ лимфоидные элементы на физиологическое раздра-

Производить ли такое дѣйствіе на лимфодные органы только ракъ желудка, или же также и ракъ другихъ органовъ? Я произвелъ въ этомъ направленіи 5 изслѣдованій крови у больныхъ ракомъ различныхъ органовъ. Результаты изслѣдованія привожу здѣсь.

№	Больны. Полъ. Возрастъ.	Число красныхъ тѣлецъ.	№	Число бѣлыхъ тѣлецъ.			Разница.
				До 4м.	Черезъ 2 часа.	Черезъ 3 часа.	
1	Ракъ грудной железы. Женщина 30 л.	4064000	70	7200	8400	8800	+1600
2	Ракъ грудной железы. Женщина 50 л.	4184000	85	7600	8200	9000	+1200
3	Ракъ прямой кишки. Мужчина 60 л.	2448000	45	18700	18400	18900	+ 200
4	Ракъ верхней челюсти. Мужчина 42 л.	3288000	45	11000	11300	11600	+ 600
5	Ракъ брюшины. Женщина 38 л.	1864000	25	14200	13800	13600	- 600

Въ первыхъ 2 случаяхъ, гдѣ ракъ былъ сравнительно доброкачественный, если только про ракъ можно такъ выразиться, и не повліялъ на общее состояніе больныхъ, замѣчался настоящий пищеварительный лейкоцитозъ. Хотя увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ въ слѣдующихъ 2 случаяхъ (3 и 4 сл.) и наблюдалось, но не настолько значительное, чтобы можно было говорить о лейкоцитозѣ, а въ 5-мъ случаѣ у больной крайне истощенной, съ чрезвычайно распространеннымъ раковымъ поражениемъ брюшины, не только не наблюдалось увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ во время пищеваренія, но даже уменьшеніе числа ихъ. Хотя число произведенныхъ мною изслѣдованій и не велико, я все же думаю, что ракъ самъ по себѣ, независимо отъ мѣстоположенія, можетъ вліять на лимфодные элементы, препятствуя пищеварительному лейкоцитозу.

Для отличительнаго распознаванія между ракомъ желудка и круглой язвой желудка изслѣдованіе пищеварительнаго лейкоцитоза окажетъ несомнѣнныя услуги, такъ какъ при круглой язвѣ желудка пищеварительный лейкоцитозъ наблюдается всегда, какъ показалъ *Schneider*. Можно сказать, что изслѣдованіе крови у больныхъ съ предполагаемымъ ракомъ желудка и особенно изслѣдованіе пищеварительнаго лейкоцитоза имѣетъ для діагностики несомнѣнно важное значеніе.

**Литература.** 1. *Schneider*. Ueber die morphologische Verhältnisse des Blutes und ihre Bedeutung für die praktische Medizin. «Wiener med. Wochenschrift», 1890 г. № 36. — 2. *Müller*. Klinische Beobachtungen über Verdauungsleucocytose. «Zeitschrift f. Heilkunde» 1890 г. № 17. — 3. *Reinert*. Die Zählung der Blutkörperchen und deren Bedeutung für Diagnose und Therapie, 1891 г. — 4. *Rieder*. Beiträge zur Kenntniss der Leucocytose, 1892 г. — 5. *Limbeck*. Grundriss einer klinischen Pathologie des Blutes, 1896 г. — 6. *Hayem*. Du sang et de ses alterations, 1899 г. — 7. *Schneider*. Das Verhalten der Verdauungsleucocytose bei Ulcus rotundum und Carcinoma ventriculi. «Zeitschrift f. klin. Medizin», т. 27. — 8. *Hammerschlag*. Zur Kenntniss der Magencarcinome. «Wiener klin. Wochenschrift», 1895 г. № 26. — 9. *Hartung*. Untersuchungen des Blutes von Krebskranken mit besonderer Berücksichtigung der Verdauungsleucocytose. Тамъ же, 1895 г. № 40 и 41. — 10. *Hassmann*. Zur diagnostischen Verwerthbarkeit der Verdauungsleucocytose. Тамъ же, 1896 г. № 17. — 11. *Chadbourne*. Beitrag zur Verdauungsleucocytose bei Magenkrankheiten. «Berliner klin. Wochenschrift», 1898 г. № 2. — 12. *Reinbach*. Ueber das Verhalten der Leucocyten bei malignen Tumoren. «Archiv f. klin. Chirurgie», т. 46. — 13. *Diebala und Kelly*. Ueber den Einfluss des Hämoglobingehaltes und die Zahl der rothen Blutkörperchen auf das spezifische Gewicht des Blutes bei Anämischen. «Deutsches Archiv f. klin. Medizin», т. 57. — 14. *Hoffmann*. Verdauungsleucocytose bei Carcinom ventriculi. «Zeitschrift f. klinische Medizin», т. 33. — 15. *Strauss und Rohnstein*. Die Blutzusammensetzung bei den verschiedenen Anämien, 1901 г. — 16. *Hartmann et Silhol*. Valeur sémiologique de l'examen du sang dans les maladies de l'estomac. «Revue de chirurgie», 1901 г., № 2.

## СVII. Искривленія носовой перегородки и значеніе ихъ для организма. Оперативное леченіе ихъ.

А. В. Златовѣрова (Саратовъ).

Носовая полость раздѣляется на 2 части носовой перегородкой, состоящей изъ костной и хрящевой части: костную образуютъ сошники, вертикальная пластинка рѣшетчатой кости, *crista palatina* и *crista nasalis anter.*; хрящевую же часть образуетъ т. наз. 4-угольный хрящъ. Перегородка носитъ на себѣ отпечатки проходящихъ по ней нервовъ: вверху, подъ самой рѣшетчатой пластинкой, замѣтны многочисленныя бороздки, идущія отъ отверстій *laminae cribrosae* внизъ (отпечатки обонятельныхъ нервовъ); на сошникѣ же, внизу, видна продольная борозда (отъ *perv. naso-palatini Scarpae*), оканчивающаяся у отверстія *canalis naso-palatini*.

Слизистая оболочка, покрывающая надкостницу и надхрящницу носовой перегородки, распадается по своему строенію на 3 рѣзко отдѣленные другъ отъ друга части, отличающіяся и по своимъ функциональнымъ отправлениямъ: та часть, которая находится болѣе всего впередъ, въ т. наз. преддверіи, носитъ характеръ кожный и покрыта многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, съ образованіемъ волосъ. Другая часть, самая малая, находится въ верху, состоитъ изъ т. наз. «обонятельной», слизистой оболочки, которая имѣетъ мерцательный эпителий и специфическія обонятельныя клѣтки, расположенныя среди эпителиальныхъ «поддерживающихъ» клѣтокъ (*Stützzellen*). Наконецъ, 3-ья часть, самая большая, занимаетъ все остальное пространство носовой перегородки, выстилая, вообще, всѣ носовыя и придаточныя полости, носитъ названіе собственно дыхательной («респираторной») слизистой оболочки и имѣетъ мерцательный эпителий. Имѣя, вообще, большое количество железъ, слизистая оболочка содержитъ ихъ особенно много въ передней части носовой перегородки, противолѣжащей переднему концу средней раковины, образуя бугорокъ, носящій названіе *tuberculum septi*; между послѣднимъ и кожной частью носовой перегородки находится рудиментарный, «*Jacobson*'овскій органъ». Что касается нервовъ носовой перегородки, то они служатъ частью для передачи чувствительности, частью исполняютъ функцію обонанія, наконецъ, служатъ для цѣлей собственно отдѣленія (секреторныя). Чувствительные нервы происходят главнымъ образомъ изъ I и II вѣтвей тройничнаго нерва (*n. nasopalatinus*, *nn. palat. descend.*, *n. palatin. anter.*) и обладаютъ въ высокой степени способностью реагировать на различныя физиологическія и патологическія раздраженія. Въ зависимости отъ распространенія вѣточекъ этихъ нервовъ и получаютъ области раздраженія, имѣющія большое значеніе для дыханія: такъ, раздраженіе въ передней и задней частяхъ носовой перегородки, какъ и въ переднихъ и заднихъ частяхъ раковинъ, если оно слабое, вызываетъ замедленіе дыханія, если оно сильное, — остановку дыханія въ стадіи выдоха. Секреторные нервы содержатся, по *Aschenbrandt*'у, въ *n. sphenopalatin*. Но особенно выдающаяся роль играетъ нервъ обонанія, *n. olfactorius*: находясь въ углубленіи на нижней поверхности лобной доли полушарія, онъ постепенно утолщается, превращаясь въ т. наз. обонятельную луковичу, которая лежитъ на *lamina cribrosa* рѣшетчатой кости и отпускаетъ отъ себя 2 ряда нервныхъ нитей, проходящихъ черезъ отверстія *laminae cribrosae* въ носовую полость; здѣсь онѣ образуютъ сплетенія между собою на носовой перегородкѣ и внутренней поверхности верхней раковины, и изъ этихъ сплетеній отходятъ тоненькія нервныя нити въ самыя обонятельныя клѣточки, которыя состоятъ изъ продолговатокруглыхъ клѣточныхъ тѣлъ съ ядрами и тонкими палочкообразными отростками. Очень богата носовая перегородка кровеносными сосудами: ея *art. ethmoidalis anterior et poster.* происходятъ изъ *arteriae ophthalmicae*; *art. septi narium ant. et post.* — изъ *art. maxillaris ext. et art. nasalis post.* — изъ *art. sphenopalatinae*. Всѣ эти артеріальныя вѣточки образуютъ между собою обширныя анастомозы и сопровождаются венами, еще болѣе многочисленными и

рѣшетчатую пластинку и foram. coeum и впадаютъ въ sinus longitudinalis и coronarius.

Искривленія носовой перегородки такъ часты, что можно почти съ увѣренностью сказать, что нѣтъ ни одного человѣка, у котораго-бы носовая перегородка стояла совершенно прямо; но степень этихъ искривленій, конечно, различна. До тѣхъ поръ, пока искривленіе не производитъ никакихъ патологическихъ явленій, его можно считать въ пределахъ нормы. Последніе, конечно, для каждого лица различны. Даже національность играетъ въ этомъ отношеніи роль. Такъ, по мнѣнію *Zuckerkindl'a*, у европейцевъ искривленіе встрѣчается чаще, чѣмъ у неевропейцевъ; по его же изслѣдованію, у мужчинъ чаще, чѣмъ у женщинъ. Формы искривленій бываютъ очень разнообразны: носовая перегородка можетъ въ нѣсколькихъ мѣстахъ быть искривленной и ниспадать въ видѣ террасы, или-же только верхняя или нижняя часть искривлены. Въ другихъ случаяхъ искривленіе имѣетъ форму латинской буквы S, образуя такимъ образомъ по одному гребешку (*crista*) и по одному вдавленію (*deviatio*) съ каждой стороны, при чемъ гребешки могутъ превращаться въ остистые отростки (*spinae*); иногда эти отростки загибаются внизъ, закрывая собою ниже находящееся вдавленіе. Бываетъ и такъ, что, хотя само искривленіе и незначительно, но гребешокъ такъ утолщенъ, что производитъ уже извѣстное затрудненіе въ отпавленіяхъ носовой полости и требуетъ хирургическаго внимательства.

Главнымъ факторомъ, отъ котораго зависитъ форма искривленія, является способъ происхожденія его. *Zuckerkindl* дѣлитъ воѣ искривленія на травматическія, замѣстительныя и физиологическія, т. е. происшедшія вслѣдствіе ненормальности роста перегородки. Другими авторами (*Kilian*) признаются только первые и послѣдніе. Наибольшее число искривленій слѣдуетъ отнести къ физиологическимъ (*Hortmann*): если хрящъ носовыхъ перегородокъ растетъ быстрѣе и сильнѣе, чѣмъ костный носовой скелетъ, то онъ долженъ вверху или внизу уклониться въ сторону; если-же образовавшійся изгибъ продолжаетъ также быстро расти, то образуется гребешокъ или ость, а иногда цѣлый остистый гребень. Справедливость этого объясненія доказывается тѣмъ, что такіа искривленія бываютъ главнымъ образомъ въ періодъ возмужалости, когда ростъ организма достигъ своей нормы, а не въ дѣтствѣ; въ послѣднемъ возрастѣ бываютъ преимущественно травматическія искривленія. Уже по виду своему эти 2 рода искривленія отличаются другъ отъ друга: въ искривленіяхъ отъ аномаліи роста самая высшая точка искривленія лежитъ почти всегда на мѣстѣ соединенія сошника съ 4-угольнымъ хрящомъ и перпендикулярной пластинкой рѣшетчатой кости; линия искривленія идетъ отъ *spina nasalis anterior*, постепенно повышаясь, къ *rostrum sphenoidale*, при чемъ гребешки и ости (*cristae* et *spinae*) находятся обыкновенно на мѣстѣ соединенія сошника и хряща, или сошника и перпендикулярной пластинки, или же хряща и перпендикулярной пластинки. На другой сторонѣ носовой перегородки обыкновенно находится вогнутая поверхность (*deviatio*), высшая точка которой находится въ костной части носовой перегородки и особенно сильно выражена при образованіяхъ остистаго гребня, но при этомъ вогнутая поверхность имѣетъ форму сегмента, а не угла.

Совсѣмъ другой видъ имѣютъ травматическія искривленія перегородки: они находятся въ передней части носовой полости, въ области хряща, который и принимаетъ главное участіе въ искривленіи, хотя послѣднее можетъ продолжаться и на костную часть. Такъ какъ переломанная часть хряща заживаетъ обыкновенно подъ угломъ другъ къ другу, то углубленіе на другой сторонѣ (*deviatio*) имѣетъ форму остраго угла, или 3-гранной пирамиды. Послѣдняя образуется вслѣдствіе того, что передняя часть хряща, свихнутая при нанесеніи поврежденія, поворачивается часто около своей вертикальной оси и ложится косо въ образовавшееся углубленіе; не будучи вправлена, она такъ и заживаетъ, выдаваясь свободнымъ краемъ своимъ въ свободную половину носа и закрывая своей передней поверхностью другую половину носа, что и ведетъ иногда къ полному закрытію послѣдней.

Такое положеніе вывихнутаго хряща не остается безъ вліянія и на наружный видъ носа, конецъ котораго отклоненъ въ сторону широкой половины носа, такъ что спинка носа имѣетъ вогнутую форму. Вывихъ можетъ распространиться на весь 4-гранный хрящъ на мѣстѣ его соединенія съ сошникомъ и сопровождаться переломомъ носовыхъ костей, такъ что вся нижняя половина носа можетъ быть отдѣлена отъ верхней части и быть совершенно подвижна<sup>1)</sup>.

Вообще, травматическія искривленія очень неправильны, въ зависимости отъ количества образовавшихся осколковъ, отъ положенія, принятаго ими послѣ удара, и отъ степени и искусства медицинскаго внимательства для приведенія ихъ въ нормальное положеніе. Еще сложнѣе получаются искривленія, если ударъ нанесенъ на носовую перегородку, имѣвшую уже раньше искривленіе отъ аномаліи роста.

Упомяну также здѣсь о тѣхъ измѣненіяхъ носовой перегородки, которыя, не имѣя соотвѣтственнаго углубленія на другой сторонѣ перегородки, состоятъ изъ частичныхъ мѣстныхъ утолщеній ея, имѣющихъ круглую конусообразную или остевидную форму: они чаще всего распространяются на незначительномъ пространствѣ, находятся въ передней части перегородки, или на мѣстѣ соединенія сошника съ вертикальной пластинкой рѣшетчатой кости; утолщенія эти по строенію своему—хрящевое, костнаго или смѣшаннаго характера. Эти аномаліи не суживаютъ обыкновенно всей половины носа, а только нижній или средній носовой проходъ, но могутъ имѣть значеніе, когда утолщенная раковина, соприкасаясь съ ними, затруднитъ такимъ образомъ дыханіе черезъ данную половину носа.

Искривленія носовой перегородки сами по себѣ не являются еще показаніями къ операціи; послѣдними служатъ только нарушенія въ отпавленіи носовой полости. На первомъ планѣ стоитъ препятствіе въ дыханіи черезъ носъ. Интересно замѣтить, что, не смотря иногда на довольно значительную ширину другой стороны носовой полости, больные все-таки не могутъ дышать только ею и должны прибѣгнуть къ ротовому дыханію, а послѣднее не можетъ никогда замѣнить нормальнаго дыханія черезъ носъ. Какъ извѣстно, носъ очищаетъ вдыхаемый воздухъ отъ различныхъ пылевыхъ частицъ, которыя пристають къ слизистой оболочкѣ и при извѣстномъ накопленіи выделяются наружу чиханіемъ или вымаркиваніемъ. Такому задержанію пылевыхъ частицъ благопріятствуетъ и направленіе, которое принимаетъ вдыхаемый воздухъ въ носовой полости: изслѣдованія *Paulsen'a* и *Franke'a* показали, что токъ вдыхаемаго воздуха направляется прежде всего кверху, идетъ затѣмъ подъ сводомъ носовой полости, а дальше взади дугообразно опускается внизъ. Позднѣйшіе опыты *Buchardt'a* выяснили, что вдыхаемый воздухъ проходитъ по всей носовой полости, раздѣляясь главнымъ образомъ на 3 струи, проходящія по 3 носовымъ ходамъ; но такъ какъ средній носовой проходъ самый широкій, и за нимъ слѣдуетъ нижній, и затѣмъ—верхній, то и вдыхаемый воздухъ, распространяющійся подъ одинаковымъ давленіемъ по всѣмъ направленіямъ, пойдетъ самой сильной струей по среднему носовому проходу, болѣе слабой по нижнему и самой слабой по верхнему. Такимъ образомъ воздухъ приходитъ въ соприкосновеніе со всей поверхностью носовой слизистой оболочки, что и даетъ ему возможность очиститься отъ примѣсей и содѣйствуетъ различнымъ другимъ химическимъ и физическимъ измѣненіямъ его. Далѣе, воздухъ при дыханіи черезъ носъ нагревается и при томъ тѣмъ болѣе, чѣмъ ниже его вѣшняя температура. По мнѣнію *Bloch'a*, повышеніе въ носу температуры вдыхаемаго воздуха составляетъ  $\frac{5}{10}$  разницы между его температурой и температурой тѣла: такъ, напр., если атмосферная температура равняется 17° холода, то воздухъ нагревается въ носу на 30°, а при вѣшней температурѣ въ 17° тепла—только приближи-

<sup>1)</sup> Такой случай былъ въ моей практикѣ: 11-лѣтнему гимнасту, упавшему на улицѣ, лошадь наступила ногой на лицо, такъ что наружный щипъ подковы попалъ на носъ немного кпереди отъ внутренняго угла глаза и совершенно отдѣлилъ нижнюю часть носа отъ верхней.

тельно на 10°; и выдыхаемый воздухъ при дыханіи черезъ ность на 1,5—2° теплѣе, чѣмъ при дыханіи черезъ ротъ.

Содержаніе водяныхъ паровъ вдыхаемаго черезъ ность воздуха также измѣняется: пещеристая ткань слизистой оболочки носа, сильнѣе всего выраженная на переднихъ и заднихъ концахъ нижнихъ и среднихъ раковинъ и, вообще, вся слизистая оболочка благодаря своему богатству кровеносными сосудами отдаютъ проходящему воздуху влажность, которая, по мнѣнію *Aschenbrandt'a* и *Kayser'a*, достигаетъ полного насыщѣнія, а, по мнѣнію *Bloch'a*, только до  $\frac{2}{3}$  ея.

Что касается носовой слизи, то она обладаетъ особенной способностью защищать организмъ отъ вредныхъ микроорганизмовъ и, по мнѣнію *Hajesk'a*, представляется неблагоприятной почвой для развитія ихъ: найденный *Wright'омъ* въ носовой слизи гноеродный гроздекоккъ, а также палочки бугорчатки и *Fehleisen'овскіе* кокки рожи, попадающіе туда вмѣстѣ съ вдыхаемымъ воздухомъ, парализуются какой-то составной частью носовой слизи и проявляютъ свою жизнѣдѣтельность только при количественномъ и качественномъ измѣненіи носовой слизи, проникая въ глубже лежащія дыхательныя пути.

Если нарушеніе отправления носовой полости произошло въ дѣтствѣ, то грудная кѣтка отстаетъ въ своемъ развитіи, становится узкой и плоской, образуя иногда т. наз. куриную грудь (*pectus carinatum*); понятно, что и легкія отстаютъ въ своемъ развитіи, что и является первымъ этапомъ къ развитію бугорчатки, тѣмъ болѣе, что не смотря на притокъ большого количества воздуха черезъ ротъ, газообмѣнъ (*Bloch, Ludwig, Voltolini*) въ легкихъ очень незначителенъ, такъ какъ воздухъ очень быстро выдыхается и не можетъ вполне окислить кровь; обстоятельство это можетъ вести къ развитію малокровія съ его послѣдствіями.

Нарушеніе носового дыханія (если оно произошло въ дѣтскомъ возрастѣ) сильно вліяетъ на общую форму черепа, что и доказано опытами *Ziem'a*: у молодыхъ животныхъ, которымъ онъ на долгое время искусственно закрылъ одну ноздрю, обнаруживалось отклоненіе «промежуточной челюсти» (*Zwischenkiefers*) и *suturæ sagittalis* въ сторону закрытой ноздри, уменьшеніе длины носовой и лобной костей и твердаго нѣба; кромѣ этого наблюдалось болѣе отлогое положеніе челюстныхъ отростковъ, уменьшеніе расстоянія между передней поверхностью костного слухового прохода и челюстнымъ отросткомъ, съ одной стороны, скуловой дугой и надглазничнымъ краемъ, съ другой.

Далѣе, вслѣдствіе неравномѣрнаго развитія лицевого скелета на сторонѣ съ закрытой ноздрей уменьшены въ своей величинѣ и асимметрично расположены всѣ каналы, предназначенные для сосудовъ и нервовъ, и разстоянія отъ глазничныхъ впадинъ до средней линіи различны на обѣихъ сторонахъ. Отсталость въ развитіи лицевого скелета на одной сторонѣ ведетъ, по мнѣнію *Ziem'a*, къ неравномѣрному давленію на шейный спинной хребетъ и вслѣдствіе этого къ искривленію его.

Наблюденія *Schans'a* на людяхъ показали, что на сторонѣ съуженной ноздри бросалось въ глаза сильно увеличенный *apertura pyriformis*, глазныя впадины находились на неодинаковой высотѣ, небный сводъ былъ очень высокъ, узокъ, и зубной отростокъ выдавался сильно впередъ; измѣненія въ положеніи орбиты ведутъ къ астиопии, астигматизму и страбизму. И дѣйствительно, у людей, у которыхъ въ дѣтствѣ было травматическое искривленіе носовой перегородки, часто бросается въ глаза асимметрія ихъ лицъ, которая на первый взглядъ какъ будто зависитъ только отъ замѣтнаго искривленія самого носа, но при болѣе тщательномъ изслѣдованіи и измѣреніи различныхъ диаметровъ на обѣихъ сторонахъ черепа является очевидно отсталость въ развитіи костей одной стороны.

Одно изъ обыденныхъ явленій у людей съ сильно искривленной перегородкой—это головная боль различнаго характера: то она въ видѣ тупого, всю голову захватывающаго ощущенія давленія, то въ видѣ «стука молотками» или «пульсирующаго» ощущенія, то въ видѣ постоянной тяжести въ головѣ, то въ видѣ нейралгической боли, правильно появляющейся во лбу, вискахъ или въ затылкѣ.

Головные боли обусловливаются затрудненіемъ оттока венозной крови и лимфы изъ передней части мозга, который, вслѣдствіе неправильнаго суженія различныхъ каналовъ и отверстій, служащихъ для прохожденія сосудовъ, сильно страдаетъ. Также и давленіе на нервы играетъ здѣсь роль, въ смыслѣ усиленія болевыхъ ощущеній.

Многіе анатомы, какъ *Axel Key, Retzius, Flatau* и *Schwalbe* показали, что лимфатическіе сосуды носовой полости и ея придаточныхъ полостей находятся въ связи съ субдуральными лимфатическими пространствами мозга: изъ послѣднихъ они въ состояніи были налить лимфатическіе сосуды слизистой оболочки носа. И вены носа черезъ вена *ethmoidales* сообщаются съ венами твердой мозговой оболочки и съ *sinus falciformis*.

Вслѣдствіе закупорки отводящихъ путей, по *Hack'y*, можетъ произойти усиленіе давленія, вызываемаго мозговой жидкостью, отчего и происходятъ головные боли и другія явленія со стороны мозга.

Къ послѣднимъ принадлежатъ головокруженіе и угнетенное психическое настроеніе, выражающееся въ мрачномъ характерѣ, апатіи и раздражительности, нерасположеніи къ тѣлеснымъ и умственнымъ занятіямъ; ослабленіе памяти еще болѣе удручаетъ больныхъ, которые начинаютъ бояться, какъ они выражаются, «сумасшествія».

Закрытіе носовой полости не остается безъ вліянія и на рѣчь, такъ какъ ность служитъ до нѣкоторой степени резонаторомъ, и находящійся въ немъ столбъ воздуха не только усиливаетъ голосъ, но и придаетъ ему извѣстный оттѣнокъ, который можно сравнить съ тембромъ или звукомъ музыкальных инструментовъ; поэтому образованіе носовыхъ согласныхъ М и Н затрудняется. Также иногда неясно произносятся Г, Л, Р и С. Заиканіе, хотя и рѣдко, бываетъ также послѣдствіемъ даннаго заболѣванія.

Слизистая оболочка съуженной носовой полости, не подвергаясь очисткѣ и аэраціи, обыкновенно находится въ состояніи хроническаго воспаленія, послѣдствіемъ чего и является усиленное выдѣленіе, которое, заставившись, разлагается и тѣмъ еще усиливаетъ катарръ. Послѣдній распространяется на носоглотку, а отсюда черезъ Евстахіеву трубу на среднее ухо, вызывая въ немъ различные процессы, начиная съ остраго катарра и кончая сухимъ катарромъ, который имѣетъ склонность перейти и на здоровое ухо и такимъ образомъ ведетъ къ полной глухотѣ.

Тотъ-же самый катарръ слизистой оболочки носа распространяется черезъ слезно-носовую каналъ на глаза: вслѣдствіе закупорки канала припухшей оболочкой слезныя слезы затрудняются, или дѣлаются совершенно невозможными, послѣдствіемъ чего бываютъ различные конъюнктивиты.

Закупорка выводныхъ отверстій придаточныхъ полостей ведетъ къ развитію эмпіемъ съ образованіемъ полиповъ, которые уничтожаютъ уже послѣдній просвѣтъ данной половины носа.

Искривленія перегородки могутъ вызвать цѣлый рядъ отраженныхъ процессовъ, къ которымъ чаще всего относится астма и рѣже ночное недержаніе мочи.

Всѣ эти признаки проявляются, конечно, въ разнообразномъ сочетаніи у больныхъ и въ различной силѣ, но бываютъ и такіе больные, у которыхъ и безъ спеціальнаго изслѣдованія уже на разстояніи возможно распознаваніе.

Еще до изобрѣтенія зеркала, съ появленіемъ котораго и родилась ринологія, уже примѣнялись различныя способы лѣченія разбираемаго страданія. Прежде всего примѣнялись тѣ способы, которые, вообще, употребляются въ медицинѣ для расширенія суженнаго пространства: вкладывали тампоны, гуттаперчевыя трубки, палочки ламинарии и тупело, всевозможныя пелоты и бандажы и проч.; но все это, конечно, не давало никакого результата, такъ какъ даже послѣ полного исправленія носовая перегородка опять возвращалась въ первоначальное свое положеніе. Поэтому явились инструментальныя способы, изъ которыхъ примѣнялся особенно способъ *Jurasz'a*; его инструментъ состоялъ изъ 2-хъ вѣтвей, отдѣльно вводимыхъ по одной въ каждую ноздрю, потомъ соединяемыхъ въ серединѣ посредствомъ особеннаго приспособленія; на наружно-торчащихъ концахъ были кольца для пальцевъ, какъ



у ножицъ, при насильномъ сближеніи которыхъ сближалось и внутреннй вѣтви; сдавливая и выпрямляя носовую перегородку, онъ въ такомъ закрытомъ положеніи оставался 3 дня.

Сильная болѣзненность, серьезная реакція и долгое послѣоперационное лѣченіе заставили отказаться отъ этого способа тѣмъ болѣе, что носовая перегородка нерѣдко возвращалась въ первоначальное свое неправильное положеніе.

Другой способъ выработали *Steele* и *Daly*; они ломали выдающееся мѣсто на перегородкѣ посредствомъ щипцовъ, снабженныхъ 4-мя звѣздообразными острыми краями и вкладывали потомъ палочку слоновой кости, которая должна была 4 дня оставаться въ правильномъ положеніи.

*Reiki* дѣлалъ крестообразный разрѣзъ посредствомъ гортаннаго ножа черезъ всю толщину носовой перегородки на мѣстѣ наибольшаго возвышенія, вдавливалъ шпатель образовавшіяся 4 слизистохрящевыхъ лоскута внутрь и вкладывалъ на нѣскольکو дней каучуковую трубочку, обернутую іодоформной марлей для того, чтобы удержать перегородку въ правильномъ положеніи.

Примѣнялся также нерѣдко способъ — вырѣзывать изъ носовой перегородки кружокъ посредствомъ инструмента, сходнаго съ щипцами для пробиванія билетовъ на желѣзной дорогѣ, но и это не давало удовлетворительнаго результата, уже по одному тому, что инструментъ нельзя было ввести въ самое узкое мѣсто въ носу.

Перейдемъ теперь къ цѣлому ряду способовъ, которые имѣютъ общее въ «подслизистой» иссѣченіи хряща и носовой перегородки.

Мысль объ этомъ способѣ появилась уже въ 40-хъ годахъ прошлаго столѣтія; онъ примѣнялся, напр., *Heylen*омъ, который пробовалъ даже сшивать образовавшіяся лоскуты слизистой оболочки.

Болѣе энергично, какъ хирургъ, оперировалъ *Trendelenburg*; сдѣлавъ надъ верхней губой клиновидный разрѣзъ вокругъ *verruim mobile*, онъ отдѣлялъ послѣднее совершенно отъ верхней губы и отъ хрящевой перегородки и завернувъ его кверху, отслаивалъ съ обѣихъ сторонъ слизистую оболочку отъ хряща, вырѣзывалъ ножницами кусокъ хряща въ 5—6 мм. длины, косо стоящую *cristam nasalem* удалялъ долотомъ, а затѣмъ, приведя всѣ части въ дооперационное положеніе, онъ зашивалъ первоначальный разрѣзъ.

Также энергично оперировалъ *Demarquay*, который, открывъ носовую полость посредствомъ отдѣленія носовыхъ крыльевъ и подвижной части носовой перегородки отъ ихъ основанія, отдѣлялъ слизистую оболочку отъ хряща, иссѣкая часть послѣдняго, а затѣмъ все пришивалъ на свое мѣсто. По такому способу въ послѣднее время оперировали *Hofa* и *Navratil*.

*Chassaignac*, не вскрывая носовой полости, поступаетъ въ остальномъ, какъ и *Demarquay*. Всѣ эти способы, какъ мы видимъ, касались только передней части носовой полости, да и понятно, почему? Операторы не знали еще отраженнаго свѣта, и поэтому, чтобы заглянуть на 1 мм. глубже, имъ приходилось прибѣгать къ такимъ болѣзненнымъ и кровавымъ операціямъ. Большую переѣмну произвело во всей операціонной техникѣ и способахъ зеркала съ отраженнымъ свѣтомъ: всѣ стремленія направлены были теперь къ тому, чтобы снять всю выдающуюся часть искривленной носовой перегородки, какъ-бы глубока она была и при этомъ безъ всякихъ операціонныхъ вмѣшательствъ на наружномъ носѣ. Желая по возможности сократить продолжительность операціи, старались устроить инструментъ, который сразу-бы снялъ искривленную часть перегородки. Такой инструментъ былъ устроенъ *Schoets*омъ, а потомъ видоизмѣненъ *H. Krause*. Онъ состоитъ изъ 2-хъ продолговатыхъ пластинокъ; у каждой изъ нихъ на одномъ концѣ находится вторая пластинка, перпендикулярно стоящая къ первой, съ острымъ краемъ въ формѣ ножицъ, при чемъ острые края обѣихъ пластинокъ направлены другъ противъ друга. На другихъ концахъ — одной продолговатой пластинки находится привинченная ручка, а другой — короткая, чѣмъ продолговатая пластинки

за рукоятку и потянувъ указательнымъ пальцемъ кольцо другой пластинки, мы заставляемъ ихъ двигаться по направлению другъ къ другу и то, что попадаетъ между ножицками, отсѣкается. Для каждой стороны носа былъ другой инструментъ. Въ измѣненномъ въ послѣднее время *Cordes*омъ инструментъ одинъ и тотъ-же инструментъ годенъ для обѣихъ сторонъ, что было достигнуто устройствомъ перегибающагося на петлѣ кольца на одной пластинкѣ, которое можетъ принимать положеніе, необходимое для операціи на правой и лѣвой сторонѣ.

Результаты, достигаемые оперированіемъ этимъ инструментомъ, въ общемъ неудовлетворительны и никоимъ образомъ не могутъ сравниться съ подслизистой резекціей, особенно въ ея разработкѣ за послѣднее время: во 1-хъ, этотъ инструментъ, какъ-бы онъ искусно ни былъ построенъ, довольно громоздокъ и въ носовую полость средняго суженія еле-еле входитъ, поранивая слизистую перегородку и раковины; а въ сильно суженныя ноздри о его проведеніи и думать нельзя. Во 2-хъ, будучи уже введенъ, наложенъ на *cristam* или *spinae* и закрыть, онъ при всемъ стараніи отсѣкаетъ только самую выдающуюся верхушку *cristae* или *spinae*, отхвативъ только слизистую и подслизистую ткань и очень немного отъ хряща; при слѣдующемъ накладываніи онъ иногда отхватываетъ еще маленькій кусочекъ, а въ большинствѣ случаевъ начинаетъ скользить и только ранить слизистую оболочку.

Подобное-же дѣйствіе производятъ и различныя другіе инструменты, имѣющіе форму пилы, приводимой въ движеніе или рукой или электрической силой.

О совершенномъ исправленіи искривленія и говорить нечего, такъ какъ все отклоненіе остается нетронутымъ, а та часть, которая отсѣчена, не можетъ возстановить нормальнаго дыханія черезъ данную половину носа; другими словами, эффектъ операціи или очень незначителенъ, или прямо равенъ нулю.

Такой-же нуль получается и при сильно распространенной гальванокаустикѣ; въ той силѣ, которая употребляется въ ринологіи, она можетъ оказать нѣкоторое вліяніе только на слизистую оболочку, уменьшая ея кровенаполненіе и набуханіе, но уже никакъ не на хрящъ, а тѣмъ паче на кость. Слѣд., объ увеличенной проходимости и толковать не приходится. Между тѣмъ гальванокаустика часто прямо приноситъ вредъ: когда послѣ кокаинизаціи вводится гальванокаустическій прижигатель, то въ виду узости пространства противолежащая часть раковины обыкновенно также прижигается, благодаря лучеиспусканію, если даже не была тронута прижигателемъ (что также можетъ случиться); послѣ этого прижатые части припухаютъ, приходятъ въ соприкосновеніе и срастаются, послѣдствіемъ чего является уже абсолютная непроходимость. Такого больного впослѣдствіи уже гораздо труднѣе оперировать радикально; да и переживъ одно неудачное медицинское вмѣшательство, онъ уже труднѣе соглашается на второе, хотя-бы оно было болѣе разумное.

Я не стану здѣсь останавливаться на электролизѣ, который, по мѣткому выраженію *Killian*'а, является «гомеопатіей въ хирургіи».

Частичная резекція носовой перегородки была предложена *Hartmann*омъ и впослѣдствіи *Petersen*омъ и съ нѣкоторыми видоизмѣненіями практикуется и теперь. Способъ *Hartmann*'а состоитъ въ слѣдующемъ: въ наркозѣ разсѣкается до хряща слизистая оболочка, которую распаторіумомъ отдѣляютъ отъ нижележащаго хряща и отъ кости и, сдвинувъ наверхъ, вырѣзываютъ маленькими костными ножницами выдающуюся часть носовой перегородки величиной въ гривенникъ; посредствомъ вкладыванія толстой резиновой трубки носовая перегородка приводится въ правильное положеніе, въ какомъ она и остается.

Также оперировалъ и *Petersen*, образуя посредствомъ дугообразнаго разрѣза лоскутъ изъ слизистой оболочки съ основаніемъ кверху, и пришивалъ его послѣ операціи, хотя не особенно плотно, изъ боязни образованія нарыва и задержки гноя.

Другой способъ, нашедшій такое сильное распространеніе повсюду, принадлежитъ *Krieg*у: послѣ кокаинизаціи

резъ слизистую оболочку суженной стороны, отдѣляетъ ее до-верху, разрѣзываетъ внизу хрящъ и отдѣляетъ его отъ слизистой оболочки другой стороны; затѣмъ вырѣзываютъ слизистый и хрящевой лоскуты, стараясь зайти какъ можно поглубже и, если проходимость еще недостаточна, снимаетъ еще отъ костной части долотомъ.

Вся особенность его способа и состоитъ въ томъ, что онъ всю слизистую суженной стороны удаляетъ совершенно, получая такимъ образомъ довольно большую раневую поверхность, которую надо потомъ зашвырнуть. Сходны съ этимъ способомъ и способы *Cholewa* и *Bönningshaus'a*.

Способы *Hartmann-Petersen'a* и *Krieg'a* раздѣляли всѣхъ представителей ринологіи на 2 лагеря: одни изъ нихъ стоятъ безусловно только за первый способъ, другіе—за второй.

Мнѣ кажется, что нельзя безусловно держаться одного способа: приходится индивидуализировать каждаго больного, и у каждаго ринолога навѣрное будутъ изрѣдка случаи, гдѣ, вслѣдствіе приращенной узости носовой полости, приходится примѣнять способъ *Krieg'a*.

Но въ общемъ нельзя не согласиться съ большими преимуществами способовъ, соединенныхъ съ сохраненіемъ слизистой оболочки, такъ какъ заживленіе послѣоперационной раны продолжается не болѣе 3—4-хъ дней, тогда какъ самъ *Krieg* признаетъ 4—8 недѣль обыкновеннымъ срокомъ для наступленія полного выздоровленія при оперированіи по его способу. Далѣе въ то время, какъ при первомъ способѣ на мѣстѣ линейнаго разрѣза образуется небольшая корочка, которая черезъ нѣсколько дней совсѣмъ исчезаетъ, у оперированныхъ по способу *Krieg'a* корки образуются въ большомъ количествѣ и въ продолженіе многихъ недѣль и даже мѣсяцевъ, вызывая неприємное ощущеніе, заставляющее многихъ больныхъ вводить палецъ въ носъ, который, стараясь удалить корки, вызываетъ поврежденіе и тѣмъ еще усиливаетъ образованіе корокъ.

На мой взглядъ, удаленіе такого большого куска слизистой, замѣняющейся въ послѣдствіи рубцомъ, какъ при операциіи по *Krieg'u*, не можетъ остаться безъ вліянія на отправление слизистой носовой полости, хотя нѣкоторые (*Müller, Suckstorff*) и не признаютъ этого: больные иногда жалуются на ощущеніе сухости въ носу, заставляющее ихъ прибѣгать къ введенію различныхъ жировыхъ веществъ въ носъ; при сохраненіи слизистой этого никогда не бываетъ. Прободенія, при способѣ *Hartmann-Petersen'a*, почти никогда не бываетъ; дѣло въ томъ, что, если случайно, во время операциіи въ слизистой широкой сторонѣ носа и образуется отверстіе, то, прикладывая къ ней лоскутъ слизистой узкой стороны, мы тѣмъ самымъ уничтожаемъ прободеніе. Для образованія отверстій положеніе ихъ въ обѣихъ слизистыхъ должно вполне соответствовать другъ другу, но и въ такомъ случаѣ пара швовъ вполне исправляетъ этотъ недостатокъ; при образованіи же отверстій въ единственной слизистой, по способу *Krieg'a*, уже не легко исправить это осложненіе. Приверженцы способа *Krieg'a* указываютъ на возможность образованія утолщеній въ лоскутѣ оставленнаго слизистаго покрова, но это можетъ только случиться, когда лоскутъ неправильно зашампонируютъ.

Я лично никогда этого не наблюдалъ. Боязнь-же, что стремленіе сохранить лоскутъ заставляетъ насъ ограничиваться небольшимъ полемъ зрѣнія во время операциіи, совершенно напрасна, такъ какъ, послѣ введенія *Killian'*овскаго носового зеркала съ длинными браншами между обоими листами слизистой, можно все прекрасно видѣть до мельчайшихъ подробностей. Вообще, когда на 2-ой или 3-й день вынешь тампонъ, послѣ подслизистой резекціи по *Hartmann-Petersen'u* въ искривленной и обезображенной носовой полости и видишь, какъ прекрасно безъ всякой почти реакціи зажило все первичнымъ натяженіемъ, какую правильную и свободную форму приняла носовая полость, съ какимъ радостнымъ чувствомъ больной начинаетъ свободно дышать черезъ дотолѣ непроходимую ноздрю, то, право же, чувство внутренняго глубокаго удовлетворенія и сознанія такъ быстро достигнута-

трактатовъ подсказываетъ Вамъ, что въ этой области ринологія достигла идеальнаго совершенства.

Переходя къ болѣе подробному описанію способа, которымъ я оперировалъ подавляющее большинство моихъ больныхъ, я долженъ указать, что принципиально я придерживался въ послѣдніе годы способа *Hartmann-Petersen'a*, подробно разработаннаго *Killian'*омъ, и только въ исключительныхъ случаяхъ прибѣгалъ къ способу *Krieg'a*, когда ноздря была, вообще, очень узка и можно было опасаться недостаточнаго дыханія въ послѣдствіи, или-же когда различными прежними вмѣшательствами въ родѣ гальванокаустики, срѣзыванія или спиливанія была повреждена слизистая оболочка, долженствующая образовывать покрывающій лоскутъ.

При операциіи необходимъ ассистентъ, но удобнѣе имѣть 2-хъ, изъ которыхъ одинъ держитъ голову больного, а въ крайнемъ случаѣ можно довольствоваться и однимъ.

Больной передъ операцией умываетъ хорошенько водой съ мыломъ все лицо, особенно бороду и усы, обсушиваетъ полотенцемъ, а потомъ ассистентъ обмываетъ носъ, бороду и усы больного алкоголемъ и сулемой (1:2000). Нѣкоторые операторы, какъ *Thorner*, заставляютъ даже сбивать усы, но не всякій больной согласится на это; да и практика показала, что это совершенно излишнее.

Что касается самой носовой полости, то въ виду того, что, согласно бактериологическимъ изслѣдованіямъ, въ ней и нѣтъ жизнеспособныхъ зародышей, ея и не требуется особенно обеззараживать; достаточно того, чтобы больной, умываясь, нѣсколько разъ высморкалъ носъ. Если-же операцию приходится дѣлать при эмпіемъ въ данной половинѣ носа, то я назначаю въ продолженіе послѣднихъ 2—3-хъ дней передъ операцией промыванія обеззараживающей жидкостью и передъ самой операцией вытираю носовую полость ватными шариками, намоченными въ сулемѣ (1:10000).

Больной одѣваетъ халатъ, садится на кресло *Janzen'a* съ головудержателемъ, а волосную часть головы обматываютъ ему полотенцемъ. Вся операциа производится при мѣстномъ обезболиваніи и только въ крайнемъ случаѣ (у дѣтей) подъ наркозомъ, при чемъ въ послѣднемъ случаѣ производство операциіи гораздо труднѣе.

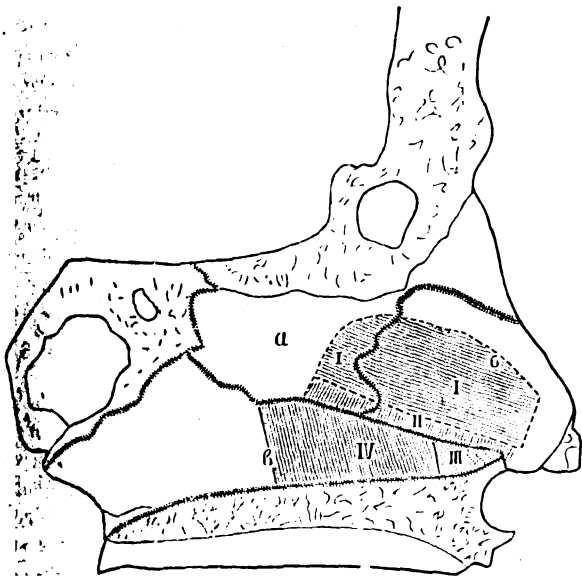
Мѣстное обезболиваніе я производилъ посредствомъ помазыванія слизистой носовой перегородки съ обѣихъ сторонъ 20—30% растворами солянокислаго кокаина, а черезъ 5 минутъ адреналиномъ; но послѣднее время я сталъ, по способу *Killian'a*, вспрыскивать подъ слизистую въ передней части носовой перегородки смѣсь изъ 1½% раствора кокаина и адреналина (2 к. стм. кокаина плюсъ 4 капли солянокислаго адреналина), по 2 к. стм. на каждую сторону, и долженъ сказать, что подслизистое вспрыскиваніе дѣйствуетъ, пожалуй, и лучше смазыванія, но, къ сожалѣнію, почти всегда вызываетъ сердцебіеніе, чувство страха; а такъ какъ нервные больные, особенно женщины, вообще возбуждены передъ операцией, то подобныя ощущенія сильно на нихъ дѣйствуютъ.

Однимъ словомъ, тѣмъ или другимъ способомъ удается совершенно обезболить и обезкровить операционное поле. Особенно большую, неоцѣнимую услугу оказалъ при этой операциіи адреналинъ, благодаря которому мы оперируемъ теперь безъ капли крови, контролируя все глазомъ, въ то время какъ раньше, до изобрѣтенія этого орудія, сильное кровотеченіе дѣйствовало угнетающимъ образомъ на больного и на нервы врача, заставляя его торопиться, и принуждало больше оперировать на ощупь и по догадкѣ, чѣмъ руководствуясь зрѣніемъ.

Прождавъ около 8—10 минутъ, чтобы кокаинъ и адреналинъ хорошенько подѣйствовали, приступаю къ операциіи. Въ то время, какъ ассистентъ тупымъ крючкомъ оттягиваетъ соответствующее носовое крыло, я дѣлаю небольшимъ скальпелемъ разрѣзъ черезъ слизистую оболочку носовой перегородки суженной ноздри, немного отступая внутрь отъ края хряща и ведя разрѣзъ снизу вверхъ черезъ всю толщу слизистой оболочки и надхрящницы и непараллельно краю хряща, а немного болѣе вверхъ внутри, такъ что разстояніе между нижнимъ концомъ разрѣза и краемъ

краешъ хряща. Узкая полоска хряща оставляется для того, чтобы вершнй mobile имѣло нѣкоторую поддержку, и только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нижній край хряща совсѣмъ вывихнутъ и торчитъ свободно въ полости носа, разрѣзъ дѣлается ниже этого края. Затѣмъ острымъ подъемникомъ (elevatorium) вхожу подъ надхрящницу и начинаю отдѣлять послѣднюю вмѣстѣ со слизистой, замѣнивъ острый подъемникъ тупымъ. Отдѣлять нужно какъ можно выше и только въ тѣхъ случаяхъ, когда въ глубинѣ находится высокая ость, надъ которой отдѣлять слизистую оболочку очень трудно безъ прободенія ея, лучше остановиться съ отслаиваніемъ; послѣ же вырѣзыванія хряща до этой ости ужъ легче отдѣлять слизистую оболочку, отогнуть ость немного на другую сторону. Затѣмъ приступаю къ прорѣзыванію самого хряща внизу — въ томъ мѣстѣ, гдѣ была разрывана слизистая оболочка: это — самый трудный моментъ, такъ какъ нужно прорѣзать хрящъ черезъ всю толщю его, но при этомъ не продыривать слизистую оболочку другой стороны. Введя указательный палецъ другой руки въ широкую ноздрю и предложивъ ассистенту оттягивать тупымъ крючкомъ носовое крыло оперируемой стороны, постепенно прорѣзываю ножомъ хрящъ, противо-дѣйствуя все время указательнымъ пальцемъ, введеннымъ въ другую ноздрю, который я чувствую моментъ прорѣзыванія хряща.

Послѣдній разсѣкается во всю длину, начиная со дна носовой полости, а вверхъ не доходя до спинки носа. Черезъ прорѣзанный хрящъ отдѣляю отъ хряща всю слизистую и надхрящницу другой стороны, работая сначала острымъ элеваторомъ, а потомъ тупымъ. Затѣмъ ввожу носовое зеркало Killian'a (съ длинными вѣтвями), предназначенное для средней риноскопій, въ узкую сторону носа, при чемъ такъ, что каждая вѣтвь входитъ между отслоенной слизистой и хрящемъ каждой стороны, такъ что блестящій бѣлый хрящъ торчитъ свободно между обѣихъ вѣтвей; начинаю частями удалять его посредствомъ ложкообразныхъ щипцовъ Lucas-Jansen'a до тѣхъ поръ, пока все искривленіе не удалено, захватывая часть перпендикулярной пластинки рѣшетчатой кости, но оставляя полоску хряща подъ спинкой носа, чтобы послѣдняя



Носовая перегородка (рис. изъ статьи Killian'a). а — отвѣсная часть рѣшетчатой кости. б — 4 угольный хрящъ. в — сошникъ. I, II, III, IV — 1-ая, 2-ая, 3-ья и 4-ая части, изсѣченныя изъ носовой перегородки.

имѣла опору. Нижнюю часть хряща, который крѣпко сидитъ на верхнемъ краѣ сошника, отдѣляю острымъ подъемникомъ и вынимаю корнцангомъ; затѣмъ, разрѣзавъ ножомъ надхрящницу, покрывающую сошникъ, и, отдѣливъ ее отъ кости, сдвигиваю кость при помощи долота, по которому ассистентъ ударяетъ молоткомъ. Раньше я употреблялъ для этого обыкновенно желобчатое долото, но предложенное Killian'омъ желобчатое долото въ формѣ монеты имѣетъ большія преимущества, такъ какъ даетъ

Снявъ такимъ образомъ переднюю часть сошника, крѣпко сидящаго на днѣ носовой полости, болѣе тонкую переднюю часть его выламываю корнцангомъ и оставшіеся неровные и изогнутые еще костные края снимаю посредствомъ щипцовъ Lucas-Jansen'a. Затѣмъ все поле операционное очищаю отъ сгустковъ и осколковъ. Приложивъ слизистый лоскутъ на свое мѣсто, слѣдуетъ убѣдиться, нѣтъ-ли какихъ-либо еще оставшихся выступовъ. Если слизистая оболочка натягивается прямо, какъ парусъ, и нигдѣ не надорвана, то можно тампонировать ксероформной марлей, не накладывая швовъ. Для тампонирования ввожу въ носовую полость подъемникъ, который прикладываю къ лоскуту, и даю ассистенту держать его въ такомъ положеніи, прижимая къ перегородкѣ; это даетъ возможность вводить марлю для тампонаціи, не сдвигая при этомъ лоскута съ его мѣста. Затампониравъ, осторожно вынимаю введенный подъемникъ. Но такъ какъ тампонація оперированной стороны можетъ всю носовую перегородку вдавить на другую сторону, то въ послѣднюю вставляется трубка Asch'a, сдѣланная изъ каучука, различныхъ размѣровъ, принаровленная къ формѣ носа и имѣющая по бокамъ массу отверстій. Будучи вставлена, она сама держится въ этомъ положеніи, давая больному возможность дышать этой ноздрей, при этомъ носовая слизъ черезъ боковыя отверстія имѣетъ оттокъ. Подобная трубка гораздо пріятнѣе больнымъ, чѣмъ тампонація съ ея полной непроходимостью и второй ноздрей.

Если лоскутъ слизистой оболочки окажется надорваннымъ, и края его не прилегаютъ плотно на мѣстѣ разрѣза, то можно сшить линейный разрѣзъ; для этого лучше всего игла Killian'a, имѣющая форму крючка, на концѣ котораго находится отверстіе для продвиганія нити; проткнувъ задній, а потомъ передній край разрѣза, вытягиваютъ нить при помощи особо устроеннаго крючка, а иглу вытягиваютъ обратно и завязываютъ узелъ, прибѣгая къ содѣйствію корнцанга.

Выше были разобраны всѣ явленія, заставляющія прибѣгать къ операціи носовой перегородки; здѣсь я долженъ прибавить, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится на время или навсегда отказаться отъ операціи, не смотря на показанія къ ней. Въ этомъ отношеніи стоитъ на первомъ планѣ дѣтскій возрастъ: узкая носовая полость, неизвѣстность, какъ въ будущемъ разовьется она, необходимость прибѣгать къ наркозу, — всѣ эти условія заставляютъ оперировать обыкновенно не раньше 13—14-лѣтняго возраста. Съ другой стороны, и старческій возрастъ является иногда помѣхой къ операціи въ виду того, что старики не всегда хорошо переносятъ носовыя операціи. Далѣе, понятно, у слабыхъ людей приходится временно отсрочить операцію, до возстановленія силъ. Не рекомендуется оперировать во время остраго насморка, дающаго иногда осложненія, а также во время хроническихъ гнойныхъ процессовъ носовой полости: при эмпіемахъ нужно нѣкоторое время полѣчить процессъ, чтобы, по возможности, гнойный процессъ превратить въ слизистый. При сифилисѣ нужно совершенно излѣчить основное заболѣваніе, а потомъ приступить къ операціи.

Я не стану описывать всѣхъ случаевъ искривленія носовой перегородки (около 60), оперированныхъ мною; приведу здѣсь вкратцѣ лишь нѣсколько исторій болѣзней для поясненія того, какую коренную помощь оказываетъ своевременно сдѣланная операція:

Въ юнѣ 1902 г. К. Л., 29 л., явился съ жалобами на постоянныя головныя боли, которыя усиливаются особенно при насморкахъ; вообще, дышетъ плохо носомъ. Лѣчился давно. Принималъ много фенацетина и антипирина, которые только на нѣкоторое время успокаиваютъ боль. При изслѣдованіи найдено лѣвостороннее искривленіе. Послѣ операціи совершенно исчезла головная боль и вмѣстѣ съ тѣмъ настроеніе у больного, бывшее прежде угнетеннымъ, стало очень веселымъ.

Іюль 1902 г. А. Н., 17 л., дѣвушка; не можетъ работать, такъ какъ при нагибаніи у нея «приливаетъ» къ головѣ; наступаютъ головокруженія, такъ что она падаетъ, если не успѣетъ тотчасъ-же сѣсть. Чувствуетъ себя легче послѣ носовыхъ кровотеченій, которыя бывають часто. Правостороннее искривленіе было мною оперировано. Всѣ болѣзненные явленія исчезли.

и цѣлѣнъ на видъ, жалуются на припадки удушья, которые бывають вечеромъ при засыпаніи; особенно учащаются они осенью и зимой, когда почти всегда насморкъ. Лѣчится давно: былъ на различныхъ водахъ, такъ какъ предполагалось, что отдышка сердечнаго характера. Не будучи увѣренъ, что эти приступы стоятъ въ прямой связи съ лѣвостороннимъ искривленіемъ, я предложилъ ему дать себя оперировать, такъ какъ приступы, если они даже сердечнаго происхожденія, подъ вліяніемъ закупорки носа должны ухушиться. Послѣ операціи до послѣдняго времени не было ни одного приступа.

Октябрь 1902 г. Н. К., дѣвушка 18 л., пришла съ матерью, которая рассказала, что дочь очень нервна, часто груститъ и плачетъ въ виду того, что одержима ночнымъ недержаніемъ мочи, которое лѣчитъ съ самаго ранняго дѣтства, но безрезультатно. Въ послѣднее время появился шумъ въ лѣвомъ ухѣ, который еще болѣе разстроилъ ея нервную систему. Выхаркиваетъ часто по утрамъ слезы, страдаетъ насморкомъ. При изслѣдованіи найдена нормальная барабанная перепонка съ обѣихъ сторонъ, хроническое воспаленіе зѣва, лѣвостороннее искривленіе, малокровіе. Послѣ сдѣланной операціи исчезъ ушной шумъ, улучшился фарингитъ, но, что удивило меня, и особенно обрадовало больную, это прекращеніе ночного недержанія, которое въ продолженіи 8 мѣсяцевъ (пока я получалъ отъ нея извѣстія), ни разу не повторилось.

Ноябрь 1902 г. J. St., 42 л., звонъ въ лѣвомъ ухѣ нѣсколько лѣтъ, при чемъ слухъ остается прекраснымъ. Операція прекратила звонъ въ ухѣ.

Ноябрь 1902 г. К. К., 35 л., каменщикъ, за послѣднее время не можетъ втаскивать кирпичи по мосткамъ во время стройки домовъ: наступаетъ отдышка, и онъ принужденъ сѣсть. При изслѣдованіи всѣ внутренніе органы оказались здоровыми. Въ носу правостороннее искривленіе. Послѣ операціи отдышка исчезла.

Мартъ 1903 г. В. М. О.—въ, 29 л.; занимаясь умственнымъ трудомъ, больной замѣтилъ, что память его стала слабѣть, что при всякомъ умственномъ напряженіи разбаивается голова, и онъ долженъ бросить работу. Часто страдаетъ насморкомъ, и вообще носомъ не дышитъ. Найдено: лѣвостороннее искривленіе и правосторонняя гипертрофія нижней раковины. Послѣ операціи и гальванокаустики гипертрофіи, полное выздоровленіе безъ возвратовъ до сихъ поръ.

Іюль 1903 г. А. Д. К.—а, 36 л., портниха, страдаетъ много лѣтъ болѣзью глазъ, особенно лѣваго: постоянная краснота, слезотеченіе, опущеніе внутреннего угла. Слезотеченіе усиливается на воздухъ и ночью во время работы съ искусственнымъ свѣтомъ, почему она должна отказаться отъ работы, которой кормится. Лѣчилась долго и послѣдній врачъ направилъ ее ко мнѣ, подозрѣвая зависимость глазнаго заболѣванія отъ носа. При изслѣдованіи найдено сильное искривленіе, закрывающее почти всю лѣвую сторону носа. Послѣ операціи прекратилось слезотеченіе, а потомъ черезъ короткое время глаза вообще выздоровѣли.

Августъ 1903 г. К. И. И.—овъ, 28 л., приказчикъ. Жалуются на боль въ лѣвомъ ухѣ, стрѣльбу, глухоту. 2—3 раза въ году бываетъ подобное заболѣваніе въ этомъ ухѣ, и когда «прорвется», то боль проходитъ, ухо заживаетъ; черезъ 3—4 мѣсяца опять начинается то-же самое. При изслѣдованіи оказался острый катарръ лѣваго средняго уха съ выпячиваніемъ барабанной перепонки и рубцами на ней отъ прежнихъ процессовъ. Искривленіе носовой перегородки. Сдѣланъ проколъ, и ухо недѣли черезъ 2 выздоровѣло. Мѣсяць спустя оперировано искривленіе. Ухо вотъ уже болѣе года ни разу не заболѣвало болѣе.

Іюнь 1904 г. С. Т.—въ, гимназистъ, 15 л., жалуются на сильныя головныя боли, усиливающіяся при приготовленіи уроковъ, расцѣпность, ослабленіе памяти, непреходимость носа и частые насморки. Изслѣдованіе: искривленіе и гипертрофія нижнихъ раковинъ. Операція искривленія и гальванокаустика нижнихъ раковинъ восстановили дыханіе черезъ носъ; мальчикъ сталъ лучше учиться, хотя и меньше занимался, лучше запоминалъ уроки и сталъ гораздо болѣе веселаго характера.

Подобно этому десятку краткихъ исторій болѣзней, нарочно выбранному изъ всей серіи оперированныхъ больныхъ, чтобы рельефнѣе показать связь между искривленіями носовой перегородки и другими явленіями, благотворное вліяніе операціи замѣчается въ большей или меньшей степени и у всѣхъ другихъ больныхъ, что и указываетъ на необходимость во многихъ случаяхъ коренной операціи искривленія.

**Литература.** *Aschenbrandt.* Ueber den Einfluss der Nerven auf die Secretion der Nasenschleimhaut. «Monatsschrift f. Ohrenheilkunde», № 3, 1885.—*Онг-же.* Die Bedeutung d. Nase für die Athmung. 1886.—*Bloch.* Die Pathologie und Therapie der Mundathmung. 1889.—*Bönninghaus.* «Archiv f. Laryngologie», IX.—*Buchardt.* Luftströmung in der Nase. Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie», Bd. XVII. H. 1.—*Chassaignac.* «Gazette des hôpitaux», 1851.—*Cholewa.* Ueber Resection des Sept. nar. «Monatsschrift f. Ohrenheilkunde», № 9, 1891.—*Desmarquay.* «Gazette des hôpitaux», 1859.—*Franke.* Exper. Untersuchungen über Luftdruck, Luftbewegung und Luftwechsel in der Nase u. ihren Nebenhöhlen. «Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie», 1893. 1. 2.—*Hartmann.* Partielle Resection der

Nasenscheidewand bei hochgradiger Verkrümmung. «Deutsche med. Wochenschrift», № 51, 1882.—*Heylen.* «Gazette médicale», 1847.—*Hoffa.* «Archiv f. Laryngologie», т. 10.—*Hopmann.* Ueber congenitale Verengerungen und Verschlüsse der Choanen. «Archiv f. Chirurgie», т. 37. H. 2. 1883.—*Jurass.* Ueber die Behandlung hochgradiger Verkrümmungen der Nasenscheidewand. «Berliner klin. Wochenschrift», № 4, 1882.—*Kayser.* Die Bedeutung der Nase u. der ersten Athmungswege für die Respiration. «Archiv f. Physiologie», т. 41, 1887.—*Ueber Nasen- und Mundathmung.* Тамъ-же, т. 47, 1890.—*Killian.* Verhandl. der Gesellsch. deutscher Naturforscher und Aerzte. München. 1899.—*Krieg.* Beiträge zur Resection der Cart. quadrang. sept. nar. zur Heilung der Scoliosis. «Berliner klin. Wochenschrift», № 31, 1889.—*Müller.* «Archiv f. Laryngologie», XV.—*Navratil.* «Centralblatt f. Laryngologie», 1898.—*Paulsen.* Exper. Untersuchungen üb. die Strömung der Luft in der Nasenhöhle. «Sitzungsberichte d. Wiener Akademie», 85 Bd. 1882.—*Ueber die Richtung des Einathmungsstromes in der Nasenhöhle.* «Mittheilungen d. Verhandlung Schlesisches Holst. Aerzte», 1885.—*Petersen.* Ueber subperichondrale Resection der knorpeligen Nasenscheidewand. 1883.—*Réthi.* Die Verbiegungen der Nasenscheidewand in ihren örtlichen und allgemeinen Beziehungen. «Bresgens Sammlung», 1, № 9.—*Schaus.* Ueber den Schiefstand der Nasenscheidewand. «Archiv f. klinische Chirurgie», т. 35. H. 1.—*Schwalbe.* Lehrbuch der Anatomie der Sinnesorgane.—*Suckstorf.* «Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie», т. 16. H. 3.—*Thorner.* «Journal of American Medical Association», 1900.—*Trendelenburg.* «Deutsche Chirurgie», т. 33. H. 1. 1886.—*Vollolini.* Die Krankheiten der Nase u. des Nasenrachenraums etc. 1888.—*Wright Jon. u. Marcus Hajek.* Die Bacterien bei der acuten u. chronischen Coryza sowie bei Ozaena u. deren Beziehungen zu den genannten Krankheiten. 1888.—*Ziem.* Ueber Asymmetrie des Schädels bei Nasenkrankheiten. «Monatshäfte f. Ohrenheilkunde», № 2—5, 1883.—*Ueber partielle u. totale Verlegung der Nase.* Тамъ-же, № 1—4, 1879.—*Ueber Verkrümmungen d. Wirbelsäule bei obstruierenden Nasenleiden.* Тамъ-же, № 5, 1890.—*Zuckerkandl.* Normale u. pathologische Anatomie d. Nasenhöhle u. ihrer pneumatischen Anhangе. 1884.

### СVШ. Къ вопросу объ измѣненіи количества раствореннаго въ водѣ кислорода при озонизаціи.

Е. Э. Добровольскаго.

Лаборанта гигиенической лабораторіи Петербургскаго Женскаго Медицинскаго Института.

Обезпложиваніе воды посредствомъ озона производится, какъ извѣстно, слѣдующимъ образомъ: подлежащая очищенію вода проходитъ черезъ особую башню, гдѣ она приходитъ въ тѣсное соприкосновеніе съ озонированнымъ воздухомъ. Такія башни, называемыя «стерилизационными», въ общемъ устрояются по типу скрубберовъ, служащихъ для промывки свѣтлительнаго газа. Находящаяся на озонной станціи Сименса и Гальске въ Петропавловской больницѣ (Петербургъ) стерилизационная башня устроена такимъ образомъ, что верхняя часть башни, имѣющая въ вышину болѣе 1½ саж. (въ діаметрѣ около 1 арш.) наполнена небольшими камнями, представляющими въ совокупности столбъ высотой около 1 саж.; нижняя часть не заполнена ничѣмъ и служитъ бассейномъ для очищенной воды; очищаемая вода вливается въ башню сверху, проходитъ черезъ сито и падаетъ мелкими струями на камни; озонированный воздухъ вдвигается вентиляторомъ снизу навстрѣчу водѣ. Производительность озонной станціи за время работы выразилась слѣдующими чіолами: въ часъ черезъ башню проходило около 3-хъ м. метровъ воды (240 ведеръ) и 10—16 к. метровъ озонированнаго воздуха. Озонаторами вырабатывался озонъ въ количествѣ 6,6—12,9 мгрм. на литръ очищаемой воды. Количества озона опредѣлялись инженеромъ, завѣдующимъ станціей, по способу проведенія озона черезъ растворъ іодистаго калия, подкисленный сѣрною кислотой.

На озонныхъ станціяхъ употребляется еще другой способъ опредѣленія озона, при которомъ растворъ іодистаго калия не подкисляется (озонная станція Schierstein-Wiesbaden); какъ указываютъ нѣкоторые авторы, количественное опредѣленіе озона по 2-му способу даетъ меньшія числа<sup>1)</sup>, но болѣе близкія къ дѣйствительности<sup>2)</sup>. Съ дру-

<sup>1)</sup> *Brunk.* Die quantitative Bestimmung des Ozons. «Berichte der deutschen chem. Gesellschaft», 1900. 1832.

<sup>2)</sup> *Ladeburg und Quasig.* Quantitative Bestimmung des Ozons. Тамъ-же 1901. 1184.



гой стороны, *Ogier* и *Bonjean* <sup>1)</sup> указываютъ на то, что подкисленіе даетъ гарантію большей чистоты реакціи, такъ какъ при этомъ ослабляются побочныя реакціи, имѣющія мѣсто при реакціи между озономъ и іодистымъ калиемъ. Такъ какъ на озонныхъ станціяхъ примѣняются оба способа, то слѣдуетъ отмѣчать способъ, по которому производилось опредѣленіе озона.

Какъ показали анализы цѣлаго ряда изслѣдователей, проведеніе черезъ воду значительныхъ количествъ озонированнаго воздуха не остается безъ вліянія на количество раствореннаго въ водѣ кислорода. *Ohlmüller, Prall* <sup>2)</sup>, *Proskauer* <sup>3)</sup> и *Schüder* <sup>4)</sup> указываютъ, что въ результатѣ озонизаціи количество раствореннаго кислорода увеличивается; по *König*'у <sup>5)</sup>, увеличеніе можетъ достигать 36%—39%. Между тѣмъ, *Ogier* и *Bonjean* отмѣчаютъ, что въ результатѣ ихъ опытовъ надъ озонизаціей питьевой воды не получалось замѣтнаго увеличенія количества раствореннаго въ водѣ кислорода.

Озонизація производилась при помощи приборовъ *Otto* и *de Frise*.

Всѣе количество раствореннаго кислорода:

	До вхожденія въ башню.	По выходѣ изъ башни.	
Вода Авры	0,0044	0,0048	(сильная озонизація 15 мгрм. озона на литръ воды).
Вода Сены	0,0044	0,0044	(сильная озонизація 15 мгрм. озона на литръ воды).
	0,0044	0,0040	(слабая озонизація 3,5 мгрм. озона на литръ воды).
Вода Марны	0,0071	0,0068	
	0,0055	0,0059	
	0,0065	0,0060.	

*Ogier* и *Bonjean* объясняютъ полученные результаты тѣмъ, что вода, которую они озонировали, была болѣе чиста и содержала болѣе раствореннаго кислорода, чѣмъ вода, подвергаемая озонизаціи другими авторами.

Результаты нашихъ опытовъ <sup>6)</sup>, производившихся въ Петропавловской больницѣ проф. Г. В. Хлопинымъ и мною, болѣе сходны съ результатами опытовъ *Ogier* и *Bonjean*: мы не наблюдали увеличенія количества раствореннаго кислорода послѣ озонизаціи, а, наоборотъ, незначительное уменьшеніе — приблизительно такое-же, какое отмѣчено въ нѣсколькихъ случаяхъ вышеупомянутыми авторами. Растворенный кислородъ опредѣлялся нами по *Winkler*'у; титръ сѣрноватистокислаго натра проверялся по раствору двухромовокислаго калия <sup>7)</sup>. Результаты нашихъ совѣстныхъ съ проф. Хлопинымъ опредѣленій количества раствореннаго кислорода до озонизаціи и

послѣ нея, я помѣщаю въ таблицѣ I; рядомъ съ ними я привожу соотвѣтствующія имъ количества кислорода, которыя растворяются водою при насыщеніи ея атмосфернымъ воздухомъ; при этомъ я воспользовался числами, приводимыми *Winkler*'омъ, такъ какъ они наиболѣе близки къ истинѣ; числа *Winkler*'а приводятся для сравненія и въ другихъ работахъ <sup>1) 2)</sup>. Для сравненія съ количествами кислорода, раствореннаго въ водѣ при какомъ-нибудь давленіи В, нужно умножить числа *Winkler*'а на  $\frac{B-f}{760-f}$  гдѣ f есть давленіе находящихся въ воздухѣ водяныхъ паровъ, соотвѣтствующее данной температурѣ воздуха [*Winkler* <sup>3)</sup>], или на  $\frac{B}{f}$  (упрощенная формула). При обыкновенныхъ колебаніяхъ атмосфернаго давленія и при обыкновенной комнатной температурѣ, результаты расчета по той и по другой формулѣ мало разнятся одинъ отъ другого.

Неозонированная водопроводная вода, какъ видно изъ таблицѣ I, содержала большія количества раствореннаго кислорода; послѣднія то не доходили до границы насыщенія, то приближались къ ней. Во время весенняго нагрѣванія воды съ 19-го апрѣля по 5-ое мая, не смотря на естественное уменьшеніе абсолютнаго количества раствореннаго кислорода, наблюдалось его относительное увеличеніе; въ теченіи указаннаго времени мы имѣли дѣло съ слабо пересыщенными растворами, содержащими до 0,4 к. стм. лишняго кислорода на литръ воды. Получалось впечатлѣніе, что выдѣленіе кислорода изъ раствора какъ бы не поспѣваетъ за быстрымъ ходомъ нагрѣванія воды. Указанное явленіе и въ дѣйствительности можетъ быть поставлено въ связь съ нагрѣваніемъ воды на основаніи слѣдующихъ данныхъ. *Segler* <sup>4)</sup> наблюдалъ, что въ пересыщаемыхъ пробахъ воды, находящейся въ ненаполненныхъ стеклянкахъ, количество раствореннаго кислорода не уменьшалось даже при повышеніи температуры на 10°. *Dost* получалъ пересыщенные растворы при повышеніи на нѣсколько градусовъ температуры воды, насыщенной кислородомъ. Степень пересыщенія воды кислородомъ выражалась въ опытахъ *Dost*'а въ 0,7 к. стм., въ аналогичныхъ опытахъ *Grosse-Bohle* въ 1,03 к. с. Указанное явленіе образованія пересыщеннаго раствора, при соотвѣтствующихъ температурныхъ условіяхъ, было отмѣчено *Grosse-Bohle*'мъ и при его изслѣдованіяхъ надъ колебаніями количества раствореннаго кислорода въ Рейнской водѣ у Кельна. Рейнская вода содержитъ большія количества кислорода, которыя колеблются около границы насыщенія; въ теплые весенніе и лѣтніе дни, когда рѣчная вода находилась въ стадіи нагрѣванія, отмѣчались большія количества раствореннаго кислорода, и рѣчная вода по отношенію къ кислороду дѣлалась пересыщенной (до 0,79 к. с. кислорода сверхъ границы насыщенія); наоборотъ, въ холодные осенніе и зимніе дни замѣчалось относительное уменьшеніе кислорода.

Въ таблицѣ II я привожу мое наблюденіе надъ скоростью выдѣленія кислорода изъ раствора при нагрѣваніи воды, при чемъ для опыта была взята водопроводная вода изъ крана, а для сравненія также и озонированная вода изъ крана стерилизаціонной башни. На 2-ой и 3-ій дни, не смотря на замѣтное уменьшеніе абсолютнаго количества раствореннаго кислорода, получились пересыщенные растворы; степенъ пересыщенія кислородомъ въ неозонированной водѣ дошла до 0,75 к. стм., въ озонированной — до 0,41 к. стм. Вода была налита въ открытые сосуды большой емкости и оставлена при комнатной температурѣ.

<sup>1)</sup> *Ogier et Bonjean*. Stérilisation par l'ozone des eaux destinées à l'alimentation publique. Recueil des actes officiels et documents intéressant l'hygiène publique. Travaux du comité consultatif d'hygiène publique de France 34. 1901. 493.

<sup>2)</sup> *Ohlmüller und Prall*. Die Behandlung des Trinkwassers mit Ozon. «Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte», XVIII.

<sup>3)</sup> *Proskauer*. Ueber die Sterilisation des Wassers durch Ozon. V Internationaler Kongress für angewandte Chemie 1903. III. 952.

<sup>4)</sup> *Proskauer und Schüder*. Weitere Versuche mit dem Ozon als Wassersterilisationsmittel im Wiesbadener Ozonwasserwerk. «Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten» 42. 1903. S. 293.

<sup>5)</sup> *König*. Die menschlichen Nahrungs- und Genussmittel. II. 1904. 1403.

<sup>6)</sup> Краткое содержаніе сообщенія проф. Г. В. Хлопина въ городской исполнительн. Комиссіи по водоснабженію г. Петербурга объ изслѣдованіяхъ надъ озонированіемъ Невской воды, производившихся въ гигиенической лабораторіи Женеваго Медицинскаго Института въ 1905—1906 гг. проф. гигиены Г. В. Хлопина и др. Н. Э. Добровольскимъ.

<sup>7)</sup> Хлопинъ. Къ методикѣ опредѣленія раствореннаго въ водѣ кислорода. Диссертація. 1896.

<sup>1)</sup> *Dost*. Die Löslichkeit des Luftsauerstoffs im Wasser. «Mitteilungen aus der Königlichen Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbesichtigung zu Berlin». VII. 1906, стр. 168.

<sup>2)</sup> *Grosse-Bohle*. Untersuchungen über den Sauerstoffgehalt des Rheinwassers. Тамъ-же, стр. 172.

<sup>3)</sup> *Winkler*. Berichte der deutschen chem. Gesellschaft. 1888, стр. 2843.

<sup>4)</sup> «Chem. News» 67. стр. 87. Цитир. по указанной выше работѣ *Dost*'а.

Т а б л и ц а 1 - а я.

№ анализы.	В р е м я.	Атмосферное давление В.	В о д а д о о з о н и з а ц і и.					В о д а п о с л ѣ о з о н и з а ц і и.						
			Температура воды.	Растворенный ки-слородъ въ литрѣ воды.	Растворенный ки-слородъ при на-сыщеніи.	Растворенный ки-слородъ въ литрѣ воды.	Растворенный ки-слородъ при на-сыщеніи.	Разность между предшествующими величинами.	Температура воды.	Растворенный ки-слородъ въ литрѣ воды.	Растворенный ки-слородъ при на-сыщеніи.	Растворенный ки-слородъ въ литрѣ воды.	Растворенный ки-слородъ при на-сыщеніи.	Разность между предшествующими величинами.
				Въ кубич. сант.	Въ кубическ. сант.					Въ кубич. сант.	Въ кубическ. сант.			
				При атмосферн. давленіи 760 мм.	При атмосферномъ давленіи В.					При атмосферн. давленіи 760 мм.	При атмосферномъ давленіи В.			
1	24/II 05	764,3	3	9,38	9,39	9,43	9,44	-0,01		9,00		9,05		
2	28/XI	767,3	3	9,39	9,39	9,48	9,48	0		9,00		9,09		
3	1/XII	753	3	9,47	9,39	9,38	9,30	+0,08		9,20		9,11		
4	5/XII	758,9	2,25	9,64	9,58	9,63	9,57	+0,06	2,75	9,25	9,45	9,24	9,44	-0,20
5	8/XII	753,6	2,5	9,56	9,51	9,48	9,43	+0,05	3	9,03	9,39	8,95	9,31	-0,36
6	15/XII	747,0	1,5	9,87	9,78	9,70	9,61	+0,09	2	9,30	9,64	9,14	9,47	-0,33
7	19/XII	771,7	1,5	9,66	9,78	9,81	9,93	-0,12	2	9,30	9,64	9,44	9,79	-0,35
8	22/XII	767,1	1,5	9,80	9,78	9,89	9,87	+0,02	2	9,40	9,64	9,49	9,73	-0,24
9	29/XII	757,7	1,5	9,80	9,78	9,77	9,75	+0,02	2,5	9,10	9,51	9,07	9,48	-0,41
10	3/I 06	765,7	1,5	9,60	9,78	9,67	9,85	-0,18	2,5	9,00	9,51	9,07	9,58	-0,51
11	10/I	769,4	2	9,60	9,64	9,72	9,76	-0,04	2,5	9,00	9,51	9,11	9,63	-0,52
12	14/I	740,6	1,5	9,80	9,78	9,55	9,53	+0,02	2	9,12	9,64	9,89	9,39	-0,50
13	18/I	757,8	1,5	9,76	9,78	9,73	9,75	-0,02	2	9,18	9,64	9,15	9,61	-0,46
14	21/I	743,5	1,5	9,80	9,78	9,50	9,57	+0,02	2	9,30	9,64	9,10	9,43	-0,33
15	25/I	766,8	1,5	9,60	9,78	9,69	9,87	-0,18	2	9,12	9,64	8,20	9,73	-0,53
16	28/I	750,5	1,5	9,73	9,78	9,61	9,66	-0,05	1,5	9,40	9,78	9,28	9,66	-0,58
17	1/II	766,4	1,75	9,59	9,71	9,67	9,79	-0,12	2	9,44	9,64	9,52	9,72	-0,20
18	4/II	758,6	1,5	9,54	9,78	9,52	9,76	-0,24	2	9,37	9,64	9,35	9,62	-0,26
19	8/II	762,1	1,5	9,56	9,78	9,59	9,81	-0,22	2	9,27	9,64	9,30	9,67	-0,37
20	15/II	747,1	1,5	9,79	9,78	9,62	9,61	+0,01	2	9,30	9,64	9,14	9,48	-0,34
21	18/II	740,2	1	9,80	9,91	9,54	9,65	-0,11	1,5	9,29	9,78	9,05	9,52	-0,47
22	1/III	742,1	1	9,90	9,91	9,67	9,68	-0,01	1,5	9,39	9,78	9,17	9,55	0,38
23	4/III	753,6	1	10,00	9,91	9,92	9,83	+0,09	1,5	9,70	9,78	9,62	9,70	-0,08
24	8/III	758,8	1	10,00	9,91	9,98	9,89	+0,09	1,5	9,66	9,78	9,64	9,76	-0,12
25	11/III	759,1	1	9,96	9,91	9,95	9,90	+0,05	1,5	9,69	9,78	9,68	9,77	-0,09
26	15/III	746,4	1	10,00	9,91	9,82	9,73	+0,09	1,5	9,57	9,78	9,40	9,60	-0,20
27	18/III	755,8	1	9,89	9,91	9,84	9,86	-0,02	1,5	9,70	9,78	9,65	9,73	-0,08
28	22/III	768,9	1	9,70	9,91	9,81	10,03	-0,29	1,5	9,58	9,78	9,69	9,89	-0,20
29	29/III	760,1	1	9,90	9,91	9,90	9,91	-0,01	1,5	9,50	9,78	9,50	9,78	-0,28
30	12/IV	766,4	2	9,37	9,64	9,45	9,72	-0,27	2,5	9,28	9,51	9,36	9,59	-0,23
31	15/IV	745,6	2,5	9,60	9,51	9,42	9,33	+0,09	2,5	9,27	9,51	9,09	9,33	-0,24
32	19/IV	763,9	4	9,54	9,14	9,59	9,19	+0,40	4,5	9,10	9,02	9,15	9,07	+0,08
33	22/IV	772,4	6	9,05	8,68	9,20	8,82	+0,38	6,5	8,53	8,57	8,67	8,71	-0,04
34	26/IV	761,8	7,5	8,60	8,36	8,62	8,38	+0,24	7,5	8,26	8,36	8,28	8,38	-0,10
35	29/IV	760,4	8,5	8,56	8,16	8,56	8,16	+0,40	9	8,14	8,06	8,14	8,06	+0,08
36	3/V	758,2	8,5	8,48	8,16	8,46	8,14	+0,32	9	8,05	8,06	8,03	8,04	-0,01
37	10/V	759,8	10,5	8,06	7,78	8,06	7,78	+0,28	10,5	7,58	7,78	7,58	7,78	-0,20
38	13/V	758,6	11	8,05	7,69	8,03	7,68	+0,35	11	7,60	7,69	7,59	7,68	-0,09
39	20/V	744,8	12	7,50	7,52	7,35	7,37	-0,02	12	7,18	7,52	7,04	7,37	-0,33
40	24/V	761,5	11,5	7,34	7,60	7,35	7,61	-0,26	11,5	7,10	7,60	7,11	7,61	-0,50
41	27/V	765,1	12	7,24	7,52	7,29	7,57	-0,28	12	6,92	7,52	6,97	7,57	-0,60
42	31/V	756,7	12,5	7,24	7,43	7,21	7,40	-0,19	12,5	6,99	7,43	6,96	7,40	-0,44
43	3/VI	760,4	13,5	7,29	7,27	7,29	7,27	+0,02	13,5	6,96	7,27	6,96	7,27	-0,31
44	6/VI	759,7	15	7,10	7,04	7,10	7,04	+0,06	15,5	6,60	6,96	6,60	6,96	-0,36
45	8/VI	756,0	15,5	6,98	6,96	6,94	6,92	+0,02	15,5	6,60	6,96	6,56	6,92	-0,36

Т а б л и ц а 2 - а я.

В р е м я.	Атмосферное давленіе.	Температура воздуха.	Неозонированная вода.				Озонированная вода.			
			Температура воды.	Растворенный ки-слородъ при атм. давлен. 760 мм.		Разность.	Температура воды.	Растворенный ки-слородъ при атм. давлен. 760 мм.		Разность.
				Въ кубич. см.				Въ кубич. см.		
2/VI	758,5	20	13	7,34	7,35	—0,01	13 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	6,75	7,27	—0,52
3/VI черезъ 24h	760,4	19 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	16 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	6,89	6,14	+0,75	16 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	6,55	6,14	+0,41
4/VI „ 48h	760,5	19	17	6,16	6,11	+0,35	17	6,40	6,11	+0,29
5/VI „ 72h	756,2	19	17	6,05	6,11	—0,06	17	6,08	6,11	—0,03

Въ дополненіе къ полученнымъ даннымъ, мною были взяты пробы воды на водопроводной станціи у Сампсоніевскаго моста, чтобы сравнить воду, взятую въ началѣ ея пути по водопроводнымъ трубамъ, съ водою на озонной станціи. Я изслѣдовалъ на растворенный кислородъ воду изъ цистерны, откуда вода большой Невки входитъ въ

магистраль, и изъ крана. Пробы брались въ вечернее время—на водопроводной станціи въ 5 часовъ, на озонной спустя 1/2 часа. Какъ видно изъ таблицы III, большой разницы въ количествѣ раствореннаго кислорода въ водѣ изъ того и другого мѣста нѣтъ.

Т а б л и ц а 3 - я.

Время взятія пробы.	Атмосферное давленіе.	Вода, взятая на водопроводной станціи.										Вода, взятая изъ водопроводнаго крана на озоной станціи.				
		Изъ цистерны.					Изъ крана.									
		Температура воды.	Растворенный ки-слородъ въ литрѣ воды при 760 мм. атмосферн. давлен.	Растворенный ки-слородъ при насы-щеніи при 760 мм. атмосферн. давлен.	Разность.	Температура воды.	Растворенный ки-слородъ при 760 мм. атмосферн. давлен.	Растворенный ки-слородъ при насы-щеніи при 760 мм. атмосферн. давлен.	Разность.	Температура воды.	Растворенный ки-слородъ при 760 мм. давленія.	Растворенный ки-слородъ при насы-щеніи при 760 мм. атмосферн. давлен.	Разность.			
Въ кубич. см.					Въ кубич. см.					Въ кубич. см.						
17/ч	756,2	12	7,58	7,52	+0,06	12 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	7,50	7,43	+0,07	11 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	7,70	7,60	+0,10			
18/ч	750,4	13	7,35	7,35	0	13	7,32	7,35	-0,03	12	7,56	7,52	+0,04			
19/ч	747,9	12 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	7,44	7,43	+0,01	13	7,40	7,35	+0,05	12	7,52	7,52	0			
23/ч	756,6	12	7,10	7,52	-0,42	12 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	7,00	7,43	-0,43	12	7,17	7,52	-0,35			
26/ч	766,2	12 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	7,23	7,43	-0,20	12 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	7,25	7,43	-0,18	12	7,18	7,52	-0,34			
29/ч	758,7	13	7,18	7,35	-0,17	13 <sup>1</sup> / <sub>4</sub>	7,19	7,31	-0,12	12	7,29	7,52	-0,23			
30/ч	758,1	13 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	7,15	7,27	-0,12	13 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	7,18	7,27	-0,09	12 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	7,18	7,43	-0,25			

Для рѣшенія основнаго вопроса, какъ вліяетъ озонъ на растворенный кислородъ, мною были поставлены слѣдующіе опыты: черезъ стерилизаціонную башню пропускалась вода, и на встрѣчу ей продувался воздухъ безъ озона, т. е. производилась аэрація воды; потомъ при тѣхъ-же количествахъ воды и озона, пропускаемыхъ черезъ башню, приводился въ дѣйствіе озонаторъ, и вода подвергалась обычной озонизаціи. Количество озона опредѣлялось по указанному выше способу съ подкисленіемъ раствора іодистаго калия. Разницу въ количествѣ раствореннаго кислорода въ водѣ послѣ аэраціи и въ водѣ послѣ озонизаціи, при указанной постановкѣ опытовъ, можно отнести на счетъ озона.

Можно предположить, что, при быстромъ движеніи воздуха черезъ воду въ башнѣ, устанавливаются другія условія равновѣсія между раствореннымъ въ водѣ кислородомъ и кислородомъ воздуха, чѣмъ тѣ, которыя существуютъ при простомъ взбалтываніи воды съ атмосфернымъ воздухомъ, и часть кислорода увлекается движущейся массой воздуха.

Какъ было сказано выше, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, озонизація значительно повышаетъ количество кислорода, раствореннаго въ водѣ. *Ogier* и *Bonjean* думаетъ, что это объясняется малымъ содержаніемъ кислорода въ водѣ до озонизаціи. И, дѣйствительно, если разсмотрѣть отчетъ озонной станціи Schierstein <sup>1)</sup>, то озонируемая вода содержала очень малыя количества кислорода, которыя зна-

Т а б л и ц а 4 - ая.

В р е м я.	Вода изъ водопроводнаго крана.																	Вода послѣ аэраціи.				Вода послѣ озонизаціи.				
	Атмосферное давленіе.		Количество воды въ чась въ ведряхъ.		Количество воздуха въ чась въ кубич. метр.		Количество вырабатываемаго озона на литръ воды (въ миллиграммахъ).		Количество раствореннаго озона въ литръ воды (въ миллиграммахъ).		Температура воды.		Растворенный кислородъ въ литръ воды при 760 мм. атм. давл.		Растворенный кислородъ при насыщениі.		Разность.		Температура воды.		Растворенный кислородъ въ литръ воды при 760 мм. атм. давл.		Растворенный кислородъ при насыщениі.		Разность.	
Въ кубич. см.																	Въ кубич. см.		Въ кубич. см.		Въ кубич. см.					
18/у	750,4	252	12	8,5	0,10	12	7,56	7,52	+0,04	12	7,03	7,52	-0,49	12	7,05	7,52	-0,47									
19/у	747,9	250	12 <sup>1/2</sup>	8,7	0,15	12	7,52	7,52	0	12 <sup>1/2</sup>	7,04	7,43	-0,39	12 <sup>1/2</sup>	7,09	7,43	-0,34									
23/у	756,6	256	12	8,6	0,12	12	7,17	7,52	-0,35	12 <sup>1/2</sup>	6,87	7,43	-0,56	12 <sup>1/2</sup>	6,90	7,43	-0,53									
26/у	766,2	243	12 <sup>1/2</sup>	9,8	0,20	12	7,18	7,52	-0,34	12	6,97	7,52	-0,55	12	7,09	7,52	-0,43									
29/у	758,7	250	12 <sup>1/2</sup>	8,5	0,10	12	7,29	7,52	-0,23	12 <sup>3/4</sup>	7,06	7,48	-0,42	12 <sup>1/4</sup>	7,05	7,48	-0,43									
30/у	758,1	250	12 <sup>1/2</sup>	8,6	0,10	12 <sup>1/2</sup>	7,18	7,43	-0,25	12 <sup>1/2</sup>	6,91	7,43	-0,52	12 <sup>1/2</sup>	6,91	7,43	-0,52									
6/у	759,7	250	12	9,4	0,20	15	7,10	7,04	+0,06	15 <sup>1/2</sup>	6,48	6,96	-0,48	15 <sup>1/2</sup>	6,60	6,96	-0,36									
8/у	756,0	248	12	9,3	0,20	15 <sup>1/2</sup>	6,98	6,96	+0,02	15 <sup>1/2</sup>	6,52	6,96	-0,44	15 <sup>1/2</sup>	6,60	6,96	-0,36									

Изъ таблицы IV видно, что при условіяхъ опыта, какія я имѣлъ, аэрація такъ-же, какъ и озонизація, уменьшала количество кислорода, раствореннаго въ водѣ; въ 2-хъ случаяхъ количество кислорода въ озонированной водѣ было больше соответствующаго количества кислорода въ водѣ послѣ аэраціи на 0,12 к. см., а въ 4-хъ случаяхъ—лишь на нѣсколько сотыхъ к. см. Небольшая разница, получившаяся въ 2-хъ случаяхъ—0,12 к. см., можетъ быть отнесена на счетъ увеличенія количества кислорода озонемъ. Наблюдавшееся въ нашихъ опытахъ уменьшеніе кислорода, конечно, не имѣетъ ничего общаго съ прохожденіемъ черезъ воду озона, а зависитъ отъ какой-то другой причины. Причину даннаго явленія нельзя видѣть въ одномъ только нагрѣваніи воды во время ея прохожденія черезъ приборъ; во многихъ случаяхъ такого нагрѣванія не было, и тѣмъ не менѣе уменьшеніе кислорода послѣдовало, при этомъ уменьшеніе кислорода, обыкновенно не ограничивалось достиженіемъ границы насыщенія, соответствующей данной температурѣ, а шло далѣе.

чительно увеличивались послѣ предварительной аэраціи, предложенной по случаю содержанія въ водѣ соединеній желѣза <sup>2)</sup>, но и послѣ аэраціи недочетъ насыщенія былъ очень великъ; послѣ озонизаціи количество раствореннаго кислорода увеличивалось еще болѣе; но даже въ этомъ случаѣ оно не достигало границы насыщенія на 0,5—1,46 к. см. Въ водахъ съ большимъ содержаніемъ раствореннаго кислорода эффектъ озонизаціи по отношенію къ кислороду, естественно, долженъ уменьшиться.

На основаніи сказаннаго очевидно, что увеличеніе количества раствореннаго кислорода послѣ озонизаціи зависитъ отъ 2-хъ условій: отъ аэраціи и отъ проведенія черезъ воду озона. Эффектъ озонизаціи находится въ зависимости отъ относительнаго количества кислорода въ очищаемой водѣ: въ водахъ съ малымъ содержаніемъ кислорода эффектъ значителенъ, чѣмъ въ водахъ, содержащихъ

<sup>1)</sup> «Gesundheits-Ingenieur» 1906, 23, Tafel X.

<sup>2)</sup> *Erlwein*. Ueber Trinkwasserreinigung durch Ozon und Ozonwasserwerke. 1904. 22.

большое количество раствореннаго кислорода. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣйствіе озонизаціи на растворенный кислородъ крайне ничтожно, но это бываетъ только въ водахъ съ очень большимъ содержаніемъ кислорода, близкихъ къ насыщенію; такія воды въ увеличеніи кислорода не нуждаются, и данные случаи не могутъ умалить значенія способа, полезнаго въ другихъ отношеніяхъ.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ

### Перевозочныя средства для раненыхъ и больныхъ въ минувшую Русско-Японскую войну \*).

Минувшая война, какъ отступательная, предъявляла требованіе на громадное количество перевозочныхъ средствъ: одновременно нужно было эвакуировать раненыхъ, увозить запасы продовольствія, фуража, имущество лазаретовъ и госпиталей и т. п. Если еще принять во вниманіе, что нагрузка и отправленіе производились очень спѣшно и лихорадочно, такъ какъ отступление было вынужденное и часто неожиданное, то очевидно, что минувшая кампанія можетъ дать прекрасный матеріалъ для оцѣнки значенія способовъ устройства и организаціи транспортировочныхъ средствъ. При устройствѣ какого-нибудь дѣла, всегда надо разсчитывать на худшее и во всякую кампанію наихудшимъ было спѣшное и неожиданное отступление, которое и явилось строгимъ и жестокимъ экзаменомъ для всѣхъ средствъ, вообще, и для перевозочныхъ въ особенности. Вотъ почему, мнѣ кажется, что возможно большее количество наблюденій по вопросу о перевозочныхъ средствахъ для раненыхъ, объ устройствѣ экипажей, приспособленій, носилокъ и т. п. дастъ богатый матеріалъ для выработки различныхъ типовъ военныхъ перевозочныхъ средствъ. Не касаясь здѣсь вопроса о военно-санитарныхъ поѣздахъ, я ограничусь главнымъ образомъ транспортировочными средствами въ передовыхъ частяхъ арміи.

1. Средства транспортировки раненыхъ состоятъ изъ переносныхъ, колесныхъ и вьючныхъ. Носилки устраивались на мѣстѣ или имѣлись уже въ готовомъ видѣ. Мнѣ приходилось пользоваться, изъ присланныхъ изъ Россіи, 3-мя родами носилокъ: деревянными обыкновеннаго военного образца, деревянными складными посреднѣи и, наконецъ, носилками изъ полыхъ велосипедныхъ трубокъ. На военныхъ носилкахъ былъ натянутъ холстъ, а на 2-хъ другихъ образцахъ плотный брезентъ. Всѣ носилки были на ножкахъ. Изъ всѣхъ носилокъ по своей легкости и удобству наилучшими оказались носилки изъ велосипедныхъ трубокъ. Онѣ были очень прочны и служили очень долго. Хуже были носилки деревянные складныя. Онѣ оказались громоздкими, очень тяжелыми: для приведенія ихъ въ готовность тоже требовалось много времени и вниманія, такъ какъ при неправильномъ поворотѣ какой-нибудь изъ палокъ онѣ сгибались и раненый могъ выпасть. Простыя военные носилки, хотя и безъ всякихъ приспособленій, но принесли много пользы, какъ по простотѣ своего устройства, такъ и по своей, сравнительной съ складными носилками, легкости. Къ сожалѣнію, холстъ легко рвался и былъ плохо спать. Остальные типы носилокъ ничѣмъ существенно не отличались отъ этихъ 3-хъ типовъ, но носилки безъ ножекъ абсолютно оказались негодными. Переноска совершалась очень долго, люди уставали и въ этихъ случаяхъ ставили носилки на землю. Во время дождя и грязи, носилки съ раненымъ опускаются прямо въ грязь и намокаютъ; вотъ почему необходимо, чтобы носилки имѣли ножки и чтобы обиты были не холстомъ, легко промокающимъ, а плотнымъ, не пропускающимъ воды брезентомъ.

Слѣдуетъ еще упомянуть о носилкахъ съ 2-мя колесами, т. е. переднихъ носильщиковъ предполагается замѣнить колесами. Эти носилки въ теоріи очень удобны и на

первый взглядъ даже выгодны. Вѣдь, въ крайнемъ случаѣ можно было-бы обходиться однимъ носильщикомъ, а не 2-мя или 4-мя, какъ это требовалось для ручныхъ носилокъ. Такія носилки предполагалось примѣнять при переноскѣ раненыхъ съ позицій на перевязочный пунктъ. Однако, на практикѣ онѣ оказались все-же далеко не всегда примѣнимыми. Позиціи располагаются, вѣдь, не на ровномъ и гладкомъ мѣстѣ, а гдѣ придется, гдѣ окажется удобнѣй и выгоднѣй съ стратегической точки зрѣнія. Очень часто позади позицій находится или свѣже вспаханное или снятое поле и вотъ по такому полю, а въ особенности въ грязь, передвигать такіе носилки было не подъ силу даже 3-мъ носильщикамъ. Такое передвиженіе значительно замедляется и очень мучительно для больного, такъ какъ, не смотря на рессоры, все-таки на рытвинахъ и кочкахъ его бросаетъ изъ стороны въ сторону. Вотъ почему эти носилки и не пользовались большимъ распространеніемъ и ими пользовались только при перевозкѣ раненыхъ изъ госпиталей въ поѣзда въ Мукденъ. Такъ какъ носилокъ было далеко недостаточно, то дѣлали ихъ изъ 4-хъ ружей, связанныхъ штыками и дулами, поперечно укладывали еще по ружью, но чаще даже и этого не дѣлали. На ружья натягивали шинель въ рукава и въ полахъ дѣлали отверстія. Однако такіе носилки сами по себѣ вѣсили уже около 1½ пуда.

Для носилокъ пользовались еще китайскими палками, старыми оглоблями и т. п. На такихъ носилкахъ приходилось иногда нести раненыхъ 20—30 верстъ. Вообще, носилокъ было крайне недостаточно. По росписанію полагается двое носилокъ на роту, т. е. на 250 человѣкъ. Если разсчитать количество выбывшихъ изъ строя, то этого количества окажется слишкомъ мало. Въ Россіи шли споры и разсужденія о наилучшихъ носилкахъ, а въ Манчжуріи даже палокъ для носилокъ не хватало и доходило дѣло до того, что тащили раненаго, взявъ его одѣтаго въ шинель за рукава и за ноги. Такъ его перетаскивали 2—3 версты, пока не добивались до перевязочнаго пункта. Въ концѣ кампаніи, правда, прибыли носилки какихъ-то особыхъ образцовъ, но было уже поздно: война кончалась.

Наконецъ, еще слѣдуетъ упомянуть объ особомъ способѣ переноски: этотъ способъ оказывается не настолько утомительнымъ, какъ переноска на носилкахъ, но въ этомъ случаѣ раненый переносится въ сидячемъ положеніи.



Рис. 1. Способъ переноски больного китайцевъ.

\*) Доложено 11/1 1906 г. въ Русскомъ хирургическомъ Обществѣ Пирогова.



Этотъ способъ заимствованъ отъ китайцевъ. Они берутъ крѣпкое сосновое или бамбуковое бревно и въ 2-хъ мѣстахъ къ этому бревну прикрѣпляютъ на 4-хъ веревкахъ за углы какую-нибудь 4-угольную доску, въ данномъ случаѣ скамейку (см. рис.) и т. д. 2 человека легко могутъ перенести на далекое разстояніе больного или раненаго, но въ сидячемъ положеніи. Въ качествѣ носильщиковъ пользовались въ началѣ китайцами. Такимъ способомъ эвакуировали на китайцахъ раненыхъ подъ Саймадзы съ 4-го этапа. Я не знаю болѣе крѣпкаго сильнаго и выносливаго носильщика, какъ китаецъ. Приходилось въ теченіи дня переносить раненыхъ за 30—40 верстъ и китайцы бодро и быстро шагали, не смотря на грязь, камни, камни или попадавшіеся по дорогѣ рѣченки.

Однако, въ послѣднихъ бояхъ, начиная съ Ляояна, пользоваться китайцами, какъ носильщиками, при отступленіи нельзя было, такъ какъ всѣ китайцы были выселены изъ мѣста расположенія войскъ передовой линіи и не подпускались близко. Поэтому для переноски раненыхъ съ позиціи и дальше въ тылъ приходилось пользоваться нижними чинами, изнуренными голодомъ, уставшими нравственно и физически послѣ перенесеннаго боя. Переносили на носилкахъ только тяжело раненыхъ, легко раненые переправлялись пѣшкомъ или верхомъ до перевязочнаго пункта, а оттуда и до дивизіоннаго лазарета или подвижнаго госпиталя.

2. Колесными средствами для транспортировки раненыхъ были арбы, двуколки и фудутунки. Двуколки военного образца безъ рессоръ были очень тряски и представляли изъ себя по ужаснымъ дорогамъ Манчжури скорѣе орудіе для пытокъ, чѣмъ средство для перевозки. Въ особенности же мучительна была транспортировка раненыхъ на двуколкахъ, послужившихъ 5—6 мѣсяцевъ.

Въ этомъ случаѣ оси и втулки разматывались и двуколка пріобрѣтала еще большую подвижность въ сторону, почему больного или раненаго подбрасывало изъ стороны въ сторону на каждой неровности, на каждой кочкѣ.

На двуколкахъ было устроено приспособленіе, чтобы устранить тряску. Это приспособленіе состояло въ томъ, что носилки подвѣшивались на ремняхъ или на особыхъ резиновыхъ кольцахъ. Подвѣшиваніе носилокъ на ремняхъ или веревкахъ не достигало цѣли и не только не уменьшало тряску, но еще присоединяло къ тряскѣ значительное боковое качаніе. Подвѣшиваніе на резиновыхъ кольцахъ сравнительно хорошо устраняло тряску, но не устраняло бокового качанія.

Вотрѣчались еще двуколки, гдѣ тряску пытались устранить тѣмъ, что ножки носилокъ, поставленныхъ на дно двуколки, были устроены упругими на пружинѣ и кромѣ того концы ихъ были обиты толстой резиновой муфтой. Однако, упругость настолько была мала, что это приспособленіе не достигало цѣли и тряска не уменьшалась. Въ эти приспособленія держались только въ теченіи первыхъ 2—3-хъ мѣсяцевъ, а затѣмъ ремни и кольца рвались, пружины ржавѣли и приспособленіе окончательно не достигало цѣли; поэтому необходимо было снова устраивать какія-либо приспособленія, и вотъ въ нѣкоторыхъ двуколкахъ стали устраивать веревочный переключъ, на который клали сѣнникъ и такимъ образомъ пытались устранить тряску. Однако это приспособленіе, хотя слегка и ослабляло тряску, но все-же переѣздъ на такихъ двуколкахъ былъ очень мучителенъ. На такой переключъ клали иногда 2 раненыхъ одновременно.

Были и такіе двуколки, гдѣ приспособленія не было и на такихъ двуколкахъ перевозили 3 легко раненыхъ въ сидячемъ положеніи.

Двуколки военного образца безъ рессоръ было большое количество, было затрачено масса времени и силы для ихъ доставленія на театръ военныхъ дѣйствій и онѣ все прибывали и прибывали. Бросать-же эти перевозочныя средства и ждать, пока доставятъ усовершенствованныя и болѣе гуманныя, не представилось возможнымъ въ виду крайней необходимости транспортировки. Поэтому вполне понятно желаніе врачей какъ-нибудь облегчить перевозку раненыхъ, уменьшивъ тряску и боковое качаніе.

Ставить такую двуколку на рессоры немыслимо: это потребовало-бы массу времени и специальныхъ мастеровъ и матеріала, вотъ почему все вниманіе было обращено на такое приспособленіе, которое, не требуя затраты времени и силъ, въ то-же время было-бы доступно по матеріалу и по простотѣ устройства.

Такое приспособленіе было предложено д-ромъ *Омельяненко*. Это приспособленіе состояло изъ 2-хъ бамбуковыхъ палокъ, укрѣпленныхъ веревками къ бортамъ двуколки; на концахъ ихъ натянута веревка, т. е. получается нѣчто въ родѣ рамы, гдѣ 2 стороны—бамбуковыя палки, а 2—веревочныя; на эту раму кладутъ носилки. При движеніи носилки, лежа на рамѣ, пружинятъ, и тряска значительно уменьшается. Такое приспособленіе просто и легко можетъ быть устроено своими средствами.

Также просто, но, пожалуй, еще болѣе доступно было приспособленіе, предложенное мною. Принципъ этого устройства былъ основанъ на способности свернутой китайской циновки пружинить. 2, не туго свернутыя въ трубку, циновки подкладывались подъ носилки и укрѣплялись веревками. Такое приспособленіе можно было устроить всегда и быстро, такъ какъ все необходимое было всегда подъ руками въ каждой китайской фанзѣ. Если устроить перекладки на бортахъ и на этихъ перекладинахъ прикрѣпить циновки, то можно такимъ образомъ уложить еще вторые носилки надъ первыми (см. рис. 2).

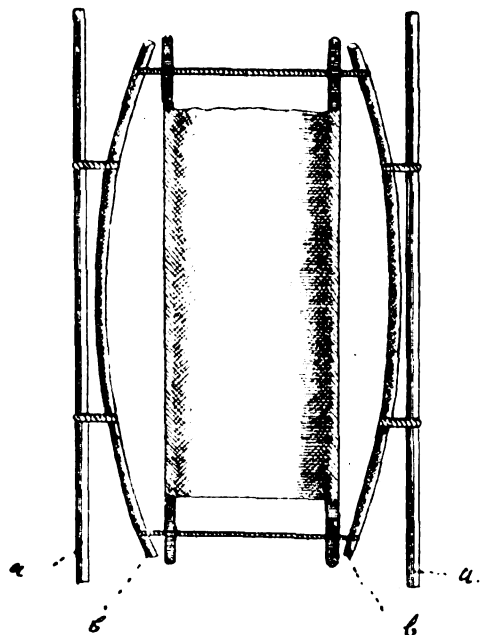


Рис. 2. Носилки на бамбуковыхъ палкахъ по способу д-ра *Омельяненко*: а—борта двуколки, б—бамбуковыя палки.

Это даетъ возможность перевозить на одной двуколкѣ сразу 2 раненыхъ. Этотъ способъ былъ испытанъ въ полкахъ 9-ой пѣхотной дивизіи и далъ на практикѣ очень хорошіе результаты.

Двуколки рессорныхъ было такъ мало, что только самые счастливыя удавались перевозки на нихъ. Эти двуколки финляндскаго образца были очень легки, упруги и приспособлены для перевозки 2 раненыхъ рядомъ. Такъ какъ они были приспособлены для лошадей средняго роста, то очень легко было замѣнить русскихъ лошадей малорослыми китайскими. Объ ихъ устройствѣ я распространяться не буду, такъ какъ онѣ представляютъ изъ себя просто рессорную двуколку и главное ихъ достоинство и отличіе состояло въ рессорахъ. На основаніи опыта могу сказать, что это одинъ изъ лучшихъ экипажей для перевозки раненыхъ. Они легки, хорошо подвижны и прочны. Ими снабжены были нѣкоторые транспорты Краснаго Креста и, кромѣ того, нѣкоторые полки пріобрѣли ихъ для своихъ нуждъ; напр., въ одномъ изъ полковъ Кавказской казачьей дивизіи такихъ двуколокъ было 8.

двуколку и типъ финляндской признавъ прекрасно достигающимъ цѣли. Единственный недостатокъ въ этихъ двуколкахъ—это несоотвѣтствіе разстоянія колесъ мѣстной колеѣ. Этимъ недостаткомъ страдали и, вообще, все перевозочныя средства, вывезенныя изъ Россіи. Этого на первый взглядъ незначительный недостатокъ дѣлаетъ иногда передвиженіе на самыхъ хорошихъ и упругихъ двуколкахъ затруднительнымъ. Въ самомъ дѣлѣ, вообразите себѣ дорогу, по которой шли арбы съ узкой колеѣй, эта дорога подмерзла и колея сдѣлалась твердой. По этой твердой колеѣ совершается передвиженіе двуколокъ съ ранеными, такимъ образомъ, что одно колесо должно идти по колеѣ, а другое по твердымъ кочкамъ и камнямъ или оба колеса должны проходить по свѣжему замерзшему или засохшему мѣсту. Трудно себѣ вообразить, какъ бросаетъ двуколку и какія мученія испытываютъ раненые даже на прекрасно устроенной двуколкѣ, только благодаря не рациональному устройству ширины хода колесъ. Вотъ почему я предложилъ бы въ этихъ двуколкахъ устроить перемѣщающіяся колеса соотвѣтственно ширинѣ колеи. Такое перемѣщеніе колесъ существуетъ у нѣкоторыхъ типовъ двуколокъ, но таковыхъ я не видѣлъ въ Манчжуріи.

Между тѣмъ, когда Красный Крестъ возбудилъ вопросъ о приобрѣтеніи двуколокъ для перевозки раненыхъ, чтобы увеличить свои средства транспортировки, то въ Петербургѣ собралась коммиссія и рѣшила прислать еще новый типъ двуколокъ *Lefebvre'a*. Эти громоздкія, тяжелыя двуколки сослужили-бы очень плохую службу въ грязь, когда даже легкія финляндскія передвигались съ трудомъ. Забытъ былъ опытъ цѣлаго года, были забыты совершенно врачи, которые стояли близко у этого дѣла, и Красный Крестъ бросаетъ народныя деньги на совершенно негодныя въ Манчжуріи двуколки. Недостатки-же этой двуколки, кромѣ тяжести и громоздкости, еще въ томъ, что центръ тяжести лежитъ высоко и что для перевозки такого тяжелого экипажа необходимо 3, а то и 4 лошади. Кромѣ того, упряжка и сама двуколка приспособлена для лошадей большого роста, маленькія-же китайскія лошади навѣрное гибли-бы послѣ перваго-же перехода, такъ какъ вся тяжесть перемѣстилась-бы на оглобли и на спину лошади и давила-бы на нее. Хорошая двуколка должна непремѣнно удовлетворять условію уравниванія тяжести, только въ этомъ случаѣ лошадь легко передвигается и не портитъ себѣ спину.

Кромѣ двуколокъ, въ распоряженіи нѣкоторыхъ дивизіонныхъ лазаретовъ были парные фургоны стараго образца на 4-хъ лежащихъ раненыхъ или на 8 сидячихъ. Эти фургоны въ сухую погоду сослужили хорошую службу, но въ грязь ихъ съ трудомъ вывозили пустыми безъ раненыхъ. Такъ какъ они были 4-колесными, поэтому оказались на грязныхъ дорогахъ совершенно непригодными. Привезенныхъ-же изъ Россіи перевозочныхъ средствъ далеко не хватало и приходилось пользоваться мѣстными экипажами—арбами и фудутунками. Арба на небольшихъ колесахъ около 1½ аршина въ діаметрѣ, при чемъ колеса на-глухо прикрѣплены къ оси, которая вращается въ особо-устроенныхъ гнѣздахъ. Такой экипажъ очень тяжелъ и требуетъ не менѣе 3-хъ, а иногда даже 5-ти животныхъ.

Фудутунка представляетъ уже экипажъ болѣе легкій. У фудутунки колеса по размѣрамъ нѣсколько больше, чѣмъ въ арбѣ (всего 1 — 2 вершка), на ходу она легче, такъ какъ колеса вращаются на оси. Экипажъ этотъ крытъ матеріей, натянутой на рѣшетчатые стѣнки и потолокъ. У этихъ экипажей ни рессоръ, ни, вообще, какихъ-нибудь приспособленій для смягченія тряски нѣтъ.

Какъ арбы, такъ и фудутунки служили для перевозки раненыхъ, при чемъ въ большинствѣ случаевъ для смягченія тряски пользовались прямо соломою, которую накладываютъ въ изобиліи на арбу, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ и этого не было, а прямо раненые укладывались на дно арбы, подставлявъ предварительно шинель. Для устройства изъ арбы болѣе или менѣе годнаго средства для транспортировки раненыхъ, предлагались различныя приспособленія.

чтобы подвѣсить носилки, а въ другихъ устроить подъ носилками особыя рессоры. На арбѣ устраивали стойки по бокамъ; къ этимъ стойкамъ прикрѣпляли перекладины и вѣшали на нихъ двое носилокъ въ рядъ. Такой способъ устранялъ нѣсколько тряску, но переносилъ слишкомъ высоко центръ тяжести, поэтому я предложилъ другой способъ для перевозки 3-хъ раненыхъ. Устраивалась по боковымъ подставкамъ рама, на переднюю и заднюю перекладину которой укладывались и укрѣплялись свернутыя трубкой китайскія циновки; на эти циновки укладывались еще доски во всю длину ихъ и уже на эти послѣднія укладывались и укрѣплялись двое носилокъ; эти двое носилокъ представляли верхній этажъ, который возвышался надъ нижнимъ на 1¼ арш. На нижнемъ-же этажѣ также при помощи циновокъ устраивались однѣ носилки (рис. 3). На фудутункѣ укрѣплялись только однѣ носилки и принципъ ихъ укрѣпленія былъ такой-же, — на циновкахъ—, какъ и въ арбѣ (рис. 3).

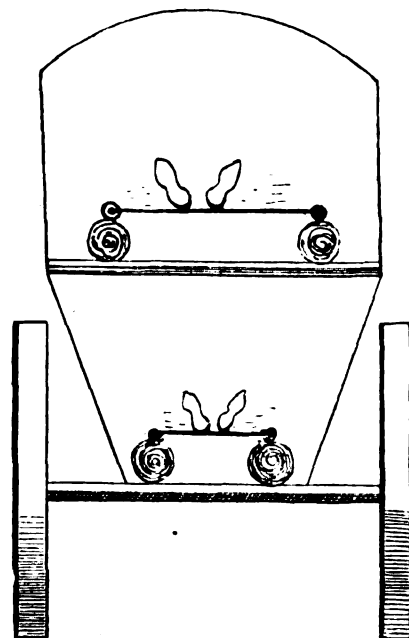


Рис. 3. Двуколка, приспособленная по способу автора.

Такое приспособленіе не требовало много времени, не требовало никакихъ особыхъ инструментовъ и каждый китаецъ могъ легко приспособить раму.

Вотъ собственно и все экипажи, какіе мнѣ приходилось видѣть въ работѣ, иногда во время спѣшнаго отступленія или даже во время обстрѣла.

Слѣдуетъ еще упомянуть о повозкахъ, устроенныхъ изъ китайскихъ рикшъ. Рикши имѣютъ рессоры, поэтому вѣсто сидѣнія на этихъ рессорахъ были приспособлены носилки для одного раненаго; въ такія рикши запрягались ослики. Этотъ транспортъ былъ оборудованъ на частныя средства уже послѣ Мукденскихъ боевъ. Каковъ онъ былъ при продолжительномъ пользованіи при перевозкѣ раненыхъ по грязнымъ дорогамъ, я не могу сказать.

Помимо этихъ заранее заготовленныхъ, приходилось пользоваться самыми разнообразными перевозочными средствами, лишь-бы эвакуировать раненыхъ съ перевязочнаго пункта. Во время горячей и спѣшной эвакуаціи сказывался недостатокъ транспортировочныхъ средствъ или даже недостатокъ распорядительности. Транспорты стояли гдѣ-нибудь вдали и не доходили до перевязочныхъ пунктовъ; иногда перевязочные пункты были лишены транспортовъ, потому что отступающіе паркы и артиллерія загромождали дорогу и дѣлали невозможнымъ встрѣчное передвиженіе транспорта. Въ этихъ случаяхъ, не ожидая транспортовъ, пользовались первыми попавшимися повозками. Укладывали раненыхъ на отступающія повозки съ провіантомъ, усаживали ихъ на передки кухонь, на передки артиллерійскихъ парковъ, на зарядные ящики, патронныя двуколки, а иногда даже на стѣнки по бокамъ полевыхъ орудій. Въ этихъ случаяхъ въ жертву спѣшно-

его здоровье. Я не помню ни одного боя, где нам не приходилось бы пользоваться такими перевозочными средствами. Раненые сами стремились воспользоваться первыми попавшимися зарядным ящиком или патронной двуколкой, чтобы уйти дальше от этого ада, чтобы избежать вторичного ранения, а может быть и смерти.

3. Во многих случаях пользовались просто верховыми лошадьми. Раненого усаживали на лошадь верхом, а всадник вел такую лошадь в поводу. Таким образом не удавалось эвакуировать очень большое число раненых, напр. в боях под Саймадзы, под Сихеяном и под Ляояном. Многие раненые (напр. раненые в грудь) даже предпочитали такой способ перевозки в двуколку. Для устранения тряски применялись и выючные сдла для слабых раненых, не могущих держаться верхом, такие выючные сдла были приобретены штаб-майстером Ролзянко.

По обе стороны выючного сдла расположены или кресла, или особо-устроенные носилки, которые легко передвигаются в кресла [litiers \*]). Таким образом на этих выючных носилках можно перевозить 2 раненых. Однако, перевозка 2-х раненых, т. е. около 9 пудов, не считая веса самих носилок, не всякому мулу под силу. Сильный, даже крепкий мул не вынесет более 6-ти пудов, между тем при перевозке в этих носилках общий груз достигает до 11 пудов. Мулы быстро устают и отказываются везти более одной версты. Иногда даже падают под непосильной тяжестью. В грязь-же, когда вязнут ноги, передвижение с таким грузом дѣлается невыносимым. Кроме того необходимо подбирать раненых хотя приблизительно одинакового веса. Вот почему не смотря на все достоинства, этот способ перевозки раненых не будет иметь будущего.

Казак для перевозки раненых применяли такой способ: брали носилки, подвязывали под них 2 длинных бревна вдоль (каждое бревно было длиной около 2-х сажень) и по бревну более короткому у переднего и заднего конца этих длинных бревен. Эти поперечные бревна концами укладывались на луку сдла 4-х всадников. Я видел, как горцы с уложенным таким образом раненым ѣхали даже ускоренным шагом и мелкой рысью и раненый не жаловался на сильную тряску. Такой способ, однако, слишком не экономен, так как требует 4-х всадников, но при передвижении какой-нибудь кавалерийской части, напр. с набѣга, когда все равно все части движутся домой—он может быть применен с успехом.

Но так как эти способы или неудобны, или слишком не экономны, то явилось желание устроить какой-нибудь особый экипаж в родѣ паланкина или носилок. Такой экипаж существовал уже давно, и давно практиковался такой способ перевозки тяжестей и людей в горах: впереди и сзади по лошади или мулу, а в срединѣ находились носилки, покрытые баддахином. На 2-х длинных бамбуковых или сосновых толстых бревнах, длиной около 2 1/2 сажень, укреплялись в центральной части носилки. Передние-же концы прикреплялись к выючному сдлу переднего мула, а задние к сдлу заднего; таким образом получалось нечто в родѣ паланкина. При такой перевозке раненый не испытывал тех толчков, какие приходилось ему испытывать при перевозке в двуколку. Однако, такая перевозка была тоже не экономна—требовала 2-х животных на одного раненого, требовала большого внимания со стороны проводника носилок и дѣлала необходимым тщательную дрессировку животных.

Хорошо оборудованный, обладающий хорошо выдрессированными животными выючный транспорт не может быть сравним с двуколками. Спокойное мѣрное покачивание без рѣзких толчков, без подбрасывания на ухабах дѣлает переѣзд тяжело раненых спокойным

и немучительным. Конечно, эти выючные носилки также представляли некоторые неудобства, напр. при передвижении по крутым и извилистым ущельям гор, где повернуться таким длинным носилкам было очень трудно; в грязную погоду иногда мулы скользили и падали—раненые вываливались, но эти неудобства зависели уже от случайностей.

Гораздо хуже обстояло дѣло в случаѣ злоупотреблений или неряшества. Напр., приходилось видеть часто случаи, где лопались ремни, прикрепляющие концы носилок к выючному сдлу; это бывало даже у носилок, недавно изготовленных. Я видел поломку палок оттого, что они были слишком тонки.

Наконец очень много зависѣло от проводника. Хорошо относящийся к своим обязанностям проводник не даст мулу испугаться и опрокинуть носилки, а это имѣло мѣсто не раз во время перевозки раненых \*).

4. Что касается до транспортов, какъ отдѣльных единиц, то в этом отношеніи все двуколки, арбы и выючные носилки были сформированы в отдѣльные транспорты со своим командиром, врачами и командой. Словом, каждый транспорт представлял из себя отдѣльную воинскую часть, и какъ каждая часть дѣлится по роду оружия, так и транспорты дѣлились на двуколочные, арбы, выючные,—каждый с отдѣльным номером и начальством. В каждом транспортѣ было до 100 экипажей, а в полутранспортѣ 50—60.

Но что может быть хорошо для воинской части, то совершенно не выдерживает критики по отношенію к транспорту для раненых. В самом дѣлѣ, я приведу примѣръ очень характерный в межбоевой промежуток времени, т. е. в то время, когда транспортов было больше, чѣм достаточно. Раненые прибыли из послѣдняго похода Мищенко в городѣ Баміенченъ в наш лазарет. Тяжело раненых—6, остальные—65 больше или меньше легко раненые. Требуем транспорт. Нам присылают выючный транспорт. Он—отдѣльная единица, слѣд. мы должны его использовать весь или онъ уйдет неполным; оставить-же часть выючных носилок, а часть отправить онъ не может. Пришлось на выючные носилки укладывать легко-раненых, напр. с раненіем в палец и т. д., чтобы только использовать все носилки. А вот и другой случай: раненые поступили тоже из отряда Мищенко и из отряда кн. Орбелиани: тяжело раненых 8 чел., легко-раненых и больных 46. Опять присылают полу-транспорт—опять отдѣльную воинскую часть, но только двуколочного состава, и тяжело-раненых приходилось класть на двуколки. Сравните эти 2 случая и вы увидите, что здѣсь чего-то не достаѣт, что-то устроено не целесообразно. А именно недостаток замѣчается в нераздѣльности транспортов и в строгой цѣлостности каждаго транспорта по роду повязок. Гораздо разумнѣе было-бы в каждом транспортѣ имѣть все роды повязок по % тяжело-раненых (что приблизительно можно было вычислить). Если-бы на каждыя 40 двуколок было 20 выючных носилок, т. е. на 80 легко-раненых и больных 20 тяжело-раненых, то такой транспорт сослужил-бы хорошую службу раненым и удовлетворил-бы чувству гуманности, т. е. послужил-бы своей цѣли. Указанный недостаток может быть зависѣл от того, что всеми транспортами, какъ в Военно-медицинском вѣдомствѣ, так и в «Красномъ Крестѣ» завѣдывали лица, ничего общаго с медициной не имѣющія, лица, облеченныя большими полномочіями, но никакою отвѣтственностью и никаких мѣнѣй, кроме своих собственных, не признающіе. Во главѣ каждаго транспорта стояли или гражданскіе чиновники министерства земледѣлія или иностранцы дѣл—в Красномъ Крестѣ, или же военные, чаще всего кавалеристы, у которыхъ понятна эстетика кавалерійскаго образца и формалистика преобладали надъ гуманностью \*\*).

\*) Передвижение такихъ выючных носилок всегда опасно под огнемъ, такъ какъ раненый мул бѣсится, бросается изъ стороны в сторону, опрокидываетъ носилки и иногда калѣчитъ эвакуируемаго.

\*\*) Я долго не забуду того конфликта, какой произошелъ в

\*) Cascolets везутся 2-мя мулами рядомъ с кресломъ по-среднѣ. В Манчжуріи я ихъ не видалъ. Однако эти перевозочныя средства не новы. О cascolets и litiers упоминаетъ Н. И. Пироговъ въ «Военно-медицинскомъ вѣдомствѣ».

5. Кроме транспортов для перевозки раненых пользовались еще узко-колейной полевой (конно) желѣзной дорогой (Decaville'a), но этот способ перевозки раненых у нас практиковался очень мало. Этой дорогой пользовались для перевозки снарядов, иногда интендантских грузов, а въ бояхъ подъ Ляояномъ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ подъ Шахэ, а также въ послѣднемъ боѣ подъ Мукденомъ на южныхъ позиціяхъ и для перевозки раненыхъ. Способъ этотъ и болѣе экономиченъ, и даетъ возможность лучше эвакуировать раненыхъ. Тяжело раненые въ такихъ вагонеткахъ не будутъ терпѣть тѣхъ мученій, какія они испытываютъ при перевозкѣ въ транспортахъ.

Устройство узко-колейной Decaville'евской дороги не требуетъ особыхъ затратъ, не требуетъ и особаго умѣнья. Къ тому-же дорогу эту можно использовать и для доставки снарядовъ и интендантскихъ грузовъ. Для этихъ дорогъ не страшна ни грязь, ни дождь; если-же вагонетки сдѣлать настолько блиндированными, чтобы, по крайней мѣрѣ предохранить раненыхъ отъ ружейныхъ пуль и шрапнелей, то такія вагонетки могли-бы достигать позицій и вывозить раненыхъ. Мнѣ кажется, что такія вагонетки при бояхъ цѣлой арміей, будутъ имѣть громадное значеніе, избавятъ армію отъ груза, тяжелаго обоза, дадутъ возможность сравнительно безопасно вывозить раненыхъ изъ огня и доставятъ раненымъ такой покой, какого никакая усовершенствованная военная двуколка доставить не можетъ. Съ точки зрѣнія чисто военной такія дороги облегчатъ быстроту доставки раненыхъ, сохраняютъ громадный кадръ носильщиковъ — годный боевой матеріалъ, сократятъ количество лошадей, слѣд., уменьшаютъ потребность въ фуражѣ, а если будутъ заведены механическіе двигатели, то, можетъ быть, сведутъ фуражъ къ ничтожному количеству. Если-же при сѣбномъ отступленіи такая дорога не можетъ быть увезена, то она можетъ быть взорвана и попорчена, но даже, если частью она и попадетъ въ руки непріятеля, то развѣ та масса повозокъ и лошадей, какая всякій разъ оставалась въ рукахъ непріятеля въ минувшую кампанію, меньше по своей стоимости, чѣмъ рельсы; вагонетки-же всѣ могутъ быть увезены. Единственно, что въ прошлую кампанію меня удивляло при устройствѣ этихъ желѣзныхъ дорогъ, это устройство ихъ въ видѣ длинной дуги параллельно позиціямъ. Этимъ, мнѣ кажется, можетъ быть нарушена цѣлостъ ея въ каждый данный моментъ; стоитъ только какой-нибудь изъ передовыхъ частей отступить — часть дороги попадетъ въ руки непріятеля или будетъ испорчена, и передвиженіе прекращается. По моему мнѣнію, необходимо устройство ея по радіусамъ, чтобы центръ находился на 30—40 верстъ отъ позицій, и туда, какъ лучи, сходились-бы дороги отъ всей арміи. Въ этихъ случаяхъ каждый корпусъ долженъ имѣть въ своемъ

меня съ однимъ изъ начальниковъ транспортовъ по поводу канцеляріи. У меня скопилось масса больныхъ и раненыхъ, нужно было ихъ эвакуировать въ тылъ какъ можно скорѣе. Я просилъ транспортовъ — все не присылаютъ. Наконецъ, спустя 2 дня присылаютъ транспортъ; мы уложили больныхъ и раненыхъ. Начальникъ транспорта подполковникъ подходит ко мнѣ и говоритъ: «Ну теперь, докторъ, пойдемъ въ канцелярію и я распишусь, что получалъ отъ васъ больныхъ и раненыхъ». — Когда-же я отвѣтилъ, что у меня канцелярія нѣтъ и никакихъ росписокъ я не беру, могу дать ему только поименный списокъ всѣхъ эвакуируемыхъ, то мой отвѣтъ сперва его наумилъ, а затѣмъ рассердилъ. Вотъ тутъ произошло довольно красивая сцена. — Начальникъ транспорта, отказывается вести транспортъ и приказываетъ снова выгрузить больныхъ, такъ какъ онъ не беретъ на себя отвѣтственности и начинаетъ меня упрекать въ неважнѣ порядковъ. У меня, по его словамъ, должна быть особая шнуровая книга, гдѣ всякій разъ должны росписываться получающій раненыхъ и больныхъ и отправляющій ихъ, чтобы не вышло недоразумѣній изъ за счета. Навѣрное мнѣ не удалось-бы уговорить расхитившагося подполковника, если-бы случайно подошедшій въ это время дивизіонный генералъ не приказалъ-бы подполковнику удовлетвориться именнымъ спискомъ и не представлять такихъ требованій къ передовымъ лазаретамъ. Эти начальники зачастую изъ гуманнаго добраго дѣла дѣлаютъ какую-то канцелярію, какую-то формальность. Отъ врача требуютъ не лѣченія, а канцелярію, и у кого канцелярія въ исправности, у того лѣченія не спрашиваютъ. Канцелярія, входящая и исходящая бумаги стояли выше пользы больного и раненаго. Все начальство твердило, что необходимо раненыхъ регистрировать, а о транспортировкѣ ихъ, объ ихъ перевязкѣ умалчивало.

распоряженіи всѣ принадлежности для устройства такой дороги. Отступая, онъ и будетъ уничтожать или собирать свою дорогу.

Подъ Мукденомъ-же дорога, идя вдоль позицій, загибалась по флангамъ и примыкала къ большой желѣзной дорогѣ. Отступленіе фланга сдѣлало невозможнымъ перевозку всего имущества дороги, неизвѣстность-же общаго хода дѣла не позволила командирамъ частей уничтожить свою часть дороги, такъ какъ этимъ нарушилась-бы цѣлостъ ея. Мнѣ кажется, что вопросъ о перевозкѣ раненыхъ по такимъ узкоколейнымъ полевымъ желѣзнымъ дорогамъ заслуживаетъ самаго серьезнаго вниманія, такъ какъ опытъ минувшей кампаніи указываетъ на этотъ способъ, какъ на самый спокойный и быстрый, а при блиндажѣ вагонетокъ и самый безопасный.

Къ сожалѣнію, только на войнѣ выяснилось, что такое хорошее и удобное средство, какъ эти дороги, намъ незнакомо или настолько плохо знакомо, что мы не въ состояніи были его использовать во всей его полнотѣ.

На типахъ вагонетокъ я останавливаться не буду, такъ какъ тотъ типъ, какой употребляется въ Манчжурской арміи, не былъ совершенно приспособленъ для перевозки раненыхъ: не было ни крышъ, чтобы защитить отъ дождя, ни какого-нибудь отопительнаго аппарата, чтобы защитить отъ холода. Въ большинствѣ случаевъ вагонетки представляли изъ себя просто 4-угольный ящикъ, куда устанавливались носилки. Такъ какъ этими вагонетками пользовались для доставки снарядовъ, а назадъ увозили раненыхъ, поэтому понятно, что и доставка снарядовъ и эвакуація раненыхъ совершалась плохо. Вообще стремленіе пользоваться однимъ средствомъ перевозки для разныхъ цѣлей усиленно практиковалось въ Манчжуріи: санитарными двуколками пользовались какъ хозяйственными, почему въ короткій промежутокъ времени, благодаря усиленной работѣ, расшатывались втулки, портились или окончательно уничтожались всѣ приспособленія для перевозки раненыхъ, рвалась или уничтожалась крышка, а иногда ломалась и сама перегруженная двуколка и въ нужный моментъ для перевозки раненыхъ не хватало перевозочныхъ средствъ. Такъ-же точно при устройствѣ перевозки раненыхъ по полевой желѣзной дорогѣ имѣли въ виду доставку снарядовъ, что затрудняло движеніе раненыхъ по одоколейной дорогѣ, образовывало даже на развѣздахъ пробку и останавливало на нѣкоторое время все движеніе; бывало такъ, что очень много снарядовъ требовалось туда, гдѣ раненыхъ нѣтъ, и наоборотъ. Это создавало неравномѣрность движенія и вагонетки, наполненные ранеными, путешествовали съ ними взадъ и впередъ, пока не добивались до подвижнаго госпиталя, или до большой желѣзной дороги.

6. Остается еще сказать нѣсколько словъ о мѣропріятіяхъ въ жару и въ морозы, отъ которыхъ въ значительной степени страдали раненые. Въ жаркое время года раненые страдали главнымъ образомъ отъ жары и жажды; страданія отъ жары устранялись тѣмъ, что на двуколкахъ были устроены навѣсы. У каждой двуколки были приспособлены небольшіе боченки съ втулкой или краномъ, гдѣ находилась вода. Въ Красномъ Крестѣ, кроме того, былъ коньякъ и спиртъ, а въ военномъ вѣдомствѣ при полковыхъ двуколкахъ этого не полагалось по каталогу. Только къ концу кампаніи ген. Церпицкій въ своемъ корпусѣ приказалъ закупить на экономическія полковыя средства коньяка, сгущеннаго молока и бѣлаго хлѣба; этому нововведенію сильно противились полковые командиры.

Если отъ жары раненые сравнительно мало страдали, то отъ холода ихъ страданія были невыносимы и многіе изъ нихъ погибли, только благодаря тому, что не были приняты мѣры противъ охлажденія. Раненый, теряя большое количество крови, этимъ самымъ уже дѣлается болѣе предрасположеннымъ къ замерзанію, сверхъ того отсутствіе движенія, невозможность волѣдствіе-ли боли или волѣдствіе перелома костей передвиженія съ мѣста на мѣсто, еще болѣе предрасполагаетъ къ охлажденію всего организма или опредѣленной его части.

Это прекрасно понимали врачи, прекрасно понимали и военачальники.



Въ декабрѣ было засѣданіе въ 9-ой пѣхотной дивизіи, гдѣ рѣшено было устроить мѣховыя одѣяла, шириною и длиною въ 4 аршина, такъ чтобы можно было раненыхъ совершенно закутать въ него. Такихъ одѣялъ предполагалось заготовить по 100 на полкъ. Эти одѣяла въ бою подъ Сандепу въ январѣ 1905 г. принесли существенную пользу. Однако, въ другихъ воинскихъ частяхъ одѣялъ не было и мнѣ приходилось получать раненыхъ, укутанныхъ въ дырявую шинель, уже замерзшими. Чѣмъ объяснить подобное отношеніе къ дѣлу ухода за ранеными, я не знаю, но мнѣ кажется, что въ данномъ случаѣ опять сыграла роль наша халатность, наша надежда на «авось», а вѣрнѣе нежеланіе тратить 1000 р. на покупку этихъ одѣялъ изъ экономическихъ суммъ, собранныхъ съ того же солдата (каждое одѣяло обходилось 8—10 руб.).

Понятно, такой способъ укутыванія раненаго въ мѣховое одѣяло далеко не асептиченъ и можетъ встрѣтить много возраженій, но другого способа не было.

Грубая и твердая солдатская шинель далеко не грѣла, китайскія ватныя одѣяла значительно уступали мѣховымъ по своей тепловой силѣ. Въ засѣданіи, образованномъ изъ старшихъ врачей полковъ и командировъ полковъ 9-ой пѣхотной дивизіи, куда и я былъ приглашенъ, я настаивалъ на мѣховыхъ одѣялахъ, такъ какъ другихъ средствъ не было. Приходилось считаться съ морозами при сильномъ вѣтрѣ.

Вообще, нужно сознаться, что какъ во всѣхъ частяхъ мы не были готовы къ войнѣ, такъ и въ перевозкѣ раненыхъ мы не ушли далеко отъ предыдущей кампаніи. Да, развѣ и могло быть иначе, когда ученый комитетъ Военно-медицинскаго вѣдомства, только во время войны узналъ о томъ, что наши двуколки негодны, только во время войны заинтересовались перевозочными средствами и только во время войны стали серьезно оцѣнивать годность повозокъ или носилокъ, такъ что только по окончаніи войны можно-бы было воспользоваться тѣми носилками и повозками, о которыхъ разсуждалъ, которые заказывалъ нашъ высшій ученый медицинскій Совѣтъ. Не лучше обстояло дѣло и въ Красномъ Крестѣ. Это учрежденіе было захвачено врасплохъ, а потому не имѣло совершенно транспортныхъ средствъ, даже летучіе отряды, на организацію которыхъ тратили громадныя средства, не имѣли своихъ транспортовъ. Между тѣмъ помимо перевязки, раненаго надо увести или увезти въ тылъ. Въ первомъ летучемъ отрядѣ, гдѣ я былъ старшимъ врачомъ, я завелъ небольшой транспортъ изъ 2-хъ арбъ и 5 фудутунокъ по своей системѣ, такимъ образомъ я могъ перевезти 8 тяжело раненыхъ. Это—ничтожное количество, но все-же мнѣ удалось оказать большое содѣйствіе военнымъ санитарамъ въ эвакуированіи съ позицій до перевязочнаго пункта.

Только послѣ боя подъ Мукденомъ въ Красномъ Крестѣ появились свои транспорты, но и то, какъ я сказалъ выше, неудовлетворительные по своему устройству. Къ этому еще надо добавить, что предположено эти транспорты централизовать при штабѣ командующаго арміей, т. е. въ 15—25 верстахъ отъ позицій. Во время боя такой транспортъ при растянутости боевой линіи арміи, прибывъ въ то мѣсто, гдѣ происходитъ только демонстрація, а не серьезный бой, не будетъ въ состояніи попасть къ мѣсту серьезнаго боя за 20 верстъ. Высказанное мною мнѣніе, что необходимо весь транспортъ раздѣлить между летучими отрядами, давъ каждому летучему отряду хотя бы по 10 двуколокъ, совершенно было игнорировано.

Между тѣмъ на своемъ опытѣ и на опытѣ 9-го летучаго отряда, а также Евангелическаго и Финляндскаго отрядовъ, имѣвшихъ небольшіе транспорты, составленные изъ финляндскихъ двуколокъ, я убѣдился, что такіе транспорты приносятъ несомнѣнную пользу и помогаютъ быстротѣ эвакуаціи, а кромѣ того, завѣдующій перевязочнымъ пунктомъ лучше можетъ быть ориентированъ, какъ въ мѣстности, такъ и въ ходѣ боя, почему и можетъ воспользоваться транспортомъ съ болѣею пользою.

7. Въ заключеніи считаю необходимымъ остановиться на способахъ эвакуаціи раненыхъ съ позицій до перевязочнаго пункта. Первое время такая транспортировка представлялась очень широкою. Въ бояхъ подъ Тренденго-

подъ Саймадзы, Сихейномъ, Кавлицуномъ носильщики, рискуя своею жизнью, выносили раненыхъ. Въ переноскѣ раненыхъ до перевязочнаго пункта принимали участіе и строевые, такъ какъ носильщиковъ не хватало. Тутъ повторилась та же картина, какую описалъ Н. И. Пироговъ въ своей «Военно-полевой хирургіи»: «Я часто видѣлъ, какъ провожали няго раненаго, который могъ еще самъ идти, 3—4 товарища; обыкновенно эти товарищи и земляки предлагаютъ сами себя въ услуги; кто несетъ ружье, кто шапку больного». Такія картины наблюдались и въ минувшую русско-японскую войну, и я думаю, всегда будутъ наблюдаться, если строевымъ разрѣшено будетъ заниматься переноской раненыхъ. Уже Н. И. Пироговъ указывалъ, что для носильщиковъ необходимы знанія, необходимо извѣстное знакомство съ тѣмъ, какъ нести раненаго, какъ его уложить; этихъ знаній нѣтъ у строевыхъ: и раненые часто болѣе страдаютъ отъ транспорта, чѣмъ отъ хирургической операціи,—и неумѣлая переноска раненаго можетъ стоить ему жизни.

Слѣд., ни съ точки зрѣнія военной, ни съ точки зрѣнія врачебной — строевые не должны-бы допускаться къ переносу раненыхъ. Однако, носильщиковъ такое ничтожное число, всего по 8 на роту, что поневолѣ приходилось отступать отъ этого правила и допускать къ переноскѣ раненыхъ — и строевыхъ. При дивизионномъ лазаретѣ находилась рота носильщиковъ, но эта рота обслуживала или дивизионный лазаретъ, или переносила тяжело-раненыхъ изъ перевязочнаго пункта въ дивизионный лазаретъ. Только въ 2-хъ бояхъ я имѣлъ въ своемъ распоряженіи по полуротѣ носильщиковъ, которыхъ и направлялъ на позиціи для переноса тяжело-раненыхъ. Зачастую, однако, эти носильщики требовали еще надзора, такъ какъ брали легко раненыхъ прямо съ пути, не дойдя до позицій, и возвращались съ ними на перевязочный пунктъ.

Перевозочныя средства между позиціями и перевязочнымъ пунктомъ, помимо носилокъ, еще состояли изъ колесныхъ носилокъ и двуколокъ. Съ колесными носилками носильщики пробрались до позиціи и выносили раненыхъ даже подъ огнемъ, на двуколкахъ-же пробираться днемъ къ позиціямъ, въ особенности по открытому мѣсту, было неудобно. Поэтому двуколки устанавливались гдѣ-либо подъ прикрытіемъ, но въ области огня и тамъ ожидали приносимыхъ раненыхъ, которыхъ и доставляли потомъ на перевязочный пунктъ, исключая очень тяжелыхъ, переносимыхъ на носилкахъ до самаго пункта.

Такимъ образомъ устанавливалась смѣшанная эвакуація; этимъ достигалась быстрота и безопасность эвакуированія. Въ тѣхъ-же случаяхъ, когда, по роду мѣстности, нельзя было выносить раненыхъ днемъ, или нельзя было расходовать боевой строевой матеріалъ, всѣ наличныя перевозочныя средства направлялись съ наступленіемъ темноты на позиціи и тогда убрали раненыхъ, доставляя ихъ безопасно подъ покровомъ ночи на перевязочный пунктъ. Въ этихъ случаяхъ транспортъ направлялся подъ наблюденіемъ кого-либо изъ врачей.

Перевозка раненыхъ съ позицій на перевязочныя пункты производилась средствами полковъ или иногда дивизионными носильщиками. Далѣе съ перевязочныхъ пунктовъ до дивизионнаго лазарета пользовались или тоже полковыми двуколками или дивизионными носильщиками, а иногда и строевыми. Изъ дивизионныхъ лазаретовъ эвакуація раненыхъ уже совершалась особыми военно-санитарными транспортами. Только въ бояхъ подъ Мукденомъ я видѣлъ военно-санитарный полутранспортъ въ распоряженіи перевязочнаго пункта. Такимъ образомъ въ тылу имѣлась масса средствъ для эвакуаціи,—впередѣ-же приходилось довольствоваться 16 полковыми двуколками и 32 носилками на полкъ въ 4000 человекъ. Если прибавить еще тѣ ничтожныя перевозочныя средства, какія имѣли въ своемъ распоряженіи нѣкоторые летучіе отряды, то тогда станетъ понятнымъ, почему приходилось перевозить раненыхъ на патронныхъ двуколкахъ или зарядныхъ ящикахъ. Необходимо значительно увеличить транспортировочныя средства полка за счетъ дивизионнаго лазарета, который является излишней инстанціей и въ распоря-

ние дивизионнаго врача предоставить хотя-бы одинъ полутранспортъ, какъ это было въ 9 пѣхотной дивизіи послѣ боя въ Мукденѣ. Полутранспортъ, обслуживая полковые лазареты или перевязочные пункты, облегчитъ работу этихъ послѣднихъ и сдѣлаетъ перевязку раненыхъ менѣе болѣзненной.

Въ бояхъ подъ Мукденѣ прекрасную услугу въ началѣ боя принесла узкоколейная полевая конно-железная дорога, которая обслуживала перевязочные пункты. Транспортировка раненыхъ была почти совершенно изъята изъ завѣдыванія военно-медицинскихъ чиновъ; она имѣла особаго начальника, который подчинялся военному генералу, начальнику санитарной части арміи. Между тѣмъ эта часть такъ тѣсно связана съ врачебною помощью на войнѣ, что отдѣлять ее, обособлять въ отдѣльное вѣдомство врядъ-ли возможно. И всѣ почти неурядицы въ транспортировкѣ могутъ быть объяснены этимъ раздѣленіемъ двухъ частей, связанныхъ между собою общностью задачи. Еще *Н. И. Пироговъ* говорилъ: «къ несчастію, въ дѣйствующей арміи врачебно-административная и исполнительная власть генераль-штабъ-докторовъ (военно-медицинскихъ инспекторовъ) слишкомъ ограничена; нагдѣ они не имѣютъ достаточной самостоятельности въ своихъ административныхъ распоряженіяхъ; вездѣ они поставлены въ слишкомъ зависимое положеніе отъ военно-начальниковъ, военно-медицинскихъ департаментовъ и регламентовъ. Они бываютъ лишены возможности дѣйствовать, сообразно съ обстоятельствами, средствами, съ насущными потребностями больныхъ и подвѣдомственныхъ врачей. Во всякой дѣйствующей арміи собираются военные совѣты; но ни въ одной не существуетъ врачебно-административныхъ совѣтовъ; врачи различныхъ командъ и госпиталей не сзываются для совѣщаній, или если это и дѣлается, то заключенія ихъ не имѣютъ никакой законной силы». Развѣ эти слова не относятся и къ этой войнѣ, какъ будто-бы они сказаны не 50 лѣтъ назадъ, а сегодня.

Еще великій *Н. И. Пироговъ* видѣлъ въ этомъ причину неурядицъ, безпорядка и плохой организаціи врачебной службы на войнѣ—эта-же причина остается и до сихъ поръ. Не смотря на громадныя средства, затрачиваемыя на обслуживаніе раненыхъ, не смотря на значительное развитіе техники — мы и въ современной войнѣ въ транспортировкѣ раненыхъ съ позиціей на перевязочные пункты ушли не далеко отъ Крымской кампаніи. Также не было хорошихъ перевозочныхъ средствъ, также отсутствовала цѣлесообразность въ пользованіи наличными транспортировочными средствами, также приходилось изъ соломы или другого матеріала, въ ручную мастерить приспособленія для облегченія мученій раненыхъ при перевозкѣ.

*Л. М. Пуссетъ.*

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Общая патологія.** 377. Занявшись проверкой опытовъ *Abelous* и *Billard'a*, показавшихъ, что при двустороннемъ *вырѣзываніи зобной железы* у лягушекъ, послѣднія выживали не долѣе 14 дней и обнаруживали мышечную слабость съ возрастающимъ парезомъ, заканчивающимся смертельно, проф. *Ж. Авг. Намтар* произвелъ цѣлый рядъ операций *вырѣзыванія зобной железы* у лягушекъ, при чемъ изъ 85 оперированныхъ животныхъ только у нѣсколькихъ замѣчались явленія, описанныя *Abelous* и *Billard'омъ* и то въ весьма слабой степени и при томъ независимо отъ времени года, когда была сдѣлана операція и независимо отъ того, питались ли или голодали лягушки. Послѣ двусторонняго *вырѣзыванія зобной железы* лягушки автора выживали вчетверо долѣе, чѣмъ у вышеупомянутыхъ французскихъ авторовъ. Тѣмъ не менѣе авторъ приходитъ къ выводу, что зобная железа у лягушекъ представляетъ не менѣе важный для жизни органъ, чѣмъ у млекопитающихъ животныхъ (*Archiv f. Lügner'a*, т. 110, тетр. 5—6).

*А. М.*

**Фармакологія.** 378. Разбирая вопросъ о жаропо-

нижающихъ при *бугорчаткѣ*, д-ръ *A. Kühnel* останавливается на появившемся въ недавнее время *маретинѣ* и сообщаетъ свои наблюденія надъ этимъ средствомъ. Маретинъ представляющій соединеніе карбамидовой кислоты съ толигидразиномъ, изслѣдовался у постели чахоточныхъ болѣе 50 разъ систематично и 2400 разъ отдѣльными приемами. Давался отъ 0,1 до 0,5. Больные первые дни были безъ жаропонижающихъ, при чемъ отмѣчался типъ лихорадки и старались понизить ее покоемъ, діетой и *Priesnitz'овскими* обертываніями. Когда все это не помогало, давали маретинъ. Сначала давали 0,25 3 раза въ день, а затѣмъ приемъ измѣнялся, смотря по дѣйствию. Исключая самыхъ тяжелыхъ случаевъ бугорчатки, черезъ нѣсколько дней достигалось безлихорадочное состояніе; тогда приемы убавлялись. Привычки къ средству не наблюдалось. Результаты получались прекрасныя, такъ что многіе получали по 0,1 2 раза въ день нѣсколько недѣль. Ни рвоты, ни тошноты, ни дѣйствія на аппетитъ не замѣчалось, не замѣчалось и наклонности къ коллапсу или измѣненію пульса. Потъ не исчезалъ до наступленія безлихорадочнаго періода. Когда лихорадка прекращалась, потъ уменьшался, а иногда и совершенно исчезалъ. Такъ какъ маретинъ является производнымъ фенилгидразина, поэтому возникла мысль о возможности разрушенія красныхъ кровяныхъ шариковъ и появленія метгемоглобинуріи. Но уробилинъ или его хромогенъ-уробилиногенъ, по изслѣдованіямъ, оказался въ мочѣ чахоточныхъ и не принимавшихъ маретина. Что касается появленія красно-желтаго и даже коричневаго оттѣнка въ мочѣ, то вещество, вызывающее эту окраску, оказалось продуктомъ, даже не родственнымъ уробилину и зависящимъ отъ самого маретина, а не отъ измѣненія крови. Это красящее вещество появляется въ мочѣ спустя нѣсколько часовъ послѣ приема маретина; изслѣдованія надъ нимъ еще не окончены. Появляется желтая окраска кожи на 3 день (отъ 3 дня до 2 недѣль), а выражена у однихъ больше, у другихъ меньше. Авторъ представляетъ 3 кривыя хода температуры больного до маретина и послѣ него. Кривыя, дѣйствительно, являются очень доказательными, такъ какъ температура послѣ приема 2—3 гранъ маретина рѣзко мѣняетъ свой типъ (*Wiener klin. Wochenschrift*, № 2).

*А. Соловцова.*

**Дѣтскія болѣзни.** 379. Д-ръ *Ludwig F. Meyer* (изъ городского дѣтскаго пріюта въ Берлинѣ) сообщаетъ *однѣ ствѣ пепсина и соляной кислоты, какъ возбуждающихъ аппетитъ средствъ у грудныхъ дѣтей*. Въ названномъ пріютѣ эти средства примѣняють главнымъ образомъ у слѣдующихъ 3-хъ группъ грудныхъ дѣтей: 1) у дѣтей, которыя, не смотря на отсутствіе какихъ-либо опредѣлимыхъ изслѣдованіемъ разстройствъ органовъ, все же плохо пьютъ; 2) у дѣтей, которыя хорошо брали грудь, но при попыткѣ отученія отъ груди потеряли аппетитъ; 3) у дѣтей, которыя оправляются отъ острыхъ заболѣваній, какъ жабы, бронхиты, воспаленія легкихъ, чирьи, нарывы и т. п., при которыхъ дѣти въ теченіи продолжительнаго времени обыкновенно принимаютъ недостаточное количество пищи. Дается обыкновенно или 1 лпш пепсина въ видѣ пепсиноваго порошка *Witte* на кончикѣ ножа передъ ѣдой, или одновременно съ порошкомъ еще 2—4 капли разведенной соляной кислоты. Въ послѣднее время примѣнялся пепсиновый растворъ *Grübler'a* (Dresden), который содержитъ также соляную кислоту въ соединеніи съ бѣлкомъ (ацидабуминъ), при чемъ въ растворѣ содержится 3,5% соляной кислоты. Дается этого раствора 2—5 капель передъ ѣдой. Изъ приведенныхъ авторомъ 18 исторій болѣзни видно, что дѣйствіе пепсина и соляной кислоты было ясно выражено во всѣхъ случаяхъ. Авторъ убѣжденъ, что, если придерживаться вышеприведенныхъ показаній, то результатъ получится всегда положительный. Что касается вопроса о томъ, какая изъ 2-хъ составныхъ частей: пепсинъ или соляная кислота важнѣе, то авторъ на основаніи своихъ наблюденій ставитъ на первое мѣсто пепсинъ, такъ какъ одна соляная кислота часто не обнаруживаетъ никакого дѣйствія, между тѣмъ какъ одинъ пепсинъ оказался не дѣйствительнымъ лишь въ 1-мъ случаѣ (*Therapie der Gegenwart*, май).

*А. Коварскій.*

## ОТЧЕТЫ

### из врачебных и других ученых Обществ и корреспонденции.

#### XII. О положении Астраханской Pasteur'овской станции.

Пытаемое ниже сообщение об Астраханской Pasteur'овской станции было уже написано, когда я прочел в № 24 «Врачебной Газеты» письмо д-ра *И. Деминского*. В нем содержится некоторые неточности, так как д-р *И. Деминский* не живет теперь в г. Астрахани. Кроме того, оно не освещает вопроса по существу, так как недоразумения между врачами *С. В. Констансовым* и *Я. М. Зильбербергом* являются только случайным моментом и не ими обусловлено то печальное состояние, в котором очутилось в Астрахани святое дело помощи укушенным бешеными животными... Поэтому считаю необходимым сообщить те данные, которые мне известны.

Астраханская Pasteur'овская станция, открытая 25 апреля 1905 г., благодаря энергии и настойчивости бывшего заведующего бактериологической Лабораторией министерства внутри д-ла в Астрахани, *С. В. Констансова*, как это ни грустно, ему же обязана тем ненормальным положением, которое компрометирует деятельность этого учреждения и уже отразилось на упадке доверия со стороны населения. Но обратимся к фактам.

При открытии станции городским Управлением были ассигнованы 500 р. на оборудование станции и ежегодная субсидия в 1000 р. на содержание. Помещение было найдено в нижнем этаже 2-этажного каменного здания бактериологической лаборатории, где предполагались квартиры для служителей лаборатории, и обставлено вполне удовлетворительно. Так как отпущенных 500 р. оказалось недостаточно для оборудования станции, то некоторые нужные для работы аппараты и приспособления, напр., большой термостат с бассейном и пр., были позаимствованы из бактериологической лаборатории. Точно также в лаборатории и по сей час происходит обезглавливание посуды; одно время кормились кролики. Таким образом у станции оказались 2 или даже 3 хозяина. С одной стороны, городское Управление имело основание считать станцию городской или содержимой на городские средства; с другой, — высшая губернская администрация властно влияла на порядок заведывания станцией, в зависимости от образа действий или решения заведующего бактериологической лабораторией, который, следовательно, являлся третьим и наиболее реальным хозяином станции.

За год с небольшим существования станции она имела несколько заведующих, срок деятельности которых продолжался от нескольких дней до нескольких месяцев. Вот эта генеалогия: *Констансов* до 25/iv 1905; *Зильберберг* 26/iv—5/v 1905; *Вайнштейн* 6/v—13/v 1905; *Констансов* 14/v—27/v; *Вайнштейн* 28/v—18/ix; *Зильберберг* 19/ix 1905—26/iii 1906; *Констансов* 27/iii—2/iv 1906; *Хальников* 3/iv—1/vi 1906. Из них только *Я. М. Зильберберг* получал вознаграждение из губернского распорядительного Комитета, по 125 р. в месяц.

Последний период этой смуты заведующих нуждается в особом объяснении. В апреле *С. В. Констансов* сдать заведывание Лабораторией министерства внутренних дел и вошел с заявлением в городскую Управу о желании принять на себя безвозмездно ведение Pasteur'овской станции. Поэтому д-р *Зильберберг* был отстранен от заведывания последней. Но так как д-ру *Констансову* нужно было уехать из Астрахани, то городской голова г. Беззубиков обратился к женщине-врачу *М. М. Холеминской*, заведующей городской санитарной Лабораторией, с предложением вести станцию до возвращения г. *Констансова*, на что г-жа *Холеминская* не могла возмущаться. Возникшее затруднение было разрешено г. *Констансовым* очень просто: в течение 4 дней он объяснил и показал технику антирабических прививок врачу *Б. Л. Хальникову*, которому и передал станцию. Д-р *Хальников*, вольнопрактикующий врач по венерическим болезням, не имеет специальной бактериологической подготовки, с Pasteur'овскими прививками равнее не был знаком и возмущался за них только, чтобы вырвать товарища. В виду нападков на него в местной печати, в конце мая он вторично и категорически отказался от дальнейшего заведывания станцией.

В таких обстоятельствах я согласился на предложение губернатора взять на себя безвозмездно временное заведывание станцией не до приезда г. *Констансова*, а с единственной целью добиться таких условий заведывания станцией, при которых положение заведующего ею врача не зависело бы от различных посторонних влияний и целей, а единственно от способности заведующего.

его обязанностей. В этих целях я считал необходимым поставить следующие требования:

- 1) Врач, заведующий Pasteur'овской станцией, должен быть знаком с бактериологическими способами исследования и иметь навыки в ведении антирабических прививок.
- 2) Приглашение врача и общее наблюдение за станцией поручается заведующему бактериологической Лабораторией министерства внутри д-ла, при которой находится станция и услугами которой она пользуется.
- 3) Утверждение заведующего станцией зависит от губернского врачебного отделения, о чем сообщается в городскую санитарно-больничную Комиссию.
- 4) Пред городским Управлением станция обязана отчетом в израсходованных отпущенных сумм.
- 5) В видах упрощения ведения дела, крайне желательно было бы сосредоточение средств на содержание станции в одном учреждении, именно, в губернском врачебном отделении, т. е. передачи сюда городского пособия с обязательством представления отчета в израсходовании.
- 6) Станция обязана отчетом в своей деятельности по лечению укушенных бешеными животными пред губернскими врачебным отделением и перед городской санитарно-больничной Комиссией.
- 7) В виду того, что станция обслуживает и сельское население Астраханской губ., врач числится на службе губернского врачебного отделения и получает содержание из земских сумм.

Несомненно, что только при таких условиях возможно восстановление нормальной деятельности станции. Но, к сожалению, до сих пор мои усилия не увенчались успехом, так как одна сторона ссылается на права другой и obstruction тянется более 3-х недель. Поэтому утверждение представленного мною врача *Зильберберга* все еще не может осуществиться.

17 июня вопрос о Pasteur'овской станции был предметом обсуждения в заседании городской санитарно-больничной Комиссии. Здесь было выяснено, что городским головой была получена телеграмма от д-ра *Констансова*, в которой он сообщает о своем согласии взять на себя за особое вознаграждение заведывание Pasteur'овской станцией и городской санитарной лабораторией. Повидимому, г. Беззубиков предполагал уволить г-жу *Холеминскую* за ее отказ временно заведывать Pasteur'овской станцией и место ее предоставить г. *Констансову*. На мой упрек в индифферентном отношении санитарно-больничной Комиссией к положению станции, председатель прочел отношение к городскому голове с просьбой внести в Думу протест против передачи станции д-ру *Хальникову*. Этот бюрократический прием имел только тот результат, что бумага была положена под сукно и Комиссия успокоилась в сознании исполненного долга.

По принятии мною Астраханской Pasteur'овской станции, я был вынужден на 4 дня прекратить прививки вследствие обнаружившихся неправильностей в ведении дела. В настоящее время станция работает правильно.

В заключение считаю необходимым обратить внимание на странную шаткость взглядов на требования, которым должен удовлетворять врач, принимающий на себя ведение Pasteur'овской станции. Так, Астраханское врачебное отделение 6/iv 1902 г. за № 653 сообщает губ. распорядительному Комитету, что «диплом врача решает вопрос о правах устраивать Pasteur'овскую станцию и производить предохранительные прививки, так как рывч здесь идет о лечебных функциях, составляющих не только право, но и обязанность каждого врача, независимо от степени его специальной подготовки» (курсив мой). 13-го же апреля 1906 г. Комиссия в состав врачебного инспектора д-ра *Н. Я. Шмидта* и врачей *Зильберберга* и *Холеминской* «в виду статей, появившихся в «Астраханском Листке» о ненормальности положения Pasteur'овской станции, пришла к заключению, что заведывание станцией врачом, не имеющим специальной бактериологической подготовки, представляется по научным основаниям совершенно недопустимым (курсив мой), хотя бы врач этот и был знаком с техническими приемами по изготовлению вакцин против бешенства». Оба решения, исключая друг друга, поставлены тем же врачебным отделением, представляющим высшую медицинскую инстанцию в губернии и несомненно одно из них отвечает истине, другое нет. Правда, между этими 2 решениями прошло 4 года. Между прочим, на последнем из них губернатором положена резолюция: «Сообщить гор. голове о прискании другого врача». Бумагу эту постигла та же участь, что и прежнюю, но спасительная формальность была соблюдена.

Ту же непоследовательность находим в действиях д-ра *Констансова*. В его отношении в Астрах. гор. Управу (9/v 1905 г., № 159) мы находим: «исходя исключительно из интересов дела, я бы полагал, что... врач должен быть обязательно бактериолог, числится моим помощником по Pasteur'овской станции». На самом же деле г. *Констансов* передал станцию г. *Хальникову*, хотя на лицо был врач, удовлетворяющий его же требованиям.

Мне кажется, что вопрос этот, решаемый часто так различно, имеет слишком большое принципиальное значение, так как при прививках приходится вводить людям ослабленный, но все же опасный яд; врач должен уметь, кроме того, контролировать обезопасность материала. Вначале

своевременным и необходимым, чтобы высшее и наиболее компетентное в Империи учреждение—Медицинский Совет высказал свое суждение, которое могло бы служить руководящим для других медицинских инстанций и исключало бы возможность противоречивых заключений.

Завѣдующій бактериологической Лабораторіей  
м. вн. дѣл Н. Клодницкій.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

СЛ. М. Г. Комитетъ Общественной помощи голодающимъ проситъ помѣстить списокъ пожертвованій, поступившихъ въ Комитетъ съ 1 по 30 июня.

Г. Черезъ Пироговское Общество врачей: Тульскій отдѣлъ соха лицъ медицины, персонала 30 р. Семипалатинскій кружокъ по оказанію помощи голодающимъ 150 р. Отъ спектакля въ Юрьевѣ, Владимір. губ., 21 р. 28 к. Служащіе на ст. Жмеринкѣ, Юго-Запад. ж. д. 69 р. 75 к. Служ. 2 сахаро-акциз. округа Киевской губ. въ Черкаскахъ 18 р. 53 к. Служ. Ташкентскаго Военнаго Госпиталя 23 р. 88 к. С. П. Пересвѣтовъ 3 р. А. В. Полозовъ 6 р. Ляговскій кружокъ любит. драматич. искусства 22 р. Есаулъ В. Г. Толстовъ 10 р. Оцѣночно-стат. бюро Черниг. губ. з. Управы 16 р. Черезъ д-ра Воскресенскаго 12 р. 30 к. Медич. персон. «Съѣзда всѣхъ врачей Борзен. у. 40 р. Собран. по книжкамъ д-ра С. А. Побѣдимскаго 21 р. 20 к. Л. К. В. (изъ Киева) 10 р. Служ. въ Александр. гор. коммерческомъ уч. Екатеринбургской губ., черезъ директора И. Я. Акпифева 18 р. 56 к. А. Н. Д. (въ Москвѣ) 25 р. Ф. А. Голубевъ 10 р. Семьи Митрофановыхъ и Чижовыхъ 43 р. С. А. Яковсонъ 3 р. Служ. въ Старо-Екатер. больницѣ 47 р. 1 к. И. В. Поповъ—отъ разныхъ лицъ черезъ обще-земскую организацію 3 р. Е. И. Коробовская 20 р. Торговый домъ Бр. Каштановыхъ 30 р. Черезъ А. М. Храброва 164 р. 83 к. Архангельская 2 р. 40 к. Служ. въ глав. конторѣ Вакин. отд. товар. Бр. Нобель 59 р. 40 к. Наташа Якименко 55 р. Служ. Холмскаго духов. уч. Любл. губ. 12 р. 15 к. Собр. Л. А. Юниной въ Полтав. психіатр. зем. больницѣ 12 р. Собр. среди крест. въ Мировской завод. больницѣ 4 р. И. И. Ушаковъ 20 р. А. Н. Соллогубъ 5 р. Д-ръ О. Г. Гиртцель 5 р. Софія Мустацъ 6 руб. Врачъ Сергѣевъ и ф-ра Шишкинъ, Смирновъ и Александровскій 8 р. 30 к. Черезъ контору редакціи «Новості Дня» 92 р. Курганскій комитетъ общ. помощи голод. 600 р. В. Н. Бѣлашова 5 р. Н. С. Шавердова, пожер. пед. персоналомъ жен. гимназіи 54 р. 05 к. Черезъ ред. «Рус. Вѣд.» 400 руб. Отъ служащихъ 2-го сахаро-акцизнаго округа въ Черкаскахъ, Киевск. губ. 18 р. 68 к. П. Кюлята 10 р. Курганскій Комитетъ общественной помощи голодающимъ 300 р. Сиб. Надеждинское Родовспомогат. заведеніе 22 р. 70 к. А. Э. Сварикъ 3 р. Служащіе Екатеринбургской войсковой больницѣ 11 р. 75 к. Чины Туркестанскаго Окружнаго военно-медицинскаго Управленія 17 р. 34 к. Есаулъ В. Г. Толстовъ 10 р. Киевское о-во любителей-велосипедистовъ 50 р. Сочувствующіе черезъ врача Н. А. Ладыгина 35 р. Чины Ташкентскаго военнаго госпиталя 24 р. 69 к. Черезъ д-ра Е. П. Николаева собранные по книжкамъ 32 р. 45 к. Всего 2693 р. 75 к.

Черезъ Московское О-во Сельскаго Хозяйства: С. Слонимскій 15 р. Черезъ предсѣдателя Тобольскаго Окружнаго Суда 0-ый вычетъ на содержаніе чиновъ суда за май 26 р. 78 к. Чины Главнаго Управленія Неокладныхъ Сборовъ 114 р. 71 к. Чины и лѣсная стража Яренскаго лѣсничества 8 р. С. Б. 25 р. Черезъ предсѣдателя Тобольскаго окружнаго Суда пожертв. миров. судьями 1 и 2 уч. Курганскаго у. и судебнымъ приставомъ по г. Кургану 6 р. 20 к. Туркестанское о-во сельскаго хозяйства 10 р. Предсѣдатель Тобольскаго окружнаго суда 23 р. 32 к. М. Ивановъ 5 р. Завѣдующій Ржевскимъ казеннымъ № 2 складомъ пожертв. рабочими и продавцами винныхъ лавокъ 10 р. 21 к. Черезъ предсѣдателя Тобольскаго окружнаго суда пожертв. миров. судьями 1 п. 6 уч. Тюкалинскаго у. 4 р. 71 к., миров. судей 3 уч. Ялуторовск. у. 4 р. 40 к. и миров. судьями 1 и 3 уч. Туринскаго у. 7 р. 89 к. Е. Штольцъ 5 р. Туркестанское о-во сельскаго хозяйства 142 р. 47 к. Редакція «Русск. Вѣдом.» (въ томъ числѣ 30 р. на школьн. стол.) 305 р. 52 к. Податной инспекторъ О. П. Кудко 10 р. Чины Тверскаго 4-го Окружн. Акцизн. Управл. 3 р. 35 к. Предсѣдатель Тобольскаго окружн. Суда 13 р. 11 к. Онъ же 6 р. 39 к. А всего 747 р. 06 коп.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1354. Первый государственный актъ, прошедшій новымъ путемъ, т. е. утвержденный Верховною властью послѣ принятія Государственной Думой и Государственнымъ Советомъ—это законопроектъ объ ассигнованіи 15 миллионъ рублей на продовольственную сеуду крестьянамъ въ пораженныхъ не-

1355. Министерство народнаго просвѣщенія, какъ мы слышали, предупредило ректоровъ университетовъ, чтобы они въ предстоящемъ учебномъ году не принимали променій отъ женщинъ, такъ какъ принятіе женщинъ въ число студентовъ университетовъ незаконно даже при автономіи университетовъ и можетъ имѣть мѣсто лишь при рѣшеніи этого вопроса законодательнымъ путемъ. Зачисленнымъ же въ прошломъ году въ число студентовъ женщинамъ документы должны быть возвращены.

1356. Медицинскимъ факультетомъ Киевскаго Университета выработаны слѣдующія правила для спеціальныхъ и повторительныхъ курсовъ врачей: 1) Курсы открываются одинъ разъ въ теченіи учебнаго года, съ 1-го декабря по 15-ое января и ведутся какъ профессорами, такъ и ч. преподавателями. 2) Для организаціи и веденія дѣла преподаванія на курсахъ медицинскій факультетъ избираетъ особую комиссію изъ 3-хъ членовъ факультета. 3) Комиссія повторительныхъ курсовъ заблаговременно рассылаетъ вопросные бланки относительно этихъ курсовъ преподавателямъ, и на основаніи присланныхъ заявленій распределяетъ курсы по днямъ и часамъ недѣли съ обозначеніемъ мѣста чтеній или практическихъ занятій. Расписание это утверждается факультетомъ и объ открытіи курсовъ помѣщаются заблаговременно публикаціи въ медицинскихъ и общіе изданія по выбору комиссіи. 4) Врачи, желающіе слушать повторительные курсы, подаютъ на общемъ основаніи прошенія ректору, который и разрѣшаетъ выдачу входныхъ билетовъ. 5) Въ пользу отдѣльныхъ преподавателей, лекціи и руководство которыхъ врачи желаютъ воспользоваться, назначается особая плата, примѣнительно къ нормѣ одного рубля за недѣльный часъ каждого курса, при чемъ 25% означенной платы отчисляется на покрытіе расходовъ по практическимъ занятіямъ врачей въ учебно-вспомогательныхъ учрежденіяхъ университета и по содержанію канцеляріи курсовъ. Комиссія для веденія дѣла на курсахъ избрана на 1906—1907 годъ въ составѣ проф. В. П. Образцова и Ѳ. Г. Яновскаго подъ предсѣдательствомъ проф. В. К. Высоковича.

1357. Медицинскій факультетъ Московскаго Университета въ принятыхъ имъ «правилахъ предметнаго преподаванія» устанавливаетъ въ общемъ тотъ же порядокъ, что и теперь, при чемъ не вводится никакихъ подраздѣленій на спеціальности или группы. Весь курсъ прохожденія медицинскіхъ наукъ раздѣляется на 2 части—первая охватываетъ естественныя и часть медицинскіхъ наукъ, она предшествуетъ обязательному полукурсовому испытанію и можетъ быть проходимъ учащимися не меньше какъ въ 4 семестра; 2-ая часть курса посвящена спеціально медицинскимъ наукамъ, она можетъ быть проходимъ не меньше какъ въ 6 семестровъ и распадается на 2 отдѣла: пропедевтический (2 семестра) и клиническій (4 семестра). Предметы, читаемые въ различныхъ частяхъ и отдѣлахъ, остаются тѣ же, что и нынѣ; въ прохожденіи предметовъ устанавливается та же послѣдовательность, какъ и до сихъ поръ. Экзамены изъ предметовъ первой части сдаются въ одинъ изъ слѣдующихъ сроковъ: 1) съ 1-го по 10-ое сентября, 2) съ 13-го по 21-ое января и 3) съ 15-го по 31-ое мая. По предметамъ пропедевтическаго отдѣла экзамены сдаются по всѣмъ его систематическимъ курсамъ въ майскій или сентябрьскій экзаменационные періоды. Удовлетворительное выдержаніе этихъ экзаменовъ и успѣшное выполненіе практическихъ упражненій безусловно необходимы для полученія права на практическія занятія въ факультетскихъ и госпитальныхъ клиникахъ въ качествѣ кураторовъ. Въ періодъ прохожденія клиническаго отдѣла крош. посѣщенія клиникъ студенты слушаютъ систематическіе курсы по медицинскимъ наукамъ и занимаются соответственными упражненіями. Окончательный экзаменъ, будетъ ли онъ производиться въ факультетѣ или въ государственной комиссіи, долженъ представлять испытаніе изъ тѣхъ предметовъ второй части медицинскаго курса, которыхъ студентъ не держалъ въ теченіи курса; исключаются тѣ, по которымъ представлены и одобрены клиническія исторіи болѣзней, а также могутъ быть исключены и предметы полукурсового экзамена. Какъ нововведеніе, медицинскій факультетъ предполагаетъ установить 3 семестра: 1) осенній—съ 10-го сентября по 20-ое декабря, 2) весенній—съ 21-го января по 15-ое мая и 3) лѣтній—съ 1-го июня по 31-го августа. Лѣтній семестръ для профессоровъ не обязатель. Онъ назначается для желающихъ изъ числа профессоровъ и ч. ч. пр. Промежутки между указанными сроками учебнаго времени назначены для экзаменовъ.

1358. Рѣчь (8 іюля), со словъ «Сибирскаго Вѣстника», сообщаетъ, что ректоръ Томскаго Университета прислалъ г-жѣ Т. Н. Т.—й уведомленіе, что медицинскій факультетъ постановилъ допустить ее къ слушанію лекцій въ качествѣ посторонней слушательницы, о чемъ ректоромъ Университета возбуждено установленнымъ порядкомъ ходатайство.

1359. Въ Одесскихъ газетахъ напечатано слѣдующее объявленіе, касающееся студентовъ медицинскаго факультета: Правленіе Новороссійскаго Университета приглашаетъ студентовъ 1-го семестра медицинскаго факультета внести слѣдующую съ нихъ плату за весеннее полугодіе 1906 года не позже 5-го августа; въ противномъ случаѣ, въ виду установленнаго Советомъ комитета, мѣста, которыхъ могли бы быть имъ предоставлены, будутъ считаться свободными.

1360. Медицинскій Советъ въ засѣданіи своемъ 27-го іюня разсматривалъ вопросъ о разрѣшеніи открывать въ Петербургѣ заводы для выдѣлки марина, при чемъ призналъ необходимымъ, чтобы при открываніи



на этотъ счетъ *правильно* соблюдались еще слѣдующія: 1) маргариновые заводы должны быть устроены согласно указанію современной техники и гигиены; 2) матеріалъ для производства маргарина (сала) долженъ приобретаться исключительно на Петербургской бойнѣ. Покупка сала отъ животныхъ, убитыхъ не на мѣстной бойнѣ, не допускается; 3) городскому торговому санитарному надзору долженъ быть открытъ свободный доступъ на эти заводы, при чемъ само производство маргарина должно находиться подъ постояннымъ торгово-санитарнымъ надзоромъ; 4) къ маргарину и искусственному маслу прибавляется не менѣе 10% кунжутнаго масла; безъ этой прибавки фабрикация не допускается. Прибавленіе кунжутнаго масла требуется въ виду того, что оно легко можетъ быть обнаружено и такимъ образомъ облегчается контроль подмѣсей маргарина къ коровьему маслу.

1361. Согласно съ соображеніями Медицинскаго Совѣта отъ 2 мая 1906 г. министерство внутреннихъ дѣлъ объявило распоряженіе, чтобы *отпущеніе продажи лѣчебныхъ сыворотокъ* изъ аптекарскихъ магазиновъ производилась лишь по требованію больницы, содержателей аптекъ и аптекарскихъ магазиновъ; отпущеніе изъ аптекарскихъ магазиновъ лѣчебныхъ сыворотокъ частнымъ лицамъ безъ требованія врачей не должно быть допущено.

1362. Киевская губернская Управа объявляетъ конкурсъ на освободившееся мѣсто *помощника заведующаго врачебно-санитарнымъ бюро* при Управѣ; предпочтеніе будетъ отдано врачу, практически знакомому съ веденіемъ санитарно-статистическаго дѣла. Желающихъ занять означенное мѣсто Управа проситъ до 1 августа сего года представить жизнеописаніе, печатныя работы или списокъ ихъ и другія данныя по желанію конкурентовъ. Жалованье 1500 р., служба не государственная.

1363. Въ только-что вышедшемъ болѣе чѣмъ съ годичнымъ изданіемъ (изъ-за задержки цензурой) мартовскомъ № «Журнала Общества Русскихъ Врачей въ память Н. И. Пирогова» истекшій годъ помѣщена статья Д. Н. Жбанкова «о *травматической эпидеміи въ Россіи*», сохранившая полный интересъ и для настоящаго момента. Рисуя, по газетнымъ сообщеніямъ объ убійствахъ, погромахъ, самоубійствахъ и пр. (лишь за февраль 1905 года), переживавшее Россію тягостное положеніе (столь близкое и къ настоящему), глубоко уважаемый авторъ описываетъ это положеніе Россіи, какъ *патологическое* и какъ таковое, считаетъ его требующимъ общаго освѣщенія и отъ врачей. «У насъ идетъ теперь страшная борьба, говоритъ онъ, болѣе глубокая и радикальная, чѣмъ даже французская борьба конца XVIII вѣка. Старое не хочетъ уступать новому; привилегіи, вышнія сословія и бюрократія противъ уравнинія и равноправія; штурмъ противъ требованій рабочихъ; одна національности возстала противъ другихъ. Провисхидитъ переоценка всего существующаго, но стороны не согласны на мирное веденіе дѣла, и получается общая путаница и ожесточенная борьба сходящаго со своимъ старымъ и нарождающагося новаго. И въ результатѣ травматическая эпидемія—эпидемія убійствъ, насилій и всевозможныхъ изувѣрствъ—охватила всю страну. Жизнь и чужая, и своя утратила свою цѣну; кругомъ рутятся старыя идеалы, колеблется прежнія основы, гибнутъ тысячи жизней, и у многихъ людей ускользаютъ временами всякіе стимулы, заставляющіе дорожить жизнью. На этой почвѣ и возникло то *стигійное зловѣщее патологическое явленіе, которое съ полнымъ правомъ можно назвать травматической эпидеміей*.... (нашъ переводъ. Ред.). «Отовсюду несутся вѣсти объ ея жертвахъ: массовыя избіенія однихъ національностей другими, столкновенія рабочихъ и войскъ, убійства отдѣльныхъ представителей стараго порядка, избіенія учащихъ, появленіе большихъ количествъ особъ носителей травматизма—хулигановъ, грабителей и провокаторовъ—и, наконецъ распространеніе эпидеміи среди оставшейся до сихъ поръ спокойной крестьянской массы». Деревенскихъ безпорядковъ, по мнѣнію автора, нужно опасаться еще болѣе, чѣмъ городскихъ. «Если болѣе культурное городское населеніе выдвигаетъ изъ себя хулигановъ и всякихъ насильниковъ, то въ возбудимой деревнѣ могутъ оказаться еще худшіе звѣри и истатели за многовѣковое рабство и угнетеніе. Волненіе деревни является послѣдней и самой страшнѣйшей угрозою настоящему порядку, и нужно торопиться съ умиротвореніемъ всей страны и удовлетвореніемъ всѣхъ деревенскихъ нуждъ. Деревню мы до сихъ поръ только опекали и стригли какъ овцу, а теперь нужно серьезно приняться за уплату нашего долга крестьянству, за уравниеніе его съ другими сословіями и за правильное разрѣшеніе земельнаго вопроса». При пересмотрѣ прошестій за февраль, авторъ съ особымъ вниманіемъ останавливается на носившихъ по преимуществу патологическій характеръ по своей безсмысленности: мужъ разстрѣливаетъ семью, безсильная старуха душитъ другую полуирающую старуху. Что это какъ не признавъ времени, какъ не слѣдствие заразительности эпидеміи? Она не встрѣчаетъ уже нигдѣ должнаго отпора и разливается широкими волнами въ видѣ массовыхъ избіеній и отдѣльныхъ убійствъ по всей странѣ. Человѣконенавистничество и крики «распина» стали распространеннымъ лозунгомъ; общество окончательно развратилось, перестало любить жизнь и боится смерти,—сердца очерствѣли, огрубѣли чувства... появились даже динизмъ и злорадный смѣхъ въ описаніяхъ и разсказахъ объ убійствахъ... Мы уже привыкаемъ къ массовымъ убійствамъ, мы уже изъ-за этихъ громадныхъ цифръ не видимъ самихъ пострадавшихъ, не видимъ живыхъ людей, а только одни все увеличивающіеся ряды цифръ... Мы близки къ ужасному патологическому...»

ащемъ братоубійственнымъ кровавымъ настроеніемъ общества жизнь потеряла всякую цѣну, и они покочили съ собой самоубійствомъ. У другихъ этотъ упадокъ энергіи, истощеніе нервной силы и жизнерадостности сказались иначе; онъ переходитъ въ кадры неработающихъ, незаботящихся о завтрашнемъ днѣ и плывущихъ по теченію настоящаго бурнаго времени, поощряющаго дурныя страсти и создающаго возможность вести праздную жизнь на счетъ другихъ. Повсюду, говоритъ Д. Н. Жбанковъ, отмѣчается громадное увеличеніе нищенства, при чемъ часто эти нищѣ не просятъ, а требуютъ и отказывающихся ругаютъ и даже бьютъ. Мы настаиваемъ, что не одні экономическія причины—безработица, лишеніе кормильцевъ, взятыхъ на войну, забастовки—создаютъ эту армію нищихъ, но нравственно-общественныя и политическія условія также отрываютъ людей отъ дѣла и заставляютъ жить на «авось». Нѣтъ увѣренности въ завтрашнемъ днѣ, не видно выхода изъ настоящаго тяжелаго положенія, и человѣкъ идетъ на улицу. Поэтому у насъ накопилось въ послѣднее время такая масса всевозможныхъ золоторотцевъ, хулигановъ, грабителей—этихъ безответныхъ орудій травматической эпидеміи.... Борьбѣ съ послѣдней можно только оздоровленіемъ почвы, на которой она возникаетъ и распространяется, устраненіемъ всѣхъ условій, разносящихъ заразу челоѣконенавистничества, вражды, мести и жажды крови. А эта борьба возможна только тогда, когда будетъ призванъ къ самостоятельности и самостоятельности весь народъ, такъ какъ никакими насильственными мѣрами нельзя измѣнить внутренняго челоѣка, и только своей волей и своими усиліями, при благоприятныхъ вѣшнихъ условіяхъ, можетъ онъ справиться съ развѣдающей его заразой. Нужно предоставить самому народу выработать условія своей будущей жизни, и эта созидательная работа явится началомъ оздоровленія страны. Нужно созвать свободно избранныхъ представителей всего народа; созывъ этого учредительнаго собранія уже самъ по себѣ явится прекращеніемъ челоѣконенавистничества внутри страны....»—Такъ писалъ Д. Н. Жбанковъ въ мартѣ 1905 г., отмѣтивши, что «травматическая эпидемія» въ февралѣ этого года «достигла своего апогея». Мы можемъ только прибавить, что она держится на этой высотѣ и до настоящаго момента и, судя по разыгрывающейся политической драмѣ, будетъ все усиливаться до степени *всероссійской травматической пандеміи*.

1364. Однимъ изъ самыхъ наболѣвшихъ вопросовъ въ дѣлѣ *признанія больныхъ въ Забайкальской области*—это признаніе душевно-больныхъ. Во всемъ Забайкальѣ, по словамъ врача, посѣщающаго въ «Дали» (20 го іюня) специальную статью врачебнымъ нуждамъ Забайкалья, существуетъ одно только психіатрическое лѣчебное заведеніе, носящее устарѣлое названіе «Больницы для умалишенныхъ Забайкальскаго казачьяго войска». Больница эта на 30 кроватей и обслуживаетъ исключительно казачье населеніе. Во главѣ больницы поставленъ начальникъ больницы—полковникъ. Обремененная казну непродуманными расходами на содержаніе никому не нужнаго хозяйственнаго персонала, положеніе о больницѣ не предусматривало необходимости имѣть фельдшеру для женскаго отдѣленія, хотя и учредило это отдѣленіе и въ случаѣ, когда требуется женскій уходъ за больными казачками, содержимыми въ этой больницѣ (напр., роды или женскія заболѣванія), ихъ приходится переводить въ другія лѣчебныя заведенія. Между тѣмъ, кромѣ начальника больницы, положены еще по штату должности смотрителя и помощника смотрителя больницы—и все это на больницу въ 30 кроватей! Нельзя не согласиться съ авторомъ статьи, что врядъ-ли найдется хотя-бы одно частное лѣчебное заведеніе съ такимъ штатомъ старшихъ хозяйственныхъ чиновъ при такомъ незначительномъ числѣ больныхъ и что гораздо целесообразнѣе было-бы создать должность младшаго врача; тогда, быть можетъ, единственный штатный старшій врачъ не былъ-бы безсмысленнымъ дежурнымъ во все время службы. Несомнѣнно, что больницы на 30 кроватей для всѣхъ душевно-больныхъ казачьяго населенія обоего пола болѣе, чѣмъ недостаточно, а потому прочіе больные сверхъ 30-ти находятся на попеченіи своихъ родныхъ чаще всего безъ всякаго призора, если они не буйные, или же сажаются на цѣпь въ случаѣ обнаруженія ими буйства.—Изъ той-же статьи мы узнаемъ, что въ настоящее время Верхнеудинскій мѣстный комитетъ Краснаго Креста оборудовалъ 10 кроватей для душевно-больныхъ, а въ Читѣ достраивается лѣчебница на 25 кроватей. Оба учрежденія будутъ содержаться на средства, отпускаемыя изъ земскихъ сборовъ на содержаніе сельской врачебной части. Итого, всѣхъ больныхъ гражданскаго населенія области будутъ обслуживать 35 кроватей. Между тѣмъ, принимая, что гражданское населеніе области (не считая казачьяго) превышаетъ 400000 и полагая, что на каждыя 1000 человекъ, минимально придется не менѣе одного душевно-больнаго, требующаго specialнаго ухода, не трудно вычислить, что потребное число кроватей для душевно-больныхъ должно быть не ниже 400, а считая казачье населеніе, не менѣе 650—700.

1365. *Одесская станція скорой медицинской помощи* принадлежитъ несомнѣнно къ лучшимъ въ Россіи учрежденіямъ этого рода. Вышедшій на дняхъ «Отчетъ» о дѣятельности этой станціи за 1905 годъ даетъ наглядный примѣръ той усиленной работы, которая выпала на долю станціи въ прошломъ году, оказавшемся столь тяжелымъ для Россіи, вообще, и для Одессы въ особенности. За отчетный годъ станція оказала помощь въ 3543 случаяхъ, изъ коихъ выѣздныхъ было 2761. Въ среднемъ кареты Общества выѣзжали по 9—10 разъ въ сутки, наибольшее

своевременным и необходимым, чтобы высшее и наиболее компетентное в Империи учреждение—Медицинский Совет высказал свое суждение, которое могло бы служить руководящим для других медицинских инстанций и исключало бы возможность противоречивых заключений.

Завѣдующій бактериологической Лабораторіей  
м. вв. дѣл Н. Клодницкій.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

СЛІ. М. Г. Комитетъ Общественной помощи голодающимъ проситъ помѣстить списокъ пожертвованій, поступившихъ въ Комитетъ съ 1 по 30 июня.

1. *Черезъ Пироговское Общество врачей:* Тульскій отдѣлъ сока лицъ медици. персонала 30 р. Семипалатинскій кружокъ по оказанію помощи голодающимъ 150 р. Отъ спектакля въ Юрьевѣ, Владимір. губ., 21 р. 28 к. Служащіе на ст. Жмеринкѣ, Юго-Запад. ж. д. 69 р. 75 к. Служ. 2 сахаро-акция. округа Киевской губ. въ Черкассахъ 18 р. 53 к. Служ. Ташкентскаго Военнаго Госпитала 23 р. 88 к. С. П. Пересвѣтовъ 3 р. А. В. Полозовъ 6 р. Лыговскій кружокъ любит. драматич. искусства 22 р. Есауль В. Г. Толстовъ 10 р. Оцѣночно-стат. бюро Черниг. губ. з. Управы 16 р. Черезъ д-ра Воскресенскаго 12 р. 30 к. Медич. персон. «Сѣзда всескихъ врачей Борзен. у. 40 р. Собран. по книжкамъ д-ра С. А. Побѣдискимъ 21 р. 20 к. Л. К. В. (изъ Киева) 10 р. Служ. въ Александр. гор. коммерческомъ уч. Екатеринославской губ., черезъ директора И. Я. Акипѣева 18 р. 56 к. А. Н. Д. (въ Москвѣ) 25 р. Ф. А. Голубевъ 10 р. Семіи Митрофановыхъ и Чижовыхъ 43 р. С. А. Якобсонъ 3 р. Служ. въ Старо-Екатер. больницы 47 р. 1 к. И. В. Поповъ—отъ разныхъ лицъ черезъ обще-вѣдскую организацию 3 р. Е. И. Коробовская 20 р. Торговый домъ Бр. Камтановыхъ 30 р. Черезъ А. М. Храброва 164 р. 83 к. Архангельская 2 р. 40 к. Служ. въ глав. конторѣ Вакин. отд. товар. Бр. Нобель 59 р. 40 к. Наташа Якименко 55 р. Служ. Холмскаго духов. уч. Любл. губ. 12 р. 15 к. Собр. Л. А. Юниной въ Полтав. психіатр. зем. больницы 12 р. Собр. среди крест. въ Мироновской завод. больницы 4 р. И. И. Ушаковъ 20 р. А. Н. Соллогубъ 5 р. Д-ръ О. Г. Гиртцель 5 р. Софія Мустацъ 6 руб. Врачъ Сергѣевъ и ф-ра Шипкинъ, Смирновъ и Александровскій 8 р. 30 к. Черезъ контору редакціи «Новости Дня» 92 р. Курганскій комитетъ общ. помощи голод. 600 р. В. Н. Бѣланина 5 р. Н. С. Шавердева, пожар. пед. персоналомъ жен. гимназіи 54 р. 05 к. Черезъ ред. «Рус. Вѣд.» 400 руб. Отъ служащихъ 2-го сахаро-акціоннаго округа въ Черкассахъ, Киевск. губ. 18 р. 68 к. П. Кюлита 10 р. Курганскій Комитетъ общественной помощи голодающимъ 300 р. Спб. Надеждинское Родовспомогат. заведеніе 22 р. 70 к. А. Э. Сварикъ 3 р. Служащіе Екатеринославской войсковой больницы 11 р. 75 к. Чины Туркестанскаго Окружнаго военно-медицинскаго Управления 17 р. 34 к. Есауль В. Г. Толстовъ 10 р. Киевское о-во любителей-велосипедистовъ 50 р. Сочувствующіе черезъ врача Н. А. Ладыгина 35 р. Чины Ташкентскаго военнаго госпиталя 24 р. 69 к. Черезъ д-ра Е. П. Николаева собраніе по книжкамъ 32 р. 45 к. Всего 2693 р. 75 к.

*Черезъ Московское О-во Сельскаго Хозяйства:* С. Слонимскій 15 р. Черезъ председателя Тобольскаго Окружнаго Суда 0-й вычѣтъ на содержаніе чиновъ суда за май 26 р. 78 к. Чины Главнаго Управленія Неокладныхъ Сборовъ 114 р. 71 к. Чины и лѣсная стража Яренскаго лѣсничества 8 р. С. Б. 25 р. Черезъ председателя Тобольскаго окружнаго Суда пожертв. миров. судьями 1 и 2 уч. Курганскаго у. и судебнымъ приставомъ по г. Кургану 6 р. 20 к. Туркестанское о-во сельскаго хозяйства 10 р. Предсѣдатель Тобольскаго окружнаго суда 23 р. 32 к. М. Ивановъ 5 р. Завѣдующій Ржевскимъ казеннымъ № 2 складомъ пожертв. рабочими и продавцами винныхъ лавокъ 10 р. 21 к. Черезъ председателя Тобольскаго окружнаго суда пожертв. миров. судьями 1 п. 6 уч. Токалинскаго у. 4 р. 71 к., миров. судей 3 уч. Ялуторовск. у. 4 р. 40 к. и миров. судьями 1 и 3 уч. Туринскаго у. 7 р. 89 к. Е. Штолесъ 5 р. Туркестанское о-во сельскаго хозяйства 142 р. 47 к. Редакція «Русск. Вѣдом.» (въ томъ числѣ 30 р. на школы. стол.) 305 р. 52 к. Податной инспекторъ О. П. Кудко 10 р. Чины Тверскаго 4-го Окружн. Акціон. Управл. 3 р. 35 к. Предсѣдатель Тобольскаго окружн. Суда 13 р. 11 к. Онъ же 6 р. 39 к. А всего 747 р. 06 коп.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1354. *Первый государственный актъ, прошедшій новымъ путемъ, т. е. утвержденный Верховною властью послѣ принятія Государственной Думой и Государственнымъ Советомъ—это законопроектъ объ ассимованіи 15 милліоновъ рублей на продовольственную ссуду крестьянамъ въ пораженных не-*

1355. Министерство народнаго просвѣщенія, какъ мы слышали, предупредило ректоровъ университетовъ, чтобы они въ предстоящемъ учебномъ году не принимали прошеній отъ ассиминовъ, такъ какъ принятіе женщинъ въ число студентовъ университетовъ незаконно даже при аутономіи университетовъ и можетъ имѣть мѣсто лишь при рѣшеніи этого вопроса законодательнымъ путемъ. Зачисленнымъ же въ прошломъ году въ число студентовъ женщинамъ документы должны быть возвращены.

1356. Медицинскимъ факультетомъ Киевскаго Университета выработаны слѣдующія правила для специальныхъ и повторительныхъ курсовъ врачей: 1) Курсы открываются одинъ разъ въ теченіи учебнаго года, съ 1-го декабря по 15-ое января и ведутся какъ профессорами, такъ и ч. преподавателями. 2) Для организации и веденія дѣла преподаванія на курсахъ медицинскій факультетъ избираетъ особую комиссію изъ 3-хъ членовъ факультета. 3) Комиссія повторительныхъ курсовъ заблаговременно рассылаетъ вопросные бланки относительно этихъ курсовъ преподавателямъ, и на основаніи присланныхъ заявленій распределяетъ курсы по днямъ и часамъ недѣли съ обозначеніемъ мѣста чтеній или практическихъ занятій. Росписаніе это утверждается факультетомъ и объ открытіи курсовъ поощаются заблаговременно публикаціи въ медицинскихъ и общихъ изданіяхъ по выбору комиссіи. 4) Врачи, желающіе слушать повторительные курсы, подаютъ на общемъ основаніи прошенія ректору, который и разрѣшаетъ выдачу входныхъ билетовъ. 5) Въ пользу отдѣльныхъ преподавателей, лекцій и руководствомъ которыхъ врачи желаютъ воспользоваться, вносится особая плата, примѣнительно къ нормѣ одного рубля за недѣльный часъ каждаго курса, при чемъ 25% означенной платы отчисляется на покрытіе расходовъ по практическимъ занятіямъ врачей въ учебно-вспомогательныхъ учрежденіяхъ университета и по содержанію канцеляріи курсовъ. Комиссія для веденія дѣла на курсахъ избрана на 1906—1907 годъ въ составѣ проф. В. П. Образцова и О. Г. Яновскаго подъ предсѣдательствомъ проф. В. К. Высоковича.

1357. Медицинскій факультетъ Московскаго Университета въ принятыхъ имъ «правилахъ предметнаго преподаванія» устанавливаетъ въ общемъ тотъ же порядокъ, что и теперь, при чемъ не вводится никакихъ подраздѣленій на спеціальности или группы. Весь курсъ прохожденія медицинскихъ наукъ раздѣляется на 2 части—первая обнимаетъ естественныя и часть медицинскихъ наукъ, она предшествуетъ обязательному полукурсовому испытанію и можетъ быть проходима учащимися не менѣе какъ въ 4 семестра; 2-ая часть курса посвящена спеціально медицинскимъ наукамъ, она можетъ быть проходима не менѣе какъ въ 6 семестровъ и распадается на 2 отдѣла: пропедевтический (2 семестра) и клиническій (4 семестра). Предметы, читаемые въ различныхъ частяхъ и отдѣлахъ, остаются тѣ же, что и нынѣ; въ прохожденіи предметовъ устанавливается та же послѣдовательность, какъ и до сихъ поръ. Экзамены изъ предметовъ первой части сдаются въ одинъ изъ слѣдующихъ сроковъ: 1) съ 1-го по 10-ое сентября, 2) съ 13-го по 21-ое января и 3) съ 15-го по 31-ое мая. По предметамъ пропедевческаго отдѣла экзамены сдаются по всѣмъ его систематическимъ курсамъ въ майскій или сентябрскій экзаменаціонные периоды. Удовлетворительное выдержаніе этихъ экзаменовъ и успѣшное выполненіе практическихъ упражненій безусловно необходимы для полученія права на практическія занятія въ факультетскихъ и госпитальныхъ клиникахъ въ качествѣ кураторовъ. Въ періодъ прохожденія клиническаго отдѣла крошкѣ посѣщенія клиникъ студенты слушаютъ систематическіе курсы по медицинскимъ наукамъ и занимаются соотвѣственными упражненіями. Окончательный экзаменъ, будетъ ли онъ производиться въ факультетѣ или въ государственной комиссіи, долженъ представлять испытанія изъ тѣхъ предметовъ второй части медицинскаго курса, которыхъ студентъ не держалъ въ теченіи курса; исключаются тѣ, по которымъ представлены и одобрены клиническія исторіи болѣзней, а также могутъ быть исключены и предметы полукурсового экзамена. Какъ нововведеніе, медицинскій факультетъ предполагаетъ установить 3 семестра: 1) осенній—съ 10-го сентября по 20-ое декабря, 2) весенній—съ 21-го января по 15-ое мая и 3) лѣтній—съ 1-го июня по 31-го августа. Лѣтній семестръ для профессоровъ не обязательнъ. Онъ назначается для желающихъ изъ числа профессоровъ и ч. ч. пр. Промежутки между указанными сроками учебнаго времени назначены для экзаменовъ.

1358. Рѣчь (8 іюля), со словъ «Сибирскаго Вѣстника», сообщаетъ, что ректоръ Томскаго Университета прислалъ г-жѣ Л. И. Т.—й увѣдомленіе, что медицинскій факультетъ постановилъ допустить ее къ слушанію лекцій въ качествѣ постоянной слушательницы, о чемъ ректоромъ Университета возбуждено установленнымъ порядкомъ ходатайство.

1359. Въ Одесскихъ газетахъ напечатано слѣдующее объявленіе, касающееся студентовъ медицинскаго факультета: Правленіе Новороссійскаго Университета приглашаетъ студентовъ 1-го семестра медицинскаго факультета внести слѣдующую съ нихъ плату за весеннее полугодіе 1906 года не позже 5-го августа; въ противномъ случаѣ, въ виду установленнаго Советомъ комплекта, мѣста, которыя могли бы быть имъ предоставлены, будутъ считаться свободными.

1360. Медицинскій Советъ въ засѣданіи своемъ 27-го іюня рассматривалъ вопросъ о разрѣшеніи открывать въ Петербургѣ заводы для выдѣлки марина, при чемъ признавъ необходи-

на этот счет *правила* соблюдались еще следующие: 1) маргаринные заводы должны быть устроены согласно указанию современной техники и гигиены; 2) материал для производства маргарина (сала) должен приобретаться исключительно на Петербургской бойни. Покупка сала от животных, убитых не на местной бойне, не допускается; 3) городскому торговому санитарному надзору должен быть открыт свободный доступ на эти заводы, при чем само производство маргарина должно находиться под постоянным торгово-санитарным надзором; 4) к маргарину и искусственному маслу прибавляется не менее 10% кукушного масла; без этой прибавки фабрика не допускается. Прибавление кукушного масла требуется в виду того, что оно легко может быть обнаружено и таким образом облегчается контроль подделкой маргарина к коровьему маслу.

1361. Согласно с соображениями Медицинского Совета от 2 мая 1906 г. министерство внутренних дел объявило распоряжение, чтобы *отменял продажу лечебных сывороток* из аптекарских магазинов производилась лишь по требованию больных, содержателей аптек и аптекарских магазинов; отпуск же из аптекарских магазинов лечебных сывороток частным лицам без требования врачей не должен быть допускается.

1362. Киевская губернская Управа объявляет конкурс на освобождение места *помощника заведующего врачебно-санитарным бюро* при Управе; предпочтению будет отдано врачу, практически знакомому с ведением санитарно-статистического дела. Желающих занять означенное место Управа просит до 1 августа сего года представить жизнеописание, печатные работы или список их и другие данные по желанию конкурентов. Жалованье 1500 р., служба не государственная.

1363. В только-что вышедшем больше чем с годичным запозданием (из-за задержки цензурой) мартовском № «Журнала Общества Русских Врачей» в память *Н. И. Пирогова* за истекший год помещена статья *Д. Н. Жбанкова о травматической эпидемии в России*, сохранившая полный интерес и для настоящего момента. Рисун, по газетным сообщениям об убийствах, погромах, самоубийствах и пр. (лишь за февраль 1906 года), переживавшееся Россиею тягостное положение (столь близкое и к настоящему), глубоко уважаемый автор описывает это положение России, как *патологическое* и как таковое, считает его требующим общего освещения и от врачей.

«У нас идет теперь страшная борьба, говорит он, больше глубокая и радикальная, чем даже французская борьба конца XVIII века. Старое не хочет уступать новому; привилегии, высшие сословия и бюрократия против уравнивания и равноправия; паутинка против требований рабочих; одиё национальности восстаёт против других. Происходит переоценка всего существующего, но стороны не согласны на мирное ведение дела, и получается общая путаница и ожесточенная борьба сходящего со сцены старого и нарождающегося нового. И в результате травматическая эпидемия—эпидемия убийств, и сил и всевозможных извращений—охватила всю страну. Жизнь и чужая, и своя утратила свою цену; кругом рушатся старые идеалы, колеблется прежняя основы, гибнут тысячи жизней, и у многих людей ускользают временами всякие стимулы, заставляющие дорожить жизнью. На этой почве и возникло то *стихийное жуткое патологическое явление, которое с полным правом можно назвать травматической эпидемией*».... (наш курсив. Ред.). Отовсюду несутся всти об ее жертвах: массовые избиения одних национальностей другими, столкновения рабочих и войск, убийства отдельных представителей старого порядка, избиения учащихся, появление больших количеств особых носителей травматизма—хулиганов, грабителей и провокаторов—и, наконец распространение эпидемии среди оставшейся до сих пор спокойной крестьянской массы. Деревенских беспорядков, по мнению автора, нужно опасаться еще больше, чем городских. «Если более культурное городское население выдвигает из себя хулиганов и всяких насильников, то в возбужденной деревни могут оказаться еще худшие злосты и мстители за многовековое рабство и угнетение. Возмущение деревни является последней и самой страшной угрозою настоящему порядку, и нужно торопиться с умиротворением всей страны и удовлетворением всех деревенских нужд. Деревню мы до сих пор только опекали и стригли как овцу, а теперь нужно серьезно приняться за уплату нашего долга крестьянству, за уравнивание его с другими сословиями и за правильное разрешение земельного вопроса. При пересмотре прошлых за февраль, автор с особым вниманием останавливается на носителях по преимуществу патологический характер по своей бессмысленности: мужья разстреливают семью, бесильная старуха душит другую полуумирающую старуху». Что это как не признак времени, как не следствие заразительности эпидемии? Она не встречает уже нигде должного отпора и развивается широкими волнами в вид массовых избиений и отдельных убийств по всей стране. Человечеконенавистничество и крики «распи» стали распространенным лозунгом; общество окончательно развратилось, перестало любить и бояться смерти,—сердца очерствели, огрубели чувства... появились даже дивизии и злобный смех в описаниях и разсказах об убийствах... Мы уже привыкаем к массовым убийствам, мы уже из-за этих громадных цифр не видим самих пострадавших, не видим живых людей, а только одни все увеличивающиеся ряды цифр... Мы близки к ужасному...

ащем братоубийственным кровавым настроением общества жизнь потеряла всякую цену, и они покончили с собой самоубийством. У других этот упадок энергии, истощение нервной силы и жизнерадостности сказался иначе; они переходят в кадры неработающих, незабывающих о завтрашнем дне и пьющих по течению настоящего бурного времени, поощряющего дурные страсти и создающего возможность вести праздную жизнь на счет других. Повсюду, говорит *Д. Н. Жбанков*, отбывается громадное увеличение нищенства, при чем часто эти нищие не просят, а требуют и отказывающихся ругают и даже бьют. Мы настаиваем, что не одиё экономический причины—безработица, лишение кормильцев, взятых на войну, забастовки—создают эту армию нищих, но нравственно-общественные и политические условия также отрывают людей от дела и заставляют жить на «авось». Нить уверенности в завтрашнем дне, не видно выхода из настоящего тяжелого положения, и человек идет на улицу. Поэтому у нас накопилось в последнее время такая масса всевозможных золоторотцев, хулиганов, грабителей—этих безответных орудий травматической эпидемии... Борются с последней можно только оздоровлением почвы, на которой она возникает и распространяется, устранением всех условий, разноразличных заразу человечеконенавистничества, вражды, мести и жажды крови. А эта борьба возможна только тогда, когда будет призван к самостоятельности и самостоятельности весь народ, так как никакими насильственными мерами нельзя изменить внутреннего человека, и только своей волей и своими усилиями, при благоприятных внешних условиях, может он справиться с развращающей его заразой. Нужно предоставить самому народу выработать условия своей будущей жизни, и эта самостоятельная работа явится началом оздоровления страны. Нужно созвать свободно избранных представителей всего народа; созыв этого учредительного собрания уже сам по себе явится прекращением человечеконенавистничества внутри страны...»—Так писал *Д. Н. Жбанков* в марте 1905 г., отбывши, что «травматическая эпидемия» в февраль этого года «достигла своего апогея». Мы можем только прибавить, что она держится на этой высоте и до настоящего момента и, судя по разыгрывающейся политической драме, будет все усиливаться до степени *всероссийской травматической пандемии*.

1364. Одним из самых набравших вопросов в деле *признания больных в Забайкальской области*—это признания душевно-больных. Во всем Забайкалье, по словам врача, посвящающего в «Дали» (20 го июня) специальную статью врачам-психиатрам Забайкалья, существует одно только психиатрическое лечебное заведение, носившее устарелое название «Больницы для умалишенных Забайкальского казачьего войска». Больница эта на 30 кроватей и обслуживает исключительно казачье население. Во главе больницы поставлен начальник больницы—полковник. Обременяя казну непропорциональными расходами на содержание никому не нужного хозяйственного персонала, положение о больнице не предусматривало необходимости иметь фельдшерину для женского отделения, хотя и учредило это отделение и в случаях, когда требуется женский уход за больными казачками, содержимыми в этой больнице (напр., роды или женские заболевания), их приходится переводить в другие лечебные заведения. Между тем, кроме начальника больницы, положены еще по штату должности смотрителя и помощника смотрителя больницы—и все это на больницу в 30 кроватей! Нельзя не согласиться с автором статьи, что вряд-ли найдется хотя-бы одно частное лечебное заведение с таким штатом старших хозяйственных чинов при таком незначительном числе больных и что гораздо целесообразнее было-бы создать должность младшего врача; тогда, быть может, единственным штатным старшим врачом не был-бы бессмысленным дежурным во все время службы. Несомненно, что больницы на 30 кроватей для всех душевно-больных казачьего населения обоего пола более, чем недостаточно, а потому прочие больные сверх 30-ти находятся на попечении своих родных чаще всего без всякого присмотра, если они не буйные, или же сажаются на цепь в случае обнаружения ими буйства.—Из той-же статьи мы узнаем, что в настоящее время Верхнеудинский местный комитет Красного Креста оборудовал 10 кроватей для душевно-больных, а в Читѣ достраивается лечебница на 25 кроватей. Оба учреждения будут содержаться на средства, отпускаемые из земских сборов на содержание сельской врачебной части. Итого, всех больных гражданского населения области будут обслуживать 35 кроватей. Между тем, принимая, что гражданское население области (не считая казачьяго) превышает 400000 и полагая, что на каждые 1000 человек, минимально придется не менее одного душевно-больного, требующего специального ухода, не трудно вычислить, что потребное число кроватей для душевно-больных должно быть не ниже 400, а считая казачье население, не менее 650—700.

1365. *Одесская станция скорой медицинской помощи* принадлежит несомненно к лучшим в России учреждениям этого рода. Вышедший на днях «Отчет» о деятельности этой станции за 1905 год дает наглядный примѣръ той усердной работы, которая выпала на долю станции в прошлом году, оказавшейся столь тяжелой для России, вообще, и для Одессы в особенности. За отчетный год станция оказала помощь в 3543 случаях, из коих выданных было 2761. Из среднем кареты Общества выезжали по 9—10 раз в сутки, наибольшее...



вали частным лицам (1466 раз), а затем полиция (1021 раз). О быстроте, с какой подается, как днем, так и ночью помощь при вызовах, можно судить на основании данных, имеющихся на станции записей; с момента ответа станцией по телефону «Идем» до времени выезда приходится в среднем 20—30 секунд, а ночью 1—2 минуты; с момента же вызова до времени прибытия на место проходить, в среднем 10—11 минут и лишь в исключительных случаях (дальность расстояния)  $\frac{1}{2}$  часа и несколько больше. Что касается до характера заболеваний, служивших поводом к вызову всегда раздраженных карет, то преобладающими причинами вызова были раны, огнестрельные, ушибленные и другие раны, затем отравления (из коих наиболее часто нашатырным спиртом, угарным газом и алкоголем), а также припадки падучей и истерии. В 99 случаях массовых несчастий помощь оказана была 524 лицам; во время еврейских погромов в один только оттавский день помощь оказана была 352 пострадавшим.

1366. Мы приводили выше (см. № 17, стр. 530) напечатанное в № 5 «Сибирских Врачебных Ведомостей» *открытое письмо* проф. М. Г. Курлову бывшего ассистента госпитальной терапевтической клиники Н. Соловьева. В № 7 той же газеты напечатан *ответ* проф. Курлова д-ру Соловьеву в вид открытого письма. В виду многих, содержащихся в этом ответе небезинтересных данных о внутренней жизни в Томской клинике приводим цитируем этот «Открытый ответ врачу Н. С. Соловьеву»: «М. Г. Николай Семенович! 5-го марта Вы обратились ко мне с просьбой принять третейский суд для разбора обстоятельств Вашего ухода из моей клиники. Я указал Вам, что считаю неудобным начинать такое разбирательство, так как оно положило бы на Вас же самих и некоторых Ваших бывших товарищей по клинике. Я предлагал Вам идти уже начатым путем — путем официальной жалобы на меня, как директора клиники, так как предложение подать в отставку шло от меня не как от Вашего товарища-врача, а как Вашего начальника. Вы не согласились с моим предложением, а в открытом письме, помещенном в № 5 «Сибирских Врачебных Ведомостей», требуете меня к третейскому разбирательству, давая на размышление целый месяц. В указанном письме Вашем от 29-го апреля Вы в виду моего выезда из Томска, без всякой просьбы с моей стороны, соглашаетесь продлить этот срок еще до 20-го мая. Желая привлечь меня к третейскому Суду, Вы, очевидно, считаете возможным в чем-то меня обвинить и, быть может, надеясь на мой отказ от третейского Суда, предполагаете бросить на меня некоторую тяжесть, так как принято считать, что кто не соглашается на суд, значит неправ. Не смотря на возможность такого суждения обо мне, я не считаю себя вправе прибегнуть к третейскому Суду, так как служебные вопросы не могут быть решаемы этим способом. А потому я еще раз предлагаю Вам идти уже начатым Вами путем, т. е. обжаловать мои действия перед начальством. Но, имея в виду, что Вы вынесли этот вопрос в печать, и я считаю своим долгом публично объяснить Вам причины, заставившие меня удалить Вас из моей клиники. Как неимеющий степени доктора медицины, но старший из моих ординаторов, Вы были назначены и. д. ассистента моей клиники с 24-го сентября 1905 года. С первых шагов назначения Вы повели дело с товарищами-ординаторами так нетактично, что вскоре все врачи, работавшие в клинике: Лепорский, Калачников, Элясон и Васильков перестали подавать Вам руку. Не смотря на мои советы держать себя скромнее, особенно не изображать из себя начальства, Вы позволяли себе без достаточных оснований, но демонстративно перед младшим медицинским персоналом извещать медицинские назначения других ординаторов, а когда один из них потребовал от Вас объяснений такого вмешательства, Вы, наговорив ему целый ряд неслучайных и оскорбительных, позволили себе плюнуть ему в лицо, после чего произошла драка в больнице. Уведомленный письмом об этом оскорблении одним из свидетелей этой дикой истории, я должен был тогда же удалить Вас из клиники, но, так как большинство врачей было взято на театр военных действий и больница оставалась почти без врачебного персонала и вскоре Вам самому приходилось идти в ополчение, я употребил все усилия, чтобы замкнуть эту некрасивую историю, предупредив, что удалю Вас при малейшем дальнейшем поводе, и, Вы знаете, что повод этот был дан Вами очень скоро. На одном из обходов я заметил, что Вы были нездоровы, и предложил Вам идти домой отдохнуть, обещая на другой день осмотреть Ваших больных, как я это делал и для других сослуживцев. На другой день в 8 часов утра я был уже в Ваших палатах, осматривал и назначил лечение почти всем больным. К 10 часам прибыли Вы с 2-мя студентами и, вместе благодарности за оказанную Вам чисто товарищескую услугу, едва поправившись со мной, начали при мне же обходить уже осматриваемых мною больных, отозвав от меня находившуюся при мне фельдшерницу, затем сестру милосердия и, наконец, игнорируя совершенно мое присутствие в палатах, начали звать и оставшуюся со мной сиделку. Я не подавал вида, что Вы поступаете безтактно, что Вы, как ассистент, обязаны быть около меня во время моего обхода, а 2 раза в самой любезной форме подзывал Вас к себе, обращаясь со словами: «посмотрите, Николай Семенович», «послушайте, Николай Семенович», но получал от Вас с противоположного конца палаты недовольные и грубые отклики: «знаю», «ну так что же». Выйдя из палаты, я вызвал Вас к себе и просил объяснить, что значить

вся эта демонстрация. На это Вы с поднятыми руками начали кричать, что Вы не лаете за мной ходить, что долгие исполнять лакейских обязанностей не желаете. Вот на эти Ваши слова я и предложил Вам немедленно оставить мою клинику и искать себе какое-нибудь другое место, менее Вас шокирующее. Вы подали прошение об отставке, по болезни, и когда оно было двинуто законным порядком, Вы явились ко мне на квартиру с просьбой не отстранять Вас от должности в виду того, что Вы семейный человек и вскоре уезжаете на войну. Снисходя к этой Вашей просьбе, я обещал не трогать Вас до возвращения с войны, но чтобы по возвращении с войны не предлагать Вам еще раз подавать прошение об увольнении, я просил Вас написать особое прошение об этом без обозначения числа. Все это было у меня же в кабинете исполнено и Вы обещали всей Вашей будущей деятельностью оправдать предомою, Вашим учителем. Мясца через 2 послѣ Вашего отъезда Вы прислали мне письмо, в котором просили возвратить Вам прошение без обозначения числа, указывая, что нахождение такого документа в моих руках беспокоит Вашу семью. Вы назначили 18-го июля тем сроком, до которого Вы будете ждать от меня ответа на это письмо. Я не буду писать Вам, какое впечатление произвело на меня Ваше послание. Я сказал Вам, что оставлю Вас до окончания войны, а Вы пишете, что не доверяете мне и просите для верности возвратить Вам Ваше прошение. Я возвращал Вам это прошение, но через день или два послѣ того получал от Вашего командира бумагу с приложением Вашего рапорта, в котором Вы жаловались на мои действия, прося защитить Ваши интересы, так как все состоящее на гражданской службе чиновника, отправляясь на театр военных действий, сохраняют за собою места, с Вас же взято прошение об отставке без обозначения числа. Поняв из этого, что Вы, воспользовавшись моей снисходительностью, желаете во что бы то ни стало сохранить за собою место ассистента и по возвращении с войны, я вынужден был дать дальнейший ход задержанному мною первому Вашему прошению об отставке. Если я поступил неправильно, Вам остается жаловаться на меня, как на директора клиники. Проф. М. Курлов».

1367. Петербургский Союз медицинского персонала выбрал на предстоящий делегатский съезд всероссийского Союза медицинского персонала 5 делегатов: С. И. Ладженскую, М. С. Марулиса, Е. В. Святославского, Г. Я. Трошина и М. В. Шиперовича («Мысль», 6-го июля).

1368. Союзом медицинского персонала открыта в Петербурге *амбулатория для безработных*. Союз вырабатывает нормальный устав для своих амбулаторий. В устав этот вводится пункт, по которому представитель амбулатории из врачей войдет с правом решающего голоса в районные советы безработных («Речь», 8-го июля).

1369. Нам сообщают, что санитарные врачи Петербурга в заявления, поданном в городскую санитарную Комиссию вошли с предложением городу учредить *собственный особый склад лекарственных веществ*, для того, чтобы избавить от действующей ныне системы поставки лекарств несколькими аптеками, получившими на то монополию.

1370. В *Алафузовской больнице* 5 июля, по словам «Страны» (7-го июля), «опять произошел вывоз на тачках; на этот раз пострадал один из младших больничных ординаторов. Попечитель больницы 6-го июля экстренно сложил с себя звание попечителя».

1371. 4-го июля в Петербургском Союзе медицинского персонала д-р Д. П. Никольский сдал доклад *«о чернотенных врачах»*. К числу таковых докладчик причислил врачей, натравливающих одну часть населения на другую, врачей-доносчиков, практикующих ссыск и врачей, принимающих участие в смертных казнях и экзекуциях. После доклада принято было постановление, осуждающее врачей указанной категории.

1372. По всем военным госпиталям, по словам «ХХ-го Вѣка» (9-го июля), отдано негласное распоряжение не принимать, по возможности, таких больных, которые могут ходить и разговаривать, так как это способствует обложению солдат и проявлению мятежного духа. Это распоряжение не спасло, однако, Семеновский Александровский военный госпиталь от неповиновения начальству, вызвавшегося в том, что все поголовно больные отказались пить сгущенное молоко, которое им было дано, как свежее. Это «возмущение» длилось 3 дня. На четвертый последовали свежее молоко и аресты.

1373. По словам «Приволжского Края» (7-го июля), в Сырени послѣ ужасного пожара, уничтожившего буквально весь город, найдено уже 544 обуглившихся трупов. Такого количества сгорѣвших, кажется, не далъ ни один еще пожаръ.

1374. Насколько в настоящее время нужно быть осмотрительным со всякого рода жалобами и заявлениями, даже коллективными, подаваемыми высшей администрации больничными служителями *против врачей*, показывается случай, имевший место в Киевской еврейской больнице. «Киевские Уголоски Жизни» передают, что «служителем еврейской больницы А. Магальса подано начальнику юго-западного края прошение, подписанное 54 служителями той же больницы, в котором они заявляют, будто врачи-евреи враждебно к ним».



носятся и часто подвергаются им незаслуженным оскорблениям. После производства врачом инспектором дознания, выяснилось, что А. Магалия был уволен администрацией больницы за недобросовестное исполнение служебных обязанностей, после чего и начал угговаривать товарищей-служащих обратиться к губернатору с просьбой о защите их от евреев-врачей. Служители, подписавшие эту жалобу, теперь выражают свое сожаление о том, что они попались на удочку.

1375. Д-р Н. Д. Тимков в № 4 «Врачебно-санитарной хроники Курской губ.» в «замечки о дѣтской смертности в с. Дяконово Курского уезда в связи с питомицеским промыслом» приводит ряд цифр, свидетельствующих о прогрессивном возрастании дѣтской смертности в этом селении, главном центре питомицеского промысла в Курском уезде. Количество ввезенных в с. Дяконово (население которого около 8000) питомцев за 10-лѣтіе съ 1896 г. по 1905 г. возросло съ 18-ти въ 1896 г. до 68-ми въ 1899 году, понижилось въ 1905 году до 32-хъ, при чемъ изъ общаго числа ввезенныхъ за 10 лѣтъ питомцевъ—430—къ 1906 году умерло 290 и осталось въ живыхъ 140, при этомъ почти 40% ввезенныхъ питомцевъ умерло, не доживъ до 3-мѣсячнаго возраста, а 8 дѣтей умерло даже въ первые 4 недѣли жизни. По метрическимъ даннымъ 23,9% изъ умершихъ на 1-мъ году и 64,3% изъ умершихъ отъ года и старше погибли отъ островазаныхъ болѣзней. Отношеніе умершихъ до 1 года питомцевъ къ общему числу умершихъ въ этомъ возрастѣ въ среднемъ за 10 лѣтъ въ с. Дяконово—13,1%. Справка по метрическимъ книгамъ о движеніи населенія въ селеніи Дяконово за болѣе длинный періодъ времени—за 30 лѣтъ (1876—1905) свидетельствуетъ, что смертность дѣтей отъ 1 года до 5 лѣтъ въ с. Дяконово стоитъ за весь 30-лѣтній періодъ очень высоко сравнительно съ общеуездной, не имѣя наклонности къ пониженію за послѣднее 10-лѣтіе, не смотря на то, что по Курскому уезду смертность въ этой возрастной группѣ за послѣднее время нѣсколько даже уменьшилась. Въ с. Дяконово подробнаго изслѣдованія причинъ дѣтской смертности и вліянія питомицескаго промысла на здоровье дѣтей мѣстнаго населенія не производилось. Авторъ не отрицаетъ, что «причины прогрессивнаго возрастанія дѣтской смертности въ этомъ селеніи, кромѣ вліянія значительно развившагося питомицескаго промысла, кроются также въ общихъ условіяхъ, способствующихъ возрастанію, дѣтской смертности во всей губерніи и въ неблагополучіи самого с. Дяконова, гдѣ периодически повторяющіяся дѣтскія эпидеміи отличаются особенною злокачественностью и уносятъ массу жертвъ, въ результатѣ которыхъ годы даютъ въ сѣбѣ убыль населенія (въ 1899 г. убыль въ 250 чел., 1905 г. убыль въ 49 чел.), поэтому онъ справедливо настаиваетъ на желательности ограничить ввозъ питомцевъ въ с. Дяконово, какъ въ интересахъ кореннаго населенія, такъ и ихъ самихъ, и на необходимости обстоятельнаго изслѣдованія названнаго селенія въ цѣляхъ его оздоровленія. Этого требуетъ скученность жителей, бывшая въ глаза экономическая необеспеченность населенія, сильная заболѣваемость жителей села болотной лихорадкой, дисентеріей.

1376. Въ № 3—4 «Журнала Общества Русскихъ Врачей въ память Н. И. Пирюева» за истекшій годъ д-ръ Е. Яковенко въ статьѣ «О мелкой земской единицѣ съ врачебно-санитарной точки зрѣнія», говоря о задачахъ этого, уже предпріятнаго къ введенію новаго органа земскаго управленія въ врачебно-санитарномъ дѣлѣ, рѣшительно высказывается противъ попытокъ регламентаціи ея дѣятельности изданіемъ государственнаго санитарнаго закона. Напоминаетъ, что въ Россіи въ нѣкоторыхъ врачебныхъ кругахъ, близкихъ къ администраціи и въ самомъ правительствѣ постоянно поддерживалась мысль объ изданіи, по примѣру почти всѣхъ государствъ Зап. Европы, общегосударственнаго закона для установленія опредѣленныхъ нормъ въ общественномъ охраненіи народнаго здоровья, авторъ высказываетъ предположеніе, что вопросъ этотъ вновь возникнетъ при предстоящемъ пересмотрѣ земскаго «положенія» и въ связи съ вопросомъ о мелкой земской единицѣ. «Въ отвѣтъ на подобныя попытки мы должны всякій разъ отвѣчать, говорить онъ, что въ Россіи еще рано говорить о государственномъ законѣ. Ни въ условіяхъ народной жизни, ни въ общественномъ сознаніи, ни, наконецъ, въ формахъ общественно-политическаго устройства въ настоящее время у насъ не нѣтъ еще тѣхъ основаній, на которыхъ можно было-бы создать практическій и жизненный санитарный законъ. Нужно раньше создать эти условія, нужно ждать, пока населеніе само станетъ требовать санитарныхъ законовъ снизу, но нельзя раньше этого давать ихъ сверху». Признавая, что вопросы народнаго здравоохраненія имѣютъ общегосударственное значеніе, д-ръ Е. Яковенко рекомендуетъ не упускать изъ виду слѣдующее: «Во-первыхъ, всякій санитарный законъ, помимо своей правильности въ научно-теоретическомъ отношеніи, необходимо долженъ являться плодомъ не творческой мысли законодателя, но ясно опредѣлившихся требованій существующей дѣятельности. Въ каждомъ новомъ санитарномъ законѣ населеніе должно получать не нѣчто для него еще неизвѣстное и непривычное, но лишь то, что уже достаточно прочно укрѣпилось въ сознаніи населенія и нуждается лишь въ установленіи общихъ условій своего всегда правильнаго и точнаго примѣненія. Кромѣ того, всякій санитарный законъ, какъ-бы хорошъ онъ ни былъ, теряетъ все или почти все свое практическое значеніе, какъ только осуществленіе его возлагается на вѣнныя

вѣдѣнныя администрацію или полицію. Необходимо, чтобы примѣненіе закона къ жизни совершалось съ помощью общественной самостоятельности, черезъ посредство выдаваемыхъ самимъ населеніемъ общественныхъ организацій. Въ области народнаго здравоохраненія слѣдуетъ всецѣло придерживаться принципа: все для населенія и все черезъ населеніе». Въ настоящее время, когда народная жизнь вслѣдствіе низкаго уровня развитія населенія и постоянно тяготѣвшей надъ нимъ административно-полицейской опеки, еще не выработала въ самой себѣ достаточно сознанныхъ и выраженныхъ требованій общественнаго характера, преслѣдующихъ задачи здравоохраненія, важно, по мнѣнію автора, оградить предстоящую дѣятельность мелкой земской единицы отъ ограниченія ея роли исполнительными обязанностями какъ по отношенію губернскихъ и уѣздныхъ земствъ, такъ и по отношенію къ государственнымъ санитарнымъ законамъ. Ей въ этой области должна принадлежать такая-же созидательная роль, какая принадлежитъ (правильнѣе—должна по духу закона принадлежать) современному Земству. Мы не знаемъ, въ какомъ объемѣ исполнитъ она эту задачу, какъ 40 лѣтъ тому назадъ не знали, что сдѣлаетъ въ этой области вводившееся тогда Земство. Но мы твердо знаемъ, что для того, чтобы земское врачебно-санитарное дѣло, которое при современномъ Земствѣ, повидимому, не въ состояніи идти дальше организаціи лѣчебной медицинскою помощи, могло развиваться далѣе широко и всесторонне, необходимо, чтобы оно свободно создавалось самимъ населеніемъ. Въ мелкой земской единицѣ намъ важнѣе не органъ мѣстнаго управленія, но органъ проявленія народныхъ силъ и общественной самостоятельности. Держась этой точки зрѣнія, д-ръ Е. Яковенко, понятно, считаетъ вопросами, стоящими на первой очереди, вопросы о правахъ и формахъ организаціи мелкой земской единицы. Въ проектируемомъ уставѣ о мелкой земской единицѣ онъ признаетъ наиболѣе цѣлесообразнымъ задачи ея въ области народнаго здравоохраненія опредѣлить лишь общей, всеохватывающей формулой, находя, что такой формулой можетъ служить приблизительно та же, которая содержится въ современномъ «Положеніи» о земскихъ учрежденіяхъ (Земству статей 2-ой «Положенія» предоставляется «участіе въ мѣропріятіяхъ по охраненію народнаго здоровья... и изысканію способовъ по обезпеченію мѣстности въ санитарномъ отношеніи»). Въ равной мѣрѣ земскимъ учрежденіямъ, вмѣстѣ съ мелкой земской единицей должно быть предоставлено право предпринимать различныя мѣры по организаціи общественнаго примыренія, близко связаннаго съ задачами народнаго здравоохраненія. Естественно далѣе, что для исполненія всѣхъ этихъ задачъ мелкая земская единица точно такъ-же, какъ губернская и уѣздная Земства, должна пользоваться правомъ самоуправленія и полной независимости отъ администраціи. Только при этихъ условіяхъ мелкая земская единица явится дѣйствительнымъ выразителемъ общественныхъ потребностей данной мѣстности. Для этой-же цѣли она должна быть построена на всеобщемъ и всеобщемъ выборномъ началѣ. Это послѣднее условіе особенно важно съ точки зрѣнія врачебно-санитарнаго дѣла, такъ какъ всякія врачебно-санитарныя мѣры касаются всѣхъ жителей данной мѣстности и требуютъ отъ каждого изъ нихъ матеріальныхъ, а иногда и моральныхъ жертвъ. Затѣмъ, для осуществленія различныхъ мѣропріятій по охраненію народнаго здоровья нужны средства и часто весьма значительныя, а слѣд., мелкая земская единица должна обладать нестѣпимымъ правомъ самообложенія и связаннымъ съ нимъ правомъ производить займы. Далѣе, земской мелкой единицѣ должно быть предоставлено право издавать обязательныя санитарныя постановленія и слѣдить за ихъ исполненіемъ. Но такъ какъ нѣкоторые изъ этихъ постановленій могутъ затрогивать интересы сосѣднихъ мелкихъ земскихъ единицъ, то правильно требовать, чтобы въ этихъ послѣднихъ случаяхъ въ изданіи санитарныхъ постановленій принимало участіе уѣздное, а въ случаѣ надобности и губернское земство». Касаясь въ заключеніи своей статьи вопроса, какой величины по территоріи должна быть мелкая земская единица, чтобы возможно лучше удовлетворять требованіямъ врачебно-санитарнаго дѣла, Е. Яковенко высказываетъ пожеланіе, чтобы она по своимъ размѣрамъ не была больше или меньше современнаго нормальнаго медицинскаго врачебнаго участка, т. е. чтобы населеніе ея составляло не болѣе 15—20000, а площадь была бы не болѣе 50—60 кв. верстъ. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ размѣры мелкихъ земскихъ единицъ и опредѣленіе количества ихъ въ уездѣ должны устанавливаться уѣзднымъ земскимъ собраніемъ и подлежать, по усмотрѣнію его, измѣненіямъ. Распределеніе существующихъ и возможныхъ врачебно-санитарныхъ функцій между губернскими и уѣздными земствами и мелкой земской единицей будетъ производиться, по предположенію автора, каждый разъ по взаимному соглашенію и въ соответствии съ интересами самого дѣла, при чемъ онъ рекомендуетъ «всегда помнить, что мелкая земская единица создается не для того, чтобы замѣнить уѣздныя Земства, но для того, чтобы ихъ дополнить, и не о передачѣ и разграниченіи функцій, но объ объединеніи и взаимномъ пополненіи ихъ можетъ и должна идти рѣчь».

1377. 9-го іюля Московское городское общественное самоуправленіе открываетъ въ г. Воскресенскѣ Московской губ. панро-нажъ для душевно-болѣзныхъ, образуемый при Московской Проображенской больницы («Русскія Вѣдомости», 8-го іюля).

1378. Перебросивъ на мѣнѣ, какъ поредають «Агент-скія телеграммы» отъ 6-го іюля начинаетъ принимать эпидемическій характеръ. Въ Екатеринбургѣ въ теченіе іюля въ земской болѣзнь было 22 смертныхъ случая.

1379. Харбинское мѣстное Управление Краснаго Креста рѣшило организовать въ Харбинѣ общину сестеръ милосердія, *открытъ амбулаторію и больницу*. Учрежденіе это крайне необходимо въ виду недостаточныхъ средствъ городской больницы («Виржевыя Вѣдомости», 3 іюля).

1380. Эпидемія цереброспинальнаго менингита достигла въ Пруссіи чрезвычайнаго распространенія: съ 1-го января по конецъ мая было 1570 случаевъ заболѣванія, изъ коихъ 701 со смертельнымъ исходомъ («Münchener med. Wochenschrift», 10 іюля).

1381. Городъ Александрія (въ Египтѣ) объявленъ *неблагополучнымъ* по чумѣ.

1382. Отъ 12 до 14 сентября (новаго стиля) въ Бернѣ собирается 9-й Съездъ немецкаго дерматологическаго Общества, на которомъ проф. Neisser'омъ и Hoffmann'омъ будутъ сдѣланы программные доклады «о современномъ состояніи нашихъ знаний объ этиологии сифилиса». За всѣми справками, касающимися Конгресса, подлежатъ обращаться къ проф. Jaddassohn'у въ Бернѣ.

1383. По словамъ «Рѣчи» (5-го іюля), находяшіеся въ нѣмецкой здравницѣ «Bad Birkenwerder» русскіе больные *честовали главнаго врача* и директора здравницы за то, что администрація ее отказала бывшему градоначальнику Нейдгардту въ приѣмѣ. — Вѣроятно, администрація здравницы руководилась въ своемъ поступкѣ не побужденіями нравственными, а соображеніями коммерческими и нежеланіемъ изъ-за одного пансіонера потерять многихъ другихъ.

1384. Проф. Bouchard сообщилъ въ Парижской Академіи Наукъ (16 іюля) о *дѣйствіи x-лучей на подстриженные волосы*; оказывается, что подъ влияніемъ этихъ лучей сдѣтые волосы выпадаютъ, а вырастающіе на ихъ мѣстѣ новые волосы появляются черными, свѣтлые-же волосы вообще темнѣютъ. — Легко представить себѣ, какъ послѣ этого сообщенія накинута на Röntgen'овскіе лучи всѣ стѣсняющіеся своими сѣдыми волосами старики; необходимо, однако, помнить, что примѣненіе этихъ лучей сопровождается иногда очень тяжелыми послѣдствіями — частичнымъ омертвѣніемъ и трудно заживающими ранами.

1385. Деканомъ медицинскаго факультета Львовскаго Университета на 1906/07 г. избранъ проф. Szymonowicz («Lwowski Tygodnik lekarski», 12 іюля).

1386. Въ Краковѣ получила врачебный дипломъ г-жа H. Donhauser-Sikorska — *первая женщина*, прошедшая курсъ врачебныхъ наукъ въ Краковскомъ Университетѣ («Gazeta lekarska», 14 іюля).

1387. Умерли: 1) Въ Петербургѣ *Алексій Ивановичъ Блелесъ* («Виржевыя Вѣдомости», 5 іюля), родившійся въ 1833 г., а званіе врача получившій въ 1859 г. — 2) Въ Варшавѣ *Иосифъ Францевичъ Ротарскій* («Kronika lekarska», 1 іюля), родившійся въ 1861 г., а званіе врача получившій въ 1886 г.

Намъ доставлены слѣдующія относящіяся къ позднѣйшему времени, *официальныя свѣдѣнія* о врачахъ. Айторнъ опредѣленъ на должность врача при Николаевской почтово-телеграфной конторѣ, Херсонской губерніи. — Аскаковъ земскій врачъ 1-го участка Вятскаго уѣзда и лѣчебницы уѣзднаго земства въ г. Вяткѣ, уволенъ отъ службы за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ земствомъ. — Ахтимовичъ, врачъ больницы Св. Ставислава въ г. Пущинѣ, назначенъ на должность Ломжинскаго уѣзднаго врача. — Алядкинъ опредѣленъ на должность сверхштатнаго врача при Стрѣльнинской почтово-телеграфной конторѣ, С.-Петербургской губерніи. — Амосинъ, старшій по Воронежской губерніи Новохоперскій уѣздный врачъ, уволенъ въ отставку согласно прошенію. — Аратовскій, старшій врачъ Нижегородской губернской земской больницы, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — Аристовъ, участковый врачъ Московско-Курской ж. д., перемѣщенъ на должность четвертаго врача при Маринскомъ приютѣ Врательюбиваго Общества снабженія въ Москвѣ немущихъ квартирами. — Архангельскій уволенъ, согласно прошенію, отъ правъ государственной службы по должности земскаго врача Переяславскаго уѣзда. — Атамасовъ, врачъ для командировокъ при врачебномъ отдѣленіи Оренбургскаго губернскаго правленія, перемѣщенъ на должность сельскаго врача 6-го участка Верхнеуральскаго уѣзда. — Билинскій, врачъ при имѣніи Графа Вобринскаго въ селѣ Михайловскомъ, Богородицкаго уѣзда, перемѣщенъ на должность земскаго врача Елифанскаго уѣзда. — Ближъ опредѣленъ на должность земскаго врача Аккерманскаго уѣзда. — Бойно-Родзевичъ, младшій ординаторъ Виленской окружной лѣчебницы для душевно-больныхъ, назначенъ старшимъ ординаторомъ той-же лѣчебницы. — Борисевичъ, земскій врачъ Устюжнскаго уѣзда, уволенъ отъ службы за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ земствомъ. — Борковский, исправляющій должность Гарволинскаго городского врача, назначенъ исправляющимъ должность Бѣльскаго уѣзднаго врача и врачомъ Бѣльской тюрьмы. — Бройтъ, сельскій врачъ 2-го участка Шавельскаго уѣзда, перемѣщенъ, согласно прошенію, на должность Тельшевскаго уѣзднаго врача. — Брыгузъ, Херсонскій уѣздный врачъ, перемѣщенъ, согласно прошенію, на долж-

ность Херсонскаго городского врача. — Весселъ, Смоленскій участковый сельскій врачъ, Війскаго уѣзда, перемѣщенъ согласно прошенію, на такую-же должность въ Угалинскій врачебный участокъ названнаго уѣзда. — Водопаласъ, сельскій врачъ 1-го участка Вилкомирскаго уѣзда, перемѣщенъ согласно прошенію, на такую-же должность во 2-ой участокъ того-же уѣзда. — Волковъ, ординарный профессоръ С.-Петербургскаго женскаго медицинскаго института, консулянтъ по внутреннимъ болезнямъ при больницѣ Общины Св. Евгенія, состоящей при С.-Петербургскомъ попечительномъ комитетѣ о сестрахъ милосердія Россійскаго Общества Краснаго Креста, уволенъ, согласно прошенію, отъ второй изъ означенныхъ должностей. — Воскресенскій, младшій ординаторъ городской Сокольнической больницы въ Москвѣ перемѣщенъ старшимъ врачомъ той-же больницы. — Габровский, Зельвянскій участковый сельскій врачъ, Волковыскаго уѣзда, перемѣщенъ, согласно прошенію, исправляющимъ должность Волковыскаго городского врача. — Геккеръ, врачъ-специалистъ лѣчебницы для приходящихъ при особомъ присутствіи по реброру и привратнику нищихъ въ С.-Петербургѣ, назначенъ консулянтномъ той-же лѣчебницы. — Георгиевскій, врачъ Колмоновской психиатрической больницы Новгородскаго губернскаго земства, за отказомъ отъ настоящей должности, перемѣщенъ на прежнюю должность земскаго врача Новгородскаго уѣзда. — Гинзбургъ, младшій штатный ординаторъ Воронежской губернской земской больницы, уволенъ отъ занимаемой должности въ отставку. — Гладковъ опредѣленъ на должность заведующаго амбулаторіей и дезинфекціей квартиръ въ 6-мъ участкѣ г. Астрахани съ правами государственной службы. — Горяновъ, земскій врачъ Миргородскаго уѣзда, опредѣленъ исправляющимъ должность Миргородскаго городского врача, съ оставленіемъ въ занимаемой имъ должности. — Громова, Бутырскій участковый врачъ, Барнаульскаго уѣзда, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — Громъ-Гротъ опредѣленъ на должность ординатора губернской больницы Курляндскаго приказа общественнаго призрѣнія. — Грызловъ, помощникъ директора Сергіевской, Крапивненскаго уѣзда, князя Гагарина больницы, за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія, уволенъ отъ занимаемой должности. — Гусаковский, земскій врачъ Тихвинскаго уѣзда, уволенъ отъ службы. — Дерабинъ, сверхштатный ординаторъ Нижегородской губернской земской больницы, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — Дехтеревъ, врачъ Анненковскаго медицинскаго участка, Карсунскаго уѣзда, уволенъ отъ службы за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ земствомъ. — Дидересъ, земскій врачъ Васильскаго уѣзда, уволенъ отъ службы за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ земствомъ. — Добровольскій, Туапсинскій сельскій врачъ, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — Домбровский, опредѣленъ на должность врача Романово-Борисоглебской Александровской земской больницы. — Драгомирецкій, сельскій врачъ 2-го участка Лядскаго уѣзда, назначенъ, согласно прошенію, на должность Ошмянскаго уѣзднаго врача. — Дритсаки, опредѣленъ на должность младшаго ординатора Одесской Касперовской общины сестеръ милосердія Краснаго Креста. — Дунаевскій, врачъ пріемнаго покоя при Ново-Николаевской экономіи, Херсонскаго уѣзда, уволенъ отъ означенной должности за призывомъ на военную службу. — Дурманкина, земскій врачъ Макарьевскаго уѣзда, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — Дьяконовъ, земскій врачъ Нолинскаго уѣзда, уволенъ отъ службы за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ земствомъ. — Зенковъ опредѣленъ на должность Верхотурскаго уѣзднаго врача. — Иванъ назначенъ сверхштатнымъ врачомъ при подвѣдомственной Императорскому Человѣколюбивому Обществу Орловской лѣчебницѣ въ Москвѣ, съ оставленіемъ его въ занимаемой имъ должности сверхштатнаго врача Московскаго родовспомогательнаго заведенія. — Иволгинъ, Угалинскій участковый сельскій врачъ, Війскаго уѣзда, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — Калмыковъ, Ростовскій на Дону городской врачъ, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — Кампанъ, Сычевскій уѣздный врачъ, утвержденъ старшимъ по Смоленской губерніи уѣзднымъ врачомъ. — Карагеозянцъ (онъ-же Каракозовъ) Арешскій уѣздный врачъ, переведенъ на должность Медвѣженскаго уѣзднаго врача, Ставропольской губерніи. — Кастальскій, опредѣленъ исправляющимъ должность Керекскаго уѣзднаго врача. — Кведоръ, сельскій врачъ 2-го участка Россіенскаго уѣзда, перемѣщенъ, для пользы службы, на такую-же должность во 2-ой участокъ Шавельскаго уѣзда. — Рендель, опредѣленъ исправляющимъ должность Лебедянскаго городского врача. — Киркоръ, сверхштатный врачъ Кишиневской губернской земской больницы, опредѣленъ врачомъ, заведывающимъ родильнымъ приютомъ бессарабскаго земства. — Клодничій, сверхштатный младшій медицинскій чиновникъ при Управленіи Главнаго Врачебнаго Инспектора, назначенъ заведывающимъ Астраханскою бактериологическою лабораторіею. — Ключаревъ, Ишимскій, Тобольской губерніи, уѣздный врачъ, переведенъ, согласно прошенію, на должность Усть-Сысольскаго, Вологодской губерніи, уѣзднаго врача. — Ковалевскій, опредѣленъ на должность Илжскаго уѣзднаго врача. — Кошанъ, сверхштатный врачъ Кишиневской еврейской больницы, назначенъ штатнымъ врачомъ той-же больницы. — Кошанъ, утвержденъ въ должности сельскаго врача 12-го участка Оренбургскаго уѣзда. — Кожевниковъ, врачъ Каргатской сельской лѣчебницы, Камнскаго уѣзда, Томской губерніи, переведенъ, согласно прошенію, на должность врача 1-го участка Минусинскаго уѣзда, Енисейской губерніи. — Коноваловъ, врачъ при фабрикѣ Товарищества бумаго-ткацкой мануфактуръ Г. и А. Горбуновыхъ, въ с. Колобовѣ, Ковровскаго уѣзда, перемѣщенъ на должность земскаго врача Вязниковскаго уѣзда. —

*Констансовъ*, завѣдывающій Астраханскою бактериологическою лабораторіею, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — *Коптевъ*, сверхштатный младшій медицинскій чиновникъ при 6. Медицинскомъ Департаментѣ, назначенъ сверхштатнымъ старшимъ медицинскимъ чиновникомъ при Управленіи Главнаго Врачебнаго Инспектора. — *Костинъ*, исправляющій должность Устюжскаго городского врача, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — *Красовскій*, Осиенскій городской врачъ, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — *Кузьминъ*, земскій врачъ Кирилловскаго уѣзда, перемѣщенъ, согласно прошенію, исправляющимъ должность Кирилловскаго уѣзднаго врача. — *Куркутовъ*, исправляющій должность Витебскаго губернскаго врачебнаго инспектора, утвержденъ въ исправляемой должности. — *Русакинъ*, опредѣленъ на должность земскаго врача Сарапульскаго уѣзда. — *Лавровъ*, земскій врачъ Веневскаго уѣзда, уволенъ отъ службы за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ земствомъ. — *Ливиницъ*, сверхштатный врачъ Кашиновской еврейской больницы, назначенъ штатнымъ врачомъ той же больницы. — *Линдевалъ*, исправляющій должность Яранскаго городского врача, переведенъ, согласно прошенію, на должность земскаго врача Яранскаго уѣзда. — *Ложкинъ*, земскій врачъ Яранскаго уѣзда, въ виду избранія его членомъ Государственной Думы, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — *Ломовъ*, Карсунскій уѣздный врачъ, уволенъ въ отставку согласно прошенію. — *Лукашевскій* освобожденъ отъ временнаго исполненія должности Бѣлоцкаго городского врача. — *Лучинскій*, земскій врачъ Кобелякскаго уѣзда, перемѣщенъ, согласно прошенію, на должность Ромеискаго уѣзднаго врача. — *Лызовъ*, земскій врачъ Ковровскаго уѣзда, перемѣщенъ на должность земскаго врача Суздальскаго уѣзда. — *Лызовъ*, врачъ при фабрицѣ Т-ва М-ръ Ив. Коваловъ съ с-мъ въ с. Бонячихахъ, Кинешемскаго уѣзда, уволенъ отъ службы за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ фабриками. — *Любимецкій*, бывшій съ Дальняго Востока, вступилъ въ должность Бѣлоцкаго городского врача. — *Малиновскій*, земскій врачъ Новогрудскаго участка и уѣзда, назначенъ исправляющимъ должность Новогрудскаго уѣзднаго врача. — *Мартиновъ* опредѣленъ исправляющимъ должность Веневскаго уѣзднаго врача. — *Матюшинскій*, Олѣгинскій окружной врачъ, Карскаго уѣзда, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — *Мационскій*, исправляющій должность Тельшевскаго городского врача, назначенъ, согласно прошенію, на должность сельскаго врача 2-го участка Россіенскаго уѣзда. — *Мейеръ*, женщина-врачъ, опредѣлена на должность врача глазной лѣчебницы Уфимскаго отдѣленія попечительства о слѣпыхъ. — *Моликъ-Мурадовъ*, Шушинскій городской врачъ, перемѣщенъ, согласно прошенію, на должность завѣдующаго Орджоникидзе врачебно-наблюдательнымъ пунктомъ. — *Мержинскій*, исправляющій должность Сокольскаго уѣзднаго врача, въ виду неявки по настоящее время къ должности безъ объясненія причинъ, уволенъ отъ таковой. — *Меринъ* сверхштатный старшій медицинскій чиновникъ при Управленіи Главнаго Врачебнаго Инспектора, назначенъ на должность участковаго врача во 2-ой участокъ Киренскаго уѣзда. — *Мирелштейнъ*, сельскій врачъ 4-го участка Черноярскаго уѣзда, уволенъ въ отставку согласно прошенію. — *Моисеевъ*, земскій врачъ Камышловскаго уѣзда, перемѣщенъ на должность земскаго врача Ванинковаго уѣзда. — *Мокомисскій*, сверхштатный Витебскій городской санитарный врачъ, за переходомъ его на должность сельскаго врача 2-го участка Невельскаго уѣзда, уволенъ отъ должности санитарнаго врача. — *Монтевидъ-Клеменсонъ*, женщина-врачъ, утверждена въ должности сверхштатнаго ординатора Харьковской Александровской больницы. — *Мосешвили*, Хачмазскій сельскій врачъ, уволенъ отъ означенной должности за назначеніемъ его сверхштатнымъ ассистентомъ при кафедрѣ фармакологіи Императорскаго Харьковскаго Университета. — *Нейбертъ*, старшій врачъ Петровской губернской земской больницы, назначенъ на должность Вытегорскаго городского врача. — *Немцуровскій* опредѣленъ на должность врача при Николаевскомъ винномъ складѣ, Херсонской губерніи. — *Никольскій*, земскій врачъ Богородицкаго уѣзда, перемѣщенъ на должность земскаго врача Каширскаго уѣзда. — *Новиковъ*, врачъ Рязанско-Уральскаго ж. д., опредѣленъ на должность Орловскаго уѣзднаго врача. — *Осмунскій*, Ломжинскій уѣздный врачъ, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — *Павловскій* утвержденъ въ должности Кобелякскаго уѣзднаго врача. — *Пальмовъ* опредѣленъ на должность врача 3-го участка Енисейскаго уѣзда съ откомандированіемъ въ временному исполненію обязанностей ординатора Красноярской городской больницы. — *Пенкинъ*, Лихвинскій уѣздный врачъ, уволенъ отъ службы, согласно прошенію. — *Пласкинъ*, участковый врачъ 1-го участка Верхотурскаго уѣзда, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — *Покровский*, земскій врачъ Моршанскаго уѣзда, перемѣщенъ на должность врача санитарнаго отдѣленія Тамбовской губернской земской Управы. — *Потомъ*, Черниговскій городской врачъ, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — *Применко*, Битенскій участковый сельскій врачъ, Солонихинскаго уѣзда, перемѣщенъ на такую же должность въ Скидальскій сельскій участокъ, Гродненскаго уѣзда. — *Пшеничневъ* опредѣленъ на должность земскаго врача Балахнинскаго уѣзда. — *Пшидецкий* опредѣленъ на должность врача частной лѣчебницы рудниковъ Вральскаго въ м. Кривомъ Рогѣ, Херсонскаго уѣзда. — *Пыровичъ* опредѣленъ исправляющимъ должность врача-смотрителя Плопкой больницы Св. Алексѣя. — *Ревскій*, земскій врачъ 6-го участка Макарьевскаго уѣзда, опредѣленъ на должность Семеновскаго уѣзднаго врача, Нижегородской губерніи. — *Рейзенбергъ*, сверхштатный врачъ Кишиневской еврейской больницы, назначенъ на должность участковаго

больницы. — *Раннепортъ*, земскій врачъ Кирилловскаго уѣзда, уволенъ отъ службы за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ земствомъ. — *Рождественскій*, Скидальскій участковый сельскій врачъ, Гродненскаго уѣзда, перемѣщенъ, согласно прошенію, на такую же должность въ Яновскій сельскій участокъ, Сокольскаго уѣзда. — *Рубановичъ*, врачъ 9-го участка Челябинскаго уѣзда, перемѣщенъ для пользы службы въ 10-й сельскій участокъ того же уѣзда. — *Рубинштейнъ* опредѣленъ на должность Ишискаго участковаго врача, Томскаго уѣзда. — *Русейкинъ*, бывшій Покровскій уѣздный врачъ, опредѣленъ на должность Сергачскаго уѣзднаго врача. — *Рымовичъ*, помощникъ Пензенскаго губернскаго врачебнаго инспектора, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — *Самсова* опредѣленъ на должность сверхштатнаго ординатора при Николаевской городской больницы, Херсонской губерніи. — *Савицкий* опредѣленъ на должность сверхштатнаго ординатора больницы Св. Іоанна въ г. Люблинѣ. — *Синяверъ* опредѣленъ исправляющимъ должность Оржевскаго уѣзднаго врача. — *Смоларевскій*, Херсонскій городской врачъ, перемѣщенъ, согласно прошенію, на должность Херсонскаго уѣзднаго врача. — *Соколовскій*, старшій врачъ больницы душевно-больныхъ Уфимскаго губернскаго земства, переведенъ на должность старшаго врача Черниговскихъ богоугодныхъ заведеній. — *Соколовъ* опредѣленъ на должность Туапсинскаго сельскаго врача, Черноморской губерніи. — *Соловьевъ* опредѣленъ на должность сверхштатнаго врача при Новоладжской почтово-телеграфной конторѣ. — *Сосновъ* опредѣленъ на должность врача-специалиста при Пензенской общинѣ сестеръ милосердія. — *Спасскій*, Кирсановскій уѣздный врачъ, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — *Строкинъ* опредѣленъ на должность врача Московской Иверской общины сестеръ милосердія Россійскаго Общества Краснаго Креста. — *Студзинскій*, Каневскій городской врачъ, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — *Теплянинъ*, Барскій уѣздный врачъ, назначенъ помощникомъ Уфимскаго губернскаго врачебнаго инспектора. — *Тимофеевъ* опредѣленъ на должность сверхштатнаго ординатора Казанской городской Александровской больницы. — *Титовъ*, старшій врачъ терапевтическаго отдѣленія больницы имени братьевъ Бахрушиныхъ въ Москвѣ, назначенъ исправляющимъ должность директора и главнаго доктора означенной больницы. — *Трембачъ*, сверхштатный ординаторъ Харьковской городской амбулаторной лѣчебницы, уволенъ въ отставку за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ городскимъ общественнымъ управленіемъ. — *Трисвятскій*, исправляющій должность участковаго врача 2-го участка Киренскаго уѣзда, перемѣщенъ исправляющимъ должность участковаго врача 3-го участка Верхотурскаго уѣзда. — *Ураицковъ*, Сѣдлецкій губернский медицинскій инспекторъ, перемѣщенъ на должность Астраханскаго губернскаго врачебнаго инспектора. — *Федоровичъ-Ведеръ*, помощникъ Уфимскаго губернскаго врачебнаго инспектора, назначенъ сверхштатнымъ старшимъ медицинскимъ чиновникомъ при Управленіи главнаго врачебнаго инспектора. — *Фейтельбергъ*, врачъ Виндавскаго городского училища, перемѣщенъ на должность врача при Виндавскомъ реальномъ училищѣ. — *Фельдштейнъ*, земскій врачъ Аккерманскаго уѣзда, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — *Фесенко*, Бульскій уѣздный врачъ, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — *Фехнеръ*, исправляющій должность Ковенскаго губернскаго врачебнаго инспектора, утвержденъ въ исправляемой должности. — *Филатовскій*, земскій врачъ Валуйскаго уѣзда, переведенъ на должность Елисаветградскаго городского санитарнаго врача. — *Фольману*, земскому врачу 5-го участка Черкаскаго округа, предоставлены права государственной службы. — *Фридеъ*, участковый врачъ 3-го участка Балаганскаго уѣзда, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — *Фонъ-Фриккенъ* опредѣленъ на должность врача Колмоновской психиатрической больницы Новгородскаго губернскаго земства. — *Ходоровскій* опредѣленъ исправляющимъ должность Сорокскаго уѣзднаго врача. — *Хоммеръ*, сверхштатный врачъ при врачебномъ Управленіи Амурской области, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — *Чеботаревъ*, врачъ Грушевской экономической больницы въ имѣніи Его Императорскаго Высочества Великаго Князя Михаила Николаевича, Херсонскаго уѣзда, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — *Чистяковъ*, врачъ 3-го участка Минусинскаго уѣзда, перемѣщенъ, согласно прошенію, на должность врача 2-го участка Красноярскаго уѣзда. — *Чумболовъ*, сельскій врачъ 1-го участка Внутренней Киргизской Орды, перемѣщенъ исправляющимъ должность уѣзднаго врача Киргизской Орды. — *Шаттенштейнъ*, Воронежскій городской врачъ, назначенъ почетнымъ членомъ попечительства дѣтскихъ приютовъ Воронежскаго губернскаго попечительства. — *Шефферъ*, старшій врачъ Рязанской уѣздной земской больницы, уволенъ отъ службы. — *Шлезингеръ*, Лейба-Овсей, врачъ при Полангенской прогимназіи, Гродненскаго уѣзда, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — *Шлезингеръ*, Оскаръ-Фердинандъ, дежурный врачъ при Дирекціи Императорскихъ С.-Петербургскихъ театровъ, переведенъ, согласно прошенію, на должность Лузскаго уѣзднаго врача. — *Шмидтъ*, Астраханскій губернский врачебный инспекторъ, перемѣщенъ на должность Сѣдлецкаго губернскаго медицинскаго инспектора. — *Шполанскій*, Благодаринскій уѣздный врачъ, переведенъ на должность Безопаснскаго участковаго сельскаго врача. — *Якимовичъ*, сельскій врачъ 2-го участка Ошмянскаго уѣзда, назначенъ, согласно прошенію, на должность Ружанскаго участковаго сельскаго врача Слонимскаго уѣзда.

Опечатки: въ статьѣ Н. М. Бегежскаго на стр. 790 (№ 25) лѣвый столбецъ, 16 строка снизу вмѣсто 3000 населенія долж-

1379. Харбинское местное Управление Красного Креста решило организовать в Харбин общину сестер милосердия, открыть амбулаторию и больницу. Учреждение это крайне необходимо в виду недостаточных средств городской больницы («Виржевыя Вѣдомости», 3 июля).

1380. Эпидемия цереброспинального менингита достигла в Пруссии чрезвычайного распространения: с 1-го января по конец мая было 1570 случаев заболевания, из коих 701 со смертельным исходом («Münchener med. Wochenschrift», 10 июля).

1381. Городъ Александрия (въ Египтѣ) объявленъ неблагополучнымъ по чумѣ.

1382. Отъ 12 до 14 сентября (новаго стиля) въ Бернѣ собирается 9-ый Съездъ немецкаго дерматологическаго Общества, на которомъ проф. Neisser'омъ и Hoffmann'омъ будутъ сдѣланы программные доклады «о современномъ состояніи нашихъ знаний объ этиологии сифилиса». За всѣми справками, касающимися Конгресса, подлежитъ обращаться къ проф. Jadassohn'у въ Бернѣ.

1383. По словамъ «Рѣчи» (5-го июля), находящіяся въ нѣмецкой здравницѣ «Bad Birkenwerder» русскіе больные чествовали главнаго врача и директора здравницы за то, что администрація ее отказала бывшему градоначальнику Нейдгардту въ приѣмѣ. — Вѣроятно, администрація здравницы руководилась въ своемъ поступкѣ не побужденіями нравственными, а соображеніями коммерческими и нежеланіемъ изъ-за одного пансионера потерять многихъ другихъ.

1384. Проф. Bouchard сообщилъ въ Парижской Академіи Наукъ (16 июля) о дѣйствиіи x-лучей на подсыхающіе волосы; оказывается, что подъ влияніемъ этихъ лучей сѣдые волосы выпадаютъ, а вырастающіе на ихъ мѣстѣ новые волосы появляются черными, свѣтлыя же волосы вообще темнѣютъ. — Легко представить себѣ, какъ послѣ этого сообщенія накинута на Röntgen'овскіе лучи всѣ стѣсняющіеся своими сѣдыми волосами старики; необходимо, однако, помнить, что примѣненіе этихъ лучей сопровождается иногда очень тяжелыми послѣдствіями — частичными омертвѣніемъ и трудно заживающими ранами.

1385. Деканомъ медицинскаго факультета Львовскаго Университета на 1906/07 г. избранъ проф. Szymonowicz («I.owski Tygodnik lekarski», 12 июля).

1386. Въ Краковѣ получила врачебный дипломъ г-жа Н. Donhaizer-Sikorska — первая женщина, прошедшая весь курсъ врачебныхъ наукъ въ Краковскомъ Университетѣ («Gazeta lekarska», 14 июля).

1387. Умерли: 1) Въ Петербургѣ Алексѣй Ивановичъ Блассъ («Виржевыя Вѣдомости», 5 июля), родившійся въ 1833 г., а званіе врача получившій въ 1859 г. — 2) Въ Варшавѣ Іосифъ Францевичъ Ротарскій («Kronika lekarska», 1 июля), родившійся въ 1861 г., а званіе врача получившій въ 1886 г.

Намъ доставлены слѣдующія относящіяся къ повѣдѣвшему времени, официальные свѣдѣнія о врачахъ. Айморнъ определенъ на должность врача при Николаевской почтово-телеграфной конторѣ, Херсонской губерніи. — Аксаковъ земскій врачъ 1-го участка Вятскаго уѣзда и лѣчебницы уѣзднаго земства въ г. Вяткѣ, уволенъ отъ службы за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ земствомъ. — Алхимовичъ, врачъ больницы Св. Станислава въ г. Щучинѣ, назначенъ на должность Ломжинскаго уѣзднаго врача. — Алладинъ определенъ на должность сверхштатнаго врача при Стрѣльнинской почтово-телеграфной конторѣ, С.-Петербургской губерніи. — Амошинъ, старшій по Воронежской губерніи Новохоперскій уѣздный врачъ, уволенъ въ отставку согласно прошенію. — Араповскій, старшій врачъ Нижегородской губернской земской больницы, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — Аристовъ, участковый врачъ Московско-Курской ж. д., перемѣщенъ на должность четвертаго врача при Маринскомъ приютѣ Вратолубиваго Общества снабженія въ Москвѣ немущихъ квартирами. — Архангельскій уволенъ, согласно прошенію, отъ правъ государственной службы по должности земскаго врача Переяславскаго уѣзда. — Атласовъ, врачъ для командировокъ при врачебномъ отдѣленіи Оренбургскаго губернскаго правленія, перемѣщенъ на должность сельскаго врача 6-го участка Верхнеуральскаго уѣзда. — Билинскій, врачъ при имѣніи Графа Вобринскаго въ селѣ Михайловскомъ, Богородицкаго уѣзда, перемѣщенъ на должность земскаго врача Епифанскаго уѣзда. — Бланкъ определенъ на должность земскаго врача Аккерманскаго уѣзда. — Бойно-Родзевичъ, младшій ординаторъ Виленской окружной лѣчебницы для душевно-больныхъ, назначенъ старшимъ ординаторомъ той-же лѣчебницы. — Борисевичъ, земскій врачъ Устюжскаго уѣзда, уволенъ отъ службы за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ земствомъ. — Борковский, исправляющій должность Гарволинскаго городского врача, назначенъ исправляющимъ должность Бѣльскаго уѣзднаго врача и врачомъ Бѣльской тюрьмы. — Бройтъ, сельскій врачъ 2-го участка Шавельскаго уѣзда, перемѣщенъ, согласно прошенію на должность Тельшевскаго уѣзднаго врача. — Брума, Херсонскій уѣздный врачъ, перемѣщенъ, согласно прошенію, на долж-

ность Херсонскаго городского врача. — Весселовъ, Смоленскій участковый сельскій врачъ, Бійскаго уѣзда, перемѣщенъ согласно прошенію, на такую же должность въ Улалинскій врачебный участокъ названнаго уѣзда. — Водопаласъ, сельскій врачъ 1-го участка Вилкомирскаго уѣзда, перемѣщенъ согласно прошенію, на такую же должность во 2-ой участокъ того-же уѣзда. — Волковъ, ординаторъ профессоръ С.-Петербургскаго женскаго медицинскаго института, консултантъ по внутреннимъ болѣзнямъ при больницѣ Общины Св. Евгенія, состоящей при С.-Петербургскомъ попечительномъ комитетѣ о сестрахъ милосердія Россійскаго Общества Краснаго Креста, уволенъ, согласно прошенію, отъ второй изъ означенныхъ должностей. — Воскресенскій, младшій ординаторъ городской Сокольнической больницы въ Москвѣ, перемѣщенъ старшимъ врачомъ той-же больницы. — Габровскій, Зельванскій участковый сельскій врачъ, Волковыскаго уѣзда, перемѣщенъ, согласно прошенію исправляющимъ должность Волковыскаго городского врача. — Геккертъ, врачъ-специалистъ лѣчебницы для приходившихъ при особомъ присутствіи по ревбору и приврѣнію нищихъ въ С.-Петербургѣ, назначенъ консултантомъ той же лѣчебницы. — Георгиевскій, врачъ Колмовской психиатрической больницы Новгородскаго губернскаго земства, за отказомъ отъ настоящей должности, перемѣщенъ на прежнюю должность земскаго врача Новгородскаго уѣзда. — Гинзбургъ, младшій штатный ординаторъ Воронежской губернской земской больницы, уволенъ отъ занимаемой должности въ отставку. — Гладковъ определенъ на должность заведующаго амбулаторіей и дезинфекціей квартиръ въ 6-мъ участкѣ г. Астрахани съ правами государственной службы. — Горяновъ, земскій врачъ Миргородскаго уѣзда, определенъ исправляющимъ должность Миргородскаго городского врача, съ оставленіемъ въ занимаемой имъ должности. — Громовъ, Бутырскій участковый врачъ, Барнаульскаго уѣзда, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — Гротъ-Гротъ определенъ на должность ординатора губернской больницы Курляндскаго приказа общественнаго приврѣнія. — Грызловъ, помощникъ директора Сергіевской, Крапивенскаго уѣзда, князя Гагарина больницы, за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія, уволенъ отъ занимаемой должности. — Гусакоскій, земскій врачъ Тихвинскаго уѣзда, уволенъ отъ службы. — Дерябинъ, сверхштатный ординаторъ Нижегородской губернской земской больницы, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — Дехтеревъ, врачъ Анненковскаго медицинскаго участка, Карсунскаго уѣзда, уволенъ отъ службы за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ земствомъ. — Дизинъ, земскій врачъ Васильскаго уѣзда, уволенъ отъ службы за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ земствомъ. — Дольскій, Туапсинскій сельскій врачъ, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — Домбровский, определенъ на должность Романово-Борисоглебской Александровской земской больницы. — Драомирскій, сельскій врачъ 2-го участка Лядскаго назначенъ, согласно прошенію, на должность Ошмянскаго врача. — Дритсаки, определенъ на должность ординатора Одесской Касперовской общины сестеръ Краснаго Креста. — Дунаевскій, врачъ приемнаго покоя Николаевской экономіи, Херсонскаго уѣзда, уволенъ отъ должности за призывомъ на военную службу. — Кинъ, земскій врачъ Макарьевскаго уѣзда, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — Дьяконовъ, земскій врачъ Ноллинскаго уѣзда, уволенъ отъ службы за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ земствомъ. — Зенковъ определенъ на должность сскаго уѣзднаго врача. — Ивановъ назначенъ сверхштатнымъ врачомъ при подвѣдомственной Императорскому Человѣчеству Орловской лѣчебницѣ въ Москвѣ, съ оставленіемъ въ занимаемой имъ должности сверхштатнаго сскаго родовспомогательнаго заведенія. — Иволга, участковый сельскій врачъ, Бійскаго уѣзда, уволенъ согласно прошенію. — Калмыковъ, Ростовскій на врачъ, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — Кавалевскій, уѣздный врачъ, утвержденъ старшимъ губерніи уѣзднымъ врачомъ. — Карагозинъ (онъ Арешскій) уѣздный врачъ, переведенъ на должность сскаго уѣзднаго врача, Ставропольской губерніи определенъ исправляющимъ должность Керасовскаго врача. — Кведоръ, сельскій врачъ 2-го участка перемѣщенъ, для пользы службы, на такую же должность 2-ой участка Шавельскаго уѣзда. — Кендлеръ, исправляющій должность Лебедянскаго врача, сверхштатный врачъ Киреевской больницы, определенъ врачомъ приютѣ бессарабскаго земства. — Кисель, младшій медицинскій чиновникъ, инспекторъ лѣчебнаго Инспектора, наставникъ бактериологическаго лаборантскаго участка, уволенъ отъ службы согласно прошенію, на должность земскаго врача 1-го участка Киреевскаго уѣзда. — Кисель, земскій врачъ 12-го участка Каргатовской губерніи, уволенъ отъ службы согласно прошенію, на должность земскаго врача 1-го участка Каргатовской губерніи. — Кисель, земскій врачъ 1-го участка Каргатовской губерніи, уволенъ отъ службы согласно прошенію, на должность земскаго врача 1-го участка Каргатовской губерніи. — Кисель, земскій врачъ 1-го участка Каргатовской губерніи, уволенъ отъ службы согласно прошенію, на должность земскаго врача 1-го участка Каргатовской губерніи.





## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

## МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Русские.

Вѣстникъ общественной гигиены, судебной и практической медицины, ноябрь. 1. П. Обовненко. *Общественная инициатива С. Петербурга въ борьбѣ съ проституціей*. Мѣры борьбы и результаты, достигнутые ими. 2. Ф. С. Стройновскій. *Асфиксія или параличъ сердца*. Судебно-медицинская экспертиза. 3. М. А. Заусайловъ. *О судебно-медицинскихъ экспертизахъ лицъ, пострадавшихъ на желѣзныхъ дорогахъ*. Криминалистическій очеркъ.

Декабрь. 1. М. А. Заусайловъ. *О судебно-медицинскихъ экспертизахъ*. (Окончаніе). 2. Р. Н. Шоръ. *Медицина въ Пермскомъ краѣ*. Медико-статистическій очеркъ. 3. П. Обовненко. *Общественная инициатива Петербурга въ борьбѣ съ проституціей*. Анализъ дѣятельности Петербургскаго Дома милосердія. 4. Я. М. Финкельштейнъ. *Питьевая вода в. Александрополь*. Бактеріологическій и химическій анализъ.

1906 г., январь. 1. В. А. Таранухинъ. *Къ вопросу о распознаваніи выдоха крови на основаніи сыровороточной пробы*. Экспериментальное исследование въ связи съ литературными данными. (Не окончена). 2. Р. Н. Шоръ. *Заболѣваемость и несчастные случаи среди рабочихъ каменноугольныхъ рудниковъ*. Статистическое исследование. 3. Г. И. Ростовцевъ. *Состояніе зрѣнія учащихся начальныхъ сельскихъ школъ*. Обширный статистическій матеріалъ и нѣкоторые выводы изъ него. 4. Вабскій. *Гигиеническія условія жизни арестантовъ Петровскаго исправительнаго отдѣленія*. Статистическія данныя. (Не окончена).

Февраль. 1. Вабскій. *Гигиеническія условія жизни арестантовъ Петровскаго исправительнаго арестантскаго отдѣленія*. Санитарно-гигиеническій обзоръ. (Не окончена). 2. А. Ф. Никитинъ. *Опытъ классификаціи профессій ручного судоходства*. Статистическій матеріалъ. 3. Е. Н. Скворцовъ. *Женубійство*. Очеркъ по судебной медицинѣ.

Мартъ. 1. А. Н. Скворцовъ. *Женубійство*. (Окончаніе). 2. Вабскій. *Гигиеническія условія жизни арестантовъ Петровскаго отдѣленія*. (Окончаніе). 3. В. А. Левашевъ. *Инструкція по обеззараживанію*. (Продолженіе). 4. Н. А. Золотавинъ. *Очеркъ развитія и организаціи работъ по улучшенію водоснабженія въ селахъ*. Санитарно-гигиеническій очеркъ.

Апрѣль. 1. Левашевъ. *Инструкція по обеззараживанію*. (Продолженіе). 2. А. и М. Доминикевичи. *Къ вопросу объ исследованіи фруктовыхъ соковъ и сироповъ*. Подробное химико-физическое исследование. 3. Стройновскій. *Случай сибирской язвы*. 4. Бруснянъ. *Объ опредѣленіи солей извести и магнезій въ питьевыхъ водахъ растворомъ мыла*. Описанный способъ даетъ возможность быстро опредѣлять градусы жесткости и количество извести и магнезій. 5. Арнольдъ. *О жилищныхъ условіяхъ рабочихъ ремонта пути*. Санитарный обзоръ. 6. Вадовъ. *Народная гигиѣна*. Указано нѣсколько разумныхъ правилъ народной гигиены, которая, по автору, подобно народной медицинѣ заслуживаетъ серьезнаго вниманія. 7. Онъ-же. *Праздники и посты и ихъ значеніе въ жизни деревни*.

Харьковский Медицинскій Журналъ, 1906 г., т. I, № 4. 1. В. Я. Данилевскій. *Опытъ надъ влияніемъ лецитина на дѣятельность сердца*. Обстоятельное экспериментальное исследование на сердцахъ (со многими кривыми). 2. М. И. Лифшицъ. *Achylia gastrica в состояніи желудочной секреціи въ пожиломъ возрастѣ*. Замѣтка клиническаго характера. 3. О. В. Коршунъ. *Объ антагонизмѣ между нормальными и микробными бактеріологическими сыворотками*. Экспериментальное исследование. 4. В. М. Вакитко. *О истологическихъ измѣненіяхъ въ поджелудочной железнѣ при раковыхъ новообразованіяхъ ея*. Описаніе случая и гистологическое исследование.

## ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Нѣмецкіе.

Berliner klinische Wochenschrift, 1906 г., № 1, январь. 1. Проф. Хоффа. *Ueber die traumatische Entzündung des Kniegelenkes*. Клиническій очеркъ. 2. Н. Лüdke. *Ueber die Gewinnung von Dysenterietoxin*. (Не окончена). 3. А. Buschke und W. Fischer. *Ueber die Lagerung der Spirochaete pallida im Gewebe*. (См. рефератъ). 4. А. А. Hymans van den Bergh und A. Grutterink. *Enterogene Cyanose*. Описаніе случая. 5. F. Ostwalt. *Ueber tiefe Alkohol-Cocain oder Alkohol-Stovain-Injektionen bei Trigemismus und anderen Neuralgien*. 6. Max Cohn. *Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Behandlung der lymphatischen Sarkome*. 7. J. Bordet. *Bemerkungen über die*

*Antikomplemente*. Полемиическая замѣтка. 8. Lublinski. *Pneumothorax und Recurrenslähmung*. Описаніе случая. 9. *Praktische Ergebnisse: de la Camp. Die Therapie der habituellen Obstipation*. Лѣченіе обычнаго запора. 10. T. von Györy P. Heymann und J. Kohler. *Die Prioritätsfrage Türck-Czermak*. Полемика по вопросу о правѣ первенства на введеніе гортаннаго зеркала въ медицинскую практику.

№ 2. 1. R. Pfeiffer und C. Moreschi. *Ueber scheinbare antikomplementäre und Antiamboceptorwirkungen präcipitierender Sera im Tierkörper*. Мнимое антикомплементное и антиамбоцепторное дѣйствіе преципирующихъ сыворотокъ въ животномъ организмѣ. 2. Apolant, Ehrlich und Haaland. *Experimentelle Beiträge zur Geschwulstlehre*. Проведеніемъ раковой опухоли черезъ большой рядъ мышей удается превратить ее въ саркому. 3. A. Bickel. *Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Mineralwässer auf die sekretorische Magen-funktion*. Вліяніе минеральныхъ водъ на отдѣлительную дѣятельность желудка (опыты на собакахъ). 4. H. Salomon. *Die diagnostische Funktion des Bauches*. О пробномъ проколѣ живота. 5. M. Rothmann. *Ueber die Leitung der Sensibilität im Rückenmark*. (Не окончена). 6. H. Gutzmann. *Zur Physiologie und Pathologie der Atmungsbeugungen (Pneumographie)*. Описаніе способа исследования дыхательныхъ движеній и объ явленіяхъ ихъ при разговорахъ. 7. H. Lüdke. *Ueber die Gewinnung von Dysenterietoxin*. О полученіи токсина кроваваго поноса. 8. *Praktische Ergebnisse*. B. Bosse. *Ueber diffuse eitrige Peritonitis*. О разлитомъ гнойномъ воспаленіи брюшины.

№ 3. 1. S. Laache. *Zur Kasuistik des doppelseitigen Erythems*. Описаніе 2-хъ случаевъ двусторонней эмпіемъ. 2. M. Neisser und H. Sachs. *Die förmliche Blutdifferenzierung durch antihämolytische Wirkung*. Описаніе новаго способа судебно-медицинскаго отличительнаго распознаванія человѣческой крови отъ крови животныхъ. 3. E. Weil und H. Nakayama. *Die Phagocytosebehinderung des Subtilis durch das Subtilis-Aggressin*. Агрессинъ сѣнной палочки препятствуетъ фагоцитозу. 4. S. J. Metzel. *Die hemmenden und andsthesierenden Eigenschaften der Magnesiumsalze*. 5. M. Rothmann. *Ueber die Leitung der Sensibilität im Rückenmark*. О проводникахъ чувствительности въ спинномъ мозгу. (Окончаніе). 6. Schloesser. *Zur Behandlung der Neuralgien durch Alkoholeinspritzungen*. 7. *Praktische Ergebnisse*. H. Beitzke. *Ueber den Nachweis von Bakterien im Blut und seine Bedeutung*. О значеніи и способахъ бактериологическаго исследования крови.

№ 4. 1. E. Stadelmann und A. Bentey. *Erfahrungen über die Behandlung der Lungentuberkulose mit Marmorek's Serum*. Авторы не видѣли никакой пользы отъ сыворотки Marmorek's. 2. E. Levin. *Behandlung der Tuberkulose mit dem Antituberkuloseserum Marmorek's*. Въ половинѣ случаевъ получилось значительное улучшеніе. 3. C. Moreschi. *Zur Lehre von den Antikomplementen*. Къ ученію объ антикомplementахъ. 4. E. Brinizer. *Temperatursteigerung nach Thiosinamingebruch*. Повышеніе температуры послѣ приема thiosinamin'a (описаніе случая). 5. *Praktische Ergebnisse*. B. Heine. *Die Prognose von ologenen Meningitis*. О предсказаніи при менингитѣ ушного происхожденія.

№ 5. 1. G. Edlefsen. *Das jodsaure Natrium und die Cerebrospinalmeningitis*. Хорошіе результаты отъ лѣченія остраго цереброспинальнаго менингита йодноватокислымъ натромъ. 2. J. Lewinsky. *Ueber die Verdeckung des Traubenzuckers und des Glukosamins durch andere in Lösung befindliche Körper*. Химическое исследование. 3. G. Holzknecht. *Ueber die radiologische Untersuchung des Magens im allgemeinen und ihre Verwertung für die Diagnose des beginnenden Carcinomes im besondern*. 4. G. Finder. *Ueber Alypin in der rhinolaryngologischen Praxis*. Alypin можетъ вполне замѣнить кокаинъ. 5. F. Rollin. *Klinische Erfahrungen über Anämien*. Предложеніе лѣчить малокровіе зависящее отъ расстройства желудочнаго пищеваренія собачьимъ желудочнымъ сокомъ, добытымъ по Павлову. 6. *Praktische Ergebnisse*. W. Stoeckel. *Die Pubotomie, eine neue Methode zur Erweiterung des verengten Beckens*. Краткій очеркъ.

№ 6. 1. F. Lange. *Ueber chronische progressive Chorea (Huntington) im jugendlichen Alter*. Клиническій очеркъ въ связи съ описаніемъ случая. 2. v. Pettiti. *Ueber die Ausnutzung der verschiedenen Zuckerarten bei Diabetikern*. 3. M. Meyerhoff. *Zur Typhusdiagnose mittels des Typhusdiagnostikums vom Ficker*. Авторъ признаетъ реакцію склеиванія при помощи препарата Ficker'a хорошимъ способомъ распознаванія. Къ сожалѣнію и тутъ диагнозъ можетъ быть поставленъ лишь въ концѣ второй недѣли болѣзни. 4. E. Tobias. *Die physikalische Behandlung der habituellen Obstipation*. Полезнае дѣйствіе гидротерапіи при обычномъ запорѣ. 5. H. Goldschmidt. *Die Endoskopie der Harnröhre*. 6. *Praktische Ergebnisse*. C. Bruhns. *Die Indikationen der Röntgenbehandlung bei Hauterkrankungen*.

Редакторы { Д-ръ С. В. Владиславлевъ.  
Проф. В. В. Подвысоцкій.

## Опытъ классификаціи врачебныхъ мѣропріятій при лѣченіи внутреннихъ болѣзней <sup>1)</sup>.

Проф. О. Г. Яновскаго (Кіевъ).

М. Г. Быстро пройдетъ время, когда Вы закончите свое образование и вступите въ самостоятельную дѣятельность. Немногіе изъ Васъ останутся при какой нибудь специальности, большинству же придется быть врачами въ широкомъ смыслѣ слова, отвѣчая на запросы по всѣмъ специальностямъ; львиная доля при этомъ приходится на внутреннія болѣзни, и потому, любя-ли наша специальность, или нѣтъ, большинство изъ Васъ связано съ нею на всю жизнь. Естественно является при этомъ вопросъ, какую роль она играетъ въ Вашемъ міросозерцаніи, какое впечатлѣніе произведетъ она по сравненіи съ другими специальностями. Едва-ли я ошибусь, если скажу, что сравненіе это окажется далеко не въ пользу ея въ глазахъ тѣхъ, кто отдалъ себя изученію медицины. Въ то время какъ хирургъ, вскрывая нарывъ, вылучивая опухоль, удаляя раздробленную конечность, устранивъ сразу самую болѣзнь, на долю представителя внутренней медицины оцѣнка такого быстрого успѣха выпадаетъ нечасто; вмѣсто этого въ терапевтическихъ палатахъ одни больные остаются обреченными на безпомощность, у другихъ улучшение не видно со дня на день, и они остаются сегодня, повидимому, такими-же, какъ вчера, а завтра, какъ сегодня; порой приходитъ мысль, будто внутреннія болѣзни либо излѣчиваются и безъ лѣкарствъ, либо остаются неизлѣчимыми, не смотря на лѣкарства. Ядъ сомнѣнія поселяется въ душѣ студентовъ и молодыхъ врачей; особенно жестокъ онъ для тѣхъ, кто успѣлъ полюбить медицину за широкія задачи, за далекій кругозоръ; почва у нихъ колеблется подъ ногами, приходитъ въ голову вопросъ, «быть или не быть», остаться-ли при специальности, столь обаятельной въ теоріи, или бросить ее, какъ развѣчанную грезу!

И вотъ теперь, въ началѣ нашего курса, я хочу сказать Вамъ твердо и увѣренно: нѣтъ! такое впечатлѣніе ошибочно и зависитъ отъ поверхностнаго и односторонняго взгляда на вещи; убѣдить Васъ въ этомъ—составляетъ главную задачу настоящей моей лекціи.

Прежде всего устранимъ нѣкоторые недоразумѣнія. Несомнѣнно, быстрота дѣйствія того или другого лѣчебнаго приема сильно подкупаетъ въ пользу его дѣйствительности; стоитъ вспомнить извлеченіе зуба, сразу обрывающее цѣлую вереницу болѣзненныхъ ощущеній; вѣрно также и то, что терапия, въ общемъ, не можетъ похвалиться этимъ качествомъ. Но медленность дѣйствія не есть еще отсутствіе дѣйствія, и если больной, погибавшій отъ гумознаго поражения печени, становится, благодаря нашему лѣченію, совсѣмъ здоровымъ, правда, не сразу, а лишь черезъ нѣсколько недѣль, то развѣ это сколько нибудь подрываетъ дѣйствительность даннаго лѣченія.

Съ другой стороны, условія дѣятельности терапии, какъ называютъ не совсѣмъ удачно не хирургическіе способы лѣченія внутреннихъ болѣзней, представляются особенно тяжелыми. Недаромъ, *Trousseau* заявляетъ, что изъ всѣхъ отраслей медицины терапия «есть самая трудная часть». Завися отъ опитности, генія и вдохновенія врача, она еще больше зависитъ отъ самой сущности болѣзни, отъ особенныхъ условій и организаціи больного и отъ множества другихъ условій, часто намъ совершенно неизвѣстныхъ <sup>2)</sup>. Между прочимъ важно то, что здѣсь имѣется дѣло съ поврежденіемъ органовъ, работа которыхъ не можетъ быть въ большинствѣ случаевъ приостановлена безъ опасности гибели самаго организма; немислимо, напр. ни обойтись безъ работы сердца, ни приостановить ее на время. Похоже на то, какъ если-бы механику предложили починить весь ма сложную машину, у которой испорчена важная шестерня, и мало того, требовалось-бы починку производить во время хода машины, не прекращая его ни на минуту.

Могутъ сказать на это, что съ подобными условіями приходится имѣть дѣло и хирургіи внутреннихъ органовъ; разница, однако, въ томъ, что хирургія выбираетъ изъ патологикъ внутреннихъ органовъ тѣ случаи, гдѣ органъ или часть органа можетъ быть удалена безъ опасности гибели для организма; почку хирургъ удаляетъ лишь тогда, когда убѣжденъ въ функциональной способности другой. Терапія же лишена свободы выбора и должна брать все, что дается ей обильнымъ разнообразіемъ заболѣваний внутреннихъ органовъ. Различіе въ задачахъ и условіяхъ дѣйствія хирургіи и терапіи должно неминуемо сказаться и на послѣдствіяхъ и потому степень успѣха не должна служить къ возвеличенію одной специальности въ ущербъ другой. Не о спорѣ за первенство здѣсь можетъ быть рѣчь, а о дружной совмѣстной работѣ на пользу страждущаго человечества, и лучшимъ доказательствомъ плодотворныхъ результатовъ такой совмѣстной дѣятельности служить хирургія внутреннихъ органовъ. Хирурги сами признаютъ, что въ блестящемъ расцвѣтѣ этой отрасли хирургіи большое значеніе имѣла работа представителей внутренней медицины. Въ своемъ введеніи къ хирургіи кишечной непроходимости *Graser* говоритъ: «для выясненія многихъ вопросовъ было весьма полезно то обстоятельство, что область эта находится на границѣ между хирургіей и внутренней медициной и потому была предметомъ горячаго обсужденія съ обѣихъ сторонъ» <sup>1)</sup> и далѣе, касаясь аппендицита, выражается такъ: «горячіе споры между хирургами и терапевтами по этому поводу нерѣдко обуславливались чрезвычайными поспѣшными обобщеніями, но дружная работа представителей различныхъ отраслей медицины настолько выяснила эту темную область, что въ настоящее время соглашеніе уже почти достигнуто» <sup>2)</sup>. Поэтому хирургію внутреннихъ органовъ съ извѣстнымъ правомъ можно включить въ число терапевтическихъ способовъ и не только изъ-за ея дѣйствительности при внутреннихъ болѣзняхъ, но также и потому, что представителямъ внутренней медицины принадлежитъ немалая роль въ созданіи этой отрасли.

Приступая къ обзорѣ чисто терапевтическихъ, *sit venia verbo*, средствъ, мы встрѣчаемся съ безконечнымъ числомъ ихъ, завоеванныхъ въ разное время терапіей. Недаромъ пошли труды лучшихъ умовъ человечества въ теченіи многихъ вѣковъ. Глубоко ошибается тотъ, кто всѣ успѣхи терапіи относитъ лишь къ новому цѣлесообразному періоду развитія медицины. Мы, дѣти этой эпохи, конечно, слишкомъ хорошо умѣемъ цѣнить всѣ блага, доставшіяся намъ отъ этого, дѣйствительно, наиболѣе производительнаго періода развитія медицины. Но вспомнимъ все-таки медицину *Гипократа*, *Галена*, *Цельса*! Нельзя безъ волненія и чувства почитанія къ предкамъ читать, что уже въ древнѣйшихъ египетскихъ папирусахъ упоминаются тѣ терапевтическія средства, которые остаются въ своей силѣ и въ наше время, какъ то: препараты ртути, скормы, мѣди, сода, известковые соли, клецевинное масло, разные горькія средства и др. <sup>3)</sup>. Благодаря трудамъ цѣлыхъ поколѣній врачебныхъ дѣятелей, добыто такъ много терапевтическихъ средствъ, настоящій *thesaurus medicinae*, что даже вкратцѣ останавливаться на нихъ не позволяетъ мнѣ находящееся въ моемъ распоряженіи время. Вмѣсто этого я попытаюсь представить классификацію ихъ; это будетъ умѣстнѣе, ибо, распредѣливши терапевтическія средства по группамъ и отдѣламъ, скорѣе и легче можно будетъ узнать и оцѣнить пути, которыми владѣетъ терапия внутреннихъ болѣзней въ настоящее время.

1-ую группу составляютъ терапевтическія средства, удовлетворяющія причинному показанію (*indicatio causalis*), и служащія доказательствомъ того, что и для терапіи всегда завѣтнымъ идеаломъ была возможность устранить болѣзнь воздѣйствіемъ на ея причину. *Sublata causa*

<sup>1)</sup> Вступительная лекція, прочитанная въ Новороссійскомъ Университетѣ.

<sup>2)</sup> *Trousseau*, Клиническія лекціи; русск. пер. Дубелира, т. III, стр. 468.

<sup>1)</sup> *Graser*, Лѣченіе суженія и непроходимости кишечника. Въ руководствѣ къ частной терапіи внутреннихъ болѣзней т. IV, стр. 606 (русскій переводъ).

<sup>2)</sup> *Graser*, Оперативное лѣченіе болѣзней брюшины, въ томъ же томѣ руководства, стр. 808.

<sup>3)</sup> *R. Caton*, *l'em ho tep, the egyptian God*. «British Medical Journal», 1904, 15 іюня, стр. 1476.



tollitur effectus. Весьма образно выразилъ эту мысль *Парацельс* въ словахъ, что «врачъ долженъ удалять болѣзнь такъ, какъ дровосѣкъ отрубаетъ дерево, именно у корня». Но въ томъ-то и заключались затрудненія для терапіи, что познаніе причинъ болѣзней въ внутренней медицинѣ было несравненно труднѣе, чѣмъ въ другихъ отрасляхъ медицины. Поэтому и наибольшій прогрессъ въ этой области терапіи относится къ новому періоду медицины, когда успѣхи въ разныхъ отдѣлахъ патологіи внесли свѣтъ въ этиологію различныхъ заболѣваній организма. Особенно это можно сказать о заразныхъ болѣзняхъ, причины и сущность которыхъ выяснила бактеріологія; она же указала новый разумный путь къ лѣченію ихъ. Бактеріологическій способъ терапіи, зародившись въ лабораторіяхъ и достигши тамъ развитія въ атмосферѣ научной точности, при примѣненіи къ больному человѣку блестяще выдержалъ проверку къ величайшему благу человечества: такимъ образомъ онъ служитъ доказательствомъ производительности новаго разума періода терапіи. Не имѣя возможности даже и вкратцѣ остановиться здѣсь на изложеніи бактеріологическихъ способовъ лѣченія, представляю цифры говорить о дѣйствительности ихъ.

Пробнымъ камнемъ бактеріологическаго способа терапіи была водобоязнь; смертность при ней по сводной статистикѣ *Brouardel'*я доходила до 31%, въ возрастѣ до 20 лѣтъ, а въ возрастѣ свыше этого—до 62%; по статистикѣ «Comité d'hygiène» за 10 лѣтъ смертность отъ водобоязни достигала приблизительно 60%<sup>1)</sup>. Способъ лѣченія, предложенный *Pasteur'*омъ въ 1885 г., сразу понизилъ смертность до 0,94%, а въ послѣдующіе годы пониженіе дошло до 0,22—0,38<sup>2)</sup>. Въ Одессѣ за 6-лѣтній періодъ (отъ 1889 до 1895 г.) для подвергнувшихся прививкамъ въ теченіи 1-ой недѣли по укушеніи смертность была 0,56%. Далѣе, со времени введенія *Behring'*омъ и *Roux* прививокъ противодифтерійной сыворотки смертность понизилась приблизительно на 20%; если сравнить процентъ смертности при лѣченіи дифтеріи сывороткой съ процентомъ до нея, то соотношеніе ихъ будетъ выражаться въ такихъ цифрахъ: по *Roux* 26:50, по *Heubner'*у 22:44,3, по *Ganghofer'*у 12,7:44,3. Результаты окажутся еще болѣе важными, если принять во вниманіе, что успѣшность лѣченія уже развившихся случаевъ сама по себѣ, а тѣмъ болѣе въ связи съ дѣйствіемъ предохранительныхъ прививокъ, есть лучшее средство противъ распространенія данной болѣзни. Благодаря этому, у насъ въ Россіи за послѣдніе годы повывелись тѣ страшныя эпидеміи дифтеріи, которая еще такъ недавно истребляла въ цѣлыхъ уѣздахъ почти все дѣтское населеніе. Благопріятные результаты бактеріологическаго лѣченія получены при рядѣ другихъ заразныхъ болѣзней, какъ то: при столбнякѣ, стрептококковой піеміи, дизентеріи, холерѣ, чумѣ, брюшномъ тифѣ и другихъ. Понятна отсюда надежда, что и для другихъ заразныхъ болѣзней открытіе успѣшнаго бактеріологическаго способа лѣченія составляетъ лишь вопросъ времени.

Какъ ни велики заслуги бактеріологіи въ дѣлѣ лѣченія заразныхъ болѣзней, несправедливо было-бы сказать, что причинное лѣченіе здѣсь обязано исключительно ей. Стоитъ вспомнить салициловые препараты, введенные въ терапію сочленоваго ревматизма *Buss'*омъ и *Riess'*омъ въ 1875 г. и *Stricker'*омъ въ 1876 году, хининъ, какъ специфическое средство при болотной лихорадкѣ, извѣстное съ 16 столѣтія, когда онъ былъ привезенъ въ Европу изъ Перу и, наконецъ, совсѣмъ старинныя *specifica* при сифилисѣ—ртуть и іодъ.

Вслѣдъ за заразными болѣзнями остановимся на 2-хъ областяхъ внутренней патологіи, въ которыхъ уясненіе причинъ происхожденія нѣкоторыхъ болѣзней дало ключъ къ причинному лѣченію ихъ—я говорю о болѣзняхъ обмѣна веществъ и общихъ нейрозахъ. Въ основѣ тѣхъ и другихъ лежатъ 2 фактора — наследственность и неправильности режима. Даже и въ тѣхъ случаяхъ, которые по

преимуществу представляются наследственными, удается кое-что сдѣлать, устранивши или ослабивши вліяніе неправильности режима. Тѣмъ болѣе можно ждать успѣха въ случаяхъ приобретенныхъ, гдѣ послѣднее условіе является единственной причиной даннаго расстройства. Такъ, относительно ожирѣнія выяснено, что оно опредѣляется дѣйствіемъ 2-хъ условій, и именно, какъ формулируютъ *Proust* и *Matthieu*<sup>1)</sup>, съ одной стороны, нарушеніемъ жизненности кѣловокъ наследственнаго происхожденія, а, съ другой—усвоеніемъ питательныхъ веществъ въ количествѣ калорій, превосходящемъ то количество, которое расходуетъ на мышечную работу и производство тепла. Поэтому въ случаяхъ, по преимуществу приобретенныхъ, вполне возможно провести причинное лѣченіе, повышая траты организма посредствомъ усиленной мышечной работы и слабительныхъ водъ и ограничивая выѣстъ съ тѣмъ пищевой приходъ въ смыслѣ ограниченія количества калорій въ дневномъ раціонѣ больного. То-же самое можно сказать и о случаяхъ подагры, преимущественно приобретенныхъ; причинному показанію здѣсь удовлетворяютъ кореннымъ измѣненіемъ режима въ опредѣленномъ направленіи; но въ причинное лѣченіе здѣсь нужно включить также употребленіе щелочныхъ водъ, препаратовъ латія, пиперадина и различныхъ ихъ сочетаній, ибо, содѣйствуя переходу въ растворимое состояніе мочевой кислоты, мы устраняемъ или уменьшаемъ отложеніе ея въ тканяхъ и предупреждаемъ всѣ неблагоприятныя послѣдствія этого.

Среди болѣзней нервной системы, съ которыми приходится имѣть дѣло терапевту, причинному лѣченію подлежатъ нѣкоторые виды нейрастеніи, истеріи и разнообразныя проявленія ихъ во внутреннихъ органахъ въ видѣ нейрозовъ. Въ происхожденіи этихъ болѣзней наследственность имѣетъ также весьма важное значеніе; но, кромѣ того, мы присутствуемъ при массовомъ народженіи новыхъ случаевъ. Современный укладъ жизни съ разносторонними отклоненіями отъ здоровыхъ гигиеническихъ требованій, съ ожесточенной борьбой за существованіе, съ погоней за радостями жизни, даетъ все больше жертвъ этой болѣзни; всѣ эти причины сводятся, въ сущности, къ одному, именно, какъ выражается *Krafft-Ebing*, къ нарушенію правильнаго соответствія между накопленіемъ и тратой нервныхъ силъ, которое карается ослабленіемъ способности нервной системы противостоять дѣйствію разнаго рода возбужденій и своевременно оправляться отъ внесенныхъ ими расстройствъ<sup>2)</sup>. Познаніе всѣхъ этихъ причинъ, добытое цѣлымъ рядомъ изслѣдователей, даетъ возможность по крайней мѣрѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ остановить развитіе болѣзни; но, кромѣ того, у насъ есть средства возродить эту угасающую функциональную способность нервной системы: я имѣю въ виду, помимо фармацевтическихъ средствъ, могучее дѣйствіе физическихъ способовъ лѣченія, развившихся въ отдѣльныхъ терапевтическихъ отрасляхъ, какъ-то: гидротерапія, электротерапія, массажъ.

Затѣмъ, въ большемъ отдѣлѣ заболѣваній желудочно-кишечнаго канала нерѣдки случаи, гдѣ удается съ успѣхомъ провести причинное лѣченіе. Простѣйшимъ примѣромъ служить съ незапамятныхъ временъ примѣнявшееся лѣченіе острыхъ желудочно-кишечныхъ расстройствъ посредствомъ рвотныхъ и слабительныхъ. Также въ глубокой старинѣ примѣнялось причинное лѣченіе столь разнообразныхъ расстройствъ, зависящихъ отъ кишечныхъ чужеродныхъ, путемъ изгнанія ихъ; мы упомянули уже, что глистогонныя, какъ *punicum granata*, упоминаются уже и въ египетскихъ папирусахъ. Кромѣ того, и въ цѣломъ рядѣ хроническихъ расстройствъ со стороны желудочно-кишечнаго канала, начиная отъ неваренія и доходя до брюшнаго полнокровія, удается добиться излѣченія, устраняя произведшія ихъ неправильности режима, строго и точно регулируя діету. Возможность путемъ діеты воздѣйствовать на самый химизмъ пищеварительныхъ железъ можно видѣть напр. на доказанномъ проф. *И. П. Павловымъ*, *Акимовымъ*

<sup>1)</sup> *Suror*. Exposé pratique du traitement de la rage. 1888, стр. 34 и 35.

<sup>2)</sup> *Deutsch und Feistmantel*. Die Impfstoffe und Sera. 1903, стр. 156 и 146.

<sup>1)</sup> *Proust et Matthieu*. L'hygiène de l'obèse. Стр. 81 и 89.

<sup>2)</sup> *Krafft-Ebing*. Nervosität und nervasthenische Zustände, стр. 9 и 5.



*Перитонизм*, *Strauss'*омъ и другими ограниченіи содержания соляной кислоты подъ влияніемъ жировъ пищи. Недостаточно использованы до сихъ поръ, но несомнѣнно сулятъ въ будущемъ большіе успѣхи для діететики по истинѣ великіе труды проф. *Павлова* и его школы на счетъ специфичности въ работѣ пищеварительныхъ железъ въ отвѣтъ на поступленіе въ организмъ пищи различнаго химическаго состава.

Изъ болѣзней крови можно указать на рядъ состояній малокровія, которыя вполне подлежатъ причинному леченію, именно малокровія, зависящія отъ животныхъ чужеродныхъ — *ankylostoma duodenale*, *botrioccephalus latus* и другихъ, затѣмъ малокровія, происходящія какъ отъ недостатковъ въ питаніи, и отъ изнуренія, такъ и отъ недостатка желѣза въ крови (блѣдная немочь), напр. у женщинъ въ періодѣ кормленія; съ помощью глистогонныхъ средствъ, усиленнаго питанія, назначеніемъ желѣза и цѣлесообразнаго режима всѣ эти причины устраняются и малокровіе излѣчивается.

Остановимся въ заключеніе на отдѣлѣ отравленій, который служитъ лучшимъ примѣромъ причиннаго леченія; здѣсь врачъ стремится спасти жизнь больного, стараясь какъ можно скорѣе удалить ядъ или нейтрализовать его дѣйствіе; удаление яда достигается рвотными и слабительными, а въ наше время мы владѣемъ, благодаря *Kissmann'*ю, драгоценнымъ орудіемъ, желудочнымъ зондомъ, который сталъ съ тѣхъ поръ неотъемлемой принадлежностью врача и сохранилъ многимъ жизнь. Нейтрализація достигается, напр. щелочи при отравленіяхъ кислотами, кислоты при щелочахъ, сѣрнистое желѣзо для перевода ядовитыхъ солей металловъ въ нерастворимыя сѣрнистыя соединенія, танины для перевода алкалоидовъ въ труднорастворимыя таннаты, озонъ содержащій скипидаръ при отравленіи фосфоромъ для образованія почти безвредныхъ окисловъ его. Такое-же, вѣроятно, значеніе, т. е. въ смыслѣ окисленія, имѣетъ предложенное недавно *Moore'*омъ леченіе марганцовымъ калиемъ отравленій опиумъ и морфиномъ. Нейтрализація, но болѣе сложнаго порядка, является назначеніе средствъ, обладающихъ физиологическимъ дѣйствіемъ, обратнымъ дѣйствію яда, какъ напр. хлорада и хлороформа при отравленіи стрихниномъ, назначеніе, по предположенію *Vine'a*, атропина при леченіи отравленій морфиномъ и опіатами.

Къ ряду причиннаго леченія умѣстно отнести тѣ мѣры, которыми стараются повліять, если не на причину, то все же на сущность ея. Хотя и по настоящее время мы не имѣемъ точнаго и вполне опредѣленнаго объясненія дѣйствію т. наз. «отвлекающаго» способа леченія и вмѣсто этого приходится имѣть дѣло лишь съ разными теоріями, тѣмъ не менѣе нужно признать, что этотъ способъ пережилъ вѣка испытаній, и въ лицѣ его мы имѣемъ могучій способъ леченія, посредствомъ котораго можно напр. оборвать острые заболѣванія гортани, дыхательнаго горла, бронховъ, иногда и плейры, измѣнить въ благопріятную сторону теченіе катаральныхъ воспаленій въ легкихъ, плейритическихъ выпотовъ, воспаленій брюшины, мозговыхъ оболочекъ и, наконецъ, устранить рядъ приливныхъ состояній въ разныхъ органахъ.

Очень часто терапевтъ лишень бываетъ возможности идти прямо къ цѣли, а долженъ избрать косвенный путь и, не имѣя возможности подѣйствовать на причину болѣзни, долженъ ограничиться нейтрализаціей за, порождаемаго этой причиной. Способъ этотъ, удовлетворяющій собственно *indicatio morbi*, съ перваго взгляда можетъ показаться жалкимъ; на самомъ же дѣлѣ, значеніе его велико, ибо благодаря ему удается во многихъ случаяхъ устранить влияние болѣзни какъ на продолжительность жизни, такъ и на болѣзненные явленія, словомъ, не имѣя возможности повліять прямо на болѣзнь, поставить больного въ такое положеніе, какъ будто болѣзни и нѣтъ на лицо. *Fr. Hoffmann* въ классическомъ трудѣ по общей терапіи, разсматривая эту группу «непрямого», какъ онъ выражается, леченія «*indirecte Behandlung*» въ противоположность «прямому» т. е. причинному, распредѣляетъ всѣ относящіяся сюда средства на 2 отдѣла, именно: на преслѣдующія покой и уплачивающія болѣзнь средства; на пря. такое по-

раздѣленіе всего лишь на 2 отдѣла, многіе способы приходится лишь съ натяжкой подгонять къ первому или второму отдѣлу. Естественное распредѣлить ихъ на 6 отдѣловъ, къ изложенію которыхъ мы и приступимъ.

1-ый отдѣлъ удовлетворяетъ требованію покоя для больного органа и организма. При воспалительныхъ процессахъ присущая имъ гиперемія усугубляется при работѣ органа функциональной гипереміей, а это ведетъ къ ожесточенію субъективныхъ явленій и создаетъ почву для усиленія и распространенія воспалительнаго процесса; даѣе, при лихорадочныхъ процессахъ работа мышцъ, нервной системы и другихъ тканей усиливаетъ траты организма, что особенно нежелательно для болѣзней съ продолжительнымъ теченіемъ; наконецъ, при различныхъ заболѣваніяхъ есть и свои особыя причины, изъ-за коихъ желателенъ возможно большій покой. Такъ, при кровотеченіяхъ изъ легкихъ, желудка, кишекъ, почекъ покой безусловно необходимъ для успѣшной закупорки разорванныхъ сосудовъ тромбомъ; послѣдній, наоборотъ, легко выдавливается при всякихъ физическихъ усиліяхъ. При извѣстномъ требованіи покоя распространяются не только на положеніе тѣла, но и на дѣлу, при чемъ первые дни послѣ кровотеченія проходятъ въ полномъ воздержаніи отъ дѣлы; сочетаніе неподвижнаго положенія съ голоданіемъ лучше обезпечиваетъ отъ повторенія кровотеченія, чѣмъ прославленные *styptica* и *adstringentia*. Также и при воспаленіи брюшины, общемъ или мѣстномъ, напр. аппендицитѣ, леченіе сводится, въ сущности, къ покою кишекъ: кромѣ ограниченія пищи, иногда и полнаго воздержанія отъ нея, кромѣ строгого неподвижнаго положенія, здѣсь назначаютъ опій, и не столько для утоленія болей, сколько для ослабленія перистальтики кишекъ. При эндокардитѣ покой, въ сущности, исчерпываетъ наши лечебныя мѣры, но за то онъ нуженъ на долгое время соотвѣтственно чрезвычайной длительности этого процесса. Строгая постановка этого требованія при эндокардитѣ составляетъ заслугу англійской школы и подчеркивается въ трудахъ *Powell'a*, *Broadbent'a*, *Caton'a* и др.

2-ой отдѣлъ обнимаетъ мѣры, возбуждающія больной органъ, при чемъ одинъ разрядъ ихъ имѣетъ въ виду повысить такимъ путемъ работоспособность органа, чтобы онъ могъ удовлетворить хоть minimum'у требованій на него со стороны организма. Эта идея лежитъ въ основаніи предложенныхъ *Oertel'*омъ и братьями *Schott'*ами способовъ леченія пороковъ сердца: посредствомъ методическихъ и осторожныхъ физическихъ движеній, въ видѣ лихожденій на горы, какъ въ способѣ *Oertel'*а, или въ видѣ пассивной гимнастики въ сочетаніи съ дѣйствіемъ углекислыхъ ваннъ, какъ въ способѣ *Schott'*овъ, постепенно увеличиваютъ запросъ на работу сердца и такимъ путемъ стремятся создать гипертрофію въ такой мѣрѣ, которая удовлетворяла-бы требованіямъ обыденной жизни. Другой разрядъ мѣръ возбужденія имѣетъ въ виду временное паденіе функцій того или другого органа; въ иныхъ случаяхъ оно грозитъ прямо гибелью организма, какъ напр. паденіе дѣятельности сердца и дыхательнаго центра при заразныхъ болѣзняхъ, отравленіяхъ и другихъ заболѣваніяхъ. Не говорю о случаяхъ, гдѣ имѣется прогрессивный и неотвратимый упадокъ, какъ при раковой кахексiи, но тамъ, гдѣ сердцу трудно пережить лишь опредѣленный періодъ времени, стоитъ подстегнуть его въ то время камфорой, эвиромъ, стрихниномъ, кофеиномъ, и жизнь будетъ спасена. Лишній шприцъ камфоры съ эвиромъ имѣетъ порой рѣшающее значеніе, и здѣсь вспоминаются полныя глубокой правды слова поэта:

«Чуть больше—и человекъ оживаетъ,

«Чуть меньше—и человекъ умираетъ.»

Далѣе, въ отдѣлѣ болѣзней сердца, гдѣ приходится чаще всего бороться съ разстройствомъ уравниженія, задача врача состоитъ въ томъ, чтобы надлежащимъ образомъ возбудить дѣятельность сердца; къ счастью, наши сердечныя средства не ограничиваются одной наперстянкой; у насъ есть строфантъ, горицветъ, конопельный тайникъ, ландышъ, кофеинъ, спартеинъ и пр. Способы возбужденія приходятъ примѣнять и при желудочно-кишечныхъ заболѣваніяхъ: такъ, малоблѣ-

алкалоидъ, стрихнинъ, тонизируютъ черезъ посредство нервной системы мышцы желудка и кишекъ; при вялой двигательной функціи кишекъ, особенно ихъ нижнихъ отдѣловъ и зависящемъ оттого задержаніи каловыхъ массъ въ кишечникѣ возбуждаютъ его дѣятельность, примѣняя то или другое изъ слабительныхъ средствъ.

3-ій отдѣлъ составляютъ мѣры, которыми мы стараемся поддержать питание больного органа или организма на высотѣ требованій, представляемыхъ патологическими условіями. Насколько это важно, можно видѣть хотя-бы изъ того, что и при нормальныхъ условіяхъ status quo органовъ и всего организма удается поддержать лишь при опредѣленномъ количествѣ пищевыхъ веществъ, minimum которыхъ нельзя перейти безъ опасенія серьезныхъ разстройствъ. Еще въ большей степени можно то же сказать и о патологическихъ условіяхъ, гдѣ и безъ того равновѣсіе въ обмѣнѣ веществъ нарушено. Такъ, касаясь сперва отдѣльныхъ органовъ, приведемъ какъ примѣръ гипертрофію сердца, возникновеніе и дальнѣйшее существованіе которой возможно лишь при условіи хорошаго питания, а нарушеніе этого требованія грозитъ раннимъ наступленіемъ жирового перерожденія сердечной мышцы. Переходя затѣмъ къ лѣчебному вліянію питания на весь организмъ, весьма важное значеніе его видимъ на всей области лихорадочныхъ процессовъ, гдѣ со времени *Graves'a*, вмѣсто прежней голодной діеты, стали примѣнять усиленное питание и получили блестящіе результаты; постоянная поставка питательныхъ веществъ въ надлежащемъ количествѣ спасаетъ органы отъ всѣхъ тяжелыхъ послѣдствій голоданія и поддерживать ихъ работоспособность на уровнѣ требованій, даже и патологическихъ, что отражается и на смертности въ видѣ значительнаго пониженія ея; далѣе, благодаря питанію, почти повывелись тѣ тяжелыя явленія, которыя возникаютъ на почвѣ голоданія, какъ напр., голоданіе тифозныхъ; наконецъ, важно и то, что больные, перенесшіе лихорадочный процессъ при условіи хорошаго питания, къ концу болѣзни представляются несравненно менѣе истощенными, чѣмъ это было въ прежнія времена, и потому лучше противостоятъ послѣдовательнымъ осложненіямъ, а по выздоровленіи скорѣе могутъ приняться за работу. Глубокой признательностью потомства дышетъ простая, изъ 3-хъ словъ эпитафія на могилѣ апостола этой идеи *Graves'a*: «*te fed fevers*»—«онъ кормилъ лихорадочныхъ». Но особенно выдающійся примѣръ терапевтическаго значенія питания на ходъ заразнаго процесса представляетъ бугорчатка легкихъ. У насъ нѣтъ пока мѣстъ вѣрныхъ средствъ прямо воздѣйствовать на причину ея, т. е. на *Koch'овскія* палочки, но мы можемъ оказать благотворное дѣйствіе на самый процессъ и именно путемъ усиленнаго питания. Каковъ ближайшій механизмъ этого дѣйствія—доподлинно неизвѣстно, но мы твердо знаемъ, со времени *Brehmer'a*, что усиленное питание во главѣ другихъ гигиеническихъ мѣръ можетъ привести этотъ процессъ къ полному излѣченію; такіе результаты, полученные въ здравницахъ, послужили причиною могучаго движенія въ пользу этихъ учрежденій во всѣхъ странахъ образованнаго міра.

Въ слѣдующій 4-ый отдѣлъ входятъ мѣры, направленные къ возмѣщенію недостающей функціи больного органа. Такъ, при болѣзняхъ желудка, при которыхъ падаетъ выдѣленіе соляной кислоты и пепсина, восполняютъ этотъ недостатокъ, назначая ихъ внутрь; еще лучше примѣнять сильный въ пищеварительномъ отношеніи желудочный сокъ собакъ съ т. наз. *Павловскимъ* свиномъ. Введеніе внутрь соляной кислоты важно еще и потому, что, какъ показалъ *Павловъ*, служитъ стимуломъ для выдѣленія сока поджелудочной железы. Главную роль, однако, въ этомъ отдѣлѣ суждено сыграть органотерапію, которая возникла и развилась на почвѣ изученія результатовъ исключенія функціи того или другого органа, а также на ученіи *Brown-Sequard'a* о «внутренней секреціи». Что этотъ отдѣлъ терапіи покоится на прочномъ научномъ основаніи, это доказывается блестящимъ успѣхомъ лѣченія слизистаго отека препаратами щитовидной железы, введеннаго въ терапію *George Murrey'емъ* и *Hector Mackenzie*. Далѣе, столь горячо рекомендованная *Brown*

*Séguard'*омъ вытяжка яичекъ имѣла, правда, свой періодъ увлеченія, но, нужно признать, пережила все-таки и періодъ критики и заслуживаетъ употребленія въ качествѣ общаго тоническаго средства. Кроме того, помимо прямой задачи восполнять недостающую функцію больного органа, органотерапія попутно даритъ насъ средствами, цѣнными въ другихъ отношеніяхъ, чему примѣромъ адреналинъ, оказавшій услуги при самыхъ разнообразныхъ заболѣваніяхъ.

Недостатокъ функціи больного органа обходятъ и другимъ путемъ, переводя функцію его на другой органъ, что составитъ 5-ый отдѣлъ той-же группы. Простѣйшій примѣръ этого видимъ въ питаніи черезъ прямую кишку въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ желательнѣе оставить желудокъ на время въ полномъ покоѣ, какъ при круглой язвѣ желудка въ первое время послѣ кровотеченія; опытъ показалъ, что такое питаніе въ крайнемъ случаѣ можно продлить даже до 2-хъ недѣль безъ особаго вреда для организма. Далѣе, при разнаго рода пораженіяхъ почекъ, когда нарушается выдѣлительная функція ихъ, мы обращаемся къ сердцу, кождѣ и кишкамъ; сердечными средствами удается поднять выдѣленіе мочи иногда и въ тѣхъ разстройствахъ уравниванія; теплыми ваннами и другими потогонными можно удалить черезъ кожу большія количества воды, а съ нею отчасти и продукты обмѣна, какъ это видно изъ новѣйшихъ изслѣдованій *Bendix'a*, *Höelscher'a* и *Strauss'a*; наконецъ, посредствомъ слабительныхъ удается иногда вывести много воды, а вмѣстѣ и нѣсколько продуктовъ обмѣна. И наоборотъ, при отекахъ, зависящихъ отъ пороковъ сердца, къ главнымъ, основнымъ сердечнымъ средствамъ съ пользою присоединяютъ средства, возбуждающія почки, и, повышая такимъ путемъ мочеотдѣленіе, облегчаютъ для сердца задачу устраненія отековъ. Еще примѣръ: при разнаго рода заболѣваніяхъ легкихъ ограничивается площадь газообмѣна и нарушается кровоокисленіе; типичнымъ образомъ служитъ эмфизема; на встрѣчу этому стремятся путемъ сердечныхъ средствъ возмѣстить количественный недостатокъ, въ данномъ случаѣ сѣженіе дыхательной поверхности, качественно, т. е. болѣе оживленнымъ движеніемъ крови черезъ удѣлывшуюся сосудистую сѣть.

Весьма обширный, 6-ой отдѣлъ представляютъ мѣры, направленные къ освобожденію организма отъ продуктовъ, патологическихъ по существу или патологически скопившихся нормальныхъ продуктовъ. Представителями перваго разряда являются способы лѣченія катарровъ слизистыхъ оболочекъ и отековъ серозныхъ полостей. Назначеніемъ щелочныхъ и щелочно-соленыхъ минеральныхъ водъ, а также и разнаго рода противокатарральныхъ средствъ удается способствовать освобожденію больной слизистой оболочки отъ скопляющейся въ ней слизи; этимъ самымъ уменьшаются неблагоприятныя и для кровообращенія и для функціи условія, зависящія отъ растягиванія слизистой оболочки скопившейся въ ея толщѣ слизи; въ иныхъ случаяхъ слизь доставляетъ и другого рода затрудненія, напр. при скопленіи ея въ бронхахъ возникаетъ непосредственная опасность задушенія, и тогда большую услугу оказываютъ средства, способствующія отхаркиванію мокроты. При скопленіи жидкости въ серозныхъ полостяхъ, помимо хирургическаго лѣченія, способствуютъ всасыванію жидкости терапевтическими мѣрами общаго или мѣстнаго характера; въ качествѣ первыхъ упомянемъ сердечныя и почечныя мочегонныя, молочную діету, сухояденіе по *Schrott'y*; въ качествѣ вторыхъ—мушки, смазыванія іодомъ, зеленымъ мыломъ и т. п. Что касается очищенія организма отъ скопленія въ патологически-ненормальной степени продуктовъ, въ сущности, непатологическихъ, то весь вопросъ выдвинутъ и получилъ широкое примѣненіе благодаря работамъ *Bouchard'a* и его школы относительно самоотравленія организма. Съ одной стороны, обмѣнъ веществъ въ тканяхъ съ образованіемъ негодныхъ продуктовъ, такъ сказать отбросовъ тканевого обмѣна, а съ другой, кишечное броженіе служатъ постоянными поставщиками ядовитыхъ продуктовъ, которые-бы отравили организмъ, не будь противъ этого защитительныхъ органовъ въ лицѣ печени и почекъ. Нарушается-ли функція этихъ послѣднихъ, или

продукты эти образуются слишкомъ ужъ въ большомъ количествѣ—въ обоихъ случаяхъ выступаютъ признаки отравленія организма въ томъ или иномъ видѣ, въ большей или меньшей степени. Борьбѣ съ этимъ зломъ можно либо прямо, способствуя наибольшему выдѣленію ядовъ черезъ кишки со стуломъ или чрезъ почки съ мочей, либо ограничивая до послѣдней возможности ихъ образованіе; легче всего этого достигнуть, уменьшая кишечное броженіе посредствомъ противогнилостныхъ средствъ и подбора пищи; но и на тканевой обмѣнъ мы въ состояніи повліять, ограничивая всякія физическія и психическія напряженія. Огромное значеніе этихъ мѣръ станетъ понятно, если принять во вниманіе, что во внутренней патологіи на каждомъ шагѣ приходится считаться съ дѣйствіемъ этихъ ядовъ. Во время назначенное слабительное можетъ спасти жизнь въ тѣхъ случаяхъ мочекаменной нефритиковъ и разстройство компенсаціи у сердечныхъ. *Quis bene pugnat—bene sanat*, говорили старые врачи, точно подмѣтивъ благотворное дѣйствіе устраненія запоровъ при весьма многихъ заболѣваніяхъ, какъ-то при лихорадочныхъ процессахъ, у нефритиковъ, при порокахъ сердца, при заболѣваніяхъ печени, кишокъ; они вполне сознавали также всю важность освобожденія организма отъ ядовитыхъ продуктовъ чрезъ посредство почекъ путемъ хорошаго мочеотдѣленія.

Послѣдній, 7-ой отдѣлъ 2-ой группы составляютъ мѣры, направляемыя къ ограниченію опасныхъ для жизни проявленій болѣзни; сюда не входятъ мѣры къ облегченію страданій; о нихъ рѣчь впереди. Съ перваго взгляда мѣры этого отдѣла могутъ показаться слишкомъ ужъ маловажными, а подчасъ и вовсе лишенными основаній; примѣняя ихъ, мы не у корня рубимъ дерево, а срубаемъ лишь вѣтви. Но такой взглядъ былъ-бы ошибочнымъ. Пусть мы безогляды въ борьбѣ съ самой причиной болѣзни, пусть мы не въ состояніи оказать никакого вліянія на основное теченіе ея, но припадки болѣзни вырастаютъ иногда въ такой тревожной степени, что невольно вызываютъ на борьбу съ ними. Какого бы взгляда ни держаться на значеніе искусственнаго пониженія температуры при лихорадочныхъ процессахъ, каковы-бы ни были противорѣчія въ основныхъ воззрѣніяхъ на этотъ вопросъ клиницистовъ, всѣ согласны, что гиперпирексія можетъ имѣть гибельное значеніе, и потому нельзя въ виду ея оставаться равнодушнымъ, особенно если есть вѣрныя средства для пониженія температуры. Поносъ при брюшномъ тифѣ входитъ въ клиническую картину болѣзни, но можно-ли его терпѣть, не опасаясь за судьбу больного, если онъ становится слишкомъ ужъ частымъ и сильнымъ. При нефритахъ борьба съ альбуминуріей, конечно, не есть борьба съ самою болѣзью; но, если больной изо дня въ день теряетъ слишкомъ уже много бѣлка, то не естественно-ли стремленіе искать средствъ къ ограниченію этихъ потерь? Всѣ эти примѣры показываютъ, что мѣры къ ограниченію подобныхъ опасныхъ для жизни проявленій болѣзни имѣютъ несомнѣнно важное значеніе, ибо спасаютъ организмъ отъ отдѣльныхъ припадковъ болѣзни, которые могли-бы имѣть для него роковое значеніе.

Къ 3-ей группѣ относятся мѣры, удовлетворяющія припадочное показаніе въ тѣсномъ смыслѣ слова. На нихъ не будемъ долго останавливаться. Всѣ онѣ объединяются одной задачей облегчить мучительные для больного припадки болѣзни. Въ этомъ опредѣленіи и слабость, и сильная ихъ сторона: онѣ ничего не дѣлаютъ противъ болѣзни, но много дѣлаютъ для больного. И если медицинѣ, по выраженію *Pasteur'a*, излѣчивать болѣзнь дано далеко не всегда, то къ успокоенію сопряженныхъ съ нею страданій она наша не мало средствъ.

Приведенная классификація не обнимаетъ, конечно, всѣхъ мѣръ, какими владѣетъ терапія; это и трудно въ виду общаго и крайняго разнообразія ихъ. Здѣсь представлена лишь послѣдняя попытка обосновать ее на разумныхъ началахъ и въ качествѣ таковыхъ избраны пути дѣйствія терапіи при внутреннихъ болѣзняхъ. Обзоръ ихъ, хотя и самый бѣглый, убѣждаетъ въ томъ, что не даромъ прошли вѣка работы лучшихъ умовъ челоѣчества; благодаря имъ медицинѣ приобрѣла цѣлое сокровище терапевтическихъ

средствъ, обезпечить которое никто не въ состояніи. Сознаніе силы и правды своего дѣла должно придать намъ бодрость для того, чтобы идти дальше впередъ по этому пути; оно же позволяетъ представителямъ внутренней медицины достигнуть нравственнаго равновѣсія, о которомъ такъ хорошо говорилъ великій нашъ учитель *С. П. Боткинъ* и по которому томится душа среди тревогъ и волненій практической врачебной дѣятельности.

### СХ. Къ казуистикѣ случаевъ воспаленія и нагноенія ложно-слизистыхъ кистомъ въ послѣродовомъ періодѣ съ ихъ послѣдствіями.

Проф. В. Н. Орлова (Одесса).

Наиболѣе частой причиной воспаленія кистъ яичника является перекручиваніе ножки кисты. Подъ вліяніемъ такого перекручиванія ножки опухоли, которое можетъ быть полнымъ, или неполнымъ, развивается цѣлый рядъ измѣненій въ стѣнкѣ кисты, смотря по степени перекручиванія ножки, до омертвѣнія ея включительно [*Küstner*<sup>1</sup>), *Schantz*<sup>2</sup>), *Zweifel*<sup>3</sup>), *Орловъ*<sup>4</sup>), *Прохоровъ*<sup>5</sup>) и др.].

На почвѣ воспаленія стѣнки кисты можетъ возникнуть нагноеніе содержащейся въ ней жидкости. Съ другой стороны, вслѣдствіе воспаленія стѣнки развивается въ окружности ея воспаленіе брюшины и послѣдовательно цѣлый рядъ срощеній кисты съ внутренностями и пристѣночной брюшиной.

Прямой причиной нагноенія содержимаго кистовидной полости можетъ служить проколъ кисты нечистымъ инструментомъ. Къ счастью, эта причина въ настоящее время не существуетъ, такъ какъ проколъ кисты черезъ брюшную стѣнку съ цѣлью распознаванія или лѣченія оставленъ и съ большей пользой, если нужно, производить чрезъсѣченіе.

Наиболѣе удобной почвой для нагноенія служатъ дермоидныя кисты яичника [по *Кадырбобову*<sup>6</sup>) болѣе, чѣмъ въ 25% всѣхъ случаевъ нагноенія кистъ], рѣже другія кистомы, на что указываетъ цѣлый рядъ литературныхъ сообщеній. Нагноеніе кистъ яичника безъ всякихъ видимыхъ причинъ, т. е. безъ перекручиванія ножки опухоли, безъ прокола стѣнки кисты и т. д. встрѣчается сравнительно рѣдко и главнымъ образомъ въ послѣродовомъ періодѣ. Въ подобныхъ случаяхъ возбудители нагноенія при послѣродовомъ зараженіи проникаютъ въ опухоль черезъ лимфатическую систему или черезъ кровь; кромѣ послѣродового процесса нагноеніе кистъ яичника наблюдалось при брюшномъ тифѣ.

Изъ микроорганизмовъ находили въ нагноившейся кистѣ обыкновенную кишечную палочку, стрептококки, стафилококки, *Koch*'овскія и брюшнотифозныя палочки, а также различнаго рода сапрофиты.

Изъ довольно большой работы *Кадырбобова*<sup>7</sup>) «О нагноеніи яичниковыхъ кистъ», гдѣ онъ приводитъ описаніе 178 случаевъ нагноенія кистъ, видно, что гноеродные стрептококки были найдены лишь въ 3-хъ случаяхъ *Bumm'a*, *Schantz*'ы, *Hersfeld'a*, кромѣ того въ 2-хъ случаяхъ *Martin'a* и *Bloch'a* были найдены кромѣ стрептококковъ другіе микроорганизмы. Стафилококки были найдены въ 5-ти случаяхъ: въ 2-хъ случаяхъ *Bloch'a*, затѣмъ въ случаяхъ *Bouilly*, *Tavel'a*, *Lanz'a* и *Bumm'a*.

Брюшно-тифозныя палочки найдены были въ 8-ми случаяхъ у *Wert'a*, *Kumel'a*, *Iudeck'a*, *Pitha*, *Wallgren'a*, *Engelmann'a*, *Шуперовича* и *Занченко*.

Кишечная палочка найдена въ 10 случаяхъ: *Löhlein'a*, 4-хъ случаяхъ *Menge*, *Gottschalk'a*, *Wunderli*, *Tavel'a* и *Lanz'a*, *Bumm'a* и *Martin'a*, при чемъ въ послѣднихъ 3-хъ кромѣ *bact. coli* имѣлись еще въ гною кисты и другія бактеріи. Бугорчатковыя палочки были найдены *Dienst*'омъ.

Нагноившаяся киста, ведшая къ воспаленію брюшины, сростается съ кишечными петлями, куда очень нерѣдко и опорожняетъ свое содержимое, рѣже въ матку, влагалище и мочевоу пузырь, а еще рѣже въ переднюю брюшную стѣнку. Опорожненіе содержимаго происходитъ по

большей части быстро, но гнойная фистула въ брюшной стѣнкѣ остается на долгое время.

Такъ какъ случаи нагноенія кистъ яичника во время беременности, родовъ и послеродового періода встрѣчаются сравнительно рѣдко, то я позволю себѣ сообщить слѣдующій случай, представившійся моему наблюденію. Случай этотъ интересенъ въ этиологическомъ, диагностическомъ и клиническомъ отношеніяхъ.

У. М. Крестьянка 48 л., замужняя, поступила въ завѣдываемую мной клинику 18 марта 1906-го года.

Первыми мѣсяцями пришли на 17-омъ году, устанавливались сразу и стали приходиться через 4 недѣли по 4 дня безъ болей въ умеренномъ количествѣ. Послѣдняя крови 2 года тому назадъ. Беременной была 12 разъ, роды всѣ срочные. Послѣдніе роды были 2 года тому назадъ. Больной себя считаетъ 5 лѣтъ. Во время предпослѣдней беременности животъ у больной сильно увеличился; родила она самостоятельно, безъ всякаго оперативнаго пособия, но послѣ родовъ долго болѣла и лихорадила и спустя нѣкоторое время тотчасъ-же подъ пушкомъ вскрылся нарывъ и выдѣлилъ, по словамъ больной, очень много гноя. Сколько времени онъ шелъ, больная сказать не можетъ. Послѣ этого у больной снова наступила беременность (последняя) и она окончилась въ срокъ живымъ ребенкомъ. Послѣ этихъ родовъ животъ у больной сталъ снова сильно увеличиваться.

Исслѣдованіе дало слѣдующее: больная значительно истощена, подкожный жирный слой развитъ въ слабой степени. Животъ увеличенъ до размѣровъ въ  $1\frac{1}{2}$ , большихъ доношенной беременности. При ощупываніи живота въ немъ опредѣляется присутствіе жидкости и опухоль величиной въ голову взрослого человека, укрѣпленная въ области пупка, гдѣ также находимъ пупочную грыжу; по средней линіи живота на палецъ ниже пупка находится вѣзикообразный рубецъ отъ преждебывшей фистулы, изъ которой, по показанію больной, шелъ долгое время гной. Опухоль умеренно плотная, бугристая, подвижная, но подвижность ея ограничена въ всѣ стороны, благодаря ея приращенію въ области пупка. При изслѣдованіи черезъ влагалище матка не опредѣляется, благодаря присутствію водяночной жидкости, своды свободны и черезъ нихъ опухоль не прощупывается. Зондъ, введенный въ матку, проникаетъ на 9 см. и направляется прямо впередъ. Исслѣдованіе по *Hegar*'у обнаружало связь опухоли съ маткой; опухоль, повидимому, исходитъ изъ лѣвыхъ придатковъ. Мочевой пузырь не вытянутъ и не смѣщенъ. На основаніи данныхъ изслѣдованія было поставлено распознаніе: цистосаркома лѣваго яичника или многокамерная ложно-слизистая цистосаркома лѣваго яичника. Въ виду обильнаго количества водяночной жидкости въ брюшной полости, накопившейся, по словамъ больной, въ послѣднее время очень быстро, можно было склониться скорѣе на сторону злокачественности новообразования (его злокачественнаго перерожденія). Съ другой стороны, присутствіе срощеній опухоли съ окружающими частями и водяночной жидкости не исключали возможности хроническаго воспаления брюшины, при полной доброкачественномъ характерѣ опухоли. Вопросъ о точномъ опредѣленіи новообразования оставленъ открытымъ, а такъ какъ показаніе къ вскрытію брюшной полости было жизненное (больная задыхалась, не могла уже спать лежа, ходила съ трудомъ и жаловалась на сильныя боли въ животѣ), то и рѣшено было приступить къ чревосеченію, что и было сдѣлано 22/ш 1906 г.

Послѣ обычнаго обеззараживанія кожи разрезъ былъ проведенъ по бѣлой линіи и прямо черезъ пупокъ въ виду пупочной грыжи. Начало разреза отстояло отъ пупка вверхъ на 3 поперечныхъ пальца, конецъ его разреза доходилъ до лоннаго соединенія. Изъ брюшной полости вылилось большое количество зеленоватой густой жидкости, затѣмъ введенной въ полость живота рукой изслѣдована эта послѣдняя и при этомъ найдено слѣдующее: Опухоль умеренно плотная, бугристая, яйцевидной формы, исходитъ изъ лѣваго яичника. Ножка ея, въ составъ которой входитъ *Fallop*'ева труба, сильно вытянута, благодаря срощенію опухоли съ брюшной стѣнкой въ области пупка. Опухоль окутана салникомъ и петлями тонкихъ кишекъ, срощенными очень тѣсно съ опухолью. Сальникъ утолщенъ въ значительной степени и обладаетъ громаднымъ количествомъ развитыхъ венъ. Брюшина какъ пристѣнная, такъ и покрывающая органы брюшной полости также сильно утолщена, мѣстами покрыта отдѣльными бугорками. Одинъ изъ бугорковъ срѣзанъ для микроскопическаго изслѣдованія. Матка и правые придатки безъ какихъ-либо патологическихъ измѣненій.

Идя шагъ за шагомъ, постепенно отдѣлены кишечныя петли и салники отъ опухоли тупымъ путемъ, при чемъ въ одномъ мѣстѣ на разорвавшейся серозной повязкѣ тонкой кишки пришлось наложить два шелковыхъ узловатыхъ шва. Ножка опухоли перевязана въ 2 пучка и перерѣзана. Срощенія опухоли съ передней брюшной стѣнкой отдѣлены ножницами и опухоль послѣ этого была удалена. Часть измѣненнаго салника послѣ перевязки въ 3 пучка также отрѣзана. Пупочный грыжевый мешокъ вмѣстѣ съ кожей, гдѣ находился рубецъ отъ бывшей фистулы, вырѣзанъ ножницами. Послѣ осмотра брюшной полости и поля операціи и, убѣдившись, что нѣтъ кровотеченія изъ разорванныхъ срощеній и отдѣльных кишекъ, было приступлено къ зашиванію брюшной полости. Наложено 2-хъ этажныхъ шовъ: 1-ый этажъ—на брюшину и апоневрозъ непрерывный шелковый обвивной шовъ, а 2-ой этажъ—3 шелковыхъ узловатыхъ шва и

рядъ аграфовъ на кожу и остальные слои брюшной стѣнки. Сверху положена обычная повязка.

Послѣоперационный періодъ прошелъ при нормальной температурѣ и пульсѣ. Температура колебалась въ предѣлахъ норм. Аграфы сняты на 9-ый день, шелковые швы на 12-ый день—первичное натяженіе. На 23-й день послѣ операціи больная въ прекращенномъ состояніи выписалась изъ клиники.

При изслѣдованіи найдено: рубецъ брюшной стѣнки сформировался хорошо; уплотненія въ видѣ воспалительнаго пропитыванія нигдѣ по рубцу не прощупываются, онъ совершенно безболѣзненъ. При двойномъ ручномъ изслѣдованіи матка въ нормальномъ положеніи, подвижна, безболѣзненна. Своды свободны; на мѣстѣ операціонной культи экссудата не наблюдается. Асцитъ нѣтъ. Отправленія кишечника правильныя.

Предписано въ теченіи года носить бандажъ для предупрежденія образованія грыжи по бѣлой линіи и поддержанія внутреннихъ органовъ.

**Описаніе препарата.** Опухоль неправильно яйцевидной формы, бугристая, при чемъ бугры кѣи, лучше сказать, узлы опухоли различной величины и плотности. Величина ихъ отъ гусиного яйца до лѣснаго орѣха, всѣ они соединены между собой тѣсно и составляютъ вмѣстѣ всю массу опухоли. Всѣхъ всѣхъ опухоли 3000 грм., длина ея 30 см., ширина 22 см., окружность 65 см. Въ области ножки опухоли сохранилась часть яичника, длиной 4 см.; на разрезѣ наблюдается въ немъ сѣе желтое тѣло. На поверхности опухоли, обращенной къ передней брюшной стѣнкѣ, замѣчаются остатки срощенія опухоли и этой послѣдней—удлиненная рубцовая поверхность на протяженіи 7 см. Тотчасъ подъ этой рубцовой поверхностью находится полость съ гладкими рубцовыми стѣнками; полость эта неправильной формы и въ стѣнкѣ своей имѣетъ углубленія—лакуны, жидкости никакой не содержитъ. Повидимому, она и послужила источникомъ нагноенія, такъ какъ она лежитъ тотчасъ подъ рубцовой поверхностью и не содержитъ никакой жидкости, исключая небольшого количества какой-то омертвѣвшей массы бѣлаго цвѣта (гнойный распадъ). На разрезѣ опухоли сильно состоятъ изъ мелкихъ полостей, наполненныхъ густой, слизистой жидкостью, въ видѣ желе. Полости эти различной величины, но большинство ихъ не превышаетъ размѣровъ 5-копѣечной монеты. Въ общемъ опухоль представляетъ картину т. наз. *ложно-слизистой кистомы*, содержимое которой при попаданіи въ брюшную полость можетъ дать начало *ложному слизистому брюшину*, на природу котораго указано *Spiegelberg*'омъ <sup>1)</sup>, *Atlee* <sup>2)</sup>, а затѣмъ *Beinlich*'омъ <sup>3)</sup>, *Péan*'омъ <sup>4)</sup>, *Werth*'омъ <sup>5)</sup> и многими другими.

**Микроскопическое изслѣдованіе кусочковъ опухоли и части удаленнаго салника.** Для микроскопическаго изслѣдованія взяты кусочки опухоли изъ разныхъ ея мѣстъ; послѣ обычной обработки кусочки залиты въ парафинъ, въ которомъ и рѣзались на микротомѣ; срѣзы окрашивались различными красками.

Микроскопическая картина срѣзовъ кусочковъ опухоли вполне сходна съ таковой изъ ложно-слизистой кистомы, картина строенія которой въ нѣсколькихъ видахъ представлена *Ранмистіе*'мъ въ «*Handbuch der Gynäkologie*», т. III, тетр. I, в главѣ о ложно-слизистыхъ кистахъ. Однѣ полости имѣютъ гладкія стѣнки и покрыты однослойными цилиндрическими кѣтками, другія полости выполнены разроженіями, похожими на папиллярныя, покрытыя такимъ-же цилиндрическимъ эпителиемъ; наконецъ, въ иныхъ полостяхъ эти разроженія, покрытыя цилиндрическимъ эпителиемъ, имѣютъ видъ железъ и оны какъ-бы вросаютъ въ подлежащую ткань. Никакихъ признаковъ злокачественности не найдено. Цилиндрическія кѣтки располагаются всюду въ одинъ слой и атипическаго разроженія эпителия нигдѣ не замѣчается. Микроскопическое изслѣдованіе кусочковъ салника дало картину хроническаго воспаления: мѣстами видны расширенныя кровеносныя сосуды, наполненные кровью, мѣстами участки ткани пронизаны грануляционными элементами, которые кое-гдѣ образуютъ значительныя кучки. Злокачественнаго также ничего не найдено, утолщеніе его представляется доброкачественнымъ и сводится къ отеку пропитыванію ткани, а также къ разрастанію кровеносныхъ сосудовъ, а съ ними вмѣстѣ и соединительной ткани.

Исслѣдованіе узелка, взятаго изъ пристѣнной брюшины, показало лишь хроническое воспаление ея.

Познакомившись съ описаніемъ случая, я перейду теперь къ разбору его и укажу на особенности, благодаря которымъ этотъ случай представляется научно интереснымъ. Прежде всего возникаетъ вопросъ, какая причина могла вызвать нагноеніе одной изъ полостей кисты? При операціи найдено, что ножка кисты не была перекручена и питаніе кисты черезъ нея шло, повидимому, вполне удовлетворительно, поэтому здѣсь причины искать нечего. Больная связываетъ нагноеніе опухоли съ прекращеніемъ беременности, съ ея послеродовымъ періодомъ; слѣд., если бы исходить изъ словъ больной, то причину нагноенія нужно было-бы искать въ послеродовомъ зараженіи. Изслѣдуя половые органы нашей больной до операціи и осмотрѣвъ матку съ окружающими ея органами при операціи непосредственно по вскрытіи брюшной полости, мы должны отмѣтить, что никакого указанія на



прежде бывшій послѣродовой процессъ во внутреннихъ половыхъ органахъ нѣтъ; матка и ея правые придатки определяются совершенно нормальными, безъ какихъ-либо болѣзненныхъ измѣненій. Да на это указываетъ и дальнѣйшее повѣствованіе больной о томъ, что у нея въ послѣдній разъ, послѣ нагноенія, наступила беременность, которая протекала правильно и она родила въ срокъ доношеннаго ребенка. Изъ сказаннаго, слѣд., можно сдѣлать заключеніе, что послѣродовая зараза проникла лишь въ одну кисту, не вызвавъ нигдѣ по пути своемъ воспаления, здѣсь же она развилась въ полной силѣ, вызвала воспаление опухоли, а вмѣстѣ съ ней и брюшины, на что указываютъ обильныя сращения съ сальникомъ и кишками, а въ концѣ-концевъ нагноеніе одной изъ полостей опухоли. Чѣмъ-же можно объяснить себѣ такое изолированное нагноеніе опухоли? Это объяснимо, если смотрѣть на опухоль, въ данномъ случаѣ ложно-слизистую кисту, какъ на самое слабое, уязвимое мѣсто въ организмѣ больной т. наз. «locus minoris resistentiae», которое во время родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ сдѣлалось еще менѣе сопротивляемому подъ вліяніемъ различныхъ условій, какъ напр. травмы (разминанія опухоли) во время родовъ. Содержимое опухоли (исейдомуция) [по Pfannenstiel'у<sup>14)</sup>] представляетъ удобную среду для развитія микроорганизмовъ. Вскрытіе гнойника въ переднюю брюшную стѣнку для больной оказалось очень благопріятнымъ: во 1-хъ, вскрытіе въ брюшную стѣнку само по себѣ даетъ результаты гораздо лучше, чѣмъ вскрытіе гнойной полости въ кишечникъ, не говоря уже о вскрытіи нарыва въ свободную брюшную полость; во 2-хъ, благодаря сращенію опухоли съ брюшной стѣнкой она сдѣлалась неподвижной, а слѣд., больная избѣжала въ дальнѣйшемъ возможности быть осложненій отъ перекручиванія длинной ножки опухоли и другихъ воспалительныхъ явленій.

Самостоятельнаго воспаления кисты въ послѣродовомъ періодѣ съ нагноеніемъ ея безъ какихъ-либо воспалительныхъ явленій въ половыхъ органахъ не признается авторами и по этому поводу Кадырововъ<sup>15)</sup> въ своей статьѣ говоритъ, что «основное заболѣваніе половой сферы можетъ окончиться и безслѣдно пройти, заболѣваніе-же кисты можетъ продолжиться, при чемъ въ полости ея долготой остаются вирулентные зародыши».

Въ нашемъ случаѣ матка и правые придатки не представляли никакихъ измѣненій и можно въ виду этого предположить или что у больной былъ лишь послѣродовой эндометритъ, который прошелъ безслѣдно, или зараза проникла по лимфатическимъ сосудамъ въ кисту, не вызвавъ на своемъ пути воспаления. Результатомъ воспаления кисты у больной развился перитонитъ, который далъ многочисленныя сращения опухоли съ сальникомъ и кишками, перешелъ, повидимому, въ хроническую форму, вслѣдствіе чего у больной стала накапливаться водяночная жидкость. Съ другой стороны, относительно накопленія жидкости въ животѣ можно сдѣлать и нѣсколько иное предположеніе: жидкость мы получили густую, тягучую; это можетъ указывать на попаданіе жидкости изъ кисты, которая, въ свою очередь, производитъ раздражающее вліяніе на брюшину и въ концѣ-концевъ можетъ служить причиной возникновенія т. наз. ложнаго слизевика (pseudo-pneumothorax-peritonei) брюшины, о чемъ уже я сказалъ выше.

Сальникъ и брюшина въ нашемъ случаѣ представлялись утолщенными, покрытыми отдѣльными бугорками; сальникъ отечный съ большимъ развитіемъ сосудовъ. Можно предположить, что при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни наступило-бы слизистое перерожденіе сальника и брюшины, какъ это описано въ случаѣ Эйгера<sup>16)</sup>. Сальникъ въ случаѣ Эйгера равнялся по вѣсу 5400 грм., длина его 50 см., ширина 10 см., толщина 2 см. Вся поверхность была бугристая, соответствующе множеству кистъ, сидѣвшихъ на немъ; послѣднія въ однихъ мѣстахъ висѣли на маленькихъ ножкахъ, въ другихъ-же онѣ оказались глубоко вросшими въ ткань сальника; содержимое ихъ прозрачное коллоидное. Нижній конецъ сальника былъ покрытъ безформенными коллоидными массами. Подъ микроскопомъ сальникъ представлялся въ видѣ петливой массы.

Петли составлены изъ волокнистой соединительной ткани, а пространства между петлями заполнены коллоидными массами, не содержащими морфологическихъ элементовъ. Полости, находящіяся между петлями, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ оказываются выстланными однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, гомологичнымъ эпителию выстилающему полости кисты.

Въ нашемъ случаѣ такихъ рѣзкихъ измѣненій еще не было, но нельзя исключить возможность появленія такихъ измѣненій въ виду такого макроскопическаго измѣненія сальника и качества водяночной жидкости.

Для отличительной діагностики данный случай представлялъ также большой интересъ. Бугристая опухоль въ связи съ водянкой живота могла говорить о злокачественной опухоли: при первомъ моемъ изслѣдованіи и былъ поставленъ діагнозъ злокачественнаго новообразованія брюшной полости и такъ какъ оно держалось высоко, приращенное къ передней брюшной стѣнкѣ въ области пупка, то мной было сдѣлано предположеніе о злокачественномъ новообразованіи, растущемъ изъ сальника; только изслѣдованіе по Негар'у, съ оттягиваніемъ матки внизъ, при помощи пулевыхъ щипцовъ, и поднятій опухоли вверхъ, вывело на истинный путь и обнаружило отношеніе опухоли къ лѣвымъ придаткамъ матки. Имѣя въ виду продолжительное существованіе опухоли, съ большей вѣроятностью исключался злокачественный характеръ ея. Больная выписалась изъ клиники вполне здоровой и можно предположить, что она излѣчилась отъ своей болѣзни; микроскопическое изслѣдованіе показало, что мы оперировали ее во время, такъ какъ злокачественнаго перерожденія еще нигдѣ не найдено.

Литература: 1. Küstner. «Kurzes Lehrbuch für Gynäkologie», русск. пер. 1903.—2. Schauta. Lehrbuch der gesamten Gynäkologie. 1896.—3. Zweifel. Vorlesungen über klinische Gynäkologie, 1902.—4. Орловъ. «Двѣсти чревостеченій». Дисс. 1893.—5. Прохоровъ. Патолого-анатомическія измѣненія стѣнокъ яичниковъ кистъ при перекручиваніи ихъ ножки. Дисс. 1896.—6. Кадырововъ. О нагноеніи яичниковъ кисты («Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней». 1904).—7. Кадырововъ. Тамъ-же.—8. Spiegelberg. Archiv für Gynäkologie. Т. 1, стр. 170.—9. Алес. Цит. по Эйгеру. «Матеріалы къ вопросу о ложномъ слизевикѣ брюшины». Дисс. 1900.—10. Beinlich. «Charité Appellen». I. 1874.—11. Péan. Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. 1895.—12. Werth. Archiv f. Gynaecologie, т. 24.—13. Pfannenstiel. Handbuch der Gynäkologie, т. III. т. 1.—14. Pfannenstiel. Тамъ-же. 15. Кадырововъ. Указано выше.—16. Эйгеръ. «Матеріалы къ вопросу о ложномъ слизевикѣ брюшины». Дисс. 1900.

СХІ. Изъ факультетской хирургической клиники проф. В. И. Разумовскаго.

Къ бактериологическимъ заглочнымъ нарывамъ.

А. А. Опокина.

Настоящей работой я хочу пополнить бактериологическую казуистику заглочныхъ нарывовъ однимъ случаемъ, наблюдавшимся мною въ амбулаторіи факультетской хирургической клиники, тѣмъ болѣе, что случай этотъ представляетъ собою большой интересъ въ бактериологическомъ отношеніи. Для полноты дѣла я скажу нѣсколько словъ по вопросу о бактериологическомъ подобнаго рода нарывовъ вообще, а затѣмъ уже приведу собственное бактериологическое изслѣдованіе встрѣтившагося случая.

Въ микробиологическомъ остромъ заглочномъ нарывѣ, какъ показываютъ литературныя справки, первое мѣсто занимаетъ стрептококкъ. Далѣе встрѣчались въ гною нарывовъ бактеріи, аналогичныя съ диплококкомъ Fraenkel-Weichselbaum'a (Höldmoser) и палочки гриппа (Fischer — 2 случая). Стрептококкъ обуславливалъ происхожденіе нарыва въ случаяхъ Bötcher'a, Salomon'a, Koplick'a (8 случаевъ). Въ русской литературѣ стрептококкъ въ гною заглочныхъ нарывовъ былъ обнаруженъ въ случаѣ А. В. Кочанова и въ 2-хъ В. А. Оттеля.

В. К. Меньшиковъ (1905 г.) въ 4-хъ случаяхъ заглочныхъ нарывовъ у дѣтей обнаружилъ впервые особый типъ

бактерии, которой онъ далъ имя длиннаго диплострептококка: микробъ этотъ, какъ оказалось впоследствии, совершенно идентиченъ съ описаннымъ уже въ литературѣ въ 1903 г. *H. Schottmüller* омъ подъ именемъ *streptococcus mitior seu viridans*. *Меньшиковъ* натолкнулся на этотъ новый видъ микроорганизма, работая съ гемоглобинофильными бактериями.

Несомнѣнно, что диплострептококкъ уже былъ въ рукахъ многихъ авторовъ (*Lingelsheim, Kurth, Kruse, Babes, Hlava, Pantini u Pasquale, Riecke, Koplock, Lenhartz, Litten, Schottelius*), но не работая съ гемоглобиновыми средами, они не могли его дифференцировать.

Помимо заглочныхъ нарывовъ *Меньшиковъ* находилъ длиннаго диплострептококка и при коревомъ конъюнктивальномъ отдѣленіи, а также могъ вырастить его и изъ полости рта. Сходный съ диплострептококкомъ *streptococcus mitior seu viridans* *Schottmüller* а былъ найденъ имъ свободно находящимся въ секретѣ верхнихъ воздухоносныхъ путей. Далѣе микробъ этотъ былъ найденъ при менингитѣ (впервые *Schottmüller*), въ отдѣляемомъ конъюнктивита (*Schottelius*), въ отдѣляемомъ при остромъ ринитѣ, на слизистой при остромъ и хроническомъ бронхитѣ, въ гною тромбоза послѣ *otitis media*, въ гною тромбоза послѣ *ragulis*, въ гною легочнаго нарыва, въ гною перикардита въ гною перитифита, въ гною эхинококковъ печени въ мозговомъ нарывѣ; въ крови при смертельныхъ поджелудочной железы и при *rupephlebitis*. При эндокардитѣ онъ былъ констатированъ въ 8 случаяхъ (*Schottmüller, Fraenkel*).

Вотъ характеристика диплострептококка, выращеннаго *В. К. Меньшиковымъ* на гемоглобиновыхъ средахъ.

По своему микроскопическому виду микроорганизмъ этотъ представляется въ формѣ длинныхъ цѣпочекъ, иногда переплетающихся между собой въ видѣ цѣпыхъ клубковъ. Длина некоторыхъ цѣпей занимала даже все поле зрѣнія микроскопа. Отдѣльныя звенья цѣпей имѣютъ диплококковую форму. При окрашиваніи по *Gram* у диплострептококка не обезцвѣчивается. Капсулъ *Меньшикову* наблюдать не удалось.

Въ бульонныхъ культурахъ съ примѣсью аспитической жидкости диплострептококкъ сначала мутитъ бульонъ, но потомъ бульонъ просвѣтлѣется и на днѣ получается хлопчатый осадокъ. Реакція бульона кислая. Жизнеспособность диплострептококка на бульонѣ сохранилась нѣсколько недѣль. На простыхъ агаровыхъ средахъ диплострептококкъ растетъ въ видѣ точечныхъ пузырькообразныхъ, величинѣ меньше чѣмъ съ булавочную головку, колоній. Подъ микроскопомъ эти колоніи имѣютъ бахромчатые края, сѣтчатое строеніе.

Самый типичный ростъ диплострептококка даетъ на гемоглобиновыхъ средахъ и кровяномъ агарѣ. На пластинчатыхъ гемоглобиновыхъ средахъ диплострептококкъ растетъ въ видѣ точечныхъ, темно-коричневыхъ колоній съ булавочную головку, а иногда и меньше величинѣ. Бурый цвѣтъ колоній зависитъ, по *Меньшикову*, отъ способности этого вида стрептококка измѣнить свойство гемоглобина и поглощать изъ среды уже видоизмѣненный гемоглобинъ. На кровяномъ агарѣ диплострептококкъ растетъ въ видѣ точечныхъ сѣрыхъ или темно-зеленыхъ колоній, вокругъ которыхъ можно было наблюдать почти постоянно свѣтло-зеленый гемолитическій поясъ. На бульонѣ съ примѣсью крови диплострептококкъ растетъ, измѣняя его въ коричневый цвѣтъ. Если оставить посѣвы диплострептококка на гемоглобиновомъ агарѣ, то при дальнѣйшемъ ростѣ его (въ термостатѣ) можно замѣтить поглощеніе гемоглобина, а спустя 2—3 недѣли и полное обезцвѣчиваніе агара.

Что касается вирулентности диплострептококка для животныхъ, то они были испытаны на мышкахъ, морскихъ свинкахъ, кроликахъ.

По *Меньшикову* мыши хорошо переносятъ впрыскиваніе подъ кожу 1 к. стм. бульонной разводки; морскимъ свинкамъ онъ вводилъ въ брюшную полость до 2 к. с. бульонной разводки безъ того, чтобы получить заболѣваніе. Кролики также отлично переносятъ впрыскиваніе въ брюшную полость. Вообще микробъ этотъ, по *Меньшикову*, мало болѣзнетворенъ для животныхъ, но при впрыскиваніи подъ кожу онъ иногда вызываетъ нагноеніе.

*Streptococcus mitior seu viridans*, выращенный *Schottmüller* омъ на кровяномъ агарѣ, обладаетъ слѣдующими особенностями.

Подъ микроскопомъ онъ представляется въ видѣ длинныхъ цѣпей, отдѣльные кокки отъ 0,1 до 1 микрона въ поперечникѣ. Изъ бульонныхъ разводокъ при 1% пептона.

По *Schottmüller* у удалось получить очень длинныя цѣпи; онъ насчитывалъ болѣе 100 члениковъ. Бульонъ мутится, на днѣ хлопкообразный осадокъ. По *Gram* у *streptococcus mitior* не обезцвѣчивается. Капсулъ не наблюдалось. На простомъ агарѣ растетъ въ видѣ точечныхъ пузырькообразныхъ колоній, величинѣ съ булавочную головку. Особенно характерный ростъ

получается на агарѣ съ примѣсью человѣческой крови; здѣсь микробъ растетъ въ видѣ мелкихъ сѣрыхъ или темно-зеленыхъ колоній; въ разстояніи миллиметра отъ нихъ нѣтъ никакой свѣтло-зеленой области. На бульонѣ съ примѣсью крови растетъ, измѣняя бульонъ въ коричневый цвѣтъ. Свертываетъ молоко (черезъ 3 дня), желатину не разжижаетъ, на картофельѣ растетъ такъ-же, какъ обыкновенный стрептококкъ. Жизнеспособность растущаго на бульонѣ *Streptococcus mitior* сохраняется, по *Schottmüller* у до 4-хъ—5-ти мѣсяцевъ.

Болѣзнетворность выращеннаго имъ микроба *Schottmüller* испытывалъ на мышкахъ, морскихъ свинкахъ, кроликахъ; онъ впрыскивалъ 5 к. с. 48-ми-часовой бульонной разводки въ брюшную полость мышамъ, и въ кровь кроликамъ. Животныя остались живы. При впрыскиваніи вторичныхъ разводокъ (пассажей) ему удалось убить только мышей; онѣ умирали черезъ сутки.

Изъ сравненія бактериологическихъ данныхъ, полученныхъ *Schottmüller* омъ при изслѣдованіи его *Streptococcus mitior seu viridans* и *Меньшиковымъ* при описаніи его длиннаго диплострептококка, видно, что оба автора описали одинъ и тотъ-же микроорганизмъ. Если гдѣ и расходится сходство между *streptococcus mitior seu viridans* и диплострептококкомъ, то это по вопросу о различной гемолитической способности ихъ, и то этому придавать особеннаго значенія не приходится. По *Schottmüller* у, *Streptococcus mitior* обладаетъ слабымъ гемолизомъ, по *Меньшикову* гемолитическая способность диплострептококка довольно рѣзко выражена, хотя онъ ставитъ ее въ зависимость отъ количества крови въ разводкѣ.

*Fraenkel* (1905 г.) въ своей повѣрочной работѣ о *streptococcus mitior* вполне соглашается съ данными *Schottmüller* а относительно роста его на кровяныхъ средахъ, но въ интересахъ скорой дифференціаціи предлагаетъ среду *Drigalski-Conradi*, на которой *Streptococcus mitior* растетъ вполне типично въ видѣ колоній интенсивно-краснаго цвѣта.

При дифференціаціи диплострептококка его прежде всего приходится отличать отъ пнеймококка, растущаго какъ на гемоглобиновомъ агарѣ, такъ и на агарѣ съ кровью совершенно одинаково—въ видѣ точечныхъ темно-коричневыхъ колоній. Въ бульонѣ диплострептококкъ даетъ осадокъ въ видѣ хлопьевъ на днѣ пробирки; подъ микроскопомъ мы имѣемъ длинныя цѣпи. Пнеймококкъ-же образуетъ сплошную муть бульона; подъ микроскопомъ можно констатировать отдѣльные диплококки, рѣдко короткія или даже длинныя цѣпи. Во всякомъ случаѣ уже морфологически подъ микроскопомъ можно съ большей или меньшей увѣренностью говорить, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло: съ диплострептококкомъ или пнеймококкомъ; послѣдній всегда можетъ быть узнавъ по своей меньшей величинѣ, ланцетовидной формѣ и по способности располагаться въ видѣ отдѣльныхъ диплококковыхъ формъ и только рѣдко, какъ мы сказали, въ видѣ цѣпей.

Особенно важна для дифференцированія жизнеспособность на бульонныхъ разводкахъ диплострептококка и пнеймококка. Диплострептококкъ, какъ показали опыты, можетъ сохранять свою жизнеспособность въ теченіи нѣсколькихъ недѣль до 4—5 мѣсяцевъ. Пнеймококкъ-же гибнетъ черезъ 36 часовъ (*Рымовичъ*)—2 дня (*Меньшиковъ*) и только посѣянный на гемоглобиновыхъ средахъ и сохраняемый при 36—38°С. онъ жизнеспособенъ въ теченіи свыше 6 недѣль, а при комнатной температурѣ пнеймококкъ и на гемоглобиновой средѣ быстро теряетъ свою жизнеспособность. На простомъ агарѣ пнеймококкъ образуетъ болѣе мелкія колоніи, чѣмъ диплострептококкъ.

По *Fraenkel* у, для отличительнаго распознаванія между пнеймококкомъ и *streptococcus mitior* является среда *Drigalski-Conradi*. Пнеймококкъ растетъ на этой средѣ скудно, не измѣняетъ прекраснаго голубого цвѣта среды, между тѣмъ какъ *streptococcus mitior* растетъ пышно и даетъ интенсивно-красное окрашиваніе среды.

Между диплострептококкомъ и пнеймококкомъ существуетъ несомнѣнная разница и по биолого-химическимъ свойствамъ. Съ этой цѣлью *Меньшиковъ* иммунизировалъ кроликовъ къ диплострептококку, получалъ сыворотку и впрыскивалъ ее мышамъ за сутки до зараженія смертельной дозой пнеймококка.

Такимъ образомъ мы видимъ, что ростъ на гемоглобиновыхъ средахъ является важной различительной средой для диплострептококка и позволяетъ выдѣлить изъ группы

обыкновенныхъ стрептококковъ особую гемоглобинофильную группу стрептококка, съ характерными для нея особенностями. Благодаря росту на кровяномъ агарѣ Schottmüller дѣлитъ стрептококки на 2 группы. Одна группа со старымъ названіемъ streptococcus longus seu erysipelatis, которая отличается сильными гемолитическими свойствами и патогенностью для животныхъ; эту группу онъ находилъ при гнилостныхъ процессахъ. Вторая группа должна стоять подъ общимъ названіемъ streptococcus mitior seu viridans; группа эта находится при многихъ другихъ заболѣваніяхъ, не отличающихся злокачественнымъ теченіемъ, мало болѣзнетворна для животныхъ и обладаетъ слабымъ гемолизомъ.

Отъ стрептококка рожистаго, скарлатиннаго и гнилостныхъ процессовъ диплострептококкъ отличается, во 1-хъ, по микроскопическому виду (не всегда), во 2-хъ, по росту на гемоглобиновыхъ средахъ. Между тѣмъ какъ стрептококкъ рожи и скарлатины не измѣняетъ гемоглобиноваго агара совершенно и даетъ на немъ ростъ въ видѣ сформатыхъ прозрачныхъ колоній, диплострептококкъ растетъ, какъ мы знаемъ, въ видѣ темно-коричневыхъ колоній. На кровяномъ бульонѣ streptococcus longus растетъ, придавая бульону красное окрашиваніе цвѣта Бургундскаго вина, между тѣмъ какъ streptococcus mitior — диплострептококкъ даетъ коричневое окрашиваніе.

Измѣненію кровяного бульона нѣкоторые авторы (Rieske, Меньшиковъ) не придаютъ особеннаго значенія при различеніи одного микроба отъ другого; они ставятъ измѣненіе бульона въ зависимость отъ быстроты дѣйствія перваго (streptococcus longus). По отношенію къ животнымъ streptococcus longus представляется болѣзнетворнымъ, а streptococcus mitior — диплострептококкъ мало болѣзнетворнымъ, хотя по отношенію къ мышамъ Fraenkel'емъ установлена его болѣзнетворность; онъ вводилъ въ брюшную полость мышамъ 24-часовыя бульонныя разводки въ количествѣ  $\frac{1}{4}$  к. стм. и мыши черезъ 3—6 дней погибали. И Schottmüller'у удавалось также убить нѣкоторыхъ мышей.

Перехожу къ описанію своего случая и приведу результаты бактериологическаго изслѣдованія.

М. 3, 55 л., обратилась въ амбулаторію клиники 15 марта 1906 года послѣ того, какъ она уже показывалась многимъ врачамъ. Одни ставили діагностику опухоли, другіе говорили о заглоточномъ нарывѣ и предлагали операцію. Большая замѣтила неловкость при глотаніи въ видѣ показыванія уже 3 мѣсяца тому назадъ.

Подъ угломъ нижней челюсти лѣвой стороны опуханіе лимфатическихъ железъ. Опухоль увеличивалась постепенно, но не особенно мѣшала при глотаніи, только 2—3 недѣли тому назадъ опухоль стала замѣтно расти, беспокоить больную. Временами больная ощущала чувство жара. Температуру не мѣрила.

При осмотрѣ полости глотки, на задне-боковой (лѣвой) стѣнкѣ ея въ за небной занавѣски виднѣется опухоль, которая идетъ въ средней линіи и нѣсколько заходитъ за нее, а внизъ идетъ, по надикому, не далеко. Цвѣтъ покрововъ надъ опухолью не измѣненъ. При оцупываніи опухоль упруга, слабо флюктуируетъ; пальцемъ можно обойти кругомъ опухоли, внизъ она далеко не спускается, сверху граничитъ со сводомъ глотки. Послѣ предварительной кокаинизаціи былъ сдѣланъ пробный проколъ; получился гной.

Продольнымъ, широкимъ разрѣзомъ вскрытъ нарывъ со стороны слизистой глотки. Пальцемъ, введеннымъ въ полость, можно было убѣдиться въ ограниченности нарыва. Разрѣзъ сдѣланъ у основанія, сѣд., условія дренажа хорошія. Больную я видѣлъ черезъ мѣсяць, она совершенно здорова. Рана слизистой глотки зарубцевалась.

Что касается бактериологическаго изслѣдованія своего случая, то при окраскѣ мазковъ изъ гноя карболовой синькой Kühne подъ микроскопомъ мы могли констатировать стрептококка, мѣстами попадались сильно измѣненныя формы, вѣроятно того-же стрептококка (инволюціонныя формы). Все остальное поле зрѣнія было усыяно лейкоцитами. Явленій фагоцитоза наблюдать не пришлось. Были сдѣланы посѣвы на простые агаровыя среды, а также на гемоглобинъ (пластинчатая разводка). Черезъ сутки на простыхъ агаровыхъ пластинчатыхъ разводкахъ можно было замѣтить среди выросшихъ колоній другія бактеріи, появившіяся, вѣроятно, случайно (стафилококкъ), а также маленькія точечныя величиной нѣсколько меньше булавоночной головки, прозрачныя, колоніи диплострептококка. Подъ микроскопомъ эти колоніи представлялись клубковатыми съ бахромчатыми краями сѣтчатого строенія. Въ

мазкахъ изъ точечныхъ колоній, выросшихъ на агарѣ подъ микроскопомъ, мы получили сравнительно короткія цѣпи, въ которыхъ отдѣльныя звенья напоминали диплококка. При посѣвахъ на простой бульонъ, онъ черезъ сутки далъ легкую муть и на днѣ пленчатый осадокъ. На бульонѣ въ смѣси съ аспитической жидкостью диплострептококкъ давалъ болѣе выраженную равномерную муть, черезъ сутки на днѣ пленчатый осадокъ при не просвѣтлившемся бульонѣ.

Относительно муты бульона мы должны замѣтить, что въ дифференціально-диагностическомъ отношеніи, мы не придаемъ ей особеннаго значенія. Она можетъ зависѣть отъ короткости и длинноты цѣпей, отъ питательности бульона, а также отъ цѣлаго ряда другихъ условий. Реакція бульона всегда была кислая. По Gram'у нашъ диплострептококкъ не обезцвѣчивался. Молоко свертывалъ.

На бульонѣ въ смѣси съ кровью выращенный нами микроорганизмъ давалъ при своемъ ростѣ темнокоричневое окрашиваніе бульона. На кровяномъ агарѣ мы получали сѣроватаго или темнозеленаго цвѣта колоніи, величиной нѣсколько меньше булавоночной головки, кругомъ могли почти постоянно наблюдать образованіе слабо-зеленаго гемолитическаго пояса, который рельефно выдѣлялся, если крови было прибавлено не особенно много.

На гемоглобиновыхъ пластинчатыхъ разводкахъ черезъ сутки, двое можно было видѣть точечныя, темнокоричневыя, нѣсколько возвышающіяся колоніи. Черезъ недѣлю, при ростѣ въ термостатѣ наступало обезцвѣчиваніе гемоглобиноваго агара. Въ виду того, что такую-же картину даетъ на гемоглобиновыхъ средахъ и пневмококкъ, мы сдѣлали пересѣвы на бульонѣ съ цѣлью испытанія жизнеспособности. Какъ извѣстно, пневмококкъ не отличается стойкостью и изъ бульонныхъ разводовъ уже черезъ 2 дня его вырастить нельзя. Изъ нашихъ разводовъ черезъ 2 недѣли на гемоглобиновыхъ средахъ выросли отличныя колоніи диплострептококка.

Для контроля нами былъ выпрыснутъ кролику въ брюшную полость гной, взятый изъ нарыва (5 к. стм. въ смѣси съ хлористымъ натромъ). Кроликъ погибъ черезъ  $1\frac{1}{2}$  сутокъ. Въ мазкахъ, сдѣланныхъ изъ крови сердца, и изъ выпота брюшной полости при окрашиваніи по Kühne мы могли констатировать диплострептококка.

При посѣвахъ на бульонъ онъ мутился, давалъ хлопчатый осадокъ. На агаровыхъ, гемоглобиновыхъ средахъ получались типичныя для диплострептококка колоніи.

Болѣзнетворность для животныхъ мы испытывали на морскихъ свинкахъ, которымъ вводили въ брюшную полость по 1 к. стм. 48-часовой бульонной разводки, а подъ кожу  $\frac{1}{2}$  к. стм. Животныя переносили впрыскиванія отлично. Нарыва при впрыскиваніи подъ кожу ни разу не наблюдались. При впрыскиваніи и гораздо большихъ дозъ ( $2\frac{1}{2}$  к. стм.) морскія свинки также не гибли. Кроликамъ мы впрыскивали въ брюшную полость по 5 к. стм. 48-часовой бульонной разводки; они также прекрасно выживали. У насъ погибъ только одинъ кроликъ, которому мы выпрыснули въ брюшную полость гной, взятый изъ гнойника у больной.

Сопоставляя все вышесказанное, можно говорить о диплострептококкѣ, какъ микроорганизмѣ sui generis. Среди гемоглобинофильныхъ бактерій диплострептококку должно быть отведено также особое мѣсто. Присоединивши къ бактериологической казуистикѣ заглоточныхъ нарывовъ, при которыхъ былъ найденъ диплострептококкъ, какъ особый микроорганизмъ, свой случай, мы получимъ, насколько намъ извѣстно изъ доступной литературы, всего лишь 5 случаевъ. 4 случая были описаны В. К. Меньшиковымъ, 5-ый встрѣтился намъ. Фактъ нахожденія этого микроорганизма при заглоточныхъ нарывахъ невольно наталкиваетъ на мысль, не является-ли онъ специфическимъ возбудителемъ этого рода нарывовъ. Конечно, бактериологическая казуистика еще слишкомъ бѣдна, чтобы сдѣлать какое-нибудь заключеніе, во всякомъ случаѣ для этого нужны дальнѣйшія, тщательныя наблюденія.

Описанный нами случай еще лишній разъ подтверждаетъ, что не всегда нужно смотрѣть на заглоточные на-

рывы даже съ длительнымъ теченіемъ, какъ на бугорчатковые. Лучше въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ бактериологически убѣдиться пробнымъ проколомъ, съ какого рода заразой имѣемъ дѣло. Бугорчатковый характеръ заглоченныхъ нарывовъ, конечно, въ нѣкоторыхъ случаяхъ нельзя отрицать.

Въ литературѣ есть указанія, гдѣ нарывы даже сравнительно съ острымъ теченіемъ имѣли бугорчатковую природу.

Бактериологически на бугорчатку изслѣдовалось сравнительно мало случаевъ. Goodale впрыснулъ гной, взятый изъ нарыва одного взрослого больного, въ брюшную полость морской свинки и черезъ нѣсколько времени получилъ развитіе бугорчатковаго процесса. Dollinger, хотя гноя и не изслѣдовалъ, но искалъ бугорчатковыхъ палочекъ въ стѣнкахъ гнойника, гдѣ ихъ не оказалось, все таки онъ говорить о бугорчатковой природѣ, такъ какъ больной умеръ при явленіяхъ бугорчатковаго менингита.

Съ клинической стороны нашъ случай интересенъ въ томъ отношеніи, что нарывъ мы имѣли у женщины пожилой, тогда какъ заглоченные нарывы по преимуществу встрѣчаются въ дѣтскомъ возрастѣ. Нарывъ протекалъ хронически (3 мѣсяца). Это длительное теченіе находитъ себѣ объясненіе въ малой вирулентности диплострептококка для животнаго организма. Такая длительность теченія и клинически исключаетъ стрептококковую природу диплострептококка и заставляетъ считать его микроорганизмомъ *sui generis*, такъ какъ извѣстно, какую бурную картину даетъ стрептококковая форма заглоченнаго железнатаго аппарата.

Съ хирургической точки зрѣнія нашъ случай важенъ потому, что заставляетъ считаться съ характеромъ заразы какъ съ весьма важнымъ моментомъ въ дѣлѣ діагностики, лѣченія и предсказанія.

Въ заключеніе приношу благодарность проф. И. Г. Савченко, который любезно просмотрѣлъ мою работу, препараты и разводки.

**Литература:** Иностранные авторы. Bötcher. Ueber septische Infection im Gefolge von Erkrankungen der Rachenorgane. «Zeitschrift f. klinische Medizin», т. 13, 1887 г. — Goodale. Retropharyngealabscesses in the adult. «Centralblatt für Laryngologie», 1902 г. — Dollinger. Beitrag zur Lehre v. d. idiopathischen Retropharyngealabscessen «Jahrbuch für Kinderheilkunde», 1896 г., т. 41. — Fischer. Zwei Fälle von Retropharyngealabscess in Folge der Influenza. «Wiener med. Presse», № 30, 1892 г. — Fraenkel Eug. Ueber menschenpathogene Streptococcen. «Münchener medicinische Wochenschrift», 1905 г. № 12 и 39. — Hödlmoser. Ueber eine foudroyant verlaufende Phlegmone des Pharynx und Larynx. «Monatsschrift für Ohrenheilkunde», 1901 г., т. 7. — Hlava. «Centralblatt für Bacteriologie», т. 32, № 4, 1902 г. — Koplik Henry. Die Aetiologie der acuten Retropharyngealabscesse bei Kindern und Säuglingen. «Centralblatt für Bacteriologie», 1894 г., т. 16, стр. 489. — Lingelsheim. Streptococcen. Handbuch der pathogenen Microorganismen. Kollé und Wassermann. 1903 г. — Lenhartz. «Münchener med. Wochenschrift», 1904 г. № 28 и 29. — Pantini u. Pasquale. «Centralblatt f. Bacteriologie», т. 7, стр. 663. — Riecke. Beiträge zur Frage der Artenheit des Streptococcen. Тамъ-же, т. 46, № 3, 1905 г. — Salomon. Mediastinitis suppurée consecutive à un abcès latéro-pharyngien. «Bulletin de société anatomique de Paris», 1902 г. — Schottmüller. Die Artunterscheidung der für den Menschen pathogenen Streptococcen durch Blutagar. «Münchener medic. Wochenschrift», 1903 г., № 20. — Schottelius Ernst. Bacteriologische Untersuchungen über Masernkonjunktivitis. Тамъ-же, 1904 г., № 9. — Русскіе авторы: А. В. Кочановъ. Къ вопросу о лѣченіи острыхъ заглоченныхъ нарывовъ. «Русскій Врачъ», 1906 г., № 23, стр. 742. — В. К. Меньшиковъ. Къ этиологии идиопатическихъ заднеглочныхъ нарывовъ. Тамъ-же, 1905 г., № 16, стр. 523. — В. К. Меньшиковъ. Къ бактериології кори. Казань, дисс. 1906 г. — В. А. Опель. Нѣсколько словъ объ островоспалительныхъ хирургическихъ заболѣваніяхъ. «Извѣстія В. М. Академіи», 1905 г., февр. № 2, стр. 90. — Ф. Ф. Рымовичъ. Къ культивированію пневмококка. Архивъ Подвысоцкаго. 1902 годъ.

## СХІІ. Случай опухоли, занимающей подушку зрительнаго бугра, лѣвый передній бугоръ четверохолмія, заднюю половину задней ножи внутренней капсулы и чечевичное ядро.

П. М. Автократова.

Во всякомъ дѣлѣ, а въ медицинскомъ въ особенности, предвзятое мнѣніе не только не позволительно, но положительно не допустимо. Приступая къ изслѣдованію больного съ заранѣе предвзятымъ мнѣніемъ, врачъ, хотя-бы и знающій и обладающій достаточнымъ опытомъ, въ большинствѣ случаевъ легко впадаетъ въ ошибку и можетъ поддерживать эту ошибку въ другихъ товарищахъ, если онъ ранѣе внушилъ къ себѣ довѣріе со стороны послѣднихъ.

Описываемый мною случай, помимо клиническаго интереса, представляетъ ясное доказательство вышесказаннаго.

10 декабря 1905 г. изъ перваго своднаго Харбинскаго военнаго госпиталя я получилъ записку съ просьбой прислать кого-либо изъ врачей специалистовъ заведываемаго мною психіатрическаго госпиталя Краснаго Креста для изслѣдованія больного врача. Поручивъ исполнить это одному изъ ординаторовъ, я предупредилъ товарища, чтобы онъ, если изслѣдуемый больной окажется лишь нервно-больнымъ, безъ психическаго разстройства, не переводить его въ нашъ госпиталь, въ виду переполненія его душевно-больными. На слѣдующій день этотъ командированный ординаторъ заявилъ мнѣ, что онъ исполнилъ данное ему порученіе и что изслѣдованный имъ больной, какъ страдающій тяжелой истеріей съ весьма разнообразными и рѣдко встрѣчающимися въ такомъ сочетаніи признаками, представляетъ большой интересъ, а потому онъ этого больного перевелъ въ нашъ госпиталь. 12 декабря, на слѣдующій день по поступленіи, врачъ отдѣленія вмѣстѣ съ ординаторомъ, изслѣдовавшимъ больного въ Харбинскомъ сводномъ № 1-й госпиталѣ, демонстрировали мнѣ у поступившаго больного правосторонній полупараличъ и афазію. Не вдаваясь въ дальнѣйшій разборъ этого случая, а принявъ на вѣру первичный діагнозъ истеріи, я подробно его не изслѣдовалъ ни разу до самой смерти. Больной этотъ — младшій ординаторъ 71-го полевого подвижнаго госпиталя врачъ Ф.-з, 40 лѣтъ, женатъ. Заболѣлъ, какъ это видно изъ исторіи болѣзни 1-го своднаго госпиталя, 4-го ноября 1905 г. У врача Ф. вначалѣ появилась парестезія въ правой половинѣ тѣла, затѣмъ наступила потеря осязательной и болевой чувствительности на той-же половинѣ, локализация ощущенія на этой половинѣ также была утрачена. Всѣ эти явленія были отмѣчены въ первый-же день поступленія больного (5 декабря 1905 г.) въ 1-ый сводный Харбинскій госпиталь. Черезъ день, а именно 7 декабря, появился правосторонній параличъ, захватившій и лицевой нервъ, при чемъ движенія въ правой рукѣ и ногѣ были атактичны, мышечная сила въ этихъ конечностяхъ была сохранена, но ослаблена. Больной раздражителенъ и у него наблюдается частичная амнезія. Температура нормальна — 36,7 — 36,8.

11 декабря врачъ Ф.-з былъ переведенъ въ центральный психіатрическій госпиталь. Исторія болѣзни этого больного я и привожу полностью. Изъ анамнестическихъ данныхъ, въ добавленіе къ описаннымъ выше свѣдѣніямъ, выяснилось, что у больного сифилиса не было.

Больной высокаго роста, 40 л., хорошаго сложенія и питанія, видимыя слизистыя оболочки окрашены нормально. Границы сердца въ предѣлахъ нормы; тоны чисты. Пульсъ правильный, 78 ударовъ въ минуту, средняго наполненія. Органы грудной и брюшной полостей въ порядкѣ. Зрачки равномѣрные и правильно реагируютъ на свѣтъ. Глоточный и конъюнктивальные рефлексы значительно понижены. Поле зрѣнія въ обоихъ глазахъ значительно сужено concentрически. Правосторонняя валяя гемиплегія съ парезомъ праваго лицевого нерва. Языкъ отклоненъ вправо. Реакція перерожденія отсутствуетъ. Мышечная сила правой руки и ноги понижена. Брюшные и нижние рефлексы на правой сторонѣ отсутствуютъ, на лѣвой сохранены, но понижены. Коленные рефлексы повышены на обоихъ ногахъ. Ясно выраженный явленія дермографизма. Кожная болевая чувствительность на парализованной сторонѣ значительно понижена. Сознаніе, повидимому, ясное. бредъ и галлюцинація от-



существуют; настроение духа измѣнчивое. Нельзя съ достовѣрностью судить о психической области, такъ какъ больной почти не говоритъ.

12/х: Вольной не говоритъ. При изслѣдованіи была констатирована правосторонняя гемиплегія, вялая, съ парезомъ праваго лицевого нерва, но языкъ былъ отклоненъ вправо. Настроение подавленное. Реакція перерожденія отсутствовала. Мышцы хорошо реагировали и на фарадическій, и на гальваническій токи. Хотя больной не могъ ни стоять, ни ходить, но посаженный на кровать онъ могъ сидѣть безъ всякой посторонней помощи, а также вполне свободно двигалъ туловищемъ. Аппетитъ хорошъ; температура нормальна.

13/х: Въ состояніи больного особыхъ перемѣнъ не произошло. Сегодня больной легко поддавался внушенію. Подъ влияніемъ послѣдняго, больной сталъ свободно двигать въ кровати парализованными рукой и ногою; потомъ, съ помощью служителей, свободно промешалъ по комнатѣ. Возможность говорить къ нему вернулась, но не вполне, почему онъ не могъ вести связанный разговоръ. Изъ разговора съ нимъ удалось выяснить, что у него раньше была правосторонняя гемиплегія, но потомъ она прошла. Спиртными напитками онъ не злоупотреблялъ. Сифилисъ отрицаетъ. Со стороны врачевъ и черепныхъ нервовъ, кромѣ лицевого нерва, разстройствъ не констатировано.

18/х: Вольной опять пересталъ двигать въ кровати правой рукой и ногой. Говоритъ очень плохо. Встать и спать хорошо. Дѣйствіе кишечника ежедневное. Настроение духа измѣнчивое: временами онъ очень угнетенъ, доходить до слезъ; временами въ хорошемъ настроеніи духа. Былъ очень радъ, когда ему сообщили, что онъ будетъ эвакуированъ въ Европейскую Россію. Пульсъ хорошаго наполненія, 80 ударовъ въ минуту. Температура нормальная.

21/х: Безъ особыхъ перемѣнъ. Дыханіе совершенно правильное; пульсъ хорошъ. Стулъ правильный.

24/х: Настроение духа хорошее; очень обрадовался, въ особенности когда ему сообщили, что по распоряженію инспектора госпиталей онъ подлежитъ эвакуаціи. Просилъ показать ему бумагу, которую онъ нѣсколько разъ перечитывалъ. За послѣдніе 2 дня стула не было, но послѣ слабительнаго появилось обильное испражненіе. По прежнему не можетъ ни ходить, ни стоять. Со стороны двигательной области измѣненія нѣтъ; что касается кожной болевой чувствительности, то она измѣнилась; иногда у больного на правой половинѣ тѣла полная анестезія, иногда анестезія появляется только участками; на лѣвой половинѣ тѣла кожная (болевая) чувствительность либо нормальная, либо временами усилена. Что касается кожныхъ рефлексовъ, то послѣдніе либо равномерны на обоихъ ногахъ, либо на правой сильнѣе. Пульсъ 78 ударовъ въ минуту.

26/х: Въ состояніи больного особыхъ перемѣнъ не произошло. Переводится въ психіатрическое отдѣленіе Московскаго военнаго госпиталя.

27/х: Назначенный къ эвакуаціи, больной былъ оставленъ въ госпиталѣ вслѣдствіе ухудшенія здоровья: около полудня больной впадалъ въ состояніе глубокаго сна; при этомъ оказалося: температура 37,1; дыханіе совершенно правильное, 20 въ минуту; пульсъ хорошаго наполненія, правильный, 80 ударовъ въ минуту; тоны сердца чисты; окраска лица нѣсколько не измѣнилась. На правой половинѣ тѣла наблюдалась полная анестезія, а на лѣвой гиперестезія, что было видно по подергиванію мимическихъ мышцъ, когда производились уколы булавкой. Зрачки были равномерны, но слабо реагировали на свѣтъ. Парезъ праваго лицевого нерва остался по прежнему, но при дыханіи щека на правой сторонѣ не раздувалась. Вечеромъ больной пришелъ въ себя; температура была повышена.

28/х: Настроение духа подавленное; больной всталъ, плохо шл.

29/х: Чувствуетъ себя гораздо бодрѣе, веселѣе выглядит. 30—31/х: Вольной временами мочится и испражняется подъ себя. При объективномъ изслѣдованіи нервной системы ничего новаго не найдено.

1-го января: Сегодня больной снова впадалъ въ состояніе глубокаго сна, похожаго на предыдущій. Вечеромъ у него температура повысилась до 39°; но пульсъ 84 удара въ минуту; дыханіе ровное, спокойное, 22 въ минуту. При этомъ наблюдалось слѣдующее явленіе: съ дѣлѣмъ внушенія у постели больного, совместно съ другими врачами, велся разговоръ, что у него (т. е. у больного) пульсъ и дыханіе учащены; когда послѣ этого стали измѣрять пульсъ, то оказалось, что число ударовъ = 116, а число дыханій = 26. На спину больного были наложены обыкновенныя пластыри, при чемъ было сказано, что поставлена липовая мушка съ дѣлѣмъ вызвать въ этомъ мѣстѣ гиперемію (какъ отвлекающее средство), и, дѣйствительно, спустя нѣсколько часовъ у больного появилась краснота и небольшое пропитываніе, хотя не подъ пластыремъ, но немого ниже (на ширину ладони). На уколы булавкой больной слабо реагируетъ; кожные рефлексы понижены.

2-й: Состояніе больного не улучшается: температура на лѣвой сторонѣ—39°, на правой—39,5, при чемъ замѣчается разница при измѣреніи температуръ на правой и лѣвой сторонѣ. На правой сторонѣ она выше приблизительно на 4—5 десятыхъ. Дыханіе ровное, но учащенное; пульсъ правильный, средняго наполненія, 112 ударовъ въ минуту. Не реагируетъ на уколы, кожные рефлексы не вызываются; испражняется подъ себя. Со стороны врачевъ констатирована неравномерность ихъ и весьма вялая реакція на свѣтъ (дѣлѣмъ зрачекъ широкій, пра-

вый узкій). При дыханіи правая щека раздувается. Тоны сердца чисты. На тѣлѣ никакихъ сыпей не замѣчается. Вечеромъ температура спала до 37,7; дыханіе ровное, спокойное; пульсъ 100, правильный, средняго наполненія. Съ полуночи къ дыханію присоединился хрипъ, температура поднялась вновь до 39°; пульсъ средняго наполненія, учащенный. Такое состояніе продолжалось до 2-хъ часовъ ночи, послѣ чего появились перебои пульса, дыханіе стало неправильнымъ, и въ 2½ часа ночи пульсъ исчезъ, дыханіе прекратилось. Лицо за все это время не было красно, и окраска его нѣсколько не измѣнилась. Больному было сдѣлано нѣсколько впрыскиваній камфоры и эвпра, а также продолжительное искусственное дыханіе, но ничто не помогало. Тѣло послѣ смерти долгое время было горячее, въ особенности на спинѣ. Трупное очоженіе началось только съ 10 час. утра.

Изъ этой исторіи болѣзни видно, что все сводилось къ ранѣ поставленному распознаванію истеріи. Такъ напр., уже въ записи 17 декабря помѣчено, что больной легко поддается внушенію и приводится соотвѣтственное доказательство: этотъ предвзятый діагнозъ проведенъ черезъ всю исторію болѣзни. Появившееся 27 декабря коматозное состояніе, обусловливаемое кровоизліяніями, описывается какъ летаргическій сонъ; точно то-же проглагольвается и въ описаніи состоянія за 1-ое и 2-ое января. Повышеніе температуры, о которомъ мнѣ сообщено было вечеромъ 2-го января, врачи, наблюдавшіе больного и интересовавшіеся имъ, также объяснили внушаемостью больного, въ доказательство чего ссылались на то, что у больного начала повышаться температура съ того момента, какъ онъ услышалъ, что у находившагося съ нимъ въ одной комнатѣ другого больного съ хронической пневмоніей температура повысилась. Когда больной 3-го января умеръ, то эта смерть была болѣе неожиданностью. Въ объясненіе этой неожиданной смерти врачами приводились различныя соображенія, но преобладало то мнѣніе, что у больного было просмотрѣно заразное заболѣваніе, — вѣроятно, брюшной тифъ, отъ котораго онъ и умеръ. Къ высказанному-же мною предположенію объ опухоли мозга, основанному на развитіи болѣзни, а именно, — что у больного гемиплегія появляется 2-й разъ, что въ послѣдній она наступила не сразу, а развивалась постепенно, — сначала появились парестезіи, затѣмъ вялый правосторонній параличъ, а потомъ уже афазія, а также то, что въ теченіи болѣзни состояніе паралича то ухудшалось, то улучшалось, и наконецъ то, что появившееся коматозное состояніе обусловливалось повышеніемъ внутричерепного давленія, или кровоизліяніемъ, которое чаще всего бываетъ при опухоляхъ, — къ этому мнѣнію, повторяю я, врачи отнеслись нѣсколько недовѣрчиво.

Патолого-анатомическое вскрытіе, произведенное 4-го января, показало:

Твердая мозговая оболочка — помутнѣвшая, также паутинная и мягкая. Послѣдняя въ лѣвомъ полушаріи мѣстами срослена съ мозговымъ веществомъ. Сосуды оболочекъ сильно наполнены кровью. Мозговые извилины въ лѣвомъ полушаріи нѣсколько сглажены. Количество жидкости въ боковыхъ желудочкахъ увеличено. Внутри бѣлаго вещества лѣваго полушарія, въ передней половинѣ его, обнаружена опухоль, величиной приблизительно въ куриное яйцо. Опухоль эта, простираясь книзу, захватывала значительную часть т. наз. подушки зрительнаго бугра (pulvinar thalami optici), а также лѣвый передній бугоръ четырехолмия, заднюю половину задней ножки внутренней капсулы и область чечевичнаго ядра (nuc. lenticularis). Опухоль сѣро-краснаго цвѣта, мягкая и хорошо снабжена сосудами. Внутри опухоли найдены небольшія кровоизліянія съ характеромъ размягченія желтоватаго цвѣта, вслѣдствіе чего опухоль на разрѣзѣ имѣла довольно пестрый видъ. Опухоль не была рѣзко отграничена отъ окружающей ее здоровой ткани и постепенно переходила въ послѣднюю.

И такъ у больного на вскрытіи обнаружена въ бѣломъ веществѣ лѣваго полушарія и центральныхъ узлахъ опухоль гліоматознаго характера. Судя по ея величинѣ, можно сказать, что опухоль эта развивалась у больного давно, исподволь, не задѣвая жизненныхъ центровъ, долго не вызывала при жизни особыхъ явленій. Въ анамнезѣ есть указаніе, что у больного однажды была правосторонняя гемиплегія, по потомъ она прошла; данная гемиплегія слѣд. у него во 2-й разъ. Такъ какъ гліомы, вообще, богаты сосудами, то подобная гемиплегія, наблюдавшаяся у больного въ госпиталѣ, объясняется кровоизліяніемъ, происшедшимъ внутри новообразованія и вызвавшимъ въ апоплектической формѣ явленія паралича.

Въ первый разъ кровоизліяніе разсосалось и гемиплегія прошла, быть можетъ, потому, что кровоизліяніе было незначительное, какъ это нерѣдко бываетъ при гліомахъ, обильно снабженныхъ сосудами весьма мелкаго и болѣе крупнаго калибра. Во 2-ой разъ кровоизліяніе разрушило заднее колѣно внутренней капсулы, — двигательныя волокна для конечностей противоположной стороны и черепныхъ нервовъ, преимущественно п. *facialis*; кромѣ того, были разрушены чувствительныя волокна, что при жизни выражалось геміанестезіей. Кровоизліяніе въ данномъ случаѣ было довольно обширное и не поддавалось рассасыванію, какъ это имѣло мѣсто въ первый разъ, — наоборотъ, имѣло наклонность распространяться дальше, приходя къ обостреніямъ, что при жизни выражалось омраченіемъ сознанія (27/xii и 1/i). Извѣстно, что подобныя опухоли, при отсутствіи очаговыхъ признаковъ, нерѣдко при жизни долгое время могутъ остаться нераспознанными, какъ это было въ данномъ случаѣ, гдѣ врачами былъ поставлено распознаваніе истеріи, при чемъ гемиплегія съ разстройствомъ рѣчи рассматривалась, какъ истерическое явленіе. Не смотря на это, я убѣжденъ, зная опытность врачей, лѣчившихъ этого больного, что причина такого ошибочнаго распознаванія заключалась, главнымъ образомъ, какъ я уже указывалъ, въ предвзятомъ мнѣніи, которое находило поддержку отчасти и въ неполнѣ опредѣлившемся симптомо-комплексѣ.

При жизни не наблюдалось очаговыхъ признаковъ, съ одной стороны, и не было общихъ мозговыхъ явленій, свойственныхъ опухолямъ, какъ напр., головной боли, рвоты, головокруженій, яснаго замедленія пульса, — съ другой; офтальмоскопическаго изслѣдованія глазнаго дна, къ сожалѣнію, сдѣлано не было. Только незадолго до смерти появились признаки, указывающіе на органическое заболѣваніе, какъ то: неравномѣрность зрачковъ, произвольное мочеиспусканіе и испражненіе подъ себя. Необходимо также подчеркнуть, что изслѣдованіе больного было крайне затруднительно, такъ какъ больной почти не говорилъ и часто не понималъ обращенныхъ къ нему вопросовъ, а также не могъ выражать своихъ мыслей. Кромѣ того, за истерію говорили легкая внушаемость больного, измѣнчивость настроенія, нестойкость нѣкоторыхъ явленій, что обнаружилось при разновременномъ изслѣдованіи чувствительности, рефлексовъ; затѣмъ явленія паралича временами значительно уменьшались. Вслѣдствіе всего этого, нѣкоторыя другія явленія (въ виду неправильнаго распознаванія) истолковывались при жизни, какъ истерическія; напр. коматозное состояніе, бывшее у больного 27/xii и 1/i, рассматривались, какъ истерическій сонъ (летаргическое состояніе); поводомъ къ этому служило то обстоятельство, что у больного въ подобномъ состояніи температура была нормальна, дыханіе совершенно ровное, пульсъ правильный, 80 ударовъ въ минуту, окраска лица несколько не измѣнялась, рефлексы зрачковые, хотя были вялые, но сохранены. На уколы булавкой реагировалъ. Только 2-го января температура стала повышаться, зрачки оказались неравномѣрными, и больной ночью 3-го января скончался.

### СХШ. Основная задача терапіи при хирургическихъ заболѣваніяхъ мочеполовыхъ путей.

Н. А. Михайлова.

Благодаря современнымъ способамъ изслѣдованія, цитоскопическому и бактериологическому, ученіе о хирургическихъ болѣзняхъ мочевыхъ путей представляетъ безспорно отдѣльную независимую специальность. Еще недавно урологія, какъ отдѣлъ хирургіи, очень важный по количеству встрѣчающихся заболѣваній и, при томъ, касающійся важнѣйшихъ для человѣческаго существованія отправленій не считался отдѣльною специальностью, не имѣлъ отдѣльной кафедръ и патологія мочевыхъ органовъ рассматривалась въ общемъ курсѣ хирургической патологіи. Причину даннаго явленія слѣдуетъ искать въ томъ,

что урологія не обладала точными клиническими способами изслѣдованія и только теперь, когда эти способы приобрѣли полное право гражданства, драгоцѣнность ихъ вполне оцѣнена, урологія должна занять то почетное мѣсто, среди другихъ специальностей, которое ей по праву принадлежитъ.

Во многихъ вопросахъ отличительнаго распознаванія урологія является, по справедливому замѣчанію *Albarran* <sup>1)</sup>, даже посредницей между общей терапіей и хирургіей и ей принадлежитъ послѣднее слово діагностики, послѣдній приговоръ къ тому или другому терапевтическому вмѣшательству. Своими своеобразными и характерными чертами урологія рѣзко отличается отъ другихъ специальностей въ вопросахъ терапевтическихъ мѣропріятій. Такъ, задачи терапіи въ урологіи являются исключительными. Напр., ни въ одной другой специальности, гиперемія не играетъ такой выдающейся роли, какъ въ урологіи. Гиперемія мочевого аппарата, столь часто существующая при заболѣваніи любого изъ его отдѣловъ, составляетъ то условіе, которое чаще всего благоприятствуетъ проникновенію и размноженію болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ. Задержка мочи по всему мочевому пути черезъ посредство гипереміи можетъ вызвать зараженіе того или другого отдѣла мочеполового аппарата. Слѣд. одна изъ главныхъ задачъ терапіи въ урологіи, состоитъ въ томъ, чтобы бороться съ гипереміей. Въ силу своеобразныхъ анатомическихъ и патолого-физиологическихъ условій, гиперемія играетъ громадную роль въ происхожденіи заболѣваній мочеполовыхъ путей; какъ первая степень всякаго воспаленія, она должна быть въ однихъ случаяхъ предупреждаема, въ другихъ ослабляема и въ третьихъ уничтожена.

Каковы эти исключительныя условія? Уже одно богатство мочевого аппарата мужчины кровеносными сосудами и его физиологическія особенности располагаютъ аппаратъ этотъ къ патологической гипереміи. Соустія вент мочевого пузыря, прямой кишки и предстательной железы создаютъ извѣстную общность кровообращенія въ этихъ органахъ. Благодаря работѣ *Reblaub*, *Guizard* и главнымъ образомъ *Tuffier*, выяснилось рѣзкое влияние гипереміи при заболѣваніяхъ мочеполовыхъ путей. Какъ извѣстно, сосуды почекъ многочисленны и объемисты; почечныя артеріи отличаются своимъ крупнымъ калибромъ сравнительно съ объемами почки. Сосудистая система мочевого пузыря и предстательной железы, слабо развитая у ребенка, достигаетъ огромнаго развитія у взрослаго, а въ особенности у старика. Такое усиленное развитіе сосудистой системы не касается въ равной мѣрѣ артерій и венъ: первыя мало увеличиваются въ объемѣ, тогда какъ вены въ старости приобретаютъ калибръ въ пятеро, десятеро больше первоначальнаго. Въ работахъ *Gillette*, *Segond* прекрасно изображены на таблицахъ эти нарастающія съ возрастомъ увеличенія калибра венъ. Дно мочевого пузыря и его шейка окутаны обильными вѣнными сплетеніями, изъ коихъ одни располагаются подъ слизистой оболочкой, а другія подъ мышечной; всѣ онѣ имѣютъ стоки въ пазухи, расположенныя въ окружности шейки мочевого пузыря, предстательной железы и прямой кишки. По всей окружности предстательная железа омывается озеромъ крови, заключеннымъ въ ея апопиеозѣ, внутри самой железы, вокругъ мочеиспускательнаго канала, существуетъ обильное подслизистое сплетеніе, широко анастомозирующее съ периферическими венами съ помощью вѣнных каналовъ, заложенныхъ въ самой ткани железы. Въ вѣнныхъ пазухахъ предстательной железы вливаются спереди вены мочеиспускательнаго канала луковичной части его и *Santorini*ево сплетеніе. Кзади этотъ бассейнъ крови находится въ прямомъ сообщеніи съ почечными венами и можетъ участвовать въ опорожненіи крупныхъ венъ задняго прохода. Кнаружи бассейнъ сообщается съ крупными внутренними срамными венами съ предохранительными клапанами, соединяющими эти вены съ *vepa obturatoria*. Такимъ образомъ, въ окружности предстательной железы имѣется настоящее вѣнное вмѣстилище, сообщая-

<sup>1)</sup> *Albarran*. Exploration des fonctions rénales. Etude medico-chirurgicale. 1905 г.

щеяся съ венами мочевого пузыря, венами мочеиспускательнаго канала и прямой кишки. Часто подъ влияніемъ старческаго склероза сосудовъ, артерій здѣсь оказываются суженными, а вены значительно развитыми и расширенными. Въ силу этого основное условіе для кровообращенія нарушается. Неизмѣннымъ результатомъ этого нарушения является застой крови въ данной области. Перемена давленія въ сосудистой системѣ рѣзко отражается на кровообращеніи въ мочеполовой области.

Кровообращеніе въ почкѣ въ нормальныхъ условіяхъ подвергается постояннымъ колебаніямъ давленія въ сосудахъ. Въ почкѣ все время чередуются фізіологическое малокровіе съ полнокровіемъ и это обстоятельство создаетъ предрасположеніе къ заболѣванію. Въ мочевомъ пузырьѣ замѣчается также развитіе венъ, совершенно не соразмѣрное съ соотвѣствующимъ состояніемъ артерій. Стѣнки пузыря поэтому нерѣдко оказываются хронически переполненными кровью. Венныя пазухи предстательной железы мѣшаютъ опорожненію венныхъ скопленій пузыря, и кровообращеніе въ стѣнкахъ мочевого пузыря стоитъ въ тѣсной связи съ кровообращеніемъ предстательной железы. Затѣмъ, всякій излишекъ въ притокъ крови мочеиспускательнаго канала отражается на кровообращеніи мочевого пузыря, и обратно, застой въ венахъ шейки пузыря затрудняетъ оттокъ крови изъ канала. Активный приливъ въ области мочевого пузыря отзывается на обратномъ оттоку крови изъ прямой кишки. Клиническія наблюденія убѣждаютъ насъ, что существуетъ тѣсное соотношеніе между кровообращеніемъ въ мочевомъ пузырьѣ и почкахъ. Всякаго рода застои крови въ венахъ мочевого пузыря сопровождается аналогичнымъ застоємъ въ венахъ почекъ. Анатомія не даетъ намъ объясненій этого факта и пока въ нихъ приходится въ фізіологіи, а именно въ выступающемъ здѣсь влияніи нервной системы и въ различныхъ отраженныхъ явленіяхъ. Приливныя явленія въ области почекъ сказываются поліуріей и, въ видѣ исключенія, гематуріей. Данныя явленія въ почкахъ обязаны своимъ возникновеніемъ рефлексу либо съ окружности тѣла, либо съ нижняго отдѣла мочевыхъ путей. Растяженіе мочевого пузыря всегда поддерживаетъ переполненіе почекъ кровью; такое растягиваніе и расширеніе мочеиспускательнаго канала вызываетъ аналогичное явленіе въ пузырьѣ. Доказано экспериментально и клинически, что всякаго рода растяженія мочевого пузыря или выпяченія слизистой его оболочки вызываетъ рефлекторнымъ путемъ гиперемію почечной паренхимы.

Заболѣваніе мочевого пузыря почти постоянно сопровождается патологическими гипереміями, влекущими за собой усиленія основнаго воспалительнаго процесса. Къ сожалѣнію, эти патологическія гипереміи не сказываются опредѣленными и постоянными признаками. Единственный характерный припадокъ патологической гипереміи почекъ—это поліурія и кровавая моча. При новообразованияхъ въ мочевомъ пузырьѣ кровавая моча служитъ выраженіемъ гипереміи. Внезапное появленіе кровавой мочи, ея безпричинное исчезновеніе и ея окончательное прекращеніе вслѣдъ за надлобковымъ сѣченіемъ пузыря зависятъ отъ того, что растяженіе пузыря и сопутствующая ему гиперемія прекратились. Пузырь растягивается почти постоянно, повинувшись своимъ возбудителямъ,—и этотъ фізіологическій актъ подъ влияніемъ патологической гипереміи можетъ легко перейти нормальныя границы къ растяженію, и пузырь теряетъ способность къ сокращенію. Объясняется это тѣмъ, что единственнымъ возбудителемъ пузыря является, какъ извѣстно, растяженіе его, т. е. на каждое раздраженіе онъ отвѣчаетъ растяженіемъ. Постоянно растянутый пузырь вызываетъ расширенія мочеточниковъ и переполненіе кровью почки. Напр. кровавая моча при буторчатковомъ циститѣ почти всегда приливнаго происхожденія, и ее можно сопоставить съ кровохарканіемъ. Вообще, циститы остраго характера идутъ всегда рука объ руку съ гипереміей; поэтому первая задача терапіи при хирургическихъ заболѣваніяхъ мочевыхъ путей должна быть направлена къ тому, чтобы ослабить тотъ приливъ, который вызываетъ поліурію, кровавую мочу и поддерживаетъ растяженіе пузыря.

Послѣднія растяженія устраняются методической катетеризаціей.

Роль гипереміи при гипертрофіи предстательной железы нужно считать первостепенной: значительное развитіе венъ, атероматозное перерожденіе артерій являются анатомическими условіями, благопріятствующими застою крови данной области. Гиперемія сама по себѣ не можетъ вызвать гипертрофіи предстательной железы, но разъ эта гипертрофія развилась, больная предстательная железа становится очагомъ гипереміи. Въ теченіи долгаго времени эти приступы прилива являются единственнымъ признакомъ начинающейся гипертрофіи предстательной железы. Осложненія при ея гипертрофіи почти всѣ зависятъ отъ приступовъ гипереміи. Такъ, полное и острое задержаніе мочи развиваются на почвѣ гипереміи, доказательствомъ чему служатъ сопутствующія задержкѣ мочи кровотеченія и увеличенія объема предстательной железы. Циститы, столь часто сопутствующіе увеличенію объема этой железы, развиваются подъ влияніемъ гипереміи, вызванной слишкомъ быстрымъ опорожненіемъ мочевого пузыря. Нефриты подготавливаются хроническими расширеніями почки. У страдающихъ увеличеніемъ предстательной железы пузырь и почки находятся постоянно въ состояніи хронической гипереміи, и поэтому имъ ежеминутно угрожаетъ воспаленіе. Лѣченіе при гипертрофіи предстательной железы направлено къ тому, чтобы бороться съ гипереміей. Въ первомъ періодѣ у страдающихъ гипертрофіею железы, которая выражается, какъ извѣстно, частыми позывами къ мочеиспусканію, лѣченіе предписывается гігіеническое, профилактическое съ цѣлью ослабить патологическую гиперемію. Суженіе мочеиспускательнаго канала можетъ быть мѣстомъ гипереміи, которая вызываетъ временное затрудненіе акта мочеиспусканія или даже задержку мочи.

Роль гипереміи при заболѣваніи женской мочеполовой сферы является очень серьезной. Тѣсная связь сосудовъ матки и мочевого пузыря предрасполагаетъ этотъ послѣдній къ мѣстному полнокровію. Заболѣванія мочевого пузыря у женщинъ обостряются при каждахъ мѣсячныхъ истеченіяхъ и при беременности. Къ сожалѣнію, гиперемія, какъ первая ступень воспаленія, клинически и экспериментально мало изучена и уловить ее въ самомъ началѣ не удавалось, почему наши знанія о гипереміи почерпаются изъ фізіологіи. Между тѣмъ приливныя явленія со стороны почекъ, мочевого пузыря и предстательной железы, какъ предвѣстники могущаго явиться ихъ воспаленія, должны быть предметомъ спеціальнаго изслѣдованія. Помня, что обязанность врача состоитъ не только въ томъ, чтобы лѣчить извѣстный недугъ, но также и въ томъ, чтобы предупреждать его, мы должны это имѣть главнымъ образомъ въ виду при терапіи хирургическихъ заболѣваній мочевыхъ путей, гдѣ лѣченіе должно быть направлено прежде всего къ тому, чтобы устранить гиперемію; лѣченіе будетъ заключаться, слѣд. въ томъ, чтобы успѣшно воздѣйствовать на сосудистую систему: основы лѣченія въ такихъ случаяхъ должны быть противовоспалительными. Въ началѣ заболѣванія нужно воспользоваться средствами гігіеническими и профилактическими и избѣгать всего того, что можетъ поддерживать болѣзнь, т. е. нужно предупреждать гиперемію: остерегаться простуды, переутомленія, спиртныхъ напитковъ, слишкомъ обильнаго питья, половыхъ излишествъ и т. п. Затѣмъ, стараться уменьшить застой, устраняя всѣ препятствія для вѣннаго кровообращенія. При растяженіи мочевого пузыря, которое само по себѣ поддерживаетъ гиперемію его, нужно прибѣгнуть къ катетеризаціи. Всякое растяженіе пузыря служить новымъ препятствіемъ вѣнному кровообращенію: сдавливая вены, оно усиливаетъ и поддерживаетъ переполненіе предстательной железы кровью. Получается нѣчто въ родѣ заколдованнаго круга: гиперемія предстательной железы вызываетъ задержку мочи, а задержка усиливаетъ гиперемію предстательной железы. Ослабивъ или устранивъ одно изъ этихъ 2-хъ условій, мы имѣемъ всѣ основанія воздѣйствовать и на другое. Опорожненіе пузыря черезъ мочеиспускательный каналъ непосредственно устраняетъ задержаніе мочи и, какъ послѣдствіе этого, наступаетъ чрезвычайное уменьшеніе гипереміи.

ствуютъ гораздо вѣрнѣе, чѣмъ другія лѣчебныя мѣры. Примѣняя катетеризацію, мы восстанавливаемъ правильное кровообращеніе въ предстательной желѣзѣ и пузырьѣ. Гиперемія и задержаніе мочи исчезаютъ совмѣстно. Убѣдившись, что катетеризація оказываетъ такое благотворное вліяніе при всякаго рода задержаніяхъ мочи, устраняя гиперемію, необходимо въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ примѣненіе этого способа встрѣчаетъ затрудненія, поставить катетеръ à demeure или произвести надлобковый разрывъ пузыря. *Lépine* экспериментально и *Albarran* и *Chabrie* (Thèse de Paris, 1892) клинически доказали, что во всѣявленія застоя, при задержкѣ мочи вслѣдствіе пилонефроза, тоже исчезаютъ послѣ произведенія нефротоміи и что эта операція, принимаемая съ терапевтической цѣлью, улучшаетъ состояніе другой почки.

Таковы наши средства борьбы при задержаніяхъ мочи; все лѣченіе, слѣд., основано на одномъ — избѣгать приливныхъ явленій и устранять таковыя. При рѣзко выраженномъ растяженіи пузыря съ задержаніемъ мочи, дабы лѣченіе оказалось цѣлесообразнымъ, необходимо примѣнить катетеръ и только къ нему прибѣгнуть. Если же мы, при растяженіи пузыря, выпускаемъ катетеромъ мочу, будемъ также совмѣстно промывать мочевой пузырь, то этимъ самымъ наша терапия окажется безсильною, потому что процессомъ промыванія мы не устраняемъ, а только поддерживаемъ ту гиперемію, на почвѣ которой развилось данное заболѣваніе. Вообще, прибѣгать къ промыванію пузыря и почечныхъ лоханокъ мы должны только въ томъ случаѣ, когда всѣ явленія гипереміи, образовавшіяся въ нихъ, нами устранены. При растяженіи воспаленнаго пузыря и почечныхъ лоханокъ, съ задержаніемъ полнымъ или частичнымъ, полезно примѣнять также внутренніе приемы обеззараживающихъ и мочегонныхъ какъ напр. салолъ, уротропинъ и т. п.; ни въ какомъ случаѣ, однако, не слѣдуетъ примѣнять здѣсь мѣстное лѣченіе въ видѣ промыванія съ цѣлью обеззараживанія, такъ какъ обеззараживаніе промываніемъ зараженной клоаки, каковой въ данномъ случаѣ является пузырь, безъ правильнаго методическаго опорожненія его, является вреднымъ и безплоднымъ мѣропріятіемъ. Методически примѣняемый катетеръ, подобно тому какъ при очисткѣ болотъ дренажи и канавы, самъ по себѣ, играетъ уже роль обеззараживателя, такъ какъ отводитъ сразу наружу и уничтожаетъ этимъ самымъ гиперемію. Слѣд., задача лѣченія при хирургическихъ болѣзняхъ мочевыхъ путей заключается въ томъ, чтобы бороться съ гипереміей, т. е. устранять задержаніе зараженной мочи, а не стараться обеззаразить ее. Этимъ самымъ смягчается бурное теченіе уже существующаго воспаления и предупреждается переходъ его на окружающія ткани и выше лежащіе пути. Съ другой стороны, побѣда надъ гипереміей приведетъ къ тому, что мѣстное зараженіе не сможетъ сдѣлаться общимъ. Гиперемія прокладываетъ вѣрный путь въ воспаленныхъ тканяхъ къ зараженію ихъ чужеродными. Слѣд., гиперемія служитъ удобнымъ перекиднымъ мостомъ, способствующимъ передвиженію заразы, образовавшейся въ томъ или другомъ мѣстѣ мочевыхъ путей. Разрушая этотъ мостъ, мы этимъ самымъ разрываемъ связи, способствовавшія распространенію заразы.

#### СХІV. Приспособленіе для укрѣпленія бужей Le Fort'a.

Э. С. Леви (Петербургъ).

Нерѣдко приходится въ урологической практикѣ оставлять нитевидный бужъ resp. бужъ *Le Fort'a* въ мочеиспускательномъ каналѣ послѣ удачнаго проведенія черезъ суженіе, при чемъ бужъ укрѣпляется обыкновенно полосками липкаго пластыря. Оставляя бужъ цѣлесообразно, напр., при суженіяхъ и извилистыхъ ходахъ, проникнуть черезъ которые удалось только съ большимъ трудомъ и послѣ многихъ попытокъ, гдѣ трудно предвидѣть, удастся ли вторичное проведеніе бужа, далѣе въ случаѣ особой чувствительности мочеиспускательнаго канала, или когда бужированіе вызываетъ каждый разъ лихорадочное со-

стояніе, наконецъ, гдѣ оставленіемъ бужа à demeure расчитываютъ на размягченіе сильно уплотнѣвшихъ суженій. Но если укрѣпленіе обыкновенныхъ нитевидныхъ бужей оказывается хлопотливымъ и при всемъ этомъ все-таки мы не всегда гарантированы отъ сдвиганія и выскакиванія инструмента, то это еще болѣе относится къ бужамъ *Le Fort'a*, которые даже при осторожномъ обхожденіи легко портятся, послѣ чего этотъ нѣжный и относительно недешевый инструментъ уже не можетъ быть болѣе примѣнимъ для бужирования по способу *Le Fort'a*.

Указанные недостатки при укрѣпленіи бужей *Le Fort'a* устраняются устроеннымъ мною Т-образнымъ приспособленіемъ; оно состоитъ изъ металла или твердаго каучука, вертикальная часть котораго привинчивается къ выступающему изъ мочеиспускательнаго канала концу бужа, между тѣмъ какъ оба ушка на концахъ горизонтальной части служатъ для продѣванія нитей, которыя укрѣпляются при помощи липкаго пластыря на членѣ обычнымъ образомъ.

Я позволяю себѣ рекомендовать товарищамъ это небольшое приспособленіе, допускающее надежную, удобную и простую фиксацію бужей *Le Fort'a* и предохраняющее при этомъ самый инструментъ отъ всякой порчи \*).

Оставляя бужъ *Le Fort'a* à demeure и укрѣпляя его при помощи описаннаго приспособленія цѣлесообразно не только въ случаяхъ, гдѣ показывается примѣненіе способа *Le Fort'a*. Благодаря удобству и простотѣ укрѣпленіе это можетъ быть примѣняемо, само собой разумѣется, и во всѣхъ случаяхъ, гдѣ обыкновенно прибѣгаютъ къ нитевиднымъ бужамъ для вставленія à demeure, тѣмъ болѣе, что бужъ *Le Fort'a* имѣется болѣею частью у всякаго уролога.



#### ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

##### Впечатленія врача отъ пребыванія въ образцовой одиночной тюрьмѣ.

Сегодня послѣдній вечеръ моего пребыванія въ т. наз. «Крестахъ», этой «образцовой» Петербургской тюрьмѣ. Предстоитъ высылка. Привычное времяпрепровожденіе нарушено ожиданіемъ и невольно явилось желаніе набросать впечатленія объ учрежденіи, жизнь котораго пришлось наблюдать въ продолженіе 1/2-года, въ качествѣ одного изъ многочисленныхъ его пансіонеровъ.

Число здѣшнихъ невольныхъ обитателей можетъ доходить до 1000, такъ какъ, хотя камеръ и меньше, но зимой напр., тюрьма была такъ переполнена политическими, что уголовныхъ размѣщали по 2 и даже по 3 человека въ камерахъ, предназначенныхъ для одиночекъ. Сколько стоило государству это учрежденіе и во сколько обходится ежедневно его содержаніе, я не имѣлъ возможности, сидя здѣсь, узнать.

Обитатели дѣлятся на 3 группы: уголовные, отбывающіе наказаніе; затѣмъ политическіе, отсиживающіе здѣсь вмѣсто крѣпости, присужденный имъ срокъ, — т. наз. крѣпостники. При нихъ теряли здѣсь дорогое время, между прочимъ, литераторы Д. М. Герценштейнъ, Соломо, А. А. Суворинъ, Шебуевъ. Третья категорія, въ этомъ году особенно многочисленная — т. наз. подолѣдственные политическіе.

Наибольшими удобствами и свободой пользуются крѣпостники. У нихъ общая прогулка, свободная отъ присутствія правительственнаго агента свиданія и полная возможность сношенія съ внѣшнимъ міромъ, получать газеты и т. д.

\*) Въ продажѣ находится у А. Бозе въ Петербургѣ.



Подследственные политическіе строго отдѣлены другъ отъ друга, прогулка совершается по кругу, при чемъ между 2-ми политическими непременно шагаетъ хоть одинъ уголовный. Для нарушителей требуемаго полного молчанія существуютъ одиночныя прогулки. Свиданія происходятъ лишь съ родными и то съ особаго разрѣшенія, въ продолженіе 5 минутъ и въ присутствіи жандармскаго офицера, который сидитъ между вами и слѣдитъ за тѣмъ, что вы говорите. Нѣкоторые изъ нихъ сознаютъ, повидимому, униженность своей роли и стараются по возможности сдѣлать свое присутствіе менѣе ощутительнымъ, за что нельзя не выразить имъ признательности; но за то попадаютъ также высокой степени гнусные типы. Всѣ передачи строго контролируются, хлѣбъ, даже сладкіе пироги надзиратели разрѣзаютъ своими грязными перочинными ножами, отыскивая, нѣтъ-ли записки. Книги и письма идутъ черезъ жандармское, застрѣваютъ тамъ подолгу и часто пропадаютъ. Между собой сообщаться можно лишь «нелегальными» путями. Въ частную нашу жизнь тюрьма не вмешивается, предоставляя проводить время какъ угодно, лишь-бы не нарушалась тюремная дисциплина. Электричество можно при желаніи оставлять до 10 ч. вечера, вставать когда угодно и т. д. Библіотека, благодаря пожертвованіямъ, очень приличная.

Что касается уголовныхъ заключенныхъ, то здѣсь картина мѣняется. Для нихъ обязательно отъ 7 утра до 7 вечера занятіе однимъ изъ ремеселъ, принятыхъ въ тюрьмѣ. Предоставляется выбирать изъ ткацкаго, сапожнаго, столярнаго, переплетнаго, печатнаго. Заработная плата мала и вырабатываютъ они при усиленномъ трудѣ немного. Изъ-за расцѣпокъ возникаютъ частыя недоразумѣнія и постоянныя требованія увеличенія платы, тѣмъ болѣе что работа въ одиночной камерѣ при тюремномъ режимѣ не можетъ быть особенно продуктивна. Какъ-бы тамъ ни было каждый все же хоть немного зарабатываетъ и имѣетъ возможность улучшать столъ выпиской хотя-бы чая и сахара, скрашивать жизнь покупкой табаку и скопить кое-что ко времени освобожденія. Понятіе о заработкѣ въ тюрьмѣ даетъ жалованіе, т. наз. слугачей, набираемыхъ изъ заключенныхъ. Имъ за уборку камеръ, корридоровъ и за доставку дровъ, угля, очистку дворовъ, поливку сада и прочія тюремныя работы платятъ 6 коп. въ день. Мастера, особенно болѣе искусные и старательные, зарабатываютъ, конечно, больше. Въ зависимости отъ этого они лучше живутъ, выписывая недостающее изъ тюремной лавочки.

Отпускаемая тюрьмой харчи, при 12 или 14 коп. пайкѣ и существованіи неизбѣжной «экономіи», безусловно недостаточны и люди хронически недоѣдаютъ. Хлѣбъ, — главная, въ концѣ концовъ, пища арестантовъ, какъ правило, недопеченъ; за все время только 2 раза онъ былъ удовлетворителенъ, — это одно изъ самыхъ печальныхъ злоупотребленій. При казенномъ помѣщеніи, топливѣ, прислугѣ, нуженъ только надзоръ за хорошимъ матеріаломъ и добросовѣстной выпечкой, и это, вѣдь, не такъ уже недостижимо при добромъ желаніи. Считая законныхъ, кажется, 2 фунта хлѣба въ день на арестанта, т. е. до 50 пудовъ на оба корпуса, если хлѣбъ вмѣсто средняго припека въ 30° будетъ имѣть даже на 5% больше, то и это составитъ уже въ день сбереженія на чистой мукѣ 1 пудъ и 16 фунтовъ, а въ годъ 511 пуд. чистой муки. Точно опредѣлить степень недопеченія я не могъ, конечно, но въ иные дни она была очень значительна, хлѣбъ былъ плотный, не съѣдобный.

Операнія на недопеченномъ хлѣбѣ, какъ на продуктѣ первой необходимости, крайне выгодны, практикуются во всѣхъ почти хлѣбо-пекарняхъ Петербурга и составляютъ одно изъ крупныхъ общественныхъ золъ. Недопеченный хлѣбъ труднѣе и хуже переваривается и безаказанно ѣсть его долго, безъ приправы, хотя-бы въ видѣ чая, невозможно. Неудовлетворительный хлѣбъ, безвкусныя кашицы, отъ которыхъ обыкновенно отказываются арестанты, болѣе тѣмъ скромное количество послѣдняго сорта мяса, плавающего кусочками въ жидкомъ супѣ, издающемъ родной запахъ мочалы, если и появленію аппетита даже у ненасытающагося гражданина не способствуетъ, голода не удовлетворяетъ.

Многіе изъ политическихъ, особенно молодые, которымъ

приходилось нѣкоторое время довольствоваться казеннымъ столомъ, говорили, что голодали, съѣдая даже всю порцію хлѣба. Приходилось просить надзирателя прибавить, что и исполнялось всегда, такъ какъ оставались порціи отъ получавшихъ свой бѣлый хлѣбъ.

Достаточно впрочемъ видѣть желтыя, блѣдныя, вялыя лица заключенныхъ, особенно долго сидящихъ, чтобы не оставалось сомнѣнія въ испытанныхъ лишеніяхъ. Хотя большинство изъ нихъ поступаетъ сюда не въ блестящемъ состояніи, но въ функціи исправительной тюрьмы, очевидно, не входитъ исправленіе здоровья питомцемъ. Конечно, не одна пища, а вся обстановка способствуетъ ухудшенію здоровья этихъ несчастныхъ людей.

Не смотря, напр., на то, что кубическое содержаніе воздуха вполнѣ удовлетворительно, все-же и въ корридорахъ, а тѣмъ болѣе въ камерахъ, воздухъ оставляетъ желать очень многого, и объясняется это нѣсколькими причинами. Прежде всего, въ каждой камерѣ имѣется выносной стульчакъ самаго примитивнаго устройства. Въ нѣкоторыхъ камерахъ онъ закрывается герметически — загнутые края крышки погружаются въ желобокъ, наполненный водой, но въ большинствѣ крышка изъ куска жести съ ушкомъ накладывается не плотно на глиняное или жестяное ведро. Утромъ, когда эти приспособленія для порчи воздуха выносятся изъ камеръ, въ тюрьмѣ стоитъ невѣроятный смрадъ. Ведро выливается и никогда даже не ополаскивается. Кроме того, на нѣкоторыхъ изъ нихъ устроено еще одно идиотское приспособленіе: для прикрѣпленія проволочной ручки, за которую слугачъ выноситъ ведро, устроенъ желѣзный обручъ съ загибами черезъ верхній край. Они, очевидно, предназначались мудрымъ изобрѣтателемъ ихъ для прижиманія крышки, но, совершенно не достигая этой цѣли, исполняютъ другую роль — за нихъ зацѣпляются во время выливанія комочки содержимаго, бумажки и прочія части, которые по водворенію ведра на мѣсто способствуютъ порчѣ воздуха. Въ такихъ камерахъ воздухъ невыносимъ особенно въ теплые дни, когда форточка и даже окно мало помогаютъ, а также въ дни съ неблагоприятнымъ вѣтромъ, вдувающимъ воздухъ черезъ вытяжную трубу обратно въ камеру.

Второй важный источникъ порчи — это производимыя въ камерахъ работы, особенно ткацкія. Третій легко устранимый недостатокъ — это малое пользованіе форточками. Хотя онѣ и крошечныя, но все-же зимой настоящее благодѣяніе. Большинство-же арестантовъ сидятъ съ закрытыми окнами. Незнаніе пользы провѣтриванія, боязнь простуды, зябкость и пр. играютъ здѣсь роль.

Такъ или иначе, воздухъ въ тюрьмѣ скверный и это тѣмъ болѣе печально, что устраненіе главной причины — замѣна нигде негодныхъ суденъ, — вполнѣ зависитъ отъ администраціи. Начальнику тюрьмы знать гигиѣну необязательно, хотя и онъ сообразилъ-бы, въ чемъ дѣло, если-бы такой приборъ поставили ему въ кабинетъ, но врачамъ тюремнымъ, которыхъ здѣсь не мало, такое наивное отношеніе къ своимъ обязанностямъ по меньшей мѣрѣ непростительно. Не знаю, какъ ведутъ они тюремную больницу, но въ корпусахъ санитаріей завѣдуютъ надзиратели, люди очень милые, но съ гигиѣной мало, къ сожалѣнію, знакомые. Они такъ-же, какъ и арестанты плюютъ на полы, пренаивно растирая, по святому обычаю, ногой. Плевательницъ мало и назначеніе ихъ для персонала, повидимому, не ясно. Чего-же можно ожидать отъ этихъ почтенныхъ служахъ на поприщѣ санитаріи?

Вообще, тюремнымъ врачамъ не мѣшало-бы заняться внимательнѣе своими обязанностями. Утромъ, напр., послѣ того какъ «параши» одѣлаютъ свое дѣло и арестантскій хоръ добросовѣстно пропоетъ традиціонныя молитвы, сотрясая воздухъ, въ которомъ топоръ повѣсить можно, начинается чистка корпуса: метутъ, трутъ, стираютъ пыль. Все это продѣлывается сухими тряпками и швабрами. Воздухъ всей тюрьмы насыщенъ вонью и пылью, по крайней мѣрѣ до 10 часовъ утра. Лѣтомъ, когда открыты окна, это, конечно, меньше замѣтно, но зимой...!! Влажные опилки или хотя-бы влажныя швабры и тряпки необходимы. Далѣе, камеры никогда не обеззараживаются. Арестанты плюютъ на полъ на стѣну между ними и т. д.

хоточныхъ, полы плохо крашеные, а во 2-мъ корпусѣ даже асфальтированные и мало-мальски чисто вымыты быть не могутъ.

Люди, знающіе непоправимый вредъ отъ сидѣнья въ такомъ запыленномъ чахоточнымъ ящикѣ, выметаемомъ сухой щеткой, люди, могущіе принять мѣры для устраненія вреда, обеззаразивъ камеру послѣ такого больного и не дѣлающіе этого, совершаютъ преступленія.

Противъ меня долго сидѣлъ зимой чахоточный.

Днемъ и ночью несчастный надрылся отъ кашля, плевалъ, харкала такъ, что все было слышно. Послѣ него преспокойно посадили туда какого-то другого несчастнаго. Между тѣмъ врачъ зналъ это, онъ лѣчилъ больного. Но какое ему, видите-ли, дѣло, что тамъ дальше будетъ, вѣдь никто не видитъ, не понимаетъ, не скажетъ, зачѣмъ-же доставлять себѣ лишніе хлопоты.

Не думайте, однако, что объ обеззараживаніи начальство не позаботилось, напротивъ, въ тюрьмѣ имѣется настоящая обыкновенная винная бутылка съ обеззараживающей жидкостью; изъ нея, на Пасху кажется, вилили у меня въ ведро столовую ложку содержимаго. Это, несомнѣнно, одинъ изъ типичныхъ образчиковъ практическаго примѣненія научныхъ данныхъ въ казенномъ учрежденіи. Теперь, вѣроятно, даже многіе изъ Петербургскихъ дворниковъ поняли-бы ненужность такого обеззараживанія: уничтоженія бактерій одной ложкой не достигнуть, а для задержанія гніенія и вони нужно прибавлять ежедневно, что, во 1-хъ, не дѣлается, а, во 2-хъ, безконечно дороже устройства крышекъ. Бутылку держатъ для того, чтобы имѣть возможность съ чистой совѣстью, держа руки по швамъ, отрапортовать, буде понадобится: «Точно такъ, обеззараживаніе въ тюрьмѣ примѣняется»; больше ничего не требуется.

Хотѣлось-бы мнѣ посмотреть, какъ моютъ въ здѣшней прачешной бѣлье, — насколько велика экономія въ мылѣ, содѣ и топливѣ? Получаемъ мы бѣлье въ очень оригинальномъ видѣ. Воображаю, какъ тамъ чисто, какъ здорова обстановка работающихъ. По крайней мѣрѣ баня, съ деревянными, насквозь просаженными локанками, съ полнымъ отсутствіемъ металлической посуды, которую можно было-бы вымыть, какъ слѣдуетъ, позволяетъ обобщить связанное отсутствіе въ тюрьмѣ добросовѣстнаго надзора и руководительства спеціалистовъ.

Возьмите хотя-бы столъ: чистка обѣденной посуды, доставка ея на кухню и т. д. далеко не возбуждаетъ аппетита, если знать, какъ все это происходитъ. Хлѣбъ снабженъ обыкновенно пятью углубленіями отъ вдавленія пальцами усерднаго служителя; ломти ситнаго сплошь и рядомъ окрашены какими-то странными пятнами, такъ что невольно задумываешься, на чемъ они лежали, прежде чѣмъ попали къ вамъ въ камеру. Въ компотѣ находите обфѣденныя косточки чернослива, рисующія крайне не привлекательную картину, какъ кухонный служитель, подходя къ вашей комнатѣ, вылавливаетъ черносливъ ложкой, а то и рукою, а косточки выплевываетъ обратно, чтобы не осталось слѣдовъ, чтобы «г-нъ надзиратель» не видѣлъ. А чистыми ихъ руками ежедневно вы можете любоваться, когда черезъ дверную форточку вамъ подадутъ вашу ѣду.

Сначала я не могъ понять, откуда эти косточки, такъ далека была отъ меня кухонная тюремная идиллія, затѣмъ, когда это начало систематически повторяться, я началъ догадываться, позвалъ завѣдущаго кухней надзирателя, и все какъ нельзя проще выяснилось. «Ахъ негодяи, вотъ только не усмотри за ними, это они, когда несутъ изъ кухни Вамъ обѣдъ, по дорогѣ дѣлаютъ, извините пожалуйста, я ихъ...» Но отказаться въ тюрьмѣ отъ компота все-же трудно; кисленькая водица съ нѣсколькими кусочками яблокъ и черносливомъ очень скрашивала однообразный тюремный столъ. Искоренить косточки кухонному не удалось, и я мирился съ компотомъ, если находилъ тамъ ихъ не очень много; въ противномъ случаѣ выливалъ въ ведро, вспоминая при этомъ часто тѣхъ, кому дѣлалъ до того, что у нихъ дѣлается и за что они нравственно отвѣтственны.

Но все-же тѣ, кто имѣлъ возможность платить за свой

столъ были счастливыми, сравнительно съ остальными. Иной разъ послѣ разноса казенныхъ щей  $\frac{1}{2}$ -часа стоялъ у окна ожидая, когда разсѣется тяжелый запахъ этого ужаснаго блюда.

Одежда арестантовъ удовлетворительная. Смѣна бѣлья и баня довольно часты. Насѣкомыхъ я не видѣлъ.

При такихъ условіяхъ проходятъ мѣсяцы и годы для заключенныхъ.

Существуетъ тюремный учитель, о его функціи не знаю. Библиотека уголовные пользуются мало.

Непосредственное нравственное вліяніе обязано оказывать на нихъ начальство. Главными воспитателями являются надзиратели. Обращаются они, какъ истые отцы командиры: тыкаютъ, понукаютъ, наказываютъ и т. д. Смѣшно наблюдать, съ какимъ сознаніемъ собственного достоинства, непогрѣшимости и величія командуетъ, распоряжается, дѣлаетъ замѣчанія какой-нибудь типъ, въ своей душевной простотѣ не замѣчающій и не понимающій, какъ онъ глупъ и смѣшонъ. Но въ общемъ отношеніи довольно сносны. Надзиратели держатъ себя начальствомъ, умѣютъ заставить себя повиноваться и обуздать строптивыхъ. Заключенныхъ вообще можно раздѣлить на двѣ категоріи; одни помельче: унижаются, льстятъ, заглядываютъ въ глаза, предупреждаютъ желанія, заранѣе готовы хихикать шуткамъ, отпускаемымъ иногда начальствомъ, а другіе, и такихъ, повидимому, значительное большинство, держатъ себя очень хорошо, съ достоинствомъ исполняя свои обязанности и не позволяя наступать себѣ на ногу.

Вообще, тюрьма на профессионаловъ отнюдь не дѣйствуетъ исправительнымъ образомъ, они относятся къ ней какъ къ неизбѣжному временному надъ ними насилію. Разговоры, которые приходилось слышать и вся обстановка тюрьмы не оставляетъ ни малѣйшаго въ этомъ сомнѣнія.

Религіозность, которую насаждаютъ въ пансіонерахъ утренними и вечерними молитвами, исполняемыми и, надо имъ отдать справедливость, порой невѣроятно плохо, маленькимъ хоромъ, за что артисты получаютъ отъ казны: «чай-сахаръ», врядъ-ли приносятъ особенную пользу, по крайней мѣрѣ, ежедневно происходитъ курьезнѣйшая сцена: еще не успѣютъ кончить послѣдней молитвы, — «Спаси господи люди твоя...», какъ по всему корпусу начинается звѣрская стукотня, — это, удовлетворенные духовной пищей, уголовные захлопываютъ свои дверныя форточки, которыя имъ открываютъ для слушанья молитвы. Нѣкоторые хлопаютъ до того демонстративно, что надзиратели съ послѣдними словами молитвы начинаютъ бѣгать, кричать, ругаться, грозить карцеромъ и пр. Такой финалъ съ особенной силой часто разыгрывался зимой. Существуетъ, конечно, при тюрьмѣ «батюшка», но и онъ, какъ это у насъ ведется, ограничивается, повидимому, лишь формальнымъ исполненіемъ обязанностей, по крайней мѣрѣ прѣдѣлительность его совѣтъ что-то не слышно.

Карцеръ, какъ наказаніе, примѣняется къ нимъ очень часто. Какъ Вамъ понравится такая сценка. Мы гуляемъ на дворѣ, на своихъ мѣстахъ стоятъ оступѣвшіе отъ бессмысленности своихъ обязанностей надзиратели. Черезъ окно одной изъ камеръ уголовный выплеснулъ на травку немножко воды, это дѣлается часто и никто даже вниманія не обратилъ. Вдругъ изъ окна канцеляріи раздастся голосъ: «Уголовный — окно № хотѣлъ облить водой надзирателя, въ карцеръ его».

И тутъ, то-же радостное захлебыванье властью, то-же старанье проявить ее, та-же неестественная повышенная осторожность по отношенію къ предполагаемому всюду желанію оскорбить достоинство начальника, какъ и у надзирателей. Все это указываетъ на уродливыя ненормальныя отношенія. На человѣка вниманія не обращаютъ, не замѣчаютъ его, а онъ все время на сторожѣ и готовъ каждую минуту защитить, подавить и отомстить. Но эта чуткость, увы, лишь по отношенію къ подчиненнымъ или беззащитнымъ, передъ начальствомъ-же, а также передъ всякимъ сплоченнымъ и смѣлымъ отпоромъ — трусость, подлизываніе и лганье. Это общая черта неразвитыхъ, рабскихъ натуръ и ихъ много, слыхомъ много воспиталось въ преступнейшемъ нашемъ многолюдномъ жалкаго чиновничества.

Политические преступники обыкновенно избавлены от столкновений с начальством: во 1-х, они умѣют себя отстоять, а затѣмъ, если встрѣчаются среди нихъ черезчуръ неуживчивыя и недисциплинированныя натуры, то все же и онѣ легче поддаются влиянію остальныхъ и выступаютъ какъ солидарные члены сознательнаго и интеллигентнаго цѣлаго. Такъ, по крайней мѣрѣ, было у насъ въ тюрьмѣ.

Не могу пройти мимо очень характернаго и пріятнаго факта: всѣ, даже самые несимпатичные, вѣрнѣе неразвитые члены высшего и низшаго тюремнаго персонала, при соприкосновеніи съ политическими безъ исключенія, мѣнялись въ хорошую сторону. Въ подробности я не нахожу удобнымъ входить, по несомнѣнно пребываніе въ тюрьмѣ политическихъ неизбѣжно развиваетъ умственно и нравственно всѣхъ соприкасающихся съ ними. Даже, иногда болѣе чѣмъ нетактичныя выходки «товарищей» не вредили общему хорошему направленію.

Интересно, что отношеніе тюремнаго персонала рѣзко мѣнялось, въ зависимости отъ внѣшнихъ событій. Это выходило часто комично, особенно при сравненіи съ политическими, которые держали себя въ отношеніи къ администраціи все время ровно.

Быть за это время одинъ некультурный фактъ со стороны одного изъ тюремныхъ офицеровъ. Виновный попалъ и былъ переведенъ въ провинцію. Это былъ добродушный, но воспитанный казармой и тюрьмой человѣкъ, какъ и всѣ остальные сослуживцы его.

Благодаря главнымъ образомъ тому, что персоналъ не стоитъ на высотѣ своей задачи, громадныя деньги, расходуемыя государствомъ на эту образцовую исправительную тюрьму, тратятся безсмысленно, не принося и малой доли той пользы, во имя которой народъ несетъ матеріальныя жертвы.

Уничтоженіе казенной мертвечины, влачащей до сихъ поръ по инерціи свое жалкое существованіе, одухотворяемой высохшими деревянными головами, допущеніе къ этому дѣлу свѣжихъ любящихъ человѣчество развитыхъ людей, также на очереди для нашей тюрьмы, какъ и для всей Россіи.

Всмотритесь въ это громадное, дорогое, преслѣдующее социальную пользу учрежденіе, вѣдь это въ концѣ концовъ кошмаръ какой-то. Вѣдь здѣсь сидятъ годами люди, вѣдь за то, что ахъ тамъ уродуютъ, мучаютъ, озлобляютъ, за то, что тюрьма развращаетъ не только заключенныхъ, но и самихъ несчастныхъ невѣжественныхъ тюремщиковъ и всѣхъ соприкасающихся съ этимъ гнѣздомъ, за это народъ долженъ платить и еще благодарить за исправленіе заблудшихъ сыновъ своихъ въ «образцовой» тюрьмѣ. Посмотрите хотя бы на низшій персоналъ тюрьмы. Всѣ, прослужившіе тамъ по нѣсколько лѣтъ, жалкіе больные отупѣвшіе люди, блѣдные, худые, чахнушіе въ душномъ тюремномъ воздухѣ, среди развратной обстановки современной тюрьмы. Одинъ эконокъ бодръ и толстъ, какъ ему свыше предопредѣлено и даже пожалуй больше.

Всѣ молодые болѣе развитые и толковые люди, присмотрѣвшись къ здѣшней работѣ, опѣшавъ уйти, говоря, что жизнь здѣсь каторжная, подлая, нечестная. И дѣйствительно, что можетъ быть позорнѣе постоянного систематическаго шпионства, подглядыванія, выслѣживанія, доносовъ, которые отъ нихъ требуетъ «служба». Ко всему этому, представьте себя этихъ «воспитателей»: уголовныхъ при смѣнѣ дежурства обыскиваютъ, иногда даже сапоги заставляютъ снимать.

Но вспомните еще, что это наша лучшая тюрьма, постарайтесь представить себѣ весь ужасъ и вредъ, распространяемые остальными мертвыми домами нашего отечества, гдѣ ежегодно проводятъ время около милліона исправляемыхъ русскихъ гражданъ.

Не нужно доказывать, что и тюрьмы наши, какъ исправительныя учрежденія, не выдерживаютъ критики.

А. Сулима.

## Международная Конференція по пересмотру Женевской Конвенціи.

Ревизіонная Коммиссія, которая собралась въ Бернѣ, для пересмотра знаменитой Женевской Конвенціи 1864 года, по вопросу улучшенія судьбы раненыхъ во время военныхъ дѣйствій, закончила свои работы 6/23 іюля сего года. Нечего и говорить о томъ общественно-мировомъ значеніи, которое могутъ принести подобныя Сѣзды, при условіи, конечно, если Европа и сами воюющіе будутъ не только тѣшить себя бумажными выводами, но и строго слѣдить за исполненіемъ постановленій Конвенціи. Къ несчастію, не смотря на примѣненіе выработанныхъ правилъ соглашенія, войны, которыя чередовались съ 1866 по 1905 годъ, въ различныхъ частяхъ свѣта, показываютъ, какъ несовершенство самой Конвенціи, такъ и почти полное пренебреженіе воюющими моральнаго покровительства побѣжденнымъ. Недавнія русско-японскія событія показали болѣе другихъ, какъ далеки наши гуманитарныя идеи отъ суровой дѣйствительности; въ современной войнѣ не только не уважается личность противника, но и жестоко теряются, какъ божескіе, такъ и человѣческіе законы. Мы будемъ искренни, если скажемъ, что пока будетъ существовать грубая сила, военныя соображенія и требованія останутся выше всѣхъ наилучшихъ идей, и человѣчество врядъ-ли много выиграетъ отъ принятія правилъ Конвенціи, которыя служатъ пока только мертвой буквой современному человѣку-звѣрю.

Во всякомъ случаѣ въ Конференціи 1906 г. участвовали представители 38 державъ, искренно желающихъ измѣнить предъидущій ходъ вещей.

Существеннымъ положеніемъ новаго соглашенія, выраженаго въ 32 пунктахъ (вмѣсто прежнихъ 10 статей), является главнымъ образомъ включеніе обязательнаго ухода и лѣченія всѣхъ больныхъ противной стороны.

Вотъ собственно нѣсколько заключительныхъ пунктовъ новаго соглашенія.

1-ая часть соглашенія касается *раненыхъ и больныхъ*.

Ст. 1. Военныя и другія лица, приставленныя официально къ арміи, взятые въ плѣнъ ранеными или больными, почтиаются и лѣчатся каждый изъ воюющей стороны одинаковымъ образомъ. Въ случаѣ, если одна изъ сторонъ вынуждена будетъ покинуть раненыхъ своего противника, она обязуется, насколько позволятъ военныя условія, оставить для ухода и лѣченія за таковыми, какъ часть своего матеріала, такъ и необходимый санитарный медицинскій персоналъ.

Ст. 2. Исключая персоналъ, на обязанности котораго лежитъ уходъ и лѣченіе, раненые и больные арміи, попавшіе къ своему противнику, считаются военно-плѣнными, а потому къ нимъ примѣняются одинаковыя права, касающіяся вообще всѣхъ лицъ, находящихся въ тѣхъ-же условіяхъ. Однако, за воюющими сторонами остается свобода рѣшать такъ, какъ они это найдутъ нужнымъ въ отношеніи означенныхъ лицъ, т. е. держать-ли ихъ въ плѣну, или производить взаимный обмѣнъ послѣ битвы, или отправлять на мѣсто родины или, наконецъ, отсылать въ нейтральныя государства, заручившись предварительно согласіемъ послѣднихъ задержать всѣхъ этихъ лицъ впредь до окончанія военныхъ дѣйствій.

Ст. 3. Послѣ каждой битвы занявшіе поле сраженія принимаютъ мѣры, какъ для розыска и покровительства раненыхъ, такъ и противъ издѣвательства надъ умершими; они наблюдаютъ также, чтобы погребенію или сжиганію мертвыхъ предшествовалъ внимательный осмотръ труповъ.

Ст. 4. Каждая воюющая держава посылаетъ, когда это будетъ ей возможно, представителямъ власти другой военной знаки, документы и другіе предметы, могущіе удостоверить личность и положеніе убитыхъ, а также сообщаетъ дѣйствительное число подобранныхъ и раненыхъ своего противника. Воюющіе придерживаются взаимнаго обязательства относительно погребенія, приговоровъ смертной казни, числа поступившихъ въ госпитали и смертности между послѣдними. Они сохраняютъ всѣ найденные пред-

меты на полѣ сраженія, или оставленные ранеными и умершими въ госпиталяхъ, санитарныхъ и другихъ пунктахъ для того, чтобы впослѣдствіи передать эти предметы черезъ военное вѣдомство заинтересованнымъ въ этомъ лицамъ.

Ст. 5. Военно-начальствующіе могутъ обращаться съ воззваніемъ къ населенію, приглашая жителей принять добровольное участіе по переноскѣ, уходуванію и розыску раненыхъ, при чемъ лицамъ, откликнувшимся на призывъ, предоставляется особенное покровительство и возможная безопасность.

2-ая часть посвящена *устройству санитарныхъ учреждений* и защитѣ, которая должна быть оказываема этимъ послѣднимъ воюющими сторонами.

3-ья часть касается *лицъ медицинскаго* и другого персонала къ этому дѣлу *персонала*.

Лица, приставленные исключительно къ транспорту, подбору, переноскѣ и лѣченію больныхъ и раненыхъ, такъ-же, какъ и остальная администрація по устройству санитарныхъ и продовольственныхъ частей, находящаяся при арміи, должны быть ограждены отъ всякихъ случайностей, при какихъ бы то ни было военныхъ условіяхъ. Если они попадаютъ въ руки врага, они не считаются и не содержатся какъ военно-плѣнные.

4-ая и 5-ая части новаго соглашенія касаются *материальной имуществы* воюющихъ сторонъ, имѣющаго отношеніе къ больнымъ и раненымъ. Обозы подвижныхъ санитарныхъ частей арміи или частной взаимопомощи сохраняются противникомъ, какъ и всѣ находящіяся при нихъ предметы, независимо отъ лицъ, сопровождающихъ эти обозы. Однако, военно-начальникамъ предоставляется право пользованія означенными матеріалами для нуждъ и лѣченія раненыхъ. Возвращеніе взятыхъ и израсходованныхъ предметовъ совершается въ условіяхъ, предвидѣнныхъ санитарнымъ персоналомъ, насколько это возможно въ скорое время.

6-ая часть разсматриваетъ отличительные знаки, которые остаются безъ измѣненія.

7-ая часть соглашенія устанавливаетъ условія точнаго приложенія и выполненія означенной Конвенціи.

Согласно статьѣ 33-й, каждому изъ государствъ, вступившему въ соглашеніе, предоставляется право по поводу настоящей Конвенціи обращаться съ письменнымъ заявленіемъ на имя Федеральнаго Швейцарскаго Совѣта, который обязуется сейчасъ же сообщать объ этомъ всѣмъ остальнымъ государствамъ, участвующимъ въ Конвенціи.

В. Казанскій.

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Общая патологія.** 380. Ч. пр. *Burian* (Неаполь) представляетъ сводку экспериментальныхъ изслѣдованій и клиническихъ наблюденій по вопросу *о образованіи, разложеніи и выдѣленіи мочевой кислоты у человека* слѣдующимъ образомъ: мочевая кислота образуется исключительно путемъ окисленія пуриновыхъ оснований; это окисленіе совершается при помощи содержащагося въ различныхъ органахъ окисляющаго бродила, т. наз. ксантиновой оксидазы, которая способна переводить ксантинъ и гипоксантинъ непосредственно въ мочевую кислоту; аминопурины—гуанинъ и аденинъ при посредствѣ особаго дезамидирующаго бродила превращаются въ ксантинъ и гипоксантинъ и такимъ образомъ подготавливаются для окисленія (метил-пурины-теоброминъ и коффеинъ недоступны дѣйствию этихъ бродилъ и поэтому они не превращаются въ мочевую кислоту, а выдѣляются въ видѣ моно- и диметилксантиновъ).

Пуриновые основанія, изъ которыхъ образуется мочевая кислота у человека, происходятъ, какъ извѣстно, изъ 2-хъ источниковъ: съ одной стороны, они происходятъ изъ пищи и изъ этихъ *пищевыхъ пуриновъ* образуется т. н. *экзогенная мочевая кислота*, съ другой стороны, они образуются лишь во время самого процесса обмѣна веществъ—эндогенныя пуриновыя основанія, изъ которыхъ происходитъ *эндогенная мочевая кислота*. Образованіе эндогенныхъ пуриновыхъ оснований происходитъ главнымъ обра-

зомъ въ мышцахъ: въ послѣднихъ происходитъ постоянное синтетическое образованіе гипоксантина, который затѣмъ при посредствѣ ксантинъ-оксидазы превращается въ мочевую кислоту, а эта послѣдняя сейчасъ-же поступаетъ въ общій токъ кровообращенія. Только очень небольшая часть эндогенныхъ пуриновыхъ оснований образуется согласно съ теоріей *Horbacewsky*го черезъ распаденіе нуклеопротеидовъ погибшихъ кѣлокъ (лейкоцитовъ). Вся мочевая кислота, которая образуется изъ этихъ 2-хъ источниковъ и попадаетъ въ токъ кровообращенія, подлежитъ лишь частичному разрушенію. Это разрушеніе совершается при посредствѣ т. наз. *уринолитическихъ бродилъ*, которые содержатся лишь въ опредѣленныхъ органахъ. У мясоядныхъ печень является главнымъ органомъ, въ которомъ происходитъ разрушеніе мочевой кислоты; тутъ уринолитическое бродію имѣетъ характеръ оксидазы и превращаетъ мочевую кислоту въ аллантонинъ. У травоядныхъ и человека самое усиленное разрушеніе мочевой кислоты происходитъ, повидимому, въ почкахъ; здѣсь дѣйствуетъ или одно только расщепляющее бродію, или послѣднее вмѣстѣ съ окисляющимъ; продуктъ разрушенія до сихъ поръ еще достовѣрно неизвѣстенъ. У здороваго человека всегда разрушенію подвергается около  $\frac{1}{2}$  циркулирующей въ крови мочевой кислоты, независимо отъ того, много-ли или мало ея образуется; 2-ая половина всегда выдѣляется въ неразложеномъ видѣ. Значительныхъ индивидуальныхъ колебаній въ этомъ отношеніи, повидимому, не бываетъ. У кролика разрушается около  $\frac{5}{6}$  всей мочевой кислоты, а у плотоядныхъ  $\frac{19}{20}$ .

Количество эндогенной мочевой кислоты у человека легко опредѣлить, если исключить изъ пищи всѣ пуриновыя основанія. Выдѣляющееся при этомъ количество мочевой кислоты для даннаго человека при сколько-нибудь однородномъ образѣ жизни является постоянной величиной, даже тогда, когда не содержащая пуриновъ пища бываетъ весьма разнообразна и мѣняется. Но у различныхъ людей величина для эндогенной мочевой кислоты подвержена довольно значительнымъ колебаніямъ. Такъ какъ индивидуальные различія въ отношеніи количествъ разрушенной и выдѣляемой мочевой кислоты не бываетъ, то индивидуальные колебанія количествъ эндогенной мочевой кислоты могутъ лишь зависѣть отъ того, что образованіе мочевой кислоты у различныхъ лицъ неодинаково. Различія эти, по всей вѣроятности, зависятъ отъ общей массы мышцъ и большей или меньшей степени оживленности обмѣна веществъ въ послѣднихъ. При пищѣ, содержащей пуриновыя основанія, къ эндогенной мочевой кислотѣ прибавляется еще экзогенная; количество послѣдней составляетъ, независимо отъ индивидуальности,  $\frac{1}{3}$  введенныхъ съ пищей пуриновыхъ оснований, такъ какъ другая половина подвергается разрушенію при посредствѣ уринолитическихъ бродилъ. Что касается вопроса о *патогенезѣ подагры*, то хотя авторъ самъ изучалъ лишь физиологію образованія, разрушенія и выдѣленія мочевой кислоты, однако онъ на основаніи имѣющихся данныхъ, представляетъ себѣ сущность этой болѣзни нѣсколько иначе, чѣмъ другіе изслѣдователи. Характернымъ для подагры въ сущности является одинъ фактъ, который наблюдается во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ, а именно *увеличеніе содержанія мочевой кислоты въ крови*. Та теорія сущности подагры, которая лучше всего объясняетъ причину этого накопленія мочевой кислоты, и будетъ наиболѣе вѣроятной. Что увеличеніе количества мочевой кислоты не можетъ зависѣть отъ того, что ея образуется у подагриковъ больше, чѣмъ у здоровыхъ людей, явствуетъ изъ того факта, что у подагриковъ количество эндогенной, выдѣляемой съ мочей, мочевой кислоты не бываетъ увеличено, а такое увеличеніе непременно должно было-бы произойти, если-бы общее количество образованной въ организмѣ мочевой кислоты было-бы увеличено, такъ какъ выдѣляющаяся эндогенная, какъ мы видѣли, составляетъ половину образующейся \*). Если накопленіе мочевой кислоты въ крови подагриковъ не можетъ быть объяснено увеличеннымъ ея образованіемъ, то оно можетъ зависѣть лишь отъ нарушеній въ выдѣленіи или разрушеніи ея. Путемъ остроумныхъ умозаключеній *Burian* доказываетъ, что нарушеніе одного только изъ этихъ отправленій не можетъ обусловить постояннаго увеличенія содержанія мочевой кислоты въ крови, а что для этого требуется одновременное уменьшеніе какъ секре-

\*) Мы знаемъ лишь одну болѣзнь, при которой количество эндогенной мочевой кислоты бываетъ увеличено, а именно—бѣлоокровіе, но здѣсь это увеличеніе происходитъ на счетъ усиленнаго распада кѣлокъ (лейкоцитовъ).



торной, такъ и уринолитической функціи. Такъ какъ оба эти отправления у человѣка выпадаютъ главнымъ образомъ на долю почки, то по мнѣнію автора, *сущность подагры* сводится главнымъ образомъ къ *заболѣванію почекъ*. Онъ возвращается, такимъ образомъ, къ воззрѣніямъ прежнихъ клиницистовъ, которые также видѣли въ подагрѣ главнымъ образомъ почечное страданіе: различіе заключается лишь въ томъ, что причиной скопленія мочевой кислоты въ крови старые клиницисты считали лишь нарушение отдѣлительной дѣятельности почекъ, въ то время какъ, по *Burian'u*, одновременно страдаетъ еще уринолитическая дѣятельность послѣднихъ. Теорія *Burian'a* въ состояніи объяснить всѣ тѣ факты, которые не были объяснимы по старой теоріи. При обыкновенныхъ хроническихъ нефритахъ, напр. слѣдовало-бы ожидать скопленія мочевой кислоты въ крови; однако, оно не наблюдается; по теоріи *Burian'a* это объясняется тѣмъ, что здѣсь, вѣроятно, нарушена лишь одна отдѣлительная функція почекъ, разрушеніе-же мочевой кислоты происходитъ нормальнымъ образомъ. Какія вещества обуславливаютъ поврежденія почекъ, имѣются ли специальный ядъ подагры, или есть много веществъ, могущихъ обусловить ту же болѣзнь, мы еще достоверно не знаемъ. Авторъ указываетъ лишь на то, что свиноецъ можетъ обусловить всѣ явленія подагры (*Medicinische Klinik*, № 19, 20 и 21).

А. Коварскій.

381. Чтобы подойти къ выясненію вопроса о влияніи кормленія на возбудимость нервной системы у грудныхъ дѣтей *R. Quest* поставилъ въ Львовскомъ Институтѣ общей патологіи проф. *Prus'a* опыты на 4 собакахъ, изъ коихъ 2-хъ кормили обычной пищей, а 2-мъ другимъ давали лишь воловье мясо, содержащее мало извести (0,003% СаО). Оказалось, что возбудимость периферической нервной системы у собакъ, получавшихъ пищу, очень бѣдную известью, какъ по отношенію къ фарадическому, такъ и въ отношеніи къ гальваническому токамъ рѣзко повышена. Раздраженіе электрическимъ токомъ мозговой коры у собакъ обѣихъ категорій дало почти одинаковые результаты. Въ дальнѣйшемъ авторъ изслѣдовалъ химически на содержаніе СаО мозги собакъ, получавшихъ пищу съ очень бѣднымъ содержаніемъ извести; оказалось, что, не смотря на такую діету, содержаніе СаО въ мозгахъ не уменьшилось. Авторъ приходитъ къ выводу, что, удаленіемъ извести можно въ периферической нервной системѣ значительно усилить возбудимость и довести до такого состоянія, какое наблюдается при тетаніи; послѣднюю, слѣд., авторъ ставитъ въ связь съ уменьшеннымъ подвозомъ извести. Въ практическомъ отношеніи является, по автору, новый немаловажный вопросъ, въ какомъ видѣ надо назначать извести, дабы организмъ могъ ее усваивать (*Przegląd lekarski*, 9 и 16 июня).

С. Островскій.

Физиологія. 382. Д-ръ *А. Коварскій* (*Berlin*) выработалъ упрощенный способъ количественнаго опредѣленія мочевой кислоты въ мочѣ, который представляетъ изъ себя видоизмѣненіе способа *Hopkins'a*, при чемъ процѣживание и промываніе осадковъ замѣнено центрифугированіемъ, благодаря чему получается значительный выигрышъ въ работѣ и во времени. Опредѣленіе производится слѣдующимъ образомъ:

Отмѣриваютъ пипеткой 10 к. стм. мочи и вливаютъ ее въ пробирку центрифуги вмѣстимостью около 15 к. стм., прибавляютъ 2—3 капли амміака и 3 грамма кристаллическаго хлористаго аммонія; закрываютъ пробирку резиновой пробкой и легкимъ взбалтываніемъ способствуютъ полному растворенію соли; затѣмъ оставляютъ стоять 2 часа, чтобы дать возможность волею выдѣлиться образовавшемуся мочеислосу аммонію. Черезъ 2 часа центрифугируютъ въ теченіи 2-хъ минутъ. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ мочеислосъ аммоній собирается при этомъ на днѣ пробирки, въ видѣ плотнаго розоваго порошка, а жидкость вполне прозрачна; только въ бактерійной мочѣ и, въ рѣдкихъ случаяхъ, и въ не бактерійной, моча остается мутной. Этими, однако, не слѣдуетъ смущаться, такъ какъ пробирочныя изслѣдованія показали, что эта муть не содержитъ мочеислоса аммонія. Жидкость теперь цѣлкомъ сливаютъ съ осадка. Для того, чтобы при этомъ не произошло потерь осадка, необходимо при сливаніи только одинъ разъ нагнуть пробирку; послѣ повторныхъ сливаній взбалтываютъ осадокъ и тогда часть его при сливаніи теряется. Желательно, чтобы объемъ осадка вмѣстѣ съ остающимися нѣсколькими каплями жидкости не былъ больше 1 к. стм. Къ осадку прибавляютъ 5 капель соляной кислоты средней вѣрности (ас. hydrochl. рн-

гит, уд. в. 1,12) и слегка нагреваютъ. Мочеислосъ аммоній при этомъ весь растворяется и сейчасъ-же начинается выдѣленіе свободной мочевой кислоты; для полнаго выдѣленія послѣдней пробирку оставляютъ часъ стоять. Послѣ этого слегка взбалтываютъ осадокъ, прибавляютъ 2 к. стм. воды и центрифугируютъ; теперь достаточно нѣсколькихъ десятковъ оборотовъ центрифуги для того, чтобы вся мочевая кислота хорошо ослѣ; воду тогда сливаютъ и замѣняютъ ее такимъ-же количествомъ 96% спирта, слегка взбалтываютъ и опять центрифугируютъ и спиртъ сливаютъ; это повторяютъ нѣсколько разъ (обыкновенно 3—4 раза) до тѣхъ поръ, пока спиртъ не будетъ нейтрально реагировать на лакмусовую бумажку. Когда это достигнуто, слитый спиртъ замѣняютъ вскипяченной въ обыкновенной пробиркѣ водой, прибавляютъ 1 каплю обычнаго (1%) раствора феноля-фталеина и титруютъ горячую жидкость  $\frac{1}{10}$  нормальнымъ растворомъ \*) пиперидина до тѣхъ поръ, пока не получится розоваго окрашенія жидкости, остающагося и при нагреваніи. При этомъ вся мочевая кислота растворяется, такъ какъ она образуетъ съ пиперидиномъ растворимое соединеніе. Умноживъ точно отмѣренное количество употребленныхъ при титрованіи к. стм. раствора пиперидина на 3,36 миллиграмма получаютъ содержаніе мочевой кислоты въ 10 к. стм. мочи. При титрованіи жидкость слѣдуетъ прибавлять по каплямъ. Такъ какъ пробирку, въ которой производится опредѣленіе, приходится нагревать, то для этой цѣли слѣдуетъ избирать толстостѣнныхъ и слишкомъ сильно заостренныхъ у дна пробирокъ.

Практическія преимущества этого способа, помимо выигрыша во времени и работѣ, заключаются въ томъ, что опредѣленіе можетъ быть сдѣлано съ небольшимъ количествомъ мочи, можетъ быть прервано во всякое время безъ вреда для точности; кромѣ того, способъ даетъ весьма точные результаты (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, № 25).

Ауторефератъ.

Внутреннія болѣзни. 383. Д-ръ *М. Ганцъ* (изъ отдѣленія ч. пр. *В. Яновскаго* въ Варшавской больницѣ младенца Іисуса) описываетъ случай пораженія лѣваго возвратнаго нерва при порокахъ сердца.

Больной, 30 л., поступилъ 23/II 1906 г. въ больницу съ жалобами на кашель и отекъ ногъ.—Средняго роста, правильнаго сложенія. Кожа блѣдная. Ясные отеки стопъ. Въ верхушкѣ лѣваго легкаго нѣсколько удлинненный выдохъ; заглушеніе перкуторнаго звука сзади соотвѣственно нижней долѣ праваго легкаго и спереди справа ниже соска. Дыханіе здѣсь ослаблено; слышны хрипы. Вездѣ слышны сердечные шумы, значительно затрудняющіе выслушиваніе легкихъ. Границы сердца увеличены во всѣхъ размѣрахъ: верхняя—на нижнемъ край 2-го ребра, лѣвая заходитъ на 2 пальца лѣво отъ соска, правая заходитъ нѣсколько за срединную грудинную линію. У верхушки—длинный шумъ; на легочной артеріи усиленіе 2-го звука; на яремной венѣ замѣтно предсистолическое биеіе. Печень увеличена. Разстройство пищеваренія и мочеиспусканія нѣтъ. Мокрота кровавая. Въ мочѣ бѣлокъ; въ осадкѣ—очень много уратовъ и стекловидные цилиндры. 38°—39°. 25/II: Бѣлка въ мочѣ около  $\frac{1}{100}$ , 36,6—37,8°. 26/II: Соотвѣственно нижней долѣ праваго легкаго притупленіе звука, ослабленное дыханіе и хрипы. П. 100. Въ сердцѣ слышенъ діастолическо-предсистолическій шумъ. Пробный проколъ справа внизу далъ мутную желтоватую жидкость уд. вѣса 1,011,  $\Delta = -0,54$ , бѣлка—2%, 37,0—36,8°. 27/II—14/III: 36,4—38°. Шумъ въ сердцѣ, какъ и прежде. Самочувствіе улучшается. Притупленіе въ нижней долѣ праваго легкаго уменьшилось. Мокрота безъ примѣси крови. 15/III: Жалуются на хрипоту. При изслѣдованіи гортани находятъ параличъ лѣваго возвратнаго нерва. 36,8—37,4°. 16/III—19/III: Не лихорадитъ. 20/III: При освѣщеніи *Röntgen*овскими лучами никакихъ измѣненій въ аортѣ не найдено. Тѣнь, отвѣчающая лѣвому предсердію, значительно увеличена вверх и влѣво. 23/III: 38,5°. Кровохарканіе. Въ лѣвомъ легкомъ по подмышечной линіи барабанный оттънокъ звука и много хриповъ при ослабленномъ дыханіи. Шумы въ сердцѣ безъ измѣненій. П. 100. 24/III—4/IV: Въ легкомъ бронхіальное дыханіе, много хриповъ и эгофонія. Температура въ предѣлахъ 36,6—38,3°. Хрипота по прежнему. 4/IV: П. 120. Значительные отеки ногъ и лица. Рѣзкій кашель, удущье. Состояніе тяжелое. 5/IV: Желтушная окраска кожи. П. 120, малый. Въ мокротѣ кровь. При изслѣдованіи гортани лѣвая голосовая связка оказалась неподвижной. 6/IV: Сзади внизу слѣва притупленіе и ослабленное дыханіе. Полная афонія. Селезенка увеличена, твердая, безболѣзанная. Въ дальнѣйшемъ состояніе больного постепенно ухудшалось, и 10/IV онъ умеръ.—На основаніи клиническихъ данныхъ было поставлено распознаваніе: суженіе и недостаточность 2-створчатой заслонки съ обостреніемъ воспалительнаго процесса внутрисердечія, инфарктъ лѣваго легкаго, цианотическій нефритъ и параличъ лѣваго возвратнаго нерва. На вскрытіи оказалось: недостаточность лѣваго веннаго устья при почти полномъ отсутствіи заслонки, уничтоже нной воспалительнымъ процессомъ внутрисердечія. Гипертрофія и расширеніе сердца (и лѣваго предсердія). Значительный застой и чрезмѣрное увеличеніе околотрахеальныхъ и околобронхіальныхъ лимфатическихъ железъ.

\*) Растворъ этотъ содержитъ 1,70 пиперидина на литръ. Его можно установитъ на  $\frac{1}{50}$  норм. сѣдной кислоты

Въ нижней части верхней доли лѣваго легкаго инфарктъ. Сывороточно-кровенная жидкость въ лѣвой плеврѣ.

Такимъ образомъ параличъ лѣваго возвратнаго нерва долженъ быть объясненъ давленіемъ на него застойно-увеличенныхъ околобронхіальныхъ желѣзъ. По автору, въ случаяхъ паралича лѣваго возвратнаго нерва, осложняющаго порокъ сердца, не слѣдуетъ забывать о возможности застоя въ лимфатическихъ желѣзахъ, окружающихъ дыхательное горло и бронхи (Medycyna, 14 июля).

С. Островскій.

384. Д-ръ *Silbermark* (Wien) разбираетъ механизмъ *болѣзненного расширенія слѣпой кишки при суженіяхъ толстой кишки*. На основаніи опытовъ на трупахъ, произведенныхъ авторомъ совместно съ проф. *Ghon'омъ* въ патолого-анатомическомъ институтѣ проф. *A. Weichselbaum'a*, онъ приходитъ къ заключенію, что причину изолитического вздутія или растяженія слѣпой кишки слѣдуетъ искать въ особенностяхъ свободнаго брюшиннаго покрова ея и что передняя и задняя лента (taenia) составляютъ излюбленное мѣсто разрывовъ и расхожденія брюшины при этихъ растяженіяхъ (Wiener klinische Wochenschrift, № 15).

В. Дитманъ.

385. Д-ръ *Heinrich Terner* (Kolomea) хвалитъ *цитаринъ, какъ средство отъ подагры* (см. «Русскій Врачъ» 1904 г., стр. 410 и 820 и 1905 г., стр. 473). Примѣняемый въ 15 случаяхъ мочевилаго худосочія съ образованіемъ узловъ и въ 5 случаяхъ затыжнаго ревматизма цитаринъ давалъ автору поразительный успѣхъ. Уже послѣ нѣсколькихъ приемовъ по 2 грм. больные чувствовали облегченіе, и боли совершенно прекращались. Даже большіе приемы (10 грм. въ сутки и болѣе) не вызываютъ неприятныхъ побочных явленій. Въ тяжелыхъ случаяхъ полезно сочетать дѣйствіе цитарина съ аспириномъ—2 раза въ день по 0,5—1,0 грм. Въ острыхъ случаяхъ подагры назначаютъ по 10—12 грм. цитарина въ день, 1—2 дня подрядъ, пока не успокоятся сильныя боли, затѣмъ достаточно давать по 4—6 грм. въ день; послѣ полного прекращенія болей даютъ еще въ теченіи нѣсколькихъ дней по 2—3 грм. въ предупрежденіе возвратовъ. Авторъ считаетъ цитаринъ единственнымъ надежнымъ средствомъ отъ подагры. По химическому составу это ангидрометил-новолимоннокислый натрій, отщепляющій въ организмѣ формальдегидъ. Цѣна цитарина (изготавливаемого фирмой *Friedr. Bayer* и *K<sup>o</sup> v. Eberfeld't* въ видѣ таблетокъ) умѣренная (Wiener medizinische Presse, № 19).

В. Дитманъ.

386. Въ статьѣ «о леченіи бугорчатки слизистыхъ оболочекъ» д-ръ *Holländer* (Berlin) предлагаетъ, между прочимъ, лѣчить эту болѣзнь *одновременнымъ назначеніемъ іода и каломеля*, при чемъ іодъ дается внутрь въ видѣ іодистаго калия, каломель примѣняется мѣстно. Не смотря на то, что сочетаніе этихъ 2-хъ лѣкарственныхъ веществъ въ фармакопей строго осуждается, оно на практикѣ, по мнѣнію автора, оказывается весьма полезнымъ, такъ какъ при помощи его удается добиться мѣстнаго прижигающаго дѣйствія. Вънутрь дается за 15 минутъ до примѣненія каломеля столовая ложка 5% раствора іодистаго калия. Что касается способа примѣненія каломеля, то смотря по локализациі бугорчатковаго процесса, онъ бываетъ различенъ: на пораженное мѣсто помещалась вата, покрытая порошкомъ каломеля, и оставлялась на мѣстѣ въ продолженіе многихъ часовъ (до 24); или порошокъ втирался въ слизистую оболочку, или впрыскивалась 1 до 2% масляная эмульсія изъ каломеля въ самую пораженную ткань; при бугорчаткѣ гортани порошокъ вдвигается въ гортань и покрываетъ поверхность изъязы. Авторъ примѣнялъ этотъ способъ лѣченія и при бугорчаткѣ мочевого пузыря, и здѣсь успѣхъ лѣченія былъ особенно ясенъ. Здѣсь 2%-ая масляная эмульсія впрыскивалась въ пузырь въ такомъ количествѣ, какое больной могъ безъ страданій вынести. Черезъ 1/2 часа, когда болѣшая часть масла удалена съ мочей и каломель ослѣдъ на дно пузыря, дается столовая ложка 5% іодистаго калия. Дѣйствіе (прижигающее) узнается по тому, что уже черезъ нѣсколько минутъ больные жалуются на мѣстныя боли. Для облегченія послѣднихъ даются свѣчки съ опіемъ. Эти впрыскиванія производятся не часто—разъ въ недѣлю; въ одномъ случаѣ авторъ послѣ 5 впрыскива-

ній получилъ полное излѣченіе. Помимо прижигающаго дѣйствія іодистой ртути при этомъ способѣ лѣченія, очевидно, происходитъ еще мѣстное пропитываніе ткани іодомъ (Berliner klinische Wochenschrift, № 23).

387. Д-ръ *Rollin* разбираетъ вопросъ о томъ, какія причины вызываютъ «обложенный языкъ». Въ старину этому признаку врачъ и публика придавали большое значеніе, но изъ современныхъ клиницистовъ только *Ewald* отдаетъ должное этому клиническому признаку и отмѣчаетъ, что видъ языка измѣняется при различныхъ формахъ заболѣваній желудка. Особенно ясно выступаетъ разница между яркой краснотой языка при извѣстномъ и чрезмѣрной кислотности желудка и блѣднымъ, влажнымъ, синеватымъ языкомъ при нервномъ невареніи. Эти данныя заставляютъ думать, что измѣненія въ желудкѣ черезъ нервное отраженіе вліяютъ на кровенаполненіе языка, но они не объясняютъ еще причины появленія и исчезновенія налета на языкѣ. Авторъ думаетъ, что главной причиной, обуславливающей обложеніе языка, является недостаточное отторженіе эпителия языка. Дѣло въ томъ, что языкъ отличается необыкновенно сильно выраженной способностью отторженія эпителия, взаимѣ котораго постоянно образуется новый. Если изслѣдовать полученный натошакъ желудочный сокъ у нормальнаго челоука или у больного съ чрезмѣрной кислотностью желудочнаго сока, то подъ микроскопомъ находятъ очень большія количества эпителия съ поверхности языка; наоборотъ, полученный при тѣхъ-же условіяхъ сокъ отъ больныхъ съ невареніемъ содержитъ очень мало эпителиальныхъ клѣтокъ; это доказываетъ, что у послѣднихъ отторгается гораздо меньше клѣтокъ. Обложенный языкъ при невареніи, такимъ образомъ, является слѣдствіемъ того, что нѣтъ достаточной силы для отторженія постоянно вновь образующагося эпителия. Такъ какъ питаніе и обмѣнъ веществъ въ языкѣ зависитъ главнымъ образомъ отъ его кровенаполненія, то при тѣхъ условіяхъ, при коихъ языкъ лучше орошается кровью, т. е. при достаточной кислотности желудочнаго сока, будетъ происходить болѣе полное отторженіе эпителия, въ то время, какъ при малокровіи его (т. е. при состояніяхъ неваренія) обмѣнъ веществъ и отторженіе эпителия будутъ ослаблены (Berliner klinische Wochenschrift, № 18).

А. Коварскій.

**Физиотерапія.** 388. Д-ръ *Richter* (Waldenburg) съ успѣхомъ лѣчилъ *воспалительные острые процессы кожи горячими ваннами*, которыя, по его мнѣнію, производятъ такую-же гиперемію кожи, какая достигается при лѣченіи по способу *Bier'a*. Этотъ способъ лѣченія авторъ примѣнялъ при зараженныхъ ранахъ, панариціяхъ, чирьяхъ и флегмонахъ такимъ образомъ, что больной членъ или вся конечность, смотря по мѣсту нахожденія воспалительнаго процесса, нѣсколько разъ въ день погружались въ горячую воду по крайней мѣрѣ на 1/2 часа или часъ, при чемъ вода постоянно поддерживалась горячей. Тамъ, гдѣ нельзя было увѣреннымъ въ чистотѣ примѣняемой воды и посуды, рекомендуется прибавлять 1/2 столовой ложки соды на 1 литръ воды. Авторъ совѣтуетъ примѣнять этотъ способъ лѣченія тамъ, гдѣ застойная гиперемія по *Bier'u* не можетъ быть примѣнена вслѣдствіе неудобства ея выполненія. Авторъ не видѣлъ никогда неблагоприятныхъ дѣйствій этого способа лѣченія; въ общемъ онъ даетъ хорошіе результаты, хотя и тутъ бывають неудачи въ видѣ замедленія хода излѣченія, но авторъ склоненъ объяснить ихъ тѣмъ недоувѣріемъ, съ которымъ относились его неинтеллигентные больные къ этому слишкомъ простому способу лѣченія, благодаря чему они не всегда выполняли предписанія достаточно точно (Münchener medicinische Wochenschrift, № 15).

А. Коварскій.

389. Для распознаванія опухолей средостѣнія, аневризмъ аорты и вообще для опредѣленія перемѣщенія органовъ грудной полости въ послѣднее время нѣкоторыми авторами (*Rumpf, Curschmann*) было предложено установить, при помощи ощупыванія и осмотра, уклоненіе отъ срединной линіи дыхательнаго горла, которое отодвигается вслѣдствіе давленія опухолей, расширенныхъ сосудовъ и т. п.; это уклоненіе положенія дыхательнаго горла особенно ясно выражено въ нижней его части. Въ виду того, что

обычные способы изслѣдованія (осмотръ, ощупываніе и выстукиваніе) далеко не всегда ведутъ къ цѣли, д-ръ С. Pfeifer (изъ хирургической клиники проф. Bruns'a въ Tübingen'ѣ) предлагаетъ *опредѣлять уклоненіе дыхательнаго горла отъ средней линіи путемъ Röntgen'овскаго снимка*. На большомъ матеріалѣ клиники авторъ имѣлъ возможность убѣдиться, что при примѣненіи мягкихъ трубокъ и соответствующемъ положеніи и закрѣпленіи больного, всегда удается получить снимокъ, на которомъ ясно виденъ ходъ дыхательнаго горла. Онъ напелъ, что всякая опухоль средостѣнія, будь это загроудинный зобъ, аневризма аорты, увеличенный пакетъ железъ и т. п., всегда измѣняетъ положеніе дыхательнаго горла, при чемъ въ начальныхъ ступеняхъ болѣзни дыхательное горло отодвигается въ сторону только въ своей грудной и нижнелестрой части, въ болѣе позднихъ перемѣщеніе происходитъ на всемъ протяженіи. Во многихъ случаяхъ ненормальное расположеніе дыхательнаго горла не могло быть распознано осмотромъ и ощупываніемъ, въ то время какъ въ Röntgen'овскомъ снимкѣ оно видно было ясно. Онъ считаетъ поэтому этотъ способъ изслѣдованія очень важнымъ для распознаванія измѣненія расположенія органовъ и опухолей средостѣнія. Онъ описываетъ также случай перемѣщенія дыхательной трубки при плевропневмоническомъ выпотѣ (Münchener med. Wochenschrift, № 9). **А. Коварскій.**

390. Д-ръ Lichtenstein (Dresden) доказываетъ, что *присутствіе значительнаго количества воды въ тканяхъ или полостяхъ организма является большимъ препятствіемъ при полученіи Röntgen'овскаго снимка*. Онъ убѣдился въ этомъ простыми опытами: если въ 4-угольный стеклянный сосудъ съ водой помѣстить желѣзный прутъ и направить лучи Röntgen'овской трубки такъ, чтобы они проходили въ косомъ направленіи, то на полученномъ снимкѣ видно будетъ, что отпечатокъ желѣзнаго прута будетъ тѣмъ яснѣе, тѣмъ меньшій слой жидкости лучамъ пришлось проникнуть. Въ акушерствѣ рентгенографія до сихъ поръ нашла себѣ мало примѣненія главнымъ образомъ потому, что присутствіе околоплодной жидкости мѣшаетъ полученію хорошихъ снимковъ, въ то время, какъ у небеременной женщины можно получить хорошій снимокъ таза; въ поздніе мѣсяцы беременности нельзя получить яснаго снимка ни таза, ни плода. Таже причина часто мѣшаетъ при рентгенографіи почекъ съ цѣлью находженія камней. Неудачи здѣсь, по мнѣнію автора, зависятъ не отъ различія химическаго состава камней, какъ это принято думать, а отъ колебаній въ содержаніи мочи въ почечной лоханкѣ: если оттокъ мочи затрудненъ ущемившимся въ началѣ мочеточника камнемъ, то снимокъ не удастся, наоборотъ при отсутствіи скопленія жидкости, рентгенограмма выйдетъ болѣе удачной; при распознаваніи пузырныхъ камней въ послѣднее время предложено было вдвигать въ пузырь воздухъ. Болѣе удачные результаты при этомъ, по автору, слѣдуетъ объяснить не присутствіемъ воздуха, а отсутствіемъ жидкости, которая при этомъ удаляется. По той-же причинѣ очень трудно бываетъ распознать при помощи Röntgen'овскихъ лучей присутствіе желчныхъ камней, если послѣдніе расположены въ желчномъ пузырьѣ, и, наоборотъ, гораздо легче получить удачный снимокъ, если камни бываютъ ущемлены въ ductus cysticus или choledochus; въ 1-мъ случаѣ они лежатъ въ жидкости, такъ-же мало пропускающей Röntgen'овскіе лучи, какъ сами камни, а во 2-мъ они находятся въ жидкости. Но та-же плохая проницаемость воды и жидкостей человѣческаго тѣла для Röntgen'овскихъ лучей оказываетъ нерѣдко и услуги: благодаря ей можно видѣть очертанія сердца, аорты и крупныхъ сосудовъ и можно легко распознавать измѣненія ихъ формы и величины. Авторъ полагаетъ, что ближайшее знакомство съ значеніемъ воды при рентгенизаціи и изученіе ея вліянія можетъ въ будущемъ повести къ тому, что будетъ найденъ способъ, который дастъ возможность лучше воспроизводить взвѣшенные въ водѣ твердыя частицы и тѣла (Münchener medicinische Wochenschrift, № 10). **А. Коварскій.**

**Дѣтскія болѣзни.** 391. Проф. Raczyński (Львовъ) сообщаетъ *результаты леченія скарлатины коллоидной смесью* (Münchener med. Wochenschrift, № 27). Изъ 27 случаевъ, которые

наблюдалъ авторъ, въ 6 смертъ послѣдовала до истеченія сутокъ послѣ выпрыскиванія сыворотки. Въ 17 случаяхъ сыворотка выпрыскивалась (по 100 к. стм. за разъ) въ состояніи болѣе или менѣе выраженныхъ осложненій со стороны зѣва; изъ этого числа больныхъ умерло 7, выздоровѣли 9 и 1 выписался безъ улучшенія. Что касается дѣйствія сыворотки въ этой ступени скарлатины герп. при поражении зѣва, то, по мнѣнію автора, будучи выпрыснута одновременно, сыворотка придаетъ организму силы бороться съ угрожающимъ общимъ цѣпкокковомъ зараженіемъ. Далѣе авторъ примѣнилъ сыворотку въ 4 случаяхъ скарлатины съ тяжелымъ общимъ зараженіемъ; всѣ окончились выздоровленіемъ. Общій выводъ тотъ, что противоскарлатинная сыворотка даетъ наилучшій успѣхъ тогда, когда ее примѣняютъ при наличности токсическихъ явленій, т. е., въ самомъ началѣ, въ первые часы болѣзни. Послѣ сывороточной сыпи авторъ не наблюдалъ ни въ одномъ изъ 13 случаевъ, окончившихся выздоровленіемъ (Lwowski Tygodnik lekarski, 4, 11 и 18 января). **О.**

392. Проф. Escherich обращаетъ вниманіе на *пiocіаназу, какъ лечебное средство при повальномъ гриппѣ у грудныхъ дѣтей, равно какъ и при эпидемическомъ cerebro-спинальномъ менингитѣ*. Дѣтямъ въ теченіи гриппа, свирѣпствовавшего въ больницѣ, авторъ вводилъ въ носъ по 5 капель пiocіаназы и получилъ болѣе быстро выздоровленіе и полное прекращеніе эпидеміи. Микрококки Pfeiffer'a исчезли совершенно изъ носового содержимаго. Бактеріологическія изслѣдованія показали, что пiocіаназадѣйствуетъ сильнѣе всего на катаральный микрочкоккъ и менингококкъ, задерживая ихъ развитіе и даже убивая ихъ, между тѣмъ какъ двоеккокки воспаленія легкаго, цѣпе-и гроздеккокки сильнѣе противостоятъ ея дѣйствію. При cerebro-спинальномъ менингитѣ авторъ вводилъ пiocіаназу въ носъ, либо дѣлалъ интрадуральныя выпрыскиванія въ количествѣ 3—5 к. стм. за разъ; такіа выпрыскиванія дѣти, за небольшими исключеніями, перенесли хорошо. Въ большинствѣ случаевъ наблюдалось пониженіе температуры и уменьшеніе нервныхъ явленій, въ другихъ-же пiocіаназане давала улучшенія. Бактеріологическія изслѣдованія спинно-мозговой жидкости, взятой послѣ выпрыскиванія пiocіаназы, въ большинствѣ случаевъ обнаруживали значительное уменьшеніе количества менингококковъ, а въ нѣкоторыхъ даже ихъ отсутствіе. Хорошіе результаты авторъ получилъ у этихъ больныхъ, обеззараживая полость зѣва пiocіаназой (5—10 капель неразбавленной). По автору, желательны дальнѣйшія наблюденія съ пiocіаназой. Цѣна ея невысока. Выдѣлываетъ ее Дрезденская бактериологическая лабораторія Lingner'a (Wiener klinische Wochenschrift, № 25). **С. Островскій.**

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 393. Д-ръ Berger нашелъ скорый способъ окраски блѣдной сипрохоты; способъ этотъ основанъ на томъ фактѣ, что при сочетаніи азура или азурь-содержащей краски съ цѣлымъ рядомъ другихъ красокъ въ болѣе или менѣе насыщенномъ растворѣ удастся скоро и хорошо окрасить микроорганизмъ Schaudinn'a. На этомъ основаніи можно выработать много различныхъ способовъ. Авторъ пока еще не остановился окончательно ни на одномъ, но какъ примѣръ окраски предлагаетъ слѣдующую: намазанныя по возможности тонкимъ слоемъ матеріала препараты помѣщаются на 5—10 минутъ для закрѣпленія въ абсолютный спиртъ. По обсушкѣ наливають изъ пипетки 5 капель щелочной метиленовой синьки Löffler'a, а черезъ 1/2 минуты, не сливая первой краски, прибавляютъ 3 капли раствора Azur II и этой смѣси красокъ даютъ дѣйствовать еще 1/2 минуты. Затѣмъ къ этой смѣси красокъ прибавляютъ еще 6 капель раствора краски Giemsa и оставляютъ все вмѣстѣ дѣйствовать еще 2 минуты. Затѣмъ смываютъ все водой, сушатъ пропускной бумагой и включаютъ въ канадскій бальзамъ. Авторъ красилъ свои препараты не на покровныхъ, а на предметныхъ стеклахъ. Ни въ коемъ случаѣ не слѣдуетъ сливать красокъ до окончанія окраски, а необходимо каждую слѣдующую краску смѣшивать съ предыдущей и слѣдуетъ обращать вниманіе на то, чтобы при прибавкѣ новой краски послѣдняя хорошо смѣшалась съ предыдущей. Авторъ думаетъ, что ускореніе окраски

зависит от того, что азуры является хорошей протравой и применение его в болѣе значительномъ количествѣ способствуетъ лучшему воспріятію красокъ (*Münchener med. Wochenschrift*, № 18).

А. Коварскій.

394. Д-ръ *Karliński* (Боснія) у мѣстныхъ жителей, отличающихся крайней нечистоплотностью, применялъ съ успѣхомъ *коллагаролъ* въ 21 случаѣ кожныхъ и подкожныхъ *инфекций*. Очистивъ сначала гнойникъ растворомъ йода, авторъ клалъ, соответственно величинѣ гнойника, 2—3 коллагароловыхъ таблетки (по 0,005) и закрывалъ коллагароловымъ пластыремъ (5:300 мастики). Помимо этого, больные ничего не получали. Въ тяжелыхъ случаяхъ, когда на спинѣ имѣлось, напр., 16 глубоко проникавшихъ гуммозныхъ гнойниковъ, лѣчение продолжалось 24 дня (за это время 3 раза перемѣнялась повязка). Спустя 24 дня оставался гладкій рубецъ. При простыхъ язвахъ достаточно было 1 повязки, чтобы въ недѣлю получило заживленіе (*Nowiny lekarskie*, июнь).

С. О.

395. Д-ръ *R. Leszczyński* (изъ дерматологической клиники проф. *Zukasiewicz'a* въ Львовѣ) говоритъ о значеніи блѣдной *спирохеты* въ распознавательномъ отношеніи.

15/ш 1906 г. переведена изъ гинекологической клиники больная, 23 л., съ язвой на влагалищной части. — Перенесла корь, брюшной тифъ и воспаление зѣва. 5 лѣтъ назадъ рожала, а 1½ года назадъ выкинула на 4-мъ мѣсяцѣ. Въ гинекологической клиникѣ распознаны метритъ, эндометритъ и лѣвый аднекситъ. Хорошаго сложенія и питания. На наружныхъ половыхъ частяхъ и въ преддверіи влагалища — небольшое количество слизистого гноя выдѣленія. На влагалищной части матки (при осмотрѣ зеркаломъ) съ правой передней стороны устья — язва, съ горошину, съ острыми сухими и покрасѣвшими краями и дномъ, покрытымъ сѣро-желтымъ отдѣляемымъ. Внутренние органы безъ измѣненій. Авторъ взялъ немного отдѣляемаго изъ язвы, смѣшаннаго съ кровью, и окрасилъ по *Giemsa*. Въ препаратахъ оказалась *spirochaeta pallida* въ умѣренномъ количествѣ. 23/ш: Въ нижней части живота асимметричная сифилитическая сыпь. 2/iv: Ясная густая пятнисто-папулезная сыпь на животѣ, грудной кайтѣ и спинѣ. Специфическая жаба. Начато лѣчение втираніями.

Случай этотъ показываетъ, что микроскопическое исследование позволило распознать сифилисъ (видъ язвы для послѣдняго былъ нехарактерный) приблизительно за 2 недѣли до появленія сыпи (*Lwowski Tygodnik lekarski*, 7 июня).

С. Островскій.

## ОТЧЕТЫ

### изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

#### XLII—XLV. Изъ Общества ушныхъ, горловыхъ и носовыхъ болѣзней въ С.-Петербургѣ.

(Засѣданіе 21-го января).

П. К. Брошнѣвскій. Къ вопросу о происходящемъ безъ воспаления мозговыхъ паузъ ушномъ инсультѣ. (Напечатано въ «Русскомъ Врачѣ»).

А. Я. Галебскій показалъ особые ватные палочки для очистки слухового канала, смазыванія носа и т. д. Палочки эти, толщиною въ гусиное перо, докладчикъ готовитъ путемъ тугого скатыванія (руками) слоевъ гигроскопической ваты на столѣ съ негладкой поверхностью; приготовленные палочки обезжириваются. Выгода палочекъ въ томъ, что, обладая значительной плотностью и всасывающей способностью, онѣ не могутъ въ тоже время принести вреда при примѣненіи даже самими больными, отъ чего послѣдніе не обезпечены при другихъ способахъ очистки слухового канала.

(Засѣданіе 18-го февраля).

Ф. Л. Робилинскій. Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи множественныхъ папилломъ гортани въ детскомъ возрастѣ (случай ларингофиссур). (Вудетъ напечатано въ «Русскомъ Врачѣ»).

П. К. Брошнѣвскій спросилъ, нельзя-ли было въ данномъ случаѣ оперировать при помощи прямого способа (бронхоскопія). Докладчикъ отвѣтилъ, что едва-ли этотъ способъ примѣнимъ при данномъ возрастѣ больного.

Проф. Б. В. Верговскій замѣтилъ, что обычно при помощи бронхоскопіи однимъ разомъ операцію окончить не удастся.

Ө. Ө. Нейманъ недоумѣваетъ, при чемъ тутъ бронхоскопія, когда опухоли сидѣли выше голосовыхъ связокъ.

Н. И. Лунина: Дѣтямъ при папилломахъ слѣдуетъ дѣлать только горлоскопіе; послѣ этого папилломы обычно остаются на мѣстѣ и у дѣтей 13—14 лѣтъ ихъ можно удалить внутригортаннымъ путемъ. Въ его практикѣ одна дѣвочка носила трахеотомическую трубочку въ теченіи 9 лѣтъ, въ другомъ случаѣ горлоскопіе было сдѣлано ребенку 6 лѣтъ, трубочка оставалась въ теченіи 5—6 лѣтъ, а затѣмъ папилломы были удалены; трубочка не мешала дѣвочкѣ учиться и не отражалась вредно на ея здоровьи и настроеніи. Вообще, въ 13—16 лѣтъ ростъ папилломъ приостанавливается; конечно, бываютъ и упорные случаи возвратовъ; такъ, въ его практикѣ былъ случай, гдѣ возвратъ наблюдался до 25-лѣтняго возраста. На замѣчаніе докладчика, что рискованно оставлять трубочку на долгое время, исключая такимъ образомъ дѣятельность гортани, Н. И. повторилъ, что долгое время носеніе трубочки не представляетъ опасности; оперированныя дѣти съ трубочками играютъ, бѣгаютъ, учатся и т. д.

Проф. С. П. Федоровъ: Хирургамъ приходится встрѣчаться съ папилломами на слизистыхъ оболочкахъ во многихъ частяхъ тела; вездѣ операторы стараются захватить и подслизистую ткань, чтобы удалить, такъ сказать, корень опухоли. Такъ и въ горлѣ: внутригортанный способъ лѣченія нельзя признавать радикальнымъ, это, скорѣе, — отдѣленіе кусочковъ опухоли, а не лѣченіе ея; лѣченіе въ видѣ отдѣленія кусочковъ опухоли продолжается до тѣхъ поръ, пока не исчезнетъ, такъ сказать, наклонность къ образованію папилломъ. Конечно, въ гортани нельзя вырывать ради папилломъ голосовыхъ связокъ, поэтому здѣсь и хирургическое лѣченіе не всегда даетъ положительные результаты; во всякомъ случаѣ у ребенка, о которомъ идетъ рѣчь, могло бы помочь только расщепленіемъ гортани.

Проф. Н. П. Симоновскій: Отказываясь отъ внутригортаннаго способа лѣченія папилломъ, мы, ларингологи, тѣмъ самымъ обнаруживаемъ только свою неопытность; это походить на то, какъ если-бы, напр. ортопедъ при косолапости не взялся за исправленіе недостатка, а предложилъ-бы отрѣзать ногу. Случай, подобные настоящему, ларингологи не должны отдавать хирургамъ. Вылѣчить больного всегда можно, нужна только настойчивость. Папилломы растутъ изъ поверхностныхъ слоевъ слизистой оболочки, поэтому нѣтъ нужды удалять подслизистую ткань. Въ данномъ случаѣ мальчикъ боялся инструментовъ, но вѣдь есть бромистый этиль; подъ этимъ наркозомъ можно было-бы удалить опухоли. Послѣ ларингофиссуры могутъ быть возвраты, а при производствѣ операціи можно разрѣзать голосовыя связки.

Докладчикъ отвѣтилъ, что нельзя сказать, что не было проявлено въ лѣченіи достаточной настойчивости: больной лѣчился цѣлымъ сезономъ и не привыкъ къ инструментамъ; при удаленіи кусочковъ опухоли, она только увеличивалась; что касается бромистого этила, то подобные повторные наркозы, быть можетъ, опаснѣе, чѣмъ однократное хлороформированіе.

Проф. С. П. Федоровъ замѣтилъ, что для внутригортанной операціи бромъ-этиль непригоденъ, такъ какъ при наркозѣ выдѣляется масса слизи, а для дѣтей этотъ наркозъ и опасенъ.

К. А. Раухфусъ всецѣло стоитъ за тиреотомию; это — безвредная, чистая и изящная операція. Съ диффузными папилломами не справиться внутригортаннымъ способомъ; здѣсь можно только, удаливъ опухоль по нѣмному, ожидать, когда папилломы исчезнутъ; если-же нужно удалить опухоль, то необходимо тиреотомія. Внутригортаннымъ путемъ трудно дѣлать операцію во время наркоза; что касается мѣстнаго обезболиванія, то бываютъ больные, гдѣ она не помогаетъ, — ее одолеваетъ психическая боязнь.

П. К. Брошнѣвскій замѣтилъ, что бромъ-этиловый наркозъ безвреденъ, — не даромъ онъ такъ часто примѣняется при удаленіи мидалинъ, аденоидовъ и т. п.

Проф. С. П. Федоровъ показалъ устроенный имъ приборъ для трепанации — боръ-машина Менцель-Федорова. Приборъ состоитъ изъ солиднаго маховика, легко приводимаго въ движеніе однимъ человекомъ, и зубчатки, движущей спираль съ наконечникомъ, на который насаживаются инструменты: американскія сверла, фрезы, пилы; послѣднія должны быть съ двумя ручками, расположенными по одной прямой линіи или подъ прямымъ угломъ другъ къ другу (*Doyen'a*). Хотя въ настоящее время предложено много приборовъ, работающихъ при помощи электричества, но не вездѣ можно найти электрическую энергію и при томъ, хотя электрической двигатель можетъ придать инструменту очень большое число оборотовъ, при небольшой силѣ тока, но при толстыхъ костяхъ одной быстроты оборотовъ недостаточно и необходимо брать сильныя токи; кромѣ того, въ электромоторахъ работа начинается только тогда, когда достигнута большая быстрота вращенія. Показанный инструментъ имѣетъ тѣ преимущества, что не нуждается въ электрической энергіи, даетъ возможность регулировать быстроту вращенія, менѣе опасенъ и стоитъ вдвое дешевле, чѣмъ приборъ съ электромоторомъ. Дѣйствіе прибора было показано на распиленномъ черепѣ.

Ө. Ө. Нейманъ замѣтилъ, что для трепанации сосцевиднаго отростка показанный приборъ не пригоденъ.

М. Ф. Цитовичъ показалъ больного съ опухолью въ лоткахъ. Больной явился на приемъ въ концѣ прошлаго января съ жалобами на затрудненное глотаніе; считаетъ себя больнымъ съ октября прошлаго года. На носовой перегородкѣ оказалось бухтообразное углубленіе, похожее на зажившую язву. На



зависитъ дужкахъ видны опухоли, на правой—съ грецкій, на левой—съ волошскій орѣхъ. Обѣ опухоли краснаго цвѣта, довольно плотной консистенціи, распространяются книзу и почти соприкасаются по средней линіи. Черезъ недѣлю послѣ перваго осмотра опухоли увеличились и на мѣстѣ соприкосновения ихъ другъ съ другомъ появился поверхностный распадъ. Опухоли продолжали увеличиваться и въ теченіи 2-недѣльнаго противосифилитическаго лѣченія (въ анамнезѣ сифилиса нѣтъ), присоединилось пропитываніе миндаликовъ и опухоль шейныхъ желѣзъ съ лѣвой стороны; въ послѣднюю недѣлю вѣсъ больного упалъ на 1½ фунта. Для изслѣдованія былъ взятъ кусочекъ опухоли, при чемъ появилось сильное кровотеченіе, остановленное только гальванокаутеромъ.

В. И. Волчекъ. Дальнѣйшее усовершенствованіе количественнаго изслѣдованія слуха.

(Засѣданіе 18-го марта).

Я. Б. Капканъ. 2 случая смертельнаго кровотечения при флегмонозной жабы. (Будетъ напечатано въ «Русскомъ Врачѣ»).

Г. О. Нейманъ замѣтилъ, что трудно понять, какъ изъ жабы могла произойти флегмона; быть можетъ, было наоборотъ, или не естъ ли жаба совмѣстно съ флегмоной проявленіе зараженія.

Проф. Н. П. Симановскій также отмѣтилъ, что перитонизмъ не идетъ такъ глубоко; у больныхъ не было фолликулярной жабы; если былъ перитонизмъ, то гдѣмъ хирургамъ было идти къ нему снаружи; у одного больного былъ, повидимому, карловъ процессъ, начавшійся съ зуба и симулировавшій, какъ это часто бываетъ, перитонизмъ. Возражали также П. К. Брошневскій и А. Я. Галевскій.

В. И. Волчекъ. Новѣйшій способъ изслѣдованія слуха рѣчью. (Напечатано въ «Русскомъ Врачѣ»).

На возраженіе М. В. Березовскаго о преимуществахъ изслѣдованія слуха камертонами, о вліяніи вниманія и возможности догадокъ, докладчикъ отвѣтилъ, что способъ Веколда (изслѣдованіе главнымъ образомъ камертонами) не можетъ дать понятія о состояніи аккомодации въ ухѣ, а только показываетъ степенъ воспріятія простыхъ звуковъ; вниманіе есть, конечно, иташій факторъ, но оно служитъ одинаковой помѣхой какъ для изслѣдованія инструментами, такъ и для изслѣдованія рѣчью; догадка именно устраняется при изложенномъ изслѣдованіи слуха рѣчью, потому что предлагаемыя для изслѣдованія слова совершенно однородны по акустическимъ качествамъ, а звуки однородные, какъ извѣстно, не даютъ простора для догадки; только въ томъ случаѣ, когда одна часть слова по своимъ физическимъ особенностямъ доступна воспріятію, а другая нѣтъ, явится возможность, что больной часть слова услышитъ, а о другой догадается.

(Засѣданіе 22-го апрѣля).

М. Ф. Цитовичъ. Дыхательныя и пульсаторныя движенія барабанной перепонки. (Напечатано въ «Русскомъ Врачѣ»).

Докладъ сопровождался демонстраціей прибора и способа его приложенія.

П. К. Брошневскій. Обзоръ произведенныхъ въ теченіи года третанній сосцевиднаго отростка. А. Сибирскій.

## XLVI. Изъ акушерско-гинекологическаго Общества при Московскомъ Университетѣ.

(Засѣданіе 19-го апрѣля).

А. Р. Венеръ сообщилъ о 2-хъ случаяхъ пубіотоміи. Въ Москвѣ эта операція была произведена докладчикомъ впервые: считая 4 операціи, произведенныя въ Петербургѣ—это 5-й и 6-й случаи пубіотоміи въ Россіи.

1. 7-го февраля с. г. въ Родильный пріютъ при Бахрушинской больницы поступила М. Ш. 28 л., беременна 2-мъ; перваго ребенка въ деревнѣ, роды продолжались 3 сутокъ, окончены щипцами, ребенокъ извлеченъ мертвымъ. Послѣ родовъ образовались обширныя пораненія влагалища, слѣды которыхъ остались и теперь въ видѣ обширныхъ плотныхъ рубцовъ во влагалищѣ. Послѣднія мѣсячныя у нея были въ концѣ апрѣля 1905 г. Роды начались 7 февраля, при внутреннемъ изслѣдованіи на разстояніи двухъ пальцевъ отъ входа поперечное, кольцевое, рубцовое суженіе, переходящее сразу непосредственно на матку; задняя губа матки совершенно отсутствовала, на задней стѣнкѣ влагалища продолжный рубецъ до входа. Матка открыта на 1½ пальца. Тазъ общесуженный, плоскій, рахитическій, размеры его: верт. —29, тѣл. —27, ост. —24, наружная конъюгата 16, истинную не удалось опредѣлить вслѣдствіе рубцоваго суженія влагалища. Предложить головка, спинка вѣло. Черезъ 8 часовъ отъ начала родовъ прошли воды, спустя еще 6 часовъ схватки очень болезненныя, головка вытолчена во входъ, предложить правая теменная кость, головка большая, кости плотныя. 37,7. Изъ влагалища грязныя отдѣленія съ запахомъ. Сначала были наложены высокіе щипцы, но безъ успѣха, а затѣмъ на совѣтаніе рѣшено было, не снимая щипцовъ, приступить къ пубіотоміи. Нащупавъ съ лѣвой стороны лонный бугорокъ, между нимъ и лоннымъ сращеніемъ докладчикъ провелъ разрывъ длиной въ 1 см. по верхнему краю лонной кости вплоть до самой кости; затѣмъ подъ наблюденіемъ, введеннаго во влагалище, пальца, придерживаясь какъ можно ближе къ задней стѣнкѣ кости, завелъ иглу Чаровака за лонную кость и вывелъ у нижняго края ея въ точкѣ, лежащей въ одной почти плоскости съ верхней

ранкой. Далѣе введена была игла Gigli и въ нѣсколько движеній кость легко была перепилена. Кровотеченіе незначительное. Кости разошлись на 1—1,5 поперечныхъ пальца. Въ то время какъ сжимали тазъ, щипцами легко была извлечена дѣвочка, 3600 грм. вѣсомъ, длиной 52 см., окружность головки 36 см., прямой 11,5, бол. косой 13,5, бол. поперечный 9 см. На головкѣ ребенка глубокое вдавленіе на границѣ правой теменной и лобной костей, какъ слѣдствіе пробныхъ щипцовъ. Ранки были защищены наглухо. На тазъ оперированной наложены упругіе бинты. Ребенокъ умеръ на 5-й день вслѣдствіе перелома лобной кости во время наложенія пробныхъ щипцовъ. Въ послѣоперационное время было 2-кратное повышеніе температуры на 9-й день 37,8 и на 15-й—39°, по причинѣ образованія поверхностнаго нарыва въ нижней ранкѣ. На 17-й день больная встала, она ходитъ свободно, даже можетъ стоять безъ боли на одной лѣвой ногѣ.

2. 4/ш 1906 г. поступила въ лѣчебницу докладчика Д. Ф. 38 л., беременная 8-мъ. Первыхъ 4-хъ родила сама, 5-й родился мертвымъ, 6 и 7-ые роды окончены прободеніемъ головки живаго плода. Тазъ общесуженный, размеры его: межъ вертел. 28,5, тѣл. 24,5, ост. 20, наружная конъюгата 16, диагональная 10 см. Схватки начались ночью и тогда уже прошли воды. Схватки сильныя, шейка не сглажена, толстая, отекая, пропускаетъ 2 пальца, легко растяжима. Предметы головки — надъ входомъ—лѣвой теменной костью, малый родничокъ вправо и кзади, стрѣловидный шовъ у лоннаго сращенія. Черезъ сутки, не смотря на сильныя схватки, роды не подвинулись впередъ, положеніе головки тоже. Рѣшено было приступить къ пубіотоміи. Предварительно, въ виду неблагоприятнаго вставленія головки, былъ сдѣланъ поворотъ на ножку. Операція произведена такъ-же, какъ и въ первомъ случаѣ, только пилить пришлось дольше, вѣроятно потому, что кость была плотнѣе и толще. Получилось расхождение костей не менѣе, какъ на 2 поперечныхъ пальца. Кровотеченіе было порядочное, образовалась кровяная опухоль большой губы, величиной съ куриное яйцо. На ранки наложены тампона, отъ прижатія которыхъ кровотеченіе въ нѣсколько минутъ остановилось. Затѣмъ легко былъ извлеченъ живой доношенный мальчикъ въ 3600 грм. вѣсомъ, окружность головки 36, прямой 11,5, бол. косой 13,5, бол. поперечный 9,25 см. Поврежденій во влагалищѣ не было, моча чистая. Обѣ ранки защищены наглухо. Давшей повязки не накладывалось, съ обѣихъ сторонъ таза наложены мѣшки съ пескомъ. Послѣоперационный періодъ прошелъ безъ осложненій. На 2 день начала кормить, съ 3-го дня начала двигать безъ боли ногами, на 17-й день встала съ постели, а на 21-й день выписалась изъ лѣчебницы. Разобравъ подробно литературныя данныя по вопросу о пубіотоміи, докладчикъ въ заключеніе сказалъ слѣдующее. Пубіотомія, воплѣ обоснованная операція, не только имѣетъ полное право на существованіе, но является цѣннымъ приобритеніемъ въ акушерствѣ. Ей предстоитъ занять почетное мѣсто въ ряду акушерскихъ операцій и играть важную роль въ лѣченіи при узкихъ тазахъ; она чрезвычайно проста и легка по выполненію, не требуетъ клинической обстановки, ни большого набора инструментовъ, ни помощниковъ и потому можетъ быть произведена въ любомъ помѣщеніи и доступна каждому врачу, мало мальски владѣющему хирургическими инструментами. Докладчикъ полагаетъ, что теперь каждый акушеръ будетъ обязанъ рядомъ со щипцами держать въ своей сумкѣ иглу Gigli и иглу Doederlein'a. Пубіотомія окончательно вытѣснитъ симфизіотомію, она значительно сократитъ число прободеній головки живаго плода и измѣнитъ показанія для кесарскаго сѣченія, передъ которымъ, кромѣ преимуществъ болѣе легкой техники, она имѣетъ еще то, что можетъ быть съ успѣхомъ произведена и въ случаяхъ нечистыхъ, загрязненныхъ. Для кесарскаго сѣченія при относительно показаніи будетъ отведена очень скромная область, оно будетъ производиться только при тазахъ съ конъюгатой отъ 6—7 см. Владѣя такими способами родоразрѣшенія, какъ кесарское сѣченіе и пубіотомія, своевременно поставить вопросъ: Имѣемъ-ли мы въ настоящее время право и основаніе дѣлать прободеніе головки живаго плода?

А. А. Ушковъ. Къ вопросу объ интестиниальной беременностн. За послѣдніе 2 года докладчику пришлось оперировать 3 случая интестиниальной вѣматочной беременности. 1. 21/х 1904 г. въ Старо-Екатерининскую больницу поступила А. Г., 30 л., по поводу сильныхъ болей въ правой части живота, появившихся постепенно и сопровождавшихся сильной рвотой послѣ погрѣшности въ ѣдѣ (квасъ и рѣдька); но слабило 3 дня. Больная родила 2-хъ, послѣдніе роды 1 годъ и 6 мѣс. назадъ. Послѣднія мѣсячныя 8/х. При внутреннемъ изслѣдованіи оказалось: матка немного увеличена, правильной формы, въ заднемъ сводѣ справа разлитая тѣстоватость, безъ рѣзкихъ границъ переходящая въ окружающія ткани. Крестцово-маточныя связки утолщены и всѣ заднее Douglas'ово пространство очень болѣзненно. Лѣвые придатки не измѣнены, правые ясно прощупать не удалось. Предположена вѣматочная беременность. На 3-й день боли въ животѣ усилились, пульсъ сталъ частъ, 120, наполненіе хуже. По вскрытіи брюшной полости найдено большое количество жидкой крови, въ заднемъ Douglas'овомъ пространствѣ кровяные сгустки образовали тѣстоватую опухоль, мѣстами рыхло спаянную съ брюшиной таза. Матка щипцами Muesen'а вытянута кверху, она оказалась немного увеличенной, трубы только полнокровны, проходимы, правый яичникъ немного увеличенъ. Въ правой передней части матки почти въ мѣстѣ прохожденія трубы въ маточной стѣнкѣ ближе къ наружному краю ея, разрывъ, величиной съ небольшой орѣхъ, кругловатой формы, изъ

которого струей брызжет кровь. Lig. infundibulo-ovaricum и средняя часть широкой связки перевязана катгуттом и вырван 3-угольный клин из правой верхней стороны матки. Перевязан катгуттом кровотокающий сосуд; полость матки не вскрыта. Рана матки зашита катгуттовым швом. Матка укреплена за обе круглые связки к нижнему углу раны. На 8-й день швы и на 21-й день больная выписалась. 2. М. Г. 28 л., поступила 25/VI 1905 г. с жалобами на опухоль внизу живота с правой стороны, сильные боли и кровотечения. Все эти явления развились почти сразу дня 4 тому назад. Обморока не было. Родила одного 1 год 10 мѣс. назад. Последние месячные были 14—20 мая. Больная довольно малокровна, низ живота вздут, с правой стороны опухоль величиной с голову взрослого человека, вершина ее пальцев на 5 выше лобка; над опухолью притупленный звук. При внутреннем исследовании матки, повидимому, изади и вправо, правая сторона таза занята опухолью без ясных границ, переходящей в окружающие части; она немного подвижна, умеренно болезненна. Температура на другой день поступления вечером 38,2, пульс стал слабее, боли в животе усиливаются, а также кровавистое выделение. Было предположено, что здесь или внематочная беременность, или перекутившаяся киста. По вскрытии брюшной полости обнаружилась опухоль, лежащая в правой стороне таза, величиной больше 2-х кулаков темно-синего цвета. По отделении приращенных к опухоли салника и кишей найдено, что опухоль исходит из правого угла матки в области отхождения трубы. Дно матки в поперечнике 12 см. С правой стороны матки ближе к задней поверхности ее, где приросла большая часть салника, находилось истонченное место маточной стѣнки с кровозлияниями в окружающую ткань и под брюшину; разрыва серозного покрова не было. Увеличение маточной стѣнки занимало весь правый край матки. Ясно было, что имело дело с беременностью в интерстициальной части правой трубы с разрывом мышечной стѣнки матки. При операции была удалена правая труба и широкая связка вплоть до матки, матка вынута кверху и проведен разрез по тѣлу ее косвенно от середины дна вправо и вниз по передней поверхности и увеличенная правая сторона тѣла удалена. Полость матки не оказалась вскрытой и только в верхней части было отверстие, пропускающее зонд. Тѣло матки зашито 2-ярусным катгуттовым швом. Дно матки укреплено за лѣвую круглую связку и за верхний край разреза к нижнему углу брюшной раны. Брюшная рана зашита 3-ярусным швом. Послеоперационное течение безблизорадно. На 21-й день больная выписалась. 3. С. Р. 27 лѣт поступила 3/II 1906 г. с явлениями внутреннего кровотечения; пульс слабого наполнения—140 в минуту; наружные покровы и слизистая оболочка очень блѣды, постоянное обморочное состояние, живот вздут и болезнен особенно в нижней части. Замужем 10 лѣт, не рожала. Последние месячные в началѣ сентября 1904 г. С этих пор до поступления в больницу чувствовала по временам боли внизу живота, тошноту, появлялись иногда рвота и обморочное состояние. При исследовании матки, отклоненная изади, найдена увеличенной до полутора месяцев беременности; справа от нее в непосредственной связи опухоль такой же плотности, величиной с апельсин, продолговатой формы. Задний свод слегка выпячен, в нем прощупывается тѣстообразная опухоль без ясных границ. В грудях молоко. По разрезѣ брюшных стѣнок в полости живота оказалось большое количество жидкой крови и кровавых сгустков. В правой половинѣ таза находилась опухоль неправильной формы, величиной в 2 кулака; были сращения с салником и трубой. Сращения отделены тупым путем и опухоль приподнята из малого таза, она оказалась неравномерно увеличенной маткой; увеличена больше правая сторона, на заднебоковой сторонѣ которой неправильной формы разрыв, из которого выставляется послѣд, плод же, соединенный с ним пуповиной, лежит в лѣвой поясничной области. Из разорванных мѣст умеренное кровотечение. Правая широкая связка надорвана стм. на 4 см задней стороны. Захвативши щипцами *Museix* матку удалось вывести кверху. В виду невозможности сохранить матку, так как почти вся правая сторона ее была истончена, а также разорвана широкая связка, рѣшено было ее удалить по способу *Freund'a-Doyen'a*. В послеоперационном теченіи температура только на 3-й день поднялась до 38,3° вечером, а послѣ удаления тампонов с 6-го дня была нормальна; на 23-й день больная выписалась совершенно здоровой. На основании данных случаев докладчик пришел к такому заключенію.

1) Точное определѣніе интерстициальной беременности возможно только въ исключительных случаях.

2) При подозрѣніи на такую беременность тщательное наблюдѣніе за больной и немедленное оперированіе при явлениях начинающагося разрыва.

3) Способ оперирования—чревосѣченіе по преимуществу, хотя же операция сообразно съ большимъ или меньшимъ поврежденіемъ матки.

С. Бояркинъ.

## *XLVII. Родиль по мѣстоположенію случай эхинококка шеи.*

10-го мая 1906 года въ Васильковскую земскую больницу поступила крестьянка Х. К., прося удалить опухоль на шеѣ. По ее

словамъ, опухоль появилась болѣе 4-хъ лѣтъ тому назад на правой сторонѣ шеи; сначала опухоль была не болѣе волошского орѣха, затѣмъ постепенно все увеличивалась.

При исследованіи оказалось, что съ правой стороны шеи, сейчас же за грудинно-ключично-сосковой находится опухоль, величиной съ головку годовалого ребенка, нѣсколько продолговатой формы, упругая, малоподвижная. На другой день послѣ поступления в больницу 11-го мая сдѣлана операция. Послѣ разсѣченія поверхностной мышцы шеи показались безъ ясныхъ очертаній опухоль, которая отдѣлялась съ большимъ трудомъ. По углубленіи разреза показались блестящая молочного цвѣта оболочка опухоли; оболочка нечаянно была вскрыта, при чемъ вытекла совершенно прозрачная янтарнаго цвѣта жидкость; оболочка захвачена мышечными щипцами и совершенно легко вынута; мѣшокъ представлялъ типичный эхинококковый однокамеиный пузырь, дочернихъ пузырей не замѣчалось. Полость, гдѣ находился пузырь, была выставлена соединительно-тканной реактивной оболочкой. Для ускоренія послѣдующаго лѣченія я началъ отдѣлять эту оболочку, что удалось съ большимъ трудомъ; рана была частью зашита, частью затампирована. Операция продолжалась 55 минутъ. 22-го мая больная выписалась здоровой, осталась небольшая гранулирующая полость, которая, вѣроятно, послѣ 4—5 перевязокъ совершенно закроется.

Завѣдующій Васильковской земской больницей

врачъ Терлецкій.

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФІЯ

*Th. Hering. Untersuchungen und Behandlungsmethoden der Kehlkopfskrankheiten. Berlin, Verlag Springer. 1906 г.*

Опираясь на свою протекшую 32-лѣтнюю практическую дѣятельность извѣстный специалистъ по горловымъ болѣзнямъ д-ръ *Hering* выпустилъ въ свѣтъ результаты своихъ наблюденій въ видѣ руководства. На какомъ широкомъ основаніи построить этотъ трудъ, видно уже изъ 1-й главы его: «о цѣлахъ и границахъ мѣстной терапіи», гдѣ авторъ требуетъ отъ каждаго спеціалиста полного умѣнія владѣть всеми клиническими способами исследованія, а также микроскопической и бактериологической техникой; мѣстная же терапія должна служить лишь подспорьемъ въ ряду общихъ лѣчебныхъ мѣръ. Только при такомъ пониманіи задачи мѣстнаго лѣченія добросовѣстный специалистъ можетъ уберечься отъ столь распространеннаго и подчасъ неосмотрительнаго хирургическаго увлеченія (выжиганія глоточныхъ гранулій и припуханій носовыхъ раковинъ и пр.).

Послѣ краткаго обзора наружныхъ способовъ исследованія, авторъ переходитъ къ освѣтительнымъ аппаратамъ, которымъ онъ посвящаетъ подробную главу. Здѣсь собрано все, что только можетъ интересовать спеціалиста: исследованіе примыкъ и отраженныхъ свѣтомъ, различныхъ источники свѣта: солнечные лучи, керосинъ, магній, Ауер'овскія горѣлки и электричество; дѣлѣ, множество предложенныхъ различными авторами освѣтительныхъ приборовъ, ихъ точное описаніе и подробный разборъ. Лично авторъ хотя и пользуется свѣтомъ Ауер'овской горѣлки, но особымъ преимуществомъ ему не приписываетъ; каждому предоставляется пользоваться тѣмъ освѣщеніемъ, какое ему удобно. При описаніи горланыхъ зеркалъ упомянуты также разборныя зеркала *Hortman'a* и *Killian'a*; новыя зеркала, снабженные посеребренной мѣдной пластинкой, которая можно кинуть, дѣлаютъ разборныя зеркала излишними. Больные, страдающіе заразными болѣзнями должны, не смотря на антисептику, каждый имѣть свое собственное зеркало. Особенно тщательно и подробно разобраны всѣ тѣ затрудненія и препятствія, которыя могутъ явиться при исследованіи гортани, какъ-то: гиперестезія, толстый мясистый языкъ, низко отвисшія язычокъ, сильно увеличенныя миндалины, дѣтская форма надгортанника; вмѣстѣ съ тѣмъ указаны и способы, какъ эти препятствія обходить. Здѣсь именно можно узнать въ авторѣ опытнаго практика, который часто сталкивался съ такими трудностями и научился ихъ обходить. Далѣе, мы находимъ описаніе различныхъ фантомовъ для изученія техники; всякому начинающему специалисту настоятельно рекомендуется пользоваться фантомами. Авторъ настойчиво проводитъ ту мысль, что для изученія техники обязательно тотъ же путь, какимъ шли и въ «до-кокаиновое» время; въ подѣ какимъ видомъ нельзя относиться къ больному, какъ къ объекту для различныхъ опытовъ. Сначала нужно научиться свободно обращаться съ фантомами, а затѣмъ уже приступать къ больнымъ.

Что касается ингаляціонной терапіи, то *Hering* является ея рѣшительнымъ сторонникомъ. Здѣсь мы находимъ нѣсколько практическихъ указаній, которыя всякій врачъ, назначая ингаляцію, можетъ только приветствовать. Больной долженъ быть ознакомленъ со всеми нужными предосторожностями; къ сожалѣнію, это обстоятельство часто упускается изъ виду, аппараты передаются больнымъ безъ должныхъ указаній, и оттого результаты оказываются не всегда удовлетворительными, а подчасъ и вовсе неблагоприятными. Очень цѣны также и общія разсужденія автора о значеніи полосканія зѣва и гортани. Полнаго сочувствія заслуживаетъ идея *Hering'a* о томъ, чтобы забавленіе

слизистых оболочек нашла себя такое же широкое признание и распространение, какое получило уже закалывание наружных покровов гл. В глав. об электричестве мы считаем особенно ценным подробнейшее описание устройств и работоспособности различных элементов и аккумуляторов; только тот, кто хорошо знает устройство своих аппаратов, может как следует ими пользоваться. Систематическое закалывание кожи у детей автор считает лучшим средством, предохраняющим их от болевой верхних дыхательных путей.

В глав. о внутриторной хирургии читатель найдет все необходимые указания, основанные на глубоком опыте одного из лучших специалистов в этой области; автор не ограничивается здесь одним только перечнем отдельных способов оперирования и инструментов, но уделяет каждому из них должное внимание, подробно его описав и разобрав. Большое число превосходных рисунков значительно облегчает понимание устройства отдельных инструментов и способа их употребления. Всякому интересующемуся ларингологией можно горячо рекомендовать основательное изучение этого отд. Впрочем, опытный врач-практик найдет здесь для себя много интересного.

В заключение мы находим указания относительно изготовления дешевых фантомов для гортани, относительно бронхоскопии по Killian'у и, наконец, главу о новых аппаратах для вдыхания и для введения паров любой температуры; последние приборы устроены по указанию самого автора.

Надеясь, чтобы ценное руководство Heryng'a было переведено на русский язык и стало, таким образом, доступным широким медицинским кругам. Н. Лунина.

## ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ.

### СЛIII. Обращение к обществу.

Не успев еще Московский Комитет общественной помощи голодающим закончить продовольственную кампанию 1905 — 1906 г. ), как ему снова приходится позаботиться возможно скорее об устройстве посильной помощи и в 1906—1907 г. По официальным сведениям в этом году в 127 уездах 27 губерний и областей неурожай озимых, в 117 уездах 24 губерний неурожай яровых хлебов, при чем в 97 уездах неурожай т. и в других хлебов совпадает. Если к этому добавить, что неурожай в этом году еще более сильный, чем был в прошлом, что в 10 губерниях неурожай повторный, и все запасы и средства в них истощены, то нужно ожидать еще более ужасного голода 10—15 миллионов несчастного населения, обесцеленного к тому же всякими неурядицами настоящего времени. И действительно, не кончилась еще уборка хлебов, а начали поступать уже просьбы о помощи от сельских Обществ и уездных Управ разных губерний. У Комитета же остались очень небольшие суммы от прежней кампании, и он без содействия частных жертвователей не в состоянии устроить посильную помощь голодающему населению, которую он хотел бы оказывать в том же направлении и в тех же формах, как и в истекшем году. Поэтому Комитет обращается к русскому обществу, учреждениям и лицам, близким стоящим к деревне с убедительной просьбой:

- 1) не прекращать своих пожертвований деньгами и вещами для голодающих;
- 2) сообщать цифровые и другие данные как об урожае, так и о степени нужды в пострадавших местностях;
- 3) обратить особое внимание на возможность устройства общественных полевых работ в этих местностях и присылать свои практические соображения в этом направлении. Считаем необходимым напомнить, что Московский Комитет образовался из Московского Общества сельского хозяйства, Пироговского Общества врачей и других 22-х Московских Обществ и Союзов.

Адреса для присылки пожертвований и для всяких сношений: а) Москва, Арбат, Денежный пер., д. 28 — Правлению Пироговского Общества врачей и б) Москва, Смоленский бульвар, д. 55 — Московскому Обществу сельского хозяйства.

Товарищ председателя Комитета общественной помощи голодающим Д. Жбанков. Секретарь А. Левинский.

Москва, 16-го июля 1906 г.

### СЛIII. По поводу влияния политических событий на душевную разстройств.

В № 19 «Русского Врача» напечатано письмо ч. пр. Е. Рыбакова, в котором целью дискредитировать мои выводы, к которым я пришел в своих статьях, помещенных в №№ 8 и 15 «Русского Врача» за текущий год, по поводу влияния текущих политических событий на душевные заболевания, и которые диаметрально противоположны его предположениям. И дискредитирует он их оригинальным способом: он не рассматривает моих доводов и не доказывает их ложности,

1) Ответ об этой кампании может быть составлен к концу августа и по отпечатанию будет разослан жертвователям.

а сообщает, что в моем материале не было анамнестических сведений и что я искажал его распознавание, не видя и не наблюдая его больных. Ч. пр. Рыбаков чуть-ли не ставит меня в свои союзы, указывая, что решающее значение его материала в пользу сдланного им предположения установлено самим д-ром Н. И. Склярзом.

Предоставляя другим судить о том, насколько анамнестические сведения случаев ч. пр. Е. Рыбакова полны моих, могу относительно исправления распознавания ч. пр. Рыбакова сказать, что он напрасно привел свои истории болезни, если требует принять на веру свои распознавания. Ч. пр. Рыбаков глубоко, впрочем, ошибается, если думает, что цель моих статей состояла в том, чтобы исправлять его распознавания. Правда, я не мог придерживаться классификации ч. пр. Рыбакова, точно так же, как и он не придерживается моей; во многих местах я рядом со своими названиями приводил и его названия, но суть моих доводов, оставшихся, к сожалению, непонятными ч. пр. Рыбаковым, состоит в том, что приводимые им из его случаев особые формы болезни или таковы с особой окраской и особым содержанием ничуть не отличаются от самых обыкновенных душевных заболеваний, развивающихся от разных других причин или без всякой внешней причины.

Ч. пр. Е. Рыбаков далее приводит, что из его 12 больных 5 совершенно выздоровели, а некоторые из них даже приступили к работам, а потому, ссылаясь на мои слова, что его материал им был бы решающее значение, если бы он на основании продолжительного наблюдения привел несколько случаев с благоприятным исходом, утверждает, что я должен признать решающее значение его материала в пользу сдланного им предположения. Могу лишь пожалеть, что ч. пр. Рыбаков слишком поспешил с сообщением своего материала и в то время не считался с тем фактом, что после 3-недельного наблюдения его материал не может иметь решающего значения. Да и теперь еще срок наблюдения невелик, так как со времени напечатания его 1-ой работы до появления его письма прошло всего около 4 м. Нелзя, в. д. отрицать, что кажущееся выздоровление есть только послабление болезни, светлый промежуток ее, который иногда, как напр., при dementia praecox, тянется месяцами или и дольше. Мой материал не дает ни одного случая с благоприятным исходом: из 4-х моих больных 3-е все еще находится в Бурашеве без признаков улучшения, а 4-ый был 2 1/2 м. назад выпущен из больницы поправившимся, но недавно снова вернулся в больницу в ступорозном состоянии.

Н. Склярз.

С. Бурашево под Тверью.

СЛIV. М. Г. Не откажите поместить следующие строки в ответ на сдланный в «Русском Враче» ко мн. запрос. По окончании Университета, вследствие круто изменившихся материальных обстоятельств, я вынужден был искать место земского врача. Не имея никакого понятия о земских делах и будучи в то время человеком, еще не посвященным в политические дела, я, не наводя никаких справок, стал посылать предложения в разные Земства. Прочитав в «Русских Ведомостях» объявление о вакансии участкового врача в Тверском Земстве, я для ускорения дела отправил лично в Тверскую Управу; но место было уже занято и мн. посоветовали обратиться за справками во врачебное Управление, где мн. передали, что есть место в Новоторжском Земстве. Я отправился в Торжок и подал прошение какому-то чиновнику в Управу (членов Управы не было по случаю окончания Присутствия) и уехал обратно. Через неделю получил приглашение из Торжка с требованием скорого прибытия. По прибытии члены Управы вложили мн. условия и местоположение участка, не посвятив меня в настоящее положение земских дел уезда. В этот же день я отправилась на пункт. Вот обстоятельства, при которых я попал на место, оказавшееся впоследствии под бойкотом. С первого же дня моего вступления в исполнение обязанностей врача из среды крестьян резко выделялись несколько человек, которые стали безпоходно и не стесняясь средствами всячески дискредитировать и преследовать меня без всякого с моей стороны повода. Такое поведение их ставило меня в безвыходное положение. Ругали непечатными словами, требовали непосильной и порой невыполнимой по выполнению помощи: напр., спустить мочу у детей по их личному указанию, останавливать родовые схватки, извращали употребления лекарств, обвиняли как бы в отравлении, выпивали на глазах медицинского персонала за один прием лекарств, выданное на несколько дней, упрекали то в отсутствии религиозных убеждений, то в отсталости, смотря по обстоятельству. История с крестом разыгралась следующим образом. При пунктовой больнице была часовня для покойников, в которую я ни разу не входил. В этой же больнице умер тифозный ребенок, и на мое предложение положить его в часовню мн. было указано, что на часовне нет креста, при чем сиделка больницы указала на крест, лежащий около часовни. Не излагая своих религиозных убеждений, а по заявлению отца ребенка, подала плотника, и крест был поставлен на часовню. Об этом самими же крестьянами было доведено до сведения Управы в неблагоприятном для меня смысле. Управа произвела ревизию и спросила меня об этом. Я...

которого струей брызжет кровь. Lig. infundibulo-ovaricum и средняя часть широкой связки переязана катгуттом и вырван 3-угольный клин из правой верхней стороны матки. Переязан катгуттом кровотокающий сосуд; полость матки не вскрыта. Рана матки зашита катгуттовым швом. Матка укреплена за оба круглых связки к нижнему углу раны. На 8-й день сняты швы и на 21-й день больная выписалась. 2. М. Г. 28 л., поступила 25/IV 1905 г. с жалобами на опухоль внизу живота с правой стороны, сильные боли и кровотечение. Все эти явления развились почти сразу дня 4 тому назад. Обморочное было. Родила одного 1 год 10 мѣс. назад. Последние мѣсячные были 14—20 мая. Больная довольно малокровна, низ живота вздут, с правой стороны опухоль величиной с голову взрослого человека, вершина ее пальцем на 5 выше лобка; над опухолью притупленный звук. При внутреннем исследовании матки, повидимому, кзади и влево, правая сторона таза занята опухолью без ясных границ, переходящей в окружающие части; она немного подвижна, умеренно болезненна. Температура на другой день поступления вечером 38,2, пульс стал слабее, боли в животе усиливаются, а также кровавое выделение. Было предположено, что здесь или внематочная беременность, или перекрутившаяся киста. По вскрытии брюшной полости обнаружилась опухоль, лежащая в правой стороне таза, величиной больше 2-х кулаков темно-синего цвета. По отделении приращенных к опухоли сальника и кишечника найдено, что опухоль исходит из правого угла матки в области отхождения трубы. Дно матки в поперечнике 12 см. С правой стороны матки ближе к задней поверхности ее, где приросла большая часть сальника, находилось истонченное место маточной стѣнки с кровоизлияниями в окружающую ткань и под брюшину; разрыва серозного покрова не было. Увеличение маточной стѣнки занимало весь правый край матки. Ясно было, что имело дѣло с беременностью в интерстициальной части правой трубы с разрывом мышечной стѣнки матки. При операции была удалена правая труба и широкая связка вплоть до матки, матка вынута кверху и проведен разрез по телу ее косвенно от середины дна вправо и вниз по передней поверхности и увеличенная правая сторона таза удалена. Полость матки не оказалась вскрытой и только в верхней части было отверстие, пропускающее зонд. Тело матки зашито 2-ярусным катгуттовым швом. Дно матки укреплено за левую круглую связку и за верхний край разреза к нижнему углу брюшной раны. Брюшная рана зашита 3-ярусным швом. Послеоперационное течение безхородачное. На 21-й день больная выписалась. 3. С. Р. 27 лѣтъ поступила 3/II 1905 г. с явлениями внутреннего кровотечения; пульс слабого наполнения—140 в минуту; наружные покровы и слизистая оболочка очень блѣды, постоянное обморочное состояние, живот вздут и болезнен особенно в нижней части. Замужем 10 лѣтъ, не рожала. Последние мѣсячные в началѣ сентября 1904 г. С тех пор до поступления в больницу чувствовала по временам боли внизу живота, тошноту, появлялись иногда рвота и обморочное состояние. При исследовании матки, отклоненная кзади, найдена увеличенной до полутора мѣсяцев беременности; справа от нее в непосредственной связи опухоль такой-же плотности, величиной с апельсин, продолговатой формы. Задний свод слегка выпячен, в нем прощупывается тѣстообразная опухоль без ясных границ. В грудях молокозиво. По разрезѣ брюшных стѣнок в полости живота оказалось большое количество жидкой крови и кровавых сгустков. В правой половинѣ таза находилась опухоль неправильной формы, величиной в 2 кулака; были сращения с сальником и трубой. Сращения отделены тупым путем и опухоль приподнята из малого таза, она оказалась неравномерно увеличенной маткой; увеличена больше правая сторона, на заднебоковой сторонѣ которой неправильной формы разрыв, из которого выставляется послѣд, плод-же, соединенный с ним пуповиной, лежит в лѣвой поясничной области. Из разорванных мѣст умеренное кровотечение. Правая широкая связка надорвана стм. на 4 см задней стороны. Захвативши щипцами *Museix* матку удалось вывести кверху. В виду невозможности сохранить матку, так как почти вся правая сторона ее была истончена, а также разорвана широкая связка, рѣшено было ее удалить по способу *Freund'a-Doyen'a*. В послеоперационном теченіи температура только на 3-й день поднялась до 38,3° вечером, а послѣ удаления тампона с 6-го дня была нормальна; на 23-й день больная выписалась совершенно здоровой. На основании данных случаев докладчик пришел к такому заключенію.

1) Точное определѣние интерстициальной беременности возможно только в исключительных случаях.

2) При подозрѣніи на такую беременность тщательное наблюдение за больной и немедленное оперированіе при явлениях начинающегося разрыва.

3) Способ оперирования—чревосѣченіе по преимуществу, ход же операций сообразно с большим или меньшим поврежденіем матки.

С. Болжанин.

#### XLVII. Родиль по мѣстоположенію случай эхинококка ши.

10-го мая 1906 года в Васильковскую земскую больницу поступила крестьянка Х. К., прося удалить опухоль на шеѣ. По ее

словам, опухоль появилась болѣе 4-х лѣтъ тому назад на правой сторонѣ шеи; сначала опухоль была не болѣе волосского орѣха, затѣм постепенно все увеличивалась.

При исследованіи оказалось, что с правой стороны шеи, сейчас же за груднично-ключично-сосковой находится опухоль, величиной с голову годовалого ребенка, нѣсколько продолговатой формы, упругая, малоподвижная. На другой день послѣ поступления в больницу 11-го мая сдѣлана операція. Послѣ разсѣченія поверхностной мышцы шеи показались безъ ясных очертаній опухоль, которая отдѣлялась съ большим трудом. По углубленіи разреза показалась блестящая молочного цвета оболочка опухоли; оболочка нечаянно была вскрыта, при чем вытекла совершенно прозрачная янтарнаго цвета жидкость; оболочка захвачена мышечными щипцами и совершенно легко вынута; мѣшок представлял типичный эхинококковый однокамерный пузырь, дочернихъ пузырей не замѣчалось. Полость, гдѣ находился пузырь, была выстлана соединительно-тканной реактивной оболочкой. Для ускоренія послѣдующаго теченія и началъ отдѣлять эту оболочку, что удалось съ большим трудом; рана была частью зашита, частью заматпонирована. Операція продолжалась 55 минут. 22-го мая больная выписалась здоровой, осталась небольшая гранулирующая полость, которая, вѣроятно, послѣ 4—5 перевязокъ совершенно закроется.

Завѣдующій Васильковской земской больницей

врач Терлецкій.

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФИЯ

*Th. Hering. Untersuchungen und Behandlungsmethoden der Kehlkopfkrankheiten. Berlin, Verlag Springer. 1906 г.*

Опираясь на свою протекшую 32-лѣтнюю практическую дѣятельность извѣстный специалистъ по горловымъ болѣзнямъ д-ръ *Hering* выпустилъ въ свѣтъ результаты своихъ наблюденій въ видѣ руководства. На какомъ широкомъ основаніи построить этотъ трудъ, видно уже изъ 1-й главы его: «о дѣлѣхъ и границахъ мѣстной терапіи», гдѣ авторъ требуетъ отъ каждаго спеціалиста полного умѣнья владѣть всеми клиническими способами изслѣдованія, а также микроскопической и бактериологической техникой; мѣстная же терапія должна служить лишь подспорьемъ въ ряду общихъ лѣчебныхъ мѣръ. Только при такомъ пониманіи задачи мѣстнаго лѣченія добросовѣстный спеціалистъ можетъ уберечься отъ столь распространеннаго и подчасъ неосмотрительнаго хирургическаго увлеченія (выжиганія глоточныхъ гранулаций и припуханій носовыхъ раковинъ и пр.).

Послѣ краткаго обзора наружныхъ способовъ изслѣдованія, авторъ переходитъ къ освѣтительнымъ аппаратамъ, которыми онъ посвящаетъ подробную главу. Здѣсь собрано все, что только можетъ интересовать спеціалиста: изслѣдованіе прямымъ и отраженнымъ свѣтомъ, различные источники свѣта: солнечные лучи, керосинъ, магній, Аuer'овскія горѣлки и электричество; дѣла, множество предложенныхъ различными авторами освѣтительныхъ приборовъ, ихъ точное описаніе и подробный разборъ. Лично авторъ хотя и пользуется свѣтомъ Аuer'овской горѣлки, но особымъ преимуществомъ ему не приписываетъ; каждому предоставляется пользоваться тѣмъ освѣщеніемъ, какое ему удобно. При описаніи горѣлочныхъ зеркалъ упомянуты также разборныя зеркала *Hortman'a* и *Killian'a*; новыя зеркала, снабженные посеребренной мѣдной пластинкой, которые можно кинуть, дѣлаютъ разборныя зеркала излишними. Больные, страдающие заразными болѣзнями должны, не смотря на антисептику, каждый имѣть свое собственное зеркало. Особенно тщательно и подробно разобраны всѣ тѣ затрудненія и препятствія, которые могутъ явиться при изслѣдованіи гортани, какъ-то: гиперестезія, толстый мясистый языкъ, низко отвисшія язычокъ, сильно увеличенныя миндалины, дѣтская форма надгортанника; вѣсть съ тѣмъ указаны и способы, какъ эти препятствія обходить. Здѣсь именно можно узнать въ авторѣ опытнаго практика, который часто сталкивался съ такими трудностями и научился ихъ обходить. Далѣе, мы находимъ описаніе различныхъ фантомовъ для изученія техники; всякому начинающему спеціалисту настоятельно рекомендуется пользоваться фантомами. Авторъ настойчиво проводитъ ту мысль, что для изученія техники обязательно тотъ же путь, какимъ шли и въ «до-коканное» время; и подѣ какимъ видомъ нельзя относиться къ больному, какъ къ объекту для различныхъ опытовъ. Сначала нужно научиться свободно обращаться съ фантомами, а затѣмъ уже приступать къ больнымъ.

Что касается ингаляционной терапіи, то *Hering* является ея рѣшительнымъ сторонникомъ. Здѣсь мы находимъ нѣсколько практическихъ указаній, которые всякій врачъ, назначавшій вдыханія, можетъ только приветствовать. Больной долженъ быть ознакомленъ со всеми нужными предосторожностями; къ сожалѣнію, это обстоятельство часто упускается изъ виду, аппараты передаются больнымъ безъ должныхъ указаній, и оттого-то результаты оказываются не всегда удовлетворительными, а подчасъ и вовсе неблагоприятными. Очень цѣны также и общія разсужденія автора о значеніи полосканія зѣва и гортани. Полнаго сочувствія заслуживаетъ идея *Hering'a* о томъ, чтобы закалываніе



слизистых оболочек нашел себе такое же широкое призвание и распространение, какое получило уже закалывание наружных покровов тела. В главѣ объ электричествѣ мы считаемъ особенно цѣннымъ подробнѣе описание устройства и работоспособности различныхъ элементовъ и аккумуляторовъ; только тотъ, кто хорошо знаетъ устройство своихъ аппаратовъ, можетъ какъ слѣдуетъ ими пользоваться. Систематическое закалывание кожи у дѣтей авторъ считаетъ лучшимъ средствомъ, предохраняющимъ ихъ отъ болѣзней верхнихъ дыхательныхъ путей».

Въ главѣ о внутригортанной хирургіи читатель найдетъ всѣ необходимыя указанія, основанныя на глубокомъ опытѣ одного изъ лучшихъ специалистовъ въ этой области; авторъ не ограничивается здѣсь однимъ только перечнемъ отдѣльныхъ способовъ оперирования и инструментовъ, но удѣляетъ каждому изъ нихъ должное вниманіе, подробно его описавъ и разобравъ. Большое число превосходныхъ рисунковъ значительно облегчаетъ пониманіе устройства отдѣльныхъ инструментовъ и способа ихъ употребленія. Всякому интересующемуся ларингологіей можно горячо рекомендовать основательное изученіе этого отдѣла; впрочемъ, опытный врачъ-практикъ найдетъ здѣсь для себя много интереснаго.

Въ заключеніе мы находимъ указанія относительно изготовленія дешевыхъ фантомовъ для гортани, относительно бронхоскопіи по Killiam'у и, наконецъ, главу о новыхъ аппаратахъ для вдыханія и для введенія паровъ любой температуры; послѣдніе приборы устроены по указанію самого автора.

Нельзя не пожелать, чтобы цѣнное руководство Неруинга было переведено на русскій языкъ и стало, такимъ образомъ, доступнымъ широкимъ медицинскимъ кругамъ. Н. Лунина.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

### СЛІІ. Обращеніе къ обществу.

Не успѣлъ еще Московскій Комитетъ общественной помощи голодающимъ закончить продовольственную кампанію 1905 — 1906 г. <sup>1)</sup>, какъ ему снова приходится повозботиться возможно скорѣе объ устройствѣ посильной помощи и въ 1906—1907 г. По официальнымъ свѣдѣніямъ въ этомъ году въ 127 уѣздахъ 27 губерній и областей неурожай омыныхъ, въ 117 уѣздахъ 24 губерній неурожай яровыхъ хлѣбовъ, при чемъ въ 97 уѣздахъ неурожай тѣхъ и другихъ хлѣбовъ совпадаетъ. Если къ этому добавить, что недородъ въ этомъ году еще болѣе сильный, чѣмъ былъ въ прошломъ, что въ 10 губерніяхъ неурожай повторный, и всѣ запасы и средства въ нихъ истощены, то нужно ожидать еще болѣе ужаснаго голода 10—15 миллионной несчаднаго населенія, обесцѣленнаго къ тому-же всякими неурядицами настоящаго времени. И дѣйствительно, не кончилась еще уборка хлѣбовъ, а начали поступать уже просьбы о помощи отъ сельскихъ Обществъ и уѣздныхъ Управъ разныхъ губерній. У Комитета-же остались очень небольшія суммы отъ прежней кампаніи, и онъ безъ содѣйствія частныхъ жертвователей не въ состояніи устроить посильную помощь голодающему населенію, которую онъ хотѣлъ-бы оказывать въ томъ же направленіи и въ тѣхъ-же формахъ, какъ и въ истекшемъ году. Поэтому Комитетъ обращается къ русскому обществу, учреждениямъ и лицамъ, близко стоящимъ къ деревнѣ съ убѣдительной просьбой:

- 1) не прекращать своихъ пожертвованій деньгами и вещами для голодающихъ;
- 2) сообщать цифровыя и другія данныя какъ объ урожаѣ, такъ и о степени нужды въ пострадавшихъ мѣстностяхъ;
- 3) обратить особое вниманіе на возможность устройства общественныхъ полевныхъ работъ въ этихъ мѣстностяхъ и присылать свои практическія соображенія въ этомъ направленіи. Считаемъ необходимымъ напомнить, что Московскій Комитетъ образовался изъ Московскаго Общества сельскаго хозяйства, Пироговскаго Общества врачей и другихъ 22-хъ Московскихъ Обществъ и Союзовъ.

Адреса для присылки пожертвованій и для всякихъ сношеній: а) Москва, Арбатъ, Денежный пер., д. 28 — Правленію Пироговскаго Общества врачей и б) Москва, Смоленскій бульваръ, д. 55 — Московскому Обществу сельскаго хозяйства.

Товарищъ предсѣдателя Комитета общественной помощи голодающимъ Д. Жбанкова.

Секретарь А. Левицкій.

Москва. 16-го іюля 1906 г.

### СЛІІІ. По поводу вліянія политическихъ событій на душевныя разстройства.

Въ № 19 «Русскаго Врача» напечатано письмо ч. пр. *Θ. Е. Рыбакова*, имѣющее цѣлью дискредитировать мои выводы, къ которымъ я пришелъ въ своихъ статьяхъ, помѣщенныхъ въ №№ 8 и 15 «Русскаго Врача» за текущій годъ, по поводу вліянія текущихъ политическихъ событій на душевныя заболѣванія, и которые диаметрально противоположны его предположеніямъ. И дискредитируетъ онъ ихъ оригинальнымъ способомъ: онъ не рассматриваетъ моихъ доводовъ и не доказываетъ ихъ ложности,

а сообщаетъ, что въ моемъ матеріалѣ не было анамнестическихъ свѣдѣній и что я искажалъ его распознаванія, не вида и не наблюдая его больныхъ. Ч. пр. *Рыбаковъ* чуть-ли не ставитъ меня въ свои союзники, указывая, что рѣшающее значеніе его матеріала въ пользу сдѣланнаго имъ предположенія установлено самими д-ромъ Н. И. Складомъ».

Предоставляя другимъ судить о томъ, насколько анамнестическія свѣдѣнія случаевъ ч. пр. *Θ. Е. Рыбакова* полнѣе моихъ, могу относительно исправленія распознаваній ч. пр. *Рыбакова* сказать, что онъ напрасно привелъ свои исторіи болѣзней, если требуетъ принять на вѣру свои распознаванія. Ч. пр. *Рыбаковъ* глубоко, впрочемъ, ошибается, если думаетъ, что цѣль моихъ статей состояла въ томъ, чтобы исправлять его распознаванія. Правда, я не могъ придерживаться классификаціи ч. пр. *Рыбакова*, точно такъ-же, какъ и онъ не придерживается моей; во многихъ мѣстахъ я рядомъ со своими названіями приводилъ и его названія, но суть моихъ доводовъ, оставшихся, къ сожалѣнію, непопатыми ч. пр. *Рыбаковымъ*, состоитъ въ томъ, что приводимыя имъ изъ его случаевъ особыя формы болѣзней или таковыя съ особой окраской и особымъ содержаніемъ ничѣмъ не отличаются отъ самыхъ обыкновенныхъ душевныхъ заболѣваній, развѣивающихся отъ равныхъ другаяхъ причинъ или и безъ всякой внѣшней причины.

Ч. пр. *Θ. Е. Рыбаковъ* далѣе приводитъ, что изъ его 12 больныхъ 5 совершенно выздоровѣли, а нѣкоторые изъ нихъ даже приступили къ работамъ, а потому, ссылаясь на мои слова, что его матеріалъ имѣлъ-бы рѣшающее значеніе, если-бы онъ на основаніи *предположенія* наблюденія привелъ нѣсколько случаевъ съ благоприятнымъ исходомъ, утверждаетъ, что я долженъ признать рѣшающее значеніе его матеріала въ пользу сдѣланнаго имъ предположенія. Могу лишь пожалѣть, что ч. пр. *Рыбаковъ* слишкомъ поспѣшилъ съ сообщеніемъ своего матеріала и въ то время не считался съ тѣмъ фактомъ, что послѣ 3-недѣльнаго наблюденія его матеріалъ не можетъ имѣть рѣшающаго значенія. Да и теперь еще срокъ наблюденія невеликъ, такъ какъ со времени напечатанія его 1-ой работы до появленія его письма прошло всего около 4 мѣс. Нельзя, вѣдь, отрицать, что кажущееся выздоровленіе есть только послабленіе болѣзни, свѣтлый промежутокъ ея, который иногда, какъ напр., при dementia praecox, тянется мѣсяцами или и дольше. Мой матеріалъ не даетъ ни одного случая съ благоприятнымъ исходомъ: изъ 4-хъ моихъ больныхъ 3-ое все еще находится въ Бурашевѣ безъ признаковъ улучшенія, а 4-ый былъ 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мѣс. назадъ выпущенъ изъ больницы поправившимся, но недавно снова вернулся въ больницу въ ступоромъ состояніи.

Н. Складъ.

С. Бурашевъ подъ Тверью.

### СЛІV. М. Г. Не откажите помѣстить слѣдующія строки

въ отвѣтъ на сдѣланный въ «Русскомъ Врачѣ» ко мнѣ запросъ. По окончаніи Университета, вслѣдствіе круто измѣнившихся матеріальныхъ обстоятельствъ, я вынужденъ былъ искать мѣсто земскаго врача. Не имѣя никакого понятія о земскихъ дѣлахъ и будучи въ то время человѣкомъ, еще не посвященнымъ въ политическія дѣла, я, не наводя никакихъ справокъ, сталъ посылать предложенія въ разные Земства. Прочитавъ въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» объявленіе о вакансіи участковаго врача въ Тверскомъ Земствѣ, я для ускоренія дѣла отправился лично въ Тверскую Управу; но мѣсто было уже занято и мнѣ посоветовали обратиться за справками во врачебное Управленіе, гдѣ мнѣ передали, что есть мѣсто въ Новоторжскомъ Земствѣ. Я отправился въ Торжокъ и подалъ прошеніе какому-то чиновнику въ Управѣ (членовъ Управы не было по случаю окончанія Присутствія) и уѣхалъ обратно. Черезъ недѣлю получилъ приглашеніе изъ Торжка съ требованіемъ скорѣе прибытія. По прибытіи члены Управы изложили мнѣ условія и мѣстоположеніе участка, не посвативъ меня въ настоящее положеніе земскихъ дѣлъ уѣзда. Въ этотъ-же день я отправился на пунктъ. Вотъ обстоятельства, при которыхъ я попалъ на мѣсто, оказавшееся впоследствии подъ бойкотомъ. Съ перваго же дня моего вступленія въ исполненіе обязанностей врача изъ среды крестьянъ рѣзко выдѣлились нѣсколько человѣкъ, которые стали безпощадно и не стѣняясь средствами всячески дискредитировать и преслѣдовать меня безъ всякаго съ моей стороны повода. Такое поведение ихъ ставило меня въ безвыходное положеніе. Ругали непечатными словами, требовали непосильной и порой немислимой по выполнению помощи: напр., спускать мочу у дѣтей по ихъ личному указанію, останавливать родовыя схватки, извращали употребленія лѣкарствъ, обвиняли яко-бы въ отравленіи, выпивали на глазахъ медицинскаго персонала за одинъ пріемъ лѣкарство, выданное на нѣсколько дней, упрекали то въ отсутствіи релігіозныхъ убѣжденій, то въ отсталости, смотря по обстоятельству. Исторія съ крестомъ разыгралась слѣдующимъ образомъ. При пунктовой больницѣ была часовня для покойниковъ, въ которую я ни разу не заходилъ. Въ этой-же больницѣ умеръ тифозный ребенокъ, и на мое предложеніе положить его въ часовню мнѣ было указано, что на часовнѣ нѣтъ креста, при чемъ сидѣлка больницы указала на крестъ, лежащій около часовни. Не излагая своихъ релігіозныхъ убѣжденій, я, по заявленію отца ребенка, позвалъ плотника, и крестъ былъ поставленъ на часовню. Объ этомъ самими-же крестьянами было доведено до свѣдѣнія Управы въ неблагопріятномъ для меня смыслѣ. Управа произвела ревизію и спросила меня объ этомъ. Я далъ отвѣтъ, что крестъ

<sup>1)</sup> Отчетъ объ этой кампаніи можетъ быть составленъ къ концу августа и по отпечатаніи будетъ разосланъ жертвователямъ.

не было до меня и что, по словам сиделки, крестъ снять каким-то врачом, бывшим до меня; кто его снял и зачѣмъ никакого уваженія съ моей стороны сдѣлано не было, ибо до этого случая я самъ не обращалъ вниманія, есть-ли крестъ или нѣтъ. Никакого серьезнаго послѣдствія отъ этого заявленія я не ожидалъ, а высказалъ то, что было въ действительности, чтобы сложить съ себя отвѣтственность. Къ концу 3-ей недѣли пребыванія на пунктѣ травла меня вышеуказанными личностями дошла до высшихъ степеней. Послѣ того, какъ было нанесено оскорбленіе дѣйствіемъ одному изъ лицъ младшаго медицинскаго персонала и ко мнѣ было предъявлено требованіе остановить родовыя схватки и нанесено оскорбленіе словами до угрозы убить включительно, я, доведенный до глубокаго нервнаго расстройствѣ, бросилъ пунктъ и перешелъ ночью въ городскую гостиницу. Члены Управы, кромѣ кассира, были въ отъѣздѣ. Продавъ недѣлю ихъ возвращенія и не имѣя средствъ для дальнѣйшаго прожизнанія, я рѣшилъ уѣхать изъ города. По совѣту остановившагося въ той-же гостиницѣ врача, который, выслушавъ мою исторію, указавъ, что я не имѣю права бросать пунктъ и что на меня будутъ жаловаться лица, меня-же преслѣдовавшія, я подалъ Управѣ прошеніе объ отставкѣ. При этомъ товарищъ совѣтовалъ мнѣ подать официальное мотивированное заявленіе о причинѣ ухода. Отъ подачи такого заявленія я уклонился, а при письмѣ председателю Управы изложилъ перечень тѣхъ оскорбительныхъ дѣяній и всѣхъ недоразумѣній, которыя произошли со мною, указывая въ концѣ на невозможность продолженія службы, при чемъ упомянулъ только часть того, что мнѣ пришлось вынести за время службы. Тамъ же было указано, что крестъ былъ снятъ раньше меня какимъ-то врачомъ и приведены слова сидѣлки. Единственной инстинктивной для подачи этого частнаго заявленія былъ председатель Управы, ибо врачебнаго Совѣта не было. Въ письмѣ я просилъ уволить меня и имѣть въ виду мое заявленіе на случай какихъ-нибудь недоразумѣній или жалобъ на меня по причинѣ моего выѣзда изъ города. Это заявленіе было передано на домъ председателю. Въ день предполагаемаго выѣзда прибылъ ко мнѣ председатель и, ознакомившись съ моимъ положеніемъ, предложилъ мнѣ до прискавія мѣста временно замѣстить въ городской больницѣ врача, ушедшаго на войну. Предскавія врача оправдались: на меня стали подавать жалобы лица, меня-же преслѣдовавшія.

Я изложилъ все, что было. Откровенно признаю себя виновнымъ въ томъ, что случайно попалъ на бойкотированное мѣсто. *Id est mea culpa*. Подалъ заявленіе въ цѣляхъ самозащиты и, находясь въ безвыходномъ положеніи, отиѣтилъ только то, что было со мною дѣйствительно и что касалось меня; ни о врачѣ *Кашенко*, ни о врачѣ *Бакуниѣ* никакихъ упоминаній не было и никакихъ донесеній о благонадежности и неблагонадежности—тоже. Привожу одинъ фактъ. По распоряженію губернатора былъ уволенъ фельдшеръ городской больницы за неблагонадежность. И я одинъ изъ товарищей врачей предъявилъ къ Управѣ требованіе о возвращеніи уволеннаго фельдшера и добился обратнаго принятія его.

4-го іюля 1906 г.

Врачъ *Никифоровъ*.

CLV. М. г.! Не откажите помѣстить слѣдующее по поводу письма д-ра *Дитмана* въ № 25 «Русскаго Врача» за текущій годъ.

Цитатами изъ моего свидѣтельскаго показанія, гдѣ я, говоря о сложившихся у меня съ нѣкоторыми изъ сослуживцевъ отношеніяхъ, упомянулъ, что эти нѣкоторые товарищи стали мнѣ неохотно подавать руку, а одинъ изъ нихъ пересталъ при встрѣчѣ кланяться \*), д-ръ *Дитманъ* старается подтвердить свое измышленіе, что товарищи перестали подавать мнѣ руку послѣ «равыгранной мной исторіи». То, о чемъ я писалъ въ своемъ свидѣтельскомъ показаніи, было результатомъ нѣкоторыхъ личныхъ столкновеній, вызванныхъ большей частью моими рѣзкими замѣчаніями. И было, по крайней мѣрѣ, за нѣсколько мѣсяцевъ до «исторіи, равыгранной мной» и состоявшей въ неподачи руки г-жѣ *Дитманъ* и въ томъ, что я сказалъ, что со времени ея пріѣзда въ госпиталь создалась невозможная для службы атмосфера.

Ранѣе, чѣмъ утверждать, что я интриговалъ противъ д-ра *Дитмана*, прислалъ жалобы на него и его жену начальству и въ концѣ концовъ подалъ доносъ ген. *Надарову*, отчего д-ръ *Дитманъ*, пока сѣлъ былъ въ Харбинѣ и встрѣчался съ ген. *Надаровымъ* и ген. *Гниды*, не освѣдомился у нихъ, заявивъ-ли я за все время пребыванія моего въ Фулярдйскомъ госпиталѣ и послѣ того—хоть одну письменную или словесную жалобу ген. *Надарову* и когда подано и что представляетъ изъ себя то, что д-ръ *Дитманъ* называетъ «доносомъ»? Смію думать, что лица эти, не состояща со мной ни въ родствѣ, ни въ знакомствѣ, едва-ли бы стали покрывать и защищать меня, если-бы все было такъ, какъ пишетъ д-ръ *Дитманъ*. Очевидно, эта простая справка, была не въ расчетахъ д-ра *Дитмана*, такъ какъ тогда совершенно отпалъ-бы поводъ, прикрываясь которымъ, д-ръ *Дитманъ* могъ-бы вымещать свою злобу на мнѣ

\*) За то, что я, со словъ старшей сестры, сдѣлалъ замѣчаніе этому врачу, что онъ не присутствуетъ у себя въ отдѣленіи при перевязкахъ, которыя производитъ мало опытная сестра милосердія, вслѣдствіе чего теченіе ранъ у нѣкоторыхъ больныхъ ухудшилось.

за тѣ несправности, главнымъ виновникомъ которыхъ былъ онъ самъ. Только эти я и могу объяснить и слѣдующее его ложное утвержденіе, что я былъ удаленъ изъ госпиталя вслѣдствіе «обстоятельнаго разслѣдованія» произведеннаго полк. *Ахемановымъ* и д-ромъ *Акимовымъ-Перетцъ* \*). Тутъ уже не достаточно памяти, а, вѣроятно, нѣчто другое побуждаетъ д-ра *Дитмана* игнорировать тотъ фактъ, что еще задолго до этого слѣдствія, въ тотъ вечеръ, когда я заявилъ о невозможности продолжать службу въ госпиталѣ, я тутъ-же при всѣхъ сослуживцахъ сказалъ, что завтра-же поѣду въ Харбинъ проситься о переводѣ изъ госпиталя, что и исполнилъ. Замедленіе-же въ моемъ переводѣ произошло, вѣроятно, потому, что въ это время в.-медицинскій Инспекторъ *Быстровъ* былъ по дѣламъ службы въ Иркутскѣ и я принужденъ былъ обратиться съ просьбой о переводѣ къ помощнику его д-ру *Завадскому*. Эта просьба моя была записана по приказанію д-ра *Завадскаго* д-ромъ *Далчковымъ*. Такъ же обстояло дѣло и съ 2-мъ сестрами милосердія. Что я получилъ выговоръ отъ в.-медицинскаго инспектора за неподачу руки д-ру *Дитману*, что фактъ этотъ извѣстенъ инспектору изъ личной жалобы потерпѣвшаго,—свидѣтелями тому вся канцелярія инспектора въ Харбинѣ, и слѣкомъ много беретъ на себя д-ръ *Дитманъ*, называя это творчествомъ моей памяти и клеветой.

Перехожу къ пункту 2-му. Д-ръ *Дитманъ*, такъ небрежно обошедшійся съ хронологіей по вопросу о подачѣ руки, очень заботится о числѣ, которымъ было помѣчено письмомъ кн. *Васильчикова*, и намекаетъ, что я не проставилъ его умышленно. Съ удовольствіемъ исправлю свой недосмотръ и заявлю, что бумага помѣчена «16 августа 1905 г.», между тѣмъ какъ двиторичнаго разслѣдованія ген. *Гниды* вѣдѣли въ Фулярдѣ въ концѣ іюля или въ самомъ началѣ августа (точно не помню). Такимъ образомъ, утвержденіе д-ра *Дитмана*, что письмо это не явилось слѣдствіемъ дознанія и написано до окончанія его, голословно и лишь характеризуетъ лишній разъ, какъ д-ръ *Дитманъ* обращается съ фактами.

Напрасно д-ръ *Дитманъ* думаетъ, что обстоятельства и ходъ второго разслѣдованія извѣстны мнѣ лучше, чѣмъ кому-либо; я былъ далеко отъ Харбина и о письмѣ къ ген. *Надарову* д-ра *Ю. Д. Соколова* и о смѣшательствѣ въ дѣло нѣкоего подполк. *Б.* въ первый разъ узнаю только изъ его-же, д-ра *Дитмана*, письма. На самомъ дѣлѣ д-ръ *Дитманъ*, повидимому, весьма интересовавшійся даже мелочами разслѣдованія, сумѣлъ и болѣе, и менѣе какъ съ точностью опредѣлить время наступленія такого психологическаго момента, когда у ген. *Надарова* «явился интересъ» къ этому дѣлу и когда послѣднее было положено «подъ сукно». Смѣю думать, что это произошло тогда, когда обвинявшаяся д-ромъ *Дитманомъ* и его женой сестра милосердія была реабилитирована и восстановлена въ своихъ правахъ.

Весьма некрасивыя намеки д-ра *Дитмана*, что отиѣна первоначальнаго рѣшенія касалась только одной сестры милосердія («и только ея одной», курсивъ мой). Д-ръ *Дитманъ* хочетъ этимъ сказать, что другая сестра милосердія *Л.* была все-таки выслана. На дѣлѣ-же сестра милосердія *Л.*, желая поспѣть къ началу осеннихъ занятій на курсахъ, сама едва добившись разрѣшенія вернуться въ Россію.

Я обратилъ здѣсь вниманіе лишь на нѣкоторыя несправности допущенныя д-ромъ *Дитманомъ* въ его письмѣ; но, на мой взглядъ, и нѣтъ достаточно, чтобы судить, поскольку письмо это стремится къ правдѣ.

А. Родендорфъ.

Ст. Голицыно.  
6 го іюля 1906 г.

CLVI. По поводу статьи ч. пр. *Ф. В. Букоевскаго* «Дѣятели *Fallorіевыхъ* трубъ».

Въ № 20-мъ «Русскаго Врача» отъ 20-го мая этого года я прочиталъ статью ч. пр. *Ф. В. Букоевскаго* изъ акушерско-гинекологической клиники проф. *Броува* въ Новороссійскомъ Университетѣ «Къ патологіи *Fallorіевыхъ* трубъ». Эта статья лишній разъ доказываетъ, во 1-хъ, какъ поверхностно относятся у насъ къ литературнымъ источникамъ, особенно отечественнымъ, во 2-хъ, что научные труды, выпускаемые изъ нѣкоторыхъ нашихъ университетскихъ клиникъ, не всегда стоятъ на должной высотѣ. Фактъ замалчиванія нашей литературы общезвѣстенъ. Не далѣе, какъ въ февралѣ и мартѣ этого года академикъ *Л. В. Поповъ* въ 2-хъ статьяхъ въ «Русскомъ Врачѣ» (№№ 6 и 11-й) обращалъ вниманіе, какіе источники (клинические и лабораторные, д-же тѣ, которые были написаны подъ руководствомъ проф. *И. М. Сеченова*) были пропущены въ работахъ «о скопленіяхъ молочновидной жидкости въ брюшной и грудной полостяхъ» и «о дѣйствіи солей барія на сердце», а недавно д-ръ *Какушкинъ* («Русскій Врачъ», 22/iv 1906 г., № 16-й) указалъ на больше, и меньше, какъ на 14 русскихъ работъ, пропущенныхъ въ статьѣ ч. пр. *Попова* «первичная буторчатка матки».

У ч. пр. *Букоевскаго* наблюдается тоже замалчиваніе русской литературы. Онъ пишетъ: «въ современныхъ учебникахъ по

\*) Кстати, обстоятельность и безпристрастіе этого дознанія получили оцѣнку въ письмѣ кн. *Васильчикова* сестрѣ милосердія (см. «Русскій Врачъ», № 21): «Я пришелъ къ выводу, что докладомъ д-ра *Акимова-Перетцъ* по Вашему дѣлу я былъ введенъ въ заблужденіе; возбужденныя противъ Васъ обвиненія въ настоящее время опровергнуты» и т. д.

гинекологин (Pozzi, Frisch, Schröder, Nagel, К. О. Славянский, Н. Ф. Толочин, Veit и Martin) едва ли несколько словъ удѣлено описанію новообразований въ трубахъ. Напр. въ послѣднемъ сообщеніи Sanger'a о рахъ Fallopi'евыхъ трубъ приведено всего 17 случаевъ (хуринъ мой). Д-ру В. Ф. Букоемскому, работавшему одновременно со мной въ акушерско-гинекологической клиникѣ Новороссійскаго Университета, позволяю себя надѣяться, должно быть извѣстно, что я сдѣлалъ въ то время докладъ на первомъ Съѣздѣ Общества руссійскихъ акушеровъ и гинекологовъ въ С.-Петербургѣ «Современное состояніе вопроса о первичномъ пораженіи ракомъ Fallopi'евыхъ трубъ». Въ этомъ докладѣ выдѣлъ со своимъ я нашелъ въ литературѣ 54 такихъ случая. Zangemeister изъ Лейпцига въ 1902-мъ году собралъ уже 51 случай. Развѣ автору не извѣстно, что еще въ 1895-мъ году А. Martin въ своей книгѣ «Die Krankheiten der Eileiter» приводитъ уже 17 опубликованныхъ такихъ случаевъ? Къ чему же ссылаться тогда на одного Sanger'a? Если въ клиникѣ не была извѣстна моя статистика, то въ Евпаторіи болѣе основательнымъ относительно нея. Свою статью «О первичномъ рахъ Fallopi'евыхъ трубъ» («Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней», т. 18, ноябрь 1904 г.) онъ прямо начинаетъ такъ: «Это рѣдкое заболѣваніе наблюдалось по сообщенію Ануфриева на первомъ Съѣздѣ Общества руссійскихъ акушеровъ и гинекологовъ, всего въ 54 случаяхъ и изъ нихъ 5 описаны въ русской литературѣ». Кромѣ случая д-ра Томсона за это время (съ 1903 г.) мнѣ извѣстно еще нѣсколько случаевъ, опубликованныхъ въ международной литературѣ. Что-же тогда обновачаетъ приведенная авторомъ цифра—17? Впрочемъ, по удачному выраженію Gautier «самые лучшие судьи того, что мы знаемъ, мы сами», а потому сужденіе по этому поводу я предоставляю внутреннему голосу ч. пр. Букоемскаго.

Но критика литературы, приведенной авторомъ, не исчерпывается еще съ моей стороны этими замѣчаніями. Въ числѣ учебниковъ по гинекологіи ч. пр. Букоемскій упоминаетъ руководство проф. К. О. Славянскаго, въ которомъ тоже нѣсколько словъ удѣлено описанію новообразований въ трубахъ. Правда, проф. К. О. Славянский фиброміомъ Fallopi'евыхъ трубъ посвящаетъ только 28 строкъ, но на послѣднія строки ч. пр. Букоемскому слѣдовало-бы обратить особенное вниманіе. Проф. К. О. Славянский въ этихъ строкахъ пишетъ слѣдующее: «Fibromioma tubae Fallopii можетъ встрѣчаться на всемъ протяженіи трубы, хотя чаще встрѣчается на ея маточномъ концѣ; при этомъ она представляется сидящею всегда только въ одной части стѣнки, такъ что каналъ трубы смѣщается и лежитъ какъ-бы на периферіи одного изъ сегментовъ опухоли. Этимъ расположеніемъ канала относительно самой опухоли она резко отличается отъ опухолей, имѣющихъ циркулярныя гиперплазическія части стѣнки трубы при хроническомъ воспаленіи сальпингитѣ, при которыхъ каналъ можетъ быть даже простокѣно расположеннымъ въ существѣ самой опухоли».

Благодаря изслѣдованіямъ Chiari (см. стр. 132), мы знаемъ, что эти истинныя утолщенія трубы, развивающіяся въ слѣдствіе воспалительныхъ процессовъ, уже болѣе не смѣщаются съ фиброміомомъ ея стѣнокъ. На страницѣ-же 13-й своего руководства проф. К. О. Славянский болѣе подробно касается этихъ утолщеній: «разрощенія железистыхъ образований (при Salpingitis pseudofollicularis) наблюдаются не только въ брюшинномъ концѣ трубы, но были найдены Chiari (Zeitschrift für Heilkunde, т. 8) также и въ isthmus tubae и ея маточномъ концѣ; здѣсь, благодаря весьма незначительной величинѣ просвѣта трубы, они весьма скоро помѣщаются уже въ существѣ стѣнки ея, вытѣсняя истинныя гиперплазическія мышечныя элементы, такъ что получаютъ опухолевидныя образованія (Salpingitis isthmica nodosa Schauta, Archiv. f. Gynaecologie т. 33, стр. 27) на протяжении трубы, долгое время описывавшіяся за фибромы ея стѣнокъ (рис. 10)».

Почему-же ч. пр. Букоемскій, говоря о «нѣсколькихъ словахъ» проф. К. О. Славянскаго, не касается въ своей статьѣ и вышеприведенныхъ замѣчаній того-же автора, между тѣмъ въ перепечатанной литературѣ, но уже по поводу другихъ новообразований—аденомъ (?) приводить тѣ работы Schauta и Chiari, на которыя ссылается и проф. Славянский?

Микроскопическая-же картина, приведенная авторомъ, поспѣетъ срѣзывать трубы на мѣстѣ утолщеній, наиболѣе подходить именно къ salpingitis pseudofollicularis chronica и multiplo-salpingitis productiva и hypertrophica, тѣ-же полости: выстилая цилиндрическимъ эпителиемъ, тѣ-же ворсинчатые складки, тѣ-же мелкоклеточковая инфильтрація и наконецъ, тѣ-же утолщенія, въ количествѣ 5 бугорковъ, величиною съ лѣсной орѣхъ, въ isthmus tubae (salpingitis isthmica nodosa) матки, пораженной міомой. Не исключается, впрочемъ, возможность и фиброміомъ, или аденоміомъ лѣваго рога матки, судя по макроскопическому рисунку № 1-й, но точныхъ данныхъ по этому поводу въ работѣ автора не имѣется. Зачѣмъ-же тогда нужно было автору въ началѣ статьи называть опухоли «фиброміомомъ начала фаллопиевой трубы», въ концѣ статьи «фиброміомъ перерожденіемъ приматочнаго конца трубы съ двухсторонней водяной трубъ» и смѣшивать свой случай съ истинными случаями фиброміомъ — Spaeth'a (безъ всякихъ воспалительныхъ осложнений), Schwarzs'a, ч. пр. И. М. Львова и другихъ и выводить въ концѣ концовъ заключеніе, что процессъ, начавшійся въ полости матки, перешелъ съ одной стороны и на трубу? Позвоительно-ли на основаніи микроскопической кар-

тины считать «сопутствовавшій отчасти (?) воспалительный процессъ» въ водяной трубѣ, поведшій къ суженію просвѣта послѣдней историчнымъ отъ давленія фиброміомъ узловъ? Въ этомъ приходится весьма и весьма усомниться. Что фиброміомы матки нерѣдко сопровождаются воспалительными процессами въ придаткахъ—фактъ общезвѣстный. Укажу хотя-бы на статистику Daniel'a (Revue de gyn. et de chir. abdom. 1905 г.), который на 259 случаевъ фиброміомъ матки (70 изъ отдѣленія проф. Pozzi въ госпиталѣ Brocq'a) нашелъ указанія въ 39 случаяхъ, т. е. въ 15% пораженія только трубъ, не говоря уже о пораженіи яичниковъ и тѣхъ и другихъ одновременно.

«Чтобы хоть нѣсколько пополнить, пишетъ далѣе авторъ, отсутствующую въ русской печати литературу фиброміомъ образованій Fallopi'евыхъ трубъ, скажу о т. наз. узловатостяхъ трубъ, представляющихъ собою пограничную съ фиброміомомъ форму—объ аденоміомъ трубъ». Что-же дѣлаетъ авторъ? Онъ нѣсколько пополняетъ русскую литературу случаями Thomas'a, Recklinghausen'a, Blanch Edwards'a и опять Schauta и Chiari. Но въ основательная разработка вопроса объ аденоміомъ матки по справедливости принадлежитъ Recklinghausen'у (1896 г.), а между работой послѣдняго и Schauta (1887 г.) прошло цѣлыхъ 9 лѣтъ. Между Chiari-же и Recklinghausen'омъ развѣ то общее, что первый замѣстилъ теперь кафедру послѣдняго въ Страсбургѣ. Затѣмъ, кромѣ этихъ работъ, автору можно бы привести и другіе, болѣе новые, случаи «Tubenwinkelaenomenen», хотя бы напр. v. Franqué и Opitz'a (1900 г.), а равно К. Schröder'a—докладъ въ Бромбергѣ на заведеніи западнаго и восточнаго прусскаго гинекологическаго Общества 11-го марта 1905 года. Да и, вообще, въ приведенной авторомъ литературѣ свалены въ одну кучу воспалительные и новообразовательные процессы, безъ всякаго отношенія къ аденоміомъ, которыми авторъ желалъ пополнить русскую литературу по данному вопросу.

Въ заключеніе приходится сдѣлать выводъ, что, какъ точная анатомо-патологическая діагностика (не говорю уже о клинической), такъ равно и литература въ статьѣ автора отсутствуютъ, поэтому я остаюсь въ недоумѣніи, чѣмъ собственно авторъ хотѣлъ пополнить именно русскую литературу? Sapien-ti nat!

А. Ануфриевъ.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1388. По словамъ «Равенства» (18 іюля), евреи, подавшіе прошеніе въ В.-Медицинскую Академію о приѣмѣ, получили отъ начальника ея проф. А. Я. Данилевскаго отвѣтъ, что лица иудейскаго вѣроисповѣданія въ Академію не принимаются.

1389. Ч. пр. В.-Медицинской Академіи Р. Р. Вреденъ назначенъ директоромъ ортопедическаго Института въ Петербургѣ («Петербургская Газета», 14 іюля).

1390. Въ ночь на 13-е іюля въ полицейскомъ домѣ Васильевской части въ Петербургѣ застрѣлился медикъ М—ова, арестованный по подозрѣнію въ участіи въ политическомъ преступленіи («Петербургская Газета», 14 іюля).

1391. Агентскія телеграммы (отъ 12-го іюля) сообщаютъ объ объявленіи въ окончательной формѣ приговора по извѣстному процессу желѣзнодорожниковъ. Всѣ оправданы, за исключеніемъ инж. Піотровича, приговореннаго къ 15-ти днямъ ареста, и д-ра В. Н. Ланковскаго, присужденнаго къ выговору.

1392. «XX-му Вѣку» (16 іюля) сообщаютъ изъ Москвы, что съ утвержденія военнаго прокурора переданы военному суду врачъ военнаго госпиталя А. В. Бланше-де-Ла-Рошъ и фельдшеръ госпиталя Матросовъ и Николь. Фельдшера обвиняются въ томъ, что выработали рядъ требованій объ улучшеніи положенія военныхъ фельдшеровъ и удаленіи нѣкоторыхъ изъ начальствующихъ лицъ. А. В. Бланше-де-Ла-Рошъ преданъ суду за то, что, будучи недовольнъ начальникомъ госпиталя ген. Синельниковымъ, подозвалъ къ телефону дежурнаго писаря и просилъ его передать ген. Синельникову, что онъ «завтра будетъ разстрѣлянъ».

1393. «Рѣчь» (15 іюля), со словъ «Тифлискаго Листка», сообщаетъ о іюлѣ въ восточномъ Закавказьѣ. Въ настоящее время не только Закавказскій уѣздъ, но и Шушинскій, Джаванширскій, отчасти Арешскій уѣзды, Елисаветпольской губ., а также Шаруро-Даралагезскій уѣздъ, Эриванской губ., терпятъ страшный голодъ. Въ Шаруро-Даралагезскомъ уѣздѣ уже начала свирѣпствовать чума, которую охвачены нѣсколько деревень. Въ этомъ уѣздѣ за послѣдніе 3 мѣсяца іюлѣ унесъ 450 человеческихъ жертвъ».

1394. Заимствуемъ изъ помѣщенной въ послѣднемъ «Бюллетенѣ» (№ 7), издаваемомъ Комитетомъ по оказанію помощи голодающимъ при вольномъ экономическомъ Обществѣ, переписки Комитета нѣкоторыя данныя, характеризующія размыры бедствія и—увы!—знакомыя уже условія дѣятельности пожелавшихъ придти на помощь Комитету личнымъ трудомъ. 1) Самарская губ. Въ письмѣ отъ 2-го іюня уполномоченный по губерніи М. М. Гранъ сообщаетъ объ израсходованіи полученныхъ отъ Комитета 2500 р. и затѣмъ пишетъ объ общемъ положеніи продовольственнаго дѣла въ губерніи: «Вѣсти самыя дурныя. Земщи, близко стоящие къ землѣ, просятъ даже меня остановиться теперь съ какой-либо помощью (Теперь іюль мѣсяцъ, а

Всероссийского Союза медицинского персонала. Места уволенные как пробуются; но с осени предвидится полная голодовка—много хуже 1891 г. Тогда будет дорога каждая копейка; поберегите эту копейку). Но я не мог не оказать помощи, ибо нужда, по сообщениям корреспондентов, вопиющая. «В Самарской губ. тоже были столкновения с полицией. В с. Максимовк урядник по распоряжению станового пытался закрыть столовую; прибыла одна из завѣдующих. Я снабдил ее бумагой от себя и от общеземской организации. Если это не поможет, поѣду к губернатору и обращусь за Вашей помощью». Один из земских продовольственных пунктов также был закрыт полицией, и лишь послѣ 1½ недель удалось получить «разрѣшительное свидѣтельство»...—2) *Саратовская губ.* Телеграмма от Отдѣленія (отъ 10 июня): «Нужда острая; необходимо поддержание существующих столовых; открытие новых. Просимъ ассигнованія 5000 р. Можемъ ли рассчитывать на дальѣйшее и сколько?».—3) *Казанская губ.* Изъ телеграммы предсѣдательницы Казанскаго Отдѣленія Комитета: «Нужда вопиющая; въ одномъ Тетюшскомъ уѣздѣ свыше 15 неудовлетворенных деревень, гдѣ голодаетъ половина жителей».—4) *Гамбовская губ.* Изъ письма (отъ 2 июня) г-жи Федоровской (Кирсановскій у.), видно, что... «нужда обостряется, крестьяне входить въ долги»... «Почти все, что имѣли, они продали».—5) *Пензенская губ.* «Урожай въ общемъ очень пестрый. Мѣстами почти ничего не будетъ».—6) *Симбирская губ.* «Относительно препятствій со стороны администраціи изъ Ардатскаго уѣзда сообщаются 2 документа: 1) Копія телеграммы Симбирскаго губернатора предсѣдателя уѣздной земской Управы: «Въ виду важности дѣла предлагаю лицъ, выбираемыхъ для устройства помощи голодающимъ, представить на мое утвержденіе. Губернаторъ кн. Яшвель»; 2) Копія бумаги, полученной Ардатовскою земскою Управой: «Симбирскій губернаторъ 8 марта 1906 г. № 1170. «Утвердивъ въ качествѣ агента общеземской продовольственной организаціи по Ардатскому уѣзду земскаго начальника 2-го участка Ардатскаго уѣзда, Бера, увѣдомляю Управу, что я положительно не считаю возможнымъ утвердить въ качествѣ агента А. В. Кирмалова. И. д. губернатора к. Яшвель. Правитель канцеляріи Романовъ».—7) *Рязанская губ.* Одна изъ уполномоченныхъ Комитета, землевладѣлица, въ своемъ послѣднемъ (отъ 12 июня) письмѣ пишетъ, между прочимъ: «Всего казалось-бы ближе обратиться къ помощи земской организаціи; но вотъ примѣръ, который даетъ мало надежды на цѣлесообразность подобнаго обращенія: «7-го июня, уже съюнокъ начался, я встрѣтила 50—60 подводъ съ дровами; это была помощь на отопленіе въ зимнее время 1905—1906 г. Крестьяне везли дрова и прокаливали начальство. Когда же одно лицо зашло къ господину, который вѣдалъ это дѣло, что такъ нельзя приходить на помощь, что это насмѣшка надъ нуждающимися, то онъ отвѣтилъ: «должны сказать спасибо, что даютъ». Сѣно, обратившееся въ каку-то смѣсь плѣсени и пыли, выдавали въ маѣ»... «Другая уполномоченная Комитета, г-жа Симонова (Пронскій у.), сообщаетъ о докучливомъ смѣсѣ, которымъ окружена. Въ томъ домѣ, гдѣ она живетъ и гдѣ помѣщается столовая, поселился урядникъ, который проявляетъ много энергіи, направленной противъ г-жи Симоновой. Его дѣятельность, однако, возстановила мѣстныхъ жителей лишь противъ него самого. Письмо г-жи Симоновой получено послѣ долгаго отсутствія свѣдѣній о ней въ Комитетѣ. Но теперь оказывается, что она неоднократно писала, послала отчетъ съ оправдательными документами. И все это почему-то не получено. Г-жа Симонова объясняетъ такое явленіе дѣятельностью урядника».—8) *Херсонская губ.* «Изъ Одесскаго уѣзда сообщаютъ о томъ, какъ тамъ дѣйствовала администрація противъ частной помощи. Земские врачи *Дмитріева* и *Сергеевская*, получивъ средства отъ Комитета общественной помощи голодающимъ и рѣшивъ въ нѣсколькихъ мѣстахъ устроить столовыя, принялись за это дѣло въ с. Куртовѣ. При помощи Схода, на которомъ присутствовали староста и волостной старшина, былъ составленъ списокъ нуждающихся. Обсуждался каждый дворъ, его составъ, нужда и возможность заработка. Отобрали до 200 чел. нуждающихся, въ числѣ которыхъ большинство были старики, многосемейныя вдовы и дѣти. Сходъ весьма охотно входилъ въ детали устройства столовой, проявляя сочувствіе къ ней. И столовая 18-го января была открыта послѣ молебствія. По окончаніи Схода старшина уѣхалъ къ земскому начальнику. Вернувшись, онъ пришелъ къ завѣдующей хозяйствомъ столовой Григорьевой и принялся спрашивать, кто она, откуда, а затѣмъ заявилъ, что ее велѣно гнать. На другой день явился урядникъ закрывать столовую. Когда у него потребовали письменнаго предписанія, то онъ показал телеграмму, подписанную г. Рено (уѣздный предводитель дворянства), слѣдующаго содержанія: «Отъ губернатора яѣтъ разрѣшенія на открытіе столовой. Остановите дѣйствія ея». На телеграммѣ же карандашомъ было приписано: «Предписываю закрыть столовую въ Куртовѣ. Приставай такой-то». Съ грустными чувствами поѣхали мы, пишетъ врачъ *Дмитріева*, приставаивать дѣйствія столовой. Пришлось приготовить обѣдъ—борщъ—вылить вонъ и оставить 200 чел., неизвестно почему, безъ обѣда. Хлѣбъ роздали кое-кому; всѣ запасы заперли, надѣясь какъ нибудь уладить дѣло». По уладить не пришлось. Черезъ день пріѣхалъ волостной старшина и мѣстный землевладелецъ съ порученіемъ отъ земскаго начальника принять запасъ. А затѣмъ оба врача и завѣдующая хозяйствомъ столовой были арестованы и заключены въ Одесскую тюрьму, гдѣ и просидѣли 4 мѣсяца съ предъявленіемъ имъ обвиненія по 129 и 130 ст.»—9) *Тульская губ.* Уполномоченные Комитета по Ефремовскому

у. г-жи Кальянъ и Перловская *арестованы*. Поводомъ ареста послужили приговоры крестьянъ, адресованные трудовой группѣ въ Думѣ, и повсемѣстная забастовка въ экономикѣ округа».

1395. Въ № 3 «Журнала Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова» (стр. 307) помѣщена была краткая записка объ обстоятельствахъ, какими сопровождалось увольненіе 4-хъ врачей и 2-хъ фельдшеровъ администраціей Московско-Брестской ж. дороги. Мы имѣемъ возможность сообщить теперь нѣкоторыя подробности этого грустнаго дѣла. Въ октябрѣ минувшаго года, послѣ извѣстнаго манифеста о свободахъ, администраціей Московско-Брестской ж. дороги было предложено служащимъ обсудить свои экономическія нужды и выработанныя требованія предъявить по начальству. По примѣру служащихъ другихъ службъ дороги и медицинскій персоналъ ея (врачи въ числѣ 8 и фельдшера — 15 чел.) въ Собраніяхъ 21-го и 22-го октября выработалъ свои требованія, при чемъ выяснилось, что ненормальное экономическое и правовое положеніе несущихъ врачебную службу на дорогѣ тѣсно связано съ личностью старшаго врача дороги *Д. И. Менделѣва* и съ отношеніемъ его къ нуждамъ медицинскаго персонала. Разобравъ личныя свойства старшаго врача дороги, поскольку они проявлялись въ служебныхъ его сношеніяхъ, присутствовавшіе единогласно постановили выразить ему «порицаніе». Вслѣдъ за этимъ былъ поставленъ на баллотировку вопросъ: Допустимо-ли вообще дальнѣйшее пребываніе д-ра *Менделѣва* въ должности старшаго врача дороги? и единогласно рѣшенъ былъ отрицательный; было постановлено—требовать его удаленія. Къ этому постановленію вскорѣ присоединили свои подписи и остальные 5 врачей и 18 фельдшеровъ дороги. Такимъ образомъ требованіе объ удаленіи д-ра *Менделѣва* исходило отъ всего (46 подписей) медицинскаго персонала ея. По общему рѣшенію постановленіе это оглашенію не подлежало. Дабы не допустить обсужденія этого вопроса на общемъ Собраніи служащихъ дороги, которое должно было быть на слѣдующій-же день, и тѣмъ избавить д-ра *Менделѣва* отъ дальнѣйшихъ несправностей, Собраніе поручило д-ру *С. Д. Чечулину* оповѣстить его о состоявшемся постановленіи частнымъ письмомъ, что и было сдѣлано черезъ делегата д-ра *М. А. Федорова* 23-го октября. Въ тотъ-же день, черезъ того-же делегата, былъ полученъ отъ д-ра *Д. И. Менделѣва* отвѣтъ о его согласіи подать въ отставку. Объ этомъ постановленіи былъ освѣдомленъ и начальникъ дороги. Затѣмъ медицинскимъ персоналомъ дороги были разработаны проэкты реорганизаціи «Управленія врачебною частью» на дорогѣ на автономныхъ началахъ, при чемъ завѣдующій медицинскою частью (по проэкту) долженъ былъ быть избираемъ изъ личнаго состава врачей дороги на опредѣленный срокъ, а самыя выборы—производиться на основаніи 4-членной формулы. На мѣсто «завѣдующаго медицинскою частью на Московско-Брестской ж. дорогѣ» былъ избранъ д-ръ *С. Д. Чечулинъ*, бывшій «постояннымъ замѣстителемъ» старшаго врача. Передъ выборами начальнику дороги было извѣстно, что врачи (и фельдшера) намѣрены избрать изъ своей среды «старшаго врача», на что онъ заявилъ исполнявшему тогда обязанности старшаго врача д-ру *Н. И. Желоговцеву*, что онъ противъ такого избранія ничто не имѣетъ, а д-ръ *Желоговцевъ* доложилъ объ этомъ Собранію врачей и фельдшеровъ въ самый день производства выборов. Обо всемъ этомъ никакихъ извѣщеній въ періодическую печать не появлялось, а по начальству официально не доносилось, и въ рукахъ администраціи могъ быть только одинъ документъ, относящійся къ этому дѣлу: это—письмо къ д-ру *Менделѣву* д-ра *Чечулина* съ изложеніемъ вышеупомянутого постановленія. Однако, въ концѣ января 1906 г. отъ Управленія казенныхъ ж. дорогъ была получена на имя начальника Московско-Брестской ж. дороги бумага приблизительно такого содержанія: «До свѣдѣнія Министерства путей сообщенія дошло (?), что врачи Московско-Брестской ж. дороги въ числѣ 8 и фельдшера въ числѣ 15 чел. устроили 22-го октября 1905 г. Собраніе, на которомъ постановили уволить старшаго врача дороги *Д. И. Менделѣва*, что и было приведено ими въ исполненіе<sup>1)</sup>. А затѣмъ изъ своей среды они выбрали себѣ старшимъ врачомъ д-ра *С. Д. Чечулина*,—а потому предлагаю немедленно уволить отъ службы врачей *Чечулина*, *Бойко*, *Виттъ* и *Сосфенова* и фельдшеровъ *Петрова* и *Федорова*<sup>2)</sup>, а объ остальныхъ проинвести дознаніе и до свѣдѣнія моего довести». 1-го февраля 1906 г. были уволены служившіе на дорогѣ врачи *С. Д. Чечулинъ*, *Н. П. Бойко*, *О. Э. Виттъ* и *А. Н. Сосфеновъ*<sup>3)</sup> и фельдшера *А. И. Петровъ* и *М. А. Федоровъ*. Остальные участники удаленія старшаго врача и проведенія въ жизнь автономныхъ началъ ж.-дорожной врачебной службы и по сіе время продолжаютъ оставаться на своихъ мѣстахъ<sup>4)</sup>. Всѣ уволенные, а равно и большая часть изъ оставшихся состояли членами

<sup>1)</sup> Старшій врачъ *Д. И. Менделѣвъ* уволился по прошенію вследствие болѣзни, а, слѣд., и съ пособіемъ отъ дороги по положенію.

<sup>2)</sup> По странному совпаденію Министерствомъ уволены именно тѣ 6 чел., къ которымъ старшій врачъ дороги явно для всѣхъ относился враждебно.

<sup>3)</sup> Увѣдомленіе объ увольненіи застало д-ра *А. Н. Сосфенова* еще не вполнѣ оправившагося отъ только-что перенесенной имъ тяжелой болѣзни. Лишенный мѣста и не имѣя средствъ закончить свое личное поядокъ на Югѣ, д-ръ *Сосфеновъ* вскорѣ умеръ отъ вспыхнувшей бугорчатки.

<sup>4)</sup> Полученныя нами свѣдѣнія относятся къ юнью.



ных замещены частью посторонними дорогими лицами, частью же сослуживцами уволенных.

1396. Глубокоуважаемый секретарь Пензенского медицинского Общества *А. И. Комиссийский* просит нас сообщить, что объявленное под бойкотом вследствие увольнения административным порядком *Д. Е. Маркова* место врача 3-го участка Пензенского уезда замлето *д-ром Рыхновым (Д. С.)*.

1397. Городская Александровская больница в Киев переименована *больницей возмужавших тифом*. Большинство заболелых — рабочие («Киевская Заря», 7 июля).

1398. В последней (июльской) книжке «Петербургского Земского Вестника» помещена заметка *В. Ложкина*, в которой автор старается доказать, что русский крестьянин страдает не от чего иного, как только от праздности и безделья. Оказывается, что различными Комиссиями установлено с непереложностью, будто русский крестьянин работает в году «никак не более 50—60 дней». «Социально-демократическая программа», говорит *В. Ложкин*, требует установления 8 час. на работу, 8 час. на отдых и 8 час. на сон; в русском же сельском хозяйстве ставится вопрос о трудящемся гораздо раньше: работать только 1 мѣс., а 11 отдыхать. Казалось-бы, что при таком громадном количестве свободного времени не имеет никакого значения, сколько наш крестьянин имеет в году праздников, ибо праздники, все равно, тонут в 11-мѣсячном безделье. Но г. *Ложкин* все-таки подсчитывает и число праздников; их оказывается слишком 100. По этому поводу он делает новое заключение, несколько расходящееся с первым. «По священному писанию», говорит он, «нужно 6 дней делать, а 1 отдыхать, а у нас думают, что грѣшно работать больше 5 дней в недѣлю, и заведи 2 воскресения». Это уже не так страшно, как 11 мѣс. праздности и безделья. Допустим, однако, что это так, и спросим, почему крестьянин бездельничает? Может быть, ему не к чему приложить свой труд? Может быть, у него мало земли? О, нѣтъ! О маломелье — ни слова. Вся бѣда в низкой культурѣ земли. Земля, видите-ли, поглощает какое угодно количество труда. «Сколько-бы его ни было затрачено, хотя-бы на незначительномъ клочкѣ, земля всегда его вознаграждает». И т. д. — в томъ-же духѣ. Словом, крестьянин бездельничает, имеет много праздников и потому бѣдствует... Интересно сопоставить съ этими взглядами наблюдѣнія извѣстнаго изслѣдователя народной медицины и анатомии народной жизни *А. В. Балова* относительно экономического и санитарно-гигиеническаго значенія праздниковъ в жизни деревни («Вѣстник общественной гигиены» и пр., 1906 г., апрѣль). Художественными штрихами, обнаруживающими въ авторѣ полное знакомство съ крестьянским бытомъ, *А. В. Болов* изображаетъ картину обычнаго «каторжнаго» труда нашего крестьянина. Въ страдную пору, которая длится отъ 3 до 5 мѣс., крестьянинъ работаетъ по 19 час. в сутки — и какъ работаетъ... Говорятъ, что земледѣльческій трудъ — трудъ здоровый; *А. В. Болов* отрицаетъ такое мнѣніе. «Въ чемъ заключается особенная польза его? Вѣдь, не въ томъ-же, что крестьянинъ, подавая, напр., сѣно на возъ, потѣетъ до того, что «рубашу хотъ выжми», а затѣмъ въ той-же мокрой рубашкѣ остается стоять на холодномъ вѣтрѣ? Вѣдь, не въ томъ-же, что при живѣйшей рѣжѣ руки у него «расхвываются» и распухают? Не въ томъ, что къ концу лѣта у него болятъ всѣ кости?» Но отдыхаетъ-ли крестьянинъ воплотъ въ праздники, которые такъ разнообразны разнымъ радѣтелямъ народнымъ? У крестьянина нѣтъ безусловнаго нерабочаго дня. Въ праздники онъ долженъ «собрать» скотъ, починить орудіе, поправить избу; въ праздники отработываются аренды помѣщикамъ, устраиваются «помочи»; въ праздники сосредоточиваются всѣ общественныя дѣла крестьянина: то онъ долженъ отправиться на Сходъ, то явиться въ земскому начальнику; въ праздники крестьянинъ ѣдетъ за десятка верстъ на базаръ. Крестьянская женщина только въ праздники и можетъ починить бѣлье, одежду, прибрать избу, вычистить ребятишекъ. Словомъ, и въ праздники крестьяне далеко не бездельничаютъ. Зато менѣе напряженная работа въ эти дни имеетъ громадное гигиеническое значеніе при общей — по истинѣ, «каторжной» — работѣ мужика. Праздники даютъ возможность крестьянину хотя-бы выспаться, какъ слѣдуетъ, и дать отдохнуть измученнымъ членамъ. Далѣе, праздники играютъ большую роль въ санитарномъ отношеніи. Передъ праздникомъ крестьянинъ ходитъ въ баню, одѣваетъ чистое бѣлье; на праздники моется изба и т. д. Скучный столъ крестьянина нѣсколько разнообразится именно благодаря праздникамъ. Прежде, чѣмъ говорить объ уменьшеніи числа праздниковъ, нужно поболтать объ измѣненіи другихъ условій крестьянской жизни. И прежде всего нужно облегчить немовѣрно тяжелый трудъ крестьянина, улучшить его пищу, поднять его культурный уровень. А для всего этого недостаточно однихъ только безсмысленныхъ воплей о народной праздности. Бѣдный много-страдальный «бездѣльникъ»! Какая громадная пирамида всякихъ «трудящихся» паразитовъ уже цѣлѣмъ вѣка сидитъ на его праздной спинѣ!

1399. Глубокоуважаемый предсѣдатель редакціонной Комиссіи издательскаго Комитета Харьковскаго Общества грамотности *Е. А. Левинъ* проситъ насъ оповѣстить, что издательскій Комитетъ Общества рѣшилъ предпринять изданіе цѣлаго ряда брошюръ по выработанной программѣ, имѣющихъ цѣлью развить политическаго самосознанія деревни. Кромѣ ряда брошюръ общеполитическаго содержанія, предполагено издать 2 серіи брошюръ, посвященныхъ специально экономической и правовой жизни деревни. Въ 1-ую изъ нихъ редакціонная Комиссія Ко-

митета нашла необходимымъ включить вопросъ о санитарномъ состояніи современной деревни въ широкій смыслъ слова. Ниже мы помѣщаемъ выработанную Комиссіей программу по этому вопросу. Комиссія обращается ко всѣмъ лицамъ, желающимъ написать брошюру на эту тему, съ просьбой прислать такую по возможности скорѣе (конѣцъ августа — начало сентября). Говорить по взаимному соглашенію. Главное условіе, которому должна отвѣчать брошюра со стороны формы, это — доступность и живость изложенія. Что касается содержанія, то оно ясно вытекаетъ изъ программъ, которая, впрочемъ, не должна стѣснять авторовъ ни въ выборѣ матеріала, ни въ расположеніи его. Выборъ заглавія предоставляется автору. *Программа брошюръ о санитарномъ состояніи современной деревни. I. Какъ живетъ и питается русскій крестьянинъ?* 1. Питаніе русскаго крестьянина въ количественномъ и качественномъ (составъ питательныхъ веществъ) отношеніи. Сравнительныя данныя о питаніи западно-европейскаго крестьянина. 2. Неурожай и голодовка въ Россіи и за границей. 3. Жилище. Количество воздуха, свѣта, отопленіе, освѣщеніе, гигиѣна жилища. Сравнительныя данныя изъ жизни западно-европейскаго крестьянина. — II. Продолжительность жизни условій жизни русскаго крестьянина. 1. Средняя продолжительность жизни крестьянина въ Россіи и за границей. 2. Смертность въ деревнѣ въ Россіи и за границей. 3. Смертность въ русской деревнѣ больше смертности въ городѣ. 4. Общая заболеваемость деревенскаго населенія въ Россіи и за границей. 5. Изъ заболеваний на первомъ мѣстѣ стоятъ болѣзни, зависящія отъ нерациональнаго или недостаточнаго питанія (желудочно-кишечныя). 6. Распространенность въ русской деревнѣ рахита, а также болѣзней, почти исчезнувшихъ въ З.-Европѣ: сыпного и возвратнаго тифа, оспы, цыги. 7. Вырожденіе русскаго крестьянина на основаніи медицинскыхъ данныхъ о рекрутскихъ наборахъ. Сравнительныя данныя по Западной Европѣ. — III. Причины неудовлетворительныхъ условій жизни русскаго крестьянина. Своекорыстная политика правительства, обуславливающая бѣдность и невѣжество крестьянъ. Адресъ для писемъ и рукописей: Харьковское Общество грамотности. Издательскій Комитетъ. Харьковъ. Ветеринарная ул., собств. д.

1400. Намъ присланы для напечатанія слѣдующія постановленія 1) Воронежскаго санитарнаго Совета, 2) Съѣзда между-уездныхъ врачей Воронежскаго Земства и 3) Воронежскаго Общества помощниковъ врачей объ отношеніяхъ къ Воронежской губернской земской больницѣ: 1) Воронежскій санитарный Советъ, относясь недовѣрчиво къ настоящему составу врачей губернской больницы, полагаетъ, что впредь до авторитетной ревизіи положенія больницы со стороны губернскаго Съѣзда врачей ему слѣдуетъ отказаться отъ выбора своего члена въ Комиссію для ревизіи аптеки губернской земской больницы. Выписку лѣкарствъ черезъ аптеку губернскаго Земства прекратить. Провизора губернской аптеки въ засѣданіи санитарнаго Совета не приглашать. Для ликвидаціи дѣла съ губернской больницей аптечная Комиссія должна выяснить, имѣются-ли въ настоящее время лѣкарства, выписанныя врачами уѣзднаго Земства? Если имѣются, то Комиссія и Управа озабочиваются скорѣйшей ихъ пересылкой въ участки и дѣлаютъ соогластвующія исправленія въ каталогахъ на 2-ое полугодіе. 2) 1. Такъ какъ губернская больница, какъ учрежденіе, поставленное на принципахъ, намѣченныхъ послѣдними губернскими Съѣздами врачей, совершенно разрушена и не можетъ быть возстановлена, а также вследствие административнаго удаленія старшаго врача, Совѣщаніе между-уездныхъ врачей Воронежскаго губернскаго Земства не считаетъ возможнымъ поддерживать какихъ-бы то ни было отношеній съ губернской больницей и аптекой, какъ частью ея, до тѣхъ поръ, пока губернскій Съѣздъ врачей не разберется въ настоящемъ положеніи и въ дѣлахъ губернской больницы. 2. Пересмотрѣвъ еще разъ предложеніе принять участіе въ ревизіи губернской аптеки, Совѣщаніе врачей находитъ, что ревизія дѣла аптеки, фельдшерской школы и положенія самой губернской больницы крайне необходима; но она должна быть организована компетентнымъ и объективнымъ Совѣщаніемъ врачей всей губерніи, а не по почину лицъ, замѣшанныхъ въ болѣзненную исторію. 3. Выписку лѣкарствъ производить непосредственно отъ аптекарскихъ фирмъ и просить Управу командировать *д-ра Краевского* въ Москву для выбора и заказа на мѣстѣ лѣкарствъ по каталогамъ участковыхъ врачей. 4. Запросить губернскую аптеку о количествѣ лѣкарствъ, записанныхъ за счетъ между-уездной организаціи съ цѣлью распредѣлить ихъ между участниками. — 3) Воронежское Общество помощниковъ врачей, ознакомившись и обсудивъ исторію, разыгравшуюся въ Воронежской губернской земской больницѣ, постановило считать поступки 9 врачей, вступившихъ въ тѣсный Союзъ съ губернской земской Управой и администраціей для удаленія ненавистнаго имъ человека *д-ра Меркулова*, не только недостойными, но и нетерпимыми въ земской средѣ и возлагаетъ на ихъ отвѣтственность за весь тотъ ущербъ, который потерпѣла земская медицина отъ разрушенія фельдшерской школы и всей губернской больницы. Глубоко возмущенное участіемъ въ дѣлѣ ученицы фельдшерской школы Холодовской и лицами, заявившими мѣста ушедшаго персонала, Воронежское Общество помощниковъ врачей исключаетъ ихъ изъ числа товарищей.

1401. Съ сущностью конфликта въ Дмитровскомъ уездѣ, Московской губ. читатели «Русскаго Врача» имѣли уже возможность ознакомиться въ изложеніи обѣихъ сторонъ по ихъ письмамъ, перепечатаннымъ нами въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (см. №№ 16 и 17, стр. 497 и 529). О состоявшемся по этому

дѣлу третейскому Суду было кратко сообщено въ № 27 «Русского Врача» (стр. 849) также со словъ «Русскихъ Вѣдомостей». На дняхъ одинъ изъ участниковъ столкновения д-р И. Д. Глушигин прислалъ намъ вырѣзки изъ «Пути» и «Русскихъ Вѣдомостей» по этому дѣлу съ просьбой объ ихъ напечатаніи. Не видимъ основанія не исполнить этого желанія товарища и перепечатаемъ полностью какъ письмо одной изъ сторонъ («Путь», № 45), до сихъ поръ еще нами не отмѣченное, такъ и постановленіе третейскаго Суда («Русскія Вѣдомости», 29 июня): «По поводу письма врачей, оставшихся на службѣ въ Дмитровскомъ у. Московскаго губ. Выразивъ согласіе на третейскій Судъ и передавъ въ санитарное Бюро списокъ выбранныхъ нами судей, мы доводимъ до свѣдѣнія интересующихся, что Дмитровская исторія переходитъ въ фазу судебного разбирательства. Но при этомъ мы не можемъ скрыть отъ общества чувства полнаго недоумѣнія, какое мы испытываемъ со времени появленія въ № 100 «Русскихъ Вѣдомостей» письма за подписью инициаторовъ Суда» (см. «Русскій Врачъ», № 17, стр. 529. *Ред.*). «Въ этомъ письмѣ послѣдніе съ полной опредѣленностью и какъ будто авторитетностью рѣшаютъ тѣ самые вопросы, которые, судя по ихъ-же недавнему заявленію въ санитарное Бюро, могъ рѣшать лишь третейскій Судъ, и выступаютъ съ такимъ практическимъ предложеніемъ, съ которымъ они имѣютъ право выступить только послѣ Суда. Такой пріемъ параллельной агитаціи мы считаемъ недопустимымъ. Поставленные ими въ заявленіи санитарному Бюро для Суда вопросы слѣдующіе: 1) О возможности при настоящихъ условіяхъ службы врачей въ Дмитровскомъ уѣздѣ. 2) Объ объявленномъ бойкотѣ и 3) О дѣйствующемъ въ настоящее время санитарномъ Совѣтѣ. Требованіе ихъ отъ Суда высказать по нимъ «опредѣленное и авторитетное мнѣніе» стоитъ въ явномъ противорѣчіи съ содержаніемъ ихъ газетнаго письма. Мы оставляемъ безъ опроверженія вопіющія искаженія, допущенныя ими въ этомъ письмѣ, такъ какъ разборъ и окончательную оцѣнку этого важнаго въ криминальномъ отношеніи документа надѣемся дать на Судѣ. Для Суда-же въ интересахъ выясненія ближайшихъ причинъ настоящаго разстройства врачебнаго дѣла въ Дмитровскомъ уѣздѣ и скорѣйшаго ихъ устраненія, сверхъ вопросовъ, поставленныхъ противной стороной, отъ себя прибавляемъ слѣдующіе: 1) Имѣли-ли врачи губернскаго Земства: Н. И. Шнелль, Д. И. Земмель, В. А. Кирьяновъ и Г. И. Ростовцевъ полномочія формальныя и нравственныя на участіе въ дѣйствіяхъ уѣздной организаціи только съ того момента, когда борьба между врачами уѣзднаго Земства и уѣздной Управой, отъ участія въ которой они подѣлгономъ отсутствія полномочій 30-го ноября отказались, закончилась? 2) Могутъ-ли быть подысканы принципиальное оправданіе поведенію врачей уѣзднаго Земства: Р. Н. Харизоменова и И. В. Новогатнова, которые въ критическій моментъ замѣнили коллегиально принятому рѣшенію о коллективномъ уходѣ и тѣмъ явно для насъ парализовали значеніе протеста? 3) Могли-ли мы, уволенные и ушедшіе, отвѣстись серьезно и съ уваженіемъ къ организаціи, въ которую, какъ главные дѣятель, вошли поименованныя лица. И. Глушигинъ, В. Кащенко, Н. Кудряццевъ, Ю. Бородинъ». Перепечатаемое ниже постановленіе третейскаго Суда по дѣлу о конфликтѣ въ Дмитровскомъ уѣздѣ было напечатано «Русскими Вѣдомостями», какъ значится въ примѣчаніи редакціи, «по просьбѣ заинтересованныхъ лицъ»: I. Въ засѣданіи 1-го декабря состоялось рѣшеніе о коллективномъ уходѣ изъ уѣзда—обязательное для всѣхъ 9 лицъ (Иноева, Маршева, Глушигина, Родина, Дитурова, Харизоменова, Новогатнова, Субботина и Кудряццева), участвовавшихъ въ голосованіи, тѣмъ болѣе, что вопросъ о подчиненіи меньшинства былъ предварительно рѣшенъ большинствомъ той-же Коллегіи (и въ томъ-же составѣ), при чемъ никто не заявилъ о неподчиненіи этому рѣшенію. II. Коллективный уходъ обычно сопровождается фактическимъ бойкотомъ, осуществленіе котораго находится въ зависимости отъ оцѣнки мотивовъ ухода широкими кругами товарищей. Въ условіяхъ, имѣвшихъ мѣсто въ началѣ конфликта въ Дмитровскомъ уѣздѣ, фактический бойкотъ, по мнѣнію Суда, былъ неизбеженъ послѣ коллективнаго ухода врачей. Изъ этого положенія исходила Комиссія, объявившая бойкотъ въ печати, чѣмъ однако превысила свои полномочія, такъ какъ: 1) въ засѣданіи 1-го декабря вопросъ о бойкотѣ не обсуждался, почему формальнаго порученія объ его опубликованіи Комиссіи дано не было; 2) опубликованіе бойкота сопряжено съ принятіемъ такого рода обязательствъ, которыя непосильны для группы, осуществляющей коллективный уходъ, почему объявленіе бойкота и регулированіе его могутъ быть дѣломъ только особой болѣе широкой организаціи, авторитетъ которой признается данной профессиональной средой. III. Постановленіе Совѣщанія 2-го января, на которомъ были выработаны новыя условія для взятія прошеній объ уходѣ обратно, уничтожали силу рѣшеній, принятыхъ 1-го декабря и связанныхъ съ ними послѣдствія, слѣд., фактически устраивали вопросъ о бойкотѣ уѣзда. IV. Отказъ Управы дать уволеннымъ рѣшающій голосъ въ предполагавшемся засѣданіи санитарнаго Совѣта 17-го января имѣлъ значеніе постольку, поскольку онъ знаменовалъ нежеланіе Управы выполнить условія постановленія Совѣщаніемъ 2-го января, считавшимъ врачей уволенными, почему отказъ этотъ могъ дать достаточныя основанія для подтвержденія коллективнаго ухода. Для врачей, уволенныхъ и ушедшихъ, могло быть безразличнымъ предоставленіе въ санитарномъ Совѣтѣ права рѣшающаго голоса 4-мъ уволеннымъ врачамъ; однако исключительное подчеркиваніе формальной стороны этого вопроса повело къ нежелательному

осложненію въ дальнѣйшемъ развитіи конфликта тѣмъ, что затѣмнило сущность положенія дѣла для нѣкоторыхъ членовъ корпораціи, получившихъ возможность утверждать, что основаніемъ для обостренія конфликта 17-го января послужила причина уже формальнаго свойства, тогда какъ признаніе врачей уволенными освобождало ихъ отъ необходимости новаго утвержденія губернской администраціей. V. Коллективный уходъ и заявленныя требованія, выработанныя 2-го января и подтвержденныя 17-го января, могли быть измѣнены или отмѣнены только группой лицъ, постановившихъ тогда это рѣшеніе (кромя уволенныхъ врачей). Въ этомъ смыслѣ постановленіе Совѣщанія 7-го февраля не имѣетъ обязательной силы, такъ какъ изъ 6-участниковъ коллективнаго ухода на немъ голосовали лишь 2-ое, а въ то же время въ немъ съ рѣшающимъ голосомъ принимали участіе лица, воздержавшіеся отъ рѣшенія вопроса о коллективномъ уходѣ (губернскіе врачи и уволенные) и отказавшіеся отъ коллективныхъ дѣйствій (*Харизоменова и Новогатнова*). VI. Явившійся слѣдствіемъ неправомернаго рѣшенія Совѣщанія 7-го февраля санитарный Совѣтъ 21-го февраля сдѣлалъ попытку создать фактически такой компромиссъ, который былъ-бы способенъ дать населенію организованную медицинскую помощь и разрѣшить конфликтъ. Однако удовлетворительнаго разрѣшенія конфликта не послѣдовало, тѣмъ болѣе, что въ самыхъ рѣшеніяхъ санитарнаго Совѣта существовали элементы, которые обусловливали неизбежность дальнѣйшаго развитія конфликта, какъ, напр., отсутствіе предварительныхъ переговоровъ относительно согласія тѣхъ или иныхъ лицъ занять опредѣленныя лечебныя и неприглашеніе *Глушигина*, основанное исключительно на томъ толкованіи его словъ, которое давалось большинствомъ присутствовавшихъ въ Совѣщаніи 7-го февраля. VII. Врачи, ушедшіе и уволенные со службы Дмитровскаго Земства, подѣляемъ негодованіе, вызваннаго въ нихъ постановленіемъ земскаго Собранія 29-го ноября, занявшаго боевую позицію какъ по отношенію къ Земству, такъ и по отношенію къ оставшимся врачамъ. Они стали во главѣ оппозиціоннаго движенія врачей Дмитровскаго уѣзда и постарались дать ему болѣе яркое опредѣленіе. При этомъ они совершили рядъ поступковъ, формально неправильныхъ, давшихъ поводъ, съ одной стороны, къ неправильному выводу о положеніи дѣла въ уѣздѣ со стороны широкихъ круговъ товарищей, съ другой—къ затѣванію истиннаго значенія отдѣльныхъ актовъ предпринятой борьбы для самихъ ихъ участниковъ: 1) Уволенными врачами и *Аурашевскими* было опубликовано формально не существовавшее постановленіе о бойкотѣ, тогда какъ о постановленіяхъ 2-го января, уничтожавшихъ постановленіе 1-го декабря, нигдѣ опубликовано не было. 2) 17-го января ушедшіе и уволенные врачи безъ достаточнаго такта выдвинули на первый планъ формальную сторону дѣла (см. п. IV). 3) Употребленныя въ Совѣщаніи 7-го февраля *Глушигинимъ* рѣзкія выраженія по адресу *Харизоменова и Новогатнова* съ характеромъ личнаго оскорбленія были нетактичны и могли содѣйствовать обостренію невообразимыхъ отношеній между отдѣльными группами врачей.— Особое мнѣніе.— Преждевременнымъ и нетактичнымъ обращеніемъ Управы съ запросомъ о рѣшающемъ голосѣ 2-ое уволенныхъ врачей, сорвавъ санитарный Совѣтъ 17-го января, обострилъ конфликтъ, который могъ-бы, вѣроятно, ликвидироваться, если-бы вопросъ о полномъ возстановленіи правъ уволенныхъ врачей былъ въ категорической формѣ поставленъ самимъ санитарнымъ Совѣтомъ. К. Шидловскій.— VIII. Не находя въ дѣйствіяхъ *Харизоменова и Новогатнова* основаній для упрека въ преслѣдованіи ими какихъ-либо личныхъ цѣлей, Судъ находить, что они, не подчинившись рѣшенію Совѣщанія 1-го декабря, поступили неправильно съ точки зрѣнія коллегиальности и своимъ образомъ дѣйствій способствовали тому, что конфликтъ между врачами и Земствомъ осложнился конфликтомъ между самими врачами. Вслѣдствіе всего этого шансы на справедливое удовлетвореніе Земствомъ требованій, поставленныхъ врачами, уменьшились. IX. *Маршева* и *Иноева*, исходя изъ убѣжденія о невозможности оставить вслѣдствіе конфликта населеніе безъ медицинской помощи и изъ взгляда, что при данныхъ условіяхъ коллективный уходъ могъ и не сопровождаться фактическимъ бойкотомъ, не осуществили принятаго рѣшенія объ оставленіи мѣстъ, тѣмъ подорвали значеніе ухода остальныхъ товарищей. X. Врачи губернскаго Земства (*Кирьяновъ, Шнелль, Земмель*), не заявивъ протеста противъ обязательной силы постановленія 1-го декабря для персонала уѣзднаго Земства и вообще не заявивъ съ самаго начала никакой опредѣленной позиціи въ конфликтѣ, вслѣдствіи поступили неправильно, занявъ таковую лишь въ моментъ перерѣшенія вопроса, которое должно было зависѣть уже не отъ нихъ. XI. Независимо отъ дѣйствій отдѣльныхъ группъ врачей, не оставившихъ работу въ Дмитровскомъ у., 2 важныхъ акта совершены ими совместно: 1) Участвуя въ постановленіяхъ Совѣщанія 7-го февраля и тѣсно связаннаго съ нимъ санитарнаго Совѣта 21-го февраля, имѣвшихъ цѣлью позаставить дѣятельность врачебно-санитарной организаціи, переставшей существовать вслѣдствіе коллективнаго ухода части врачей, они не приняли мѣръ, которая въ достаточной степени обусловила-бы возможность возвращенія въ эту организацію всѣхъ уволенныхъ и ушедшихъ товарищей. 2) Въ письмѣ, опубликованномъ отъ ихъ лица въ № 100 «Русскихъ Вѣдомостей» (за подписью *Земмеля, Иноева, Крылова, Шнелля, Новогатнова, Блыкова, Маршевой, Коросова, Кирьянова, Ростовцева и Харизоменова*), они односторонне осѣщаютъ положеніе дѣла въ Дмитровскомъ уѣздѣ и подыскиваютъ оправданія нѣкоторымъ дѣйствіямъ Земства, встречав-

шимъ раньше со стороны всѣхъ врачей солидарный отпоръ. XII. Положение Дмитровскаго санитарнаго Совѣта въ настоящее время въ кругу земскихъ учреждений нормально. XIII. Принимая во внимание: 1) возстановление юридическихъ правъ санитарнаго Совѣта; 2) фактическое возстановление дѣятельности большинства лечебницъ; 3) отказъ отъ бойкотирования мѣстъ со стороны самихъ уволенныхъ и ушедшихъ врачей; 4) то соображеніе, что исполнѣе нормальное положеніе дѣлъ въ Земствѣ можетъ быть установлено только стоящей на очереди коренной реформой земскаго самоуправления на демократической основѣ. Судь признаетъ врачебную работу въ настоящее время въ Дмитровскомъ уездѣ возможнымъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ онъ констатируетъ распадѣніе прежней врачебной корпораціи въ уездѣ, сопровождавшееся уходомъ изъ нея наиболѣе активной въ общественно-политическомъ отношеніи части. М. П. Покровский, В. Левицкій, Л. Никифоровъ, А. Моляковъ, К. Шидловскій, 19 іюня 1906 г. *Прим.* Постановленія эти не подлежатъ печатанію самимъ Судомъ. Сторонамъ предоставленъ право печатать ихъ, гдѣ угодно, но не иначе, какъ въ полномъ видѣ (безъ какихъ-либо пропусковъ).

1402. Намъ проситъ сообщить, что въ цѣляхъ ближайшаго ознакомленія врачей съ состояніемъ отечественныхъ курортовъ Общество курортнаго благоустройства въ Желѣзноводскѣ на послѣднемъ комитетскомъ Собраніи постановило отвести въ Желѣзноводскѣ даровое помѣщеніе восьми врачамъ, прибѣгающимъ такъ ознакомиться съ водами, такъ и лечиться, за время отъ 1-го августа по 1-ое сентября. За ближайшими справками проситъ обращаться къ председателю Общества, д-ру Ник. Георги. Эдгарову. Желѣзноводскъ, Курсовая ул., д. Трамбейкой.

1403. Согласно указанію многоуважаемаго товарища Л. О. Фикельштейна, спѣшимъ исправить допущенную нами въ № 26 неточность: д-ръ Л. О. Фикельштейнъ въ засѣданіи Петербургской больницы Комиссіи 15-го іюля былъ избранъ на должность старшаго врача больницы Св. Николая Чудотворца, каковыя должности тамъ имѣются 3; должность же главнаго врача больницы, по прежнему, занимаетъ Н. Н. Реформатскій.

1404. Въ Москвѣ, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (11 іюля), въ скоромъ времени созывается Съездъ представителей земскихъ и городскихъ Самоуправленій. На обсужденіе Съезда, между прочимъ, вносятся Отдѣломъ общественного здравоохраненія слѣдующіе докладовъ по вопросамъ: 1) Основныя начала врачебно-санитарной организаціи; 2) Принципы коллегиальности заведѣванія врачебно-санитарными учрежденіями; 3) Принципъ автономіи санитарно-врачебныхъ учрежденій и формъ участія общественныхъ организацій въ дѣлѣ управленія и заведѣванія ими; 4) Соотношеніе различныхъ категорій служащихъ въ дѣлѣ заведѣванія санитарно-врачебными учрежденіями; 5) Общедоступность и безплатность санитарно-врачебной помощи.

1405. Во время громаднаго пожара въ Сызрани сгорѣла земская больница; больныхъ успѣли вывезти на пристани («ХХ Вѣкъ», 13 іюля).

1406. Медицинскій Союзъ открываетъ на Галерномъ островѣ (въ Петербургѣ), гдѣ для безработныхъ городъ устраиваетъ земныя работы, санитарно-медицинскій пунктъ («Рѣчь», 18 іюля).

1407. «ХХ-ый Вѣкъ» (11-го іюля) передаетъ, что товарищество по устройству жилищъ для трудящагося населенія Петербурга получило ссуду отъ города и приступило къ постройкѣ 2-хъ большихъ домовъ за Невской заставой и на Черниговской улицѣ.

1408. Въ Читѣ, начиная съ 1-го іюня текущаго года введенъ болѣничный сборъ въ пользу города въ размѣрѣ 2 р. съ лицъ мужскаго пола и 1 р. — женскаго. Сборъ этотъ предназначается на устройство и содержаніе городской больницы («Даль», 24 іюня).

1409. Многоуважаемый проф. И. В. Троицкій проситъ насъ сообщить, что рекламное объявленіе въ «Утренней Зарѣ», на которое мы указывали въ № 27 «Русскаго Врача» (стр. 849), помѣщено безъ всякаго съ его стороны вѣдома и является модѣльной услугой, оказанной ему, по всей вѣроятности, однимъ изъ лѣстныхъ его знакомыхъ. Надѣмся, что проф. Троицкій не преминетъ сообщить объ этомъ и въ напечатанной объявленіе газетѣ.

1410. Въ корреспонденціи изъ Риги въ «Рѣчь» (13 іюля) при описаніи тяжкаго положенія заключенныхъ въ губернской тюрьмѣ и заболѣваній среди нихъ дѣлается упрекъ тюремному врачу Яковлеву (Н. И.) въ неисполненіи имъ своихъ обязанностей въ слѣдующихъ выраженіяхъ: «Оказывается, тюремный врачъ докторъ Яковлевъ очень занятъ и не можетъ своевременно являться въ больнымъ арестантамъ; онъ занимаетъ одновременно 4 должности: врача при тюрьмѣ, на Риге-Орловской ж. дорогѣ и при духовной семинаріи и, кромѣ того, состоитъ директоромъ завода своей жены. Гдѣ же тутъ поспѣть всѣмъ?» — Надѣмся, что д-ръ Яковлевъ не оставитъ этого обвиненія безъ отвѣта.

1411. 9-го іюля, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (11 іюля), въ Москвѣ закончилъ свои занятія 3-ій Всероссийскій Съездъ представителей фельдшерско-акушерскихъ Обществъ. Слѣдующій Съездъ рѣшено созвать въ Москвѣ же въ 20-хъ числахъ января будущаго года. На имя социаль-демократическй фракціи Государственной Думы Съездъ постановилъ отправить телеграмму съ выраженіемъ полнаго сочувствія къ ея дѣятельности, но при этомъ постановленіи получены были свѣдѣнія, что Государственная Дума распушена, и организаціонное Бюро по устройству Съезда не нашло возможнымъ отправить этой телеграммы.

1412. Умерли: 1) 9-го іюня кончилъ жизнь самоубійствомъ (застрѣлился) Лопатинъ Ивановичъ Горепѣкинъ, родившійся въ 1871 г., а званіе врача получившій (въ Москвѣ) въ 1899 г. Покойный все время состоялъ младшимъ врачомъ Сунженскаго отдѣла Терской области. Крайне отзывчивый къ страданіямъ ближняго, помогавшій ему не только совѣтомъ, но и своими скудными материальными средствами, чуткій ко всякой несправедливости, всегда нервный Л. И. подлѣ вліяніемъ событій послѣднихъ 2-хъ лѣтъ заболѣлъ душевнымъ недугомъ. Оправившись нѣсколько, онъ снова взялся за работу; но недугъ вернулся вновь съ тѣмъ, чтобы на этотъ разъ свести въ могилу молодого, талантливаго работника.... Вмѣсто вѣнка на гробъ его, врачи направили собранную сумму въ Приютъ для сиротъ — дѣтей врачей имени К. И. Шилкина (Сообщено В. В. Владиславскимъ). — 2) Отъ легочной бугорчатки бывшій ж.-дорожный врачъ Московско-Брестской ж. дороги Андрей Николаевичъ Сосновцовъ, родившійся въ 1864 г., а званіе врача получившій въ 1890 г. — 3) 1) Въ Псковѣ товарищъ председателя мѣстнаго Общества врачей Камилла Викентьевичъ Береза («Газета lekarska», 21 іюля), родившійся въ 1851 г., а званіе врача получившій въ 1876 г. — 2) Въ Ново-Радомской Конрадъ Войцеславовичъ Залейскій (тамъ же), родившійся въ 1851 г., а званіе врача получившій въ 1873 г.

Намъ доставлены слѣдующія, относящіяся къ повѣдѣвшему времени, официальные свѣдѣнія о врачахъ. Алафоновъ опредѣленъ на должность сверхштатнаго ординатора Каванской губернской земской больницы. — Амунова, ординаторъ Закавказскаго Ольгинскаго повивальнаго Института, уволена отъ службы согласно прошенію. — Алексѣевъ, земскій врачъ Верхнеднѣпровскаго уѣзда, уволенъ отъ службы на прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ Земствомъ. — Барцескій опредѣленъ на должность Бытенскаго участковаго сельскаго врача, Слонимскаго уѣзда. — Буржанадзе опредѣленъ на должность сельскаго врача Ахалкалскаго уѣзда. — Гапоновъ, Кишиневскій уѣздный земскій санитарный врачъ, опредѣленъ исправляющимъ должность Кишиневскаго уѣзднаго врача съ оставленіемъ въ занимаемой имъ должности. — Гефлигъ, Велижскій городской врачъ, уволенъ отъ этой должности за переходомъ на должность врача Велижской городской больницы. — Гренъ, и. д. Лемвальскаго городского врача, Лифляндской губ., уволенъ отъ службы согласно прошенію. — Громаковскій, Красноярскій уѣздный врачъ, уволенъ отъ службы по болѣзни. — Дановичъ, земскій врачъ Измаильскаго уѣзда, перемѣщенъ на должность Килийскаго городского врача. — Дрецикій, Калишскій уѣздный врачъ, уволенъ отъ службы по болѣзни. — Горданскій опредѣленъ на должность помощника заведующаго Астраханской бактериологической лабораторіей. — Костецкій опредѣленъ и. должность Житомирскаго городского врача. — Лебедевъ опредѣленъ на должность сверхштатнаго ординатора Нижегородской губернской земской больницы. — Лончинскій, Блашковский городской врачъ, назначенъ на должность Турекскаго уѣзднаго врача. — Лукашевскій, Турекскій уѣздный врачъ, перемѣщенъ на должность Калишскаго уѣзднаго врача. — Марковъ, земскій врачъ Пензенскаго уѣзда, уволенъ въ отставку. — Мянновскій допущенъ къ исправленію должности Ардатовскаго уѣзднаго врача. — Науменчикъ, сельскій врачъ 4-го участка Черноярскаго уѣзда, назначенъ и. должность Красноярскаго уѣзднаго врача. — Орловъ, сверхштатный врачъ при Яковлевскомъ ремесленно-исправительномъ приютѣ дѣла дѣвицъ въ с. Большево, Московскаго уѣзда, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — Павловъ, врачъ Иверской Общины сестеръ милосердія въ Москвѣ, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — Пальмовъ, врачъ 3-го участка Енисейскаго уѣзда, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — Петренко, земскій врачъ Суражскаго уѣзда, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — Покровскій опредѣленъ на должность младшаго ординатора Иверской Общины сестеръ милосердія въ Москвѣ. — Польберовъ, эпидемическій врачъ Уфимскаго губернскаго Земства, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — Пономаревъ допущенъ къ временному исполненію обязанностей Локтевскаго участковаго врача, Змѣиногорскаго уѣзда. — Поручикъ, Кишиневскій уѣздный врачъ, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — Правдинъ, врачъ при фабрикѣ Куваевской мануфактуры, Владимірской губ., перемѣщенъ на должность ординатора больницы чернорабочихъ въ Иваново-Вознесенскѣ. — Рабоческій, земскій начальникъ 2-го участка Слонимскаго уѣзда, назначенъ на должность Красностокаго участковаго сельскаго врача, Сокольскаго уѣзда. — Ртищевъ, Юрьевскій земскій врачъ, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — Соколовскій, земскій врачъ Чебоксарскаго уѣзда, уволенъ отъ службы на прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ Земствомъ. — Ульяновскій, главный врачъ Кременчугской Общины сестеръ милосердія и состоящей при ней амбулаторіи, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — Яромескій опредѣленъ на должность Блашковского городского врача.

Всѣ рукописи, предназначенныя для печати (усердная просьба — писать четко, на одной сторонѣ листа, оставляя поля и придерживаясь принятой въ газетѣ транскрипціи фамилій иностранныхъ авторовъ), просить, впредь до особаго о томъ заявленія, адресовать исключительно на имя д-ра С. В. Владиславскаго (Петербургъ, Ивановская ул., 2). Ред.

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

## 2-НЕДЕЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Русские.

Медицинское Обозрение, № 6. 1. Лапшинъ. Къ вопросу о больничномъ лечении частоточныхъ. 5 случаевъ.

№ 7. 1. Никольскій. Острая желтая атрофия печени въ течение вторичнаго періода сифилиса. 1 случай. 2. Вогровъ. Наблюдения по вопросу о клиническомъ значении реакции Габричесскаго. Реакція эта имѣетъ отношеніе лишь къ опредѣленію количества мочевой кислоты. 3. Дробный. Сифилисъ предстательной железы. 1 случай.

№ 8. 1. Спизарный. Pharyngotomia extrahyoidea. 1 случай. 2. Боголюбовъ. Къ вопросу о частичномъ и полномъ изстечении мочевого пузыря при злокачественныхъ новообразованияхъ. 2 случая въ связи съ литературными данными. 3. Якуниъ. Къ казуистикъ хирургическаго лечения нейралгій тройничнаго нерва. 1 случай.

№ 9. 1. Марциновскій. Spirochaete pallida и сифилисъ. Литературно-экспериментальная замѣтка (11 рис.).

## ЕЖЕНЕДЕЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Немецкіе.

Centralblatt für Chirurgie, 1906 г., 6 января. 1. G. Drehmann. Eine typische Erkrankung der Achillessehne. 2. R. Bargas. Tendinitis achillea arthritica als eine besondere Form der Achillessehnerkrankung. Обѣ статьи говорятъ о болѣзни ахиллова сухожилия, недавно описанной въ томъ же журналѣ д-ромъ А. Schanz'емъ. 3. Albers. Beitrag zur Röntgentherapie der Hautarkome. Къ лечению кожныхъ саркомъ x-лучами.

13 января. 1. Проф. A. Catterina. Die Resektion des Schultergelenkes. Объ извѣщеніи плечевого сустава. 2. A. Hofmann. Ringknoten. О «кольцевомъ» узлѣ для лигатуры и швовъ въ глубинѣ. 3. F. Fink. Zum Gallensteinleiden. Случай закупорки кишечника желчнымъ камнемъ.

20 января. 1. J. Mindes. Zur Technik des Bier'schen Verfahrens bei der Stauungshyperämie. Къ техники лечения застойной гипереміею по Bier'у. 2. L. Grünwald. Rhinochirurgische Mitteilungen.

27 января. 1. Проф. J. Borelius. Ueber primäre Nah ohne Drainage bei Fräoperationen der akuten Blinddarmentzündung. О первичномъ швѣ безъ дренажа при раннихъ операціяхъ остраго воспаления слѣпой кишки.

3 февраля. 1. Проф. Kausch. Zur Behandlung des Duodenalstumpfes bei der Resektionsmethode Billroth II. 2. R. Oehler. Laminektomie und Nervenwurzel durchschneidung bei Neuralgie. Случай.

10 февраля. 1. Machol. Die Anwendung der strömenden Wasserkraft in der Chirurgie und Orthopädie. Примѣненіе силы водной струи въ хирургіи и ортопедіи. 2. M. Samuel. Ueber eine Modifikation der Hautnaht nach Michel. Видоизмѣненіе кожного шва по M.

17 февраля. 1. H. Gross. Die alimentäre Therapie der nach Cholecystostomie auftretenden Gallenstiel. Къ лечению желчныхъ свищей послѣ операціи.

24 февраля. 1. Проф. Heusner. Ueber Jodbenzindesinfection. Deutsche medicinische Wochenschrift, 1906 г., 4 января.

1. G. Baermann und Halberstädter. Versuche zur Uebertragung der Syphilis auf Affen. Опыты переноса сифилиса на обезьянъ, сообщеніе III. 2. Проф. Ribbert. Ueber die Miliartuberculose. 3. Проф. R. Stintzing. Behandlung der Lähmungen. Лечение параличей. Клиническая лекція. 4. Проф. H. Schlesinger. Syphilitische und hysterische Pseudo-Osteomalacie. 5. Проф. H. Braun. Die Leistungen und Grenzen der Lokalanästhesie. Клиническая лекція о мѣстномъ обезболиваніи. 6. Проф. H. Küttner. Was ergibt sich für den praktischen Arzt aus den Fortschritten der Nierenchirurgie? Что дали практическому врачу успѣхи почечной хирургіи? 7. R. Werner und A. Lichtenberg. Ueber die Wirkung von Cholininjektionen auf die Leukocytenzahl des Kaninchenblutes. О дѣйствіи впрыскиваній холина на число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ у кроликовъ. 8. Проф. Schmidt-Bimpler. Die Quecksilberbehandlung bei Augenkrankheiten. Ртутное лечение при болѣзняхъ глазъ. 9. F. Schultz. Gonorrhoeische Lymphangitis und Gonococcenmetastasen ohne nachweisbare Schleimhautgonorrhoe. Случай.

11 января. 1. A. Neisser. Продолженіе статьи. 2. H. Küttner. (Продолженіе). 3. E. Friedheim. Subcutane Milzruptur. 2 случая разрыва селезенки. 4. H. Conradi. Ein Verfahren zum Nachweis der Typhuserreger im Blut. Способъ нахождения тифозныхъ палочекъ въ крови. 5. E. Jacoby. Zur Radiumbehandlung des Trachoms. 6. H. Vieth und O. Ehrmann. Un-

tersuchungen und Beobachtungen über ältere und neuere Balsamika. О старыхъ и новыхъ бальзамическихъ средствахъ. 7. J. Kraus. Ein Fall von Vergiftung mit β-Eucain. Случай отравленія β-экаиномъ. 8. O. Louros. Ueber den Einfluss des Malariafieber auf die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett. О вліяніи болотной лихорадки на беременность, роды и послеродовой періодъ.

25 января. 1. Проф. W. Körte. Bemerkungen über Operationen am Magen und am Pankreas. Объ операціяхъ на желудкѣ и поджелудочной желѣзѣ. 2. Проф. A. Castellani. Untersuchungen über *Framboesia tropica* (Yaws). 3. M. Mosse und M. Rothmann. Ueber Pyrodinvergiftung bei Hunden. Объ отравленіи пиродиномъ у собакъ. (Не окончена). 4. A. Wolff-Eisner. Zur Differentialdiagnose des Heuasthmas gegen die anderen Asthmaformen. О распознаваніи «сѣнной» астмы. 5. W. Loele. Die Agglutination in den Händen des praktischen Arztes. 6. F. Bluth. Eine neue Methode der quantitativen Acetonbestimmung. 7. O. Klauber. Zwei Dünndarmgeschlingen im eingeklemmten Bruch. 2 петли тонкихъ кишокъ въ ущемленной грыжѣ. 8. H. Schädel. Ein neues externes Blutstillungsmittel (Styptogan). Новое наружное кровоостанавливающее.

1 февраля. 1. Проф. L. Lewin. Das Schicksal körperfremder chemischer Stoffe im Menschen und besonders ihre Ausscheidung. Судьба чуждыхъ химическихъ тѣлъ въ человѣческомъ организмѣ. (Не окончена). 2. Zunker. Bedarf der menschliche Organismus künstlicher Reizmittel? Нуждается ли человѣкъ въ искусственныхъ возбуждателяхъ? 3. Проф. Hofmeier. Der «virginale Kaiserschnitt» und «die chirurgische Aera» in der Geburtshilfe. 4. Доц. Westenhoeffer. Ueber perihypophysale Eiterung und einige andere bemerkenswerte Befunde bei Genickstarre. О нагноеніи кругомъ мозгового придатка и другихъ находкахъ при цереброспинальномъ менингитѣ. 5. H. Lüdke. Beobachtungen über die bacilläre Dysenterie im Stadtkreis Barmen (1904 und 1905). (Не окончена). 6. F. Kaliski. Ueber eine neue Funktionsprüfung des Magenchemismus während der Verdauungstätigkeit ohne Anwendung der Schlundsonde (Sahlische Desmoidreaktion). О «фемондной реакціи» Sahli. 7. M. Mosse und M. Rothmann. (Окончаніе).

8 февраля. 1. Проф. M. Sternberg. Ueber Klystiere und Irrigationen. (Не окончена). 2. Проф. H. E. Hering. Ueber die häufige Kombination von Kammervenenpuls mit Pulsus irregularis perpetuus. 3. H. Schneider. Der Desinfektionswert von Lysoform bei mässig erhöhter Temperatur. 4. Доц. Stenger. Die Bierische Stauung bei akuter Ohreiterungen. Застойная гиперемія по Bier'у при ушныхъ нагноеніяхъ. 5. Wechselmann. Experimenteller Beitrag zur Kritik der Siegelischen Syphilisübertragungsversuche auf Tiere. 6. L. Lewin. (Окончаніе). 7. H. Lüdke. (Продолженіе).

15 февраля. 1. Проф. Liebermann. Sind die hämolytischen Immunkörper oder die Komplemente Katalysatoren, also Fermente? 2. Проф. F. Ahlfeld. Antefixatio uteri, Uebertragung. 3. D. Grünbaum. Die Prognose bei Operationen des Vulvacarcinoma. 4. Trautenroth. Ein Fall von schwerer Stomachvergiftung nach Lumbaranästhesie... 5. A. Lissauer. Dampfdouche als Expectorans. Паровой душъ, какъ откашливающее. 6. A. Erlenmeyer. Die Steigerung des arteriellen Druckes bei der Arteriosklerose und deren Behandlung. Повышеніе артеріальнаго давления при артеросклерозѣ и его лечение. 7. M. Eiger (Варшава). Ueber die praktische Verwendbarkeit der Pavyschen Titrationmethode für die Bestimmung des Zuckers im Harn. Объ опредѣленіи сахара въ мочѣ по Pavy. 8. Проф. M. Sternberg. Окончаніе статьи о клястирахъ. 9. H. Lüdke. Окончаніе статьи о Barmen'ской эпидеміи кроваваго поноса. 10. L. Hecht. Beitrag zur Kasuistik der Missbildungen. Къ казуистикѣ уродствъ.

Münchener medicinische Wochenschrift, 1906 г., № 1. 1. Sauerbruch. Bericht über die ersten in der pneumatischen Kammer der Breslauer Klinik ausgeführten Operationen. Отчетъ. 2. v. Dungern. Beitrag zur Tuberkulosefrage auf Grund experimenteller Untersuchungen an anthropoiden Affen. (См. рефератъ). 3. Weichardt. Ueber Ermüdungstoxin und dessen Antitoxin. (См. рефератъ). 4. Werner. Erworbene Photoaktivität der Gewebe als Faktor der biologischen Strahlenwirkung und ihrer Imitation. Впрыскиваніями холина удается вызвать фотоактивность тканей. 5. Müller. Ueber die Beziehungen von seelischen Empfindungen zu Herzerkrankungen. Вліяніе душевныхъ ощущеній на устройство дѣятельности сердца. 6. v. Bruns. Brucheingklemmung einer Appendix epiploica. Описаніе случая. 7. Lotze. Ueber Wesen und Wirkung von Schlangengiften mit kasuistischen Beiträgen. О сущности дѣйствія змѣйнаго яда. 8. Fromme. Ueber prophylaktische und therapeutische Anwendung des Antistreptokokkenserums. Предупреждающее и лечебное дѣйствіе противострептококковой сыворотки. 9. Winckelmann. Die Behandlung der fibrinösen Pneumonie mit Römers Pneumokokkenserum. Дѣйствіе сыворотки Römer'a не постоянно. Авторъ рекомендуетъ ее испробовать въ тяжелыхъ случаяхъ. 10. Freund. Eine für Röntgenstrahlen undurchlässige biegsame Sonde. Описаніе инструмента. 11. Josef Skoda. Biographische Skizze. 12. Rudolf v. Leuthold. Некрологъ.



# СХУ. Къ вопросу объ инородныхъ тѣлахъ въ брюшной полости и объ отношеніи къ нимъ брюшины.

Проф. В. С. Груздева (Казань).

Кому приходилось имѣть дѣло—въ качествѣ-ли участника операциіи, или въ качествѣ зрителя—съ трудными чрезвожженіями, тому понятно, какъ легко при этой операциіи забыть въ брюшной полости какой-либо инструментъ, компрессъ и т. п. Въ медицинской литературѣ можно найти множество описаній подобныхъ случаевъ, а судебная хроника представляетъ цѣлый рядъ громкихъ процессовъ противъ хирурговъ и гинекологовъ, бывшихъ невольною причиною указанной несчастной случайности. Въ 1900 г. *Neugebauer* <sup>1)</sup> собралъ изъ литературы 108 случаевъ такого рода, а въ 1904 г. уже могъ присоединить къ нимъ еще

Около 7 лѣтъ назадъ больная была оперирована черезъ брюшные покровы по поводу объемистой кисты яичника; операцию производилъ весьма опытный гинекологъ, въ хорошей обстановкѣ и съ хорошо подготовленными помощниками. Послеоперационный періодъ протекъ, повидимому, нормально. После операциіи П. К. чувствовала себя около года вполне здоровой; затѣмъ у нея появились боли въ животѣ, которыя постепенно все усиливались и въ последнее время сосредоточились преимущественно въ одномъ опредѣленномъ мѣстѣ передней брюшной стѣнки. 3 мѣсяца назадъ въ этомъ мѣстѣ показалась верхушка какого-то остроконечнаго предмета, что и заставило больную искать помощи въ клиникѣ.

Истощенная старуха съ здоровыми, впрочемъ, сердцемъ и легкими. При осмотрѣ нѣсколько отвислаго живота бросаются въ глаза старый рубецъ послѣ чрезвожженія, простирающійся отъ пупка до лобка, а вправо отъ него, пальца на 4 ниже пупка,—выступающій стм. на 2 конецъ какого-то металлическаго инструмента, повидимому, жома или артеріальнаго пинцета; о мѣстоположеніи и направленіи этого инструмента читатель составить себѣ болѣе точное представленіе по прилагаемому свѣтописному



Рис. 1.

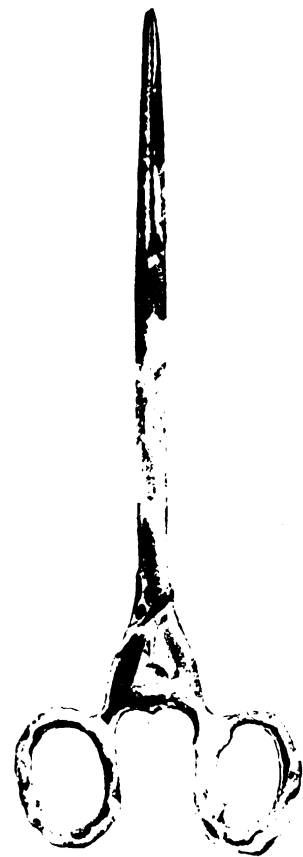


Рис. 2.

87 <sup>2)</sup>. Безъ сомнѣнія, этой цифрой далеко не исчерпывается общее число этихъ случаевъ: значительная часть ихъ или проходитъ незамѣченной, или, хотя и обнаруживается на секціонномъ или операционномъ столѣ, но, по весьма понятнымъ причинамъ, не становится достояніемъ печати. Такимъ образомъ самый фактъ оставленія операторомъ въ брюшной полости больной инструмента или компресса вовсе не представляетъ собою чего-либо необычайнаго, и, если я позволяю себѣ описать нижеприводимый случай, то только потому, что онъ представляетъ, мнѣ кажется, значительный интересъ во многихъ другихъ отношеніяхъ.

П. К., 58 л., крестьянка, поступила въ завѣдуемую мною акушерско-гинекологическую клинику Казанскаго Университета 16/ix 1905 г. съ жалобами на боли въ животѣ, причиняемыя ей какими-то тѣломъ, выступавшимъ чрезъ брюшныя стѣнки. Изъ разспроса оказалось, что у больной нѣтъ мѣсячныхъ уже 16 лѣтъ, раньше-же она носила ихъ правильно; замужъ вышла на 17-мъ году; беременна была 7 разъ, при чемъ всѣ беременности кончались естественнымъ рожденіемъ; послѣдній разъ была въ 42 мѣсяцъ

снимеу (см. снимокъ 1). Если захватить конецъ инструмента пальцами, то можно было убѣдиться, что онъ сидитъ дов. плотно. Изъ раневого канала выдавливалось небольшое количество гноевидной жидкости. При ощупываніи живота оказалось, что въ окружности инструмента, на дов. большомъ протяженіи, животъ болѣзненъ при давленіи и дов. плотенъ на ошупь; постукиваніе давало въ этомъ мѣстѣ нѣсколько заглушенный барабанный звукъ. Въ остальныхъ мѣстахъ покровы живота представлялись крайне валыми, ощупываніе было совершенно безболѣзненно, при постукиваніи-же получался ясный барабанный звукъ. При изслѣдованіи чрезъ рукавъ можно было ясно прощупать въ заднемъ *Douglas'*овомъ пространствѣ рукоятку инструмента; послѣдняя представлялась нѣсколько подвижною, и никакихъ инфальтратовъ вокругъ нея не было; задній сводъ при ощупываніи былъ совершенно безболѣзненъ. Соображая приблизительно разстояніе между дномъ задняго *Douglas'*ова пространства, гдѣ находилась рукоятка инструмента, и равной брюшныхъ покрововъ, изъ которой торчалъ острый конецъ послѣдняго, можно было заключить, что весь инструментъ имѣетъ не менѣе 20 см. въ длину.

Слѣдуетъ добавить еще, что температура у больной до операциіи колебалась между 35,7 и 37,6 пульсъ—между 58 и 88 ударовъ въ минуту; болѣзнь болѣе правдоподобно представляла

правильно, если не считать некоторой наклонности къ запорамъ. Выяснивъ себѣ, какой инструментъ находится въ брюшной полости больной, какъ онъ лежитъ и въ какомъ отношеніи находится къ брюшнымъ органамъ, я рѣшилъ удалить его путемъ задней кольпостоміи, каковая операція послѣ обычной подготовки больной, и была мною произведена 26/ix 1906 г., подъ хлороформнымъ усыпленіемъ. Заставивъ одного изъ помощниковъ удерживать рукоятку инструмента пальцемъ, введеннымъ въ прямую кишку, я вскрылъ заднее *Douglas*'ово пространство какъ разъ въ томъ мѣстѣ его, гдѣ прощупывалась рукоятка, захвативъ последнюю и осторожно извлекъ весь инструментъ черезъ сдѣланную рану. Извлечение это потребовало приложенія некоторой силы. Осмотрѣвъ послѣ этого доступную глазу часть брюшной полости, я убѣдился, что брюшина заднего *Douglas*'ова пространства и ближайшихъ кишечныхъ петель представляется совершенно нормальною: никакихъ сросеній, перемычекъ и т. п. тамъ нѣтъ. Въ заключеніе заднее *Douglas*'ово пространство было затампировано обезжиренной марлей, а въ раневой каналъ, открывавшійся на передней брюшной стѣнкѣ, была введена узкая полоска іодоформной марли; при этомъ я могъ убѣдиться, что въ ближайшемъ соседствѣ съ наружнымъ отверстіемъ каналъ представляетъ расширенія и боковые ходы, далѣе же въ глубь онъ идетъ въ видѣ одиночнаго, узкаго хода съ дов. гладкими стѣнками.

Послѣоперационный періодъ протекъ безлихорадочно. Влажно-брюшинная рана зажила въ обычное время. Долѣе затянулось заживленіе хода, открывавшагося на передней поверхности живота, но въ концѣ концовъ зажило и онъ, и 12/х оперированная покинула клинику совершенно здоровой.

О вышнемъ видѣ извлеченнаго инструмента читатели могутъ составить себѣ представленіе по прилагаемому рисунку 2. Какъ видно изъ этого рисунка, извлеченный инструментъ былъ зажимъ *Terrier*, въ замкнутомъ состояніи. Длина его равнялась 22, ширина рукоятки — 7 см. Заостренная часть жима, которымъ онъ пробурывалъ брюшную стѣнку, была совершенно свободна отъ какихъ-либо отложений, остальная же часть была почти сплошь одѣта плотно приставшемъ къ инструменту оболочкой. Последняя имѣла въ толщину отъ 1 до 1,5 мм., какъ съ поверхности, такъ и на разрѣзъ представлялась сухожильною — бѣлаго цвѣта и очень плотной.

Микроскопическое изслѣдованіе оболочки показало, что она состояла изъ слоистой склерозированной соединительной ткани, между пучками которой тамъ и сямъ были разбросаны скопленія пигмента (повидимому, окисловъ желѣза). Кѣлочныхъ элементовъ во внутреннихъ слояхъ оболочки совершенно не встрѣчалось; лишь у поверхности между пучками волокнистой ткани изрѣдка попадались кѣлки съ сплюснутыми, продолговатыми ядрами; наконецъ, самый поверхностный слой былъ относительно богатъ кѣлками, при чемъ среди этихъ последнихъ больше всего было продолговатыхъ кѣлокъ съ дов. крупными, овальными ядрами, слабо воспринимавшими окраску гематоксилиномъ, меньше — круглыхъ многоядерныхъ, и въ отдѣльныхъ экземплярахъ попадались кѣлочки-великаны. Многія кѣлки этого слоя были переполнены упомянутымъ выше пигментомъ. Мѣстами въ этомъ слое пробѣгали мелкокалиберные сосуды, но въ очень маломъ числѣ. Покровнаго эпителиа эндотелиальнаго слоя на поверхности оболочки подмѣтить мнѣ не удалось.

Какъ я уже упоминалъ выше, случай этотъ представляетъ интересъ во многихъ отношеніяхъ. Прежде всего заслуживаетъ вниманія значительность размѣровъ инструмента, забытаго въ брюшной полости. Сходныхъ въ этомъ отношеніи случаевъ въ литературѣ найдется немного. Изъ упомянутыхъ выше трудовъ *Neugebauer*'а видно, что обычно при чревосѣченіяхъ забывали въ брюшной полости компрессы и вообще куски марли (почти въ 50% всѣхъ случаевъ), губки (въ 30%), а изъ инструментовъ — артеріальные пинцеты (въ 15%). Въ параллель съ моимъ случаемъ изъ собранныхъ *Neugebauer*'омъ можно поставить лишь 3: въ 1-мъ (№ 87 1-ой серіи) неизвѣстнымъ операторомъ былъ забытъ въ брюшной полости зажимъ *Richelot*, во 2-мъ (№ 67 2-ой серіи) неизвѣстный операторъ забылъ зажимъ съ комкомъ марли, въ 3-мъ (№ 85 2-ой серіи) *Nussbaum* забылъ въ брюшной полости ножницы. Относительно первыхъ 2-хъ случаевъ никакихъ подробностей авторъ не приводитъ; что же касается 3-го случая, то больная *Nussbaum*'а нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операціи чувствовала себя вполне хорошо, и лишь затѣмъ стала испытывать боли въ области пупка, впервые появившіяся во время танцевъ; инструментъ былъ извлеченъ оперативнымъ путемъ, послѣ чего наступило полное выздоровленіе.

Далѣе, описанный мною случай интересенъ въ томъ отношеніи, что показываетъ, какъ мало въ отдѣльныхъ случаяхъ обезпечиваютъ оператора отъ оставленія въ брюшной полости инструментовъ и т. п. предметовъ обычные мѣры предосторожности, принимаемыя противъ этой несчастной случайности. Опасность послѣдней при чревосѣченіяхъ настолько велика и грозитъ такими серьезными

послѣдствіями и для больныхъ, и для оператора, что выработка мѣръ противъ нея давно уже составляетъ предметъ заботъ хирурговъ и гинекологовъ. Въ медицинской литературѣ имѣются труды, специально посвященные этому вопросу<sup>3)</sup>. Помимо обычно примѣняемаго строгаго счета компрессовъ и артеріальныхъ пинцетовъ, употребляемыхъ при чревосѣченіяхъ, въ новѣйшее время различными авторами описаны разнообразныя приспособленія для этой цѣли. *Houzel*<sup>4)</sup>, напр., устроилъ особые зажимы для захватыванія вводимыхъ въ брюшную полость компрессовъ; *Kelly*<sup>5)</sup> придумалъ особые станки для помѣщенія компрессовъ, пинцетовъ и т. п. предметовъ — станки, взглянувъ на которые, операторъ сразу можетъ видѣть, сколько предметовъ у него не хватаетъ. Но всѣ эти приспособленія имѣютъ цѣлью обезпечить оператора отъ случайнаго оставленія въ брюшной полости относительно небольшихъ по размѣрамъ предметовъ, вводимыхъ притомъ въ нее при операціи въ значительномъ числѣ, т. е. компрессовъ и артеріальныхъ зажимовъ. Опасность забыть въ брюшной полости инструментъ большого объема представляется такой невѣроятной, что ее обычно не принимаютъ въ расчетъ, а между тѣмъ вышеописанный случай свидѣтельствуетъ, что такая опасность вполне возможна.

Заговоривъ о мѣрахъ, принимаемыхъ противъ случайнаго оставленія въ брюшной полости предметовъ, вводимыхъ въ нее при операціи, я не могу обойти молчаніемъ той мѣры, которая попутно служить этой цѣли въ моей практикѣ. Мною принято за правило — заканчивать всякое брюшное чревосѣченіе многократнымъ тщательнымъ промываніемъ брюшной полости обезжиренной искусственной сывороткой, т. е. растворомъ минеральныхъ солей, содержащихся въ человеческой крови. Мѣра эта, которую я до сихъ поръ примѣнялъ почти въ 400 случаяхъ чревосѣченій, преслѣдуетъ главнымъ образомъ другія цѣли<sup>6)</sup>, но, между прочимъ, ею достигается и та цѣль, о которой идетъ здѣсь рѣчь. Обходя, при промываніи, рукою всѣ отдѣлы брюшной полости, операторъ имѣетъ много шансовъ натолкнуться на случайно забытый здѣсь инструментъ, компрессъ и т. п. Такой именно случай однажды былъ въ моей практикѣ.

Возвращаясь къ описанному случаю, послужившаго матеріаломъ для этой работы, укажу еще на ту его особенность, что здѣсь инструментъ въ 22 см. длиною въ теченіи 7 лѣтъ оставался въ брюшной полости, не вызвавъ опасныхъ для жизни поврежденій внутреннихъ органовъ и лишь въ концѣ этого продолжительнаго срока обусловивъ такіе расстройства, которые настоятельно заставили больную искать врачебной помощи. Въ этомъ отношеніи описанный мною случай не имѣетъ себѣ подобныхъ въ литературѣ. Если просмотрѣть собранные *Neugebauer*'омъ случаи оставленія въ брюшной полости металлическихъ инструментовъ, преимущественно артеріальныхъ пинцетовъ, то найдемъ, что инструменты эти или выдѣлялись сами, или были извлекаемы по истеченіи гораздо меньшихъ сроковъ. Въ частности, у 6 больныхъ (случаи за №№ 10, 19, 54, 67, 75 и 100 1-ой серіи), погибшихъ вскорѣ послѣ операціи отъ гнилокровія, забытые пинцеты были извлечены при вскрытіи; при вскрытіи же были найдены забытый пинцетъ и въ случаѣ за № 26 2-ой серіи, гдѣ больная также погибла вскорѣ послѣ операціи, но, повидимому, отъ отравленія стрихниномъ; въ 4-хъ случаяхъ (за №№ 45, 46 и 48 1-ой серіи и за № 16 2-ой) инструменты пробурывали кишку и сами собой вышли черезъ заднепроходное отверстіе — у 1 больной черезъ 4 года, у 2-хъ — черезъ 10 и у 1 — черезъ 9 мѣсяцевъ; въ 1 случаѣ (за № 62 1-ой серіи) забытый пинцетъ проникъ въ мочевою пузырь; въ 3-хъ случаяхъ (за №№ 65 и 88 1-ой серіи и за № 28 2-ой) пинцеты выдѣлялись черезъ гнойники въ брюшной стѣнкѣ — одинъ разъ черезъ 8 мѣсяцевъ, другой разъ — черезъ 1 1/2 года (въ послѣднемъ случаѣ вышла только одна 1/2 пинцета, другая же осталась въ брюшной полости); въ 1 случаѣ (за № 21 2-ой серіи) забытый пинцетъ былъ извлеченъ черезъ дренажное отверстіе; въ 1 случаѣ (за № 41 1-ой серіи) операторъ хватился пинцета еще до полного закрытія брюшной раны и немедленно удалил его; въ 3-хъ случаяхъ (за №№ 3 и 16 1-ой серіи и за № 59 2-ой) недоста-

ча инструментовъ была обнаружена тотчасъ послѣ операціи; брюшная рана была немедленно раскрыта, и забытые инструменты извлечены; наконецъ у 6 больныхъ забытые инструменты были извлечены черезъ разрывъ брюшныхъ стѣнокъ—въ случаѣ за № 34 1-ой серіи черезъ 1½ года, въ случаѣ за № 38 той-же серіи—черезъ нѣсколько мѣсяцевъ (здѣсь острія 2-хъ забытыхъ пинцетовъ пробуравили стѣнки лѣвой подвздошной артеріи, и больная погибла при 2-ой операціи отъ кровотечения), въ случаѣ за № 40 1-ой серіи—черезъ 2 года (здѣсь забытый пинцетъ проникъ въ слѣзочную кишку), въ случаѣ за № 91 1-ой серіи—черезъ 3½ мѣсяца (здѣсь пинцетъ съ одной стороны пробуравилъ стѣнку кишки, а съ другой—вызвалъ гнойникъ въ брюшныхъ стѣнкахъ, такъ что образовался каловый свищъ), въ случаѣ за № 71 2-ой серіи—черезъ 7 мѣсяцевъ (пинцетъ проникъ въ кишку) и въ случаѣ за № 85 той-же серіи—черезъ нѣсколько мѣсяцевъ (этотъ—случай *Nussbaum'a*, о которомъ уже было упомянуто выше).

Замѣчательно въ описываемомъ мною случаѣ и отношеніе брюшины къ забытому инструменту. Брюшина, какъ это обычно бываетъ въ подобныхъ случаяхъ, отбѣчала на присутствіе инороднаго тѣла въ ея полости осумковывающимъ воспаленіемъ. Но сумка около одной части инструмента—лежавшей въ заднемъ *Douglas'*овомъ пространствѣ—образовалась на самой поверхности послѣдняго, а около другой—пробуравившей брюшную стѣнку—на поверхности слипшихся вокругъ инструмента кишечекъ; оба отѣла сумки, повидимому, переходили одинъ въ другой, такъ что ко времени операціи инструментъ оказался лежавшимъ до извѣстной степени внѣбрюшинно. Отчего завѣсьма указанная разниа—сказать трудно; но, по всей вѣроятности, причина ея слѣдуетъ искать въ различной степени безгигиеничности обоихъ отѣловъ инструмента.

Наконецъ, не лишентъ интереса и избранный мною въ этомъ случаѣ путь для извлеченія инструмента. О томъ, чтобы дожидаться окончанія начавшагося у больной произвольнаго выдѣленія инструмента,—конечно, нечего было и думать. Извлечь зажимъ чрезъ образовавшійся свищъ въ брюшныхъ стѣнкахъ больной также было невозможно, потому что широкій конецъ его находился въ брюшной полости. Мнѣ оставалось выбирать между чревосѣченіемъ и кольпотоміей. Первая сопровождалась-бы значительной травмой, и при ней можно было опасаться широкаго зараженія брюшной полости, почему я и предпочелъ кольпотомію. Правда, и при этой послѣдней была опасность внести заразное начало въ нижніе отѣлы брюшной полости, проводя черезъ нихъ зараженный конецъ инструмента, но, предпочтя все-таки кольпотомію, я руководился правиломъ—изъ двухъ золъ выбирать меньшее. Исходъ случая, мнѣ кажется, показалъ, что я былъ правъ.

Источники: 1. *Neugebauer*. Zufällige Zurücklassung eines sub operatione benutzten Fremdkörpers (Arterienklemme, Schwamm, Tupfer etc.) in der Bauchhöhle. «Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie», т. XI, стр. 821, 933.—2. *Она-же*. 87 neue Beobachtungen von zufälliger Zurücklassung eines sub operatione benutzten Fremdkörpers in der Bauchhöhle sammt einigen anderen unvorhergesehenen Zufällen intra operationem. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1904 г., № 3.—3. См. напр., *Kelly*, What precautions shall we take to avoid leaving foreign bodies in the abdomen after operations. «New-York Medical Journal», 1904 г., № 24.—4. *Houzel*. Pince spéciale à maintenir les compresses abdominales dans la laparatomie. «Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale», 1903 г., стр. 495; см. также *Klein*, «Centralblatt f. Gynaekologie», 1898 г., стр. 480.—5. *Kelly*. Op. c.—6. См. объ этомъ мою статью «Къ технике брюшной чревосѣченій», «Русский Врачъ», 1903 г., № 2; «Die medizinische Woche», 1904 г., № 28—30.

## СХVI. Коренная операція пупочной грыжи \*).

Ч. пр. Р. Р. Вредена (Петербургъ).

Коренная операція пупочной грыжи должна удовлетворять 2-мъ основнымъ требованіямъ: 1) возможно прочнѣе закрыть существующее въ передней брюшной стѣнкѣ отвер-

стіе и 2) предотвратить возможность возврата какъ на мѣстѣ операціи, такъ и выше или ниже существовавшего до операціи отверстія. Оба эти требованія легко выполнимы при небольшихъ пупочныхъ грыжахъ путемъ изсѣченія грыжевого мѣшка и пупочнаго кольца съ послѣдующимъ наложеніемъ этажныхъ швовъ на брюшину съ поперечной фасціей, на заднюю пластинку влагалища прямыхъ мышцъ, на медиальный край послѣднихъ, на переднюю пластинку влагалища тѣхъ-же мышцъ и на кожу. Но при большихъ пупочныхъ грыжахъ, когда прямые мышцы живота раздвинуты на болѣе или менѣе значительное разстояніе, а соприкосновеніе ихъ можетъ быть достигнуто лишь съ величайшимъ трудомъ или и вовсе не можетъ быть достигнуто, выполненіе этихъ основныхъ требованій коренной операціи представляетъ задачу далеко не легкую. При широкихъ грыжевыхъ воротахъ и при значительномъ расхожденіи въ этой области прямыхъ мышцъ всякіе оперативные приемы насильственнаго сближенія послѣднихъ путемъ шва, выдѣленія мышцъ изъ ихъ влагалища и путемъ мышечной пластики не дадутъ обыкновенно прочнаго результата въ виду прорѣзыванія швовъ или нарушенія питания и иннервации мышцъ съ послѣдующимъ ихъ перерожденіемъ.

Указанный недостатокъ можно восполнить слѣдующимъ оперативнымъ приемомъ, давшимъ мнѣ наилучшіе результаты даже у весьма тучныхъ больныхъ и при весьма объемистыхъ грыжахъ.

Источенный кожный покровъ грыжевого мѣшка очерчивается 2-мя дугообразными, продольными или поперечными, сливающимися по концамъ разрывами. Сильно развитый здѣсь обыкновенно жировой слой разсѣкается до подлежащаго апонейротического слоя, послѣ чего осторожно отпрепаровывается жировая кѣлѣчатка, покрывающая апонейротическое растяженіе въ области грыжевыхъ воротъ и вдоль шейки грыжевого мѣшка. Послѣдній вмѣстѣ съ покрывающими его апонейротическими волокнами разсѣкается круговымъ разрывомъ на разстояніи около 2 см. впереди отъ грыжевого кольца, а 2-мя боковыми надразвами культи грыжевого мѣшка раздѣляется на верхній и нижній брюшино-апонейротическіе лоскуты безъ нарушенія цѣлости апонейротического грыжевого кольца.

По окончаніи необходимыхъ манипуляцій надъ брюшными внутренностями нижній брюшино-апонейротическій лоскутъ 2-мя матрачными швами, проникающими по бокамъ черезъ края грыжевого кольца, подшивается подъ верхній лоскутъ, а послѣдній укрѣпляется на нижнемъ нѣсколькими узловыми швами, какъ это предложено американскимъ хирургомъ *Mayo*. Запнувъ такимъ образомъ брюшную полость, приступаемъ къ наиболѣе существенной части операціи — къ сближенію и удержанію въ такомъ положеніи прямыхъ мышцъ и къ закрытію существующей между ними недостаи путемъ апонейротической пластики. 2-мя выпуклыми снаружы разрывами, доходящими до наружнаго края прямыхъ мышцъ, вскрывается передняя пластинка влагалища обоихъ прямыхъ мышцъ. Длина разрывовъ зависитъ отъ длинника грыжевого кольца. Концы разрывовъ должны находиться на 2 см. выше и ниже соответственныхъ полюсовъ грыжевого кольца и не доходить до медиальнаго края влагалища мышцъ приблизительно на 1 см. Очерченные такимъ образомъ апонейротическіе лоскуты отдѣляются отъ подлежащихъ мышцъ, послѣ чего одинъ изъ нихъ подшивается нѣсколькими матрачными швами къ медиальному краю апонейротического влагалища мышцы противоположной стороны, а 2-ой покрываетъ 1-ый и удерживается въ соответственномъ положеніи швами. Образующіеся при этомъ у верхнихъ и нижнихъ концовъ разрывовъ апонейротическіе гребни тщательно сшиваются между собою. Затѣмъ накладываются кожные швы. Такимъ образомъ грыжевые ворота весьма прочно закрываются толстыми апонейротическими слоями безъ всякой травматизаціи прямыхъ мышцъ, которые при этомъ значительно сближаются и лишены всякой возможности разойтись и въ будущемъ.

При примѣненіи такого способа мнѣ пока не приходилось наблюдать возврата. Конечно, ограниченность

\*) Сообщено въ Русскомъ хирургическомъ Обществѣ Пирогова 12/IV 1906 г.

моихъ наблюдений (8 случаевъ) и небольшая давность ихъ (отъ 2 до 10 мѣс.) не даютъ мнѣ права на какіе-либо категорическіе выводы, но, по аналогіи съ прекрасными результатами лѣченія эвентрацій по способу проф. *К. М. Сантжко* — путемъ удвоения брюшныхъ стѣнокъ, мы и здѣсь можемъ рассчитывать на полный успѣхъ.

СХVII. Изъ госпитальной хирургической клиники проф. С. П. Овдорова въ В.-Медицинской Академіи.

Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи множественныхъ папилломъ гортани въ дѣтскомъ возрастѣ [случай ларингофиссуры \*)].

О. Л. Нобылинскаго.

По словамъ перваго хирурга-ларинголога *P. Bruns*'а <sup>1)</sup>, «на операцію тиреотоміи слѣдуетъ смотрѣть, какъ на нетрудно выполнимую технически и связанную съ очень небольшою опасностью для жизни больного; она однако въ высокой степени угрожаетъ цѣлости голосового органа. Расщепленіе щитовиднаго хряща, какъ предварительный актъ вылученія опухоли изъ полости гортани, даже во всю его высоту, даетъ лишь ограниченный доступъ и вслѣдствіе этого при опухоляхъ, сидящихъ на широкомъ основаніи и множественныхъ, совсѣмъ не обезпечиваетъ удачу основательнаго удаленія, равно какъ не даетъ достаточной гарантіи отъ возвратовъ при наклонности опухоли къ нимъ». По вопросу о лѣченіи множественныхъ папилломъ у дѣтей *Bruns* <sup>2)</sup> пишетъ: «примѣненіе ларинготоміи надо ограничить тяжелыми случаями и, по возможности, избѣгать ее у дѣтей въ первые годы жизни», и «во всякомъ случаѣ какъ одиночной, такъ и множественной папилломы слѣдуетъ испытать лѣченіе ларингоскопическимъ путемъ».

И, дѣйствительно, ларинготомія угрожаетъ многими неприятностями больному. Даже въ самыхъ удачныхъ случаяхъ операціи, при крѣпкомъ сращеніи расщепленныхъ пластинокъ щитовиднаго хряща голосовыя связки могутъ оказаться не въ одной плоскости въ мѣстѣ ихъ соединенія. При операціи разрѣзъ можетъ прійтись не на спайку (септиссура), а нѣсколько къ боку и отрѣзать голосовую связку отъ мѣста ея прикрѣпленія. Такого рода случайность скорѣе можетъ произойти у дѣтей, у которыхъ пластинки щитовиднаго хряща не образуютъ остраго угла, какъ у взрослыхъ. Все это, разумѣется, не можетъ не отозваться на работоспособности голосового прибора. Гораздо хуже, если пластинки щитовиднаго хряща не срастутся или разойдутся послѣдовательное рубцовое суженіе гортани; тогда страдаетъ и дыхательная дѣятельность органа. Конечно, операція, произведенная искусной рукой, рѣдко повлечетъ за собой вышеназванныя послѣдствія.

Что касается возвратовъ папилломъ послѣ ларинготоміи, то въ литературѣ имѣется цѣлый рядъ сообщеній о много разъ повторяемой операціи у одного и того-же больного вслѣдствіе упорныхъ возвратовъ. *Jurass* <sup>3)</sup> собралъ много случаевъ повторныхъ ларинготомій, сообщенныхъ различными авторами (въ случаѣ *Clubbe* операція была повторена на одномъ больномъ 7 разъ въ продолженіе 3-хъ лѣтъ, прежде чѣмъ достигли результата). У *Harmer*'а <sup>4)</sup> сообщены случаи послѣдняго времени.

По статистикѣ *Rosenberg*'а, приведенной у *Bruns*'а <sup>2)</sup>, изъ 109 ларинготомированныхъ дѣтей (операція въ общей сложности была произведена 143 раза) выздоровѣли 40 (36%), при чемъ у 10 наступило расстройство голоса. Изъ 88, пользовавшихся внутригортаннымъ способомъ, выздоровѣли 40 (45%), при чемъ относительно 16, также оправившихся отъ операціи, результатъ остался неизвѣстнымъ. По статистикѣ самого *Bruns*'а: «изъ 21 ларинготомированныхъ у 8 (въ 38%) наступило продолжительное выздоровленіе; изъ 47, пользовавшихся ларингоскопическими

способами, стойкое выздоровленіе достигнуто у 13 (въ 27,6%)». Сравнительно малый % выздоровленій въ статистикѣ *Bruns*'а при внутригортанномъ лѣченіи объясняется производствомъ операцій въ болѣе раннюю, до-кокантиную эпоху. «Ларинготомія даетъ выздоровленіе нѣсколько больше, чѣмъ въ 1/3 случаевъ <sup>1)</sup>, говоритъ *Bruns*.

Большинство современныхъ авторовъ раздѣляютъ показанія *Bruns*'а къ ларинготоміи; за то не мало есть и представителей крайнихъ взглядовъ: съ одной стороны — враговъ открытаго способа (*Chiari*, *Massei*, *Harmer* и др.), съ другой — горячо отстаивающихъ расщепленіе гортани для удаленія опухоли [*Rose*, *Masini*, *K. A. Payxhuss* <sup>5)</sup> и *Nawratil* <sup>6)</sup> у болѣе взрослыхъ и др.].

Я не буду описывать всѣхъ оперативныхъ приемовъ, какъ «Schwammmethode» *Voltolini*, способъ *Löri*, *Rossbach*'а, *autoscopi*'я по *Kirschstein*'у, отсылая интересующихся этимъ вопросомъ къ работѣ *Jurass*'а и къ статьѣ *Harmer*'а, гдѣ можно найти описаніе всѣхъ этихъ способовъ съ критической ихъ оцѣнкой. Остановлюсь лишь попутно на тѣхъ способахъ, которые примѣнялись у нижеописываемаго мною больного или входили въ наши планы при его лѣченіи.

Въ 1904 г. передъ Рождественскими каникулами мать привела своего ребенка, мальчика, 4-хъ лѣтъ, на амбулаторный приемъ въ клинику по болѣзнямъ уха, горла и носа проф. *Н. П. Симановскаго* съ жалобой на слабость его голоса, которую она замѣтила у ребенка еще въ маѣ. Дыханіе свободно, съ небольшою шумомъ.

Мальчикъ слабаго сложенія, съ явленіями бывшаго рахита: съ ясно выраженной 4-угольной формой несоразмѣрно большой головы, съ грудью въ видѣ пѣтушьяго гребня, съ четковидными углубленіями на ребрахъ, съ относительно большимъ животомъ и пр. Рожденъ недоношеннымъ, на 7-мъ мѣсяцѣ беременности. 6 недѣль послѣ рожденія пребывалъ въ сонномъ состояніи, завернутый въ вату, просыпаясь, чтобы взять грудь, и снова впадая въ сонъ. На 2-мъ мѣсяцѣ мать стала замѣчать у него потѣніе затылка и явленія т. наз. *stapnotabes*'а. Началъ ходить 1 года 2 мѣс. (стоялъ на ногахъ 11 мѣс.), и съ этого времени обнаружилось искривленіе ногъ. Рахитъ остановился на 3-мъ году. Хроническій бронхитъ. Изъ разспросовъ выяснилось, что мальчикъ уже лежалъ мѣсяцъ въ дѣтской больницѣ пр. Ольденбургскаго, гдѣ у него была опредѣлена гортанная опухоль; въ больницѣ дѣлались и попытки удалить эту опухоль, но безъ успѣха.

При ларингоскопіи мною найдена опухоль блѣдно-розоваго цвѣта, похожая на цвѣтную капусту, сидѣвшая въ правой 1/2 гортани, главнымъ образомъ надъ истинной голосовой связкой, и переходившая къ переднему углу голосовой щели. Насколько можно было заглянуть вглубь гортани при вдыханіи, просвѣтъ ея казался свободнымъ. Уже по одному виду опухоли нельзя было сомнѣваться, что дѣло имѣлось съ папилломой.

Съ января 1905 г. и до конца учебнаго года ребенокъ систематически посѣщалъ амбулаторію горловой клиникіи. Онъ съ невозмутимымъ спокойствіемъ давалъ себя ларингоскопировать и смазывать себѣ гортань, сидя у матери на коленяхъ, при чемъ мать держала ему языкъ. Но, не смотря на такую видимую покорность, не смотря на долгое приученіе ребенка къ введенію ему въ гортань инструмента, уже при одномъ приближеніи гортаннаго инструмента ко входу въ гортань неминуемо наступала рвотная судорога, и инструментъ ускользалъ изъ поля зрѣнія въ гортанномъ зеркалѣ. Въ теченіи 4-хъ мѣсяцевъ (съ января по май) *В. И. Волчекъ* и я по очереди трудились надъ нашимъ маленькимъ больнымъ, и за все это время мы не видѣли никакого успѣха въ умѣніи его переносить внутригортанные манипуляціи. Въ какаинизаціи не было недостатка: мы иногда доводили ребенка даже до легкаго отравленія — расширенія зрачковъ и состоянія легкаго возбужденія. Тѣмъ не менѣе время отъ времени намъ удавалось, почти на ощупь, снимать кусочки опухоли (гортанной петлей, щипцами *M. Schmidt*'а). Но опухоль почти на нашихъ глазахъ росла и вширь, и вглубь. Къ концу апрѣля она достигла максимумъ роста и съ тѣхъ поръ оставалась безъ видимой въ зеркало перемѣны.

Если придревитаться классификаціи гортанныхъ папилломъ *Oertel*'а <sup>7)</sup>, то нашъ случай относится къ 3-ей его группѣ: новообразование было широко распространено, занимало весь просвѣтъ гортани, исходило изъ разныхъ мѣстъ, мѣстами имѣло видъ цвѣтной капусты, мѣстами малины или тутовой ягоды. Къ 1-ой группѣ *Oertel* относитъ отдѣльные узелки опухоли, одиночные или разбросанные въ различныхъ мѣстахъ слизистой оболочки гортани, а ко 2-ой — папилломы въ видѣ пѣтушьяго гребешка, съ широкимъ общимъ основаніемъ, на которомъ видѣются отдѣльныя возвышенія.

Какъ видно на рис. 1, вся полость гортани занята была папилломатозными массами, въ которыхъ можно было различить 2 главныхъ узла: правый — болѣе поверхностный, шедшій спереди (нѣсколько вбокъ отъ средней линіи) къ межчерпаловидному пространству, и лѣвый, лежавшій нѣсколько ниже и занимавшій остальную видимую часть гортани. При вдыханіи опухоли нѣсколько раздвигались и тогда становились видны и шедшія вглубь папилломатозныя разрастанія.

\*) Сообщено (съ предъавленіемъ больного) въ Обществѣ врачей по горловымъ, носовымъ и ушнымъ болѣзнямъ въ Петербургѣ 18/II 1906 г.



Въ концѣ апрѣля у больного начали развиваться приступы удушья. Ребенокъ за недѣлю измѣнился до неузнаваемости.



Рис. 1.

1/4, при явленияхъ угрожающей одышки съ удлиненнымъ вдыханіемъ, съ сильными стенохическими шумами, съ втягиваніемъ участившихъ мѣстъ грудной кѣтки, съ лающимъ кашлемъ и явлениями синюхи, больному была сдѣлана А. В. Качановымъ трахеотомія въ госпитальной хирургической клиникѣ проф. С. П. Федорова.

Интубація гортани, предлагаемая нѣкоторыми авторами [Schaller, Baldwin, Browne, Raynor, Petoven, Lichtwitz<sup>3)</sup>] при множественныхъ папилломахъ, была прямо опасна, при такомъ сильномъ развитіи опухоли, какое наблюдалось у нашего больного, хотя-бы вслѣдствіе возможнаго насильственного отрыванія кусочковъ опухоли, которые, упавъ въ болѣе глубокіе воздухоносные пути, могли-бы вызвать серьезныя осложненія [Baumgarten<sup>1)</sup>]. Уже тогда могъ возникнуть вопросъ о производствѣ прямо ларингофиссуры для удаленія опухоли съ оставленіемъ трахеотомической трубочки въ нижнемъ углу раны, какъ это соотвѣтуетъ дѣлать Pieniążek<sup>4)</sup> во всѣхъ случаяхъ множественныхъ папилломъ гортани, требующихъ трахеотоміи. Но тогда-же мы отбросили эту мысль въ надеждѣ еще бороться съ опухолью внутригортаннымъ путемъ и рассчитывая на цѣлебное выключеніе гортани изъ поля ея дѣйствія. Надежды наши, однако, не оправдались. Съ этого времени больной позволялъ себя только ларингоскопировать, но зажималъ зубы и начиналъ плакать при одномъ видѣ даже такого невиннаго инструмента, какъ смазыватель гортани. На этомъ и кончается исторія внутригортаннаго леченія ребенка.

Что касается 2-го предположенія о леченіи папилломъ трахеотомической канюлей, то и это желаніе наше неосуществилось, но за то оказало намъ большую услугу въ будущемъ. Ниже я подробнѣ остановлюсь на этомъ способѣ леченія множественныхъ папилломъ.

Черезъ 10 дней мальчикъ былъ выписанъ и въ теченіи всего года ходилъ для смѣны трахеотомической канюли. Время отъ времени ему приходилось снимать ушную петлю грануляцій въ окрестности трахеальнаго свища. Приходилось все время бороться съ непокидавшимъ его бронхитомъ. И за все это время не было замѣчено ни малѣйшей наклонности опухоли къ обратному развитію: ларингоскопическая картина оставалась все той-же, и больной не могъ дышать, если ему закрывали наружное отверстие канюли.

Этѣмъ черезъ 4 мѣсяца послѣ трахеотоміи—ребенокъ вновь поступилъ въ хирургическую клинику для окончательнаго излеченія и освобожденія отъ канюли.

Намъ казалось, что мы исполнили требованія современныхъ ларингологовъ прежде, чѣмъ рѣшиться на ларингофиссуру; мы думали, что случай нашъ, по его трудности для внутригортаннаго леченія, вполне удовлетворяетъ показаніямъ для ларингофиссуры, приведеннымъ выше. Конечно, мы могли-бы ждать еще мѣсяцы въ расчетѣ на цѣлебное дѣйствіе канюли или годы, памятуя, что папилломы гортани съ возрастомъ больного приобретаютъ наклонность къ обратному развитію [Massei, Thorner, Koch, Meyer<sup>5)</sup> и др.], или рассчитывая удалить ихъ внутригортаннымъ путемъ, когда больной станетъ старше. Но самое выключеніе на столь долгое время выше лежащихъ дыхательныхъ органовъ изъ круга благотворнаго ихъ дѣйствія казалось намъ нежелательнымъ, а въ виду дѣтскаго возраста больного, антигигіеническихъ условій жизни и его рахитизма и прямо опаснымъ. Можно было-бы, во избежаніе ларингофиссуры, попытаться удалить папилломы

внутригортаннымъ путемъ подъ общимъ наркозомъ въ сочетаніи съ мѣстной кокаиновой анестезіей, какъ это предлагаетъ дѣлать Scanes Spicer<sup>9)</sup>. Ему удалось въ 3 сеанса освободить 3 1/2-лѣтняго мальчика отъ папилломъ гортани. Но, не говоря уже о томъ, что способъ этотъ совсѣмъ еще не изученъ, онъ казался намъ непригоднымъ и потому, что вслѣдствіе большого распространенія опухоли у больного онъ потребовалъ-бы повторнаго примѣненія наркоза,—можетъ быть, большее число разъ, чѣмъ у самого автора этого способа.

Тѣ-же соображенія оставались въ силѣ и при обсужденіи вопроса объ удаленіи опухоли прямыми способами. Безъ наркоза едва-ли можно было-бы примѣнить у нашего больного шпатель Kirschstein'a, въ виду крайней нервности ребенка.

Наркозъ для внутригортанной операціи мы думали испытать въ случаѣ возврата опухоли послѣ предполагаемой операціи.

Изъ всего сказаннаго, мнѣ кажется, можно заключить, что мы имѣли право попытаться охотѣе съ ларингофиссурой для удаленія опухоли.

13/х была сдѣлана эта операція (проф. С. П. Федоровъ) подъ хлороформнымъ наркозомъ. Больной усыпался черезъ наружное отверстіе трахеотомической трубочки поднесеніемъ марлеваго шарика, смоченнаго хлороформомъ (его израсходовано за время операціи 20,0). Положеніе больного со свѣщенной головой и приподнятымъ туловищемъ. Сначала было расширено трахеотомическое отверстіе разрезомъ внизъ. Въ нижній уголъ раны вставлена и туго обложена марлей трахеотомическая канюля. Кожный разрѣзъ—отъ верхняго края подъязычной кости внизъ до трахеальнаго свища. Хрящи гортани разсѣчены тупоконечнымъ скапелемъ, введеннымъ въ полость гортани черезъ трахеальное отверстіе, изнутри кнаружи, какъ разъ въ углу, образованномъ пластинками щитовиднаго хряща. Разсѣченъ былъ и кольцевидный хрящъ. Края раны разведены крючками. Папилломатозныя массы захватывались пинцетомъ и удалялись, по возможности со слизистой оболочкой, глазами ножицами. Сначала были удалены папилломатозныя разрошенія изъ-подъ голосовыхъ связокъ, потомъ въ области голосовой щели и выше ея. При изсѣченіи главныхъ узловъ, которые такъ отчетливо были видны при ларингоскопії, пришлось снять часть т. наз. partis tensae лѣвой голосовой связки. Ложе опухоли въ межчерпаловидномъ пространствѣ было прижжено гальванокаутеромъ. 3 катетерныхъ шва на сближенные пластинки щитовиднаго хряща и 3 шелковыхъ на верхній уголъ кожной раны. Гортань затампонирована іодоформной марлей. Операція длилась 1 ч. 30 мин. Предписано горизонтальное положеніе больному. Никакихъ послѣхлороформныхъ осложнений. Веч. 38°2.

Ежедневныя перевязки: въ гортань вводился тампонъ, и трубочка туго обкладывалась марлей, чтобы отдѣляемое изъ гортани не могло спуститься въ нижележащія дыхательные пути. На 5-ый день сняты кожные швы. Дней черезъ 10 рана сзудилась до разбитовъ обычнаго трахеотомическаго свища, при затмѣніи котораго больной свободно дышалъ черезъ гортань.

При микроскопическомъ изслѣдованіи кусочковъ опухоли обнаружилась типическая для папилломы картина: вѣтвистый соединительно-тканый остовъ, пронизанный кровеносными сосудами и покрытый многослойнымъ эпителиемъ.

Самочувствіе больного съ первыхъ-же дней послѣ операціи все время было хорошее. Первое время у него нѣсколько усилился бронхитъ (появились разсѣянные влажные хрипы), державшіяся нѣсколько дней, вечерами поднимавшія температуру до подлихорадочныхъ цифръ и постепенно прошедшія. Больной сидѣлъ въ кровати въ концѣ 2-ой недѣли, а черезъ 2 недѣли ему было разрѣшено и ходить. Въ началѣ 3-ей недѣли послѣ операціи больной былъ ларингоскопированъ. Просвѣтъ гортани найденъ свободнымъ; голосовая щель по формѣ приближается



Рис. 2.

къ 4-угольнику, нѣсколько суживающемуся кпереди. На передней стѣнкѣ гортани, ниже уровня голосовыхъ связокъ имѣется небольшое гладкое выпячиваніе на мѣстѣ слѣпки пластинки

щитовиднаго хряща послѣ ихъ расщепленія. Въ межчерпаловидномъ пространствѣ обнаруженъ небольшой узелокъ опухоли, въ просвѣтъ зерно, блѣдно-розоваго цвѣта, который двѣи черезъ 10 увеличился до размѣровъ коноплянаго зерна и представлялъ нѣкоторую бугристость (рис. 2). Дыханію этотъ маленький возвратъ не препятствовалъ. О внутригортанномъ удаленіи его безъ наркоза не могло быть и рѣчи, потому что ребенокъ по прежнему не давалъ вводить гортаннаго инструмента. Больному была вставлена трахеотомическая трубочка безъ верхняго отверстія, съ которой онъ и былъ отпущенъ домой.

Если раньше, когда опухоль занимала весь просвѣтъ гортани, выжидательное леченіе трахеотомической канюлей и не оправдало нашихъ надеждъ, то теперь въ самомъ началѣ ея развитія мы могли ждать результата отъ ушитрежденія канюли безъ окна въ верхней стѣнкѣ, совершенно устраняющей гортань отъ участія какъ въ дыханіи, такъ и особенно въ кашлѣ. Въ случаѣ наклонности опухоли къ разрастанію предполагалось испытать удаленіе ея внутригортаннымъ путемъ подъ общимъ наркозомъ по *Spicer'у*, о чемъ уже было сказано выше. На это выжиданіе мы смотрѣли не какъ на бездѣйствіе, а какъ на сознательный способъ леченія. Такой взглядъ имѣлъ подъ собой основаніе въ виду ряда литературныхъ данныхъ, говорящихъ за благотворное дѣйствіе трахеотомической канюли.

Впервые *Hunter Mackenzie*<sup>10)</sup> (въ 1884 г.) указалъ, что трахеотомія при множественныхъ папилломахъ гортани примѣнима не только для предотвращенія угрожающаго задушенія, но и какъ средство для полнаго излѣченія. Въ 1 его случаѣ больной носилъ трубку 1 годъ, въ другомъ—6 и въ 3-мъ—7 мѣс. За цѣлебное свойство трахеотомической канюли говорятъ равнымъ образомъ случаи *Schrötter'a*, *Cowgill'a*, *Woods'a*, *Grandt'a*, *White*, *Stumbo*<sup>11)</sup>, *Garel'a*<sup>11)</sup>, *Bailton'a*<sup>12)</sup>, *Summers'a*<sup>13)</sup>. Въ русской литературѣ на такое леченіе указываетъ *Л. П. Александровъ*<sup>14)</sup>, сообщающій 2 случая, въ которыхъ установлено излѣченіе отъ множественныхъ папилломъ черезъ 4 года и 2 мѣс. послѣ трахеотоміи въ одномъ и черезъ 6 лѣтъ въ другомъ. Едва-ли, однако, исчезновеніе папилломъ всецѣло можно отнести здѣсь на долю лѣчебнаго дѣйствія канюли, ибо въ столь долгій промежутокъ времени папилломы могутъ исчезнуть и въ силу присущей имъ наклонности къ обратному развитію съ возрастомъ.

Во всѣхъ перечисленныхъ случаяхъ наступило самоизлѣченіе, благодаря атрофіи папилломъ до полнаго ихъ исчезновенія (въ срокъ отъ 7 недѣль—случай *Garel'a*—до 1 года и больше). Иногда-же трахеотомическая канюля приводитъ къ выздоровленію и другимъ способомъ: она способствуетъ отдѣленію папилломъ отъ ихъ матерной почвы, ихъ отрыванію и откашливанію до окончательнаго освобожденія больного отъ опухоли. Примѣръ такого самоналѣченія отъ папилломъ приводитъ *Н. Mackenzie*<sup>15)</sup>, *Oertel* и *С. С. Элиасбергъ*<sup>16)</sup>. Трахеотомія предлагается только съ лѣчебной цѣлью и при другихъ заболѣваніяхъ гортани [*Kuttner*<sup>17)</sup>]. На цѣлебное дѣйствіе трахеотомической канюли слѣдуетъ смотрѣть, такимъ образомъ, какъ на частный примѣръ леченія больного органа покоемъ.

И такъ, описываемый мною больной оставленъ былъ съ трахеотомической канюлей для наблюденія. Онъ показывался 1 разъ въ 2 недѣли. Черезъ мѣсяцъ по обнаруженіи возврата найдено было уменьшеніе послѣдняго, а черезъ 1½ и полное его исчезновеніе. Съ тѣхъ поръ ребенокъ носитъ трахеотомическую трубку уже съ окномъ. Наружное отверстіе ея постоянно остается герметически замкнутымъ. Уже болѣе 2-хъ мѣсяцевъ ребенокъ постоянно дышетъ нормальнымъ путемъ, какъ въ бодрствѣнномъ состояніи, такъ и во снѣ. Онъ безъ малѣйшаго затрудненія входитъ на высокую лѣстницу и катается на санкахъ своихъ сверстниковъ. Голосъ у него не звучный, но говоритъ онъ вполне повнятно для окружающихъ. За послѣднее время со стороны голоса замѣчается улучшеніе, что даетъ еще большую надежду на будущее, когда ребенокъ будетъ освобожденъ отъ трубки, тѣмъ болѣе, что улучшеніе голоса черезъ извѣстное время послѣ операціи—не рѣдкость. Возврата опухоли у больного, можно надѣяться, не будетъ, потому что обычно онъ появляется быстро вслѣдъ за операціей, а за то время, которое протекло со времени операціи у описываемаго мною больного, опухоль достигла-бы прежнихъ размѣровъ \*).

\* ) Черезъ 2 недѣли послѣ предъавленія въ Обществѣ больной былъ освобожденъ отъ трубки, а черезъ 2 мѣсяца я видѣлъ его съ совершенно закрытымъ трахеальнымъ свищемъ и по прежнему свободнымъ дыханіемъ.

Ларингоскопическая картина (рис. 3) держится безъ переменъ со времени 1-го изслѣдованія зеркаломъ, если не считать вышеупомянутого возврата. Голосовая щель имѣетъ форму скорѣе трапеціи; выпячиваніе на передней стѣнкѣ въ мѣстѣ спаянія пластинокъ щитовиднаго хряща тоже. Лѣвая голосовая связка состоитъ какъ-бы изъ 2-хъ тяжей, расположенныхъ одна надъ другой (удалена часть связки при операціи). Черпаловидные хрящи мало подвижны.



Рис. 3.

Со времени возстановленія нормальнаго дыханія исчезли у больного и всѣ явленія бронхита, а мать его отмѣчаетъ общее улучшеніе его состоянія въ смыслѣ большей бодрости и равновѣсія нервной системы.

Я такъ подробно остановился на описаніи этого случая самого по себѣ не очень рѣдкаго заболѣванія, полагая, что исторія болѣзни описаннаго мною больного можетъ быть интересной постольку, поскольку она представляетъ собою примѣръ различныхъ способовъ леченія, примѣненныхъ на одномъ и томъ-же больномъ.

Кромѣ того, предполагаемое излѣченіе послѣ единичной операціи составляетъ необыденное явленіе. На вышеописанномъ больномъ удалось прослѣдить, такъ сказать, ad oculos лѣчебное дѣйствіе трахеотомической канюли. Наконецъ, русская литература совсѣмъ небогата хорошо прослѣженными случаями папилломъ гортани, лѣченныхъ ларингофиссурой.

Въ заключеніе я долженъ сказать, что борьба съ папилломами составляетъ тяжелую долю не однихъ только ларингологовъ. Эти гистологически доброкачественныя опухоли своей наклонностью къ возвратамъ и размѣщеніемъ часто въ функционально важныхъ полостяхъ и отверстіяхъ человѣческаго тѣла не мало доставляютъ хлопотъ и хирургамъ (папилломы въ почечной лоханкѣ, множественныя папилломы мочевого пузыря, особенно у отверстія мочеочечниковъ). Такимъ образомъ «даже доброкачественныя микроскопически папилломы приходится клинически считать злокачественными» [проф. *С. П. Федоровъ*<sup>18)</sup>].

Литература. 1. *P. Bruns*. Die Laryngotomie z. Entfernung intralaryng. Neubildungen. Berlin. 1878 г. — 2. *Онъ-же*. Handbuch der praktischen Chirurgie v. prof. *Bergmann*, *Bruns*, *Mikulicz*, т. II, русск. перев. 1900 г.—3. *Jurass*. Die Neubildungen des Kehlkopfes. *Heimann's* Handbuch der Laryngologie u. Rhinologie, т. 1, ч. 2.—4. *Harmer*. Ueber die Behandlung der Kehlkopfapillome im Kindesalter, mit besonderer Berücksichtigung der Laryngotomie. «*Frankel's Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie*», 1903 г., т. 14, стр. 58. — 5. *К. А. Пауффусъ*. Общественно дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ. Засѣданіе 29/ш 1900 г. «Дѣтская Медицина», 1900 г., т. 5, стр. 226. — 6. *Navratil*. Zur Therapie der multiplen Larynxpapillome. «*Berliner klin. Wochenschrift*», 1896 г., стр. 201.—7. *E. Brumgarten*. Ueber Kehlkopfapillome bei Kindern und deren Behandlung. «*Frankel's Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie*», 1898 г., т. 1898, стр. 168. — 8. *Meyer*. Berliner Laryngol. Gesellschaft. Zасѣданіе 29/х 1897 г. Прив. по передачѣ въ «*Centralblatt f. Laryngologie u. Rhinologie v. Semon*», 1897 г.—9. *Sc. Spicer*. Laryng. Gesellschaft zu London. Zасѣданіе 3/ш 1899 г. По передачѣ въ «*Centralblatt f. Laryngologie u. Rhinologie v. Semon*», 1900 г., стр. 211.—10. *Mackenzie*. Papillomata of the larynx in children. «*British Med. Journal*», 1896 г., 12 сентября. — 11. *Garel*. Papillome de larynx chez les enfants. Dispar. spont. après trachéot. «*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*», 1891 г. — 12. *Railton*. Multiple papillomata of the larynx in young children treated by tracheotomy only. «*British Med. Journal*», 1898 г., 19 февраля, стр. 488.—13. *Summers*. The treatment of papillomata of the larynx in children. «*New-York Med. Journal*», 1903 г., 22 августа, стр. 357.—14. *Л. П. Александровъ*. Лѣченіе папилломъ гортани у дѣтей трахеотоміей. «Дѣтская Медицина», 1898 г., стр. 104.—15. *Mackenzie*. Remarks on laryngeal growths in young children. «*British Med. Journal*», 1889 г., № 2003.—16. *С. С. Элиасбергъ*. Случай самопроизвольнаго большаго количества гортанныхъ папилломъ.

Обзоръ, 1891 г., т. 35, стр. 46. — 17. Kuttner. Ueber den Einfluss der Tracheotomie auf Larynxaffektionen. «Berliner klin. Wochenschrift», 1891 г., стр. 35. — 18. Проф. С. П. Федоровъ. Обь оперативныхъ вѣшательствъ при опухоляхъ мочевого пузыря. «Русскій Хирургическій Архивъ», 1903 г., кн. 5, стр. 3.

# СХVIII. Изъ ушного отдѣленія Петербургскаго Николаевскаго военнаго госпиталя.

## Обзоръ произведенныхъ въ теченіи года <sup>1)</sup> трепанацій сосцевиднаго отростка.

П. К. Брошніовскаго.

Николаевскій военный госпиталь—единственное лечебное учрежденіе Петербургскаго военнаго округа, располагающее специальнымъ ушнымъ отдѣленіемъ, кромѣ, конечно, клиникъ ушныхъ, горловыхъ и носовыхъ болѣзней при клиническомъ военномъ госпиталѣ, куда изъ войсковыхъ частей поступаетъ сравнительно немного больныхъ. Въ виду этого число больныхъ въ ушномъ отдѣленіи Николаевскаго госпиталя—весьма большое, и суточное количество ихъ часто превышаетъ 200 чел. За отчетный годъ въ отдѣленіи находились 2177 коечныхъ больныхъ; изъ нихъ 1788 чел. (82,1%) страдали гнойнымъ воспаленіемъ среднего уха, остальные же 389 (17,9%)—катарромъ среднего уха, наружнымъ отитомъ и различными болѣзнями горла и носа.

Способъ леченія острыхъ гнойныхъ отитовъ зависитъ всецѣло отъ взглядовъ каждаго врача. Я лично, убѣдившись въ преимуществахъ сухого способа леченія во время моего пребыванія въ клиникѣ проф. Н. П. Симановскаго, гдѣ принимается почти исключительно сухое леченіе, и въ клиникѣ проф. Politzer'a въ Вѣнѣ, гдѣ только при обильномъ выдѣленіи гноя сухое леченіе замѣняется вливаніемъ въ ухо перекиси водорода, отдаю предпочтеніе, гдѣ это возможно, сухому способу леченія. Говорю «гдѣ это возможно», ибо не вездѣ и не всегда удается провести сухое леченіе по всѣмъ правиламъ искусства даже въ частной практикѣ, а тѣмъ болѣе въ госпиталѣ, при большомъ числѣ больныхъ. Въ госпиталѣ, конечно, невозможно предоставить вкладываніе марлевыхъ турундочекъ въ ухо самимъ больнымъ по многимъ причинамъ: во 1-хъ, трудно достигнуть надлежащей чистоты, не говоря уже обь асептичности, при вкладываніи турундочекъ въ ухо малоинтеллигентными больными; во 2-хъ, многіе изъ больныхъ стараются придать острому процессу хроническое теченіе съ цѣлью освободиться отъ военной службы и поэтому отнеслись бы умышленно небрежно къ дѣлу; въ 3-хъ, было бы еще труднѣе установить правильныи надзоръ за больными. Низшій же медицинскій персоналъ, по его малочисленности, не въ состояніи болѣе 2-хъ разъ въ сутки перевязать всѣхъ больныхъ, а въ такомъ случаѣ вложенная въ слуховой проходъ марля при обильномъ выдѣленіи гноя будетъ пропитываться имъ, не отсасывая его и послужить только препятствіемъ для свободнаго его выдѣленія. Вслѣдствіе всего сказаннаго въ госпиталѣ нельзя провести исключительно сухое леченіе.

Теченіе гнойныхъ отитовъ въ госпиталѣ въ общемъ довольно тяжелое и медленное. Причиной этому служить, съ одной стороны, скученность однородныхъ гнойныхъ больныхъ въ замкнутомъ помѣщеніи, гдѣ гноеродные стафилококки и стрептококки, находя постоянно благоприятную среду для своего развитія, приобретаютъ болѣе сильную вирулентность, съ другой, имѣется много больныхъ, причинившихъ себѣ умышленно, съ цѣлью уклоненія отъ службы, химическимъ или механическимъ путемъ сильное гнойное воспаленіе среднего уха.

Въ подтвержденіе тяжести умышленныхъ поврежденій уха могу указать, между прочимъ, на 2-хъ больныхъ, доставленныхъ въ госпиталь ко времени окончанія русско-японской войны (въ настоящій отчетъ больные эти не вошли), у которыхъ отъ дѣйствія влитой въ ухо жидкости произошелъ ожогъ 3-ей степени правой ушной раковиной, всего слухового прохода и разрушеніе барабанной перепонки. Оба больные—запасные нижніе чины одного и того же запаснаго батальона, изъ одного и того же уѣзда. У обоихъ въ первые же дни пребыванія въ госпиталѣ наступилъ полный параличъ праваго лицевого нерва. Оба упорно отказывались отъ предложенной имъ коренной операціи.

Кромѣ этихъ 2-хъ случаевъ, я могъ бы привести цѣлый рядъ другихъ, гдѣ умышленная порча уха съ самого начала уже даетъ картину тяжелыхъ осложненій средняго отита. Подобная группа членовредителей, конечно, и во время леченія поддерживаетъ болѣзнь и всячески препятствуетъ излеченію.

На тяжелое теченіе отитовъ въ госпиталѣ влияетъ и то обстоятельство, что сюда поступаютъ обыкновенно больные съ прорвавшейся уже барабанной перепонкой; проколъ ей намъ приходится дѣлать въ весьма рѣдкихъ случаяхъ, такъ какъ больные, у которыхъ еще не появилось течи изъ уха, пользуются обыкновенно въ полковомъ лазаретѣ и лишь при появленіи гнойной течи отправляются въ госпиталь, въ специальное отдѣленіе.

Оставляя въ сторонѣ спорный вопросъ—дѣлать ли проколъ барабанной перепонки и когда именно? не могу не сослаться на Brühl'a въ Berlin'ѣ, который говоритъ, что ему приходилось производить трепанацію лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ не было произведено прокола барабанной перепонки.

Въ виду изложенныхъ причинъ болѣе тяжелаго теченія гнойныхъ отитовъ въ госпиталѣ вполне понятно, что намъ приходится оперировать сравнительно много, не смотря на производство операціи лишь послѣ примѣненія энергичнаго противовоспалительнаго леченія, какъ то: согревающихъ компрессовъ, холода, втиранія ртутной мази, мази Credé, приставленіи 4—6 пиявокъ въ области сосцевиднаго отростка, мушекъ и т. п. Противовоспалительное леченіе проводилось обыкновенно около недѣли, а то и болѣе. Если же, не смотря на это, сильная болѣзненность и чувствительность при давленіи сосцевиднаго отростка, хотя бы и при отсутствіи инфильтрата въ кожѣ, равно какъ лихорадка съ вечерними повышеніями или ознобами и головныя боли продолжали держаться, то производилась операція. Конечно, при появленіи признаковъ, указывающихъ на раздраженіе мозговыхъ оболочекъ, операція производилась и безъ продолжительнаго примѣненія противовоспалительнаго леченія.

Наркозъ при всѣхъ трепанаціяхъ производился смѣшанный—гедоналъ-хлороформный. Больной за 1—1½ час. до операціи получалъ еще въ палатѣ 2,0—3,0 гедонала, развороченнаго въ горячемъ чаѣ. Будучи перенесены въ операціонную, больные болѣе частью находились въ пріятномъ, нѣсколько приподнятомъ душевномъ настроеніи, или же оставались въ сонливомъ состояніи. Полное пробужденіе наступало, если между пріемомъ гедонала и началомъ наркоза проходило болѣе 2-хъ часовъ. Преимущество гедоналъ-хлороформнаго наркоза передъ обыкновеннымъ хлороформнымъ выступали очень ярко: периода возбужденія вовсе не наблюдалось, или же возбужденіе было ничтожное; полный наркозъ наступалъ быстро и выражался спокойнымъ сномъ при ровномъ дыханіи и хорошемъ пульсѣ. Рвота во время наркоза наблюдалась лишь въ исключительныхъ случаяхъ, а также и по окончаніи операціи она бывала нечасто. Къ искусственному дыханію пришлось прибѣгнуть всего лишь въ 2—3-хъ случаяхъ. Среднее количество хлороформа, израсходованнаго на больного, было 33 к. см. при средней продолжительности операціи въ 45—50 мин.

Что касается вида отдѣльныхъ операцій, то я долженъ сказать, что коренная операція, т. е. широкое вскрытіе всѣхъ полостей средняго уха, производилась за отчетный годъ лишь 1 разъ. Объясняется это тѣмъ обстоятельствомъ, что одержимые хроническимъ воспаленіемъ средняго уха освобождаются отъ военной службы и находятся въ госпиталѣ въ небольшомъ числѣ среди испытываемыхъ молодыхъ

<sup>1)</sup> Обзоръ составленъ за время съ 16/ш 1904 г. по 16/ш 1905 г., т. е. за 1-ый годъ производства большихъ ушныхъ операцій въ ушномъ отдѣленіи госпиталя. До отчетнаго времени такія операціи производились въ большинствѣ случаевъ ординарными хирургическаго отдѣленія госпиталя. Въ настоящее время ушное отдѣленіе, благодаря любезному содѣйствію консультанта хирургическаго отдѣленія П. Т. Склифосовскаго, распола-



солдаты или призванныхъ на службу запасныхъ, не освобожденныхъ еще отъ службы. Хроникамъ производились трепанаціи, когда въ силу обостренія костнаго заболѣванія было невозможно, безъ опасности для жизни, отправить ихъ на родину, т. е. при жизненныхъ показаніяхъ, а въ этихъ случаяхъ инфильтрація мягкихъ частей и разрушеніе кости были такіа обширныя, что нельзя было произвести пластики изъ кожи слухового прохода. Я долженъ здѣсь сказать, что въ нѣкоторыхъ ушныхъ клиникахъ, мнѣ кажется, нѣсколько увлекаются коренной операцией и производятъ ее и въ такихъ случаяхъ, гдѣ обыкновенная трепанація, т. е. вскрытіе одной лишь сосцевидной полости съ удаленіемъ всей больной кости, привела-бы также къ полному излѣченію. Для больного-же громадная разница—будетъ-ли онъ въ послѣдствіи слышать разговорную рѣчь на разстояніи 1 или, въ лучшемъ случаѣ, 2 метровъ послѣ вполне удавшейся въ отношеніи эпидермизаціи коренной операціи, или же онъ, сохранивъ барабанную полость, слуховыя косточки и зарубцевавшуюся перепонку, будетъ обладать почти нормальнымъ слухомъ для разговорной рѣчи и шопота, какъ это сплошь и рядомъ наблюдается послѣ обыкновенной *antrotomi*. Кромѣ того, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, рѣшаясь отдать предпочтеніе производству коренной операціи передъ обыкновенной трепанаціей, нужно имѣть въ виду, что послѣдующее за коренной операцией лѣченіе въ 2—3 раза превышаетъ таковое послѣ обыкновенной трепанаціи. Наконецъ, коренная операція далеко не во всѣхъ случаяхъ обезпечиваетъ полное излѣченіе гнойнаго процесса. *Politzer* въ общемъ считаетъ, что для полнаго излѣченія осложненій гнойнаго отита, существующаго не болѣе 2-хъ лѣтъ, обыкновенная трепанація вполне достаточна, и лишь при существованіи гнойной течи болѣе 2-хъ лѣтъ приходится прибѣгать къ коренной операціи. Конечно—не безъ исключеній. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится производить коренную операцію и при непродолжительномъ существованіи гнойнаго процесса. Укажу, для примѣра, хотя-бы на 2-хъ вышеприведенныхъ больныхъ, у которыхъ уже черезъ недѣлю послѣ умышленнаго поврежденія среднего уха ѣдкой кислотой наступилъ параличъ лицевого нерва. Никто не станетъ отрицать, что въ этихъ случаяхъ, вполне острыхъ, только коренная операція можетъ излѣчить гнойный процессъ и, можетъ быть, еще вернуть работоспособность лицевого нерва.

Перехожу къ характеристикѣ наблюдавшихся за отчетное время осложненій гнойнаго отита, потребовавшихъ оперативнаго вмѣшательства.

Нужно замѣтить, что зачастую разрушенія въ сосцевидномъ отросткѣ были настолько велики, что, кромѣ вскрытія сосцевидной полости, приходилось обнажать твердую оболочку мозга и мозжечка, удалять всю верхушку, а иногда часть задней стѣнки костнаго слухового прохода, обнажать и вскрывать венную пазуху и т. п. Такія большія разрушенія, не считая быстротечныхъ случаевъ при тифѣ или гриппѣ, объясняются тѣмъ, что больные соглашались на операцію иногда черезъ 2—3 недѣли послѣ того, какъ она была имъ предложена.

Не буду останавливаться на описаніи хода операціи; скажу лишь, что разрезъ, по возможности длиннѣе, производился отступая на  $\frac{3}{4}$  см. кзади, отъ прикрѣпленія ушной раковины, при чемъ въ нижней части онъ уклонялся отъ направленія, параллельнаго прикрѣпленію ушной раковины, немного кзади; такое уклоненіе кзади имѣетъ то преимущество, что даже при обширныхъ разрушеніяхъ лишь рѣдко приходится прибѣгать ко 2-му разрезу (направляемому перпендикулярно къ 1-му назадъ). Долота примѣнялись маленькія, плоскія, съ закругленными углами (*Lucas-Jansen*'a). По отдѣленіи надкостницы, удаленіи инфильтратовъ мягкихъ частей и по остановкѣ кровотечения, прежде всего вскрывалось т. наз. *antrum mastoideum*, при чемъ *spina supra meatum*, какъ наиболее важная опознавательная точка для безошибочнаго попаданія въ *antrum*, щадила до момента проникновенія въ послѣднее. Въ этомъ отношеніи иногда грѣшатъ хирурги, особенно работая широкими долотами, при чемъ однимъ изъ первыхъ ударовъ молотка откалываютъ эту опознаватель-

ную точку, послѣ чего проникнуть въ *antrum* дѣлается гораздо труднѣе. По вскрытіи *antrum*'а долотомъ, удаленіи встрѣчающихся по пути къ нему грануляцій и каріозной кости острой ложечкой и расширеніи образовавшагося входа, при чемъ тщательно избѣгалось неосторожное проникновеніе ложечкой или зондомъ слишкомъ далеко впередъ, дабы не вывихнуть слуховыхъ косточекъ, въ *antrum* вкладывалась на время дальнѣйшаго производства операціи іодоформная турундочка, чтобы въ послѣдствіи въ него не попадали осколки.

Послѣ произведенной такимъ образомъ *antrotomi* удалась, полностью или частью, верхушка сосцевиднаго отростка, а также иногда и часть задней стѣнки костнаго слухового прохода, смотря по обширности гнойнаго процесса въ кости. Послѣ того, если къ этому были показанія, обнажалась твердая мозговая оболочка. Обнаженіе поперечной пазухи обыкновенно производилось подъ конецъ операціи, чтобы, въ случаѣ, если-бы она была равена, не пришлось бы прекратить операцію изъ-за кровотечения, не закончивъ ее.

Повязка накладывалась іодоформная, давящая, при чемъ 1-ая перевязка дѣлалась черезъ 7—9 дней послѣ операціи. Лишь при появленіи сильной боли, повышеніи температуры или пропитываніи повязки отдѣляемымъ, перевязка производилась раньше. При оставленіи повязки болѣе 9 дней грануляціи проросли черезъ іодоформную марлю и при перемѣнѣ повязки давали кровотеченіе.

Слѣдующія затѣмъ перевязки дѣлались при нормальномъ теченіи, 2 раза въ недѣлю, при чемъ очистка самой раны (не окружности ея), по крайней мѣрѣ мною, производилась всегда сухимъ путемъ. Лишь въ исключительныхъ случаяхъ накладывалась отсасывающая повязка съ растворомъ уксуснокислаго глинозема или соды. При перемѣнѣ повязокъ, которыя до момента заросшенія *antrum*'а всегда дѣлались самымъ ординарнымъ, обращалось вниманіе на то, чтобы не дать возможности закрыться входу въ *antrum* до прекращенія течи изъ слухового прохода, потому что только этимъ путемъ можно ждать полнаго излѣченія гнойнаго процесса въ среднемъ ухѣ и зарубцеванія прободенія въ барабанной перепонкѣ.

Производимая нѣкоторыми отіатрами, напр. *Brühl* въ *Berlin*'ѣ, разрезъ барабанной перепонки парацентезной иглой отоскопическимъ путемъ, какъ послѣдній актъ операціи, чтобы получить и со стороны слухового прохода вполне свободный оттокъ гноя, я не дѣлаю. Мнѣ кажется, что при достаточно широкомъ свѣщеніи конуса, ведущаго въ *antrum*, этотъ парацентезъ—лишній.

Трепанаціи всѣ производились при дневномъ свѣтѣ, вполне достаточномъ для обыкновенной *antrotomi*. Конечно, при мелкой работѣ около полукружныхъ каналовъ, канала лицевого нерва, а также при производствѣ коренной операціи наподобный электрической рефлекторъ даетъ больше удобства, но все-же не безусловно необходимъ. Въ ушной клиникѣ *Schwartz* въ *Halle*, напр., всѣ большія ушные операціи, не исключая и коренной, дѣлаются при дневномъ свѣтѣ, а *Schwartz*—отецъ ушной хирургіи.

Всего въ ушномъ отдѣленіи госпиталя было произведено 90 трепанацій (*А. П. Ольхин* — 40, *Н. К. Даниловъ* — 6, мною 44); смертельный исходъ наблюдался въ 11 случаяхъ (въ 12,2%). Для вполне безупречнаго вычисленія % смертности, а также % заболѣваемости сосцевиднаго отростка нужно, однако, прибавить и нѣсколько случаевъ, гдѣ операція произведена была въ хирургическомъ отдѣленіи, въ виду вызванной осложненіями необходимости общехирургическаго вмѣшательства. Принимая въ расчетъ и эти случаи, получимъ 16 смертныхъ исходовъ на 98 оперированныхъ или 16,3% смертности. Отношеніе числа трепанированныхъ къ числу страдавшихъ гнойнымъ воспаленіемъ среднего уха выражается цифрами 98:1788, что составитъ 5,5%. Умершихъ отъ осложненій гнойнаго воспаленія среднего уха безъ оперативнаго вмѣшательства въ ушномъ отдѣленіи не было, что указываетъ на производство трепанацій даже въ случаяхъ почти безнадежныхъ, лишь только было получено согласіе на операцію со стороны больного. Конечно, у больныхъ, у кото-



рыхъ сознаніе было помрачено, разрѣшенія на операцію не испрашивалось.

Относительно болѣе частаго заболѣванія праваго или лѣваго сосцевиднаго отростка говорить не приходится; пораженія распредѣлялись вполнѣ одинаково — 45 было правостороннихъ и 45 лѣвостороннихъ мастоидитовъ.

Распредѣленіе операцій по мѣсяцамъ не даетъ какихъ-либо точекъ опоры для выводовъ, ибо наибольшее число ихъ (14) приходится на январь — одинъ изъ мѣсяцевъ, дающихъ наивысшую численность больныхъ въ отдѣленіи; въ теченіи лѣтнихъ мѣсяцевъ число операцій и численность больныхъ въ отдѣленіи были наименьшія.

Распредѣляя больныхъ по вѣроисповѣданіямъ, получимъ большее число для православныхъ, а именно 39 (43,3%); католиковъ было 32 (35,5%), евреевъ 11 (12,2%), лютеранъ и старообрядцевъ по 4 (4,4%).

Что касается отдѣльныхъ губерній, то наибольшее число больныхъ — 12 чел. (13,3%) — доставила Сувалская, затѣмъ Новгородская и Псковская — по 6 (6,6%), Витебская, Варшавская и Ломжинская — по 5 (5,5%); другія губернія дали единичные случаи. Интересно отмѣтить, что изъ перечисленныхъ губерній 3 — Витебская, Варшавская и Сувалская — ежегодно даютъ наибольшее число явно искусственно произведенныхъ гнойныхъ отитовъ. Возрастъ оперированныхъ колебался въ предѣлахъ 12—47 л., наибольшее число операцій — 29 далъ 22-лѣтній возрастъ, затѣмъ 23-лѣтній — 20, 24-лѣтній — 13 и 21-лѣтній — 10.

Кромѣ упомянутого выше разрѣза позади и параллельно приращенію ушной раковины, въ 15 случаяхъ пришлось проводить еще 2-ой разрѣзъ, длиною въ 2—5 см., въ направленіи отвѣсно къ 1-му, къзади.

Инфильтратъ мягкихъ частей наблюдался въ 31 (34,4%) случаевъ, при чемъ 2 раза былъ т. наз. *Beckold*'овскій мастоидитъ, т. е. затекъ гноя по направленію грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Поднадкостничный нарывъ встрѣтился 14 разъ (въ 15,5%). Свищи найдены 7 разъ (въ 7,7%); изъ нихъ 3 раза они открывались въ задне-верхней стѣнкѣ слухового прохода, 2 раза — сзади *spina supra meatum*, 2 раза — на самой верхушкѣ.

Въ 6 (6,6%) случаяхъ найдены секвестры; въ 2 случаяхъ (2,2%) наблюдались экзостозы, — 1 разъ позади *spina supra meatum* и 1 разъ на задней стѣнкѣ слухового прохода. Что касается характера каріознаго процесса въ кости, то въ 9 (10,0%) случаяхъ отмѣчена одна большая гнойная полость. Въ 1 случаѣ сосцевидный отростокъ оказался вполнѣ здоровымъ; здѣсь была произведена *antrotomy* въ слѣдствіе сильной и упорной болѣзненности въ сосцевидномъ отросткѣ, сопровождавшей обыкновенный секреторный катаръ среднего уха, при цѣлости барабанной перепонки — не гнойный отитъ; въ виду того, что въ этомъ случаѣ не было также ни малѣйшаго намека на наружный отитъ, нужно допустить, что боль была нейрагического характера; послѣ операціи болѣзненность исчезла.

Въ остальныхъ случаяхъ наблюдались разбросанные мелкіе гнойники или проросшія грануляціями мелкія полости. 5 разъ (въ 5,5%) грануляціи и мелкіе гнойники доходили до основанія скулового отростка и 48 разъ (въ 53,3%) вызвали необходимость удаленія всей верхушки сосцевиднаго отростка. 4 раза (въ 4,4%) наблюдались грануляціи на твердой оболочкѣ мозга и 17 разъ (въ 18,8%) — на стѣнкѣ пазухи. Околопазушный нарывъ отмѣченъ въ 10 (11,1%) случаяхъ, 3 раза (въ 3,3%) — въ твердой оболочечный гнойникъ.

Соотвѣственно болѣе или менѣе обширному разрушенію костной ткани при операціяхъ приходилось дополнять обыкновенную *antrotomy* еще обнаженіемъ стѣнки поперечной пазухи твердой мозговой оболочки и т. п.

Въ 3 случаяхъ (3,3%) можно было ограничиться удаленіемъ лишь болѣе поверхностныхъ слоевъ сосцевиднаго отростка, не вскрывая самого *antrium*, въ виду здороваго состоянія лежащаго по направленію къ сосцевидной полости вещества кости.

Въ 12 случаяхъ (13,3%) была сдѣлана обыкновенная

*antrotomy* безъ обнаженія поперечной пазухи или твердой мозговой оболочки, 1 разъ — *antrotomy*, удаленіе всей задней стѣнки костнаго слухового прохода и наружной стѣнки *recessus epitympanicus* (коренная операція).

Въ 52 случаяхъ (57,7%) была обнажена поперечная пазуха, 18 разъ (въ 20,0%) — поперечная пазуха и твердая оболочка большого мозга, 4 раза (въ 4,4%), — кромѣ того, еще твердая оболочка мозжечка.

Изъ упомянутыхъ случаевъ обнаженія поперечной пазухи въ 17 (18,8%) стѣнки пазухи были такъ измѣнены болѣзненнымъ процессомъ, что пришлось прибѣгнуть къ пробному проколу, а въ 6 случаяхъ (6,6%) къ разрѣзу пазушной стѣнки и выскабливанію размягченной части тромба. Упомяну кстати, что предлежаніе поперечной пазухи встрѣтилось 3 раза (въ 3,3%), при чемъ удалось произвести *antrotomy* лишь при помощи мельчайшихъ долотъ. Ненамѣренное поврежденіе пазушной стѣнки, не отразившееся, однако, на послѣоперационномъ теченіи, произошло 8 разъ, при чемъ получившееся кровотеченіе было остановлено тампонадой и не препятствовало окончанію операціи; изъ этихъ 8 случаевъ кровотеченіе изъ пазухи 7 окончились выздоровленіемъ, а въ 1 случаѣ наступила смерть, но, независимо отъ пораженія пазухи, въ слѣдствіе гнойнаго воспаленія мозговыхъ оболочекъ.

Изъ наблюдавшихся послѣ операціи осложненій нужно отмѣтить параличъ соотвѣствующаго лицевого нерва въ 3 случаяхъ; поврежденіе нанесено было лицевому нерву, повидимому, когда послѣ удаленія всей каріознаго верхушки сосцевиднаго отростка приходилось удалять находящіяся вблизи канала лицевого нерва грануляціи. 1 разъ наблюдался парезъ лицевого нерва противоположной стороны, вызванный гнойнымъ воспаленіемъ мозговыхъ оболочекъ на основаніи мозга, какъ это подтвердило вскрытіе. Въ 3 случаяхъ отмѣчена рожа, при чемъ въ 1 изъ нихъ рожистое воспаленіе было обнаружено въ моментъ начала операціи. Отмѣчено также по 1 случаю нарыва въ небной миндалинѣ, фликтенулезнаго конъюнктивита и паралича отводящаго нерва (*n. abducens*) соотвѣствующей стороны. Въ 1 случаѣ обострилась цинга, которую больной страдалъ еще до операціи, и въ 1 операція была произведена въ теченіи вторичнаго періода сифилиса, что нѣсколько замедлило заживленіе раны.

Гноекровіе, которое нельзя считать послѣоперационнымъ осложненіемъ, ибо признаки его въ видѣ гниlostнаго тромбоза поперечной пазухи, пораженія суставовъ и мышцъ и т. п. имѣлись на лицо уже во время операціи, наблюдалось въ 13 случаяхъ (14,4%); 6 изъ нихъ кончились выздоровленіемъ послѣ перевязки внутренней яремной вены, а въ 1 случаѣ и надключичной вены, и послѣ вскрытія гнойныхъ заносовъ въ мышцахъ и суставахъ (ординаторами хирургическаго отдѣленія А. Е. Кожинымъ и К. Ю. Берманомъ).

Быстрота, съ которой заживала операціонная рана, т. е. время, потребовавшееся для полнаго зарубцеванія ея, колебалась въ зависимости отъ величины костной недостатка, осложненій и жизненныхъ силъ организма въ очень значительныхъ предѣлахъ. Кратчайшій срокъ отмѣченъ въ 4 недѣли, болѣе продолжительный — въ 25 недѣль. Средняя продолжительность послѣоперационнаго періода равнялась за отчетное время 12 недѣлямъ.

Что касается конечныхъ результатовъ оперативнаго вмѣшательства, то полное выздоровленіе т. е. прекращеніе ушного гноетеченія съ зарубцеваніемъ прободенія въ барабанной перепонкѣ, при весьма удовлетворительной остротѣ слуха, наблюдалось въ 52 случаяхъ на 90 оперированныхъ (въ 57,7%) или на 79 выписанныхъ больныхъ (въ 65,8%).

Точное опредѣленіе остроты слуха было произведено въ 47 случаяхъ, при чемъ въ 22 (46,8%) слухъ оказался нормальнымъ, т. е. шопотная рѣчь была слышна на разстояніи болѣе 8 метровъ. Прекращеніе гноетеченія изъ среднего уха при оставшемся однако сухомъ прободеніи или недостаткѣ въ барабанной перепонкѣ наблюдалось въ 10 случаяхъ (11,1%), эпидермизація среднего уха — въ 1 случаѣ (коренная операція). Въ 16 случаяхъ (17,7%) больные были выписаны съ продолжавшейся еще течью.

Смертельныхъ исходовъ среди оперированныхъ въ уш-

номъ отдѣленіи было, какъ объ этомъ упомянуто выше, 11. Что касается ближайшей причины смерти, то въ 3 случаяхъ смерть произошла отъ гнойнаго воспаленія мозговыхъ оболочекъ, въ 1—отъ рожистаго воспаленія, перешедшаго на мозговые оболочки, а въ остальныхъ 7—отъ вызваннаго воспаленіемъ и закупоркой мозговыхъ пазухъ гноекровія; 3 раза гноекровіе сопровождалось гнойнымъ воспаленіемъ коленного сустава соотвѣтствующей стороны и гнойными переносами въ отдаленныхъ мягкихъ частяхъ.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

**Постановленія земскихъ Собраній Курской губ. 1904—1905 г. Реакціонное теченіе въ Бѣлгородскомъ уѣздѣ; стремленіе къ централизаци въ немъ больничной помощи<sup>1)</sup>.**

Въ то время, какъ многія Земства, особенно губернска, съ легкимъ сердцемъ приступили къ сокращенію и даже полному упраздненію годами слагавшихся медико-санитарныхъ организацій (губернска Земства: Екатеринославское, Харьковское, Ярославское, Симбирское, Саратовское, Тульское; уѣздныя: Вятское, Слободское, Московское, Петровское, Петергофское и др.), на фонѣ новаго теченія счастливо выдѣляется Курская губ. Здѣсь медицинское дѣло продолжаетъ развиваться планомѣрно. Особенно крупный успѣхъ достигнутъ за послѣдніе 2 года, отчасти благодаря широкому почину и щедрой денежной поддержкѣ губернскаго Земства.

Губернское Земство постановило ввести съ 1906 г. Институтъ санитарныхъ врачей во всѣхъ 15 уѣздахъ, къ сожалѣнію, съ одной, безразличной для дѣла, оговоркой: «не ставя санитарнымъ врачамъ препятствія заниматься практикой». Санитарныхъ фельдшеровъ, какъ помощниковъ врачей, рѣшено не приглашать. Новые земскіе работники, повидимому, встрѣчаютъ радушный приемъ, такъ какъ большинство Земствъ высказалось за эту организацію, а нѣкоторые уѣзды просили даже объ ускореніи ея введенія. Съ 1-го января 1906 г. нѣкоторые мѣста (въ Суджѣ и др.) уже заняты.

Въ цѣляхъ болѣе успѣшной борьбы съ заразными болѣзнями губернское Земство открыло долгосрочный кредитъ на постройку заразныхъ барачковъ, чѣмъ широко воспользовались уѣзды въ текущемъ году. Напр., Старооскольское земское Собрание постановило строить заразные бараки сразу во всѣхъ 8 участкахъ размѣрами на 7—10 кроватей и стоимостью въ 6500—7000 р. каждый, Фатежское—4, Корочанское 2, Путивльское, Грайворонское, Львовское—по 1; Суджанское высказалось утвердительно за постройку, но выборъ мѣста и очереди предоставило уѣздному санитарному Совѣту; губернское Земство намѣтило въ текущемъ году постройку при 3-хъ межуѣздныхъ пунктахъ. Кромѣ того, за послѣдніе 2 года уже построено съ субсидіей отъ губернскаго Земства 18 заразныхъ барачковъ.

Не менѣе энергично проводится постройка новыхъ приспособленныхъ больницъ (30000—60000 р. каждая), особенно въ уѣздныхъ городахъ, и расширеніе и капитальное переустройство старыхъ, опять-таки съ субсидіей губернскаго Земства. Въ губерніи построено или заканчивается постройкой 55 сельскихъ лѣчебницъ; раньше 1896 г., когда губернское Земство впервые пришло на помощь уѣзднымъ выдачею пособій на устройство лѣчебницъ, было ихъ только 6. Съ пособіемъ отъ губернскаго Земства или цѣлкомъ за его счетъ (межуѣздныя лѣчебницы) построено 50 сельскихъ лѣчебницъ въ теченіи 10 лѣтъ. Въ настоящее время имѣется, вмѣстѣ съ городскими, 70 земскихъ больницъ, вмѣсто 20, сколько ихъ было 10 лѣтъ назадъ. Успѣхъ въ развитіи больничнаго дѣла значительный, но все еще многое остается сдѣлать. Въ 36 земскихъ

участкахъ ихъ 106, нѣтъ больницъ. На текущій 1906 г. намѣчена постройка въ 4-хъ пунктахъ губерніи.

Губернскимъ Собраніемъ 1904 и 1905 гг. принято предложеніе Управы о реорганизаціи губернской больницы въ смыслѣ расширенія хирургическаго, гинекологическаго и глазнаго отдѣленій на счетъ терапевтическаго, заразнаго и сифилитическаго. Въ связи съ постановленіемъ Собранія 1904 г. объ отнесеніи содержанія губернской больницы на уѣздный счетъ, пропорціонально числу фактически employed въ каждомъ уѣздѣ годовыхъ коекъ, затѣанный вопросъ о губернскихъ больницахъ для Курской губ. можно считать на  $\frac{1}{2}$  уже разрѣшеннымъ.

Съ 1906 г. существенно упорядочивается призрѣніе подкидышей. Собраніемъ рѣшено расширить помѣщеніе для подкидышей; пригласить для заведыванія пріютомъ отдѣльнаго врача, поручивъ ему надзоръ и за дѣтми, отданными на воспитаніе; существующій штатъ (надзирательница и ея помощница) усилить фельдшерией; увеличить число мамокъ такъ, чтобы на каждого ребенка приходилось отдѣльная мамка; повысить плату за воспитаніе, именно на 1-ый годъ къ обычной платѣ по 3 р. въ мѣсяцъ прибавить премію по окончаніи года въ 12 р., а за слѣдующіе годы до 6 л. къ платѣ по 2 р. въ мѣсяцъ премію тоже по 12 р. въ годъ; съ 7 до 12 л. премія прекращается и можетъ быть выдаваема за обученіе въ школѣ и за усыновленіе; размѣръ преміи за обученіе не свыше 20 р., при чемъ 10 р. выдается при поступленіи въ школу и 10 р. по окончаніи ея; плата за усыновленіе не свыше 25 р.; при выходѣ замужъ тоже 25 р.; обязательность усыновленія при отдачѣ дѣтей на воспитаніе отменяется; возбуждено ходатайство объ измѣненіи ст. 46 п. 2 воинскаго устава въ томъ смыслѣ, чтобы усыновленные дѣти изъ пріютовъ пользовались льготой, если они усыновлены до 14-лѣтняго возраста; постановлено, чтобы опознавательный признакъ для отданныхъ на воспитаніе дѣтей былъ временный, а отнюдь не постоянный.

Получила твердую постановку (ассигновано губернскимъ Собраніемъ 50000 р. въ оборотный капиталъ) коллективная выписка лѣкарствъ при посредничествѣ губернскаго санитарнаго Бюро, въ которой приняли участіе уже 7 уѣздовъ.

По докладу о призрѣніи хроническихъ и неизлѣчимыхъ больныхъ приняты съ оговоркой «не стѣсняя дѣятельности уѣздныхъ Управъ» слѣдующія предложенія: признать призрѣніе хрониковъ и богадѣльцевъ въ уѣздахъ обязанностью уѣздныхъ Земствъ; прекратить приемъ въ богадѣльню губернскаго Земства сверхъ опредѣленнаго количества на 20 коекъ; предложить уѣзднымъ Земствамъ взять на призрѣніе своихъ богадѣльцевъ, находящихся въ губернской богадѣльнѣ, въ теченіи 1905 г.; высказать желаніе, чтобы уѣздныя Земства при организаціи призрѣнія обратили преимущественное вниманіе на призрѣніе хроническихъ и неизлѣчимыхъ больныхъ. Въ 1904 г. губернское Собрание установило слѣдующія правила участія губернскаго Земства въ размѣщеніи по уѣздамъ губернской земской богадѣльни: губернское Земство, передавая въ каждый уѣздъ по 10 коекъ, выдаетъ ежегодно по 500 р. на ихъ содержаніе и 200 р. на наемъ помѣщенія впрямъ до устройства собственнаго зданія, на что будетъ выдано изъ суммъ губернскаго Земства по 7000 р. на уѣздъ. Почти всѣми уѣздными земскими Собраніями 1905 г. приняты эти условія коренной реорганизаціи губернской богадѣльни.

Къ 2-мъ крупнымъ вопросамъ—по организаціи борьбы съ холерой и чумой и по пересмотру аптекарскаго устава, въ виду положенія, занятаго администраціей, губернское Собрание вернулось вновь и приняло слѣдующія постановленія: а) ходатайствовать объ отмѣнѣ правилъ 11-го августа 1903 г. о санитарно-исполнительныхъ Коммисіяхъ по борьбѣ съ холерой и чумой; ходатайствовать о разрѣшеніи состоящимъ на службѣ Земства врачамъ свободно вести чтенія и собесѣдованія съ населеніемъ, когда и гдѣ они признаютъ это нужнымъ, о холерѣ, повальныхъ и др. болѣзняхъ вообще, изъ области личной и общественной гигиены; б) создать специальное Совѣщаніе изъ представителей уѣздныхъ Управъ, врачей отъ каждого уѣзда и губернскаго врачебнаго Совѣта въ полномъ составѣ для обсужде-

<sup>1)</sup> «Врачебно-санитарная Хроника Курской губ.», 1905 г., № 10; «Сборникъ свѣдѣній» и др.

ния подробностей плана борьбы съ холерой соединенными силами Земствъ и согласованія ихъ дѣйствій. Выработанный Совѣщаніемъ планъ долженъ быть внесенъ на одобреніе губернскаго чрезвычайнаго Собранія; разрѣшить губернской Управѣ для борьбы съ холерой кредитъ въ 100000 р.; в) избрать для образованія губернскаго земскаго исполнительнаго органа для борьбы съ холерой 3-хъ членскихъ изъ живущихъ въ Курскѣ и пригласить принять въ немъ участіе Курскаго городского голову.

По докладу о проектѣ новаго аптекарскаго устава Собраніемъ приняты слѣдующія главнѣйшія заключенія губернской Управы: 1) Слѣдуетъ предоставить общественнымъ установленіямъ оводно развивать свое фармацевтическое дѣло и изъ устраиваемыхъ при своихъ лѣчебныхъ учрежденіяхъ аптекъ отпускать лѣкарства за плату не выше цѣнъ, установленныхъ аптечной таксой; права продажи лѣкарствъ, предоставленныя отдѣльнымъ врачамъ по § 15 проекта Устава, должны быть предоставлены безъ всякихъ оговорокъ всѣмъ общественнымъ сельскимъ участкамъ, въ мѣстѣ нахождения которыхъ не имѣется вольныхъ аптекъ. 2) Въ интересахъ развитія государственнаго и общественнаго фармацевтическаго дѣла необходимо самымъ энергичнымъ образомъ настаивать на легко осуществимомъ устройствѣ школъ для подготовленія фармацевтовъ всѣхъ разрядовъ. 3) Въ интересахъ правильнаго развитія фармацевтическаго дѣла необходимо способствовать возможно разностороннему развитію химическихъ фабрикъ, заводовъ и лабораторій для приготовленія лѣкарственныхъ веществъ и не стѣснять и общественныхъ учреждений разнѣрами выдѣлки лѣкарственныхъ веществъ. 4) Слѣдуетъ высказаться противъ установленія наказаній фармацевтовъ административными мѣрами, связанными съ имущественнымъ для нихъ ущербомъ; всѣ такія наказанія могутъ быть налагаемы только Судомъ. 5) Для правильной и широкой постановки врачебнаго и связаннаго съ нимъ аптечнаго дѣла въ интересахъ населенія необходима совершенная отмѣна аптечныхъ привилегій.

Нельзя не отмѣтить еще 2-хъ слѣдующихъ постановленій губернскаго Собранія, доказывающихъ, какъ чутко общественныя организаціи отвѣчаютъ на выдвигаемыя жизнью новыя потребности.

Подтверждено прошлогоднее постановленіе объ образованіи при губернской Управѣ Комиссіи по распространенію гигиеническихъ знаній и ассигновано въ распоряженіе этой Комиссіи 500 р.

На противоскарлатинную сыворотку ассигновано 2000 р. Кромѣ чисто организаціонныхъ вопросовъ земской медицины, въ Курской губ. за послѣднее время выдвинулся рядъ бытовыхъ вопросовъ — улучшеніе матеріальнаго и правового положенія пунктового и больничнаго персонала: 1) улучшеніе квартиръ, повышеніе жалованья и періодическія прибавки служителямъ; Львовское Собрание, напр., постановило ежегодно, по прослуженіи года, прибавлять по 1 р. въ мѣсяцъ мужской прислугѣ въ теченіи 2-хъ лѣтъ, а женской въ теченіи 3-хъ лѣтъ въ виду того, что первоначальное жалованье земской прислугѣ очень низко по сравненію съ мужской и т. п.; 2) представительство фельдшерскаго персонала въ уѣздныхъ санитарныхъ Совѣтахъ (1—2 делегата, избираемыхъ самими фельдшерскими персоналомъ), фельдшерскіе Съѣзды, повторительные курсы, нормировка вознагражденія, напр., первоначальный окладъ не менѣе 300—500 р. для лицъ со школьной подготовкой и періодическія прибавки за 5-лѣтія по 50 р. до предѣльнаго въ 600 р.; 3) для врачей, кромѣ пересмотра инструкцій санитарныхъ Совѣтовъ и соотвѣствующаго измѣненія ихъ правового положенія, установлены періодическія прибавки жалованья, научныя командировки черезъ каждыя 3—5 л. срокомъ на 2—3 мѣс., съ сохраненіемъ содержанія и субсидій отъ Земства; ежегодные отпуска, 1 свободный отъ пріема день въ недѣлю, приглашеніе запасныхъ врачей.

Всѣ эти вопросы сдѣлались очередными для всей губерніи и большинствомъ уѣздовъ уже разрѣшены практически болѣе или менѣе удовлетворительно.

Въ сторонѣ отъ общаго поступательнаго движенія остался лишь одинъ Бѣлгородскій уѣздъ. По непонятной

причинѣ, онъ отнесся отрицательно почти ко всѣмъ начинаніямъ губернскаго Земства общаго характера, а въ нѣкоторыхъ вопросахъ пошелъ даже вспять. 1) Такъ, по вопросу о совѣстной выпискѣ лѣкарствъ чрезъ посредство губернскаго Земства, Бѣлгородское Собрание осталось при прежнемъ своемъ мнѣніи о «безполезности» этой мѣры. 2) Вопросъ о введеніи уѣздной санитарной организаціи рѣшило отложить. 3) Отказалось отъ устройства собственной богадѣльни изъ-за жалкой экономіи въ 600—700 р. Постановлено «просить губернскаго Собранія, оставивъ въ распоряженіи губернской Управы долю ассигновки на содержаніе богадѣльни въ Бѣлгородскомъ уѣздѣ (500 р. и 200 р.), содержать въ Курскѣ 10 Бѣлгородскихъ стипендіатовъ, такъ какъ содержаніе собственной богадѣльни въ Бѣлгородѣ обойдется, по мнѣнію уѣзднаго Собранія, не менѣе 1500 р.» 4) Въ то время, какъ всѣ уѣзды согласились повысить пособія своимъ стипендіатамъ въ Курской земской фельдшерской школѣ до 150 р. въ годъ, Бѣлгородское Собраніе сохранило прежній недостаточный окладъ въ 120 р. Еще болѣе странно, что земское Собраніе поручило не санитарному Совѣту, а Управѣ, по ея усмотрѣнію, избрать врача-делегата на предстоящій IX губернский Съѣздъ. Послѣ этого неудивительно, что то же Собраніе отклонило ходатайство о предоставленіи права фельдшерскому персоналу уѣзда имѣть своихъ представителей во врачебномъ Совѣтѣ. Верхомъ-же несообразности является стремленіе не децентрализовать больницу помощи, какъ это дѣлается всюду по требованію самого населенія, а сконцентрировать ея въ Бѣлгородѣ, т. е. добровольное возвращеніе къ порядкамъ блаженной памяти дореформенныхъ временъ. «Собраніе пришло къ заключенію, что опытъ постройки больничекъ въ уѣздѣ не принесъ ожидаемыхъ результатовъ, почему постановило: 1) дальнѣйшую постройку въ уѣздѣ участковыхъ больницъ приостановить, а при имѣющейся въ Бѣлгородѣ больницѣ увеличивать число коекъ и расширять больницу сообразно числу кроватей, долженствовавшихъ быть въ больницахъ, отъ постройки коихъ Собраніе отказывается; 2) уже существующія больницы въ Веселой Лопани и Нечасевкѣ не закрывать; 3) на учрежденіе при Бѣлгородской больницѣ новыхъ 5 кроватей внести въ смѣту 2000 р.»

Изъ краткой выдержки журнальнаго постановленія Собранія, къ сожалѣнію, не видно, почему участковыя больницы не оправдали ожиданій Бѣлгородскаго Земства. Но, во всякомъ случаѣ, только-что приведенное постановленіе очередной сессіи (X, 1905 г.) является совершенно исключительнымъ, единичнымъ въ земской практикѣ за послѣдніе 10 лѣтъ. Это — не просто ошибка; это — сознательная реакція, продиктованная или полнымъ непониманіемъ насущныхъ потребностей, или упорнымъ нежеланіемъ считаться съ ними. Бѣлгородское Земство само себя выдало *testimonium paupertatis*, конечно, не матеріальной...

А. Амстердамскій.

## О вліяніи прирученія на возникновеніе болѣзней.

Извѣстный Берлинскій патолого-анатомъ проф. David v. Hansemann подъ словомъ прирученіе — Domestication — разумѣетъ не только порабощеніе животныхъ человѣкомъ или другими животными; онъ сильно расширяетъ это понятіе и распространяетъ его на всѣ стремленія расы или отдѣльнаго недѣлимаго сознательнымъ путемъ улучшить условія своего существованія при помощи искусственныхъ средствъ, а также на стремленія запитить себя отъ вреднаго вліянія внѣшнихъ силъ природы. Согласно этому понятію, которое Hansemann подробно развилъ на послѣднемъ международномъ Съѣздѣ врачей въ Лиссабонѣ<sup>1)</sup>, человѣкъ является домашнимъ животнымъ, которое само себя приручило. Такое превращеніе человѣка въ домашнее животное начинается очень рано: не въ тотъ моментъ, когда онъ началъ строить жилища для себя и своей семьи, а уже тогда, когда онъ началъ пользоваться

<sup>1)</sup> Докладъ этотъ напечатанъ цѣликомъ въ «Berliner klinische Wochenschrift», № 20, 21.

различными орудіями и приспособленіями для облегченія своего существованія. Такимъ образомъ началомъ прирученія считается не тотъ моментъ, когда животное, руководясь лишь инстинктомъ, строитъ себѣ гнѣзда, а тогда, когда оно разумно и сознательно начинаетъ стремиться къ тому, чтобы оградить свою жизнь отъ вышнихъ вредныхъ вліяній и вообще улучшить ея обстановку. Съ этой точки зрѣнія человѣкъ въ его современномъ видѣ повсюду, даже въ его самыхъ некультурныхъ видахъ, находится въ прирученномъ состояніи. Разница между народами и расами только въ степени прирученія. Прирученіе имѣло огромное вліяніе на сохраненіе не только расы, но и отдѣльныхъ недѣлимыхъ: оно прежде всего способствовало тому, что большое количество недѣлимыхъ, которое безъ него вслѣдствіе своей слабости и неприспособленности погибли-бы въ борьбѣ за существованіе, или были стерты путемъ естественнаго подбора, теперь остаются въ живыхъ благодаря мѣрамъ, предпринимаемымъ прирученіемъ. Современная гигиѣна является однимъ изъ орудій этого прирученія и *Hansemann* думаетъ, что въ настоящее время можно опредѣлить степень культурности народа по тому, насколько у него развита гигиѣна. Прирученіе, однако, лишаетъ животное многихъ свойствъ, которыя необходимы для того, чтобы вести самостоятельную жизнь на свободѣ. Такъ, домашнія птицы теряютъ быстроту полета, млекопитающія силу мышцъ; олени и козы, живущіе въ неволѣ, получаютъ болѣе слабые рога. Многие изъ прирученныхъ животныхъ не въ состояніи болѣе вернуться къ свободной жизни, такъ какъ они погибли-бы въ борьбѣ за существованіе. Можетъ показаться страннымъ, почему человѣку не удается приручить цѣлаго ряда животныхъ; причина этого кроется въ томъ, что эти животныя или не могутъ размножаться въ неволѣ, или они быстро гибнутъ отъ болѣзней, къ которымъ они въ неволѣ становятся особенно воспримчивыми. Но и тѣ животныя, которыя уже приручены человѣкомъ, гораздо болѣе воспримчивы къ болѣзнямъ, чѣмъ ихъ свободно живущіе родичи. Примѣромъ можетъ служить отношеніе къ бугорчаткѣ нашего рогатаго домашнего скота и свободно живущихъ породъ буйволовъ.

Особенно ясно отражается прирученіе на половой жизни животныхъ. Благодаря прирученію, періодъ готовности самокъ къ совокупленію измѣняется, и связь между менструаціей и оплодотвореніемъ совершенно исчезаетъ; поэтому является возможность такихъ аномалій, какъ вѣматочная беременность, которая встрѣчается только у человѣка и у домашнихъ животныхъ, такъ какъ только у нихъ оплодотвореніе можетъ произойти не въ должномъ мѣстѣ, потому что только у нихъ яйцѣ и живчикъ могутъ встрѣтиться не въ надлежащемъ мѣстѣ. Половыя болѣзни точно также являются продуктомъ прирученія и поэтому ихъ встрѣчаютъ только у человѣка и домашнихъ животныхъ (собаки). Всякія неправильности, отклоненія и извращенія половой жизни опять таки наблюдаются лишь у человѣка и домашнихъ животныхъ. Въ отношеніи воспримчивости къ заразнымъ болѣзнямъ, если имѣются благоприятныя условія для зараженія, нѣтъ разницы между культурными и некультурными народами; но благодаря развитію гигиѣны культурные народы съумѣли почти совершенно побороть такіа опасныя болѣзни, какъ сыпной тифъ, оспу, проказу и значительно ограничить и ослабить распространеніе другихъ, какъ брюшной тифъ, кровавый поносъ, чума и т. п. Такимъ образомъ можно съ благодарностью установить, что прирученіе имѣло съ этой стороны благотворное дѣйствіе. Но не подлежитъ сомнѣнію, что оно имѣетъ и вредное вліяніе на развитіе человѣчества и на эту то отрицательную сторону дѣла *Hansemann* и желаетъ главнымъ образомъ обратить вниманіе.

Не разъ уже возбуждался вопросъ, не вліяютъ-ли гигиѣническія мѣропріятія въ направленіи вырожденія человѣческой расы. На этотъ вопросъ давался и положительный, и отрицательный отвѣтъ. Однако, не подлежитъ сомнѣнію, что, благодаря гигиѣническимъ мѣрамъ, сохраняется жизнь очень многихъ малоцѣнныхъ организмовъ и дается возможность передачи недостатковъ и болѣзней по наслѣдству. По мнѣнію автора, тутъ помимо гигиѣны иг-

раетъ роль вообще вся область прирученія, вліяніе котораго сказывается не только въ общемъ ослабленіи сложнаго средняго недѣлимаго, но и въ прямой передачѣ болѣзней или предрасположенія къ нимъ. Примѣрами болѣзненныхъ состояній, являющихся послѣдствіемъ прирученія, могутъ служить напр. близорукость, костоѣда зубовъ и неспособность нашихъ женщинъ кормить грудью своихъ дѣтей. Изъ этихъ 3-хъ золъ близорукость является наименьшимъ, такъ какъ недостатокъ этого поправляется въ достаточной степени очками; замѣну-же настоящихъ зубовъ искусственными далеко нельзя считать достаточной и костоѣда зубовъ обуславливаетъ безъ сомнѣнія очень часто желудочныя и кишечныя заболѣванія; скопленіе большого количества бактерій во рту при костоѣдѣ зубовъ также имѣетъ этиологическое значеніе при возникновеніи болѣзней и авторъ давно уже обратилъ вниманіе на то, что у женщинъ, умершихъ отъ послѣродового зараженія, почти всегда оказывается костоѣда зубовъ. Возможно, что обширныя статистическія изслѣдованія выяснили-бы связь костоѣды зубовъ съ послѣродовыми зараженіями. Но кромѣ этихъ признаковъ вырожденія имѣются еще и другіе, которые являются послѣдствіемъ прирученія. На первый планъ слѣдуетъ поставить тѣ состоянія, которыя касаются измѣненія въ области нервной системы. Нейрастенію, истерію и подобныя душевныя состоянія слѣдуетъ безъ сомнѣнія отнести въ область состояній вырожденія. Интересно, что и нѣкоторыя домашнія животныя иногда обнаруживаютъ нейрастеническія и чисто истерическія состоянія. Такъ, напр., извѣстно, что у собакъ наблюдаются воображаемыя беременности, при которыхъ подобно тому, какъ это бываетъ у истерическихъ женщинъ, у нихъ увеличивается животъ, набухаютъ молочныя железы, выдѣляется молозиво; все это затѣмъ проходитъ къ тому времени, когда должны были произойти роды. Автору далѣе сообщено было о собакѣ, которой передъ операціей долгое время ежедневно дѣлались подкожныя впрыскиванія морфія. Когда впрыскиванія были прекращены, съ ней ежедневно въ тотъ-же самый часъ дѣлались припадки болѣи, который прекращался, какъ только ей впрыскивали обыкновенную воду.

Не подлежитъ сомнѣнію, что и у некультурныхъ народовъ встрѣчаются душевно-больные, но тутъ она скоро исчезаютъ, благодаря устраненію ихъ естественнымъ подборомъ. У культурныхъ-же народовъ душевныя болѣзни безпрепятственно передаются по наслѣдству и степень развитія душевныхъ болѣзней также въ настоящее время можетъ служить мѣриломъ культуры народа. Многія болѣзни пищеваренія также являются послѣдствіемъ прирученія, такъ какъ они возникаютъ вслѣдствіе прививаемой съ дѣтства привычки пріема пищи въ чрезмѣрныхъ количествахъ: ни одно живущее на свободѣ животное не принимаетъ болѣе пищи, чѣмъ то необходимо для поддержанія его питанія; у прирученныхъ животныхъ и у человѣка это похвальное воздержаніе уже не наблюдается. *Hansemann* думаетъ, что невоздержность въ пищѣ не передается по наслѣдству, а прививается воспитаніемъ, такъ какъ приходится наблюдать, что дѣти, на которыхъ воспитаніе въ этомъ направленіи еще не подѣйствовало, не переѣдаютъ, въ то время какъ постоянное предложеніе лакомствъ и вкусныхъ блюдъ со стороны родителей постепенно превращаетъ ихъ въ невоздержныхъ людей. И злоупотребленіе спиртными напитками прививается такимъ-же путемъ. Очень распространенныя малокровіе и блѣдная немочь относятся также къ состояніямъ вырожденія; у некультурныхъ народовъ такіа слабыя особи не могли-бы дожить до періода половой зрѣлости и во всякомъ случаѣ не могли-бы передать своей слабости потомству. Въ культурныхъ-же странахъ, благодаря врачебному искусству, эти состоянія передаются потомству.

Условія культурной жизни несомнѣнно имѣютъ большое вліяніе на увеличеніе числа заболѣваній злокачественными опухолями. Что злокачественныя опухоли у дикихъ и некультурныхъ народовъ встрѣчаются очень рѣдко, объясняется тѣмъ, что у нихъ гораздо меньше стариковъ и, по свидѣтельству путешественниковъ, людей выше 50-лѣтняго возраста встрѣчается очень мало. Такъ какъ зло-



качественныя опухоли относятся къ болѣзнямъ главнымъ образомъ старческаго возраста и такъ какъ культура способствуетъ тому, что число людей, переживающихъ 50-лѣтній возрастъ, значительно увеличивается, то и вмѣстѣ съ этимъ, разумѣется, должно увеличиться также и число заболѣвающихъ злокачественными опухолями.

Къ болѣзнямъ, являющимся продуктомъ культурной жизни, разумѣется, слѣдуетъ отнести и профессиональныя заболѣванія. Изъ нихъ *Hanseman* останавливается на болѣзняхъ, происходящихъ отъ вдыханія пылевыхъ частицъ, т. наз. пневмокониозахъ. Его собственныя изслѣдованія показали ему, что на почвѣ пневмокониоза всегда развивается въ легкомъ бугорчатковый процессъ. Эти вторичныя процессы въ легкомъ отличаются отъ обыкновенной легочной чахотки, какъ по мѣстоположенію процесса, такъ и по теченію его. Но и развитіе обычнаго верхушечнаго процесса находится въ связи съ условіями прирученія и, хотя и у свободно живущихъ животныхъ и людей есть возможность заразиться бугорчаткой, но не подлежитъ сомнѣнію, что культурная жизнь, создающая для многихъ миллионныхъ людей негигіеническія условія существованія, сильно содѣйствуетъ распространенію болѣзни. Привычка къ климату и окружающей обстановкѣ, по видимому, также является моментомъ, могущимъ при перемѣнѣ мѣста дѣйствовать предрасполагающимъ по отношенію къ бугорчаткѣ образомъ. Жертвами бугорчатки дѣлаются не только жители тропическихъ странъ, при переездѣ ихъ въ европейскія страны, но и жители болѣе умѣренныхъ климатовъ, при перемѣнѣ обстановки и условій жизни и природы. Такъ *Hanseman* наблюдалъ, что японскіе врачи въ Германіи часто заболѣваютъ бугорчаткой; нѣмецкіе врачи, въ свою очередь, часто заболѣваютъ той-же болѣзнію въ Японіи; между тѣмъ климаты Германіи и Японіи мало разнятся между собой. Изъ т. наз. болѣзней обмѣна подагра несомнѣнно является типичной болѣзнію, обусловленной прирученіемъ, такъ какъ злоупотребленіе тонкими и сложно приготовленными блюдами и винами несомнѣнно играетъ важную роль при возникновеніи этой болѣзни; она не встрѣчается ни у одной изъ породъ свободно живущихъ животныхъ, а также у некультурныхъ человѣческихъ расъ. Ее не слѣдуетъ смѣшивать съ обезображивающимъ артритомъ, который встрѣчается у львовъ, медвѣдей и гнѣвъ, живущихъ въ пещерахъ одновременно съ первобытнымъ человѣкомъ.

Ни при одной болѣзни, однако, вліяніе прирученія не выступаетъ такъ ясно, какъ при англійской болѣзни. Наблюденія надъ домашними и дико-живущими животными, равно какъ клиническія наблюденія приводятъ къ заключенію, что главной причиной рахита является недостатокъ движенія на чистомъ воздухѣ. Рахитъ не встрѣчается у некультурныхъ народовъ и мало распространенъ среди тѣхъ культурныхъ народовъ, жилища которыхъ хорошо провѣтриваются и которые съ ранняго дѣтскаго возраста проводятъ большую часть дня внѣ жилища, какъ напр. японцы.

Въ заключеніе *Hanseman* указываетъ на тѣ болѣзни и патологическія состоянія, которыя обуславливаются одеждой. Помимо обезображиваній конечностей (особенно нижнихъ) сюда относятся опущенія внутренностей, подвижная почка, шнуровая печень и т. п. На образованіе лысинъ можетъ имѣть вліяніе ношеніе шляпъ и другихъ головныхъ уборовъ, не допускающихъ достаточнаго провѣтриванія волосяной части головы. Если сами по себѣ эти состоянія и не представляютъ еще болѣзней, то во всякомъ случаѣ изъ нихъ могутъ развиться таковыя.

А. Коварскій.

крытіе обращено должное вниманіе. Зародышъ чужероднаго, живя въ полости тѣла циклопа, обнаруживаетъ червеобразныя движенія и мѣняетъ положеніе. Спустя 2 недѣли со времени поселенія въ тѣлѣ циклопа, зародыши становятся менѣе подвижными, а еще черезъ 2 недѣли движенія прекращаются совершенно. Д-ръ *Leiper* (London), наблюдая подъ микроскопомъ циклоповъ, заключившихъ въ своемъ тѣлѣ зародышей нитчатки, слѣдилъ за дѣйствіемъ 0,2% соляной кислоты, прибавленной къ каплѣ воды, въ которой находились животныя. Циклопы быстро погибали, личинки-же, по мѣрѣ прониканія кислоты внутрь тѣла ихъ хозяина, начинали двигаться съ возрастающей быстротой, разрушая внутренности животнаго и, выйдя наконецъ черезъ одно изъ естественныхъ отверстій тѣла или черезъ поврежденный плотный вѣншній покровъ его, энергично плавали въ жидкости нѣсколько часовъ. Авторъ полагаетъ, что нѣчто подобное происходитъ и въ желудкѣ человѣка, проглотившаго съ водою зараженныхъ нитчаткой циклоповъ, такъ какъ послѣдніе неминуемо гибнутъ, зародыши-же чужероднаго, на которыхъ кислотность желудочнаго сока не вліяетъ губительно довольно долгое время, получаютъ возможность развиваться внутри организма (The British Medical Journal, 6 января). Л. Старокадомскій.

397. Д-ръ *Renner* изъ клиники покойнаго проф. *Mikulicz*'а приводитъ рядъ клиническихъ наблюденій надъ вліяніемъ увеличенія числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, какъ средства, повышающаго сопротивляемость тѣла зараженію при операціяхъ. Для этой цѣли въ клиникѣ *Mikulicz*'а, употреблялся растворъ нуклеиновой кислоты, 8 граммъ которой съ 3-мя грм. NaCl растворяютъ въ 400 грм. перегнанной воды, подогреваютъ, осредняютъ прибавленіемъ углекислаго натра, обеспложиваютъ кипяченіемъ и сохраняютъ обеспложненнымъ въ темномъ мѣстѣ. Этотъ растворъ впрыскиваютъ подъ кожу въ количествѣ 50 грм. Побочныя дѣйствія впрыскиванія выражаются въ мѣстныхъ боляхъ, раздраженіи въ области впрыскиванія, повышеніи температуры. Въ среднемъ число бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ увеличивалось на 118%. Операціи наичаще производились черезъ 6—20 часовъ послѣ впрыскиванія. Вліяніе впрыскиванія на теченіе resp. смертности видно изъ слѣдующихъ цифръ: изъ 94 не подвергнутыхъ впрыскиванію больныхъ, которымъ сдѣлано было изсѣченіе желудка и кишокъ или наложено желудочно-кишечное соустье, умерло 24 (25,5); изъ 54 больныхъ съ такими-же операціями, но подвергшихся впрыскиванію, умерло только 5 (9,3%), при чемъ причиною смерти было то или иное зараженіе, связанное съ операціей (воспаленіе брюшины, воспаленіе легкихъ и плевры, гноекровоіе). Выводы автора: 1) впрыскиваніе подкожное нуклеиновой кислоты вызываетъ у людей послѣ кратковременнаго пониженія увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ; 2) дѣйствіе раствора сказывается одинаково при впрыскиваніи подъ кожу и впрыскиваніи въ брюшную полость; 3) побочныя дѣйствія при указанномъ количествѣ раствора не имѣютъ неприятныхъ послѣдствій и 4) клиническія наблюденія говорятъ въ пользу повышенія сопротивляемости брюшины зараженію. Авторъ не отрицаетъ, что его положенія требуютъ дальнѣйшихъ наблюденій и провѣрки (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie, т. XV). Б. К. Ф.

Фармакологія. 398. Д-ръ *W. Berent* (изъ поликлиники проф. *H. Krause* въ Берлинѣ) хвалитъ дѣйствіе порошка реноформа, какъ кровеостанавливающаго и средства противъ остраго насморка. Это бѣлый порошокъ безъ запаха, содержащій дѣйствующее начало надпочечной железы въ смѣси съ борной кислотой и молочнымъ сахаромъ; въ продажѣ онъ имѣется въ 2-хъ видахъ: съ содержаніемъ дѣйствующаго начала 1:1000 и 1:2000. Авторъ примѣнялъ этотъ порошокъ для остановки небольшихъ кровотеченій послѣ внутриносовыхъ операцій и этимъ путемъ избѣгалъ неприятной для больныхъ тампонады. Для предупрежденія кровотеченій во время операцій порошокъ реноформа неудобенъ и въ этихъ случаяхъ лучше пользоваться ватой, пропитанной растворомъ адреналина. Но тамъ, гдѣ по анатомическимъ условіямъ невозможно оставлять на продолжительное время ватный тампонъ,

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

Общая патологія. 396. Болѣе 30 лѣтъ назадъ д-ръ *Федченко* указалъ, что циклопы служатъ промежуточнымъ хозяиномъ для *жизнейскаго червя* (*Filaria medinensis*), но только въ послѣднее время на это от-

примѣненіе порошка реноформа оказываетъ хорошія услуги, такъ, напр., при выскабливаніи задней стѣнки гортани. Но самой важной областью примѣненія порошка реноформа является острый насморкъ и катарръ придаточныхъ полостей, такъ какъ дѣйствіе его удовлетворяетъ всѣмъ требованіямъ, предъявляемымъ къ средству противъ насморка: онъ быстро уменьшаетъ припухлость слизистой оболочки, не вызываетъ никакихъ раздраженій и совершенно безопасенъ. Уже черезъ  $\frac{1}{4}$  минуты послѣ вдуванія порошка въ полость носа онъ расплывается, растворяется, и больные ощущаютъ его дѣйствіе въ видѣ особаго шекотанія, затѣмъ появляется чувство сухости и носъ становится проходимымъ; при воспаленіяхъ придаточныхъ полостей открывается при этомъ свободное сообщеніе съ этими полостями вслѣдствіе отбуханія слизистой оболочки; застоявшееся въ полостяхъ отдѣляемое при этомъ выдѣляется; вслѣдствіе безопасности порошокъ реноформа можно давать и въ руки больнымъ, при чемъ примѣняется болѣе слабое разведеніе его (1:2000) (Therapie der Gegenwart, июнь).

А. Коварскій.

399. Д-ръ *Wybauw* и химикъ *Vandeweyer* (Brüssel) изучали влияние воды желѣзистыхъ источниковъ въ *Spa* на обменъ веществъ и на основаніи тщательныхъ изслѣдованій, произведенныхъ надъ 2-мя здоровыми лицами (д-ръ *W.* и его жена), пришли къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Во время пяти желѣзистой минеральной воды количество выдѣляемаго съ испраженіями азота значительно уменьшается, что доказываетъ, что всасываніе азотистыхъ веществъ значительно увеличивается. 2) То-же наблюдается и въ отношеніи углеводовъ. 3) Жиры, наоборотъ, всасываются хуже. 4) Подъ влияніемъ желѣзистой воды усиливается вообще расщепленіе бѣлковъ. Кромѣ того, уменьшается количество выдѣляемой мочевой кислоты, при чемъ уменьшается также  $\%$ -ное отношеніе азота мочевой кислоты къ общему количеству азота. Желѣзистые источники слѣдуетъ разсматривать поэтому не какъ простые препараты желѣза, а какъ средство, дѣйствующее благоприятно на обменъ веществъ и дѣйствіе ихъ поэтому слѣдуетъ объяснять не однимъ влияніемъ желѣза. Приведенныя изслѣдованія могутъ дать вмѣстѣ съ тѣмъ указаніе на характеръ пищевого режима: они указываютъ, что пища должна состоять главнымъ образомъ изъ хорошо усвояемыхъ бѣлковъ и углеводовъ и содержать мало жировъ (Münchener med. Wochenschrift, № 24).

А. Коварскій.

**Внутреннія болѣзни.** 400. Проф. *W. Jaworski* и д-ръ *Korolewicz* (Краковъ) разбираютъ вопросъ о скрытыхъ кровотеченіяхъ изъ пищевыхъ путей на основаніи клиническаго матеріала (72 больныхъ), при чемъ были произведены 151 изслѣдованіе желудочнаго содержимаго и 639—кала на скрытую кровь. Изъ 3-хъ случаевъ язвеннаго рака пищевода, находившагося въ 2 сл. на разстояніи 27 см. отъ зубовъ, въ 1 была найдена скрытая кровь (2 изслѣдованія кала), а въ 2 нѣтъ (3 изслѣдованія кала); въ 2-хъ случаяхъ суженія входа въ желудокъ авторы нашли скрытую кровь въ обоихъ (4 изслѣдованія кала). На 8 случаевъ рака желудка скрытая кровь въ калѣ найдена во всѣхъ, при чемъ при ракъ желудка скрытая кровь въ калѣ имѣетъ ту особенность, что она, не смотря на лечебныя и діететическія средства, не исчезаетъ, какъ то обычно наблюдается при круглой извѣ желудка. Изслѣдованіе скрытой крови въ желудочномъ содержимомъ даетъ результаты менѣе вѣрные, чѣмъ изслѣдованіе кала. Въ 1 случаѣ несомнѣнной круглой извѣ желудка авторы не нашли скрытой крови въ желудочномъ содержимомъ, тогда какъ на 9 изслѣдованій кала нашли ее 5 разъ. Въ 3-хъ случаяхъ бугорчатковыхъ извѣ кишекъ въ калѣ были найдены бугорчатковыя палочки, но скрытой крови тамъ не оказалось. Въ 2-хъ случаяхъ рака печени въ калѣ была найдена скрытая кровь. При брюшномъ тифѣ скрытыя кровотеченія встрѣчаются, вѣроятно, часто и предшествуютъ явнымъ кровотеченіямъ. Въ 1 сл. брюшного тифа авторы нашли скрытую кровь въ калѣ, послѣ чего наступило явное кровотеченіе со смертельнымъ исходомъ. Изслѣдованія скрытой крови въ калѣ и желудочномъ содержимомъ авторы производили по способу *H. Weber'a*: около 3 грм. изслѣдуемаго кала или желудочнаго содержимаго смѣшивались съ 5 грм. перегнанной воды, туда прибавлялось  $\frac{1}{3}$  объема сгущенной уксусной кислоты (для образованія кислаго гематина), и все взбалтывалось около 2-хъ мин. въ пробиркѣ; далѣе туда приливается 10 к. см. зоиры; послѣ взбалтыванія вверху собирается почти безцвѣтная эоирная вытяжка красящаго вещества крови; вы-

тяжку эту въ дальнѣйшемъ сливаютъ въ пробирку и прибавляютъ немного гуаяковой смолы, а затѣмъ — 10 к. см. 3%-наго раствора  $H_2O_2$ . При наличности красящаго вещества крови образуются 2 слоя въ пробиркѣ: нижній, водный, голубой или темноголубой, соответственно содержащій кровяной пигментъ, и верхній, эоирный фиолетово-голубой. Вмѣсто гуаяковой смолы можно брать также смолу *aloïn-barbados*: тогда нижній слой получаетъ вишнево-красную окраску. Предложенный, вмѣсто гуаяковой смолы, бензидинъ не далъ въ изслѣдованіяхъ авторовъ положительнаго результата (*Przegląd lekarski*, 30 июня). 0.

401. Д-ръ *Mac Millan* (Detroit) болѣе чѣмъ въ 100 случаяхъ успѣшно *лѣчилъ привычные запоры*, обусловленные слабостью кишечныхъ мышцъ, *тампонами*, вводившимися въ прямую кишку. Тампоны, обыкновенно ватные, продолговатой формы и различной длины и толщины, смазанные вазелиномъ, вводились длинными щипцами или при помощи прямокишечнаго зеркала до мѣста перехода прямой кишки въ S-образную и оставлялись на 2—6 час. Въ первое время такого лѣченія испраженіе наступало часъ черезъ 12 послѣ извлеченія тампона. Лѣченіе въ началѣ примѣнялось черезъ день, затѣмъ рѣже. Нѣкоторыхъ больныхъ авт. имѣетъ подлѣ наблюденіемъ 2 года. Совершенно недѣйствительнымъ способъ оказывается при запорахъ, стоящихъ въ связи съ тяжелымъ заболѣваніемъ нервной системы. Главную причину успѣха описываемаго способа лѣченія привычныхъ запоровъ авт. видитъ въ томъ, что тампонъ, растягивая насильственно, но не грубо, прямую кишку, заставляетъ мышечную оболочку повторно сокращаться и укрѣпляться этимъ путемъ. Слѣдуетъ избѣгать введенія съ тампономъ лѣкарственныхъ веществъ, которые могутъ раздражать слизистую оболочку кишечника. Больные по большей части не ощущаютъ непріятнаго чувства отъ присутствія въ кишкѣ мягкаго тампона; какой-либо опасности способъ не представляетъ (*Medical Record*, 16 декабря 1905 г.).

Л. Старокадомскій.

402. Ч. пр. *Emil Schütz* (Вѣна) сообщаетъ о результатахъ изслѣдованія *Röntgen'овскими лучами* при ракъ желудка. Всего имъ изслѣдовано 6 случаевъ. Изслѣдованіе производилось по способу *Rieder'a* (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, 1904—1905 г., т. 8) путемъ введенія въ желудокъ большихъ количествъ висмута, сѣшаннаго съ жидкою или кашцеобразною пищею. Во всѣхъ случаяхъ получилось слѣдующее отклоненіе отъ нормы: привратникъ вовсе не наполнялся висмутомъ или лишь очень слабо и перистальтика этой части желудка отсутствовала. Позволительно-ли при наличности только-то указанныхъ признаковъ тотчасъ-же ставить распознаваніе рака, это еще вопросъ; но во всякомъ случаѣ изслѣдованіе *Röntgen'овскими лучами* даетъ возможность ранняго распознаванія суженія привратника, положенія и протяженія его, далѣе, оно опредѣляетъ мѣстоположеніе болѣзненнаго очага въ желудкѣ и рѣшаетъ вопросъ о принадлежности какого-либо новообразованія желудку или нѣтъ. Можно надѣяться, что этотъ способъ изслѣдованія дастъ успѣхи и для отличительнаго распознаванія между ракомъ и круглою извою желудка (*Wiener klinische Wochenschrift*, № 14).

В. Дитманъ.

403. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ д-ръ *A. Schmidt* доказалъ, что сырая соединительная ткань переваривается только подлѣ влияніемъ желудочнаго сока, т. е., соляной кислоты и пепсина. *Sahli*, подтвердивъ это, предложилъ новый способъ изслѣдованія дѣятельности желудка безъ употребленія зонда и назвалъ его «*десмоидной реакціей*». Способъ *Sahli* состоитъ въ слѣдующемъ: онъ даетъ іодоформъ либо метиленовую синьку въ резиновой оболочкѣ, завязанной тщательно катгуттомъ (соединительная ткань). Буде желудокъ содержитъ значительное количество  $HCl$  и пепсина, катгуттъ переваривается, а освобожденный іодоформъ или метиленовая синька переходятъ въ мочу. Іодоформъ можно легко открыть химически въ мочѣ и слюнкѣ, а метиленовая синька окрашиваетъ мочу сначала въ зеленый, а потомъ въ голубой цвѣтъ. Д-ръ *Sascepaniski* (изъ Львовской клиники проф. *Gluzinsk'аго*) примѣняетъ *десмоидную реакцію*: 1) у больныхъ, не имѣвшихъ никакихъ расстройствъ со стороны желудка; 2) у больныхъ съ чрез-

мѣрной кислотностью желудочнаго содержимаго; 3) у больныхъ съ пониженной кислотностью желудочнаго содержимаго; 4) у больныхъ, у которыхъ въ желудочномъ содержимомъ не было ни свободной, ни связанной HCl. Оказалось, что 1) у людей съ правильной дѣятельностью желудка метиленовая синька появляется въ мочѣ въ среднемъ черезъ 6 часовъ; 2) у людей съ чрезмѣрнымъ содержаніемъ HCl характерное окрашиваніе замѣчается ранѣе 6 час.; 3) у людей съ пониженной кислотностью желудочнаго содержимаго—спустя 8 часовъ; 4) въ случаяхъ, въ которыхъ желудочное содержимое не содержитъ HCl, реакція не получается вовсе. Выводы автора (на 22 больныхъ) слѣдующіе. Десмоидные мѣшечки перевариваются только въ желудкѣ подъ влияніемъ HCl и пепсина (см. обратные результаты *Einhorn'a* въ слѣдующемъ рефератѣ *Ped.*). Отсутствие реакціи при возможности исключить усиленную дѣятельность желудка и при наличности правильно функционирующихъ кишекъ и почекъ говоритъ въ пользу отсутствія свободной HCl. На основаніи болѣе скорого или замедленнаго появленія реакціи можно приблизительно судить о степени кислотности желудочнаго содержимаго (*Lwowski Tygodnik lekarski*, 12 июля). С. О.

404. Проф. *Max Einhorn* (New York) сообщаетъ итоги своихъ наблюденій касательно *природности предложенной въ 1905 г. Sahli «десмоидной пробы» химической достаточности желудка*. Какъ извѣстно, проба эта заключается въ томъ, что испытуемому даютъ проглотить послѣ обѣда резиновый мѣшечекъ съ метиленовой синькой (или йодоформомъ), обвязанный крѣпко тонкимъ сырнымъ катгуттомъ, и затѣмъ изслѣдуютъ его мочу (слюну) на содержаніе синьки (йода), по приобрѣтенію ею окраски отъ зеленой до синей (а йодъ открывается въ мочѣ по обычному способу, при помощи крахмальной бумаги). У здоровыхъ реакція появляется обыкновенно черезъ 6—8 часовъ послѣ приѣма мѣшечка, такъ что появленіе ея въ этотъ срокъ указываетъ на достаточность желудка; если-же реакція наступаетъ поздно, напр. часовъ черезъ 20, или вовсе не появляется, то значитъ желудокъ работаетъ недостаточно. Весь способъ основанъ на томъ, что сырая соединительная ткань, къ которой принадлежитъ и катгуттъ, переваривается по *Ad. Schmidt'u* (*Deutsche med. Wochenschrift* 1899, № 49) только желудочнымъ сокомъ, а поджелудочнымъ нѣтъ. Понятно, что подобный способъ, если онъ пригоденъ, нашелъ-бы себѣ обширное примѣненіе. И до сихъ поръ провѣрка *Sahli'евской* реакціи давала въ рукахъ изслѣдователей (*Eichler, Kühn, Kaliski*) итоги весьма благоприятные. По *Einhorn'у*-же, оказывается, что способъ *Sahli* въ самомъ своемъ принципѣ невѣренъ, ибо катгуттъ переваривается и въ кишечникѣ. Въ этомъ авторъ убѣдился прямыми опытами и то же самое подтвердили его наблюденія на больныхъ съ *achyli agastrica*, у которыхъ, по *Sahli*, реакція не должна-бы появляться, а между тѣмъ появлялась. 4 такихъ случая авторъ и приводитъ въ настоящей статьѣ. Такимъ образомъ предложенная *Sahli* реакція отнюдь не можетъ быть признана пригодною для опредѣленія химической достаточности кишечника, и именно по той простой причинѣ, что катгуттъ переваривается и въ кишечникѣ (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 17 мая). С. Г.

405. Проф. *Moris Benedikt* (Вѣна) провѣрилъ и остался очень доволенъ *способомъ ощупыванія живота, предложеннымъ американскимъ проф. E. Thayer'омъ* (Galveston въ Техасѣ). Изслѣдованіе производится при сидячемъ положеніи больного съ упирающимися одна въ другую подолжками и при возможно далѣе разведенныхъ колѣняхъ. Руки больной долженъ держать на икрахъ или на колѣняхъ, разгибая, по возможности, локти. Въ такомъ положеніи верхняя часть грудной кѣтки оказывается нѣсколько расширенной и въ силу этого движенія грудобрюшной преграды происходятъ болѣе спокойно, и брюшная стѣнка не напрягается. Изслѣдующій садится сзади больного, опуская одну ногу внизъ, другую-же сгибаетъ въ колѣнѣ, упирая ее въ тоже время въ крестецъ или поясницу больного; чтобы не причинять больному непріятнаго ощущенія, при этомъ подкладываютъ небольшую подушечку. Стопу согнутой ноги изслѣдующій упираетъ въ противупо-

свободной ноги. Рукава должны быть завернуты, а руки теплыя. Проводя плоскою рукою по нижнему краю грудной кѣтки и по краямъ таза, изслѣдующій получаетъ осязательную картину величины заключающейся между этими границами площади. Больного просятъ дышать спокойно и производить ощупываніе сначала плоскою рукою, затѣмъ болѣе вглубь, далѣе — при противодавленіи другой рукъ, наконецъ, концами пальцевъ поверхностно и съ давленіемъ въ глубину. Описанный способъ изслѣдованія можетъ быть дополненъ обычными приемами ощупыванія и выстукиванія. Присутствіе жидкости въ брюшной полости легко опредѣляется по способу *Thayer'a*. Если больной слишкомъ слабъ, чтобы сидѣть, его кладутъ спиною къ краю кровати съ сильно согнутыми бедрами и колѣнями; руки больного лежатъ на нижнемъ колѣнѣ, верхнее-же колѣно, по возможности, отводится помощникомъ или служителемъ. Врачъ упираетъ свое колѣно въ соответствующее мѣсто, какъ при сидячемъ положеніи больного. Затѣмъ больного перемищаютъ на другой бокъ. Если заставить больного быстро и повторно сокращать прямые мышцы живота, то внутренности становятся еще болѣе доступными для ощупыванія. Печень и селезенка хорошо ощущаются, если большіе пальцы загнуть назадъ, а остальными пальцами ощупывать эти органы. При пользованіи этимъ способомъ поражаетъ легкость, съ которою можно охватить селезенку, печень, блуждающую почку, матку, увеличенные придатки ея, расширенія аорты и чревной артерій, переднюю поверхность позвоночника и внутреннюю поверхность подвздошной кости и т. д. (*Wiener medizinische Presse*, № 16). В. Думманъ.

406. Ч. пр. *Bernhard Vas* (Budapest) рассматриваетъ *тифозную бактериурию и отношеніе ея къ почкамъ*. Тифозная бактериурия появляется обыкновенно на 2-ой или 3-ей недѣлѣ брюшного тифа. Частота ея колеблется отъ 10 до 25%. Количество бактерій, по видимому, очень значительное. По изслѣдованіямъ автора выходитъ, что причинной связи между тифозной бактериуріей и заболѣваніемъ почки можетъ и не быть, такъ какъ бактериурия встречается и безъ всякаго выдѣленія бѣлка. Съ другой стороны, бактериурия можетъ сочетаться съ пиуріей и циститомъ. Практически заслуживаетъ вниманія то обстоятельство, что тифозныя палочки могутъ распространяться и черезъ мочу тифозныхъ больныхъ (*Wiener klinische Wochenschrift*, № 13). В. Думманъ.

**Хирургическія болѣзни.** 407. Проф. *A. Ernest Galant* (New-York) въ одномъ случаѣ *вылушенія почки, вмѣсто того, чтобы удалить мочеточникъ, вшилъ его подъ кожу поясничной области*.

У 29-лѣтней больной послѣ ранѣе произведеннаго холоденія образовались рубцовое суженіе праваго мочеточника и правосторонній гидронефрозъ, потребовавшіе удаленія почки. Послѣ отдѣленія почки и тщательной перевязки сосудовъ почечная лоханка была перерѣзана поперекъ, приблизительно на 1 дюймъ выше мѣста ея соединенія съ мочеточникомъ, а образовавшееся такимъ образомъ воронкообразное устье было вшито въ поясничную фасцію такъ, чтобы отверстіе открывалось въ подкожную кѣтчатку, не достигая кожи. Воронкообразная форма облегчаетъ пришиваніе, а равно и введеніе дренажной трубки, и устье не сокращается. Какъ только прекратится отдѣленіе, кожа соединяется надъ отверстіемъ и закрываетъ его; въ случаѣ-же скопленія въ воронкѣ гноя или слизи достаточно (просто) разрѣза кожи, чтобы возстановить дренажъ. Такое скопленіе узнается по боли, лихорадкѣ и выпячиванію на сторонѣ вшитаго мочеточника; зараженіе-же позади-позвоночнаго пространства и глубокихъ тканей при этомъ способѣ дѣлается невозможнымъ. Мышцы были зашиты въ 3 яруса, и марлевая полоска введена до культи сосудовъ. Узкая полоска марли введена въ отверстіе мочеточника и выведена на поверхность. Кожа зашита, за исключеніемъ нижняго угла раны.

При удаленіи пораженной бугорчаткою почки авт. совѣтуетъ, во избѣжаніе возможнаго зараженія пузыря, пересѣкать мочеточникъ еще и у пузырянаго конца его, зашить остатокъ у пузыря, другой-же конецъ вшить въ рану влагалища (*American Medicine*, № 2). В. Думманъ.

408. Д-ръ *Charles Lester Leonard* (Philadelphia) сообщаетъ о *леченіи Röntgen'овскими лучами нѣкоторыхъ доброкачественныхъ поверхностныхъ поражений*. Сюда относятся не только болѣзни кожи, но и лежащихъ подъ нею железъ. Быстрота, съ которою поверхностныя бугор-

способу лечения, навела на мысль о действии лучей и на другие бугорчатковые процессы, главным образом на бугорчатку желез и на пазухи, остающиеся после выскабливания и опорожнения размягченных желез. Здесь в особенности отмечено укрѣпляющее действие лучей на живую ткань при одновременном уничтожении влѣтчекъ съ малою жизнеспособностью и вытекающимъ отсюда бактериубивающимъ действием, зависящимъ, быть можетъ, отъ специфического влияния Röntgen'овскихъ лучей на низшіе организмы, находящіеся въ тканяхъ, или отъ образующихся въ ихъ присутствіи антитоксиновъ. Подобные же благоприятные результаты получены и при не вскрытыхъ и не достигшихъ размягченія железахъ. Въ 2 случаяхъ зоба получило излѣчение, имѣющее 3-лѣтнюю и 18-мѣсячную давность. Изъ болѣзней кожи авторъ получалъ успѣхъ при сикозѣ, паршахъ, родимыхъ пятнахъ, alopecia areata и чрезмѣрной волосатости. Въ 1 тяжеломъ случаѣ сикоза верхней губы получился быстрый успѣхъ после уничтоженія волосъ и излѣчение оказалось стойкимъ, хотя всѣ волосы выросли вновь. При бляшковой лысости (alopecia areata) лечение должно быть только укрѣпляющимъ въ отличіе отъ обезволаживающаго действия, требуемаго въ томъ случаѣ, когда волосные мѣшки составляютъ мѣсто нахождения паразитовъ. Различное действие лучей зависитъ всецѣло отъ силы ихъ примѣненія, колеблющейся отъ возбужденія до уничтоженія. Въ 1 случаѣ волчанки носа съ большими изъязвленіями послѣднія были выполнены еще до рубцеванія. Въ другомъ случаѣ глубокой волчанки подбородка расщепленіе и излѣчение наступили безъ распада поверхности ткани. Далѣе успѣхъ получался при экземахъ и чешуйчатомъ лишай; угри быстро излѣчивались безъ образованія рубцовъ отъ слабого возбуждающаго действия лучей. Случай упорной экземы вокруг рта, державшейся 16 лѣтъ, былъ излеченъ въ теченіи зимнихъ мѣсяцевъ и болѣе года не далъ возвратовъ. Чешуйчатый лишай поддается труднѣе (New-York Medical Journal, № 17).

В. Дитманъ.

409. Д-ръ Mindes приводитъ описаніе прибора д-ра Kozłowski'а для вызванія застойнаго полнокровія по Bier'y. Приборъ этотъ представляетъ изъ себя валикъ, имѣющій на одномъ концѣ кружокъ съ зубчатымъ краемъ и пружинный крючекъ. На валикъ намотана полоса изъ резины разной ширины. Приборъ накладывается такимъ образомъ, что полоса натягивается на соответствующую часть тѣла вращеніемъ ключа, послѣ чего при помощи пружиннаго крючка, входящаго въ зубцы кружка, приборъ не только устанавливается на своемъ мѣстѣ, но и повязкаѣ придается соответственная степень давленія. Лучше всего, по автору, въ началѣ устанавливать приборъ до появленія легкой синюхи, а затѣмъ минуты черезъ 2 освободить на нѣсколько зубцовъ, пока не появится соответствующая красная гиперемія. Результаты, полученные при помощи этого прибора, оказались очень утѣшительными. Этотъ приборъ изготовляетъ фирма Georpeon и Treczyński въ Львовѣ. Къ статьѣ приложенъ рисунокъ прибора (Lwowski Tygodnik lekarski, 1 февраля). С. О-скій.

410. Ч. пр. Herman (Львовъ) говоритъ о примѣненіи застойной гипереміи по Bier'y съ предупреждающей цѣлью при пластическихъ операціяхъ на сухожиліяхъ, нервахъ, кровеносныхъ сосудахъ, при кровавомъ вправленіи застарѣлыхъ вывиховъ и т. д., главнымъ образомъ при операціяхъ на конечностяхъ. За сутки передъ операціей слѣдовало-бы выше операціоннаго поля наложить Bier'овскую повязку и оставить ее на мѣстѣ въ теченіи 22-хъ час. Отекъ, появившійся въ тканяхъ, не смотря на снятіе повязки за 2 часа до операціи, не можетъ затруднять опознаванія въ топографическихъ условіяхъ. Если-бы во время операціи проникли случайно въ рану болѣзнетворные микробы, то они оказались-бы въ крайне неблагоприятныхъ условіяхъ для своего развитія, а именно — въ тканяхъ, пропитанныхъ застойной жидкостью, действующей бактериубивающе, благодаря алексинамъ, и въ содѣйствіи съ микрофагоцитами (Lwowski Tygodnik lekarski, 19 апрѣля).

411. Д-ръ Leopold Moll (Прага) описываетъ технику лечения грудной застойной гипереміи по Bier'y. Грудь помѣщаютъ въ стеклянный колоколъ, разрѣжаемый при

помощи особаго насоса, соединеннаго съ водопроводнымъ краномъ, благодаря чему втягиваніе груди въ колоколъ совершается равномерно и медленно. Авт. примѣнял Bier'овскую гиперемію не только при лечении грудницы, но и съ цѣлью усилить недостаточное отдѣленіе молока у кормящихъ и отъ примѣненія колокола по 1 часу 2—3 раза въ день получалъ удовлетворительные результаты (Wiener klinische Wochenschrift, № 17). В. Дитманъ.

412. Д-ръ Artur Sonnenschein сообщаетъ нѣсколько интересныхъ наблюденій, касающихся вопроса о леченіи бугорчатки костей. При свищахъ онъ сначала производилъ тщательное очищеніе свища, а затѣмъ выжималъ надъ свищемъ комокъ ваты, пропитанный 4%-нымъ растворомъ азотнокислаго серебра (постепенно онъ доходилъ до 10%-наго раствора), пока вся полость не выполнялась жидкостью; тогда сверху насыпался йодоформъ, и накладывалась повязка съ мазью. При смѣнѣ повязки оказывалось, что изъ раствора азотнокислаго серебра и йодоформа образовалось нѣчто въ родѣ пломбы, плотно приставшей къ стѣнкамъ раневой полости. Черезъ мѣсяцъ уже не бывало и слѣда отдѣленія, и свищи заживали (Wiener medizinische Presse, № 16). В. Дитманъ.

413. Проф. John H. Gibbon (Philadelphia) описываетъ случай удачнаго шиванія проникающей раны сердца.

38-лѣтній, хорошо сложенный больной поступилъ въ госпиталь 30/VI 1905 г. въ полдень, приблизительно черезъ часъ послѣ полученія раны перочиннымъ ножомъ. Раненый еще былъ въ состояніи пройти небольшое разстояніе, но затѣмъ упалъ и вскорѣ потерялъ сознаніе. При поступленіи: полное безсознательное состояніе, отсутствіе рефлексовъ, расширеніе зрачковъ, холодная и влажная кожа, синюха ногтеѣ, ускоренное и поверхностное дыханіе. Пульсъ въ периферическихъ сосудахъ не прощупывался, тоны сердца были очень неясны, ускорены и неправильны. Платеѣ было пропитано свѣжей кровью. На тѣлѣ оказались 3 колотыя раны: одна у лѣваго локтя, другая у края большой грудной мышцы въ лѣвой подкрыльцовой впадинѣ и третья на  $\frac{1}{2}$  дюйма отъ лѣваго края грудны на уровнѣ хряща 4-го ребра. Длина послѣдней раны равнялась  $\frac{1}{2}$  дюйма, направленіе ея было вверхъ и внаружу. Изъ раны, отчасти выполненной кровавыми сгустками, слетѣла сочилась кровь. Сердечная тупость была замѣтно увеличена. Больному были даны сильныя возбуждающія и черезъ  $\frac{1}{4}$  часа онъ отчасти пришелъ въ себя. Послѣ дачи морфія и атропина произведено усыпленіе небольшимъ количествомъ эфира. Хрящъ 4-го ребра оказался разрываннымъ поперекъ. Весь хрящъ и часть ребра удалены костными щипцами. Въ околосердечной сумкѣ оказалась рана, пропускавшая конецъ указательнаго пальца; сумка была выполнена жидкою и свернутою кровью. Подъ вліяніемъ эфирнаго наркоза пульсъ сталъ лучше, послѣ опорожненія-же околосердечной сумки онъ сдѣлался полнѣе и правильнѣе. Но сумка быстро снова наполнилась свѣжей кровью, что сильно затрудняло отысканіе раны самого сердца. Введя 2 пальца позади сердца, авторъ приподнял его и, быстро вытирая кровь, увидѣлъ эту рану, отчасти выполненную сгустками. Она находилась въ правомъ желудкѣ близъ бороды, отдѣляющей его отъ уха. Рана сердца, свободно пропускавшая конецъ указательнаго пальца, имѣла въ длину  $\frac{1}{2}$  —  $\frac{3}{4}$  дюйма; рана эндокардіа, повидимому, была на половину короче. При помощи струнного шва, проведеннаго черезъ оба края сердечной раны, сердце приподнято къ отверстию сумки. Затѣмъ кашечной иглой наложено еще 4 шва, при чемъ удерживавшій сердце шовъ оказалъ хорошія услуги, такъ какъ сердечная мышца все время сокращалась и расслаблялась. Авторъ при наложеніи шва не забылъ раненія внутрисердечнаго и считаетъ важнѣе соединять края раны во всю толщину сердечной стѣнки, чѣмъ стараться не прокалывать эндокардіа. На лѣвую шовъ наложена узкая полоска марли, выведенная черезъ незашитую рану околосердечной сумки. Наружная рана только перевязана. При снятіи съ операціоннаго стола состояніе больного было весьма удовлетворительное: пульсъ 88, дыханіе 32. Въ первые 12 часовъ послѣ операціи въ слѣдствіе обильнаго симороточнаго отдѣленія потребовалась перемѣна повязки; пульсъ 112, дыханіе 36, температура 101° F; жалобы на сильную боль въ лѣвомъ плечѣ и лѣвой  $\frac{1}{2}$  груди. На 2-й день дыханіе было 62. При смѣнѣ повязки оказалась задержка отдѣленія въ сумкѣ, по удаленіи котораго дыханіе тотчасъ-же упало на 38. Сдѣлавъ обильныя вливанія въ кишку солевого раствора. На 3-й день больной принималъ жидкую пищу и въ остальномъ выздоровленіе шло правильно. Повязки мѣнялись черезъ день и при этомъ можно было видѣть пульсацию сердца. На 6-й день послѣ операціи наружная рана была зашита катгуттомъ; рана околосердечной сумки закрылась сама. На 11-й день больной могъ сидѣть, на 14-й онъ всталъ съ постели, а на 20-й былъ выписанъ (The Journal of the Am. Med. Association, № 6). В. Д-но.

Глазные болѣзни. 414. Въ засѣданіи Парижской Академіи наукъ 11/IX 1905 г. д-ръ Ullmann сообщилъ результаты своихъ наблюденій о зависимости между подергиваніемъ глазъ (clignement vibratoire) и началомъ различныхъ за-



**большинств почеч.** Чаше всего это подергиваніе появляется на верхнемъ вѣкѣ и обыкновенно бываетъ одностороннимъ. Длится оно отъ нѣсколькихъ минутъ до  $\frac{1}{2}$ -часа и дольше, повторяясь въ неправильные промежутки времени. Наблюдая это явленіе уже около 10 лѣтъ во многихъ случаяхъ, авт. убѣдился, что подергиваніе вѣкъ является однимъ изъ самыхъ раннихъ признаковъ самоотравленія при недостаточности почекъ, а иногда и предвѣстникомъ тяжелаго воспаленія почекъ, подтверждаемаго вскорѣ изслѣдованіемъ мочи. Въ случаяхъ преходящаго раздраженія почечной ткани означенное явленіе на вѣкахъ исчезаетъ въ скоромъ времени по упорядоченіи діеты и устраненіи причины раздраженія (Postęp okulistyczny, февраль, по Annales d'oculistique).

Р. Кауцъ.

415. Д-ръ Zirm (Olmütz) наблюдалъ 5 случаевъ двусторонней катаракты отъ тетаническихъ судорогъ. Въ 4-хъ случаяхъ дѣло имѣлось съ молодыми женщинами въ возрастѣ 26—32 л. У 3-хъ изъ нихъ приступы тетаніи стали появляться во время беременности, и послѣ родовъ выпали волосы и ногти; 4-ая страдала тетаническими судорогами съ 14 л., выпаденіе же волосъ и ногтей наступило послѣ тифа. Въ 5-мъ случаѣ катаракта (корковая) развилась у 22-лѣтняго рабочаго съ наследственнымъ предрасположеніемъ къ судорогамъ; выпаденіе волосъ произошло и у него послѣ одного изъ приступовъ тетаническихъ судорогъ, ногти же не пострадали. У 1 изъ женщинъ наблюдалось, кромѣ того, и пораженіе кожи въ видѣ пузырчатой сыпи съ послѣдовательной пигментаціей. Помутнѣніе хрусталиковъ представляло собою, такимъ образомъ, во всѣхъ этихъ случаяхъ одно изъ проявленій трофическихъ разстройствъ въ эпителиальныхъ тканяхъ тѣла, являясь въ такой-же мѣрѣ слѣдствіемъ судорогъ въ рѣсничной мышцѣ, какъ выпаденіе ногтей послѣ тетаническихъ судорогъ въ конечностяхъ. Авт. полагаетъ, что именно въ тѣхъ случаяхъ тетаніи, которые сопровождаются трофическими разстройствами въ кожѣ и ея придаткахъ, и имѣется особая наклонность къ развитію катаракты. Исходъ простого линейнаго извлеченія катаракты, предпринятаго на обоихъ глазахъ во всѣхъ случаяхъ автора, получился весьма благоприятный (Archiv für Augenheilkunde, т. LII, 1 и 2). К.

416. Д-ръ A. Pagenstecher описываетъ измѣненія глазного дна при внутреннихъ болѣзняхъ, наблюдавшіяся имъ среди богатаго матеріала одной изъ Hamburg'скихъ больницъ. Авт. сообщаетъ: 3 случая тяжелой блѣдной немочи съ крововизліяніями въ сѣтчаткѣ, 5 случаевъ съ измѣненіями сѣтчатки послѣ потери крови и 4 случая сѣтчаточныхъ крововизліяній при кровоточивомъ худосочіи. Блѣдно-немочные съ измѣненіями глазного дна составляли всего лишь 1,2% по отношенію къ общему числу больныхъ этого рода (246). Потери крови произошли въ 2 случаяхъ при азѣ желудка, въ 1—при выкидышѣ, въ 1—отъ пораненія ноги при болотной лихорадкѣ и въ 1—отъ ушиба и оперативнаго вскрытія колѣннаго сустава при кровоточивости (съ смертельнымъ исходомъ); измѣненія глазного дна заключались въ поблѣднѣніи соска зрительнаго нерва, легкомъ помутнѣніи сѣтчатки въ его окружности и въ появленіи бѣлыхъ пятенъ либо крововизліяній въ сѣтчаткѣ. Кровоточивое худосочіе выразилось въ 1 случаѣ въ желудочнокішечныхъ крововизліяніяхъ, приведшихъ въ 8 дней къ смерти, въ 2—въ крововизліяніяхъ по всему тѣлу и въ слизистыхъ оболочкахъ (Werlhof'ова болѣзнь) и въ 1—въ такъ-же крововизліяніяхъ послѣ приѣмовъ эйхинина при тропической лихорадкѣ (Archiv für Augenheilkunde, т. LII, № 3).

Р. Кауцъ.

417. Въ статьѣ своей о зависимости между заболѣваніями придаточныхъ полостей носа и внутренними болѣзнями глазъ д-ръ Fish (New-Orleans) приводитъ 7 случаевъ различнаго рода пораженій сосудистаго прибора глаза при закрытомъ нагноеніи лобной пазухи. Въ виду рѣзкаго и непосредственнаго улучшенія, наступавшаго въ состояніи глаза послѣ дренированія лобной пазухи, авт. склоненъ объяснить внутриглазные измѣненія въ своихъ случаяхъ явленіями веннаго застоя, вызванными чисто механической причиной—суженіемъ или закупоркой носолобнаго канала; а, такъ какъ въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ, помимо послѣдствій застоя, замечались также

жестокія нейральгическія боли въ области тройничнаго нерва, то авт. высказываетъ предположеніе, не обусловливаются ли столь часто случающіяся, несоответственно сильныя боли при внутриглазныхъ болѣзняхъ просмѣтрившимъ воспаленіемъ придаточной полости носа. Причина такого недосмотра, по мнѣнію д-ра Fish'a, заключается въ томъ, что при открытомъ нагноеніи придаточной полости, съ совершенно свободнымъ оттокомъ гноя, обыкновенно не наступаетъ никакихъ болѣзненныхъ явленій на глазу, такъ что носовому врачу, къ которому такіе больные обращаются, рѣдко приходится наталкиваться на осложненія со стороны глазъ, а съ закрытымъ воспаленіемъ придаточной полости, при которомъ проявленіе болѣзни прежде всего наступаетъ на глазу, больные обращаются за совѣтомъ къ главному врачу и слишкомъ рѣдко попадаютъ къ носовому. Авт. убѣждаетъ, что, если-бы во всѣхъ случаяхъ ирита, циклита или хориоидита состояніе придаточныхъ полостей носа изслѣдовалось тщательно, чѣмъ это дѣлалось до сихъ поръ, то причинная зависимость между означенными болѣзнями обнаруживалась-бы гораздо чаще, а лѣченіемъ основной болѣзни достигнуты были-бы лучшіе результаты въ лѣченіи болѣзни глаза, и больные были-бы въ значительной мѣрѣ избавлены отъ рѣсничныхъ нейральгій (Archiv für Augenheilkunde, т. LII, № 3).

Р. Кауцъ.

418. Во избѣжаніе возвратовъ при операціи рубцовато выворота вѣкъ F. C. Hots совѣтуетъ пересаживать на обнаженную поверхность не 1 большой лоскутъ кожи, а 2 отдѣльныхъ, съ тѣмъ расчетомъ, чтобы одинъ покрывалъ раневую поверхность вѣка, а другой—оставшую поверхность, и 1-й лоскутъ пришивать къ хрящу вѣка, дабы сморщиваніе 2-го лоскута, остающагося не пришитымъ, не оказывало на 1-й никакого вліянія. При операціи на верхнемъ вѣкѣ лоскутъ прикрѣпляется къ кожѣ свободнаго края вѣка, съ одной стороны, и къ верхнему краю хряща, съ другой; а на нижнемъ вѣкѣ, въ виду небольшихъ размѣровъ хряща, нижній край лоскута прикрѣпляется къ хрящеглазничной фасціи, нѣсколько повыше нижняго края глазницы. По прикрѣпленіи лоскута къ вѣку послѣднее помощью 2-хъ лигатуръ, проведенныхъ черезъ свободный его край и укрѣпленныхъ на щекѣ (или на лбу), оттягиваютъ возможно больше внизъ (или вверхъ) и на оставшуюся раневую поверхность пересаживаютъ 2-й лоскутъ. Пересадку по Thiersch'у (тонко сбритымъ лоскутомъ) авт. отдаетъ предпочтеніе передъ пересадкой по Wolff'у. Послѣдовательное лѣченіе одинаково для верхняго вѣка и для нижняго. Черезъ 3 дня снимается повязка, а къ концу 1-й недѣли удаляютъ швы; по истеченіи 2-хъ недѣль лѣченіе заканчивается (Archiv für Augenheilkunde, т. LII, 3; съ англійскаго изданія).

Р. Кауцъ.

419. Д-ръ Rauna (Budapest) даетъ цѣлый рядъ свѣтописныхъ снимковъ съ анатомическихъ препаратовъ, обработанныхъ имъ 10%-мъ формоломъ по способу Killian'a и показывающихъ топографическія отношенія между глазницей и полостями носа, а затѣмъ приводитъ и клиническія свои наблюденія о болѣзняхъ глаза, вызываемыхъ страданіями носа. Авт. сообщаетъ: 1) 6 случаевъ пораженія слезныхъ путей, исчезавшаго при одномъ лишь лѣченіи носа или-же при одновременномъ его лѣченіи; 2) 1 случай нагноенія глазницы при гнойномъ воспаленіи лобной пазухи; 3) 1 случай воспаленія зрительнаго нерва при нагноеніи заднихъ клѣтокъ рѣшетчатой кости; 4) 1 случай помутнѣнія стекловиднаго тѣла при нагноеніи Highmor'овой полости (отъ іодистаго калия состояніе глаза ухудшалось, проясняться-же стало стекловидное тѣло послѣ вскрытія и промыванія верхнечелюстной пазухи) и 5) 1 случай нагноенія всего глаза послѣ извлеченія катаракты при скрытомъ двустороннемъ нагноеніи Highmor'овой полости, обнаруженномъ лишь при вскрытіи трупа (62-лѣтняя больная умерла отъ упадка сердечной дѣятельности къ тому времени, когда уже стали утихать явленія панопталмита). По поводу послѣдняго случая авт. настаиваетъ на необходимости убѣждаться передъ операціей катаракты въ отсутствіи нагноенія носовыхъ полостей съ такой же тщательностью, какъ это дѣлаютъ теперь по отношенію къ нагноеніямъ слезнаго мѣшка (Archiv für Augenheilkunde, т. LII, 4).

способу лечения, навела на мысль о действии лучей и на другие бугорчатковые процессы, главным образом на бугорчатку желез и на пазухи, остающиеся после выскабливания и опорожнения размягченных желез. Здесь в особенности отменно укрепляющее действие лучей на живую ткань при одновременном уничтожении клеточек с малою жизнеспособностью и вытекающим отсюда бактерицидным действием, зависящим, быть может, от специфического влияния Röntgen'овских лучей на низшие организмы, находящиеся в тканях, или от образующихся в их присутствии антитоксинов. Подобные же благоприятные результаты получены и при не вскрытых и не достигших размягчения железах. В 2 случаях зоба получилось излечение, имевшее 3-летнюю и 18-месячную давность. Из больной кожи автор получал успех при сикозе, паршах, родимых пятнах, alopecia areata и чрезмерной волосатости. В 1 тяжелом случае сикоза верхней губы получился быстрый успех после уничтожения волос и излечение оказалось стойким, хотя все волосы выросли вновь. При бляшковой лысости (alopecia areata) лечение должно быть только укрепляющим в отличие от обезволашивающего действия, требуемого в том случае, когда волосные мешки составляют место нахождения заразы. Различное действие лучей зависит всецело от силы их применения, колеблющейся от возбуждения до уничтожения. В 1 случае волчанки носа с большими изъязвлениями последние выполнялись еще до рубцевания. В другом случае глубокой волчанки подбородка рассасывание и излечение наступили без распада поверхности ткани. Дальше успех получался при экземах и чешуйчатом лишае; угри быстро излечивались без образования рубцов от слабого возбуждающего действия лучей. Случай упорной экземы вокруг рта, державшейся 16 лет, был излечен в течение зимних месяцев и больше года не дал возвратов. Чешуйчатый лишай поддается труднее (New-York Medical Journal, № 17).

В. Дитман.

409. Д-р *Mindes* приводит описание прибора *д-ра Kozłowski'а* для вызывания застойной полицемии по *Bier'y*. Прибор этот представляет из себя валик, имеющий на одном конце кружок с зубчатым краем и пружинный крючек. На валике намотана полоса из резины разной ширины. Прибор накладывается таким образом, что полоса натягивается на соответствующую часть тела вращением ключа, после чего при помощи пружинного крючка, входящего в зубцы кружка, прибор не только устанавливается на своем месте, но и повязка придает соответственную степень давления. Лучше всего, по автору, в начале устанавливать прибор до появления легкой синюхи, а затем минуты через 2 освободить на несколько зубцов, пока не появится соответствующая красная гиперемия. Результаты, полученные при помощи этого прибора, оказались очень утешительными. Этот прибор изготовляет фирма *Georgeson* и *Trerczyński* в Львов. К статье приложен рисунок прибора (*Lwowski Tygodnik lekarski*, 1 февраля). С. О-ский.

410. Ч. пр. *Herman* (Львов) говорит о применении застойной гиперемии по *Bier'y* с предупреждающей целью при пластических операциях на сухожилиях, нервах, кровеносных сосудах, при кровавом вправлении застарелых вывихов и т. д., главным образом при операциях на конечностях. За сутки перед операцией следовало бы выше операционного поля наложить *Bier'овскую* повязку и оставить ее на месте в течение 22-х час. Отек, появившийся в тканях, не смотря на снятие повязки за 2 часа до операции, не может затруднять опознавания в топографических условиях. Если бы во время операции проникли случайно в рану болезнетворные микробы, то они оказались бы в крайне неблагоприятных условиях для своего развития, а именно — в тканях, пропитанных застойной жидкостью, действующей бактерицидно, благодаря алексинам, и в союзе с микрорагоцитами (*Lwowski Tygodnik lekarski*, 19 апреля).

411. Д-р *Leopold Moll* (Прага) описывает технику лечения грудных желез застойной гиперемией по *Bier'y*. Грудь помещают в стеклянный колокол, разряжаемый при

помощи особого насоса, соединенного с водопроводным краном, благодаря чему втягивание груди в колокол совершается равномерно и медленно. Авт. применял *Bier'овскую* гиперемию не только при лечении грудины, но и с целью усилить недостаточное отделение молока у кормящих и от применения колокола по 1 часу 2—3 раза в день получал удовлетворительные результаты (*Wiener klinische Wochenschrift*, № 17). В. Дитман.

412. Д-р *Artur Sonnenschein* сообщает несколько интересных наблюдений, касающихся вопроса о лечении бугорчатки костей. При свищах он сначала производил тщательное очищение свища, а затем выжимал над свищем комок ваты, пропитанный 4%-ным раствором азотнокислого серебра (постепенно он доходил до 10%-ного раствора), пока вся полость не выполнялась жидкостью; тогда сверху насыпался йодоформ, и накладывалась повязка с мазью. При свищах повязки оказывалось, что из раствора азотнокислого серебра и йодоформа образовалось нечто в родъ пломбы, плотно приставшей к стенкам раневой полости. Через месяц уже не бывало и следа отдаления, и свищи заживали (*Wiener medizinische Presse*, № 16). В. Дитман.

413. Проф. *John H. Gibbon* (Philadelphia) описывает случай удачного шивания проникающей раны сердца.

38-летний, хорошо сложенный больной поступил в госпиталь 30/VI 1905 г. в полдень, приблизительно через час после получения раны перочинным ножом. Раненый еще был в состоянии пройти небольшое расстояние, но затем упал и вскоре потерял сознание. При поступлении: полное безсознательное состояние, отсутствие рефлексов, расширение зрачков, холодная и влажная кожа, синюха ногтев, ускоренное и поверхностное дыхание. Пульс в периферических сосудах не прощупывался, тоны сердца были очень неясны, ускорены и неправильны. Плате было пропитано свежей кровью. На теле оказались 3 колотые раны: одна в левом локте, другая у края большой грудной мышцы в левой подмышечной впадине и третья на 1/4 дюйма от левого края грудины на уровне хряща 4-го ребра. Длина последней раны равнялась 1 1/4 дюйма, направление ее было вверх и вправо. Из раны, отчасти выполненной кровавыми сгустками, слегка сочилась кровь. Сердечная тупость была заметно увеличена. Больному были даны сильные возбуждающие и через 1/2 часа он отчасти пришел в себя. После дачи морфия и атропина произведено усыпление небольшим количеством эфира. Хрящ 4-го ребра оказался разрезанным поперек. Вес хряща и часть ребра удалены костными щипцами. В околосердечной сумке оказалась рана, пропускавшая конец указательного пальца; сумка была выполнена жидкой и свернувшейся кровью. Под влиянием эфирного наркоза пульс стал лучше, после опорожнения же околосердечной сумки он стал еще полнее и правильнее. Но сумка быстро снова наполнилась свежей кровью, что сильно затрудняло отыскание раны самого сердца. Введя 2 пальца позади сердца, автор приподнял его и, быстро вытирая кровь, увидел эту рану, отчасти выполненную сгустками. Она находилась в правом желудочке близ борозды, отделяющей его от ушка. Рана сердца, свободно пропускавшая конец указательного пальца, имела в длину 1/2 — 3/4 дюйма; рана эндокардия, повидимому, была на половину короче. При помощи струнного шва, проведенного через оба края сердечной раны, сердце приподнято к отверстию сумки. Затем кишечной иглой наложено еще 4 шва, при чем удерживавший сердце шов оказал хорошие услуги, так как сердечная мышца все время сокращалась и расслаблялась. Автор при наложении шва не избегал ранения внутрисердечной и считает важным соединять края раны во всю толщу сердечной стенки, чем стараться не прокалывать эндокардия. На швы швов наложена узкая полоска марли, выведенная через незапятнанную рану околосердечной сумки. Наружная рана только перевязана. При снятии с операционного стола состояние больного было весьма удовлетворительное: пульс 88, дыхание 32. В первые 12 часов после операции вследствие обильного секреторного отделения потребовался перематывание повязки; пульс 112, дыхание 36, температура 101° F; жалобы на сильную боль в левом плече и левой 1/2 груди. На 2-й день дыхание было 62. При снятии повязки оказалась задержка отделения в сумке, по удалении которого дыхание тотчас же упало на 38. Сделав обильный вливания в кишку солевого раствора. На 3-й день больной принимал жидкую пищу и в остальном выздоровление шло правильно. Повязки менялись через день и при этом можно было видеть пульсацию сердца. На 6-й день после операции наружная рана была зашита катгутом; рана околосердечной сумки закрылась сама. На 11-й день больной мог сидеть, на 14-й он встал с постели, а на 20-й был выписан (*The Journal of the Am. Med. Association*, № 6). В. Д-н.

Глазные болезни. 414. В заседании Парижской Академии наук 11/IX 1905 г. д-р *Ullmann* сообщил результаты своих наблюдений о зависимости между подергиванием века (clignement vibratoire) и некоторыми заболеваниями зрительного аппарата.

**болтавший почекъ.** Чаще всего это подергиваніе появляется на верхнемъ вѣкъ и обыкновенно бываетъ одностороннимъ. Длится оно отъ нѣсколькихъ минутъ до  $\frac{1}{2}$ -часа и дольше, повторяясь въ неправильные промежутки времени. Наблюдая это явленіе уже около 10 лѣтъ во многихъ случаяхъ, авт. убѣдился, что подергиваніе вѣкъ является однимъ изъ самыхъ раннихъ признаковъ самоотравленія при недостаточности почекъ, а иногда и предвѣстникомъ тяжелаго воспаления почекъ, подтверждаемаго вскорѣ изслѣдованіемъ мочи. Въ случаяхъ преходящаго раздраженія почечной ткани означенное явленіе на вѣкахъ исчезаетъ въ скоромъ времени по упорядоченіи діеты и устраненіи причины раздраженія (Postęp okulistyczny, февраль, по Appales d'oculistique).

Р. Кауэ.

415. Д-ръ Zirm (Olmütz) наблюдалъ 5 случаевъ двусторонней катаракты отъ тетаническихъ судорогъ. Въ 4-хъ случаяхъ дѣло имѣлось съ молодыми женщинами въ возрастѣ 26—32 л. У 3-хъ изъ нихъ приступы тетаніи стали появляться во время беременности, и послѣ родовъ выпали волосы и ногти; 4-ая страдала тетаническими судорогами съ 14 л., выпаденіе же волосъ и ногтей наступило послѣ тифа. Въ 5-мъ случаѣ катаракта (корковая) развилась у 22-лѣтняго рабочаго съ наследственнымъ предрасположеніемъ къ судорогамъ; выпаденіе волосъ произошло и у него послѣ одного изъ приступовъ тетаническихъ судорогъ, ногти же не пострадали. У 1 изъ женщинъ наблюдалось, кромѣ того, и поражение кожи въ видѣ пузырчатой сыпи съ послѣдовательной пигментацией. Помутнѣніе хрусталиковъ представляло собою, такимъ образомъ, во всѣхъ этихъ случаяхъ одно изъ проявленій трофическихъ разстройствъ въ эпителиальныхъ тканяхъ тѣла, являясь въ такой-же мѣрѣ слѣдствіемъ судорогъ въ рѣсничной мышцѣ, какъ выпаденіе ногтей послѣ тетаническихъ судорогъ въ конечностяхъ. Авт. полагаетъ, что именно въ тѣхъ случаяхъ тетаніи, которые сопровождаются трофическими разстройствами въ кожѣ и ея придаткахъ, и имѣется особая склонность къ развитію катаракты. Исходъ простого линейнаго извлеченія катаракты, предпринятаго на обоихъ глазахъ во всѣхъ случаяхъ автора, получился весьма благоприятный (Archiv für Augenheilkunde, т. LII, 1 и 2). К.

416. Д-ръ A. Pagenstecher описываетъ измѣненія глазного дна при внутреннихъ болѣзняхъ, наблюдавшіяся имъ среди богатаго матеріала одной изъ Hamburg'скихъ больницъ. Авт. сообщаетъ: 3 случая тяжелой блѣдной немочи съ крововизліями въ сѣтчаткѣ, 5 случаевъ съ измѣненіями сѣтчатки послѣ потери крови и 4 случая сѣтчаточныхъ крововизліи при кровооточивомъ худосочіи. Блѣдно-немочные съ измѣненіями глазного дна составляли всего лишь 1,2%, по отношенію къ общему числу больныхъ этого рода (246). Потери крови произошли въ 2 случаяхъ при извѣжѣ желудка, въ 1—при выкидышѣ, въ 1—отъ пораненія ноги при болотной лихорадкѣ и въ 1—отъ ушиба и оперативнаго вскрытія колѣннаго сустава при кровооточивости (съ смертельнымъ исходомъ); измѣненія глазного дна заключались въ поблѣднѣніи соска зрительнаго нерва, легкомъ помутнѣніи сѣтчатки въ его окружности и въ появленіи бѣлыхъ пятенъ либо крововизліи въ сѣтчаткѣ. Кровооточивое худосочіе выразилось въ 1 случаѣ въ желудочнокішечныхъ крововизліяхъ, приведшихъ въ 8 дней къ смерти, въ 2—въ крововизліяхъ по всему тѣлу и въ слизистыхъ оболочкахъ (Werthof'ова болѣзнь) и въ 1—въ такихъ-же крововизліяхъ послѣ приѣмовъ эйхенина при тропической лихорадкѣ (Archiv für Augenheilkunde, т. LII, № 3).

Р. Кауэ.

417. Въ статьѣ своей о зависимости между заболѣваніями придаточныхъ полостей носа и внутренними болѣзнями глазъ д-ръ Fish (New-Orleans) приводитъ 7 случаевъ различнаго рода поражений сосудистаго прибора глаза при закрытомъ нагноеніи лобной пазухи. Въ виду рѣзкаго и непосредственнаго улучшенія, наступавшаго въ состояніи глаза послѣ дренированія лобной пазухи, авт. склоненъ объяснить внутриглазные измѣненія въ своихъ случаяхъ явленіями вѣннаго застоя, вызванными чисто механической причиной—суженіемъ или закупоркой носового канала; а, такъ какъ въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ тотчасъ послѣ дренажа исчезаютъ измѣненія, такъ

жестокія нейрального боли въ области тройничнаго нерва, то авт. высказываетъ предположеніе, не обусловливаются-ли столь часто случающіяся, несоответственно сильнымъ боли при внутриглазныхъ болѣзняхъ просматриваемыя воспаленіемъ придаточной полости носа. Причина такого недосмотра, по мнѣнію д-ра Fish'a, заключается въ томъ, что при открытомъ нагноеніи придаточной полости, съ совершенно свободнымъ оттокомъ гноя, обыкновенно не наступаетъ никакихъ болѣзненныхъ явленій на глазу, такъ что носовому врачу, къ которому такіе больные обращаются, рѣдко приходится наталкиваться на осложненія со стороны глазъ, а съ закрытымъ воспаленіемъ придаточной полости, при которомъ проявленіе болѣзни прежде всего наступаетъ на глазу, больные обращаются за совѣтомъ къ главному врачу и слишкомъ рѣдко попадаютъ къ носовому. Авт. убѣжденъ, что, если-бы во всѣхъ случаяхъ ирита, циклита или хориовидита состояніе придаточныхъ полостей носа изслѣдовалось тщательно, чѣмъ это дѣлалось до сихъ поръ, то причинная зависимость между означенными болѣзнями обнаруживалась-бы гораздо чаще, а лѣченіемъ основной болѣзни достигнуты были-бы лучшіе результаты въ лѣченіи болѣзни глаза, и больные были-бы въ значительной мѣрѣ избавлены отъ рѣсничныхъ нейралгій (Archiv für Augenheilkunde, т. LII, № 3).

Р. Кауэ.

418. Во избѣжаніе возвратовъ при операциі рубцовато выворота вѣкъ F. C. Hotz совѣтуетъ пересаживать на обнаженную поверхность не 1 большой лоскутъ кожи, а 2 отдѣльныхъ, съ тѣмъ расчетомъ, чтобы одинъ покрывалъ раневую поверхность вѣка, а другой—остальную поверхность, и 1-й лоскутъ пришивать къ хрящу вѣка, дабы сморщиваніе 2-го лоскута, остающагося не пришитымъ, не оказывало на 1-й никакого вліянія. При операциі на верхнемъ вѣкѣ лоскутъ прикрѣпляется къ кожѣ свободного края вѣка, съ одной стороны, и къ верхнему краю хряща, съ другой; а на нижнемъ вѣкѣ, въ виду небольшихъ размѣровъ хряща, нижній край лоскута прикрѣпляется къ хрящеглазничной фасціи, нѣсколько повыше нижняго края глазницы. По прикрѣпленіи лоскута къ вѣку послѣднее помощью 2-хъ лигатуръ, проведенныхъ черезъ свободный его край и укрѣпляемыхъ на щекѣ (или на лбу), оттягиваютъ возможно больше внизъ (или вверхъ) и на оставшуюся раневую поверхность пересаживаютъ 2-й лоскутъ. Пересадкѣ по Thiersch'y (тонко сбритымъ лоскутомъ) авт. отдаетъ предпочтеніе передъ пересадкой по Wolff'y. Послѣдовательное лѣченіе одинаково для верхняго вѣка и для нижняго. Черезъ 3 дня снимается повязка, а къ концу 1-й недѣли удаляютъ швы; по истеченіи 2-хъ недѣль лѣченіе заканчивается (Archiv für Augenheilkunde, т. LII, 3; съ англійскаго изданія).

Р. Кауэ.

419. Д-ръ Rauna (Budapest) даетъ цѣлый рядъ свѣтопionychъ снимковъ съ анатомическихъ препаратовъ, обработанныхъ имъ 10%-мъ формоломъ по способу Killian'a и показывающихъ топографическія отношенія между глазницей и полостями носа, а затѣмъ приводитъ и клиническія свои наблюденія о болѣзняхъ глаза, вызываемыхъ страданіями носа. Авт. сообщаетъ: 1) 6 случаевъ пораженія слезныхъ путей, исчезавшаго при одномъ лишь лѣченіи носа или-же при одновременномъ его лѣченіи; 2) 1 случай нагноенія глазницы при гнойномъ воспаленіи лобной пазухи; 3) 1 случай воспаления зрительнаго нерва при нагноеніи заднихъ клѣтокъ рѣшетчатой кости; 4) 1 случай помутнѣнія стекловиднаго тѣла при нагноеніи Highmor'овой полости (отъ іодистаго казія состояніе глаза ухудшалось, проясняться же стало стекловидное тѣло послѣ вскрытія и промыванія верхнечелюстной пазухи) и 5) 1 случай нагноенія всего глаза послѣ извлеченія катаракты при скрытомъ двустороннемъ нагноеніи Highmor'овой полости, обнаруженнымъ лишь при вскрытіи трупа (62-лѣтняя больная умерла отъ упадка сердечной дѣятельности къ тому времени, когда уже стали утихать явленія паноптальмита). По поводу послѣдняго случая авт. настаиваетъ на необходимости убѣждаться передъ операцией катаракты въ отсутствіи нагноенія носовыхъ полостей съ такой же тщательностью, какъ это дѣлаютъ теперь по отношенію къ нагноеніямъ слезнаго мѣшка (Archiv für Augenheilkunde, т. LII, 4).

420. Д-ръ *Feilke* (изъ глазного отдѣленія Dresden'ской городской больницы) наблюдалъ случай двойного прободенія глазного яблока вязальнымъ крючкомъ съ необыкновенно счастливымъ исходомъ — сохраненіемъ полной остроты зрѣнія.

8-лѣтняя дѣвочка, доставая стальнымъ крючкомъ резиновую тесемку изъ лѣваго рукава своего платья, поскользнулась и со всей силой всадила себѣ крючекъ въ лѣвый глазъ. Проникши въ глазное яблоко на разстояніи 2 мм. къ виску и книзу отъ края роговицы, крючекъ прошелъ сквозь стекловидное тѣло, прободилъ заднюю стѣнку яблока и укрѣпился за нее, такъ что вытнать его изъ глаза не удавалось; а такъ какъ рукоятка крючка, торчавшая изъ глаза, грозила дальнѣйшимъ разрушеніемъ послѣдняго, то одинъ изъ врачей, къ коимъ перепуганная мать обратилась за помощью, отщепилъ щипцами большую часть деревянной рукоятки, оставшійся же кусокъ крючка, все еще торчавшаго изъ глаза на 5 см., обложилъ толстымъ слоемъ ваты. Черезъ 2 часа послѣ поврежденія дѣвочка была доставлена въ больницу. Глазъ былъ мало раздраженъ; передняя камера имѣла нормальную глубину, крови въ ней не было, зрачекъ былъ равномерный, и предметы хорошо различались поврежденнымъ глазомъ. Не только вытнать крючекъ, но и повернуть его вокругъ оси было невозможно; при потягиваніи же за крючекъ, выдвигался вмѣстѣ съ нимъ и весь глазъ. Тогда авт. продвинулъ крючекъ нѣсколько поглубже, освободивъ такимъ образомъ заднюю стѣнку яблока отъ острія крючка, повернулъ крючекъ вокругъ его продольной оси и затѣмъ, продолжая его поворачивать и въ то-же время осторожно потягивая его впередъ, высвободилъ его изъ задней стѣнки яблока, а потомъ, съ такой-же осторожностью, и изъ передней. По извлеченіи крючка потекла водянистая влага, кусокъ радужной оболочки выпалъ, и въ ранкѣ показалась капля стекловиднаго тѣла; въ то-же время зрачекъ вытянулся и передняя камера на 1 мм. наполнилась кровью. Отрѣзавъ выпавшій кусочекъ радужной оболочки и выравнивъ ущемленные ея концы съ помощью капель изъ эзерина и пилокарпина, авт. на оба глаза наложилъ повязку, а поверхъ повязки на поврежденный глазъ всю ночь съ перерывами прикладывалъ легкіе пузыри со льдомъ. Заживленіе произошло безъ всякой реакціи; наружная ранка хорошо закрылась; зрачекъ получился круглый, такъ какъ при отрѣзываніи выпавшаго куска радужной оболочки пощажень былъ ея жомъ; хрусталикъ, какъ и стекловидное тѣло остались прозрачными, и лишь на днѣ глаза можно было видѣть зеркаломъ, соответственно мѣсту прободенія, обнаженную бѣловатую оболочку въ видѣ блестяще-бѣлаго, окруженнаго пигментнымъ поясомъ, патна, съ сосокъ зрительнаго нерва. На остроту зрѣнія эта недостаѣ сѣтчатки и сосудистой оболочки не оказала вліянія, такъ какъ она далеко отстояла (къ виску и книзу) отъ центра сѣтчатки, и черезъ мѣсяцъ послѣ поврежденія, когда дѣвочку выписали изъ больницы, изслѣдованіе показало полную остроту зрѣнія. Такое-же зрѣніе найдено было и  $\frac{1}{2}$ -года спустя (*Archiv für Augenheilkunde*, LII, 1 и 2).

Р. Кацъ.

**Дѣтскія болѣзни.** 421. Д-ръ *K. Horning* описываетъ 2 случая *нарастающей мышечной дистрофіи типа Erb'a*.

1. Больной—8½ л. Родители (отцу 50 л., матери—35 л.) здоровы. Разными болѣзнями не болѣлъ. Всегда былъ тупоуменъ. Годъ назадъ мать замѣтила, что мальчикъ сталъ хуже ходить, быстро уставать, а ноги его становились все болѣе толстыми.—Сложенія и питанія правильнаго. Затылочная, паховая и подмышковыя железы немного увеличены. Легкія и сердце безъ измѣненій. Печень и селезенка не прощупываются. Разстройство испусканія мочи и кала нѣтъ. Бросается въ глаза утолщеніе бедеръ и голени: объемъ лѣваго бедра—40, праваго—39 см., лѣвой голени—29, правой—28 см. Позвоночникъ въ поясничной части выгнутъ впередъ. Рѣзкія атрофическія измѣненія въ плечевой области: болѣе всего поражены большая грудная, капшовая, ромбoidalная, широкая спинная, менте—трапецевидная, 2-я и 3-главыя мышцы, мышцы-же предплечья и кисти не обнаруживаютъ никакихъ измѣненій. Подостная мышца значительно гипертрофирована. Глубокія мышцы спины также представляютъ признаки атрофіи. Изъ мышцъ нижнихъ конечностей ягодичныя, 4-главыя и икроножныя значительно гипертрофированы. Конская стопа. Возбудимость мышцъ на постоянный и наведенный токи понижена. Температурная чувствительность, болевая и къ прикосновенно сохранены. Колебные рефлексы ослаблены. Волоконцевыхъ сокращеній въ мышцахъ не наблюдается.

2. Мальчикъ, 10 л., братъ предыдущаго больного. Разныхъ болѣзней не переносилъ. Съ 7 лѣтъ, по словамъ матери, началъ «сохнуть». Не можетъ стоять на ногахъ.—Сложенія и питанія хорошаго. Ослабленіе умственныхъ способностей. Внутренніе органы безъ измѣненій. Испусканіе мочи и кала правильно. Сидитъ въ кровати съ согнутыми въ коленномъ и тазобедренномъ суставахъ ногами; *res equino-vagus*. Рѣзкая атрофія мышцъ плечевого пояса. Пониженіе возбудимости мышцъ къ гальваническому и наведенному токамъ. Всѣ роды чувствительности сохранены. Волоконцевыхъ сокращеній въ мышцахъ нѣтъ (*Lwow-ski Tygodnik lekarski*, 10 мая).

С. Э. Островскій.

## ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденцій.

*XLVIII—LII. Изъ Русскаго хирургическаго Общества Пирогова.*

(Засѣданіе 8-го февраля).

*В. В. Александровъ. Къ вопросу о леченіи травматическаго артеріально-веннаго аневризма (См. «Русскій Врачъ», 1906 г., № 1).*

Проф. *С. П. Федоровъ*: Мнѣ кажется, что докладъ заставляетъ обратить на себя вниманіе въ смыслѣ полученныхъ результатовъ. До сихъ поръ къ намъ въ клинику поступало много больныхъ, у которыхъ частью здѣсь, частью еще на Дальнемъ Востока по поводу аневризмы перевязывались сосуды и получалось омертвѣніе. Я лично знаю около 10 такихъ случаевъ. Согласно изслѣдованіямъ *Н. С. Короткова*, артеріально-венныя аневризмы тѣмъ и страшны, что извѣстное количество крови уносится въ венозную систему, вслѣдствіе чего и наступаетъ малокровіе конечности, съ давленіемъ, по *Gärtner*у равнымъ 0. Наблюденія надъ кровянымъ давленіемъ и руководившія нами соображенія до сихъ поръ вполне подтвердились изсѣченіемъ аневризматическаго мѣшка. Венозная система иногда оказывается при этомъ способной вмѣстить огромное количество крови. Съ своей стороны я горячо совѣтовалъ-бы измѣрять давленіе до и послѣ операціи изсѣченія мѣшка: такимъ путемъ, вѣроятно, удастся подтвердить в. дѣйствія наблюденія д-ра *Короткова*.

*Н. К. Этовъ. Объ импретаціи перевязочныхъ матеріаловъ (съ предъявленіями).*

Ч. пр. *В. Н. Гейнацъ*: Не дѣлали-ли Вы опытовъ съ крѣпкими спиртными растворами, быстро высыхающими?

Докладчикъ: Нѣтъ.

*В. А. Свенцицкій*: Несовершенное распредѣленіе сулемы можно объяснить тѣмъ, что оно производилось несовершеннымъ способомъ *en masse*.

*П. И. Бухманъ*: Изъ возвратившихся съ войны врачей, съ которыми мнѣ приходилось бесѣдовать, никто не заявлялъ, что противогнилостный матеріалъ на дѣлѣ не былъ на высотѣ предъявлявшихся къ нему требованій. Изъ Вашего-же доклада я выношу обратное впечатлѣніе. Я думаю, однако, что тѣ силы и время, которыя Вы тратите на приготовленіе такого матеріала, пора обратить на изготовку матеріала безгнилостнаго. Вспомните, какъ измѣняются всасывающія свойства матеріала при стерилизаціи? Ваши несвоевременныя изслѣдованія должны были предвѣщать ту массовую заготовку, которая уже была сдѣлана.

Ч. пр. *Г. О. Цейдлеръ*: Ваша работа—лишний доводъ противъ сулемованнаго матеріала.

Докладчикъ: Мы—лишь исполнительный органъ и дѣлаемъ то, что намъ приказываютъ (? *Ред.*). Врачи, которые являлись къ намъ съ войны, заявляли и о полезномъ дѣйствіи противогнилостнаго матеріала.

Проф. *М. С. Субботинъ*: Докладъ, дѣйствительно, подтверждаетъ то, о чемъ здѣсь уже неоднократно говорилось. Незавѣстно даже, сулема-ли или другое какое соединеніе дѣйствуетъ въ противогнилостномъ матеріалѣ? Если что и дѣйствуетъ, то никакъ уже не сулема; въ матеріалѣ остаются слѣды какого-то ртутнаго соединенія. Можетъ быть, Общество сдѣлаетъ постановленіе въ такомъ смыслѣ, что приготовленіе такихъ сулемованныхъ препаратовъ для перевязки оно считаетъ лишнимъ.

(Засѣданіе 22-го февраля).

Ч. пр. *Р. Р. Вреденъ* показалъ больнаго, которому была сдѣлана *промежностная prostatectomy*. Послѣ операціи изчезли бывшіе до этого припадки цистита. Во время операціи былъ удаленъ изъ дивертикула пузыря камень.

Онъ-же показалъ больную, страдавшую 4 года назадъ эмпиемой плевры, которой поэтому и была сдѣлана операція *Schede* съ нѣкоторымъ измѣненіемъ. Чтобы достигнуть прилеганія къ грудной стѣнкѣ спаивающаго легкаго и въ области купола плевры, докладчикъ изсѣкъ куски 3—10 реберъ, но не удалил мышечно-надкостничнаго лоскута, а, свернувъ его въ трубку, вдвинулъ его въ плевральный куполъ. Наступило полное заживленіе. *Röntgen*овскій снимокъ обнаружилъ образованіе новой кости на мѣстѣ вдвинутаго лоскута.

*В. В. Зендеръ* показалъ 16-лѣтняго больнаго съ *паренхиматознымъ зобомъ и сердцебіеніемъ*. Лѣчился большой сухой щитовидной железой вмѣстѣ съ сахаромъ (по 0, 1, 2 раза въ день и 10 кап. 10% *Fowler*ова раствора, тоже 2 раза въ день). Опухоль уменьшилась, но сердцебіеніе осталось. Примѣняя такое леченіе раньше, докладчикъ никогда не видѣлъ такихъ хорошихъ результатовъ, какъ въ этотъ разъ.



П. П. Бухманъ тоже получалъ при такомъ лѣченіи уменьшеніе опухоли, а не сердеченія. По его наблюденіямъ дѣйствіе тиреоидина вѣрно, чѣмъ дѣйствіе тиреоидина.

Ч. пр. В. Н. Гейманъ привелъ случай, когда отъ препарата щитовидной железы (одотиринъ Ваитманъ, по 0,5) погибла молодая дѣвица, принимавшая его 3 дня. При изслѣдованіи препарата оказался доброкачественнымъ.

В. Н. Зененко съ успѣхомъ пользуется въ настоящее время болъную тиреоидномъ Мерскъа по 0,3.

С. С. Гирилатъ. Экспериментальныя данныя къ вопросу о пластичности обособленнымъ салъникомъ. Салъникомъ уже давно пытались обезболить швы, прободенія, недостатки въ желудкѣ и кишкахъ. При пластичности необособленнымъ салъникомъ часто приходится вѣтрѣваться съ срощеніями, съ образованіемъ тяжей, что зависитъ отъ измѣненія положенія салъника, который часто при такихъ операціяхъ перегибается, смѣщается. Докладчикъ старался выяснитъ, что происходитъ при закрытіи недостатка кусками обособленного салъника? Опыты ставились на собакахъ, при чемъ закрывались недостатки въ желудкѣ, въ тонкихъ и толстыхъ кишкахъ. Оказалось, что при закрытіи недостатка въ толстыхъ кишкахъ и въ желудкѣ срощеній съ соседними органами не бываетъ, при примѣненіи же способа на тонкихъ кишкахъ срощенія получаются.

Ч. пр. Н. Н. Петровъ: Я не могу согласиться съ тѣмъ, что показанія къ примѣненію обособленного и необособленного салъника почти одинъ и тѣже. Кругъ показаній къ примѣненію обособленного салъника строго ограниченъ: тамъ, гдѣ есть возможность прободенія, примѣнять обособленный салъникъ нельзя. Показаніями къ примѣненію обособленного салъника служатъ: гастротоміи по поводу инородныхъ тѣлъ, раздѣленіе околожелудочныхъ срощеній, случайныя пораненія кашечника при операціяхъ.

Докладчикъ: Въ докладѣ я опредѣленно указалъ, что противопоказаніемъ къ примѣненію обособленного салъника служитъ прободеніе или возможность его.

В. Н. Томашевскій. Къ вопросу о спинномозговомъ обезболиваніи. Предпославъ литературный обзоръ спинномозгового обезболиванія по Bier'у и разобравъ критически случаи смерти отъ него, докладчикъ пришелъ къ выводу, что смерть не всегда наступала при этомъ въ зависимости отъ самаго способа обезболиванія; весьма вѣроятно, что во многихъ случаяхъ она зависѣла отъ другихъ причинъ. Докладчикъ испыталъ этотъ способъ на 37 болъныхъ. Больному втыкался между 2-мъ и 3-мъ, 3-мъ и 4-мъ поясничными позвонками, на границѣ между средней и нижней  $\frac{1}{2}$ , разстоянія между ихъ остистыми отростками, троакаръ до той глубины, пока не начинала вытекать спинномозговая жидкость. Затѣмъ врыскивался 40%-ный растворъ тропикалина въ количествѣ 0,008—0,01. Изъ всѣхъ случаевъ лишь въ 1-мъ пришлось прибѣгнуть къ хлороформу, такъ какъ обезболиваніе получилось неполное. Обезболиваніе наступаетъ черезъ 8—10 мин. и длится отъ 52 мин. до 2 час. 24 мин. Прежде всего оно появляется на промежности и въ области половыхъ органовъ, потомъ затрогиваетъ пальцы ногъ и поднимается выше, доходя до пупка, а иногда и еще выше. Доза въ 0,009 не представляетъ опасности; необходимо только строго соблюдать методику.

Ч. пр. Г. Ф. Цейдлеръ: Я признаю выгодныя стороны спинномозгового обезболиванія, указанныя докладчикомъ, и продолжаю пользоваться имъ до сихъ поръ, но не расширяю показаній. Способъ этотъ не соперничаетъ съ общимъ усыпленіемъ, но служитъ лишь полезной замѣной его въ тѣхъ случаяхъ, когда общее усыпленіе почему-либо противопоказано. Я не могу признать за общее правило, что спинномозговое обезболиваніе безопаснѣе общаго усыпленія.

Ч. пр. Р. Р. Вреденъ: Я тоже полагаю, что для примѣненія этого способа нужны строгія показанія. Мы имѣемъ вѣрные способы обезболиванія—мѣстную и общую анестезію. Такія операціи, какъ операція при *halux varus*, при свободныхъ грыжахъ, при потечу, которыми докладчикъ производилъ при спинномозговомъ обезболиваніи, по моему, слѣдуетъ дѣлать при обезболиваніи мѣстнымъ. Мѣстное обезболиваніе съ впрыскиваніями обезболивающего средства вдоль нервныхъ стволовъ, какъ наиболѣе безопасный способъ, чрезвычайно суживаетъ показанія къ примѣненію всякихъ общихъ обезболивающихъ и наркотизирующихъ способъ.

А. Б. Зельдоничъ, уже высказывавшійся съ извѣстной осторожностью за этотъ способъ обезболиванія, а теперь не видитъ основаній мѣнять свой взглядъ.

А. М. Пуссенъ: Докладчикъ не указалъ, что спинномозговое обезболиваніе можетъ вести къ потери чувствительности и на рукахъ. Если практически разобрать и случаи смерти отъ хлороформа, то результаты, въ смыслъ незначительной смертности, получаются еще лучше. При хлороформномъ наркозѣ можно слѣдить за состояніемъ больного и, въ случаѣ опасности, прекратить наркозъ, чего при обезболиваніи по Bier'у сдѣлать нельзя. Я и полагаю поэтому, что этотъ способъ обезболиванія надо примѣнять осторожно и къ примѣненію его слѣдуетъ установить строгія показанія.

Проф. Н. А. Вельяминовъ: Въ моей клиникѣ стали примѣнять способъ Bier'а черезъ 6 лѣтъ послѣ введенія его въ хирургическую практику, такъ что нельзя сказать, что мы поторопились въ этомъ отношеніи. Вначалѣ я и самъ не довѣрялъ этому способу; но операція, произведенная въ моей клиникѣ проф. Кадеромъ при такомъ обезболиваніи водкой убѣдила меня

въ преимуществахъ его. Я не могу согласиться, что нѣтъ соперничества между общимъ усыпленіемъ и этимъ способомъ; наоборотъ, я думаю, оно есть. Этотъ способъ только что начинается развиваться; онъ—способъ будущаго. Что касается смертности отъ хлороформа и при примѣненіи спинномозгового обезболиванія, то я не могу согласиться со сказаннымъ д-ромъ Пуссеномъ. Если-бы знать всѣ случаи смерти послѣ хлороформированія, то, я думаю, число ихъ не уменьшилось-бы, а, наоборотъ, увеличилось. Въ статистикѣ смертныхъ случаевъ отъ хлороформа совсѣмъ не входятъ тѣ, гдѣ наступила т. наз. поздняя смерть—«*Späthchloroformtod*» нѣмцевъ, а число такихъ случаевъ, навѣрно, не малое. Вотъ почему я такъ схватился за этотъ способъ и просилъ В. Н. Томашевскаго испробовать его въ моей клиникѣ. Я долженъ еще добавить, что болъные, которымъ дѣлались операція подъ анестезіей по способу Bier'а и которымъ раньше приходилось переносить хлороформный наркозъ, заявляли, что анестезія по Bier'у для нихъ гораздо была пріятнѣе.

С. В. Гольдбергъ: Примѣняя способъ Bier'а, я въ 2-хъ случаяхъ изъ 16 не получилъ обезболиванія вовсе, а 1 разъ оно было одностороннимъ. Я пользуюсь сравнительно тонкой иглой, а не толстыми троакаромъ Bier'а во избѣжаніе кровотеченій. Примѣненіе Trendelenburg'овскаго положенія значительно расширяетъ поясъ обезболиванія.

Ч. пр. В. А. Опель: Въ клиникѣ проф. С. И. Федорова примѣняли этотъ способъ 10 разъ. Фабрикатъ тропикалина Мерскъа оказался хорошимъ, Riedel'евскій же негоднымъ. 2 раза было кровотеченіе, и обезболиванія мы не добились; 1 разъ былъ временный параличъ ногъ послѣ операціи; въ 3-хъ случаяхъ чревостѣнія пристѣнная брюшина осталась чувствительной къ боли при наступившемъ обезболиваніи остальныхъ слоевъ.

Докладчикъ: Примѣненіе мѣстнаго обезболиванія требуетъ прежде всего чрезвычайно изощренной техники. Затѣмъ, при малѣйшемъ расширеніи поля предполагаемой операціи или при перемѣнѣ плана ея, хирургу приходится отрываться отъ самой операціи и вновь заняться обезболиваніемъ. Относительно обезболиванія верхней части туловища при примѣненіи способа Bier'а я долженъ сказать, что оно наступаетъ далеко не всегда, а потому я сознательно не упоминалъ объ этомъ. Этотъ фактъ еще не представляетъ прочнаго завоеванія хирургіи. Правда, примѣненіе Trendelenburg'овскаго положенія расширяетъ поясъ обезболиванія, но отъ него надо отказаться въ виду учащеныхъ при этомъ осложненій. Слѣдуетъ, наоборотъ, придавать головѣ, какъ во время операціи, такъ и послѣ, возвышенное положеніе, а также примѣнять болѣе крѣпкіе растворы обезболивающего средства, чтобы, по возможности, ограничить всасывающую поверхность. Bier въ настоящее время пробуетъ примѣнять масляные растворы: масло плаваютъ, какъ поплавки, и удерживаютъ обезболивающее вещество на мѣстѣ. Односторонняя анестезія обусловливается косвеннымъ направленіемъ иглы. Троакаръ я примѣнялъ потому, что тонкая игла можетъ сломаться, а на болѣе толстой, чѣмъ онъ, троакаръ можно вполне положиться. Вообще при обезболиваніи по Bier'у нужно соблюдать всю ту массу подробностей, на которыя онъ указывалъ, ибо отъ этого зависитъ успѣхъ и безопасность способа. Не слѣдуетъ примѣнять этотъ способъ у людей нервныхъ, которые, видя самое производство операціи, могутъ придти въ извѣстное возбужденіе и помѣшать дѣлу. Способъ этотъ показанъ при операціяхъ, производимыхъ ниже пупка, во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ раньше примѣняли хлороформъ. При наличности же противопоказаній къ хлороформу обязательно надо пользоваться обезболиваніемъ по Bier'у.

(Засѣданіе 8-го марта).

Ч. пр. Р. Р. Вреденъ показалъ болъную, 62 л., оперированную съ мѣсяцъ назадъ по поводу опухоли, съ которой она поступила въ хирургическое отдѣленіе Петропавловской больницы. Опухоль помѣщалась на границѣ между лобной и правой теменной костями, имѣла размѣры кружнаго куриного яйца, была мягкая и билась. Больная замѣтила ее въ концѣ августа прошлаго года. При дыханіи опухоль опускалась и поднималась. Распознана мѣлogenous остеосаркома, растущая изъ губчатого вещества кости, что и подтвердилось микроскопическимъ изслѣдованіемъ опухоли послѣ ея удаленія. Никакихъ мозговыхъ явленій не было. Кости черепа на мѣстѣ опухоли были извѣдены, съ вывернутыми, зазубренными краями. По удаленіи опухоли съ дов. болъшимъ кускомъ твердой мозговой оболочки, костная недостатка, въ виду преклоннаго возраста болъной и упадка общаго ея питанія, была закрыта лишь кожными лоскутами. Швы сняты черезъ 48 час.; заживленіе хорошее.

В. Н. Зененко: Какъ Вы поступили съ краями твердой мозговой оболочки?

Докладчикъ: Она была извѣчена. Мозгъ противъ опухоли оказался вдавленнымъ.

Ч. пр. Н. Н. Петровъ показалъ болъную, 16 л., съ рѣдкимъ заболѣваніемъ праваго тазобедреннаго сустава. 3 года назадъ болъной упалъ съ лошади, послѣ чего сталъ хромать на правую ногу, а въ верхней  $\frac{1}{2}$  бедра появились боли. Правая нога нѣсколько приведена и повернута внутрь, сильно укорочена, отведеніе рѣзко ограничено и болѣзненно. Активные и пассивныя движенія возможны, при пассивномъ сгибаніи рука въ суставѣ ощущаетъ трескъ. Мѣстно никакихъ болевыхъ точекъ. Верхушка болъшого вертела на 2 см. выше Roser-Nelaton'овской линіи. На рентгенограммѣ бедренная кость оказалась значительно

420. Д-ръ Feilke (изъ глазного отдѣленія Dresden'ской городской больницы) наблюдалъ случай двойной прободенія глазного яблока вазальными крючкомъ съ необыкновенно счастливымъ исходомъ — сохраненіемъ полной остроты зрѣнія.

8-лѣтняя дѣвочка, доставая стальнымъ крючкомъ резиновую тесемку изъ лѣваго рукава своего платья, поскользнулась и со всей силой всадила себѣ крючекъ въ лѣвый глазъ. Проникши въ глазное яблоко на разстояніи 2 мм. къ виску и книзу отъ края роговицы, крючекъ прошелъ сквозь стекловидное тѣло, прободилъ заднюю стѣнку яблока и укрѣпился за нее, такъ что вытянуть его изъ глаза не удавалось; а такъ какъ рукоятка крючка, торчавшая изъ глаза, грозила дальнѣйшимъ разрушеніемъ послѣдняго, то одинъ изъ врачей, къ коимъ перепуганная мать обратилась за помощью, отщенилъ щипцами большую часть деревянной рукоятки, оставивъ-же кусокъ крючка, все еще торчавшаго изъ глаза на 5 см., обложилъ толстымъ слоемъ ваты. Черезъ 2 часа послѣ поврежденія дѣвочка была доставлена въ больницу. Глазъ былъ мало раздраженъ; передняя камера имѣла нормальную глубину, крови въ ней не было, зрачекъ былъ равномерный, и предметы хорошо различались поврежденнымъ глазомъ. Не только вытянуть крючекъ, но и повернуть его вокругъ оси было невозможно; при потягиваніи-же за крючекъ, выдвигался вмѣстѣ съ нимъ и весь глазъ. Тогда авт. продвинулъ крючекъ нѣсколько поглубже, освободивъ такимъ образомъ заднюю стѣнку яблока отъ острія крючка, повернулъ крючекъ вокругъ его продольной оси и затѣмъ, продолжая его поворачивать и въ то-же время осторожно потягивая его впередъ, высвободилъ его изъ задней стѣнки яблока, а потомъ, съ такой-же осторожностью, и изъ передней. По извлеченіи крючка потекла водянистая влага, кусокъ радужной оболочки выпалъ, и въ ранкѣ показалась капля стекловиднаго тѣла; въ то-же время зрачекъ вытянулся и передняя камера на 1 мм. наполнилась кровью. Отрѣзавъ выпавшій кусочекъ радужной оболочки и выравнявъ ущемленные ея концы съ помощью капель изъ эзерина и пилокарпина, авт. на оба глаза наложилъ повязку, а поверхъ повязки на поврежденный глазъ всю ночь съ перерывами прикладывали легкія пузыри со льдомъ. Животное произошло безъ всякой реакціи; наружная ранка хорошо закрылась; зрачекъ получился круглый, такъ какъ при отрѣзываніи выпавшаго куска радужной оболочки поврежденъ былъ ея жомъ; хрусталикъ, какъ и стекловидное тѣло остались прозрачными, и лишь на двѣ глаза можно было видѣть зеркаломъ, соответственно мѣсту прободенія, обнаженную блочную оболочку въ видѣ блестяще-бѣлаго, окруженнаго пигментнымъ пояскомъ, пятна, съ сосокъ зрительнаго нерва. На остроту зрѣнія эта недостава сѣтчатки и сосудистой оболочки не оказала вліянія, такъ какъ она далеко отстояла (къ виску и книзу) отъ центра сѣтчатки, и черезъ мѣсяцъ послѣ поврежденія, когда дѣвочку выписали изъ больницы, изслѣдованіе показало полную остроту зрѣнія. Такое-же зрѣніе найдено было и  $\frac{1}{2}$ -года спустя (Archiv für Augenheilkunde, LII, 1 и 2).

Р. Кацъ.

**Дѣтскія болѣзни.** 421. Д-ръ K. Hornung описываетъ 2 случая наростающей мышечной дистрофіи типа Erb'a.

1. Больной—8½ л. Родители (отцу 50 л., матери—35 л.) здоровы. Заразными болѣзнями не болѣлъ. Всегда былъ тупоуменъ. Годъ назадъ мать замѣтила, что мальчикъ сталъ хуже ходить, быстро уставать, а ноги его становились все болѣе толстыми.—Сложенія и питанія правильнаго. Затылочныя, паховыя и подмышковыя железы немного увеличены. Легкія и сердце безъ измѣненій. Печень и селезенка не прощупываются. Расстройство испусканія мочи и кала нѣтъ. Бросается въ глаза утолщеніе бедеръ и голени: объемъ лѣваго бедра—40, праваго—39 см., лѣвой голени—29, правой—28 см. Позвоночникъ въ поясничной части выгнуть впередъ. Рѣзкія атрофическія измѣненія въ плечевой области: болѣе всего поражены большая грудная, капюшонная, ромбондная, широкая спинная, менѣе—трапецевидная, 2-я и 3-главыя мышцы, мышцы-же предплечья и кисти не обнаруживаютъ никакихъ измѣненій. Подостная мышца значительно гипертрофирована. Глубокія мышцы спины также представляютъ признаки атрофіи. Изъ мышцъ нижнихъ конечностей ягодичныя, 4-главыя и икроножныя значительно гипертрофированы. Конская стопа. Возбудимость мышцъ на постоянный и наведенный токи понижена. Температурная чувствительность, болевая и къ прикосновенію сохранены. Коленные рефлексы ослаблены. Волоконцевыхъ сокращеній въ мышцахъ не наблюдается.

2. Мальчикъ, 10 л., братъ предыдущаго больного. Заразными болѣзней не переносилъ. Съ 7 лѣтъ, по словамъ матери, началъ «сохнуть». Не можетъ стоять на ногахъ.—Сложенія и питанія хорошаго. Ослабленіе умственныхъ способностей. Внутренніе органы безъ измѣненій. Испусканіе мочи и кала правильно. Сидитъ въ кровати съ согнутыми въ коленномъ и тазобедренномъ суставахъ ногами; res equino-varus. Рѣзкая атрофія мышцъ плечевого пояса. Пониженіе возбудимости мышцъ къ гальваническому и наведенному токамъ. Вся роды чувствительности сохранены. Волоконцевыхъ сокращеній въ мышцахъ нѣтъ (Lwow-ski Tygodnik lekarski, 10 мая).

С. Э. Островскій.

## ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### XLVIII—LII. Изъ Русскаго хирургическаго Общества Широкова.

(Засѣданіе 8-го февраля).

В. В. Александровъ. Къ вопросу о леченіи травматическаго артеріально-веннаго аневризма (См. «Русскій Врачъ», 1906 г., № ).

Проф. С. П. Федоровъ: Мнѣ кажется, что докладъ заставляетъ обратить на себя вниманіе въ смыслъ полученныхъ результатовъ. До сихъ поръ къ намъ въ клинику поступало много больныхъ, у которыхъ частью здѣсь, частью еще на Дальнемъ Востокѣ по поводу аневризмы перевязывались сосуды и получалось омертвѣніе. Я лично знаю около 10 такихъ случаевъ. Согласно изслѣдованіямъ Н. С. Короткова, артеріально-венныя аневризмы тѣмъ и страшны, что извѣстное количество крови уносится въ венную систему, вслѣдствіе чего и наступаетъ малокровіе конечности, съ давленіемъ, по Gärtner'у равнымъ 0. Наблюденія надъ кровянымъ давленіемъ и руководившія нами соображенія до сихъ поръ вполне подтвердились изсѣченіемъ аневризматическаго мѣшка. Венная система иногда оказывается при этомъ способной выдѣлать огромное количество крови. Съ своей стороны я горячо совѣтовалъ-бы измѣрять давленіе до и послѣ операціи изсѣченія мѣшка: такимъ путемъ, вѣроятно, удастся подтвердить в. цѣнныя наблюденія д-ра Короткова.

Н. К. Этовъ. Объ импренаціи перевязочныхъ матеріаломъ (съ представленіями).

Ч. пр. В. Н. Гейнацъ: Не дѣлали-ли Вы опытовъ съ кровью на спиртныхъ растворахъ, быстро высыхающими?

Докладчикъ: Нѣтъ.

В. А. Свенцицкій: Несовершенное распредѣленіе случаевъ можно объяснить тѣмъ, что оно производилось несовершеннымъ способомъ en masse.

П. И. Бугманъ: Изъ возвратившихся съ войны врачей, которыхъ мнѣ приходилось бесѣдовать, никто не заявлялъ, что противогнилостный матеріалъ на дѣлѣ не былъ на высотѣ являвшихся къ нему требованій. Изъ Вашего-же доклада выношу обратное впечатлѣніе. Я думаю, однако, что тѣ время, которыя Вы тратите на приготовленіе такого материала, пора обратить на изготовку матеріала безгнилостнаго. Изъ этихъ опытовъ было-бы в. интересно путемъ опытовъ-жизни, какъ измѣняются всасывающія свойства матеріи стерилизаціи? Ваши несвоевременныя изслѣдованія дали бы предварить ту массовую заготовку, которая уже лана.

Ч. пр. Г. О. Цейдлеръ: Ваша работа—лишній дѣтъ сулемованнаго матеріала.

Докладчикъ: Мы—лишь исполнительный органъ и что намъ приказываютъ (? Ред.). Врачи, которые намъ съ войны, заявляли и о полезномъ дѣйствіи лостнаго матеріала.

Проф. М. С. Субботинъ: Докладъ, дѣйствительно, даетъ то, о чемъ здѣсь уже неоднократно говорено, да, сулема-ли или другое какое-то вещество въ противогнилостномъ матеріалѣ? Если да, то никакъ уже не сулема; въ матеріалѣ, да какого-то ртутнаго соединенія. Можетъ быть, даетъ постановленіе въ такомъ смыслѣ, что въ какихъ сулемованныхъ препаратахъ для перевязки лишнимъ.

(Засѣданіе 22-го февраля)

Ч. пр. Р. Р. Вреденъ показалъ сдѣланную промежностную простатомію, бывшую до этого припадомъ, былъ удаленъ изъ дивертикула.

Онъ-же показалъ больную, с мой плеиры, которой поэтому съ нѣкоторымъ измѣненіемъ грудной стѣнки спавшагося рѣ, докладчикъ изсѣкъ купеческо-надкостничнаго лопнулъ его въ плеиральнѣ Röntgen'овскій снимокъ на мѣстѣ вдвинутого

В. В. Зендеръ показалъ зобомъ товидной железы и 10 кап. Опухоль умеренно увеличеннаго лѣченаго рошихъ ре



уменьшенной въ объемѣ, а головка ея, кромѣ того, и уплощенной; въ головкѣ замѣтно разрыхленіе костнаго вещества. Распознаваніе вначалѣ было: соха vera, но рентгенограммой оно, какъ сказано, не оправдалось. Картина заболѣванія, слѣд., напоминаетъ т. наз. обезображивающій артритъ, но развившійся въ молодомъ возрастѣ. Такихъ случаевъ описано всего 4. Подъ влияніемъ массажа и пассивныхъ движеній наступило субъективное улучшение.

**П. Т. Склифосовскій:** Давно-ли боленъ больной? Есть-ли лихорадка, и нѣтъ-ли какихъ-либо указаній въ анамнезѣ?

**Докладчикъ:** Боленъ 2 недѣли. Лихорадки нѣтъ, а 5 лѣтъ назадъ на локтѣ былъ какой-то костный процессъ, сопровождавшійся образованиемъ свища, изъ котораго выходили кости.

**Ч. пр. В. Н. Гейманъ:** Вывихъ локтевого нерва. Известно, что всѣ нервы и сосуды расположены у человѣка по сгибательнымъ сторонамъ; единственное исключеніе изъ этого общаго правила составляетъ нервъ локтевой и отчасти сѣдалищный, расположенные на разгибательной сторонѣ. Это обстоятельство нужно имѣть въ виду при объясненіи механизма вывиха локтевого нерва. Вывихъ его возможенъ лишь внутри; снаружки этому, понятно, мѣшаетъ костный выступ олеcranon. Препятствующими причинами являются: 1) слабость связокъ, поддерживающихъ локтевой суставъ; 2) малая величина epitrochleae, 3) окружающая кльчатка; 4) величина угла, образуемаго плечомъ и предплечьемъ при разогнутомъ положеніи локтя (cubitus varus и valgus и 5) гиперэкстензия локтя.

**В. Н. Зененко:** Пожалуй, названіе вывихъ не соответствуетъ тому, что здѣсь имѣется. Не правильнѣе было-бы назвать это недостаточнымъ укрѣпленіемъ нерва? Вы и сами относите это къ неправильностямъ.

**Докладчикъ:** Я вполне согласенъ въ этомъ съ Вами, но не хотѣлъ вносить путаницу въ терминологию. Описываемое мною состояніе локтевого нерва подходитъ подъ понятіе «luxatio habitualis».

**Ч. пр. В. А. Опель:** Я тоже присоединяюсь къ мнѣнію В. Н. Зененко, — нельзя относить эти случаи къ вывихамъ, по крайней мѣрѣ, большинство. Почему при операціи Вы взяли локоть изъ надкостницы?

**Докладчикъ:** Всѣ до сихъ поръ описанные случаи т. наз. травматическихъ вывиховъ, повидимому, должны считаться врожденными. Травма, какъ причина, въ такихъ случаяхъ сомнительна. Для локтя я воспользовался лишь наружнымъ слоемъ надкостницы. Этими локтями я и укрѣпилъ вывихнутый нервъ.

**Л. М. Пуссенъ:** Вывихи, я думаю, надо отличать отъ фиксированнаго неправильнаго положенія этого нерва. Нужна-ли была здѣсь операція? Необходимо для такихъ случаевъ точнѣе установить показанія къ операціи.

**Докладчикъ:** Операція была сдѣлана съ тѣмъ, чтобы нервъ не возвращался въ свой искусственный желобъ. У больного къ тому-же были такіе сильныя, что онъ буквально не могъ спать.

**Ч. пр. В. А. Опель:** Это похоже на нейритъ при рубцовыхъ обростаніяхъ нерва, и въ этомъ отношеніи никакія неподвижныя повязки не помогутъ. Нужно оперировать.

**Проф. М. С. Субботинъ:** Если Вамъ удастся дополнить свое сообщеніе въ будущемъ изслѣдованіемъ локтевыхъ нервовъ у дѣтей самаго ранняго возраста, то можно будетъ и рѣшить, неправильность это или вывихъ?

**Докладчикъ:** У дѣтей еще болѣе младшихъ возрастовъ, чѣмъ могъ изслѣдовать я, локтевые нервы весьма тонки.

**Л. М. Пуссенъ:** Огнестрѣльные японскіе снаряды и пули съ хирургической точки зрѣнія. Докладчикъ остановился главнымъ образомъ въ своемъ описаніи на полевыхъ пуляхъ японцевъ. Ихъ было въ употребленіи 2 сорта: однѣ—2-линейныя, съ никкелевой оболочкой и со свинцовымъ сердечкомъ, другія—мѣдныя, тоже со свинцовымъ сердечкомъ. Оба сорта разнятся между собою по дѣйствию. Докладчикъ предложилъ слѣдующую формулу, пользуясь которой, можно судить о способности пули разрываться. (Предѣлъ разрывнаго дѣйствія ихъ до 600 шаговъ).  $t \cdot m = x$ , гдѣ  $x$ —разрывъ пули, его сила,  $t$ —препятствія,  $m$ —

живая сила выпущенной пули,  $p$ —коэффициентъ проникаемости. Изъ артиллерійскихъ снарядовъ докладчикъ остановился на шмозахъ и шрапнеляхъ.

**В. Н. Зененко:** Черезъ мои руки за время войны прошло болѣе 1500 чел. съ усѣнными конечностями. Изъ ихъ словъ видно, что болѣе всего ихъ страшили шмозы съ ихъ ужасными поврежденіями. И дѣйствительно, если посмотрѣть на кусокъ шмозы, то это—не осколокъ, это цѣлая глыба, и такіе куски, несомнѣнно, могутъ произвести страшныя разрушенія. Поэтому я очень удивился, когда услышалъ отъ Васъ, что шмозы вредятъ менѣе. Имѣются-ли у Васъ на это какія-либо данныя?

**Докладчикъ:** Осколки шмозы, раненія которыми наблюдались гораздо рѣже, дѣйствовали на психику.

**Ч. пр. А. Р. Войничъ-Сяноженскій:** Осматривая удаленныя пули, я большинство изъ нихъ находилъ обезображенными. Какая тому причина? Ткани человѣческаго тѣла сами по себѣ не производятъ обезображиванія пули ни съ какого разстоянія. Масса пули обыкновенно находилась въ мягкихъ частяхъ.

**В. Б. Гюббенетъ:** На близкомъ разстояніи, до 500 шаговъ, пули оказывали на трубчатыхъ костяхъ разрывное дѣйствіе, на черепѣ-же онѣ оставляли трещины и отверстія. Я не могу поэтому согласиться съ тѣмъ, что японскія пули не обладали разрывнымъ дѣйствиемъ. У нашей пули сердечко отрывается гораздо легче. Раненія осколками нельзя и сравнивать ни съ ка-

кими другими раненіями по ихъ разрушительному дѣйствию. Шрапнельныя раненія очень многихъ выводили изъ строя.

**Ч. пр. Р. Р. Вреденъ:** Quasi-гуманныя пули причиняютъ тѣмъ не менѣе ужасныя разрушенія. Что касается шмозы, то онѣ относятся къ числу запрещенныхъ снарядовъ, предусмотрѣнныхъ Петербургской деклараціей, снарядовъ, распространяющихъ удушливый газъ азотистой кислоты не только на людей, но и на овецъ. Этими онѣ причиняли огромный вредъ.

**В. Б. Гюббенетъ:** Что шмозы относятся къ числу запрещенныхъ снарядовъ, это не совсѣмъ такъ. Упомянутой деклараціей запрещены лишь такіе снаряды, которые имѣютъ спеціальную задачу—распространять удушливый газъ; шмозы-же не имѣютъ такого назначенія. Въ П.-Артурѣ наши войска употребляли ручныя бомбы, приготовлявшіяся домашнимъ способомъ; снаряжались такіе бомбы пироксилиномъ и легко разрывались отъ всякаго толчка. Кожные покровы при раненіяхъ этими бомбами окрашивались въ желтый цвѣтъ.

**П. Т. Склифосовскій:** Въ Манчжурской арміи наблюдались единичныя раненія этими бомбами; раны были по большей части поверхностныя.

(Засѣданіе 22-го марта).

**В. Н. Томашевскій** показалъ бинтъ для лѣченія по Bierу д-ра Козловскаго и видоизмѣненный свой (см. выше, № 17, стр. 510). Пользованіе этими бинтами въ значительной степени облегчаетъ технику лѣченія застойной гипереміей по Bierу.

**Ч. пр. В. Н. Гейманъ:** Какія преимущества этихъ бинтовъ передъ бинтомъ Heile, гдѣ регуляція манометрическая?

**Докладчикъ:** Съ нимъ я не работаю; онъ мнѣ кажется сложнымъ. Предъявляемые бинты я сравниваю съ обычными. Мой бинтъ очень простъ, вѣситъ всего 3,5 лота, усиливать или ослаблять производимое имъ давленіе можетъ даже сидѣлка.

**Н. Н. Исаченко** показалъ 2-хъ больныхъ: 1) больного, въ голову котораго произведенъ былъ выстрѣлъ изъ револьвера 18/ви 1905 г. Черезъ нѣсколько часовъ послѣ раненія онъ въ безсознательномъ состояніи доставленъ былъ въ госпиталь (на Востокъ), гдѣ при начальномъ осмотрѣ былъ обнаруженъ подъ скуловой дугой оскольчатый переломъ, а при болѣе подробномъ изслѣдованіи оказалось, что была разрушена и вся передняя доля праваго полушарія мозга, которая съ осколками и была удалена. Черезъ 2 мѣс. рана зажила; остались слѣдоты на правой глазу, полная потеря обонянія и обширная недостатка въ лобной кости по срединѣ. На мѣстѣ раны — втянутый глубокій рубецъ. 28/и 1906 г. была произведена въ Евгеньевской Общинѣ мѣстная пластика по Barth'y, при чемъ недостатка въ 9 стм. длиной была замѣщена частью бычачей прокаленной лопатки. Въ настоящее время на мѣстѣ недостатка полная костная покрывка. — 2-ая больная, 14/и 1906 г. получила ножовую рану въ область сердца. Черезъ 5 час. послѣ раненія она была въ шокѣ доставлена въ Евгеньевскую Общину. Пульса не было; звуковъ сердца не слышно; рѣзкая синюха; холодный потъ. Рана въ 1 стм. шириной находилась въ 4-мъ межреберьѣ, отступая на 1 стм. отъ края грудины. При операціи обнаружилось, что рана шла кверху и внутри. Извѣщеніе 4-го и 3-го реберъ. Сильнѣйшее кровотеченіе. Рана была въ правомъ желудочкѣ; сердце не работало. Удаленіе свертковъ крови; швы. Въ первые дни выслушивался шумъ тренія сердечной сорочки, который исчезъ къ 9-му дню. Полное выздоровленіе.

**Ч. пр. В. А. Опель** показалъ отпечатки ногъ больного съ т. наз. плоскими стопами, которому была сдѣлана пересадка сухожилій, до и послѣ операціи.

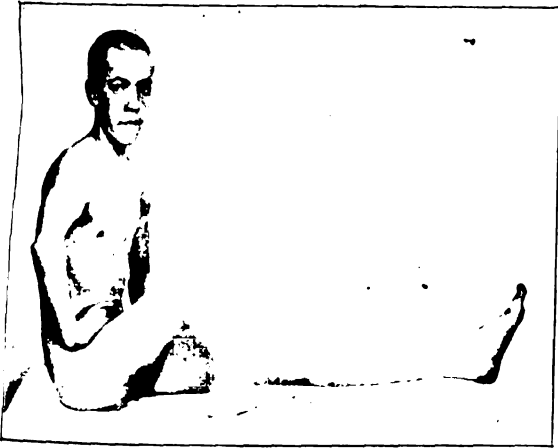
**В. А. Горавъ** показалъ 55-лѣтнюю больную, которая съ жадами на боки въ мочевоомъ пузырь, учащенное мочеиспусканіе и кровотеченіе изъ пузыря поступила въ госпитальную хирургическую клинику. При цистоскопіи на днѣ пузыря и въ другихъ мѣстахъ были найдены одиночныя опухоли. Циститъ не рѣзкій.

**В. В. Зендеръ** показалъ больного, которому по поводу ущемленія паховой грыжи была произведена операція по Botkini подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ экаиномъ.

**Студ. В. А. Чернышевскій** показалъ мальчика, 15 л., съ врожденнымъ сифилитическимъ остеондритомъ и съ искривленіемъ праваго бедра и плеча. При начальномъ осмотрѣ на амбулаторномъ приѣмѣ въ ортопедической клиникѣ у него найдено: искривленіе правой голени въ valgus-ное положеніе, укороченіе ея (на 20 стм.) и бедра (на 10 стм.), сведеніе въ правомъ коленномъ суставѣ (уголъ = 80°) и большой рубецъ, спаянный съ большеберцовой костью, въ средней ея 1/3. Отнеси эти измѣненія на счетъ перенесеннаго остраго остеондрита, такъ какъ они болѣе всего напоминали послѣдствія этой болѣзни, больного положили въ клинику, чтобы сдѣлать остеотомию костей голени. Въ клиникѣ, однако, при подробномъ изслѣдованіи больного, нашли цѣлый рядъ измѣненій и на правой рукѣ, что и заставило отказаться отъ начальнаго распознаванія и искать иного объясненія имѣющимся патологическимъ даннмъ. Найденныя измѣненія сводились: къ обезображиванію плечевой кости — діафизъ ея сильно искривленъ, а въ области верхняго эпифизарнаго конца прощупываются бугристыя наслоенія, при чемъ движенія въ плечевомъ суставѣ ненормально обширны и плечевая кость какъ-бы даже вывихивается; такая-же утолщенія и въ области праваго лучезапястнаго сустава. Плечо укорочено на 12, предплечье на 5 стм. Кромѣ этихъ измѣненій въ длинныхъ трубчатыхъ костяхъ, имѣются обезображиванія, и, при томъ чрезвычайно выраженные, на кисти правой руки, а именно, 2-ой, 3-ей и 5-ей ея пальцы значительно укорочены и



неправильно утолщены; движения их очень затруднительны; при пассивных сгибаниях и расгибаниях их ощущается крепитация; 3-й палец, пораженный больше других, на уровне 2-ой фаланги изогнут в локтевую сторону. Из анамнеза выяснилось, что больной уже родился с кривой ногой, но пальцы правой руки тогда были у него все одинаковой длины. На 7-м году жизни правое плечо стало отставать в росте. Ребенок никогда ничем не хворал; у него не было и никаких изменений на коже. Отец—алкоголик; у матери кроме 5 нормальных детей, было 2 3-месячных выкидыша; раньше несколько лет подряд она страдала сильными головными болями. *Röntgen*-овские снимки были сделаны: с плечевой кости вместе с лопаткой, с лучезапястного сустава, с кисти, с тазобедренного сустава, с коленного сустава вместе с костями голени и, наконец, с голеностопного. Они дали вполне характерные картины, представляя собой *Röntgen*-овское изображение поражения костей наследственным сифилисом—т. наз. *Wegner*-овский диффузный остеохондрит и дактилиты. На кисти обнаружены значительные недостатки в костном веществе фаланг 3-х пораженных пальцев. Недостатки эти, на снимке совершенно прозрачны, соответствуют тем местам, где никогда были гумозными новообразования, впоследствии рассосавшиеся. Вплоть возможно допустить здесь и небольшие надломы оставшихся костных перекладин, что вместе с небольшим вторичным оплотнением кости дало картину редкого обезображивания пальцев; вследствие того, что в процесс вовлечены были точки окостенения фаланг, последние сильно отстали в росте. Что касается длинных трубчатых костей, то здесь на обеих эпифизах бедренной и берцовых костей, на верхнем эпифизе плечевой и нижнем лучевой видны значительные утолщения, зависящие от вторичного оплотнения кости. Представляясь на снимках оч. темными зернами, они располагались в окружении прозрачных гнззд, соответствующих незаполненным солями кальция местам некогда бывших гнзз. Диффузная линия везд значительно затемнена. На суставных поверхностях нтъ больших изменений. Сведение в коленном суставе нужно объяснить отчасти бывшим, по всей вероятности, воспалением этого сустава с последующим сморщиванием сумки, отчасти же тем обстоятельством, что из-за бездействия конечности более сильные сгибатели голени постепенно перетянули ее в свою сторону.



**А. К. Шенк.** *Случай акондроплазии* (с предъявлением большого, радиографических снимков и прибора для ходьбы).

**В. А. Сееницкий.** *Роль травмы в образовании грыжи.*

**С. П. Вертоградов.** Со многими из Ваших положений я согласен, особенно в вопросе о травматических грыжах на атланических местах. Роль травмы тут несомненна, как роль предрасполагающая; но нельзя отрицать и роли мышечной стѣнки, как силы, оказывающей противодействие.

**Докладчик:** В смысл предрасполагающей причины для грыж мало нтъ отверстіе; нужен канал, и это надо нмѣть в виду при оцѣнкѣ данныхъ наследственности и врожденности.

**Ч. пр. В. А. Опель:** Предрасположение здесь тоже должно нмѣть значение. Объективно предрасполагающее условие можно видѣть въ строеніи апонейроза, прикрывающаго отверстіе: у здоровыхъ онъ имѣетъ сплошной стѣчатый видъ, а у людей съ латинящейся грыжей состоитъ изъ разрывенныхъ волоконъ. Это и надо считать врожденной слабостью брюшной стѣнки. Удлиненная брызжейка, въ свою очередь, способствуетъ развитію грыжъ. Что касается операций, то я наилучшимъ считаю способъ *Ромэ*, какъ устраивающій указанную врожденную недостаточность брюшной стѣнки.

**Докладчик:** Характеръ строенія апонейроза можно опредѣлить лишь на операціонномъ столѣ. Какъ же опредѣлить тонину брюшныхъ стѣнокъ и въ частности апонейроза у живого?

**Ч. пр. В. А. Опель:** Когда паховой каналъ начинаетъ чуть-чуть выпячиваться.

**С. П. Вертоградов:** Нѣжность апонейроза можно опредѣлить при исследованіи; напр., у евреевъ слабость апонейроза видна въ томъ, что вожжи его некрѣпки.

**В. В. Зендерг:** Вы совершенно отрицаете предрасполо-

**Докладчик:** Нѣтъ, я, признаю его, но доказать его нельзя. У младенцевъ напр., оно, несомнѣнно существуетъ. Научными данными, повторю, доказать его нельзя; расширение пахового канала ничего еще въ этомъ смыслѣ не доказываетъ.

**Проф. Г. И. Турнеръ:** Вопросъ о предрасположеніи продолжается еще быть шокотливымъ; понятіе это совершенно неопредѣлимое. Вопросъ о началѣ грыжи тоже рѣшается съ большимъ трудомъ. Прохождение пальца не даетъ еще права говорить о предрасположеніи. Значеніе травмы неоспоримо. Рѣшеніе вопроса, происходитъ ли грыжа отъ той или другой работы, является по истинѣ бичомъ для фабричнаго врача. Что касается лѣченія грыжъ, то, мнѣ кажется и здѣсь остается вѣрнымъ изрѣченіе: гдѣ много средствъ, тамъ ни одно вѣрно не помогаетъ. Слово «коренное» по отношенію къ лѣченію не всегда отвѣчаетъ дѣйствительности.

(Засѣданіе 12-го апрѣля).

**Ч. пр. В. А. Опель** показалъ больного, который подъ Мукдевомъ былъ раненъ штыкомъ въ область правой щеки, съ осложненнымъ переломомъ правой верхней челюсти, что сопровождалось остеоміелитомъ и повело къ образованію недостатка въ правой щекѣ со свишомъ наружу, изъ котораго постоянно, не смотря на неоднократныя операціи, въ обилии вытекала слюна. 5 недѣль назадъ больному была произведена пластическая операція при помощи широкаго въ основаніи лоскута, взятаго съ шеи, и косыхъ разрывовъ по бокамъ. Лоскутъ этотъ приросъ, препятствуетъ сведенію челюстей и закрываетъ недостатокъ.

**Н. А. Добровольская** показала больную, 45 л., съ опухолью, появившейся 8 лѣтъ назадъ. Равномѣрно мягкая опухоль начинается въ правой затылочно-височной области и спускается внизъ, почти до талии; она совершенно лишена чувствительности и мѣстами покрыта бѣлыми полосками. Такихъ опухолей описано всего 13. Это или *hydrolymphoma*, или *lymphoma mol-luscum*.

**В. Н. Шевкуненко** показалъ анатомическій препаратъ распяленного сзади съ особымъ соотношеніемъ органовъ задняго средостѣнія.

**В. П. Дьдовъ.** Къ вопросу о хирургическомъ вмѣшательствѣ при злокачественныхъ новообразованіяхъ костей плечелопаточной области.

**Ч. пр. Р. Р. Вреденъ.** Коренная операція пупочныхъ грыжъ (см. выше, стр. 919).

**В. Н. Зененко:** Не образуется ли новое отверстіе между внутреннимъ краемъ прямыхъ мышцъ и лоскутомъ мышечнаго влагалища?

**Докладчик:** Прямыхъ мышцъ я не трогаю и ихъ волоконъ не отдѣляю. Лоскутъ всегда оставался сращеннымъ.

**С. П. Вертоградовъ:** Не развивались ли подъ свернутыми краями апонейроза кровоизліянія?

**Докладчик:** Ихъ я ни разу не наблюдалъ.

**Г. Х. Ауэ:** Не получалось ли смертельныхъ апонейротического мостика?

**Докладчик:** Весь внутренній край остается цѣлымъ, а такъ какъ я не трогаю грыжевого кольца, то этимъ устраняется возможность дальнѣйшаго расхожденія прямыхъ мышцъ.

**Проф. А. А. Кадыанъ:** Разъ грыжевое отверстіе не закрыто и не закрыто мышцей, вопросъ тѣмъ самымъ не рѣшается окончательно. Надо допустить, что имѣются такіе случаи пупочныхъ грыжъ, гдѣ нтъ еще рациональнаго способа закрытія отверстія.

**Докладчик:** Хотя для закрытія отверстія я и не пользуюсь мышцами, но образуя удвоенную апонейротическую стѣнку.

**Проф. М. К. Сатъжко** при своей операціи тоже не пользуется мышцей, и тѣмъ не мѣнѣ по его способу получаютъ прекрасные результаты. При большихъ, наконецъ, грыжахъ мышцами никакъ не закроешь отверстія.

**Проф. А. А. Кадыанъ:** Въ способѣ проф. *Сатъжко* берется все вмѣстѣ, и потому онъ пригоденъ для легкихъ случаевъ.

**Ч. пр. В. А. Опель:** Операція даетъ возможность пользоваться тѣмъ, что имѣется на брюшной стѣнкѣ. Она восстанавливаетъ бѣлую линію именно въ томъ мѣстѣ, гдѣ ея нтъ, ибо здѣсь она или сильно растянута, или и вовсе уничтожена.

**В. Б. Гюбенетг:** По этому способу мнѣ удалось закрыть нѣсколько небольшихъ пупочныхъ грыжъ.

**Докладчик:** Сообщить объ этомъ способѣ я позволилъ себѣ потому, что онъ представляется мнѣ наимѣнѣ травматическимъ.

**Проф. Г. И. Турнеръ:** Отсепаровка, съ одной стороны, лоскута, остающагося въ тѣсной связи съ мышцами, а съ другой—свертываніе его и справа, и слева—равносильно стягиванію мышцъ. Мышцы такимъ образомъ въ этомъ способѣ сближаются несомнѣнно; получается нѣчто похожее на норму.

**Ф. К. Веберъ.** Къ вопросу о заворотѣ S-образной кишки. Въ преніяхъ принимали участіе ч. пр. *Г. Ф. Цейдлеръ*, *С. П. Вертоградовъ* и проф. *Г. И. Турнеръ*. *В. Божовскій*.

2-ой Съездъ отечественныхъ психіатровъ въ Кіевѣ.

(Продолженіе. См. выше, № 27, стр. 843).

Засѣданіе 9-го сентября — утреннее, подъ предсѣдательствомъ акад. *В. М. Бехтерева*.

Пренія по докладамъ ч. пр. *О. Е. Рыбакова* и д-ра *А. Г. Розенцвейла* о пинкозѣ.

Ч. пр. *О. Е. Рыбаковъ* (Москва): Если бы д-ръ *Розенцвейлъ* былъ

больше знакомъ съ литературой гипноза и самъ располагалъ-бы большимъ числомъ наблюдений, онъ навѣрное не считалъ бы усиленіе притворствомъ. Въ частности относительно успѣшности лѣченія алкоголизма гипнозомъ существуютъ цѣлый рядъ наблюдений очень почтенныхъ авторовъ, о которыхъ докладчикъ совсѣмъ не упомянулъ. Въ этомъ вопросѣ, быть можетъ, еще много увлеченія, но оно существуетъ почти во всѣхъ лѣчебныхъ новинкахъ и въ гипнозъ его не больше, чѣмъ въ другихъ.

**К. С. Агаджанянцъ** (Петербургъ): Оба доклада являются выраженіемъ двухъ крайнихъ направленій въ вопросѣ о лѣчебномъ значеніи гипнотизма. Патологическіе диспозиты не могутъ излѣчиваться, но крайней мѣрѣ, радикально, внушеніемъ. 80% излѣченій является цифрой очень сомнительной, преувеличенной. Мнѣніе д-ра *Розенеля*, что большинство усыпленныхъ притворяшки, опровергается объективными способами, легко обнаруживающими существованіе притворства. Сомнѣнія д-ра *Розенеля* не только въ лѣчебномъ значеніи гипноза, но даже и въ возможности гипнотизаціи человѣка, вообще, являются совершенно необоснованными. Какъ литературныя данныя, такъ и практическія наблюденія не оставляютъ сомнѣній въ томъ, что гипнотизмъ не только фактъ, съ которымъ надо считаться, но и лѣчебное средство, могущее быть въ строго определенномъ кругу показаній очень полезнымъ при лѣченіи различныхъ формъ нервныхъ заблужданій.

**Ч. пр. П. А. Останковъ** (Петербургъ): Д-ръ *Рыбаковъ* въ 4-мъ положеніи своего доклада говоритъ, что «амбулаторное лѣчение при условіи систематическаго примѣненія гипноза, по наблюденію разныхъ авторовъ, даетъ не худшіе, а даже лучше результаты». Но, вѣдь, въ послѣднее время стационарныя лѣчебницы именно потому и начали строиться, что врачи перестали вѣрить въ силу амбулаторнаго гипнотическаго лѣченія пьянства. 9-ое же положеніе доклада, что «идеаль правильной постановки дѣла лѣченія алкоголиковъ въ Россіи будетъ въ достаточной мѣрѣ достигнуто, если вся страна покроется сѣтью амбулаторій для пьяницъ», — кажется совершенно нопонятнымъ. Всякое лѣчение начинать съ устраненія причинъ болѣзни: въ борьбѣ съ алкоголизмомъ не сѣтью алкогольныхъ амбулаторій нужно покрывать Россію, а должно прежде всего снять съ нея сѣть опутывающихъ ее винныхъ заводовъ, приравнявъ продажу спиртныхъ напитковъ къ продажѣ сильно-дѣйствующихъ веществъ.

**С. А. Ляссъ** (Саратовъ): На психику больного можно дѣйствовать или путемъ убѣжденія, путемъ логическихъ доказательствъ, или-же, при ограниченности области сознанія, путемъ внушенія на подсознательную область, являющуюся причиной многихъ болѣзней. Искусственно можно слѣзуть сознаніе больного путемъ ограниченія количества представленій до минимума, что и достигается приведеніемъ больного въ гипнотическое состояніе. Если д-ръ *Розенель* не отрицаетъ возможности внушенія въ состояніи бодрствованія—психотерапіи, то онъ не можетъ отрицать и возможности внушенія въ состояніи усыпленія—гипнотерапіи, такъ какъ эта послѣдняя представляетъ только частный случай первой. Въ частности относительно лѣченія гипнозомъ алкоголиковъ скептицизмъ д-ра *Розенеля* несомнѣнно идетъ слишкомъ далеко. Группа алкоголиковъ—большая, сборная и состоитъ изъ многихъ подгруппъ. Если, напр., результаты лѣченія диспансовъ внушеніемъ и оставляютъ желать большаго, если гипнозъ и не вылѣчиваетъ ихъ совершенно, онъ во всякомъ случаѣ сокращаетъ продолжительность приступа, облегчаетъ страданія больного въ теченіи приступа и даже, можетъ быть, удлиняетъ промежутки между отдѣльными приступами. У привычныхъ алкоголиковъ результаты уже лучше, а въ свѣжихъ случаяхъ алкоголизма гипнозъ даетъ уже весьма удовлетворительные результаты. Тѣмъ не менѣе все это лѣчение алкоголиковъ въ конечномъ своемъ результатѣ совершенно уничтожается условіями окружающей дѣятельности, всѣми обычаями и привычками повседневной жизни. Само правительство, получающее 25% своего бюджета отъ акциза на алкоголь, заинтересовано въ томъ, чтобы населеніе потребляло какъ можно больше спиртныхъ напитковъ. Поэтому и въ данномъ случаѣ, какъ и всегда, нужно обратить вниманіе не на лѣченіе, а на предупрежденіе болѣзни, вслѣдствіе чего нельзя и принять 9-е положеніе доклада д-ра *Рыбакова*. Нашъ идеаль борьбы съ алкоголизмомъ совершенно иной; это—Россія, въ которой экономическія и социальныя реформы будутъ способствовать полному отрезвленію населенія. Способъ достиженія этого идеала указавъ намъ примѣромъ Скандинавскихъ странъ, населеніе которыхъ въ началѣ прошлаго столѣтія было пьяно почти поголовно, а теперь оно по степени трезвости занимаетъ первое мѣсто. Не найдеть-ли поэтому Сѣздъ возможнымъ присоединиться къ извѣстному постановленію Пироговскаго Сѣзда по вопросу о борьбѣ съ алкоголизмомъ.

**О. А. Четотъ** (Петербургъ) еще не убѣдился въ существенной пользѣ амбулаторнаго лѣченія алкоголиковъ гипнозомъ, но разъ болные являются въ лѣчебницу по собственному желанію и по личному убѣжденію, то, конечно, уже извѣстнымъ режимомъ, даже помимо гипноза, можетъ дать нѣкоторый успѣхъ. Но насколько онъ будетъ проченъ, въ значительномъ большинствѣ случаевъ остается неизвѣстнымъ, и только примѣненіе этого способа лѣченія среди постояннаго населенія какого-либо небольшого городка или поселка можетъ дать болѣе убѣдительныя цифровыя данныя въ смыслѣ уменьшенія пьянства.

**А. А. Голосовъ** (Ярославль), обрисовавъ безпомощное положеніе алкоголиковъ, отъ которыхъ одинаково отрешаются и полиція, и больницы, указавъ на одну форму призрѣнія ихъ, именно, — на убѣжище «Общества трудовой помощи въ Ярослав-

ской губерніи», имѣющее цѣлю: а) дать пріютъ для вытрезвленія тѣмъ лицамъ, которыя будутъ подбираемы чинами полиціи на улицѣ г. Ярославля въ безчувственномъ видѣ и которыя будутъ нуждаться въ медицинскій помощи; б) заботиться о томъ, чтобы медицинское пособіе оказывалось какъ тѣмъ алкоголикамъ, которые будутъ находиться въ убѣжищѣ, такъ и тѣмъ, которые захотѣли-бы воспользоваться амбулаторнымъ лѣченіемъ отъ алкоголизма; в) оказывать нравственную поддержку находящимся въ убѣжищѣ и приходящимъ алкоголикамъ, внушать имъ идею необходимости возрожденія къ трезвой жизни и возможности излѣченія отъ алкоголизма. Въ убѣжищѣ алкоголикъ получаетъ помѣщеніе, содержаніе и необходимую врачебную помощь — бесплатно. Благотворное вліяніе убѣжища сказывается въ томъ, что алкоголикъ: 1) пріучается по необходимости къ воздержанію, 2) видитъ здѣсь товарищей по несчастью, 3) подчиняется определенному лѣчебному режиму, 4) подвергается извѣстному лѣченію и начинаетъ смотрѣть на себя, какъ на больного, 5) под вліяніемъ лѣченія постепенно возвращаетъ себѣ свою работоспособность. Общественное значеніе дѣятельности убѣжища выражается: 1) разнообразной помощью, оказываемой имъ алкоголикамъ, 2) собираніемъ свѣдѣній о нихъ, 3) распространеніемъ среди публики идей трезвости и возможности возрожденія и лѣченія и 4) временнымъ хотя-бы освобожденіемъ семьи алкоголика отъ ругани, грубости и жестокости своего пьянаго члена. Такія убѣжища необходимы тамъ, гдѣ сильно развито пьянство и необходимо потому, что пьянаго человѣка нужно изъ безчувственнаго, безпомощнаго состоянія привести въ чувство, при чемъ этотъ переходъ долженъ совершаться не на улицѣ и не въ полиціи, а въ специальномъ приспособленномъ для этой цѣли учрежденіи, находящемся въ заведѣваніи врача. Такъ какъ пьянство болѣе всего развито въ городахъ, фабричныхъ мѣстностяхъ и большихъ торговыхъ селахъ, то во всѣхъ этихъ мѣстахъ и необходимо устраивать убѣжища для алкоголиковъ. Откуда взять средства на устройство такого количества убѣжищъ? Если бы наше правительство тратило на борьбу съ алкоголизмомъ не 1/2% общего дохода съ акциза, а увеличило-бы эту трату хотя до 3%, то даже и на эти средства можно было-бы сдѣлать очень много. Культурное значеніе убѣжищъ для алкоголиковъ громадно: 1) они будутъ пріучать окружающихъ пьянаго относиться къ нему уважительно; 2) они будутъ предупреждать пропойство и возвращать работоспособность; 3) при малограматности нашего народа, недостаточности печатнаго слова врачи явились-бы учителями трезвости и постепенно противодействовали-бы вырожденію. Заключительные выводы: 1) Убѣжища для алкоголиковъ приносятъ послѣднимъ громадную пользу и оказываютъ культурное вліяніе, какъ на алкоголиковъ, такъ и на окружающихъ ихъ лицъ, воспитывая въ публикѣ идеи трезвости и возможности возрожденія. 2) Устройство такихъ убѣжищъ желательно не только въ губернскихъ и уѣздныхъ городахъ, но и въ большихъ торговыхъ и фабричныхъ селахъ. 3) Средства на устройство этихъ убѣжищъ, служащихъ цѣлью помощи алкоголизированному человѣку и отрезвленія народа, должно дать Министрство финансовъ съ дохода съ акциза. 4) Врачи могутъ быть распространителями идеи устройства такихъ убѣжищъ и широкой ихъ организаціи.

**Е. К. Іоансонъ** (Вологда): Если можно говорить о привудительномъ лѣченіи алкоголиковъ, то только тѣхъ, у которыхъ замѣчается алкогольное вырожденіе личности, что болѣе всего выражается въ глубокомъ притупленіи нравственнаго чувства. Алкоголики съ нравственнымъ вырожденіемъ—душевно-больные, какъ таковые, подлежатъ—послѣ психиатрической экспертизы, по рѣшенію Суда—принудительному помѣщенію въ спеціальныя лѣчебницы. Невозможность борьбы съ алкоголизмомъ обуславливается не столько экономическимъ положеніемъ Россіи, сколько настоящимъ политическимъ положеніемъ ея, ненормальнымъ и требующимъ измѣненія. Успѣшная борьба съ алкоголизмомъ возможна лишь при глубокомъ, коренномъ измѣненіи нашего государственнаго строя и Сѣздъ долженъ обсудить, въ какомъ смыслѣ это измѣненіе должно произойти.

**Л. С. Аринштейнъ** (Петербургъ): 18 лѣтъ русскіе психіатры ждали того момента, когда имъ удастся собраться, чтобы совмѣстно обсудить наболѣвшіе вопросы, имѣющие тѣсную связь съ широкой областью психіатріи. Алкоголизмъ—одинъ изъ самыхъ важныхъ для насъ вопросовъ. Теперь мы собрались, и на очереди стоитъ вопросъ о борьбѣ съ этимъ народнымъ бѣдствіемъ. И что-же намъ преподносятъ? Послѣ всего того, что высказано по этому вопросу на IX Пироговскомъ Сѣздѣ, послѣ того, какъ было установлено, что успѣшная борьба съ алкоголизмомъ не мыслима безъ широкихъ политическихъ и социальныхъ реформъ, д-ръ *Рыбаковъ*, которому, конечно, хорошо извѣстны рѣшенія Пироговскаго Сѣзда, выдвигаетъ на первый планъ гипнозъ, какъ серьезную мѣру, и однимъ словомъ не обмолвившись о казенной винной монополіи. А между тѣмъ для всѣхъ очевидно, что, пока производство и продажа вина является главнѣйшимъ источникомъ государственныхъ доходовъ, не можетъ быть и рѣчи о дѣйствительной борьбѣ съ алкоголизмомъ и о правильномъ, успѣшномъ, причинномъ лѣченіи алкоголиковъ. Въ росписи на 1905 годъ въ числѣ 1900 съ лишнимъ миллионъ рублей 525 миллионъ приноситъ казенная винная монополія. Если въ то-же время вспомнить, что въ той-же росписи, въ графѣ расходовъ министерства народнаго просвѣщенія, отпускается 43 миллиона, т. е. 30 коп. на душу въ годъ, то легко понять, какія непреодолимыя преграды дѣлаютъ на пути тѣхъ, которые вздумали-бы серьезно бороться съ пьянствомъ.

при современных русских условиях. Д-р *О. Е. Рыбаков* в 9-м пункте своих положений предлагает покрыть всю Россию сетью амбулаторий для пьяниц. Можно ли серьезно предлагать такую мѣру, когда вся страна покрыта сетью казенных винных лавок, когда народъ прозябаетъ въ нищетѣ и невежествѣ, когда вся страна покрыта сетью бюрократическихъ путей, которые даютъ всякую живую мысль, всякое живое слово? При обсужденіи вопроса объ алкоголизмѣ выдвигать на первый планъ амбулаторіи для леченія гипнозомъ—не значитъ ли это—можетъ быть невольно, безсознательно—гипнотизировать общественную совѣсть? Въ такомъ серьезномъ вопросѣ, какъ алкоголизмъ, нельзя ограничиваться паллиативами. Нельзя предлагать противъ крупнаго общественнаго бѣдствія малые, слабые средства, особенно теперь, въ эту великую историческую минуту.

Ч. пр. *Б. С. Грейденбергъ* (Харьковъ): Высказанныя здѣсь возраженія на доклады иррадируютъ по различнымъ направлениямъ, вслѣдствіе чего затронутые ими основныя вопросы сильно осложняются. Въ самомъ дѣлѣ, здѣсь говорили: 1) о гипнозѣ вообще, 2) о гипнотерапіи, 3) о психотерапіи, 4) объ алкоголизмѣ и мѣрахъ борьбы съ нимъ, 5) о леченіи алкоголиковъ гипнозомъ, 6) о лечебницахъ для алкоголиковъ. Итого—6 вопросовъ, хотя и имѣющіе несомнѣнно различныя точки соприкосновенія, но, вѣдь, по существу, совершенно различныя. Если бы мы располагали большимъ количествомъ времени, быть можетъ, эти вопросы заслуживали бы послѣдовательнаго обсужденія порознь, но и тогда ихъ слѣдовало бы ставить отдѣльно. Прежде всего нужно строго различать понятіе о гипнозѣ отъ понятія о внушеніи. Лечебное значеніе гипноза при цѣломъ рядѣ признаковъ самыхъ различныхъ заболеванийъ, конечно, функциональныхъ, стоитъ внѣ всякихъ сомнѣній и подтверждается многочисленными фактами. Нельзя не признавать громадной литературы о гипнотизмѣ, вкладчиками въ которую были выдающіеся специалисты разныхъ странъ, въ добросовѣстности, правдивости и искренности которыхъ мы не имѣемъ никакихъ оснований сомнѣваться. Было бы крайне неосторожно, если бы Съездъ психиатровъ такъ поспѣшно осудилъ лечебное значеніе гипноза. Гипнозъ есть опредѣленный способъ леченія, приносящій въ цѣломъ рядѣ заболеванийъ безусловный благоприятный результатъ. Въ докладѣ *О. Е. Рыбакова*, положеніе 8-е,—помѣщеніе алкоголиковъ въ лечебницу не должно носить принудительнаго характера—въ настоящее время является уже анахронизмомъ, такъ какъ по новому уставу частныхъ лечебницъ, въ которыхъ помѣщаются алкоголики, послѣдніе могутъ быть принимаемы только по личнымъ письменнымъ заявленіямъ.

*К. Р. Еврафовъ* (Пенза): Мнѣнія говорившихъ здѣсь по докладу товарищей *О. Е. Рыбакова* и *А. Г. Розенеля* распадаются на 2 группы. Одна касалась необходимости устраненія или ограниченія потребленія алкоголя, другіе склонны видѣть рѣшеніе вопроса въ развитіи амбулаторнаго леченія алкоголиковъ и въ устройствѣ для нихъ специальныхъ лечебницъ, а идеалъ «правильной постановки дѣла леченія алкоголиковъ въ Россіи»—въ покрытіи всей страны сетью амбулаторій для гипнотического леченія. Здѣсь, между прочимъ, ссылались на примѣръ Скандинавскихъ государствъ, но никто не привелъ данныхъ, чтобы запрещеніе отпуска алкоголя не повлекло за собою распространенія употребленія другихъ наркотиковъ—опія, гашиша, зенъ и др., никто не доказалъ цифрами, что страны, особенно высоко стоящія, какъ въ отношеніи политическаго развитія, такъ и въ отношеніи просвѣщенія и культуры, меньше страдаютъ отъ алкоголизма, что, напр., въ Англіи, Соединенныхъ Штатахъ, Бельгіи и пр. меньше алкоголиковъ, меньше психозовъ на почвѣ алкоголизма и т. д. Съ другой стороны, никто не остановился на томъ фактѣ, почему среди самыхъ вопіющихъ по неформальности политическxъ условий, въ нечистой и темной, доисторической и безправной Россіи встрѣчаются общественныя группы, среди которыхъ алкоголизма безусловно не существуетъ: это—сектанты. Говорятъ, что терапия должна покоиться на знаніи этиологіи, а что-же намъ извѣстно лучше, чѣмъ причина алкоголизма—алкоголь? Здѣсь, очевидно, смѣшивается причина съ извѣстнымъ припадкомъ, влекущимъ уже за собою рядъ другихъ явленій. Можно быть расположеннымъ къ алкоголизму по наследству, вслѣдствіе ослабленія организма, вслѣдствіе привычки, дурного примѣра, по незнанію, вслѣдствіе душевнаго разстройства и т. д. и т. д. Разъ причины недуга извѣстны, многочисленныя и сложныя указанія, сдѣланныя здѣсь, нужно разсматривать только какъ часть, крупныя истины, а не какъ панацею, какъ терапію, являющуюся самоцѣлью.

*В. А. Копосовъ* (Симбирскъ): Лишь путемъ организованнаго, свободнаго труда всѣхъ мѣстныхъ общественныхъ силъ можетъ быть въ возможно скоромъ времени подготовлена почва для введенія законодательнымъ порядкомъ воспрещенія производствъ и торговли водкой, за исключеніемъ техническихъ цѣлей. Необходимо обезпеченіе такихъ общихъ условий жизни, при которыхъ народонаселеніе, при свѣтѣ знанія, безпрепятственно могло трудиться и жить въ полной мѣрѣ присущихъ ему духовныхъ силъ. Не менѣе важно и то, чтобы въ школахъ низшей, средней и высшей заботливо примѣнялись основы школьной гигиѣны и научныя основанія гармоническаго развитія тѣла и духа учащихся, чтобы въ дѣтяхъ и юношества пробуждались и укрѣплялись лучшія качества воли, ума и чувства, культивировались бы тщательно любовь къ прекрасному и жажда знанія; необходимо,

чтобы воспитаніе юношества направлялось идеаломъ истины, добра и красоты. Только при свѣтѣ этого идеала, коренящагося въ глубокихъ основахъ человѣческаго духа, создастся истинная цивилизація, въ интеллектуальныхъ, художественныхъ и морально-общественныхъ плодахъ которой культурные люди найдутъ живые, неисчерпаемые источники радости и здоровыхъ наслажденій и прочныя основы бодрого и жизнерадостнаго настроенія, такъ необходимыхъ для человѣка. Ламъ при яркомъ сіяніи солнца истинной цивилизаціи исчезнетъ навсегда жажда алкоголя.

*Е. И. Алтышулеръ* (Покровское-Мещерское): Для борьбы съ такимъ крупнымъ общественнымъ зломъ, какъ алкоголизмъ, необходимо устраненіе не только политическаго гнета, но и экономическxъ тяжелыхъ условий, въ которыхъ приходится жить русскому народу. Установленія въ Россіи правового порядка само по себѣ не устранятъ алкоголизма и другихъ народныхъ бѣдъ, но облегчатъ постановку правильной борьбы съ ними.

Ч. пр. *О. Е. Рыбаковъ* (Отвѣтъ на возраженія): На основаніи личныхъ наблюденій, я убѣдился, что нѣкоторая часть диспансовъ все-таки поддается психотерапевтическому воздѣйствію. Но помимо диспансовъ, есть еще гораздо болѣе многочисленная категория привычныхъ пьяницъ и ихъ-то нужно имѣть въ виду при леченіи гипнозомъ. Мнѣ было указано, что я на первый планъ выставляю леченіе алкоголиковъ въ амбулаторіяхъ и оставляю въ сторонѣ болѣе существенный вопросъ о профилактическихъ общественныхъ мѣрахъ. Но я въ самомъ началѣ доклада указываю на то, что всякая борьба съ алкоголизмомъ является невозможной, пока существуютъ плохія матеріальныя условія, грубость нравовъ, недостатокъ просвѣщенія, моральный гнетъ и пр., а въ § 13 своихъ положеній къ докладу прямо указываю на то, что наравнѣ съ предложенными мною лечебными мѣрами должна идти и борьба съ этими общественными язвами. Съ предложеніемъ устройства убѣжищъ для алкоголиковъ я только могу согласиться, но у насъ недостаточно для этого средствъ, между тѣмъ какъ устройство амбулаторій стоитъ гораздо дешевле. Да, наконецъ, существуетъ громадная категория алкоголиковъ, которые за неимѣніемъ времени не могутъ поступать въ убѣжища и ихъ-то я имѣлъ, главнымъ образомъ, въ виду, говоря о необходимости устройства амбулаторій. О принудительномъ помѣщеніи въ лечебницы алкоголиковъ, сдѣлавшихся душевно-болѣзными, я подробно говорилъ на IX Пироговскомъ Съѣздѣ; подѣ душевно-болѣзными алкоголиками я подразумеваю слабоумныхъ и делирантовъ, но и эти лица должны быть непременно опрошены о желательности дальнѣйшаго пребыванія въ лечебницѣ, развѣ только наступитъ улучшеніе въ ихъ психическомъ состояніи.

*А. Г. Розенель* (Отвѣтъ на возраженія): Въ одномъ изъ положеній моего доклада сказано, что гипнотерапія не даетъ существенныхъ результатовъ при леченіи душевныхъ и нервныхъ болѣзней и ограничивается обычнымъ психическимъ воздѣйствіемъ лечащаго врача на больного. Я никоимъ образомъ не отрицаю психотерапіи, но я не могу придавать особаго значенія тѣмъ объективнымъ даннымъ, доказывающимъ гипнотическое состояніе, на которое ссылаются Нансіская школа. Фиксація указываемой птицы, выраженія ужаса на лицѣ, изображенія на лицѣ ощущенія сладкаго или горькаго вкуса, даже поблѣднѣніе и покраснѣніе лица могутъ появляться при извѣстномъ настроеніи гипнотика. Я думаю, что ни одинъ страдающій диспансией не выйдя изъ гипноза. Собираютъ свѣдѣнія отъ самихъ больныхъ; но вѣдь ни одинъ больной диспансией не скажетъ, что онъ пьетъ водку. Убѣжища для алкоголиковъ необходимы, но я не думаю, чтобы можно было средства на нихъ черпать изъ такого источника, какъ налогъ на спиртъ, такъ какъ такой налогъ нами отвергается. Мнѣ было поставлено въ упрекъ, что я не упоминаю о способахъ гипнотизаціи и привелъ недостаточно литературныхъ данныхъ. Но способы гипнотизаціи всѣмъ извѣстны, и литературныя данныя, насколько они мнѣ были доступны, я въ своемъ докладѣ привелъ. Другія мѣры, предложенныя мной, упомянуты въ моихъ положеніяхъ: чтобы спиртъ продавался изъ аптекъ, чтобы стремиться къ улучшенію экономическаго состоянія рабочаго класса и скорѣйшему осуществленію всеобщаго обязательнаго обученія.

*Акад. В. М. Бехтерева* (Петербургъ): Симуляцію при гипнозѣ легко отличить и она требуетъ отъ симулирующаго чрезвычайно большаго искусства въ виду тѣхъ своеобразныхъ измѣненій сердца, дыханія и выраженія лица во время гипноза. Относительно алкоголизма мы можемъ вести, во 1-хъ, индивидуальную борьбу, устраивая амбулаторіи и лечебницы. При этомъ нужно замѣтить, что одни случаи алкоголизма съ большимъ успѣхомъ лечатся въ амбулаторіяхъ, другіе въ лечебницахъ. Способы леченія при этомъ, какъ и при всякомъ отравленіи, должны быть самые разнообразныя: физіотерапія можетъ и должна сочетаться съ психотерапіей. Здѣсь я долженъ сдѣлать частное замѣчаніе по поводу практикуемыхъ нынѣ полицейскихъ мѣръ вытрезвленія: полицейскіе приемы такъ грубы къ личности опьянѣвшаго и полицейскіе участки такъ не пригодны для осуществленія медико-санитарныхъ задачъ, что требуютъ коренной реформы. Помимо этой индивидуальной борьбы мы должны прибѣгнуть и къ общественной борьбѣ съ алкоголизмомъ. Здѣсь мы должны прежде всего поставить требованія, чтобы наша жизнь была измѣнена на широкихъ началахъ свободы и чтобы правительство не извлекало доходовъ съ населенія на счетъ его здоровья. Поэтому я предлагаю Съезду сдѣлать свое постановленіе на основаніи заслушанныхъ докладовъ и преній относительно вопроса объ алкоголизмѣ въ Россіи, въ формѣ опредѣ-

ленной резолюции, для выработки которой предлагаю выбрать специальную Комиссию.

Предложение это было принято и выбрана Комиссия из следующих лиц: *Е. А. Алтшулера, К. Р. Езирафова, П. В. Выхулова, Е. К. Юансона, П. П. Кащенко, П. В. Петровскаго и П. П. Туммыкина.*

Послѣ перерыва заседание продолжалось подъ председательствомъ д-ра *С. И. Штейнберга* (Саратовъ).

*П. П. Кащенко* (Москва). Объ односторонней формѣ отчетности для психиатрическихъ заведений. Докладчикъ предлагаетъ немедленно учредить центральное психиатрическое бюро, пока хотя-бы въ видѣ психиатрической Комиссии при Правленіи Пироговскаго Общества, а на Създѣ наметить членовъ этой Комиссии, которой и поручить немедленную организацію всего дѣла о правильной отчетности, а также окончательную выработку формуляровъ. Въ случаѣ учрежденія Союза психиатровъ, вся эта работа Комиссии должна перейти къ его организаціи. Для работы Комиссии при Пироговскомъ Обществѣ слѣдуетъ наметить слѣдующія предварительныя основныя положенія правильной отчетности: 1) принятіе односторонней классификаціи или номенклатуры; 2) установленіе 2-хъ частей отчета: официальной (обязательной) и не официальной (*ad libitum*); 3) регистрація признаковъ: мѣстожительство, возрастъ, занятіе, брачное состояніе, степень образованія, національность, продолжительность пребыванія дома со времени заболѣванія до поступленія въ больницу. Повторность поступленія, продолжительность болѣзни, вообще, исходы заболѣваній должны быть проведены въ связи съ формами болѣзней. 4) слѣдуетъ установить категорію «законченныхъ случаевъ» и принять для нихъ особую подробную индивидуальную карточку, разработку которой приметъ на себя пока вышеуказанная Комиссія. Имѣющее образоваться центральное психиатрическое бюро будетъ служить центромъ, куда должны стекаться для соотвѣтственной статистической обработки получаемые отъ больницъ односторонніе отчеты и особые матеріалы относительно законченныхъ случаевъ. Для номенклатуры желательно принять 5 большихъ группъ: 1) психозы врожденные; 2) психозы приобретенные при жизни; 3) психозы алкогольные; 4) прогрессивный параличъ; 5) психозы эпилептические.

*С. А. Ляссъ* (Саратовъ) вполне признаетъ современность доклада и лѣтисообразность вносимаго имъ предложенія объ улучшеніи регистраціи душевно-больныхъ.

*Е. И. Алтшулеръ* (Покровское-Мещерское) не раздѣляетъ мнѣнія докладчика о трудности подробной разработки отчетовъ, даже при большомъ матеріалѣ, по карточной системѣ. Если карточки хорошо выработаны, то составленіе отчета не представляетъ большихъ затрудненій.

*Н. А. Выхуловъ* (Воронежъ): Карточки должны быть тщательно разработаны, каждый пунктъ обдумать и технически каждая группа должна бросаться въ глаза. Раздѣленіе на мелкія группы съ небольшимъ числомъ входящихъ формъ, должно облегчить обработку матеріала. Предлагаемая докладчикомъ карточка законченныхъ случаевъ, имѣя значеніе клиническое, не пригодна для цѣлей статистическихъ.

*А. Ф. Мамцевъ* (Полтава) находитъ полезнымъ проведеніе отчетности по отдѣльнымъ формамъ болѣзней, но, можетъ быть, нѣтъ необходимости включать въ отчеты всѣ формы, а достаточно принять нѣсколько группъ, заключающихъ болѣе или менѣе однородныя заболѣванія. Группы, предложенныя докладчикомъ, представляютъ очень обширными. Желательно было-бы выдѣлить группы психозовъ вслѣдствіе органическаго травматическаго пораженія мозга, сифилиса мозга, старческое слабоуміе. Вообще-же, въ виду сложности вопроса, его слѣдовало-бы передать въ специальную комиссію для разработки.

*И. Я. Платоновъ* (Харьковъ): Проектируемая докладчикомъ форма отчетности предложена была еще въ 1883 г. проф. *П. И. Ковалевскимъ*. Карточная система даетъ возможность легко собрать чрезвычайно цѣнный матеріалъ для разрѣшенія многихъ важныхъ основныя вопросы леченія и пріоритетъ душевно-больныхъ. Такъ, напр., данныя о «времени пребыванія больныхъ дома до поступленія въ больницу» могли-бы показать, что многія излѣчимыя формы переходятъ въ неизлѣчимыя только вслѣдствіе несвоевременной врачебной помощи, вслѣдствіе того, что заболѣвшіе долго остаются дома до помѣщенія ихъ въ заведеніе. Какъ практическій выводъ, эти данныя могли-бы дать новое освѣщеніе вопросу о децентрализациі психиатрической помощи.

Ч. пр. *Б. С. Грейденбергъ* (Харьковъ) вполне присоединяется къ предложенію докладчика объ учрежденіи при Пироговскомъ Обществѣ специальной психиатрической Комиссии, такъ какъ оно всецѣло отвѣчаетъ 2-му положенію его доклада, но при этомъ высказываетъ пожеланіе, чтобы въ эту Комиссію были переданы и труды всѣхъ Комиссій нынѣшняго Създа, для созданія органической связи и преимущественности его съ будущимъ Съездомъ.

*С. Д. Колотинскій* (Винница): Одной общей статистической карточки недостаточно, необходима еще и специальная индивидуальная карточка, съ часто симптоматическимъ содержаніемъ, т. е. въ которую были-бы включены только различныя признаки болѣзненнаго состоянія. Но самая важная часть предложенія докладчика заключается въ обязательности введенія односторонней карточной системы во всѣхъ психиатрическихъ заведеніяхъ съ тѣмъ, чтобы собранный статистическій матеріалъ направлялся для детальной обработки въ центральное бюро при Пиро-

говскомъ Обществѣ. Желательно было-бы, чтобы это бюро примкнуло къ учрежденіямъ проектируемаго Союза психиатровъ. Относительно самой карточки нужно замѣтить, что чѣмъ лучше она будетъ обдумана, чѣмъ подробнѣе будетъ разработана, чѣмъ детальнѣе въ ней будутъ ставиться вопросы, чѣмъ меньше будутъ рубрики, тѣмъ она будетъ больше удовлетворять своей цѣли.

*В. А. Копосовъ* (Симбирскъ) считаетъ учрежденіе центрального статистическаго бюро для разработки карточного матеріала психиатрическихъ заведеній исполнѣ своевременнымъ и целесообразнымъ, но дробить рубрики не слѣдовало-бы, а располагать болѣзнями—по общимъ отдѣламъ.

*К. Р. Езирафовъ* (Пенза): Главнымъ принципомъ проектируемой общей статистической работы слѣдовало-бы поставить возможнымъ наименьшія требованія—обязательныя, но вмѣстѣ съ тѣмъ и удобисполнимыя для всѣхъ психиатровъ, при какихъ-бы плохихъ условіяхъ обстановки они ни работали. Предлагаемая докладчикомъ группа «законченныхъ» случаевъ не състѣмъ понятна и требуетъ поясненія: весьма трудно считать случай законченнымъ, пока большой не умеръ или не выпущенъ изъ больницы. Собираніе этиологическихъ данныхъ весьма желательно, но очень затруднительно, а часто и совершенно невозможно. Рубрика относительно «времени, проведеннаго дома до поступленія въ больницу» едва-ли дастъ что-нибудь цѣнное, какъ и вообще группа этиологическихъ данныхъ, имено вслѣдствіе некултурности населенія.

Ч. пр. *В. Е. Ларионовъ* (Кіевъ) находитъ предложенное докладчикомъ дѣленіе психическихъ формъ нерациональнымъ, вслѣдствіе разнородности положенныхъ въ основаніе этого дѣленія принциповъ, и предлагаетъ принять раздѣленіе проф. *Ziehen'a* по отдѣльнымъ психическимъ функціямъ: болѣзни области представленій, аффектовъ и пр.

*И. М. Райхеръ* (Кіевъ) предлагаетъ въ большихъ психиатрическихъ заведеніяхъ поручить одному изъ ординаторовъ за особое добавочное вознагражденіе систематическую обработку карточнаго матеріала, веденіе постоянной отчетности, составленіе мѣсячныхъ и годичныхъ вѣдомостей и т. п.

*П. П. Туммыкинъ* (Харьковъ) рекомендуетъ пользоваться для отчетности упрощенной схемой классификаціи психозовъ, предложенной *О. А. Чечотомъ*.

*И. С. Германъ* (Орелъ) также указываетъ на чрезвычайную затруднительность собиранія этиологическихъ данныхъ не только относительно больныхъ, доставляемыхъ въ заведенія полиціи, но и привозимыхъ родственниками.

Докладчикъ (отвѣтъ на возраженія) разъяснилъ, что подъ «законченными» случаями онъ разумѣетъ такіе, гдѣ имѣется подробный, точно установленный діагнозъ. Для избѣжанія случаевъ совершеннаго отсутствія свѣдѣній о доставляемыхъ больныхъ, нужно установитъ болѣе тѣсное отношеніе между психиатрическими больницами и земскими врачами, могущими часто дать нужныя анамнестическія свѣдѣнія. Всѣ-же частности относительно содержанія карточекъ и вообще технической стороны предложенія нужно передать въ Комиссію.

Поставленное на баллотировку предложеніе *П. П. Кащенко* было принято, и Създъ постановилъ—учредить при Правленіи Пироговскаго Общества центральное психиатрическое бюро, которое по открытіи дѣйствій учреждаемаго «Русскаго Союза психиатровъ и нейропатологовъ» должно войти въ его составъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Ч. пр. *Б. Грейденбергъ*.

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФИЯ

*Изслѣдованіе воздуха сельскихъ начальныхъ школъ Дмитровскаго уѣзда Московской губерніи. Санитарнаго врача Московскаго губернскаго Земства Г. И. Ростовцева. Москва, 1906 г. Цѣна 20 коп.*

Работа *Г. И. Ростовцева* посвящена химическому изслѣдованію школьнаго воздуха, при чемъ главною задачею ей было опредѣленіе того состоянія воздуха классныхъ помѣщеній, которое обусловливается жизнедѣятельностью находящихся въ помѣщеніи лицъ. Поставленная авторомъ задача заставляла его обратитъ наибольшее вниманіе на опредѣленіе количества угольной кислоты въ классныхъ помѣщеніяхъ, какъ эквивалентаго мѣрила, по *Pettenkofer'u*, одновременнаго присутствія въ изслѣдуемомъ воздухѣ вредныхъ веществъ, выделяемыхъ дыханіемъ, кожными испареніями и т. д. находящихся въ изслѣдуемомъ воздухѣ лицъ. Придерживаясь при этомъ способа *Pettenkofer'a*, *Г. И. Ростовцевъ* внесъ въ него при своихъ изслѣдованіяхъ нѣкоторые несущественныя, но оказавшіяся необходимыми по нѣстнымъ условіямъ измѣненія. Состояніе класснаго воздуха изслѣдовано авторомъ и въ отношеніи его влажности (психрометромъ Августа) и температуры (100°-нымъ термометромъ), хотя не обусловливаемыхъ главнымъ образомъ присутствіемъ въ классѣ учащихся, но подвергающихся колебаніямъ въ зависимости отъ ихъ присутствія. Полученныя побочно при изслѣдованіи количества углекислоты данныя о барометрическомъ давленіи воздуха въ классахъ, какъ обусловливаемомъ общими явленіями и вѣско-



ства учащихся и т. д., оставлены автором без анализа. Результаты обследования 12 школ, в которых произведено 67 анализов воздуха, привели автора к следующим выводам: 1. Воздух в классах является постоянно сильно испорченным во все время учебного дня. 2. В каменных зданиях порча воздуха наблюдается в большей степени, чем в деревянных. 3. Порча воздуха в классах быстро, в течение первого же урока, достигает большой степени, которую и сохраняет в первую  $\frac{1}{4}$  учебного дня без всякого определенного повышения. Во вторую  $\frac{1}{4}$  дня порча воздуха идет в большей степени, чем в первую. 4. Естественная вентиляция оказывает крайне небольшое влияние на вентиляцию классов. 5. Приспособления для искусственной вентиляции (в печах) действуют в недостаточной степени. 6. Существующие приспособления для усиления естественной вентиляции (фортки), с одной стороны, представляют непреодолимые неудобства для пользования (в малых и частью в большую перемены), являются крайне незначительными по своему вентиляционному эффекту и требуют слишком большой продолжительности держания их открытыми. 7. Значительное улучшение качества воздуха в классах замечается при топке печей во время самых занятий. 8. Открывание całego окна для вентиляции классов представляет удобства для пользования даже в малых переменах, легко, безопасно и в зимнее время и значительно улучшает качество воздуха в классах. 9. Температура в классах больше или меньше нормальна. 10. Влажность тоже нормальна. В каменных зданиях она выше, в деревянных ниже. В первые уроки она ниже и не прогрессирует, в последние выше и прогрессирует. 11. Следует энергично настаивать, чтобы печи топилась из класса и во время занятий (в первые уроки), а также, чтобы каждый класс снабжался особым окном, которое можно было бы открывать и зимою (после каждого урока на 5, во время большой перемены и после 5-го урока на 10—20 минут).

Работа Г. И. Ростовцева является ценным вкладом в нашу науку (но крайне важную для разрешения многосторонних вопросов школьной санитарии) литературу по вопросу об изменении химического состава воздуха классных помещений, в зависимости от жизнедеятельности находящихся в этих помещениях лиц.

Д. Лаверовская.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

CLVII. М. Г. Не откажите дать место следующему циркулярному обращению организационного Комитета 5-го Международного акушерско-гинекологического Съезда къ отечественнымъ врачамъ, интересующимся гинекологией и акушерствомъ, съ извѣщеніемъ объ отсрочкѣ Съезда.

Многоуважаемый товарищ!

Какъ Вамъ извѣстно, 5-й Международный акушерско-гинекологическій Съездъ, назначенный на сентябрь 1905 г. въ Петербургъ и затѣмъ отложенный, въ виду военныхъ дѣйствій и вообще тяжелого времени, переживавшагося тогда нашимъ отечествомъ, на годъ, долженъ былъ-бы состояться осенью настоящаго года. Къ сожалѣнію, однако, надеждамъ, возлагавшимся организационнымъ Комитетомъ на болѣе счастливыя обстоятельства въ этомъ году, не суждено было сбыться.

Вниманіе русскихъ врачей нынѣ слишкомъ поглощено событиями внутренней жизни государства, отвлекающими ихъ отъ заботъ о Съездѣ; съ другой стороны, воплоти основательными казались опасенія въ томъ, что и иностранцы едва-ли соберутся на Съездъ въ достаточно большое числѣ. Не имѣя нравственнаго права самому рѣшить отвѣтственный вопросъ—быть ли не быть уже отложенному развѣ Съезду въ назначенный срокъ—не выслушать голоса заинтересованныхъ въ этомъ нашихъ будущихъ гостей, организационный Комитетъ обратился съ запросомъ по этому поводу къ представителямъ наиболѣе многочисленныхъ группъ иностранныхъ врачей и получилъ отовсюду вполне единодушные отвѣты. Всѣ эти лица въ Германіи, Франціи, Нидерландахъ, Италіи, Швейцаріи высказали пожеланія, чтобы Съездъ былъ отложенъ еще на 1 годъ. По этому, не желая рисковать успѣхомъ Съезда, организационный Комитетъ принужденъ былъ отказаться отъ мысли осуществленія Съезда въ этомъ году и постановилъ настоящимъ объявленіемъ извѣстить Васъ, что 5-й Международный акушерско-гинекологическій Съездъ отлагается на годъ, и созвать его предположено на 29 августа—5 сентября 1907 г.

Организационный Комитетъ дѣлаетъ себя надеждою, что эта вынужденная отсрочка не послужитъ въ ущербъ Съезду и что Вы, многоуважаемый товарищъ, не откажете и въ будущемъ году посѣтить Съездъ Вашимъ присутствіемъ и Вашими трудами оказывать содѣйствіе его научному успѣху.

Предсѣдатель организационнаго Комитета проф. Д. Отт.

Главный секретарь проф. П. Садовскій.

Петербургъ. 20-го іюля 1906 г.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1413. По словамъ «XX Вѣка» (24 іюля), государственные экзамены на медицинскіе факультеты начнутся въ теку-

щемъ году 1-ю сентября. Прошенія о допущеніи къ испытаніямъ въ государственныхъ испытательныхъ Комиссіяхъ будутъ приниматься съ 20-го іюля по 29-ое августа. Къ испытаніямъ на званіе лѣкаря будутъ допущены лица, прослушавшія 9 семестровъ.

1414. Со словъ «Правительственнаго Вѣстника» «Русскія Вѣдомости» (19 іюля) сообщаютъ, что согласно проекту новаго устава Московскихъ Высшихъ Женскихъ Курсовъ послѣдніе раздѣляются на 3 факультета: 1) историко-философскій, 2) физико-математическій съ 2-мя отдѣленіями, математическимъ и естественно-историческимъ и 3) медицинскій. При этомъ Совѣту Курсовъ предоставляется право открывать и другіе факультеты и подраздѣлять ихъ на отдѣленія.—Въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (20 іюля) сообщаются слѣдующія правила для желающихъ пройти медицинскій факультетъ при Московскихъ Высшихъ Женскихъ Курсахъ. «Полный курсъ занятій проходитъ въ теченіи 6 лѣтъ. Поступать могутъ окончившія гимназій, при чемъ для поступленія не нужно никакихъ дополнительныхъ экзаменовъ и не нужно знаніе латинскаго языка. Плата за право ученія—150 р. въ годъ. Приниматься будутъ предпочтительно женщины, окончившія Московскія гимназій, живущія въ Москвѣ и главнымъ образомъ у родителей. Для удобства несостоятельныхъ курсистокъ будутъ устроены, по возможности, въ большомъ количествѣ общежитія и столовыя, которыя предполагаютъ устраивать по новымъ образцамъ и на новыхъ началахъ».

1415. Въ напечатанномъ въ общихъ газетахъ (отъ 22-го іюля) официальномъ сообщеніи о безпорядкахъ на крейсерахъ «Память Азова» въ числѣ убитыхъ и выброшенныхъ за бортъ возмѣщенной командой значится младшій врачъ Соколовскій (Евгеній Карловичъ).

1416. 18-го іюня въ Аркадокѣ, Балаховскаго уѣзда, Саратовской губ., арестованъ мѣстный земскій врачъ Григорій Абрамовичъ Бердичевскій. «Въ Аркадокѣ», какъ сообщаетъ «Врачебно-санитарная Хроника Саратовской губ.» (іюнь), откуда мы заимствуемъ это извѣстіе, гдѣ много собирается мѣстныхъ и пришедшихъ рабочихъ для найма на сельскія работы, съ 16-го іюня началась стачка рабочихъ. Д-ръ Бердичевскій администраціей заподозрѣнъ въ организаціи этой стачки. Дѣйствительно-же участіе его выразилось, какъ утверждаютъ Аркадоки, въ томъ, что онъ убѣждалъ рабочихъ не прибѣгать къ насилию, благодаря чему стачка протекала мирно. Проводитъ Г. А., пересылавшагося въ Саратовскую тюрьму, собралась громадная толпа народа, которая, только благодаря убѣжденіямъ арестованнаго товарища не прибѣгла къ насильственному его освобожденію. Депутация выборныхъ отъ общества не удалось ходатайствовать у Саратовскаго губернатора освобожденія Г. А.; въ Аркадская больница съ ежедневной амбулаторіей въ 300—500 чел. и множествомъ кожныхъ больныхъ, среди которыхъ имѣются и перенесшіе серьезныя операціи, остались безъ врача, на пополненіи только фельдшера и фельдшерницы».

1417. «XX Вѣкъ» (21 іюля), со словъ «Русскаго Слова», сообщаетъ объ арестѣ въ слободѣ Головинѣ, Курской губ., бывшаго Сахалинскаго врача Н. С. Лобаса съ сыномъ-студентомъ.

1418. «Русскими Вѣдомостями» (16 іюня) сообщается объ увольненіи, по распоряженію Московскаго губернатора, со службы въ Русскомъ уѣздѣ врача Покровской земской лѣчебницы Н. М. Аржанникова. Теперь «Русскія Вѣдомости» (21 іюля) сообщаютъ, что Московскій губернаторъ увѣдомилъ Московскую губернскую земскую Управу, что «въ виду новыхъ обстоятельствъ онъ призналъ возможнымъ отменить свое распоряженіе объ увольненіи д-ра Аржанникова».

1419. Агентскія телеграммы (отъ 18-го іюля) сообщаютъ, что Московскіе городскіе санитарные врачи, осмотрѣвъ арестные и полицейскіе дома, выразили желаніе осмотрѣть въ санитарномъ отношеніи и тюрьмы, въ чемъ имъ было однако отказано тюремной администраціей. Санитарные врачи подали по этому поводу протестъ.

1420. Какъ образецъ, до какихъ курьезовъ можетъ доходить произволъ администраціи, позволяемъ себѣ привести слѣдующій фактъ. Саратовскою губернской земскою Управой 16-го іюня была получена, какъ сообщаетъ «Врачебно-санитарная Хроника Саратовской губ.» (іюнь), слѣдующая телеграмма за подписью члена Петровской Управы П. Н. Любовцева: «Сейчасъ получилъ увѣдомленіе земскаго начальника 1-го участка. Высылаетъ женщину неизвѣстнаго званія, открывшую въ с. Дертевкѣ столовую; очевидно Терникова. Удостоверьте личность. По этому поводу губернская Управа обратилась съ жалобой къ Саратовскому губернатору, въ которой проситъ «распоряженія охранить на будущее время персоналъ губернскаго Земства, командируемый для борьбы съ эпидеміями, отъ произвола со стороны мѣстныхъ административныхъ органовъ». О. П. Терникова, слушательница 4-го курса Женскаго Медицинскаго Института, въ Дертевку командирована была 3-го мая для наблюденія за тифозными больными и оказанія нуждающемуся населенію, изъ средствъ общеземской организаціи, продовольственной помощи, каковая могла быть оказана и въ видѣ открытія столовой. О командировкѣ г-жи Терниковой было сообщено Петровской земской Управѣ и мѣстному участковому врачу. Самой-же г-жѣ Терниковой отъ губернской Управы выдано было за № 299 удостовѣреніе въ ея личности и члѣн ея командировки, при чемъ въ этомъ удостовѣреніи сказано: «Сельскія и волостныя власти благоволятъ оказывать ей содѣйствіе въ ея дѣятельности». Такова обстановка, при которой г-жа Терникова мѣстной администраціей, должностной ей оказывающей со-

дѣйствіе, признана «женщиной неизвестнаго звания». Въ то время, когда земскій начальник хотѣлъ выселить изъ Деревки г-жу Тертикову, она лежала больною сильнымъ тифомъ» (! Ред.).

1421. Уполномоченная по Богородскому уѣзду, Тульской губ., г-жа Стрѣльникая въ письмѣ своемъ Комитету по оказанію помощи голодающимъ при вольномъ экономическомъ Обществѣ отъ 2-го іюня, между прочимъ, пишетъ: «Нужда крестьянъ увеличивается съ каждымъ днемъ, такъ какъ правительственная продовольственная ссуда не выдается со 2-ой половиною іюня; урожай же озимыхъ и яровыхъ хлѣбовъ въ уѣздѣ оказался далеко ниже средняго, и его можно считать даже плохимъ. Предвидится снова голодовка, и требуется широкая правительственная и благотворительная помощь». Въ с. Малевкахъ, гдѣ работаетъ г-жа Стрѣльникая, не менее  $\frac{1}{2}$  всего дѣтей болѣетъ скарлатиной, чрезвычайно разившимися въ последнее время жезлудочно-кишечными болѣзнями и др. («Бюллетень» Комитета, № 8).

1422. Въ № 5-мъ (май) «Врачебно-санитарной хроники Воронежской губ.» напечатанъ «Краткій отчетъ о столовыхъ, составленныхъ Воронежскимъ губернскимъ Комитетомъ по оказанію помощи голодающимъ общеземской и общественной организации для представленія въ Управленіе общеземской организации». Этотъ поучительный отчетъ объ организуемыхъ съ декабря истекшаго года столовыхъ заканчивается слѣдующими, неловкими интереса общины замѣчаніями. «Со стороны администраціи если и встрѣчались препятствія, то они касались общеземской организации только косвенно: такъ, напр., въ самомъ началѣ дѣятельности общеземской организации были арестованы дѣлопроизводители организации Бѣловорозы, который до сихъ поръ не отпущенъ на свободу; въ Валуйскомъ уѣздѣ арестованы нѣсколько учителей и учительницъ, заведующихъ дѣтскими столовыми, и столовые должны были прекратить свою дѣятельность, по крайней мѣрѣ, на время. Всѣ эти аресты произошли не на почвѣ помощи голодающимъ, хотя, конечно, не могли не отразиться на ходѣ дѣла какъ общеземской организации, такъ и обществъ, дѣйствующихъ въ томъ же направленіи. Дѣйствія администраціи, служащія прямо къ препятствію помощи голодающимъ (курсивъ нашъ. Ред.)» выражаясь, кажется (? Ред.), только въ 2-хъ случаяхъ, а именно—1 въ Бобровскомъ уѣздѣ уѣзднымъ уполномоченнымъ предполагалось собрать Съездъ изъ представителей всѣхъ волостей для опредѣленія размѣровъ недоѣданія и способовъ помощи голодающимъ; многие земскіе начальники запретили высматывать представителей отъ волостей (курсивъ нашъ. Ред.), и Съездъ могъ состояться въ крайне урѣзанномъ видѣ, и 2-ой случай—въ Земляномъ уѣздѣ—одна столовая (Новосильская) была закрыта мѣстными становыми приставами безъ предьявленія какихъ-либо распоряженій сими и безъ объясненія причинъ закрытія (курсивъ нашъ. Ред.). Впоследствии однако Управа опять открыла эту столовую. Что же касается отношенія высшей администраціи къ работамъ организаций, оказывающихъ помощь голодающимъ, то, наоборотъ, она такъ или иначе старалась способствовать имъ въ ихъ дѣятельности; такъ, напр., въ общеземскую организацию были переданы списки списковъ лицъ, нуждающихся по ст. 92 пред. о прод., т. е. главнымъ образомъ бывшихъ дворовыхъ. Но, къ сожалѣнію, матеріалъ этотъ нельзя было использовать, такъ какъ онъ явно оказался несправедливымъ, ибо въ спискахъ оказались лица заведомо состоятельные (курсивъ нашъ. Ред.); лавочки, служащіе въ экономіяхъ на порядочныхъ окладахъ, сторожа казенныхъ учреждений и т. д. Кромѣ того, по заявленію губернатора, продовольственнымъ Присутствіемъ предупредительно была оказана помощь все по той-же 92 ст., т. е. все тѣмъ-же дворовымъ, на сумму 24000 р., которые губернаторъ и предлагалъ общеземской организации возмѣстить продовольственному Присутствію (курсивъ нашъ. Ред.). Хотя деньги эти по распоряженію центральной общеземской организации возмѣщены не были, тѣмъ не менѣе всѣ вышеуказанныя общественныя организации помощи голодающимъ до сего времени не встрѣчали препятствій къ своей дѣятельности со стороны высшей администраціи губерніи».

1423. «Даль» (4 іюня) сообщаетъ, что 23-го іюня въ Владивостокѣ состоялось экстренное засѣданіе исполнительнаго санитарной Комиссіи по поводу появленія чумныхъ заболѣваній въ Японіи и ея портахъ, а также обнаруженія подобныхъ заболѣваній и на нѣкоторыхъ пароходахъ въ морѣ, вышедшихъ изъ Японіи.

1424. На состоявшемся 16—17-го минувшаго мая засѣданіи санитарнаго Совѣта при Саратовской губернской земской Управѣ обсуждался постановленіе бывшаго въ январѣ 1906 г. очереднаго губернскаго Соборанія—исключеніе изъ сѣты на текущій годъ ассигновки въ 12880 р. на содержаніе помощника заведующаго Отдѣленіемъ народнаго здравія, прекращеніе ассигновки на леги-пріютъ,—при чемъ выяснилось, по даннымъ присутствовавшихъ, что упраздненіе санитарныхъ врачей признано нѣкоторыми уѣздами, гдѣ это постановленіе губернскаго Соборанія обсуждалось, «фактомъ крайне прискорбнымъ». Такъ, Саратовская уѣздная Управа вмѣстѣ съ медицинскимъ Совѣтомъ пришла къ заключенію, что для уѣзда санитарный врачъ—крайне необходимъ; поэтому Управа пыталась даже изыскать пути къ пригласенію врача на уѣздныя средства, но за полнымъ отсутствіемъ ихъ вынуждена была отказаться отъ этой мысли до земскаго Соборанія. Царичинскій санитарный Совѣтъ также призналъ санитарнаго врача для уѣзда необходимымъ и постановилъ ходатайствовать о восстановленіи санитарной организации въ уѣздѣ. Обсужденіе этого вопроса санитарнымъ Совѣтомъ при

губернской Саратовской Управѣ заключилось слѣдующимъ постановленіемъ: 1) «Въ виду всѣхъ тѣхъ соображеній и мотивовъ, которые послужили основаніемъ для созданія Института санитарныхъ врачей, и въ виду подтвержденія на практикѣ Царичинскаго уѣзда крайне полезнаго его значенія, признать санитарную организацию необходимой. 2) Признать, что періодическія закрытія и сокращенія санитарной организации отражаются какъ на ней, такъ и на населеніи крайне губительно. 3) Просить всѣ уѣзды еще разъ высказать свое отношеніе къ уѣздной санитарной организации и 4) Просить Управу въ особомъ докладѣ ходатайствовать передъ ближайшимъ очереднымъ Собораніемъ о немедленномъ восстановленіи уѣздной санитарной организации». Ссылка на Царичинскій уѣздъ въ этомъ постановленіи находить свое объясненіе въ томъ, что по справкѣ, данной д-ромъ Н. И. Тезляковымъ, сколько-нибудь достаточное время (съ августа 1904 г.) работалъ лишь Царичинскій врачъ; въ Халынскомъ же уѣздѣ работа санитарнаго врача началась лишь съ 15-го мая 1905 г., а въ Саратовскомъ уѣздѣ санитарный врачъ, отвлеченный исполненіемъ обязанностей заведующаго Отдѣленіемъ, фактически и не могъ приступать къ работѣ до самаго конца.—По поводу рѣшенной послѣднимъ губернскимъ земскимъ Собораніемъ урѣзки сѣты на штатъ Отдѣленія народнаго здравія санитарный Совѣтъ пришелъ къ слѣдующему постановленію: «Санитарный Совѣтъ, ознакомившись съ ходомъ и планомъ работъ Отдѣленія народнаго здравія и убѣдившись, что въ дѣтнее время съ этими работами невозможно справиться одному заведующему, просить Управу дать возможность Отдѣленію выполнять эти работы надлежащимъ образомъ и внести въ очередное земское Собораніе докладъ о необходимости восстановленія постоянной должности помощника заведующаго». По поводу урѣзки сѣты на асли Совѣтъ постановилъ: 1) «Признать, что въ текущемъ году асли должны получить болѣе широкую постановку и функционировать болѣе продолжительный періодъ. 2) Поручить Комиссіи изъ врачей делегатовъ распределять уже имѣющіеся 5000 р. между уѣздами и выяснить, сколько средствъ потребуется на всѣ остальные намѣченные асли. 3) Признать необходимымъ, чтобы асли, открываемыя «Трудовой Помощью» и другими организациями, а равно и частными лицами, устраивались по тому же типу, какъ и земскія, и чтобы отчеты о дѣятельности этихъ аслей, по установленной формѣ, доставлялись въ губернскую Управу и 4) Признать необходимымъ въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ оказывалась населенію продовольственная помощь, продлить кормленіе въ столовыхъ въ теченіи всего іюня («Врачебно-санитарная хроника Саратовской губ.», іюнь).

1425. 5-й Международный акушерско-гинекологическій Съездъ въ Петербургѣ, назначенный на сентябрь 1906 года и затѣмъ отложенный на 1906 г., снова, въ виду тажаго времени, переживаемаго страной, отсрочивается на годъ и будетъ созванъ на 29 августа—5 сентября 1907 г. Предсѣдателемъ организационнаго Комитета Съезда состоитъ проф. Д. О. Оттъ (Петербургъ, Васильевскій Островъ, Университетская линія, 3), а главнымъ секретаремъ—проф. П. Т. Садовскій (Петербургъ, Невскій пр., 90).

1426. На годовомъ Собораніи Русскаго хирургическаго Общества Пирогова въ составъ Прислѣи на будущій годъ избраны: предсѣдателемъ—ч. пр. Г. Ф. Цейдлеръ, товарищемъ его—проф. С. П. Федоровъ, казначеемъ—В. Н. Зененко, секретарями—П. И. Бужманъ и Н. Н. Петровъ и библиотечаремъ—А. Р. Войничъ-Смоленскій.

1427. Въ Лодзи возникаетъ Общество фабричныхъ врачей («Czasopismo lekarskie», іюнь).

1428. Какъ свидѣтельствуютъ «Протоколы Общества Донскихъ врачей за 1905 г.», названное Общество, удѣляя должное вниманіе специальнымъ вопросамъ, не оставалось равнодушнымъ и къ важнѣйшимъ событіямъ внутренней жизни Россіи за это время. Изъ 24-хъ заслушанныхъ на его общихъ засѣданіяхъ докладовъ 3 явились откликомъ именно на эти событія, каковы: 1) докладъ А. В. Трапезникова—«О смертной казни», 2) А. С. Мануйлова—«О предстоящихъ реформахъ на основаніи рескрипта 18-го февраля 1905 г. въ связи съ требованіями врачебной науки» и 3) Н. И. Иванова—«Критическій обзоръ выдающихся событій изъ исторіи русскаго общественнаго самосознанія». Въ отчетѣ секретаря Общества д-ра А. С. Мануйлова сгруппированы всѣ постановленія Общества по поводу наиболѣе выдающихся событій истекшаго года. Мы не будемъ перечислять ихъ здѣсь, такъ какъ о большинствѣ изъ нихъ уже сообщалось въ «Русскомъ Врачѣ» за минувшій годъ. Среди докладовъ по специальнымъ медицинскимъ вопросамъ бросается въ глаза преобладаніе посвященныхъ холерѣ (6 докладовъ) и цереброспинальному менингиту (4 доклада), что и вполне понятно для 1905 г., когда передъ врачами на очереди стоялъ вопросъ о борьбѣ съ эпидеміями этихъ заболѣваній. Помимо докладовъ, дѣятельность Общества выразилась въ организационныхъ по уходу за холерными больными и въ популярными чтеніяхъ его членовъ въ народной читальнѣ (докладъ д-ра Трапезникова—«О смертной казни» и д-ра Мануйлова—«О борьбѣ съ народнымъ вырожденіемъ» и «О защитѣ труда»). Перечень другихъ формъ проявленія дѣятельности Общества Донскихъ врачей въ отчетѣ его секретаря—выработка проекта женской акушерско-фельдшерской школы, планъ устройства дѣтской заразной больницы и пр., и пр. свидѣтельствуетъ и о кипучести вообще работы Общества, и объ его внимательномъ отношеніи въ частности къ мѣстнымъ нуждамъ.

1429. Намъ пишутъ, что 4-го іюня въ Севастополѣ состоялось годовое Собораніе Крымскаго Общества борьбы съ буберчаткой

(4-ое со времени основанія Общества). Приводимъ нѣкоторыя данныя, сообщенныя намъ, объ этомъ Обществѣ, главнымъ образомъ объ его матеріальныхъ средствахъ и дѣятельности открытаго лѣчебнаго пансіона. Общество существуетъ съ 1903 г. Сначала оно называлось «Севастопольскимъ», но съ прошлаго года, въ виду расширенія района его дѣятельности, было переименовано въ «Крымское». Въ 1-мъ же годѣ существованія Общества дѣла его пошли дов. успѣшно; было собрано 8524 р. членскихъ взносов и пожертвованій, и въ концѣ 1903 г. Общество приобрѣло у г. Повомарова на льготныхъ условіяхъ (за 50000 р. съ разсрочкой на 12 лѣтъ) имѣніе въ Лименной близъ Алупки. Въ май 1905 г. здѣсь былъ открытъ лѣчебный пансіонъ имени А. П. Чезова на 20 больныя. Однако въ 1904—1905 гг. дѣла Общества пошли хуже. Притокъ пожертвованій сильно сократился, уменьшились также и членскіе взносы. Въ 1904 г. въ кассу Общества поступило 6598 р., въ 1905 г. 5703 р. Уменьшеніе притока пожертвованій, нужно думать, вызвано не столько уменьшеніемъ интереса къ столь важному общественному дѣлу, какъ борьба съ бугорчаткой, сколько отвлеченіемъ интересовъ и средствъ сначала на японскую войну, а затѣмъ на наши внутреннія неурядицы. Тѣмъ не менѣе въ слѣдствіе этого обстоятельства Общество приходится переживать трудное время. Открытый въ прошломъ году Лименскій лѣчебный пансіонъ постоянно полонъ; но Общество, къ сожалѣнію, не можетъ въ настоящее время затрачивать на его содержаніе ни копейки изъ общихъ своихъ средствъ, ибо они необходимы на уплату 10% въ и на погашеніе долга по имѣнію и на крупныя работы: проведеніе воды, капитальный ремонтъ и пр. Поэтому явилась необходимость опредѣлить плату за лѣченіе больнымъ въ такомъ размѣрѣ, чтобы пансіонъ окупалъ свое содержаніе платой за лѣченіе. Пришлось повысить плату до 65 р. въ комнату въ общей комнатѣ (на 2—3-хъ больныя) и до 90 р. въ комнату отдѣльную. Нужно при этомъ замѣтить, что одно продовольствіе больнымъ обходится до 50 р. въ мѣсяцъ, не считая содержанія персонала, стоимости лѣкарствъ, стирки белья и пр. Съ 1-го мая 1905 г. по 1-ое января 1906 г. въ Лименскомъ лѣчебномъ пансіонѣ лѣчили 36 больныя: 19 мужчинъ и 17 женщинъ; 2/3 больныя были въ возрастѣ 20—30 л. 50% было учащихъ и учащихся. На 36 больныя у 76% получено улучшение, выраженное въ физическомъ улучшеніи состоянія легкихъ. Изъ остальныхъ больныя у 2-хъ состояніе здоровья осталось безъ перемѣны, 5 вышли съ явленіями дальнѣйшаго развитія болѣзни и 2-ое умерли. Всѣ больные поступали во 2-ой и 3-ей стадіи болѣзни.

1430. Въ Варшавѣ съ іюля началъ выходить новый журналъ — «*Kronika dentystyczna*».

1431. Врачу М. Т. Костенко разрѣшено издавать въ Харьковѣ подъ его редакціею еженедельную газету — «Харьковскіе Отклики» («Харьковскія Вѣдомости», 11 іюля).

1432. На состоявшемся 10-го іюля Ковровскомъ (Владимірской губ.) чрезвычайномъ уѣздномъ земскомъ Собораніи, между прочимъ, обсуждался докладъ Управы о *примѣненіи врачехирурга для Ковровской больницы и объ увеличеніи штата врачей при ней*. Собораніе постановило: 1) учредить при Ковровской земской больницѣ 3-ью должность, именно врача-хирурга; 2) разрѣшить Управѣ израсходовать на жалованье ему изъ имѣющихся остатковъ, въ виду отсутствія врачей въ нѣсколькихъ участкахъ, изъ расцѣта оклада въ 2400 р. въ годъ, считая въ томъ числѣ и квартирныхъ; 3) поручить Управѣ вопросъ объ окончательномъ установленіи доклада во вновь учреждаемой должности, а также и о распредѣленіи обязанностей между врачами Ковровской больницы, рассмотреть предварительно во врачебномъ Совѣтѣ и затѣмъ внести на окончательное рѣшеніе въ очередное Собораніе; 4) поручить Управѣ озаботиться сохраненіемъ, по возможности, подачи при этой больницѣ специальной помощи населенію при глазныхъ заболѣваніяхъ. Вопросъ о размѣрѣ содержанія врачу-хирургу былъ разрѣшенъ единогласно закрытой баллотировкой: шарами, и Управѣ поручено означенную сумму внести въ сѣтѣ на 1907 г. («Владимірская Еженедѣльная Газета», № 15).

1433. «Одесскій Листокъ» (15 іюля) передаетъ, что послѣ избранія попечительнымъ Совѣтомъ д-ра С. О. Самохотца главнымъ врачомъ городской больницы въ Николаевѣ «одинъ изъ старѣйшихъ врачей больницы д-ръ С. Н. Давидсонъ уже ушелъ, а за нимъ, вѣроятно, уйдетъ и еще кое-кто». — Было-бы интересно знать подробности.

1434. Агентскія телеграммы (отъ 19-го іюля) сообщаютъ изъ Замоска, Воронежской губ., о предстоящемъ закрытіи съ 16-го августа, за недостаткомъ средствъ 2-хъ *врачебныхъ пунктовъ*.

1435. Въ *Союзѣ фармацевтовъ*, какъ сообщаетъ «XX Вѣкъ» (21-го іюля), было произведено обыскъ. Задержанъ для выясненія личности случайно находившійся тамъ аптекарскій помощникъ М. И. Авдеевичъ.

1436. Какъ сообщаютъ агентскія телеграммы (отъ 19-го іюля), въ Ялтѣ въ 11 час. веч. 18-го въ аптеку Витторта въ центрѣ города явились 5 вооруженныхъ револьверами лицъ и, ограбивъ кассу и дежурнаго фармацевта, скрылись. Однако, организаторъ этого нападенія на аптеку равенъ и захваченъ затѣмъ въ Масардскомъ паркѣ полицейской облавой. Онъ сознался въ совершенномъ преступленіи и назвалъ себя Пацевичемъ, бѣжавшимъ съ каторги, къ которой онъ былъ присужденъ за рядъ убійствъ въ Минской губ.

1437. *Качеству ушныхъ болѣзней* въ Медицинской Академіи въ

Koeln'ѣ займать ч. пр. Leipzig'скаго Университета Н. Preising («Ежемесячникъ ушныхъ, горловыхъ и носовыхъ болѣзней», іюль).

1438. *Заподозрившимъ отпаденіемъ горловыхъ, носовыхъ и ушныхъ болѣзней* во вновь устроенной въ память R. Virchow'a городской больницѣ въ Berlin'ѣ избранъ проф. А. Hartmann («Ежемесячникъ ушныхъ, горловыхъ и носовыхъ болѣзней», іюль).

1439. «Ежемесячникъ ушныхъ, горловыхъ и носовыхъ болѣзней» (іюль) обращаетъ вниманіе отечественныхъ отиатровъ на «Сборникъ научныхъ трудовъ по отиатріи», выпущенный товарищами, друзьями и учениками проф. August'a Lucas'a въ честь 70-лѣтія со дня его рожденія. Содержаніе «Сборника» слѣдующее: 1) Проф. Schwartz (Halle). Задачи практическаго врача при лѣченіи страдающихъ ушами; 2) Проф. А. Politzer (Вѣна). Bartolomeo Eustachio. Биографія; 3) А. Knapp (New-York). Report of a Case of Parotitis in an Adult; 4) E. T. Friedrich (Kiel). Къ вопросу объ экспертизѣ отиатровъ при несчастныхъ случаяхъ; 5) D. Schwalach (Berlin). Нѣкоторыя данныя къ патологической анатоміи внутренняго уха и къ вопросу о первичномъ мозговомъ нарывѣ; 6) A. Thost (Hamburg). Хроническій катарръ Eustachii'овыхъ трубъ и его лѣченіе; 7) O. Koerner (Rostock). Обладаютъ-ли рыбы слухомъ?; 8) E. Bloch (Freiburg). Къ наркосу скопомалиномъ въ ото-хирургіи; 9) L. Kals (Berlin). О значеніи и техникѣ микроскопическаго изслѣдованія внутренняго уха; 10) Проф. Passow (Berlin). Пластика при коренной операціи; 11) R. Panse (Dresden). Клиническіе способы изслѣдованія чувства равновѣсія; 12) R. Haug (München). Naevus cutaneus наружнаго слухового прохода и барабанной перепонки; 13) H. Dennert (Berlin). Къ вопросу объ отравленіяхъ отдѣльныхъ частей внутренняго уха; 14) A. Barth (Leipzig). О показаніяхъ къ хирургическому вѣщательству при тяжелыхъ заболѣваніяхъ уха; 15) J. Habermann (Graz). Объ измѣненіяхъ органа слуха при ампепсепалии; 16) V. Hinsberg (Breslau). Къ распознаванію исходящаго отъ уха общаго гнилокровія; 17) P. Manasse (Strassburg). О геморрагическомъ менингитѣ послѣ гнойнаго заболѣванія средняго уха; 18) O. Brieger (Breslau). Клиническія данныя о бугорчаткѣ средняго уха; 19) E. Berthold (Königsberg). Случай сирингомалии послѣ траумы; средній отитъ; быстрое образованіе холестеатомы; коренная операція; 20) W. Kummel (Heidelberg). Случай сывороточнаго менингита съ нарывомъ въ мозжечкѣ при обостреніи хроническаго отита; 21) F. Kretschmann (Magdeburg). О звукахъ въ плотной и жидкой средѣ; 22) B. Heine (Berlin). Къ распознаванію нагноеній подъ твердой мозговой оболочкой; 23) F. Grossman (Berlin). О воспаленіи средняго уха у диабетиковъ; 24) H. Sessions (Berlin). Измѣненіе глазного дна при осложненіяхъ внутримозговыхъ ушныхъ заболѣваній.

1440. Съ 1-го октября текущаго года будетъ выходить въ свѣтъ подъ редакціей Th. S. Flatau, K. Gast'a и A. Gasinde ежемѣсячный журналъ «Die Stimme», поставившій себѣ цѣлю служить «центральнымъ органомъ для изученія голоса и тона, способа преподаванія пѣнія и гігіены голоса» («Ежемесячникъ ушныхъ, горловыхъ и носовыхъ болѣзней», іюль).

1441. Умерли: 1) 12-го іюля, внезапно, во время пріема больныя въ Адриановскомъ пріемномъ покоѣ Забайкальской жел. дороги. Александръ Андреевичъ Кежелевко, родившійся въ 1856 г., а званіе врача получившій въ Киевѣ въ 1882 г. Покойный по окончаніи курса лѣтъ 10 служилъ въ Таврическомъ Земствѣ, затѣмъ въ Саратовскомъ и во время русско-японской войны заведывалъ въ Иркутскѣ лазаретомъ Краснаго Креста имени А. Т. Бекеля. На Забайкальскую жел. дорогу участковымъ врачомъ онъ поступилъ въ 1905 г. *Послѣ покойнаго осталась жена и 4 дѣтей безъ всякихъ средствъ*. (Сообщено И. Г. Лотоцкимъ). — 2) 14-го іюля, въ Казани, внезапно, земскій врачъ Балахнинскаго уѣзда, Нижегородской губ., Христофоръ Александровичъ Юриковъ, родившійся въ 1858 г., а званіе врача получившій (въ Казани) въ 1882 г. Покойный одно время состоялъ на военной службѣ, но уже въ 1883 г. перешелъ въ Земство и до 1885 г. состоялъ сверхштатнымъ ординаторомъ въ Нижегородской губернской земской больницѣ, а затѣмъ все время участковымъ врачомъ въ Балаханскомъ уѣздѣ (Сообщено И. Г. Родзевичемъ). — 3) 18-го іюля, въ Пятигорскѣ, скоропостижно, отъ кровоизліянія въ мозгъ ординарный профессоръ Одесскаго Университета Александръ Васильевичъ Богдановъ («XX Вѣкъ», 20 іюля), родившійся въ 1854 г., а званіе врача получившій въ 1881 г. — 4) Убитъ на крейсере «Память Азова» возставшей командой младшій врачъ крейсера Евгеній Карловичъ Соколовскій, родившійся въ 1875 г., а званіе врача получившій въ 1900 г.

Всѣ рукописи, предназначенныя для печати (усердная просьба — писать четко, на одной сторонѣ листа, оставляя поля и придерживаясь принятой въ газетѣ транскрипціи фамилій иностранныхъ авторовъ), просить, впредь до особаго о томъ заявленія, адресовать исключительно на имя д-ра С. В. Владиславлева (Петербургъ, Иванова ул., 2). Ред.

4) Если-бы кто изъ товарищей пожелалъ придти на помощь оирганизателю семѣ покойнаго матеріальной поддержкой, мы охотно примемъ на себя ея передачу. Ред.

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

## ЕЖЕНЕДЕЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Нѣмецкіе.

Münchener medicinische Wochenschrift, 1906 г., № 2.

1. Schmieden. Ueber das erschwerte Decanulment. Описание инструментовъ, облегчающихъ вынимание канюль послѣ горло-сечения.
2. Renner. Ueber Biersche Stauungshyperämie bei Augenkrankheiten. Примѣненіе вѣстойной гипереміи при лѣченіи глазныхъ болѣзней.
3. Siegel. Weitere Untersuchungen über die Aetiology der Syphilis. Сообщеніе морфологическихъ особенностей и упрощеніе способа окраски возбудителя сифилиса.
4. Pirquet und Schick. Ueberempfindlichkeit und beschleunigte Reaktion.
5. Müller und Graf. Nachweis von Typhusbakterien in eingesandten Blutproben. Описание способа находенія тифозныхъ палочекъ въ крови.
6. Stadler. Ueber Beeinflussung von Blutkrankheiten durch das Erysipel. О вліяніи рожи на теченіе болѣзней крови.
7. Sahn. Ueber die diagnostische Verwertung der Röntgenstrahlen und den Gebrauch der Quecksilbersonde bei Speiseröhrenkrankungen. Распознавательное значеніе х-лучей и примѣненіе ртутнаго зонда при болѣзняхъ пищевода.
8. Lotheissen. Zur Behandlung des Speiseröhren-Divertikels. Къ лѣченію дивертикуловъ пищевода.
9. Heine. Weitere Erfahrungen mit der Zykloidalysie auf Grund von 56 Operationen. 56 операций циклоидализа при глаукомѣ.
10. Schumann. Zur Methodik der Plattfussdiagnostik. О распознаваніи pes planus.
11. Saradeth. Zur Verhütung des Puerperalfiebers. Краткая замѣтка.
12. Finkelstein. Ein Urinfänger für Kinder. Полемическая замѣтка.

№ 3. 1. Voelcker und Lichtenberg. Pyelographie (Röntgenographie des Nierenbeckens nach Kollargolfüllung). 2. Miller. Hühnschienen. О косоглазій вверху. 3. Ehret. Zur Diagnostik der Cholelithiasis. 4. Grassmann. Einige Erfahrungen über Digalen. Благопріятный отзывъ о дигаленѣ. 5. Rieder. Röntgenuntersuchungen des Magens und Darmes. Исслѣдованіе желудка и кишекъ х-лучами. 6. Schrecker. Ueber die Behandlung der suprakondylären Fraktur des Humerus und Femur mit Bardenheuer'scher Extension. Лѣченіе переломовъ плеча и бедра вытяженіемъ по Bardenheuer'y. 7. Labhardt. Ueber Clavin. 8. Morian. Ueber die Douglas'sierungen. 9. Nieny. Zur Mobilisierungsmethode der Skoliosen nach Klapp. О способѣ лѣченія сколиозовъ по Klapp'y. 10. Aderholdt. Ein seltener Fall von angeborener Ankylose der Fingergelenke. Описание рѣдкаго случая врожденнаго сращения суставовъ пальцевъ руки. 11. Ritter. Zur Entstehung der Neubildungen. 12. Colmers. Vier Wochen in der Front der russischen Armee. Впечатлѣнія автора изъ русско-японской войны.

№ 4. 1. Lanz. Appendikostomie. Описание операціи аппендицита въ два приема и о лѣченіи аппендицита вообще. 2. Graser. Bemerkungen zur Therapie der akuten Perityphlitis. Авторъ сторонникъ ранней операціи. 3. Gunkel. Zur Frühoperation bei Erythrophylitis. Авторъ оперируетъ по возможности во всѣхъ случаяхъ въ теченіи первыхъ 48 часовъ. 4. Wilms. Die beim postoperativen Ictus wirkenden mechanischen Momente. Непроходимость послѣ операціи обуславливается не однимъ лишь параличомъ какой-либо части кишечника, а присоединяющимся ваги-бомъ или поворотомъ вокругъ оси парализованной части. 5. Schridde. Studien über die farblosen Zellen des menschlichen Blutes. (См. рефератъ). 6. Schmidt. Ueber einen protozoenähnlichen Mikroorganismus im malignen Tumoren und durch desenerzeugte transplantierbare Geschwulstformen beim Tiere. 7. Delkeskamp. Ueber Volvulus der Flexura sigmoidea bei Hirschsprung'scher Krankheit. Описание случая. 8. Hoepfl. Fall von subkutaner Darmzerreissung mit operativer Heilung. Описание случая. 9. Stadler. Ein Fall von akuter, nicht eitriger Thyreoiditis. Описание случая. 10. Sehlbach. Ein Beitrag zur Pathogenese des akuten Gelenkrheumatismus. Описание домової эпидеміи остраго сочленовнаго реиматизма. 11. Rethi. Bemerkung zu Herrn Dr. Sondermann's Publikation: «Eine neue Methode zur Diagnostik und Therapie der Nasenerkrankungen». Полемическая замѣтка. 12. Bollinger. Hans Schmaus. Некрологъ. 13. Daser. Sir John Scott Burdon Sanderson. Некрологъ. 14. Colmers. Vier Wochen in der Front der russischen Armee. (Продолженіе).

№ 5. 1. Liebl. Ueber Lokalanästhesie mit Novokain Supra-remia. Novokain въ сочетаніи съ супрарениномъ прекрасное мѣстное обезболивющее средство. 2. v. Steinbuechel. Intraperitoneale Ligamentverkürzung nach Menge. Укороченіе круглыхъ связокъ по Menge цѣлесообразная операція. 3. Rosenberger. Ueber die Harnsäure- und Xanthinbasenausscheidung während der Behandlung zweier Leukämiker und eines Falles von Pseudoleukämie mit Röntgenstrahlen. 4. Levy. Quantitative Zuckerbestimmung im Harn. Kontrollversuche mit dem Riegler'schen Kaliumpermanganatverfahren, der Pavyschen Methode und

dem Polarisationsapparat. Способъ Pavу даетъ хорошіе результаты, способъ Riegler'a сложнѣе и результаты его не точны. 5. Moro. Kuhmilchpräzipitin im Blute eines 4½ Monate alten Atrophikers. Сыворотка крови ребенка содержитъ преципитинъ противъ коровьяго молока. 6. Loeb. Ein Fall von Magen-Lungen-Fistel. Описание случая. 7. Daxenberger. Ein Fall von Pneumokokken-Peritonitis mit Heilung. Описание случая. 8. Wolff. Die Endotoxinlehre. Полемическая замѣтка. 9. Löwenstein. Ueber Empfindlichkeit und beschleunigte Reaktion. Полемическая замѣтка. 10. v. Pirquet und Schick. Antwort auf obige Bemerkungen. Полемическая замѣтка. 11. Conrad. Notiz zu meinem Aufsatz: «Typhusbacillus und Bacillus faecalis alcaligenes». Полемическая замѣтка. 12. Meyer. Adolf v. Baeyer. Биографическій очеркъ. 13. Koeper. Säuglingsmortalität u. Auslese im Darwinischen Sinne. Статистическая замѣтка. 14. Colmers. Vier Wochen in der Front der russischen Armee. (Продолженіе).

Wiener klinische Wochenschrift, 1906 г., 4 января.

1. Проф. Wagner v. Jauregg. Einiges über erbliche Belastung. О наследственномъ расположеніи къ психозамъ.
2. Доц. J. Halban. Ueber ein bisher nicht beachtetes Schwangerschaftssymptom (Hypertrichosis graviditatis) Неописанный до сихъ поръ симптомъ беременности.
3. Доц. Egon von Braun-Fernwald. Ein seltener Fall von Uterustuberkulose.
4. H. Hinterstoisser. Zur Therapie der angeborenen Blasenaplatie.

11 января. 1. J. Bartel und F. Spieler. Der Gang der natürlichen Tuberkuloseinfektion beim jungen Meerschweinchen. Ходъ естественнаго зараженія бугорчаткою у молодыхъ морскихъ свинокъ. 2. S. Bondi und O. Schwarz. Ueber die Einwirkung von freiem Jod auf Azetessigsäure und deren Nachweis im Harn. 3. E. Bernd. Die Verwendung einer «entlasteten Membran» zur Sphygmographie und Tonographie. 4. E. Hoke. Weitere Untersuchungen über aggressive Eigenschaften von Körperflüssigkeiten bei der Diplokokkeninfektion. 5. A. Kühnel. Zur medikamentösen Behandlung des Fiebers bei Lungentuberkulose. Лѣкарственное лѣченіе лихорадки при легочной чахоткѣ.

18 января. 1. A. Schüller. Experimentelle Pyramidendurchschneidung beim Hunde und Affen. Опыты перерѣзки пирамиды у собакъ и обезьянъ. 2. R. Stegmann. Zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Röntgenstrahlen. 3. R. Gersuny. Gegen die Exzitation in der Narkose. 4. J. Gobiet. Gleichzeitige extrauterine und intrauterine Gravidität. 5. E. Deutsch. Bemerkungen zur internen Behandlung der Gonorrhoe.

25 января. 1. Проф. Neumann. Ein Fall geheilter Lepra maculotuberosa. Случай излѣченія. 2. E. Ranzi. Ueber die Behandlung akuter Eiterungen mit Stauungshyperämie. О лѣченіи острыхъ нагноеній вѣстойною гипереміею. 3. O. E. Schulz. Zur Kasuistik des Fersenbruchs. Къ казуистикѣ перелома пяточной кости. 4. K. Zikmund. Ein weiterer Beitrag zur Kasuistik der Coitusverletzungen.

1 февраля. 1. H. Eppinger. Beitrag zur Lehre von der Säurevergiftung. Къ ученію объ отравленіи кислотами. 2. Проф. E. Ludwig, Th. Panzer und E. Zdzarek. Ueber die Vöslauer Therme. 3. H. Freund. Die gütrige Hornhauttrübung. Рѣшетчатое помутненіе роговицы. 4. H. Beer. Zur Aetiology des Puerperalfiebers.

8 февраля. 1. E. Petry. Ueber die Einwirkung des Labferments auf Kasein. О дѣйствіи сычужнаго бродила на сыръ. 2. P. Profanter. Vorläufige Mitteilung über eine neue Methode bimanueller gynäkologischer Untersuchung. 3. V. Mucha und G. Scherber. Ueber den Nachweis der Spirochaete pallida im syphilitischen Gewebe. 4. L. Hofbauer. Zur Pathogenese der Lungentuberkulose. 5. J. Szaboky. Die osmotische Konzentration von Gleichenberger Mineralwässern.

15 февраля. 1. J. Bartel und W. Neumann. Ueber experimentelle Inhalationstuberkulose beim Meerschweinchen. (He окончена). 2. O. Kren. Zur Kenntniss der Acne cachecticorum (Hebra). 3. J. Sörgo und E. Suess. Ueber Endokarditis bei Tuberkulose. 4. L. Herzl. Ueber das Halbansche Schwangerschaftssymptom (Hypertrichosis graviditatis).

22 февраля. 1. Проф. K. Kreibich. Zur ätiologischen Therapie der Syphilis (Kraus-Spitzer). Spirochätenbefunde. 2. A. Frommer. Ueber die Biersche Stauung mit besonderer Berücksichtigung der postoperativen Behandlung und der Altersgangrā. 3. Проф. M. Benedikt. Ist die Blastenlehre Rokitsky's berechtigt oder nicht? 4. J. Bartel und W. Neumann. Окончаніе статьи о зараженіи морскихъ свинокъ бугорчаткою черезъ дыханіе.

1 марта. 1. Проф. O. Bail und E. Weil. Kurze Mitteilung betreffend die Aggressivität der Staphylokokken. 2. E. Stahr. Ueber den Blutbefund bei der Bierschen Stauungstherapie. Имѣненія крови при лѣченіи по Bier'y. 3. S. Dorf. Kasuistischer Beitrag zur Kenntniss der Geburtsverletzungen des Neugeborenen. 4. Riedl. Zur Starrkrampfserumbehandlung. О сывороточномъ лѣченіи столбняка. 5. K. Knotz. Ein Fall von Doppelbildung des weiblichen Genitales.



# СХІХ. Объ отличительномъ распознаваніи крови человека отъ крови животныхъ по формѣ кристалловъ метгемоглобина и жировыхъ кристалловъ при судебно-медицинскихъ изслѣдованіяхъ.

Проф. А. В. Григорьева.

Способность гемоглобина крови къ кристаллизациі впервые была открыта *Reichert*’омъ <sup>1)</sup> въ 1849 г. и вскорѣ послѣ того была подтверждена цѣлымъ рядомъ изслѣдователей [*Kölliker* <sup>2)</sup>, *Funke* <sup>3)</sup>, *Lehmann* <sup>4)</sup>, *Kunde* <sup>5)</sup> и др.]. *Bojanowski* <sup>6)</sup> указалъ на то, что каждому животному, а также человеку свойственна опредѣленная форма кристалловъ гемоглобина, такъ что на основаніи формы ихъ является возможнымъ устанавливать видъ животного. Въ подтвержденіе своего мнѣнія онъ представилъ въ своей работѣ рядъ рисунковъ кристалловъ гемоглобина, приготовленныхъ имъ изъ крови человека и нѣкоторыхъ животныхъ. Наблюденія эти были расширены *Preyer*’омъ <sup>7)</sup> въ томъ смыслѣ, что нѣсколько подробнѣе были разработаны способы полученія кристалловъ гемоглобина какъ изъ большихъ, такъ и изъ сравнительно малыхъ количествъ свѣжей крови и затѣмъ болѣе точнымъ образомъ установлены самая форма и химическая натура кристалловъ.

Давняя эти, добытая физиологами, много лѣтъ спустя послужили основаніемъ для новаго ряда работъ, задачей которыхъ было найти способъ, пригодный для полученія кристалловъ гемоглобина изъ сухихъ кровяныхъ пятенъ, съ цѣлью отличительнаго распознаванія крови человека отъ крови животныхъ въ судебно-медицинскихъ случаяхъ. Старапія эти, однако, и до сего времени не увѣнчались успѣхомъ. Причина неуспѣха, по всему вѣроятію, кроется въ недостаточномъ еще полномъ ознакомленіи съ тѣми условіями, которыя могутъ благоприятствующимъ или задерживающимъ образомъ вліять на кристаллизацию гемоглобина или его производныхъ изъ сухой крови.

Если просмотрѣть въ разное время сообщенныя изслѣдованія по вопросу о способахъ полученія кристалловъ гемоглобина изъ сухихъ кровяныхъ пятенъ, то окажется, что всѣ авторы пользуются для этого одною и тою-же методикою, предложенною *Misuraca* <sup>8)</sup>, который первый началъ заниматься этимъ предметомъ, и всѣ различія въ способахъ касаются главнымъ образомъ примѣненія той или иной специальной обработки сухой крови, особенно благоприятствующей, по мнѣнію отдѣльныхъ авторовъ, кристаллизациі ея. *Misuraca* поступалъ слѣдующимъ образомъ.

Частица сухой крови раздроблялась на предметномъ стеклѣ въ мелкій порошокъ, растворялась въ каплѣ перегнанной воды съ примѣсью амміака или раствора поваренной соли; капля полученнаго раствора крови подвергалась медленному испаренію на предметномъ стеклѣ и, какъ только по периферіи начиналось замѣтное высыхание, покрывалась стеклышкомъ, а края послѣдняго кругомъ замазывались канадскимъ бальзамомъ. Появленіе кристалловъ наблюдалось или тотчасъ или въ продолженіе сутокъ на периферіи препарата.

Съ цѣлью содѣйствія кристаллизациі крови, *Monctan-Copeman* <sup>9)</sup> для обработки крови предлагалъ употреблять вѣрнь или же гнѣзную сывортку.

*Дворниченко* <sup>10)</sup>, убѣдившись въ непригодности этихъ способовъ, а также въ неудовлетворительности предложенныхъ другими авторами для свѣжей крови способовъ обработки ея пирогалловой кислотой [*Wedl* <sup>11)</sup>], амиловымъ спиртомъ [*Лавдовскій* и *Овсянниковъ* <sup>12)</sup>], желчью [*Kühne* <sup>13)</sup>] канадскимъ бальзамомъ [*Stein* <sup>14)</sup>], вступилъ на совершенно новый путь въ этомъ дѣлѣ. Опираясь на наблюденія *Parkes*’а <sup>15)</sup>, *A. Schmidt*’а <sup>16)</sup>, *Böttcher*’а <sup>17)</sup>, *Klebs*’а <sup>18)</sup>, *Gscheidlen*’а <sup>19)</sup>, *Hüfner*’а <sup>20)</sup> и *Jacquet*’а <sup>21)</sup>, кто загниваніе крови не только не мѣшаетъ, но даже способствуетъ ея кристаллизациі, онъ предложилъ полученіемъ изъ сухого кровяного пятна, по возможности, крѣпкій растворъ крови въ водѣ сначала подвергать гниванію въ теченіи 3—5 сутокъ и болѣе при комнатной температурѣ, а затѣмъ производить пробу, какъ обыкновенно, съ взятою изъ раствора каплею крови путемъ медленнаго испаренія ея на предметномъ стеклѣ. По наблюденіямъ *Дворниченко*, образованіе кристалловъ происходитъ спустя различные сроки времени: для легкаго кристал-

ской свинки, бѣлки, лошади) — черезъ нѣсколько уже минутъ, а для болѣе трудно кристаллизующихся — по прошествіи 1—2 сутокъ, а иногда и цѣлой недѣли. Послѣ появленія первыхъ кристалловъ въ препаратѣ покровное стеклышко кругомъ обводится канадскимъ бальзамомъ, раствореннымъ въ вѣрнѣ. *Дворниченко* удавалось получать кристаллы гемоглобина изъ пятенъ человеческой крови 3-мѣсячной давности, а изъ пятенъ собачьей и кошачьей крови — спустя  $\frac{1}{2}$  года. По отношенію къ формѣ кристалловъ онъ установилъ, что какъ часто они ни многообразны для крови одного и того-же животного и человека, тѣмъ не менѣе существуетъ одна форма кристалловъ, въ которой имѣетъ способность кристаллизоваться гемоглобинъ только человеческой крови. Эти кристаллы представляются въ видѣ прямоугольныхъ 4-стороннихъ пластинокъ, длина которыхъ превышаетъ ширину не болѣе, какъ въ 2—3 раза. Единственное исключеніе представляютъ кристаллы гемоглобина кроличьей крови, которые являются также въ видѣ прямоугольныхъ 4-стороннихъ таблечекъ; однако, они могутъ быть распознаны отъ кристалловъ человеческой крови, благодаря меньшей ихъ величинѣ и меньшей ширинѣ; кромѣ того, появляющіеся рядомъ съ таблечками въ крови человека и кролика призматическіе кристаллы непохожи другъ на друга. Авторъ признаетъ оной способъ легкимъ, точнымъ и удобопримѣнимымъ при всякаго рода судебно-медицинскихъ изслѣдованіяхъ для отличительнаго распознаванія крови человека отъ крови животныхъ. На приложенныхъ къ его работѣ рисункахъ изображены какъ кристаллы человека, такъ и кристаллы различныхъ животныхъ, съ которыми чаще всего приходится имѣть дѣло въ судебно-медицинской практикѣ.

Съ изслѣдованіями *Дворниченко* нѣсколько разошелся *Бокариусъ* <sup>22)</sup>, работавшій въ томъ-же судебно-медицинскомъ кабинетѣ Харьковскаго Университета, что и *Дворниченко*. Подтвердивъ въ главныхъ частяхъ изслѣдованія послѣдняго и дополнивъ ихъ нѣкоторыми новыми указаніями, онъ пришелъ къ заключенію, что все-таки проба на кристаллы гемоглобина въ такомъ видѣ, въ какомъ она разработана въ настоящее время, не можетъ быть съ успѣхомъ примѣняема въ судебно-медицинской практикѣ вольдствие непостоянства результатовъ, даваемыхъ ею, необходимости имѣть въ распоряженіи значительныя количества крови для ея выполненія и далѣе, главное, вслѣдствіе недостаточной изученности самой формы кристалловъ гемоглобина, получаемыхъ изъ различныхъ видовъ крови. Между прочимъ, *Бокариусъ* обратилъ вниманіе на то, что только въ извѣстныхъ начальныхъ стадіяхъ гніеніе крови благоприятствуетъ кристаллизациі ея; при дальнѣйшемъ-же теченіи гниlostнаго процесса, напротивъ того, кристаллизациа крови задерживается и совсѣмъ приостанавливается. Поэтому онъ совѣтуетъ спустя 2—3-е сутокъ ежедневно готовить изъ растворовъ крови препараты на кристаллы гемоглобина въ тѣхъ цѣляхъ, дабы не пропустить наиболѣе благоприятнаго для нихъ времени образованія.

Вопросу о способахъ полученія кристалловъ гемоглобина и формѣ ихъ были посвящены еще работы *Moser*’а <sup>23)</sup> и *Friboes*’а <sup>24)</sup>. Изслѣдованія *Moser*’а относятся къ свѣжей крови или крови, подвергавшейся гніенію въ теченіи опредѣленнаго времени. *Moser* пробовалъ добывать кристаллы изъ сухихъ кровяныхъ пятенъ, но безуспѣшно; положительные результаты въ его опытахъ получались лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда кровяныя пятна на полотнѣ все время сохранялись во влажномъ состояніи. *Friboes* производилъ опыты только со свѣжею кровью. Способъ полученія кристалловъ, предложенный *Moser*’омъ и употреблявшійся также *Friboes*’омъ, заключался въ слѣдующемъ.

Подвергаютъ нѣкоторое количество крови испаренію на предметномъ стеклѣ, не доводя, однако, ее до полного высыхания, и прибавляютъ сюда немного воды; послѣ размѣшиванія жидкость процѣживаютъ черезъ полотно или сначала испытываютъ ею кусочки послѣдняго, а затѣмъ выжимаютъ изъ него каплю раствора на новое предметное стекло, съ цѣлью удаленія фибрина, препятствующаго образованію кристалловъ; въ заключеніе каплю эту, послѣ того какъ она подсохнетъ по периферіи, покрываютъ покровнымъ стекломъ и края послѣдняго, для достиженія болѣе медленнаго испаренія, обводятъ воскомъ, шеллакомъ или канадскимъ бальзамомъ.

*Moser* и *Friboes* пришли к тѣмъ согласнымъ выводамъ, что по формѣ кристалловъ гемоглобина вполне возможно распознать кровь человѣка отъ крови животныхъ, ибо каждому виду животныхъ, а также человѣку свойственна своя особая форма кристалловъ. При этомъ *Moser* нашелъ, что наилучшіе результаты даетъ жидкая кровь, сохраняемая въ открытомъ сосудѣ до 2-хъ недѣль. Напротивъ, *Friboes* заявляетъ, что на безупречные результаты можно рассчитывать лишь тогда, когда подлежащая изслѣдованію кровь относительно свѣжа, не подверглась разложению или случайному сильному загрязненію и когда она имѣется въ количествѣ, достаточномъ для производства изслѣдованія. Къ работамъ обоихъ авторовъ приложены таблицы рисунковъ полученныхъ ими кристалловъ.

Съ своей стороны, я потратилъ не мало труда на попытки получить кристаллы гемоглобина изъ сухихъ кровяныхъ пятенъ давностью въ 1—2 мѣсяца по одному какому-либо изъ упомянутыхъ выше способовъ, но не достигъ желаннаго результата: ни разу на моихъ препаратахъ не обнаруживались кристаллы со всѣми тѣми признаками, которые присущи кристалламъ оксигемоглобина или восстановленнаго гемоглобина, т. е. чтобы на раду съ известными спектральными свойствами они обладали ясно выраженнымъ яркочернымъ, желтоватокраснымъ или фиолетовокраснымъ цвѣтомъ, какъ это наблюдалъ *Дворниченко*. Въмѣсто этого, я неоднократно находилъ на препаратахъ другого рода кристаллы, которые относились либо къ кристалламъ метгемоглобина, либо къ жировымъ. Убѣдившись, однако, въ томъ, что ни однимъ изъ предложенныхъ до сихъ поръ способовъ не обеспечивается постоянство результатовъ и въ этомъ послѣднемъ отношеніи, я занялся болѣе подробно изученіемъ условий, благоприятствующихъ такъ или иначе образованію кристалловъ указанной выше натуры въ растворахъ изъ старыхъ сухихъ кровяныхъ пятенъ, съ цѣлью воспользоваться ими для отличія крови человѣка отъ крови животныхъ.

Послѣ долгихъ изысканій въ различнаго рода направленіяхъ я выработалъ въ концѣ концовъ очень простые способы полученія, съ одной стороны, кристалловъ метгемоглобина изъ нѣкоторыхъ видовъ сухой крови, а, съ другой, — жировыхъ кристалловъ изъ всѣхъ видовъ сухой крови, пригодныхъ для распознавательныхъ цѣлей при судебно-медицинскихъ изслѣдованіяхъ. Для общего рода способовъ я примѣняю обработку кровяныхъ пятенъ алкоголемъ (отъ *Kalhsbaum'a*) въ разведеніи водою 1 : 5, съ тою лишь разницею, что во 2-мъ случаѣ къ разбавленному водою безводному алкоголю я прибавляю еще углекислый натрій или, рѣже, калий въ количествѣ 0,1%.

Изслѣдованіе производится слѣдующимъ образомъ. Изъ ткани, покрытой пятнами, вырѣзываютъ небольшіе кусочки, помѣщаютъ ихъ въ небольшія баночки съ притертыми пробками и приливаютъ сюда 20—30 капель одного изъ указанныхъ выше реактивовъ. Кусочки оставляютъ въ баночкахъ, закрытыхъ пробками, въ теченіи 1—3-хъ сутокъ, изрѣдка помѣшивая въ нихъ жидкость. Такимъ же точно образомъ обрабатываются вырѣзанные изъ дерева съ пятнами кусочки или крупинки вещества, скобленные съ какого-либо предмета. Въ случаяхъ присутствія частичекъ засохшей крови въ изслѣдуемомъ объектѣ, жидкости въ баночкахъ скоро окрашиваются въ болѣе или менѣе рѣзкій буроватый цвѣтъ. Особенно полное извлеченіе красящаго вещества крови происходитъ въ подщелоченномъ алкоголѣ. Такъ, изъ имѣвшихся въ моемъ распоряженіи пятенъ крови въ различныхъ предметахъ отъ человѣка и животныхъ 8-лѣтней давности всегда получались растворы, окрашенные въ болѣе или менѣе сильно выраженный бурокрасный цвѣтъ, смотря, конечно, по той или другой величинѣ взятыхъ кусочковъ ткани или крупинокъ кровяного вещества. Въ растворѣ одного алкоголя, имѣвшего едва замѣтную кислую реакцію, извлеченіе красящаго вещества крови изъ пятенъ многолѣтней давности совершалось во многихъ случаяхъ въ очень слабой степени; только, если пятна на различныхъ объектахъ были давностью не болѣе года, гемоглобинъ извлекался изъ нихъ болѣе удовлетворительно.

Послѣ достаточнаго наставанія, жидкости процѣжи-

ваютъ въ стеклянной вороночкѣ съ отрѣзаннымъ у самаго основанія ея носикомъ черезъ небольшой комочекъ гигроскопической ваты въ подставленную снизу часовыя стекла, съ цѣлью удаленія частичекъ свернувшегося фибрина и другихъ постороннихъ тѣлъ. Затѣмъ кровяные настои подвергаютъ медленному испаренію при комнатной температурѣ, для чего часовыя стекла съ ними, снабженные предварительно этикетками съ обозначеніемъ происхожденія крови на каждомъ изъ нихъ, устанавливаютъ, для защиты отъ пыли, подъ навѣсомъ продувального во многихъ мѣстахъ листа картона. Смотря по температурѣ комнатнаго воздуха, количеству и крѣпости взятыхъ жидкостей, полное испареніе ихъ совершается въ различные сроки времени, обыкновенно между  $\frac{1}{2}$ —2-мя сутками.

Вслѣдъ затѣмъ приступаютъ къ приготовленію микроскопическихъ препаратовъ. Для этого на оставшіеся на часовыхъ стеклахъ сухіе налеты наливаютъ по 2—4 капли алкоголя въ разведеніи 1 : 5 или такой-же крѣпости алкоголя, подщелоченнаго содой (0,1%), въ зависимости отъ того, въ какомъ изъ названныхъ 2-хъ реактивовъ ранѣе настаивались кусочки ткани или крупинки вещества изъ пятенъ крови. Послѣ тщательнаго растирания налета и полнаго растворенія его въ прилитомъ спиртѣ изъ образовавшагося раствора, принимающаго въ случаѣ наличности частичекъ крови въ изслѣдуемомъ объектѣ болѣе или менѣе насыщенную буроватокрасную окраску, при помощи той-же стеклянной палочки, которая служила для растирания, берутъ по 1 каплѣ и наносятъ на предметныя стекла. Капли даютъ подсохнуть настолько, чтобы по окружности ея получилось болѣе или менѣе широкое кольцо засохшаго вещества бурокраснаго цвѣта, большая-же часть капли оставалась жидкой. Во избѣжаніе загрязненія пылью, операцію эту можно производить также подъ навѣсомъ изъ листа картона. Какъ только наступитъ указанный выше моментъ, каплю накрываютъ сверху покровнымъ стеклышкомъ, при чемъ полезнымъ оказывается передъ этимъ нѣсколько разъ повертѣть предметное стекло съ каплей вокругъ оси, съ цѣлью смачиванія прилегающаго къ слою жидкости сухого кольца и лучшаго послѣдующаго растворенія его подъ покровнымъ стеклышкомъ.

Удачнымъ можно признать приготовленіе препарата тогда, когда до прошествія нѣкотораго времени слой жидкости совершенно покроеется покровнымъ стекломъ, она не выступитъ при этомъ изъ-подъ краевъ послѣдняго и сухое кольцо настолько разойдется и постепенно растворится, что отъ него останется лишь небольшой слѣдъ въ видѣ тонкаго красноватобуроватаго ободка въ серединѣ препарата. Приготовленные такимъ образомъ препараты, для болѣе медленнаго испаренія слоя жидкости, заключенной подъ покровнымъ стеклышкомъ, въ теченіи всего послѣдующаго времени до заделки ихъ парафиномъ сохраняются въ самомъ прохладномъ мѣстѣ комнаты, напр., на подоконникѣ, если возможно, на мраморной доскѣ или на другой подкладкѣ, хорошо проводящей холодъ. Въ жаркое время года, когда жидкость изъ-подъ стекла испаряется очень скоро, лучше всего въ теченіи первыхъ 2—3 дней сохранять препараты въ комнатномъ ледникѣ, если таковой имѣется подъ руками.

Только-что описанный способъ примѣняется мною постоянно при обработкѣ кусочковъ тканей и крупинокъ изъ пятенъ алкоголемъ, подщелоченнымъ содой, для полученія жировыхъ кристалловъ. Способъ этотъ годится также и для полученія кристалловъ метгемоглобина изъ кусочковъ ткани, обработанныхъ однимъ алкоголемъ (1 : 5). Въ виду того, однако, что иногда приходится при этомъ терпѣть неудачи, я предложилъ-бы для этихъ случаевъ пользоваться слѣдующимъ видоизмѣненіемъ способа.

Испареніе и сгущеніе нанесенной на предметное стекло капли жидкости ведутъ до гораздо большихъ предѣловъ, чѣмъ при приготовленіи препаратовъ жировыхъ кристалловъ; именно, дождавшись уменьшенія объема капли болѣе, чѣмъ на  $\frac{1}{2}$ , и образованія по окружности ея широкаго кольца засохшаго вещества, накладываютъ сверху покровное стеклышко и подпускаютъ подъ слегка отстающій одинъ какой-либо край его каплю алкоголя (1 : 5), который тотчасъ же и выполняетъ все свободное пространство

между предметнымъ и покровнымъ стеклами и впослѣдствіи способствуетъ болѣе полному растворенію всего кольцеобразнаго слоя засохшаго вещества. Далѣе, для получения тѣхъ-же кристалловъ метгемоглобина выгоднымъ оказалось сгущать алкогольный настой на часовыхъ стеклахъ только до известнаго предѣла, напр. до  $\frac{1}{6}$  начального объема, а затѣмъ дальнѣйшее сгущеніе предпринимать на предметныхъ стеклахъ. Дѣлается это такимъ образомъ.

Сначала наносится стеклянною палочкою 1 капля настоя на предметное стекло; когда она совершенно высохнетъ подъ навѣсомъ изъ картона, на ея мѣсто такимъ-же образомъ наносится 2-ая капля изъ того-же настоя и, въ случаѣ нужды, по высыханіи 2-ой капли, еще 3-ья на ея мѣсто. Послѣ того при приготовленіи препарата изъ этой послѣдней капли поступаютъ такъ, какъ было указано выше. Если послѣ настаиванія кусочковъ ткани получились оразу крѣпкіе настои, то способъ послѣдовательнаго сгущенія одной капли за другою на предметномъ стеклѣ, безъ предварительнаго помѣщенія всей жидкости на часовое стекло для испаренія, можетъ быть съ успѣхомъ примененъ съ самаго начала. Въ этихъ случаяхъ обыкновенно бываетъ достаточно нанести 2 капли послѣдовательно одну за другою или даже 1 каплю для получения кристалловъ метгемоглобина.

Вообще слѣдуетъ замѣтить, что однимъ изъ главныхъ условий успѣха при полученіи кристалловъ метгемоглобина является возможность приготовленія изъ пятенъ наиболѣе насыщеннаго раствора красящаго вещества крови въ спиртѣ. Въ виду этого, реактива слѣдуетъ брать возможно меньше для растворенія по отношенію къ объему самаго объекта и затѣмъ, во избѣжаніе излишней потери жидкости, не прибѣгать къ фильтраціи ея черезъ вату, а непосредственно наносить ее по каплямъ на предметныя стекла, послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго отстаиванія въ баночкахъ. Въ настояхъ изъ кусочковъ ткани прѣисъ постороннихъ плотныхъ частичекъ часто бываетъ незначительная, такъ что, если послѣднія и попадаютъ вмѣстѣ съ каплей жидкости въ препаратъ, то это не отражается вредно на результатахъ.

Материаломъ для опытовъ мнѣ служили тряпки и другіе предметы, какъ напр., вата, войлокъ, бумага, дерево и пр., намоченные искусственно въ крови различныхъ животныхъ и чловѣка, затѣмъ высушенная при комнатной температурѣ кровь отъ тѣхъ-же животныхъ и чловѣка. Нѣкоторые изъ этого рода объектовъ употреблялись спустя нѣсколько дней послѣ приготовленія, другіе-же имѣли давность отъ нѣсколькихъ недѣль до 8 лѣтъ. Человѣческую кровь для намачиванія тряпокъ я бралъ либо послѣ операцій или случайныхъ пораненій пальцевъ, либо послѣ иъсачныхъ. Кромѣ того, въ 20 случаяхъ я пользовался еще кусками рубашекъ и другихъ предметовъ бѣлья, залитыхъ кровью и снятыхъ съ различныхъ лицъ, зарѣзанныхъ ножомъ, трупы которыхъ были доставляемы въ судебно-медицинскій кабинетъ для вскрытій. Наконецъ, я производилъ еще опыты надъ свѣжей и сильно загнившей чловѣческой трупной кровью, кровью поросенка въ состояніи болѣе или менѣе сильнаго гниlostнаго разложенія и надъ высушеною кровяною сывороткою чловѣка, поросенка и теленка.

Помощью указанного выше способа и его видоизмѣненій кристаллы метгемоглобина безъ труда удается получать изъ различныхъ кровяныхъ объектовъ, обработанныхъ алкоголемъ въ разведеніи водою 1 : 5, только отъ слѣдующихъ видовъ животныхъ; морской свинки, собаки, лошади и бѣлки. Кровь кролика также дов. легко кристаллизовалась, но, въ отличіе отъ предыдущихъ видовъ крови, только при слегка щелочной средѣ, т. е. изъ кровяныхъ объектовъ, обработанныхъ алкоголемъ (1 : 5), подщелочнымъ содой (0,1%). Кровь поросенка или свиньи изъ сухихъ пятенъ при обработкѣ однимъ алкоголемъ (1 : 5) кристаллизовалась очень трудно. Изъ сухихъ кровяныхъ пятенъ отъ другихъ животныхъ и чловѣка кристалловъ метгемоглобина нельзя было получить ни при какой обработкѣ.

Способность крови къ кристаллизаціи изъ растворовъ сухихъ пятенъ была наблюдаема у различныхъ животныхъ въ теченіи неодинаковаго времени: у кролика она пропа-

дала спустя 3 недѣли, у бѣлки и поросенка (свиньи) сохранялась въ выраженной формѣ въ продолженіе  $\frac{1}{2}$ -года, у собаки ее можно было установить въ кровяныхъ пятнахъ 5-лѣтней давности, а у морской свинки и лошади — въ пятнахъ давности 1 года. Кристаллы образуются въ большомъ количествѣ обыкновенно на границѣ центральнаго ободка съ жидкостью, а равно и на мѣстѣ послѣдняго въ различные сроки времени, въ холодное время года спустя 3—7 час., а въ теплое — по прошествіи 5—15 мин. послѣ приготовленія препаратовъ.

Обнаруживаемые легко подъ микроскопомъ при увеличеніи въ 300 разъ кристаллы метгемоглобина изъ сухихъ кровяныхъ пятенъ указанных видовъ животныхъ обладаютъ общими характерными свойствами и отличаются другъ отъ друга своею формою. Они имѣютъ свѣтлобурю или темнобурюватую окраску, при спектральномъ изслѣдованіи показываютъ полосы поглощенія, характерныя для метгемоглобина, поляризуютъ свѣтъ, а именно при перекрещенныхъ николяхъ представляются на темномъ фонѣ серебристобѣлаго цвѣта, затѣмъ окрашиваются спиртнымъ растворомъ эозина въ сплошной розовокрасный цвѣтъ. Для окрашиванія кристалловъ, я поступаю слѣдующимъ образомъ. Приготовленный препаратъ, послѣ обнаруженія въ немъ подъ микроскопомъ кристалловъ метгемоглобина, погружается на непродолжительное время въ воду; затѣмъ покровное стеклышко осторожно сдвигается кончикомъ ножа съ предметнаго стекла; обыкновенно при этомъ на покровномъ или предметномъ стеклѣ остается упоминавшееся выше сухое кольцо съ кристаллами въ видѣ налета, который, послѣ высыханія на воздухѣ, и окрашивается по обыкновеннымъ правиламъ.

Изъ сухихъ кровяныхъ пятенъ морской свинки, собаки лошади и кролика 1—3-дневной давности по тому-же способу, какъ было указано выше, были получаемы на препаратахъ въ большомъ количествѣ кристаллы оксигемоглобина. Они имѣли болѣе или менѣе насыщенный розовокрасный цвѣтъ и при спектральномъ изслѣдованіи обнаруживали полосы поглощенія, свойственныя оксигемоглобину. Изъ сухихъ кровяныхъ пятенъ поросенка (свиньи) такой-же давности кристалловъ оксигемоглобина добыть было нельзя. Свѣжей крови бѣлки у меня въ распоряженіи не имѣлось.

Кристаллы оксигемоглобина отличались большою непрочностью и черезъ 2—3 дня блѣднѣли, распадались и становились неузнаваемыми, тогда какъ кристаллы метгемоглобина на препаратахъ, залитыхъ парафиномъ, часто сохранялись въ теченіи нѣсколькихъ недѣль и лишь нѣсколько блѣднѣли.

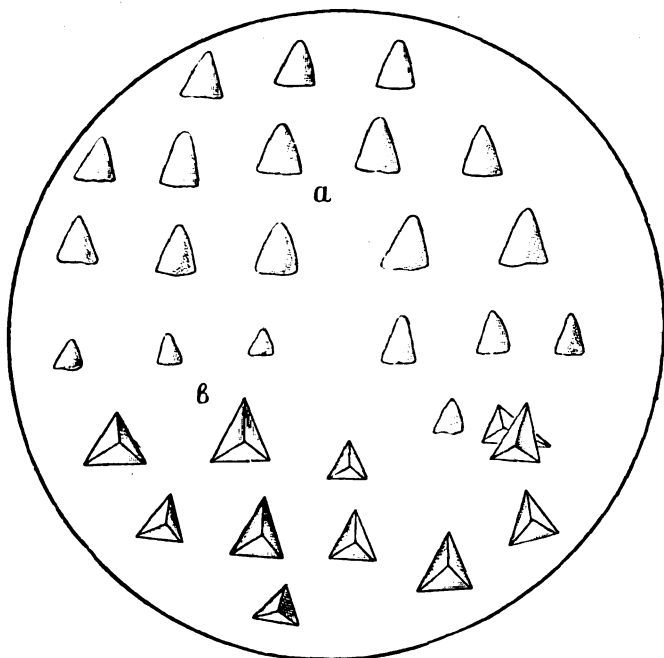
Опишу теперь форму полученныхъ мною по указанному выше способу кристалловъ метгемоглобина и оксигемоглобина изъ сухихъ кровяныхъ пятенъ морской свинки, собаки, лошади, бѣлки, кролика и свиньи.

*Морская свинка.* Кристаллы метгемоглобина имѣютъ форму 3-угольныхъ пластинокъ съ закругленными углами (рис. 1, а). Величина ихъ самая разнообразная: рядомъ съ болѣе величины пластинками попадаются очень малыя, производящія впечатлѣніе комочковъ или глыбокъ 3-угольной формы. Стороны у 3-угольниковъ по болѣе части равны между собой; часто онѣ имѣютъ видъ не прямыхъ, а слегка выпуклыхъ и иногда извилистыхъ линій. Цвѣтъ кристалловъ — свѣтлобурюватый. Граней внутри ихъ не различается.

Въ такомъ видѣ кристаллы получаютъ одинаково легко въ большомъ количествѣ какъ изъ объектовъ недавняго происхожденія, такъ и изъ объектовъ годовой давности. Изъ болѣе крѣпкихъ настоевъ крови обыкновенно выкристаллизовываются болѣе мелкія формы кристалловъ.

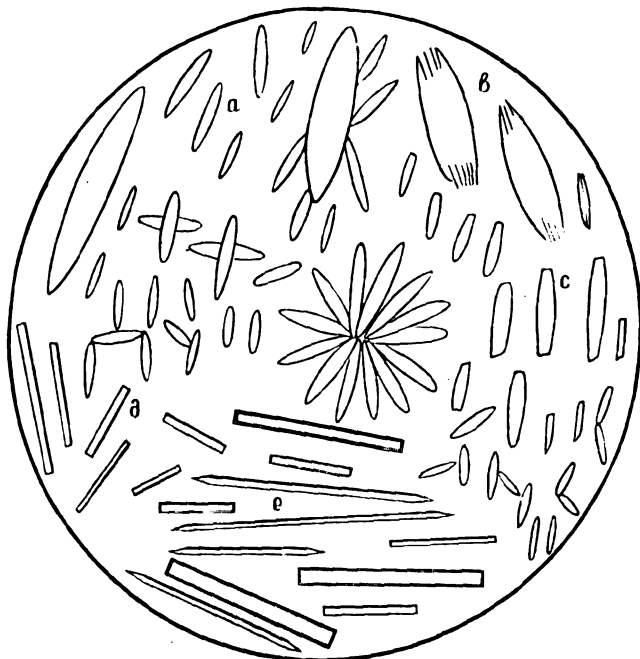
Такъ-же легко добываются кристаллы и изъ свѣжей задохшей крови, а также изъ недавно приготовленныхъ тряпокъ съ кровью, въ которой оксигемоглобинъ еще не превратился въ метгемоглобинъ. Образующіеся въ этихъ случаяхъ кристаллы оксигемоглобина имѣютъ видъ правильныхъ тетраэдровъ розоватокраснаго цвѣта (б). Спустя 1—2 сутокъ они блѣднѣютъ и принимаютъ бурюваторозовый цвѣтъ, при чемъ на границѣ нѣкоторыхъ изъ нихъ показываются небольшія выемки или изъѣдины. Иногда въ

формъ такихъ-же тетраэдровъ обнаруживаются отдѣльные кристаллы метгемоглобина и на препаратахъ изъ старыхъ кровяныхъ пятенъ; цвѣтъ этихъ кристалловъ такой-же, какъ и находящихся съ ними рядомъ 3-угольныхъ пластинокъ съ закругленными углами—свѣтлобуроватый.



**Рис. 1. Морская свинка.** а — кристаллы метгемоглобина изъ старыхъ кровяныхъ пятенъ. б — кристаллы оксигемоглобина изъ свѣжихъ кровяныхъ пятенъ.

**Собака.** Кристаллы метгемоглобина представляются въ видѣ пластинокъ веретенообразной формы, съ тонкими закругленными или слегка заостренными концами (рис. 2, а); въ рѣдкихъ случаяхъ концы у кристалловъ немного расщепленные (б). Величина кристалловъ, а также размѣры расширеній ихъ въ серединѣ сильно варьируютъ на разныхъ препаратахъ. Иногда они имѣютъ большую величину и соотвѣтственно съ этимъ представляются очень широкими, иногда-же они настолько малы и тонки, что напоминаютъ собою иглы. Весьма рѣдко встрѣчаются кристаллы лентовидной формы, съ незначительными лишь расширеніями въ серединѣ или у основанія и съ притупленными или плоскими концами (с). Часто кристаллы соединяются въ большей или меньшей величины группы, образуя фигуры на подобіе крестовъ, звѣздъ. Цвѣтъ ихъ болѣе или менѣе насыщенный, свѣтлобурый. Граней въ нихъ не замѣтно.



**Рис. 2. Собака.** а, б, с — кристаллы метгемоглобина изъ старыхъ кровяныхъ пятенъ. d, e — кристаллы оксигемоглобина изъ свѣжихъ кровяныхъ пятенъ.

Они легко получаютъ на препаратахъ въ большомъ количествѣ какъ изъ объектовъ относительно недавнихъ,

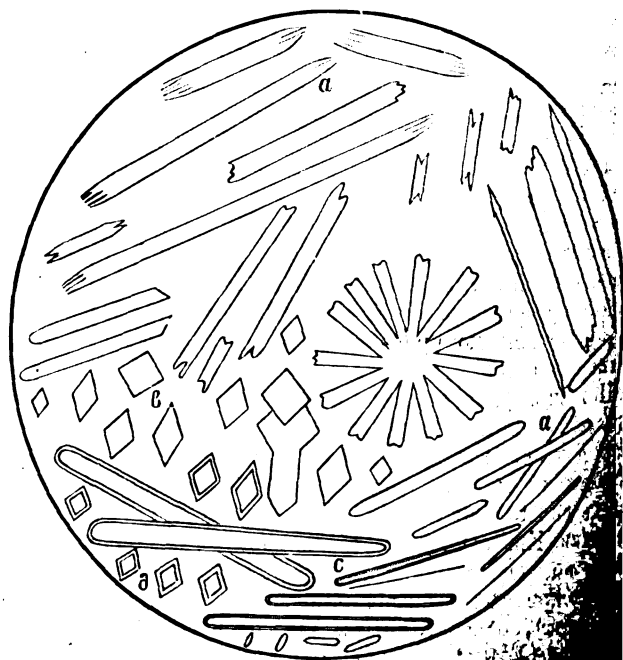
такъ и изъ объектовъ многолѣтней давности. Въ послѣднемъ случаѣ рядомъ съ кристаллами метгемоглобина часто выступаютъ еще жировые кристаллы. Эти старые объекты относились именно къ 1901 г. и состояли изъ тряпки и ваты, намоченныхъ въ свѣжей трупной крови собаки, надъ которой производились опыты по сотрясенію мозга.

Если настои приготовлялись изъ недавно засушенной крови или недавно намазаннаго кровью тряпокъ, то получались кристаллы оксигемоглобина. Они имѣютъ видъ очень длинныхъ или болѣе короткихъ, узкихъ лентовидныхъ пластинокъ розовокраснаго цвѣта съ прямоугольными или заостренными концами и съ слабо выраженными гранями (d, e). Кристаллы—различной ширины; встрѣчается много тонкихъ съ заостреніями на концахъ въ видѣ длинныхъ иглъ. Спустя 1—2 сутокъ кристаллы сильно блѣднѣютъ и становятся розоватобуроватога, а затѣмъ желтоватобуроватога цвѣта.

**Лошадь.** Кристаллы метгемоглобина получаютъ въ 2-хъ различныхъ формахъ. Одни имѣютъ видъ разной длины и ширины лентовидныхъ пластинокъ, незначительно суживающихся къ одному или обоимъ концамъ (рис. 3, а), другіе—видъ ромбовъ различной величины (б). Последняго рода кристалловъ гораздо меньше, чѣмъ первыхъ. Концы у лентовидныхъ пластинокъ либо немного расщепленные, неровные, зазубренные, либо съ болѣе или менѣе глубокими выемками; рѣже концы бываютъ ровные, скошенные или заостренные. Попадаются очень длинныя, а также и очень короткіе кристаллы; нѣкоторые кристаллы очень тонки, какъ нитки. Лентовидные кристаллы часто располагаются въ формѣ крестовъ, розетокъ и пр. Ромбовидныя пластинки, соединяясь между собой, также образуютъ различныхъ начертаній группы. Оба рода кристалловъ имѣютъ свѣтлобурый цвѣтъ. Граней въ нихъ не открывается.

Кристаллы одинаково легко получаютъ какъ изъ сравнительно недавнихъ объектовъ, такъ и изъ объектовъ давностью въ 1 годъ.

Изъ совершенно свѣжихъ объектовъ засохшей крови и тряпокъ, легко получаютъ кристаллы оксигемоглобина такой-же формы, т. е. лентовидной (нитевидной) и ромбовидной (с, d). Кристаллы эти отличаются тѣмъ, что представляютъ призматическими съ болѣе или менѣе ясно видимыми гранями. Цвѣтъ кристалловъ вначалѣ розовокрасный, а затѣмъ спустя 2—3 дня дѣлается розоватобуроватый или желтоватобуроватый.



**Рис. 3. Лошадь.** а, б — кристаллы метгемоглобина изъ старыхъ кровяныхъ пятенъ. с, d — кристаллы оксигемоглобина изъ свѣжихъ кровяныхъ пятенъ.

**Быкъ.** Кристаллы имѣютъ двоякую форму: 6-стороннихъ пластинокъ, по большей части съ притупленными углами (рис. 4, а), и квадратныхъ пластинокъ или пластинокъ (h); послѣднихъ немного по сравненію съ



У многих 6-сторонних пластинок углы так сильно притуплены, что самые пластинки имѣютъ видъ скорѣе шаровъ, ограниченныхъ волнистой линіей, съ намеками лишь на углы. Величина обоого рода кристалловъ различная. Цвѣтъ ихъ желтоватобуроватый. Спустя нѣсколько сутокъ многіе изъ нихъ часто сильно блѣднѣютъ и становятся трудно распознаваемыми.

Въ такомъ видѣ кристаллы обыкновенно получаютъ безъ большого труда изъ объектовъ давностью не болѣе 1/2-года, при условіи, впрочемъ, если препараты были приготовлены спустя 1—3 дня послѣ настаиванія объектовъ въ спирту. Въ случаяхъ, когда препараты приготовлялись спустя мѣсяцъ послѣ настаиванія кровяныхъ объектовъ въ спирту, помимо только-что указанныхъ кристалловъ нерѣдко появлялись еще 2 новыхъ формы ихъ въ видѣ 3-угольных пластинокъ различной величины съ зазубренными сторонами (b) и короткихъ или болѣе длинныхъ усѣченныхъ конусовъ, иногда съ закругленіями на основаніи и верхушкѣ (c). Кристаллы эти также свѣтлобуроватаго цвѣта.

На препаратахъ изъ кровяныхъ объектовъ давностью болѣе 1/2-года кристаллы метгемоглобина обнаруживаются только въ рѣдкихъ случаяхъ, а вмѣсто того въ большомъ количествѣ выступаютъ жировые кристаллы, о которыхъ будетъ сказано ниже.

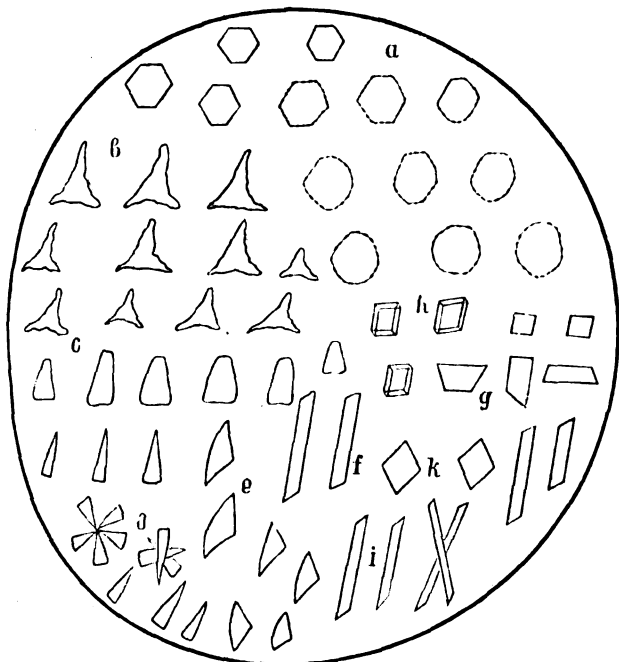


Рис. 4. Бѣлка. а, b, c, h—кристаллы метгемоглобина изъ старыхъ кровяныхъ пятенъ. d, e, f, g — жировые кристаллы.

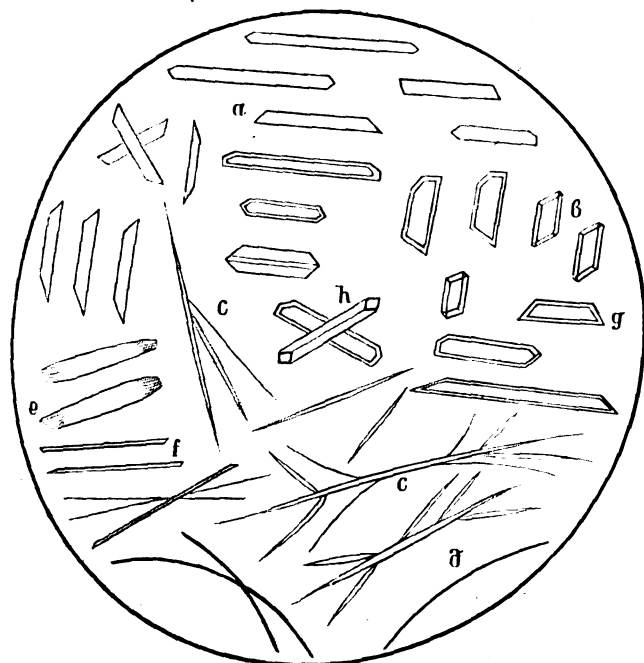


Рис. 5. Поросенокъ (свинья). c—кристаллы метгемоглобина изъ старыхъ кровяныхъ пятенъ. а, b, d, e—жировые кристаллы.

*Свинья (поросенокъ).* Кристаллы метгемоглобина представляются въ видѣ длинныхъ, узкихъ или болѣе широкихъ лентъ, заостренныхъ на концахъ, свѣтлобуроватаго цвѣта (рис. 5, c); часто на концахъ они вилкообразно развѣтвляются. Встрѣчаются также кристаллы и гораздо меньшей величины, имѣющіе игловидную форму. Кристаллы получаютъ съ большимъ трудомъ и въ весьма рѣдкихъ случаяхъ какъ изъ сухой крови, такъ и изъ тряпокъ, намоченныхъ кровью, давностью до 6 мѣс. Напротивъ того, на препаратахъ рядомъ съ кристаллами метгемоглобина или безъ нихъ часто наблюдалось появленіе въ значительномъ количествѣ жировыхъ кристалловъ, о которыхъ будетъ рѣчь ниже.

*Кроликъ.* Кристаллизація совершается изъ крѣпкихъ настоевъ кровяныхъ пятенъ давностью не болѣе 3 недѣль въ подщелоченномъ спиртѣ. Кристаллы имѣютъ видъ розоватобурого цвѣта, широкихъ и дов. длинныхъ пластинокъ, съ неровными, какъ бы разорванными концами (рис. 6, a). Часто они складываются въ группы на подобіе звѣздъ или другихъ фигуръ. Изрѣдка попадаются кристаллы съ цѣльными концами (b), тогда видно, что это—тонкія таблички съ косвенными концами, у которыхъ грани выступаютъ съ ясностью только на концахъ.

Изъ объектовъ давностью въ 1—2-ое сутокъ легко получались въ большомъ количествѣ кристаллы оксигемоглобина. Они представляются въ видѣ дов. длинныхъ и широкихъ 4-стороннихъ табличекъ розоватокраснаго цвѣта съ прямыми или, рѣже, косыми концевыми поверхностями (c). Они располагались группами, пересѣкаясь въ различныхъ направленіяхъ или наслаиваясь другъ на друга. Спустя 1—2 сутокъ въ кристаллахъ наблюдалось сильное поблѣднѣніе, и они принимали розоватобуроватый цвѣтъ; нѣкоторые кристаллы измѣняли свой цвѣтъ въ желтоватый и принимали веретенообразную форму; одновременно съ этимъ въ нихъ образовывались расщелины (узоры) какъ на концахъ, такъ и по длинѣ, и многіе изъ нихъ скоро распадались на безформенныя кучки.

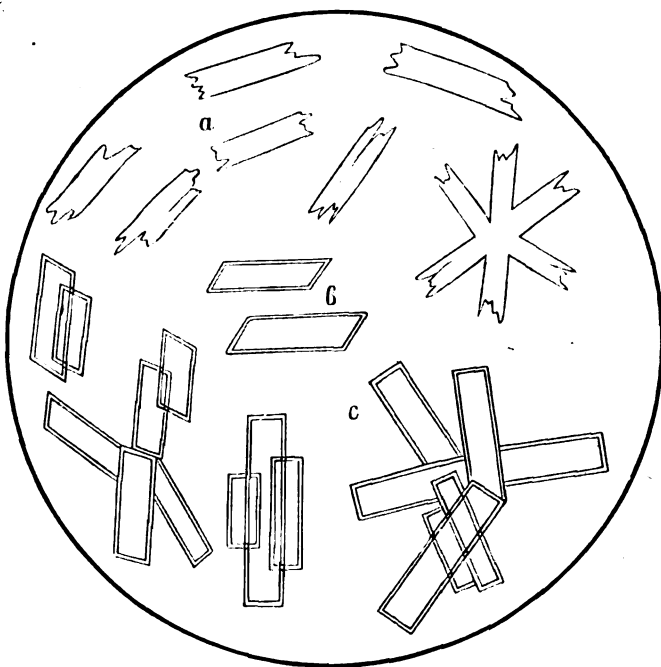


Рис. 6. Кроликъ. а, b—кристаллы метгемоглобина изъ кровяныхъ пятенъ давностью въ 3 недѣли. c—кристаллы оксигемоглобина изъ свѣжихъ кровяныхъ пятенъ.

Кристаллы оксигемоглобина, полученные мною изъ свѣжихъ сухихъ кровяныхъ пятенъ морской свинки, собаки, лошади и кролика, по своей формѣ и другимъ свойствамъ представляются сходными съ тѣми кристаллами, какіе были добыты изъ свѣжей крови и описаны многими авторами. Что касается кристалловъ метгемоглобина, то, сколько мнѣ извѣстно, до сихъ поръ никто еще не дѣлалъ попытокъ получить ихъ изъ старыхъ кровяныхъ пятенъ. Сравнивая между собою оба рода кристалловъ по внѣшнему виду, находимъ, что кристаллы метгемоглобина частью повторяютъ форму кристалловъ оксигемоглобина изъ со-

ответственнаго рода крови съ нѣкоторыми измѣненіями, частью-же болѣе или менѣе значительно уклоняются отъ этой формы, какъ это, напр., особенно замѣтно у собаки, и, кромѣ того, бываютъ лишены призматическаго строенія. Однако, и въ этой измѣненной формѣ кристаллы метгемоглобина изъ сухихъ кровяныхъ пятенъ, на ряду съ другими указанными выше свойствами, настолько характерны для каждаго вида животнаго, изъ крови которыхъ они происходятъ, что за ними вполне справедливо, по моему мнѣнію, можно признать такое-же большое значеніе при распознаваніи вида крови, каковое приписывается почти всѣми авторами кристалламъ оксигемоглобина.

(Продолженіе слѣдуетъ).

## СХХ. Къ казуистикѣ большихъ псевдомуцинозныхъ кистъ яичника.

Ч. пр. А. А. Ануфриева.

Развитіе оперативной гинекологіи, постепенное увеличеніе числа гинекологовъ-хирурговъ въ отдаленныхъ мѣстахъ нашего обширнаго отечества, знакомство населенія съ исходами чревосѣченій и болѣе или менѣе своевременное обращеніе его къ врачебной помощи—все это не можетъ не вліять на уменьшеніе числа огромныхъ по величинѣ кистъ яичника какъ въ столицахъ, такъ и въ провинціи. Особенно это уменьшеніе сказывается въ болѣе культурныхъ странахъ Западной Европы, какъ это мнѣ приходилось и лично убѣждаться во время заграничныхъ поѣздокъ. «Doch so grosse Tumoren», пишетъ Pfannenstiel, «heutzutage selten, da sie zeitiger operiert werden». «Ces dimensions (32 litres) exceptionnelles, surtout aujourd'hui où les gros kystes se font rares, à cause de la précocité de plus en plus grande de l'opération» [J. L. Faure<sup>1)</sup>]. Чѣмъ ближе къ центрамъ, тѣмъ запущенные случаи встрѣчаются рѣже, а, чѣмъ дальше отъ нихъ, тѣмъ они попадаются чаще. Все это касается, конечно, и не однихъ только гинекологическихъ заболѣваній. Но, съ другой стороны, всѣмъ извѣстно, что земля наша велика и обильна, а порядка въ ней пока мало. Создать этотъ порядокъ *viribus unitis* должна теперь идущая къ гражданской свободѣ и правовой жизни (*sit venia verbo!*) страна. Да проявитъ могучій народный геній свое творчество въ новомъ строителствѣ русской жизни на всѣхъ ступеняхъ ея прогрессивнаго развитія! Когда-то русскому врачу можно будетъ, наконецъ, находить нравственное удовлетвореніе въ своей работѣ, даже въ большихъ городахъ, не встрѣчая препятствій отъ разнообразныхъ «темныхъ силъ» на своей бѣдной родинѣ. Сколько потрачено у него силъ напрасно, сколько загублено энергіи и свѣтлыхъ идеаловъ!

При огромныхъ разстояніяхъ, темнотѣ населенія, не маломъ количествѣ «медвѣжьихъ угловъ» и недостаточности врачебной помощи мы встрѣчаемъ, да и долго будемъ еще встрѣчать, такіе запущенные случаи, передъ которыми врачъ будетъ останавливаться съ изумленіемъ, какъ разумный человѣкъ могъ дойти до такого состоянія! Подобные случаи мнѣ приходилось лично наблюдать, кромѣ другихъ мѣстностей, и въ Архангельской губ., въ которой 95% населенія, напр., обходится безъ всякой акушерской помощи. Казенная повивальная бабка имѣетъ только 15—20 родовъ въ годъ, и врачей очень рѣдко приглашаютъ къ патологическимъ родамъ. Я имѣю не мало записей, очень поучительныхъ для характеристики невѣжества мѣстныхъ деревенскихъ повитухъ. Записи эти въ свое время я надѣюсь сдѣлать достояніемъ печати. Много случаевъ гнилостныхъ послѣродовыхъ процессовъ остаются незарегистрированными. Хотя амбулаторная помощь, благодаря сельскимъ врачамъ, и увеличилась значительно за послѣдніе 10 лѣтъ, но стационарная туго подвигается впередъ. Даже губернская больница, какъ пережитокъ сѣдой старины, все еще находится въ Приказѣ общественнаго призрѣнія и не имѣетъ до сихъ поръ новыхъ опредѣленныхъ штатовъ, а, вѣдь, Архангельскъ будетъ скоро только въ 1½ сутокъ ѣзды отъ Петербурга.

Бумаги исписана масса по этому поводу, а «возъ», заѣхавшійся за нашу классическую канцелярскую волокиту, «и нынѣ тамъ». Конечно, все это не зависитъ отъ врачей.

Въ силу разнаго рода неблагоприятныхъ условій здѣсь и можно еще наблюдать рѣдкіе по запущенности случаи, напр., опухоли, достигшія огромныхъ размѣровъ. Въ статьѣ *Θ. А. Соловьева*<sup>2)</sup> изъ клиники проф. *И. В. Мухина* въ Харьковѣ «Къ казуистикѣ большихъ кистъ яичника» приведенъ краткій перечень описанныхъ такого рода кистъ и сообщенъ случай изъ клиники. Такъ, упоминаются имена: *Gilliam'a* (киста въ 176 фунт.), *Rodenstein'a* (въ 146 фунт.), проф. *А. И. Лебедева* (свыше 3 пуд.), проф. *Н. А. Вельминова* (въ 83 фунт.), проф. *Н. Ф. Толочникова* (въ 35 клгрм.), *Pfaehler'a* (самая большая киста, описанная до сихъ поръ, вѣсомъ въ 97 клгрм., т. е. немного больше 5 пуд.). Киста изъ Харьковской клиники вѣсила болѣе 3 пуд.

Больная доставлена была съ частой рвотой и нитевидными пупсыомъ. Передъ операціей опредѣлены киста яичника и брюшная водянка. По разрѣзѣ живота сразу полилась густая, студенистая жидкость. Опредѣленъ разрывъ кисты, происшедшій, вѣроятно, отъ ѣзды на тряской телегѣ. Микроскопическаго изслѣдованія опухоли не приведено. Послѣоперационный періодъ осложнился фибринозной пнеймоніей. Выздоровленіе.

*Θ. А. Соловьевъ* пишетъ по этому поводу:

Изъ случаевъ, описанныхъ въ доступной мнѣ литературѣ, я могу указать на случай *Gilliam'a*, описавшаго самую большую кисту яичника въ 176 фунт.

Кромѣ, конечно, случая *Pfaehler'a*, приведеннаго въ статьѣ. Далѣе:

«Такимъ образомъ, судя по цифрамъ американскихъ журналовъ, приводимыхъ мной, случай окажется 4-мъ по величинѣ (считая кисту въ случаѣ проф. *А. И. Лебедева* большей, чѣмъ была у нашей больной)».

Правильнѣе было-бы сказать, что случай оказывается 5-мъ. Но эту статистику и вообще далеко нельзя назвать точной. Кромѣ того, непонятно, почему авторъ, съ одной стороны, руководится одними только американскими журналами, а съ другой — приводитъ случаи и изъ русской литературы? Удаленную д-ромъ *Pfaehler'*омъ<sup>3)</sup> кисту, по-видимому, нужно считать самую большую изъ описанныхъ до сихъ поръ. Изъ кисты вытекло 74 литра жидкости, вѣсъ которой и оказался 97 клгрм. (5 пуд.).

Больная, 42 л., вѣсившая послѣ удаленія кисты только 47 клгрм. перенесла операцію благополучно. По вѣсу сама больная служила какъ-бы придаткомъ опухоли.

Я не буду касаться здѣсь подробно литературы вопроса; упомяну лишь нѣсколько источниковъ. Напр., еще въ старомъ руководствѣ *Olshausen'a*<sup>4)</sup> приводятся слѣдующіе случаи. *Peaslee* выпустилъ изъ кисты 149 фунт. жидкости за разъ. *Kimball* при вырѣзываніи пролиферирующей кистомы удалил 160 фунт. жидкости и въ неудаленной части опухоли осталось еще около 20 фунт. ея. Затѣмъ *Maritan*<sup>5)</sup> выпустилъ кисту въ 80 клгрм., т. е. 4 пуд. 36 фунт. Больная передъ операціей вѣсила 117 клгрм., т. е. 7 пуд. 6 фунт. *Louis Galler*<sup>6)</sup> приводитъ много примѣровъ огромныхъ опухолей яичника. Я думаю также, что если просмотрѣть отчеты различныхъ гинекологическихъ учреждений, то въ нихъ можно найти указанія и на значительной величины кисты яичника; но, такъ какъ овагіотоміа со времени *Spencer-Wells'a* и *Lawson-Tait'a* сдѣлалась обычной операціей, то на такихъ кистахъ авторы теперь уже останавливаются мало. Тѣмъ не менѣе кисты, которыя вѣсятъ нѣсколько пудовъ, все-же встрѣчаются рѣдко и представляютъ извѣстный клиническій интересъ. Это и побуждаетъ меня описать одинъ изъ такихъ случаевъ, въ которомъ я оказывалъ большой оперативную помощь лѣтомъ 1905 г. въ Архангельскѣ.

Въ маѣ въ лѣчебницу имени Императора Александра II поступила больная крестьянка Шенкурскаго уѣзда, 29 л., съ огромной опухолью въ животѣ. Первые крови на 15-мъ году. Типъ 4—5 дней,

3 нед., безъ болей. Замужъ вышла на 26-мъ году. Ни разу не была беременной. Послѣднія крови — 1½ года назадъ. Опухоль въ животѣ большая замѣтна съ ноября 1904 г.; въ то же время появился и отекъ ногъ. Опухоль быстро росла. Появлялось затрудненіе въ ходбѣ и дыханіи, что и заставило больную искать врачебной помощи.

Средняго роста, слабого сложенія, сильно подорваннаго питанія, что называется, кожа да кости. Руки тонкія, висятъ, какъ плети; такая-же ноги. Лицо морщинистое, обтянутое, какъ у старухи. Видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Животъ огромный. Окружность его на уровнѣ пупка 130 см. Пупокъ выпяченъ. Вены на животѣ сильно растянуты. Кожа живота и ногъ пигментирована и оплътнена. Звукъ при выстукиваніи на всѣхъ пространствахъ ниже пупка и на ладонь выше притупленъ; при перемѣнѣ положенія тѣла звукъ мѣняется мало. Въ опухоли



несное, змбленіе. Паховыя железы съ обѣихъ сторонъ сильно увеличены, въ видѣ пакетовъ. На средней линіи живота ниже пупка рубцы отъ кровососныхъ банокъ. Печень по сосковой линіи приподнята до 4-го ребра. Дыханіе затрудненное. Тоны сердца чисты. Въ мочѣ ни бѣлка, ни сахара; суточное количество ея 1500 к. стм. Наружные половые органы развиты правильно, блѣды. Влагалище дов. узкое, съ выраженными складками. Влагалищная часть матки цилиндрическая. Матка небольшая, подвижная, отклонена влѣво и къзади (retro latero-versio sin). Въ правомъ сводѣ вверху бугристыя образованія; слѣва съ трудомъ нащупывается яичникъ.

Предположивъ известное количество жидкости въ полости живота, 27/VI я сдѣлалъ пробный проколъ его, но черезъ троакаръ удалось добыть лишь немного студенистой жидкости съ примесью крови. На другой день больная была переведена въ больницу для чревосеченія. Быстрый ростъ опухоли, увеличеніе паховыхъ железъ, сильное исхуданіе больной и ея худосочный видъ вводили мысль на злокачественный характеръ опухоли въ правомъ яичникѣ. 2/VI я произвелъ ovariotomy'ю черезъ брюшные покровы при любезномъ участіи товарищей В. И. Марцино-мессаго и Н. В. Меводьева. Вначалѣ былъ сдѣланъ пробный небольшой разрѣзъ, при чемъ сразу же была вскрыта брюшина. Оказалось, что опухоль на всемъ пространствѣ была сросшена съ пристѣпочнымъ листкомъ брюшины. Срошенія постепенно удалены были рукой. Опухоль проколота троакарномъ, черезъ который и сталъ выдѣляться въ огромномъ количествѣ слизистый, зеленоватого цвѣта пропотъ. При захватываніи щипцами Nela-томъ опухоль рвалась, такъ какъ стѣнки ея сплошь были про-визаны студенистымъ содержимымъ. Разрѣзъ пришлось значи-тельно продолжить. Не смотря на то, что удалено было очень много жидкости, все-же оставалось еще много нескрытыхъ по-лостей, при чемъ верхній полюсъ кисты стоялъ высоко и слабо опускался. Для обследованія верхней окружности опухоли яв-лялась надобность дойти до подреберья, при чемъ справа можно было нащупать свободный передній край сильно приподнятой печени. Срошеній съ кишечникомъ не было; послѣдній весь былъ отсѣченъ къзади, къ позвоночнику. Для уменьшенія верх-него отдѣла опухоли пришлось вновь сдѣлать проколы: вышло довольно много уже геморрагического пропота. Затѣмъ вся масса опухоли была извлечена наружу. Упавка сердечной дѣтельности не наблюдалась. Опухоль исходила изъ праваго яичника; широкая, тонкая ножка ея была перевязана въ 3 пучка цѣпо-чечнымъ швомъ и обшита. Помощники съ трудомъ приподняли опухоль, уже значительно уменьшившуюся въ объемѣ: такъ она была еще велика и тяжела. При перевязкѣ ножки все уже было такъ просто и рельефно; не то—въ началѣ операціи. По удале-ніи опухоли обнаружилась ясная картина, какъ въ анатомиче-скомъ атласѣ, задняя стѣнка брюшной полости: брюшная аорта съ ея развѣтвленіями билась на глазахъ, и вся топографія была, какъ на ладони. Въ брюшную полость постепенно набира-лась кровь, повидимому, изъ сросшеній, но дальнѣйшій притокъ ея былъ остановленъ салфетками, и полость умѣренно промыта физиологическимъ растворомъ поваренной соли для удаленія случайно попавшаго псевдомуцина, во избѣжаніе т. наз. Fremd-körperperitonit'a. Брюшная стѣнка закрыта 3-аруснымъ шелко-вымъ непрерывнымъ швомъ—сывороточнымъ, апоневротиче-скимъ и кожнымъ. Въ нижній уголъ раны (въ виду кровотеченія изъ сросшеній) введенъ тонкій марлевый дренажъ. Коллодійныя повязки. Впалый животъ обильно выполненъ ватой.

Въ послѣоперационномъ періодѣ температура не превышала 37°, но пульсъ, вѣроятно, въ силу часто механическихъ условій, до-ходилъ до 114 ударовъ. 4/VI онъ давалъ 102 удара, а 10/VI уже 84. Кроме того, отмѣчалось сильное вздутіе подкожной области отъ высокаго положенія кишечника. 4/VI: Промывательное. 5/VI: Слабительное. 7/VI: Удалена марля изъ брюшной полости; швы держатъ хорошо. 10/VI: Сняты швы; на всемъ пространствѣ—

первое втяженіе. Нижній уголъ раны закрылся совершенно. 19/VI: Больной разрѣшено сидѣть. Въ 20 хъ числахъ оперированная выписалась здоровой.

Макроскопически опухоль имѣла неправильно шарообразный, бугристый видъ, съ выступами въ зависимости отъ развитія вторичныхъ кистъ. Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ стѣнка ея разорвалась, опухоль имѣла сѣтчатое строеніе, на подобіе крупныхъ сотовъ, наполненныхъ студенистымъ содержимымъ (état reticulé французск.), или kystes aréolaires — Cruveilhier. Такія кисты Malassez называлъ epitheliomas mucoides. Но, такъ какъ эти опухоли почти всегда доброка-чественныя, то называть ихъ эпителиомами, мнѣ кажется, неправильно. Вторичныя маленькія кисты такъ густо были расположены въ стѣнкѣ первичной опухоли, что представляли почти сплошную желатинообразную массу, нѣжно-жел-того цвѣта. Вслѣдствіе этого стѣнка кисты легко рвалась во время операціи и извлекать опухоль было очень трудно. Волѣе крупныя по-лости, которыя пришлось опорожнить во время операціи, содержали то кровянистую, то зеле-новатого цвѣта жидкость отъ присутствія въ ней холестеарина. Всѣ опухоли вмѣстѣ съ выпущенной троакарномъ и собранной жидкостью —2 пуда; если-же считать и утерянную жид-кость, то она будетъ болѣе 2-хъ пудовъ.

Микроскопическое изслѣдованіе студенисто измѣненныхъ частей кисты обнаружило слѣдующее: киста яичника состоитъ изъ различной величины и формы полостей, окруженныхъ соеди-нительнотканной сумкой, выстланныхъ цилиндрическимъ эпи-телиемъ и наполненныхъ студенистой массой (adenocystoma multiloculare pseudomucinosum).

Железистымъ кистамамъ давали различное названіе. Waldeyer назвалъ ихъ kystoma proliferum glandulare, Pfannenstiel—kystoma pseudomucinosum, Stratz—adenoma glandulare s. cysticum и т. д. Въ свою очередь, эти кисты раздѣляются на: 1) kystoma glandulare multiloculare pseudomucinosum (см. рис. 1) и 2) kystoma glandulare

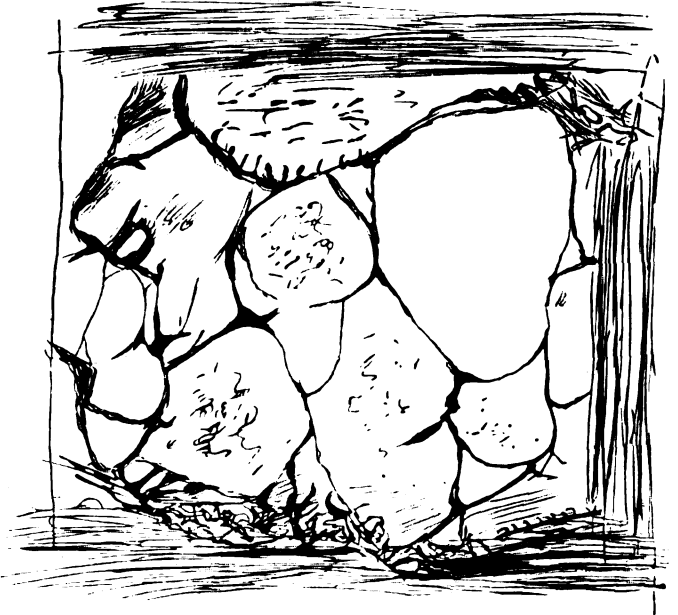


Рис. 1. По Pfannenstiel'ю: Kystadenoma pseudomucinosum (при очень слабomъ увеличеніи). Разрѣзъ изъ сотовообразной части стѣнки опухоли. Полости разлочнои величины, раздѣленные одна отъ другой тонкой соединительно-тканной перегородкой. Вслѣдствіе атрофіи стѣнокъ маленькія кисты сливаются въ большія полости. (Handbuch der Gynäkologie, Veit'a).

multiloculare serosum, какъ бываютъ съ другой стороны: 1) kystoma proliferum papillare serosum (Pfannenstiel) и kystoma proliferum pseudomucinosum (см. рис. 2). Въ той и другой группѣ могутъ встрѣчаться смѣшанныя формы. «Je grösser die Cyste ist, говоритъ Olshausen?), desto sicherer ist ein grosser Teil ihrer Wandung glatt und nur ein kleinerer Teil mit Papillomen bedeckt».

При ближайшемъ микроскопическомъ изслѣдованіи моего пре-парата оказалось, что стѣнка кисты тонка, подѣпительная соединительная ткань сильно разрослась и богата кѣтками и волокнами. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣтно особенное обиліе кѣтокъ. Въ толщѣ ткани видны небольшія полости—юныя кисты, наполненныя студенистой массой и уплотненнымъ эпи-телиемъ отъ растяженія кѣтокъ.

эпителий почти вездѣ вдоль расположенъ.

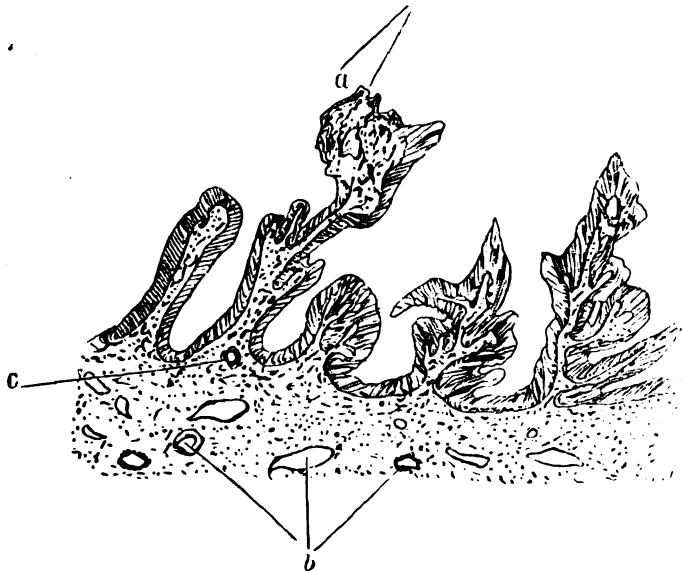


Рис. 2. По Pfannenstiel'ю: Kystadenoma papillare pseudomucinosum. а—край сосочкового разрознена внутренней стѣнки кисты. Первичное разрознена эпителия; вторичное образование соединительно-тканыхъ основныхъ стволыхъ. Эпителий однослойный (typisches Pseudomucinosesecernitendes Cylinderepithel). Соединительная ткань обильна клетками и волокнами. б—сосуды стѣнки кисты. в—сосуды сосочковъ. (Handbuch der Gynäkologie Veit'a, 1898 г.).

ferationen). Но отсутствие развитленія сосочковъ и потеря мѣстами эпителия заставляютъ думать, что здѣсь имѣется дѣло съ псевдо-сосочками, получившимися отъ косвеннаго срѣза рядомъ расположенныхъ небольшихъ кистъ.

Препараты предъявлены мною проф. М. Н. Никифорову и ч. пр. А. Г. Мамуровскому.

Подобные ложные сосочки, рисунки которыхъ приведены Pfannenstiel'емъ въ руководствѣ Veit'a, легко смѣшать съ истинными въ adenokystom'a papilliferum, то сывороточной, то псевдомуцинозной (см. мои рисунки 2 и 3).

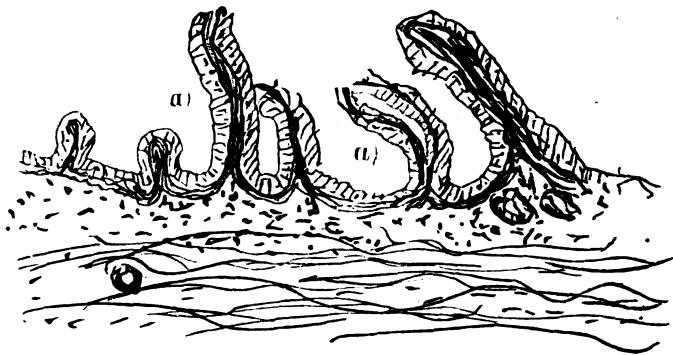


Рис. 2. Край сотообразной части опухоли въ моемъ случаѣ. а—псевдососочки при косвенномъ срѣзѣ.

Аденокистомы, обладающія тонкими и легко разрывающимися стѣнками, съ желеобразнымъ содержимымъ, которое при разрывѣ кисты попадаетъ въ брюшную полость

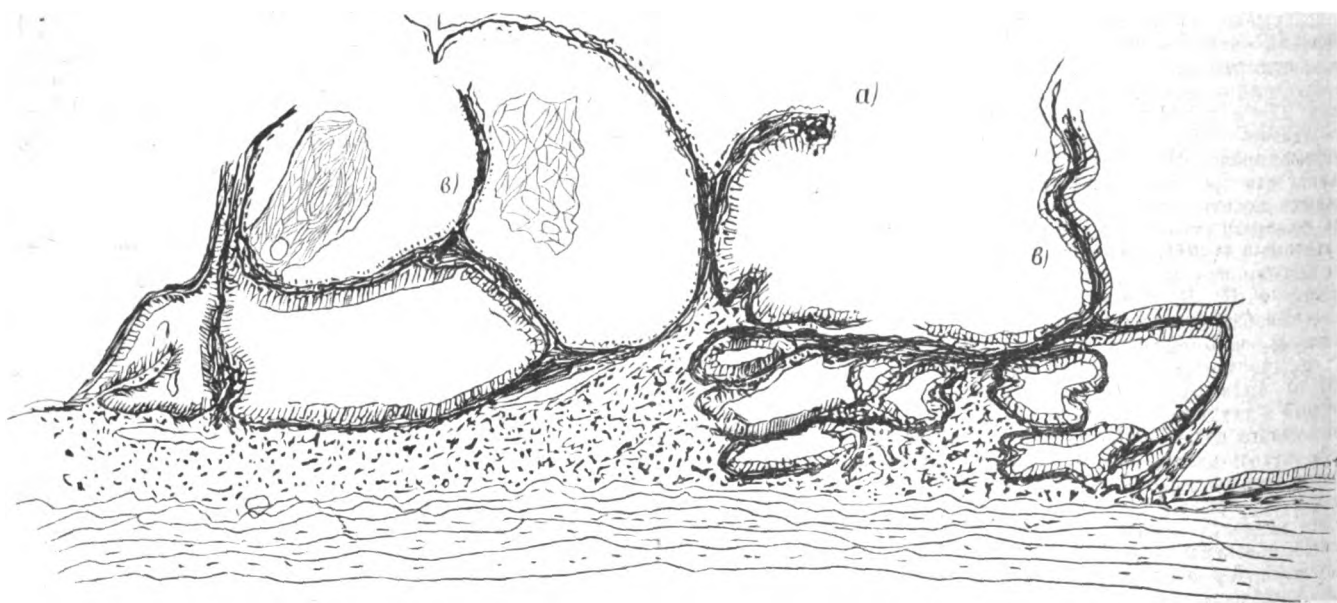


Рис. 3. Ок. № 2. Сист. № 3. Reichert'a. Микроскопическая картина въ моемъ случаѣ — kystadenoma pseudomucinosum изъ сотообразной части опухоли: а—соединеніе отдѣльныхъ полостей въ одну; б—псевдососочки.

Эти юныя кисты, вѣроятно, произошли, по современнымъ взглядамъ, отъ внѣдренія пролиферирующаго яичниковаго эпителия въ сосѣдную строму. Можетъ быть, иногда подобныя образования находятся въ зависимости отъ сохранившихся зародышевыхъ железистыхъ трубокъ. Эти послѣднія, въ свою очередь, представляютъ собою первыя фазы уклоненнаго въ развитіи яичника, какъ происходятъ adenom'ы матки при эпителиальныхъ остаткахъ Вольфова тѣла. Наблюдавшіеся adenokystom'ы въ молодомъ возрастѣ какъ будто подтверждаютъ эту теорію. Не имѣютъ-ли эти новообразования извѣстной связи съ уродствами, т. е. съ уклоненіями въ развитіи половыхъ клетокъ («Geschlechtzelle» Wilms'a), хотя экспериментальныя изслѣдованія Basso<sup>8)</sup> изъ клиники проф. Bunt'a въ Berlin'ѣ и не подтверждаютъ этихъ взглядовъ.

Однослойный цилиндрическій покровъ стѣнки болѣе величии кистъ (сотообразнаго строенія) состоитъ изъ высокихъ клетокъ, ядро которыхъ лежитъ очень часто на днѣ клетки съ выгибомъ къ просвѣту послѣдней. Протоплазма клетокъ нѣжностекловидная. По краю стѣнки видны выступы соединительной ткани въ формѣ какъ-бы бородавокъ и сосочковъ, покрытыхъ эпителиемъ, котораго мѣстами не видно. Незамѣтно и внѣдренія эпителия въ подлежащую строму (drüsenschlauchähnlichen) Prolif-

и вызываетъ особый перитонитъ (Fremdkörperperitonitis), носятъ названіе псевдомиксомъ яичника (Werth). Состояніе-же брюшины въ такихъ случаяхъ извѣстно подъ именемъ псевдомиксомы ея. Koblanck<sup>9)</sup> даетъ этимъ опухолямъ подобное-же опредѣленіе.

«Нѣкоторыя кисты отличаются легко рвущимися стѣнками и густымъ содержимымъ, похожимъ на желе (псевдомиксомы). Такія опухоли могутъ вызывать совершенно своеобразныя заболѣванія брюшины. Если такой студень вслѣдствіи произвольнаго разрыва кисты или при чревосѣченіи попадаетъ въ брюшную полость, то онъ можетъ тамъ развиваться дальше. Это странное заболѣваніе объясняютъ различно» (Klinik 1906 г.).

Про тѣ-же опухоли Orthmann<sup>10)</sup> пишетъ:

«Разрывъ псевдомуцинозныхъ кистаденомъ можетъ повести къ образованіямъ на брюшинѣ желеобразныхъ наслоевъ (gallertiger Auflagerungen)».

Такія псевдомиксомы относятся къ доброкачественнымъ, однако, для многихъ случаевъ, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, напр., Runge<sup>11)</sup>, подобный взглядъ неправиленъ, такъ какъ въ студенистыхъ массахъ неоднократно находили эпителиальныя разрознена, и на нихъ, слѣд., нужно смотрѣть, какъ на череносы. «Съ этимъ согласуются и клиническія наблюденія», говоритъ Runge. «Diese Fälle, пишетъ Abel<sup>12)</sup>, geben fast immer eine schlechte Prognose



in Bezug auf Dauerheilung. Die meisten Kranken gehen über kurz oder lang am Recidiv zu Grunde». Такого-же мнѣнія держится и *Pflanzenstiel*: «Die Pseudomyxome geben keine sehr gute Prognose», хотя онъ и признаетъ, что въ извѣстныхъ случаяхъ элементы опухоли, попавшіе въ брюшную полость, гибнутъ.

*Strassman* собралъ въ литературѣ 36 такихъ случаевъ. 44% больныхъ могли быть спасены только путемъ чревосчеченія; многія погибають, вѣроятно, вслѣдствіе всасыванія студенистыхъ массъ, въ 4 — 9 дней, безъ какихъ-либо характерныхъ явленій, но при лихорадкѣ [*F. v. Winkel* <sup>13)</sup>]. На 11-мъ Сѣздѣ нѣмецкихъ гинекологовъ въ Кіелѣ въ 1905 г. <sup>14)</sup>, когда разбирался 2-ой программный вопросъ «О дальнѣйшихъ результатахъ овариотоміи специально при анатомически сомнительныхъ опухоляхъ», *Pflanzenstiel* высказалъ слѣдующій взглядъ на псеидомуцинозные кистомы: «Псеидомуцинозная кистама въ общемъ даетъ хорошее предсказаніе при совершенномъ и кистомъ удаленіи ея посредствомъ операціи. Анатомической злокачественности у нея совсѣмъ нѣтъ. Имплантациі рѣдки и, въ противоположность псеидомиксомѣ брюшины, болѣею частью незначительны. Псеидомиксомы брюшины даютъ, напротивъ, дов. неблагоприятное предсказаніе. Вторичное раковое перерожденіе псеидомуцинозной кистомы, какъ и ея переносы, рѣдки. Въ 2 — 3% случаевъ, въ которыхъ операція была исполнена въ совершенствѣ, конечный исходъ—смертельный. Смерть наступаетъ при явленіяхъ раковаго худосочія». *Hofmeier* (Würzburg) въ томъ-же засѣданіи отнесъ псеидомуцинозные кистаденомы къ «анатомически несомнѣннымъ опухолямъ», псеидомиксомы-же, какъ и сосочковыя сывороточныя кистаденомы—къ сомнительнымъ.

*Döderlein* и *Krönig* <sup>15)</sup> въ своемъ руководствѣ о тѣхъ-же опухоляхъ пишутъ:

«Между этими пролиферирующими кистаденомами мы различаемъ дѣлѣ псеидомуцинозную и сывороточную сосочковую аденому и псеидомуцинозную и сывороточную кистаденому. Особую разновидность сосочковой кистаденомы составляетъ поверхностная сосочковая аденома (*adenoma papillare superficiale*) или *Oberflächenpapillom*, въ то время какъ особенность псеидомуцинозной кистаденомы, т. наз. псеидомиксомы, является вмѣстѣ съ псеидомиксомой брюшины *Werth's* (стр. 513).

Проф. Московскаго Университета *М. Н. Никифоровъ*, къ которому я обратился съ просьбой высказать свой личный взглядъ на псеидомуцинозные кистомы яичника и на отношеніе ихъ къ брюшинѣ, любезно прислалъ мнѣ слѣдующій отвѣтъ: «О коллоидныхъ (псеидомуцинозныхъ) кистамахъ яичника я выработалъ себѣ такого рода дѣленіе и схему: 1) гляндулярныя (или, какъ нѣкоторые авторы называютъ, эвертирующія формы) и 2) папиллярныя (или инвертирующія); послѣднія въ 2-хъ видахъ—а) простыя и б) пролиферирующія; пролиферирующій видъ тѣсно примыкаетъ къ папиллярнымъ ракамъ, въ которые онъ легко и переходитъ. Что касается значенія содержимаго всѣхъ этихъ кистомъ для брюшины, то при гляндулярныхъ и простыхъ папиллярныхъ формахъ возможно всасываніе попавшаго коллоида, или, въ крайнемъ случаѣ, его осумкованіе на брюшинѣ крупными ложными спайками и мелкими узелками (т. наз. псеидомиксомы брюшины). При пролиферирующихъ папиллярныхъ формахъ попаданіе въ брюшную полость можетъ вести къ обѣмненію и самостоятельному разрастанію на брюшинѣ попавшаго эпителия; послѣднее всегда бываетъ и идетъ на подобіе злокачественныхъ переносовъ при поверхностной папилломѣ яичника (эта папиллома или исходитъ самостоятельно изъ покровнаго эпителия яичника, или часто бываетъ результатомъ проростанія стѣнокъ кисты при папиллярныхъ формахъ), и еще болѣе въ случаяхъ раковаго превращенія папиллярныхъ формъ (кисты и поверхностной папилломы)».

Вообще сосочковую псеидомуцинозную аденокистому съ проростаніемъ стѣнокъ новообразованія и съ обѣмненіемъ брюшины трудно причислить къ опухолямъ доброкачественнымъ. «Клинически, говоритъ *Runge*, онѣ должны быть все-таки признаны злокачественными». «Эта злокачественность, писалъ *Ziegler* <sup>16)</sup>, заставляетъ отнести опухоль клинически въ группу карциномы, и

можно поэтому обозначить ее, какъ *cystocarcinoma papilliferum*. Покойный проф. *К. Θ. Славинскій* относилъ ихъ къ ворсистымъ ракамъ.

Относительно оперативнаго лѣченія при сосочковыхъ кистамахъ яичника проф. *В. Θ. Снегиревъ* <sup>17)</sup> высказываетъ слѣдующій взглядъ:

«Доведеніе до конца операціи при злокачественныхъ опухоляхъ можетъ быть только вреднымъ для больной, такъ какъ оно отнимаетъ отъ нея послѣдніе дни жизни. Это особенно относится къ опухолямъ диссеминированнымъ. Исключеніе могутъ составить папилломы и папиллярныя проростанія въ кистамахъ и ихъ диссеминаціи по всей тазовой и брюшной полости. Въ этихъ случаяхъ получались иногда удивительные результаты: больныя жили по годамъ, пользуясь лучшимъ здоровьемъ, чѣмъ до операціи, не смотря на то, что объ удаленіи всей диссеминированной опухоли не могло быть и рѣчи».

Къ сожалѣнію, проф. *В. Θ. Снегиревъ* не указываетъ смертности, т. е. сколько-же именно лѣтъ (болѣе точно) жили больныя съ новообразованіями, ростъ которыхъ, по проф. *М. Н. Никифорову*, «идетъ на подобіе злокачественныхъ переносовъ». Вѣдь, нельзя-же больную считать внѣ опасности, если у нея объ удаленіи разсѣявшейся по ея тѣлу опухоли не можетъ быть и рѣчи. Повторяю, къ этимъ опухолямъ, разумѣя ихъ доброкачественность, слѣдуетъ относиться съ большою осторожностью. Съ другой стороны, какъ было сказано выше, псеидомуцинозные кистаденомы всѣ авторы относятъ къ новообразованіямъ доброкачественнымъ, хотя-бы и съ присутствіемъ эпителия, вырабатывающаго псеидомуцинъ, послѣ-же разрыва такихъ кистъ и попаданія содержимаго ихъ въ брюшную полость: а) къ относительно злокачественнымъ и б) къ злокачественнымъ безусловно. Въ первомъ случаѣ получается перитонитъ отъ раздраженія брюшины свободными студенистыми массами (*Fremdkörperperitonitis*), которыя то могутъ всосаться, то повести къ смерти; во второмъ—имѣются настоящіе переносы съ атипическимъ ростомъ эпителиальныхъ элементовъ, т. е. *cysto-adenocarcinom*ы. Псеидомуцинозные кистаденомы встрѣчаются также съ эмбриомами (*Orthmann*).

Мой случай по характеру содержимаго кистомы и стѣнокъ ея подходитъ подъ псеидомиксому; однако, не смотря на огромную величину опухоли, разрыва послѣдней не произошло, т. е. не образовалось псеидомиксомы брюшины. Очевидно, одной величины такого строенія опухоли для разрыва еще недостаточно.

Всѣ вообще сосочковыя формы кистомъ гораздо легче переходятъ въ злокачественныя.

Еще недавно мнѣ пришлось видѣть больную, которую я оперировалъ 3 года назадъ въ Московской Сокольниковской больницѣ по поводу сосочковой пролиферирующей кистаденомы. Тогда микроскопическое изслѣдованіе не обнаружило рака. Теперь у этой больной при пробномъ чревосчеченіи по поводу новой опухоли въ животѣ я встрѣтился съ такими раковыми узлами въ брюшной полости, что долженъ былъ отказаться отъ какой-либо коренной операціи. Одинъ изъ узловъ прилегалъ непосредственно къ рубцу въ брюшной стѣнкѣ и вросъ въ послѣднюю.

Интересъ описываемаго случая сосредоточивается на величинѣ опухоли и главнымъ образомъ на ея распознаваніи. Лудосочный видъ больной («*facies ovarica*» *Spencer Wells's*), встрѣчающійся и при злокачественныхъ опухоляхъ живота («*facies abdominalis*»), сравнительно быстрый ростъ опухоли (по словамъ, правда, неинтеллигентной больной—6 мѣс.), опухоль ногъ въ началѣ болѣзни, бугристость новообразованія со стороны праваго свода, сильная припухлость паховыхъ железъ—все это давало поводъ подозрѣвать, не имѣется-ли здѣсь дѣло съ злокачественнымъ новообразованіемъ яичника? Нѣкоторыя колебанія звука при выстукиваніи въ зависимости отъ измѣненія положенія больной наводили также мысль и на присутствіе въ полости живота водяночной жидкости». *Ascites*, пишетъ *Mar Henkel* <sup>18)</sup>, mit grosser Flüssigkeitssammlung kann zu Verwechslung mit entsprechend grossen Ovarientumoren führen. Die Differentialdiagnose, namentlich schlaffen Cysten gegenüber, ist oft schwierig». Что болѣзнь бугристая кисты яичника и до сихъ поръ еще могутъ иногда представлять извѣстныя трудности для распознаванія, съ этимъ, я думаю, согласится каждый гинекологъ. Чѣмъ болѣе видишь разнообразныхъ опухолей въ

брюшной полости, тѣмъ осторожнѣй становишься съ распознаваніемъ.

Я живо помню одинъ случай въ Сокольнической больницѣ въ Москвѣ, въ которомъ мнѣ пришлось дѣлать 6 назадъ оказывать больной оперативную помощь совмѣстно съ С. И. Галицкимъ. Больная, 72 л., пролежавъ нѣкоторое время въ одной изъ Московскихъ клиникъ съ распознаваніемъ рака въ брюшной полости (сальника?), попала въ Сокольническую больницу. Въ виду сомнѣнія въ распознаваніи мы рѣшили оперировать. При чрезвѣщненіи оказалась пролиферирующая железистая киста. Больная хорошо перенесла операцію и совершенно выздоровѣла. Здѣсь больше всего при распознаваніи, повидимому, вводитъ въ заблужденіе возрастъ больной.

Прежде, чѣмъ прибѣгнуть къ чрезвѣщненію у описанной выше больной, я прамѣнилъ въ лѣчебницѣ пробный проколъ троакарномъ, дабы убѣдиться, имѣется-ли въ дѣйствительности пропотъ? Проколъ далъ только студенистое содержимое съ примѣсью крови. Для меня стало ясно, что мы имѣемъ предъ собой кистовидную огромную опухоль яичника, вѣроятно, склеенную съ пристѣночнымъ листкомъ брюшины. Проколъ протекъ безъ всякой реакціи. Хотя пробный проколъ при новообразованіяхъ яичника—мѣтропріятіе старое, рискованное, и примѣняется лишь въ исключительныхъ случаяхъ, однако значенія его нельзя отвергать совершенно, такъ какъ онъ иногда можетъ давать цѣнныя указанія \*). Интересно также, что при такой огромной опухоли яичника не было срощеній ея съ кишками.

Затѣмъ еще одинъ фактъ, на который слѣдуетъ обратить вниманіе; это—исчезновеніе набуханія паховыхъ железъ послѣ удаленія опухоли. Безъ сомнѣнія, увеличеніе железъ зависѣло здѣсь отъ расстройства въ кровообращеніи.

Источники. 1. J. Z. Faure. Chirurgie des annexes de l'uterus. Paris. 1902.—2. О. А. Соловьевъ. Къ казуистикѣ большихъ кистъ яичника. «Русскій Врачъ», 1904 г., № 25.—3. Pfachler. «Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte», 1904 г., № 47.—4. O'shaugen. Krankheiten der Ovarien. Рук. къ общей и частной хирургіи Pith'y и Billroth'a, 1879 г.—5. Maritan. «Gazette médicale de Paris», 1893 г., № 2.—6. L. Galles. Histoire des kystes de l'ovaire. Bruxelles. 1873 г.—7. Olshausen. Handbuch d. Gynaekologie Veit'a. т. 3, 1-ая половина, стр. 318.—8. Basso. «Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie», т. XXII, 1905 г., ноябрь.—9. Koblanck. Erkennung und Behandlung der Eierstockskrankheiten. «Deutsche Klinik», 1904 г.—10. Ortmann. Vademecum f. histopathologische Untersuchungen in der Gynaekologie.—11. Runge. Учебникъ гинекологіи, 1902 г.—12. Abel. Vaginale und abdominale Operationen. Berlin. 1903 г.—13. F. v. Winckel. См. мою работу—«Къ вопросу объ удаленіи кисты яичника чрезъ влагалище». «Русскій Врачъ», 1902 г., № 42.—14. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1905 г., № 26.—15. Döderlein u. Krönig. Operative Gynaekologie, 1905 г.—16. Ziegler. Lehrbuch d. speziellen pathologischen Anatomie. Jena. 1898 г., стр. 834—836.—17. В. О. Снегиревъ. Маточныя кровотоки. Отдѣлъ о чрезвѣщненіяхъ. Москва. 1900 г., стр. 723.—18. Max Henkel. Gynaekologische Diagnostik. Berlin. 1905 г.—19. Dumreicher. «Wochenblatt d. Wiener Aerzte», 1866 г.

СХХІ. Изъ дѣтскаго отдѣленія безплатной вольницы Императора Николая II при Киевскомъ Покровскомъ монастыѣ.

### Тяжелый случай гриппа у 7-лѣтней дѣвочки (influenza gravis).

Ч. пр. А. О. Карницкаго.

Заболѣванія гриппомъ у дѣтей равнаго возраста встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ въ дальнѣйшіе періоды ихъ жизни. Характеръ заболѣванія бываетъ самый разнообразный, что съ очевидностью выступаетъ для врача, подолгу принимавшаго дѣтей въ обширныхъ амбулаторіяхъ. Въ то время, какъ у маленькихъ дѣтей, особенно грудного періода, гриппъ носить въ большинствѣ случаевъ характеръ общаго зараженія и отравленія (токсинфекціи), дѣти старшаго возраста уже слабѣе отвѣчаютъ на это общее зараженіе организма гриппознымъ ядомъ, и у нихъ мѣстныя пораженія различныхъ органовъ—главнымъ об-

\*) Прежде проколъ производили часто. Dumreicher \*) сообщаетъ объ одной больной, которой проколъ чрезъ пупокъ съ цѣлью исследования сдѣлали 70 разъ.

разомъ дыхательныхъ путей, желудочнокишечнаго канала и нервной системы—преобладаютъ въ картинѣ болѣзни. Присутствіе палочки Pfeiffer'a не всегда, однако, удается доказать въ разнообразныхъ формахъ гриппа, и потому характеръ болѣзненной формы, принимаемой за этотъ послѣдній, часто остается подъ сомнѣніемъ. Какъ извѣстно, Pfeiffer'овскую палочку находили въ самыхъ разнообразныхъ органахъ и при болѣзняхъ, повидимому, имѣющихъ мало сходства между собой. Такъ, напр., Necht<sup>1)</sup> и Jundell<sup>2)</sup> нашли ее въ мозгу при гнойномъ менингитѣ, Н. А. Морозовъ<sup>3)</sup> и Bertini<sup>4)</sup>—при цереброспинальномъ менингитѣ, Bonome<sup>5)</sup>—при острой атрофіи печени и т. д. Нѣтъ ничего удивительнаго поэтому, что попадаются случаи, гдѣ клиническое теченіе болѣзни значительно отличается отъ обычной, такъ сказать, ежедневной картины гриппа и гдѣ врачъ сталкивается съ большими затрудненіями при рѣшеніи вопроса, съ чѣмъ онъ имѣетъ дѣло.

Нижеописываемый случай, касающійся 7-лѣтней дѣвочки, представляетъ значительный клиническій интересъ въ томъ отношеніи, что при распознаваніи въ немъ пришлось выбирать между 3-мя (даже 4-мя) совершенно различными клиническими формами болѣзни—скарлатиной, дифтеріей и гриппомъ (а также железистой лихорадкой Pfeiffer'a). Повидимому, что можетъ быть общаго между этими 3-мя разнородными болѣзнями, а между тѣмъ объективные и субъективные признаки ихъ представляются иногда въ такомъ сочетаніи, что приходится напрягать усиліе, чтобы сдѣлать правильное распознаваніе, да и то оно не всегда бываетъ точнымъ, а остается лишь вѣроятнымъ.

Обсужденіе описываемаго мною случая нѣсколько затрудняется отсутствіемъ свѣдѣній о предшествовавшемъ состояніи здоровья ребенка, который былъ принятъ въ отдѣленіе спустя 2 недѣли отъ начала заболѣванія. Такъ какъ дѣти съ острозаразными сыпными формами въ больницу не принимаются, на амбулаторномъ приѣмѣ \*) а съ особымъ вниманіемъ разспрашивалъ мать о скарлатинѣ. Ни рвоты, ни опухоли на шеѣ, ни какой-бы то ни было сыпи, ни рѣзкой боли въ глоткѣ, ни боли въ ушахъ мать не наблюдала. Она рѣшительно заявляла, что ребенокъ сразу заболѣлъ жаромъ и сильнымъ кашлемъ, и такъ дѣло тянулось въ теченіи 2-хъ недѣль. Исслѣдованіе кожи на шелушеніе дало отрицательный результатъ.

Хорошо развитая, но очень блѣдная дѣвочка. Голосъ сильный; рѣчь невнятная, гнусавая, какъ будто послѣ дифтерійнаго пораженія мягкаго нѣба. Глотаетъ свободно; жидкость не вытекаетъ черезъ носъ. Отековъ на тѣлѣ нѣтъ. Языкъ слегка обложенъ. Катаральный стоматитъ и катаръ задней стѣны глотки. Зѣва очень красная. Животъ вздутъ, но не сильно. Ни опухоли, ни затвердѣнія, ни свободной жидкости въ немъ нѣтъ. Печень и селезенка не прощупываются. Въ сердцѣ 2 чистыхъ тона, при чемъ 1-ый слегка глуховатъ. Въ легкихъ—катаральные хрипы (созвучные и отчасти свистящіе), ослабленіе дыхательнаго шума, начался отъ уровня верхняго угла правой лопатки и небольшое притупленіе звука. Кашель сильный, но не частый. Пульсъ слабый 120; дых. 30. Позывъ на стулъ плохой. На низъ правильно. Въ мочѣ ни бѣлка, ни сахара. Температура въ первые 10 дней пребыванія ребенка въ болѣзницѣ была слѣдующая: 37°,1 (веч.); 37°—39°; 38,2—37°,6; 36°,4—37°,7; 37°,8—38°,6; 37°,6—39°; 37°,5—37°; 38°,5—39°,2; 38°,8—37°,8; 37°,5—39°. За эти дни въ мочѣ и испраженіяхъ ребенка не было ничего особаго. Печень и селезенка не прощупывались. Позывъ на стулъ все время былъ плохой. Общая разбитость и слабый пульсъ заставляли прибѣгать временами къ горячему кофе и чаю, послѣ чего пульсъ становился лучше и полнѣе. Катаральныя явленія въ легкихъ постепенно уменьшались, и черезъ 8 дней не было уже ни кашля, ни хриповъ. Къ этому же времени и голосъ ребенка сталъ немного чище и громче, а рѣчь внятнѣе, и общее состояніе улучшалось. Стала сама пологать горло, тогда какъ раньше это не удавалось (вѣроятно, отъ слабости). Такъ какъ явленія въ легкихъ были выражены слабо и постепенно исчезали, а рѣзкая краснота зѣвы съ отдѣленіемъ слизистогнойной мокроты и возбуждала подозрѣніе на какое-нибудь мѣстное зараженіе, то я просилъ ч. пр. Н. П. Трофимова осмотрѣть зѣву и гортань ребенка. При этомъ изслѣдованіи обнаружена лишь очень рѣзкая краснота слизистой оболочки въ зѣвѣ и гортани. Микроскопическое изслѣдованіе слизистогнойной мокроты на дифтерійныя палочки дало отрицательный результатъ, но за то въ препаратахъ найдены были палочки, похожія на Pfeiffer'овскія палочки гриппа.

Черезъ 10 дней, когда измѣненія въ легкихъ почти уже ис-

\*) При болѣзницѣ имѣется отдѣльная обширная амбулаторія по всемъ специальностямъ, между прочимъ, и ежедневная амбулаторія по дѣтскимъ болѣзнямъ.

чезли, появились сильный понос, 8 раз в сутки; слабо отчетливо жидкими и водянистыми испражнениями. При микроскопическом исследовании я напел в испражнениях множество бактерий (очень подвижных), крахмальные зерна, растительных клеток и волокон; гноя, слизи и животных чужеродных не обнаружено. Отсутствие переваренных волокон мяса (обычно наблюдаемых в испражнениях у детей) объясняется тем, что ребенку мяса не давали вовсе. В течение следующего 8 дней главным проявлением болезни был понос, сильно ослабивший ребенка, так что снова пришлось прибегнуть к горячему кофе, чаю, вину и висмутовой микстуре на кофейном настое. Особенно слаб был ребенок утром того дня, когда температура упала за ночь на  $4^{\circ}$  (с  $39,1$  на  $35,2$ ). За это время селезенка и печень заметно увеличились и стали ясно прощупываться под подреберьями. Живот немного надулся, но особой болезненности при ощупывании в нем не было, как не было и свободной жидкости.

С 24/х, т. е. 2 недели спустя по поступлении и 4 недели от начала заболевания, появилось сильное шелушение кожи на шее, на животе и на груди, немного меньше на спине, руки были совершенно свободны от шелушения. По характеру шелушение совсем не походило на скарлатинное и скорее напоминало шелушение после кори или, впрочем, наблюдаемое при некоторых длительных болезнях у детей (напр., при бугорчатке, бланкочении, болезни *Hodgkin'a* и т. п.), когда роговой слой кожи (преимущественно на шее, на груди и на туловище, реже на конечностях) слущивается частью в виде мучнистой пыли, частью в виде тоненьких, мелкозернистых пластинок. Краснота в полости рта уменьшилась, но все еще была заметна; при исследовании в нем иногда можно было видеть порядочное количество слизистогнойной, тягучей мокроты. В легких все пришло к норме. Говорила девочка все еще в нос, гнусливо. Моча кислой реакции, уд. в. 1,004—1,010.

С 27/х (т. е. на 5-ой недели болезни) в моче найдены следы белка. Температура с 19/х по 28/х была такая:  $38,5-38,8$ ;  $38,6-39,2$ ;  $38,2-39,1$ ;  $35,2-38,2$ ;  $36,2-38,6$ ;  $36,6-38,9$ ;  $36,6-39,1$ ;  $38,6-39,3$ ;  $38,7-36,4$ ;  $37,4-39,3$ . Появился сильный кашель; в легких слышны разнородные катарральные хрипы, крупного калибра, в небольшом количестве, а около верхнего угла правой лопатки — бронхиальный выдох; в нижнезадних и боковых частях правой стороны груди сухие и влажные хрипы среднего калибра, в небольшом же количестве, исчезающие после откашливания. Краснота в зеве меньше, но все еще держится; слизи меньше. Испражнения гораздо гуще. В моче заметное количество белка, много белых кровяных тельцев, в небольшом количестве эпителий мочевых путей и мочевых соли; нередко встречаются стекловидные цилиндры, покрытые мочевыми солями.

С 30/х — коревая сыпь по телу. Переведена в заразный барак. Корь протекала благополучно, и с 4/1 температура по утрам стояла ниже  $37^{\circ}$  ( $36,3-36,5$ ), а вечерами повышалась до  $38^{\circ}-39^{\circ}$ . Небольшой понос со слизью и кашлем.

С 13/1 — рвотное повышение температуры (точно не отмечено); кашель усилился; появились мелкопузырчатые хрипы, на этот раз в левом легком, в нижнезадней части груди от угла лопатки и ниже. К 22/1 ребенок представлял следующую картину: сильное шелушение кожи, местами в виде отрубевидных, мелких чешуек, местами в виде очень тоненьких пластинок; особенно шелушились шея и грудь; на конечностях шелушение было незначительное. В полости рта все еще держалась небольшая краснота и отделялась слизь. Живот был увеличен, напряжен, но не болезнен; в полости его слышалась свободная жидкость, уровень которой был палец на 2 выше пупка. Отеков не было. В левом легком внизу и сзади, начиная от нижнего угла лопатки, имело место притупление, ослабленное везикулярное дыхание, множество влажных хрипов среднего калибра, при глубоком вздохе слышны были и мелкие, низкие хрипы. Голосовое дрожание здесь было ослаблено. В правом легком слышны были разнородные созвучные хрипы. В сердце два чистых звука. Сильная бледность, истощение. Пульс слабый, 90; дых. 26. Кашляла очень часто, но мокроты не откашливала. В добытой раздражением надгортанника и ватой на вату мокроты Косчовских палочек не найдено, но в ней содержались какие-то нехарактерные палочки. Мочи на сутки 950 к. стм., уд. в. 1,007; в ней было немного белка; белых кровяных тельцев не было; попадались стекловидные цилиндры, 2—3 в препарате. Испражнения очень частые и водянистые.

20/1—30/1: Понос под влиянием диеты, обеззараживающих и вяжущих средств (каломель, бензонафтол, салол, висмут, танальбин) прошел; испражнения стали нормальными. Жидкость в полости левой плевры всосалась; хрипы исчезли, кашель почти прошел. Свободная жидкость в полости живота держалась на 1 палец выше лобка. Кожа продолжала шелушиться. Вид ребенка бодрее; появился позыв на еду. Все еще лежал или сидел, но не вставал с постели от слабости. Исследование мочи 28/1 дало: белок есть; много гнойных тельцев; нередко попадаются зернистые цилиндры, покрытые мочевыми солями. Мочи в общем достаточно. Краснота зевы почти незаметна, но слизь временами все еще отделяется. Температура за это время была:  $36,3-37,3$ ;  $36,6-37^{\circ}$ ;  $36,4-37^{\circ}$ ;  $36,8-36,4$ ;  $35^{\circ}-36,8$ ;  $36,5-37,2$ ;  $36,6-37^{\circ}$ ;  $36,6-36,6$ ;  $36,7-36,9$ ;  $36,5-37,2$ .

31/1—6/1: Постепенное улучшение общего состояния. Жидкость в полости живота еще держится (на палец выше лобка). Иногда появляются катарральные хрипы то в левом, то в правом легком. Печень прощупывается. На правой брови припухлость в виде кругловатой, с грецкой орех, опухоли, покрытой корками. На низ правильно; позыв на еду усиливается. Кожа все еще шелушится, не смотря на частые ванны. Температура за это время:  $36,1-38,3$ ;  $36,8-37,8$ ;  $3,2-39,5$  (появление и созрвание небольшого гноинка на брови);  $36,8-37,4$ ;  $36,3-36,8$ ;  $36,5-36,4$ .

6/1—20/1: Шелушение медленно исчезает, упорно держится только по бокам. Жидкости в полости живота то больше, то меньше, то она совсем не определяется. На низ правильно; позыв на еду повышенный; просит орехов, пряностей, сладостей. С 13/1 моча уже не содержит белка и форменных элементов. Разрешена мясная котлета. Рвотное увеличение печени: выдается палец на два из подреберья; край ее ровный, неплотный.

С 24/1 по 7/1, когда девочка была выписана, температура ниже  $37^{\circ}$ . Шелушение прекратилось в начале марта.

При выписке: Заметно пополнила и имела цветущий вид. С 22/1 (весь 38 фунт.) увеличилась в весе на 15 фунт. (7/11 в вес 1 п. 13 ф.). Живот все-таки несколько велик и вздут; жидкости в нем не определяется. Печень еще слегка прощупывается. Позыв на еду прекрасный; на низ правильно. Кашля нет. Легкие везде свободны.

В распознавательном отношении случай этот представлял известные трудности. Картина припадков в начальном периоде болезни (острое начало с жаром и кашлем, отсутствие рвоты, никакой опухоли в шейной или подчелюстной области, никакой сыпи или боли в ушах, даже в глотке) давала, по видимому, основание распознать грипп, который к концу 2-ой недели осложнился глубоким односторонним бронхитом и, быть может, воспалительным гнздом в нижней доле правого легкого (ослабление дыхательного шума, небольшое притупление звука, хрипы). Лишь один припадок смущал мою распознавательную логику, а именно — гнусливая, невнятная рвча и соответственно этому рвкое поражение зѣва и задней стѣнки глотки (*pharyngolaryngitis acutissima*), наводившая на мысль, что, быть может, здесь дѣло идет не о гриппѣ, а, скорѣе, о послѣдифтерійномъ гриппозномъ заболѣваніи бронховъ и легочной ткани. Тогда первичной болѣзнью ребенка нужно было-бы признать дифтерію зѣва (просмотрѣнную матерью), а гриппозное поражение глотки и дыхательныхъ путей слѣдовало-бы разсматривать, какъ заболѣваніе вторичное. Отсутствие дифтерійныхъ палочекъ въ слизисто-гнойной мокротѣ больной и, наоборот, присутствие въ ней палочекъ, похожихъ на гриппозныя, указывало-бы, что первыя погибли въ борьбѣ со вторыми. Противъ такого предположенія говорить, однако, слѣдующее: 1) болѣзнь началась сразу жаромъ и кашлемъ; 2) не смотря на рѣзкую красноту зѣва и задней стѣнки глотки, покрытой обильной слизисто-гнойной мокротой, исследование зеркаломъ обнаруживало лишь острый катарръ глотки и гортани; 3) глотаніе было совершенно свободно, и проглоченная жидкость никогда не выливалась черезъ носъ: ребенокъ ни разу даже не поперхнулся, что было-бы при дифтерійномъ поражении мягкаго неба.

Такимъ образомъ мысль о дифтеріи зѣва, какъ о первичной болѣзни, должна была уступить мѣсто другой, болѣе соответствующей клиническимъ даннымъ, а именно — мысли о необычной формѣ гриппа, заразное начало котораго, помимо обычнаго своего мѣстоположенія въ слизистой оболочкѣ носа и верхнихъ частяхъ дыхательныхъ путей, сильнѣе всего поразило въ данномъ случаѣ зѣвъ, заднюю стѣнку глотки и слизистую оболочку гортани ребенка. Всѣ дальнѣйшіе припадки, отмѣченные въ исторіи болѣзни до заболѣванія ребенка корью (рѣзкій 8-дневный поносъ по окончаніи бронхита и пеймоніи, увеличеніе селезенки и печени, нефритъ и нехарактерное шелушеніе въ концѣ 4-ой недѣли, вторичное появленіе бронхита въ той-же правой  $1/2$  груди) могли-бы быть объяснены и истолкованы еще съ точкою зрѣнія нераспознанной, замаскированной скарлатины, тѣмъ болѣе, что у больной наблюдались нефритъ (въ концѣ 4-ой недѣли болѣзни) и шелушеніе кожи. Однако, я рѣшительно высказываюсь противъ такого толкованія и стою за гриппозное зараженіе; нефритъ встрѣчается и при гриппѣ (см. мой отчетъ о больномъ дѣтскомъ отдѣленіи Императорскаго Николая II при Кіевскомъ Университетѣ).

монастырь за 1904/5 г. г.\*), а шелушение здесь было во всем много свойства, чем при скарлатине. Кроме того, имело достаточно признаков гриппа (жар и кашель с самого начала болезни, поражение задней стенки глотки и гортани, палочки в мокроте), и не было ни одного признака скарлатины—ни рвоты, ни сыпи, ни опухоли шейных и подчелюстных желез. Характерно, что фаринголарингит был выдающимся и упорным проявлением болезни почти во все время течения ее; он тянулся, постепенно улучшаясь, и во время кори. Замечательно еще, что легкая сама по себе корь дала в дальнейшем течении болезни очень тяжелую картину одновременного поражения легких, кишечника и брюшины (разлитой бронхит, левосторонний пнеймо-плеврит, сывороточный перитонит и резкий энтероколит). Подозрение на возможность развития у ребенка послекоревой бугорчатки было устранено, с одной стороны, исследованием мокроты (отсутствие Коч'овских палочек и наличие палочек, похожих на палочки гриппа), а, с другой, и главным образом—дальнейшим течением болезни и наступившим полным выздоровлением.

Съ большой натяжкой можно было бы говорить еще о той форме идиопатического воспаления лимфатических желез на шее («железистой лихорадки», Pfeiffer'a), которая дает иногда тяжелые осложнения в виде поражений почек, забрюшинных желез, кишечных расстройств и т. п. (ч. пр. А. А. Кисель<sup>6</sup>), проф. Л. Л. Барменев<sup>7</sup>), К. А. Раухфус<sup>8</sup>), Heubner<sup>9</sup>), Hainebach<sup>10</sup>) и др.).

Такое предположение вполне оправдывалось бы существованием у больной начального поражения глотки и наличием гриппозных палочек в отделяемом. Недоставало только самого главного признака, по которому болезнь и получила свое название—острого опухания шейных лимфатических желез. Ни в начале, ни в дальнейшем течении болезни нельзя было отметить ни более или менее выраженного припухания, ни болезненности шейных лимфатических желез, ни по бокам жевательных мышц (боковые глубокие железы шеи), ни под их брюшком (верхние глубокие). Каковы бы ни были причины (а они могут быть в разном виде) воспаления носоглоточного пространства (включая сюда и форму Pfeiffer'a), присутствие в отделяемом задней стенки глотки палочек гриппа, с одной стороны, и отсутствие увеличения шейных лимфатических желез, с другой, дают право предположить, что дело имело, по всей вероятности, с тяжелым гриппозным заражением, которое резко всего выразилось в местном поражении зѣва, задней стенки глотки и слизистой оболочки гортани. Отсутствие припухания лимфатических желез на шее и затылке никоим образом не может говорить против такого толкования: мы неоднократно приходилось убеждаться в амбулатории, что при резком фарингите и рините часто вовсе не бывает опухания шейных лимфатических желез. Местный очаг гриппозного заразного начала, не поражая заметным образом шейных лимфатических желез, служил источником последовательного поражения бронхов, легочной ткани, кишечника и почек. Случайное заражение корью лишь усилило то, что уже было сделано и подготовлено гриппозной заразой.

Случай, подобный описанному, встречаются не часто. Нужно, однако, иметь при этом в виду, что в сомнительных случаях гриппа всегда следует производить исследование и на Коч'овские палочки, и на палочки гриппа. Тяжелая картина болезни, производящая иногда впечатлительное развивающейся бугорчатки, сразу получает другое толкование, если повторное исследование на палочки Коч'a не увенчалось успехом. Наличие в таких случаях палочек гриппа (или похожих на них) дает основание считать благоприятное предсказание и при формах, повидимому, безнадежных для полного выздоровления.

Литература: 1. Hecht. Grippe und eitrige Meningitis mit dem Befunde der Influenzabacillen. «Jahrbuch für Kinderheilkunde»; т. 57. VII. т. 3.—2. I. Lundell. Zwei Fälle von Influenzabacillenmeningitis. Там же, т. 59. XXIX.—3. Н. А. Морозов. «Детская Медицина», 1904 г., № 2.—4. F. Bertini.

\*) Печатается в текущем году.

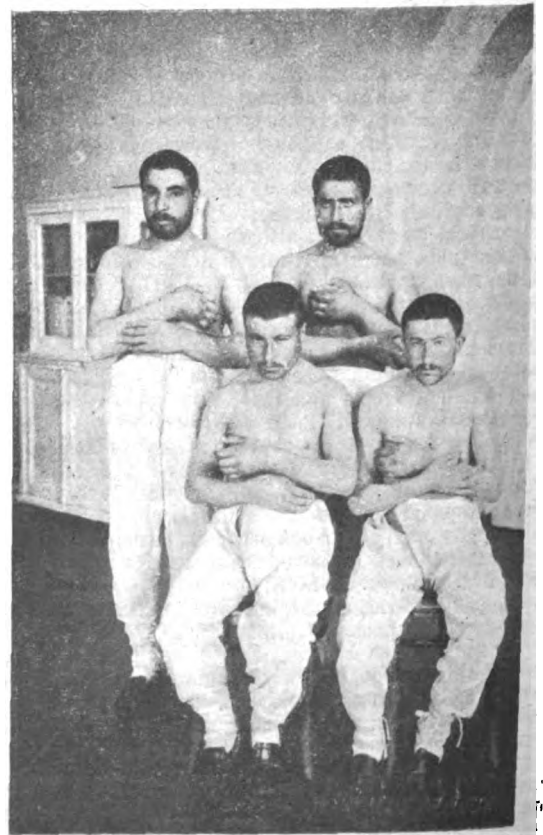
«Rivista di clinica Pediatrica», 1904 г. IX.—5. Ч. пр. А. О. Карницкий. Отчет о больных детского отделения больницы Императора Николая II за 1904/5 г. г. см. Общій отчет врачей за эти года. Киев, 1906 г.—6. Ч. пр. А. А. Кисель. Къ вопросу о тяжелой форме железистой лихорадки. «Русский Врач», 1904 г., № 22.—7. Проф. Л. Л. Барменев. Къ вопросу о железистой лихорадке. «Детская Медицина», 1905 г. № 2.—8) К. А. Раухфус. 2 случая железистой лихорадки E. Pfeiffer'a «Труды Общества детских врачей в Петербурге», 1890 г., вып. 1.—9. Heubner O. «Jahrbuch für Kinderheilkunde», 1889 г., т. XXIX, т. 3.—10. Hainebach. «Deutsche medic. Wochenschrift», 1899 г., № 26.

## СХХII. Травматический отек кисти и стопы искусственного происхождения. (Распространенный тромбоз тыловых вен).

Ассистента госпитальной хирургической клиники в Киев С. Л. Тимофьева.

Съ начала русско-японской войны в Киевской военной госпиталь стали поступать больные съ отеками то одной руки, то одной ноги<sup>1)</sup>. Такие формы представляют интерес, как новинка, а, главное, заставляют врача принять на себя серьезную роль эксперта.

Дѣло идет о плотномъ (плотности окоченѣвшей мышцы), упругомъ, равномерномъ, подушкообразномъ припуханіи тыла кисти или стопы, постепенно уменьшающемся кверху (см. свѣтописные снимки, приготовленные В. Г. Бериманомъ). Отекъ захватываетъ и пальцы, при чемъ большой палецъ руки или остается совершенно нормальнымъ, или припухаетъ лишь слегка. Окружность кисти или стопы увеличивается на 8—10 см. Цвѣтъ кожи дѣлается розовато-синеватымъ, а иногда по краямъ припухания—мраморнымъ. Кожа на ощупь представляется мягкой (бархатистой), гладкой, не шелушится, не беретъ въ складку. Температура конечности на 0°,5 ниже, чѣмъ на здоровой конечности, или одинаковая съ ней. Давленіе пальцемъ оставляетъ ничтожную ямку, мало замѣтную еще и потому, что мѣсто давленія остается окрашеннымъ и блѣднѣетъ лишь слегка.



Снимокъ 1.

<sup>1)</sup> Отдельные случаи наблюдались, по словамъ консультанта госпиталя М. А. Галина, и раньше, а именно—со времени появления впервые въ частяхъ войскъ Киевскаго округа добровольцевъ и солдатъ съ Кавказа, т. е. съ 1899 г.





Снимок 2.

Біеві артерій, за виключенієм тыльной артерій стопы, остається яснимъ, вены же на тылѣ кисти и стопы дѣлаются совершенно незамѣтны. Болевая чувствительность и въ свѣжихъ случаяхъ, и въ старыхъ (самый старый изъ наблюдавшихся въ клиникѣ отековъ былъ 8-мѣсячной давности) замѣтно понижается, особенно въ центрѣ припухавія. Электровозбудимость нервовъ и мышцъ въ свѣжихъ случаяхъ остается нормальной, въ старыхъ же понижается, но не показываетъ реакціи перерожденія. Мышцы выше лежащихъ частей (плеча, бедра) въ старыхъ случаяхъ остаются мягкими, а окружность ихъ уменьшается на 1—3 см. Суставы остаются совершенно подвижными, и не даютъ хруста. Кости при рентгенизаціи измѣненій не представляютъ. Сосудисто-нервные пучки не уплотняются, остаются безболѣзненными, и лишь въ старыхъ случаяхъ иногда замѣчается болѣзненность по ходу нерва.

Функциональныя разстройства на рукѣ сказываются не-возможностью свести кисть въ кулакъ, а на стопѣ изрѣдка наблюдается нестойкое *pes equino-vagus*. Ходятъ больные съ «отекъ» стопы, хромя, а нѣкоторые наступаютъ или только на большой палецъ, или на наружный край стопы, иногда отводятъ ногу, поворачиваютъ ее кнаружи и въ этомъ, самомъ неудобномъ для ходьбы положеніи, взмахивая руками и высовывая больную ногу каждый разъ впередъ, скользятъ по землѣ.

При подробномъ осмотрѣ надъ мизинцемъ кисти или стопы въ свѣжихъ случаяхъ замѣчаются болѣе или менѣе грубо выраженныя темносинія пятна (иногда и фіолетовыя), а при медленномъ поглаживаніи въ кожѣ выступаютъ многочисленныя, не исчезающія отъ давленія, точечныя, фіолетоваго цвѣта, звѣздчатыя кровоизліянія (эти мѣста принимались нѣкоторыми за слѣды отъ вкола иглы). Эти звѣздчатыя кровоизліянія держатся въ кожѣ все время отека (появляются свѣжія), тогда какъ темносинія пятна исчезаютъ раньше, оставляя иногда по себѣ лимонно-желтое окрашиваніе (синяки). Отмѣчена еще одна странность: массажъ, ходьба, горячія ванны и компрессы усиливаютъ отекъ и вызываютъ непереносимую жгучую боль; неподвижныя повязки остаются безъ результата; при подвѣшиваніи же конечности «отекъ» исчезаетъ безъ слѣда. Ни въ одномъ изъ извѣстныхъ мнѣ 30 случаевъ (въ го-

спиталѣ такихъ больныхъ было до 60—70 чел.) «отекъ» не исчезъ произвольно \*).

Сначала съ такими «отеками» появились исключительно состоявшіе уже на дѣйствительной службѣ армяне (22 чел.), потомъ евреи (6), татары (2) и 1 русскій—все изъ частей, готовившихся къ выступленію на Дальній Востокъ. Поступили они въ госпиталь черезъ 3—5 дней отъ начала заболѣванія, т. е. въ свѣжихъ случаяхъ его, и все указывали на травму, какъ на причину болѣзни. Говорили о подворачиваніи конечности, о паденіи сундука, доски, ящиковъ, гирь и т. п. тяжестей на ногу, объ ударѣ рукой о столъ, о дверь и т. д. Травма всеми указывалась разовая. Но противъ такого указанія, какъ понятно, само собой, говорить повседневный опытъ: при травмѣ, гдѣ кости остаются нетронутыми, припуханіе бываетъ неравномерное; кромѣ того, остается замѣтнымъ мѣсто приложенія силы въ видѣ ссадинъ либо размозженія тканей, или же оно обозначается болѣе сильнымъ кровоподтекомъ. Разовая травма такихъ «сухихъ» областей, какъ тылъ стопы и кисти, даетъ грубый кровоподтекъ, и для того, чтобы получилась стойкая опухоль тыла стопы или кисти, необходимо поврежденіе надкостницы и костей. Въ такихъ случаяхъ опухоль зависитъ отчасти и отъ костной мозоли. Такія опухоли описаны въ хирургическомъ словарѣ *Kocher'a* за 1903 г. подъ именемъ «*Fussgeschwulst*». Подвертываніе стопы можетъ вызвать тяжелое растяженіе (*distorsio*) съ обширнымъ тѣстоватымъ отекомъ не только самой стопы, но и голени. Опять-таки и тутъ представляется о растяженіи, какъ о разрывѣ связокъ, прикрѣпляющихся у верхушекъ ладыжекъ, даетъ вѣрную и постоянную точку опоры для распознаванія. Для растяженія характерна боль при надавливаніи въ извѣстномъ, опредѣленномъ мѣстѣ у верхушки ладыжки; да и самый отекъ мягче. Ямка отъ давленія (если взять мѣсто не на кровоподтекѣ)—блѣднаго цвѣта, тогда какъ у больныхъ съ искусственнымъ отекомъ стопы она мелка и остается окрашенной.

И такъ, показанія больныхъ о причинѣ, вызвавшей ихъ болѣзнь не заслуживали довѣрія, или, вѣрнѣе, разовая травма, казалось, была недостаточной для нея сама по себѣ, и нужно было сразу же перебирать всевозможности видимо усиленнаго ея дѣйствія.

1-ый случай «отека» правой кисти былъ принятъ мною за сирингомизію: такъ сильно напомнилъ онъ отеки, описанные впервые *Remak'омъ* <sup>1)</sup>.

Здѣсь были значительныя потери чувствительности [*Raymond* <sup>2)</sup>], *Borchard* <sup>3)</sup>, пониженіе теплого чувства; чувствительность правой <sup>1)</sup> тыла тоже казалась пониженной, а мышечнаго чувства проверить не удалось въ виду отказа больного взять что-либо въ руку. Что же касается очевидныхъ слѣдовъ травмы въ видѣ кровоподтековъ надъ мизинцемъ, то это не противорѣчило предположенію о сирингомизіи въ виду потери чувствительности и наблюдавшихся въ связи съ этимъ у такихъ больныхъ ожоговъ, ушибовъ, раненій. Больному дѣлались горячія ванны и согревающие компрессы, при чемъ отекъ усилился, и послѣ 3-ей ванны въ 37° больной вдругъ началъ жаловаться на жгучія боли въ рукѣ. Кисть стала красновато-синей и распухла до крайности. Перепуганный больной умолялъ спасти ему руку. Найдено было нужнымъ уменьшить напряженіе отечныхъ частей оперативнымъ путемъ: сюрва сдѣланъ былъ уколъ шприцемъ въ тылъ кисти, и изъ глубины тканей удалено около 5,0 к. см. темной, съ распавшимися шариками, крови, а вслѣдъ за этимъ произведенъ ослабившій напряженіе разрѣзъ. При этомъ оказалось, что попадавшіяся на пути вены были сильно закупорены кровяными свертками; въ тканяхъ было очень немного отечной жидкости; увеличеніе же объема кисти нужно было отнести къ набухлости тканей и гематомѣ, расположенной подъ фасціей. Послѣ этого рука была подвѣшена къ укрѣпленному у кровати постылю. На 3-ій день по снятіи повязки оказалось, что отекъ совершенно исчезъ; кожа была въ многочисленныхъ, грубыхъ складкахъ; она потеряла свою бархатистость и сдѣлалась, наоборотъ, жесткой и сухой. Кромѣ того, наблюдалось небольшое утолщеніе по тылу 3-ей пястной кости (эта кость и нормально выдается больше другихъ). «Отекъ» не возобновлялся; чувствительность восстановилась вполне, и больной былъ выписанъ съ нормально работавшей кистью.

На нижней конечности тѣмъ болѣе были неясны слѣды травмы въ такомъ видѣ, въ какомъ они должны-бы были

\* За исключеніемъ больного М. съ отекомъ лѣвой кисти (на свѣтописномъ снимкѣ больной этотъ изображаетъ стоящимъ); у него «отекъ» исчезъ самъ собою, какъ только М. потерялъ ясное сознаніе вслѣдствіе гемиплегіи. Подробнѣе о немъ сказано ниже

быть при разовом ударе в стопу. Отек здесь держался без перемен, и причину его, естественно, нужно было искать в общих или местных условиях кровообращения.

Из общих причин отеков у таких больных (со здоровыми внутренними органами) можно было остановиться разве только на т. наз. безболковых отеках, описанных впервые проф. *Чирковым* <sup>4)</sup> в 1892 г., а потом ч. пр. *О. К. Гейслером* <sup>5)</sup>, д-ром *Гравировским* <sup>6)</sup>), проф. *В. Е. Черновым* <sup>7)</sup>, ч. пр. *В. О. Бушувым* <sup>8)</sup>. Но в эту группу попадают случаи с темной и гадательной этиологией, напр., в зависимости от не проявившегося еще в каком-либо определенном месте сифилиса или от отравления. Безболковые отеки наблюдались у людей истощенных, отчасти гидремичных и настолько вообще больных, что пользовавшие их имели повод искать причину этих отеков даже в центральной нервной системе. Таким образом больные с болковыми отеками имеют только один общий признак и при том отрицательный, — это отсутствие у них белка в моче.

Со стороны сосудов возможны отеки при следующих условиях. Отек конечности в случаях неуровновешенного сужения или сжатия крупных вен происходит в связи с повышенным давлением крови в венах. Сюда относятся нестойкие отеки при перетяжке конечности, а также при тромбозе больших вен; так напр., *phlegmasia alba dolens*, по наблюдениям в нашей клинике, может дать припухание, похожее по упругости на описываемые мной отеки, но распознавание этого болезненного состояния облегчается анамнезом наряду с прощупыванием изменений в венах и пр. Что же касается отеков от перетяжки, то они имеют совсем другую вид и свойства: в свежих случаях они мягки, а не плотны, водянисты <sup>\*)</sup>, нестойки, безболезненны и отличаются от почечных синюхой, не говоря уже о распространении. В таких случаях заметно и место перетяжки. Повторных же случаев перетяжки конечности с иной картиной мне видеть не приходилось.

Следует еще упомянуть о тех отеках, подчас с крововизлияниями, которые встречаются при заболеваниях конечностей (почти исключительно нижних), связанных с закупоркой крупного артериального ствола. Я имею в виду ту наиболее частую группу этих заболеваний, которую до последнего времени относили на счет т. наз. закупоривающего артериита (*arteriitis obliterans*). Но, если в основе этого заболевания, действительно, лежит закупорка артерий, то не надо забывать, что здесь, как показывают многочисленные исследования сосудисто-нервного пучка, — по крайней мере, в более выраженных стадиях болезни — имеются и одновременные поражения вен с неизбежной в конце концов их закупоркой. Не смотря, однако, на закупорку вен, отек не выступает здесь на первый план, так как, благодаря медленности развивающейся закупорки сосудов, кровообращение успевает приспособиться к новым условиям. Наконец, здесь наблюдаются и более выраженные болевые ощущения настоящего нейритического свойства, не только не идущие параллельно с отеком, но обыкновенно даже предшествующие болезненным проявлениям на стопе (проф. *Н. М. Волкович* <sup>9)</sup>, *Р. О. Шиндлер* <sup>10)</sup>). Обособленное страдание лимфатических путей конечности в виде различных форм лимфангиэктазий [*Brodier* <sup>11)</sup>] или в зависимости от нитчаток в жарких странах, на Кавказе, в Туркестане, а также ложная и настоящая слоновость заслуживают упоминания разве лишь потому, что большая часть описываемых мной больных с искусственным отеком — уроженцы Кавказа. Исчезновение отека при подвешивании у таких больных сразу разрешает вопрос.

<sup>\*)</sup> Случай д-ра *Гравировского* не должен бы относиться к этой группе, так как описываемый им отек нижней конечности зависел от сдавливания сосудов сифилитической опухолью лимфатических желез.

<sup>\*\*)</sup> Если вколоть иглу шприца, то при отеках от перетяжки через иглу будет выдвигаться прозрачная жидкость.

Острый лимфангит, напр., при ужалении, а также воспалительный отек характеризуются наличием миста заражения, припуханием желез, повышенной температурой, мягкостью отека и пр.

Подобное же место по отношению к отеку занимает и переломное воспаление суставов кисти или стопы или сухожильных влагалищ. Здесь отек плотностью своей приближается к травматическому, но кожа при нем беловатая, а не окрашена, а, если присоединяется синюха, то она бывает нестойкая. Болезненность при этом поражении строго ограничивается больным суставом или местом положения влагалищных сумок [*Juvara* <sup>12)</sup>].

Но главным и решающим признаком, устраивающим сомнения относительно характера отека, является уже не раз упомянутое свойство его — исчезать при подвешивании конечности. Это же свойство, т. е. исчезновение при подвешивании, является и главным отличительным признаком этих отеков от отеков в зависимости от периоститов (подразумевается, более острых) и различных форм артритов и тендовагинитов. Тестообразный отек с хромотой и болью при ходьбе, исчезавший при подвешивании, не раз наблюдался в клинике у поступивших с неправильно сросшимся *Dupuytren*'овским переломом. Но здесь и до подвешивания, а еще лучше после него ясно выступают все те признаки, которые так характерны для этого перелома при неправильном положении отломков.

Наконец, мне пришлось наблюдать плотный отек на стопе еще в 2-х случаях (относительно этих случаев я, правда, не могу с положительностью сказать, что отек здесь имел прямую связь с болезнью); это — в случае, похожем на *reliosis rheumatica*, и в случае цинги. 1-ый из них я наблюдал в 1904 г. совместно с проф. *В. П. Образцовым*.

1. А. Р. О., 60 л., старый ревматик с ясным артериосклерозом. Сначала на одной, а через 3 недели и на другой ноге у него появились многочисленные фиолетово-красные точки, как бы от укуса насекомых или от укула; точки эти на стопах все более и более сливались, и, наконец, стопы приняли такой вид: с тыла они представлялись подушкообразно-припухлыми и очень плотными, красновато-синего цвета; такой же плотный отек наблюдался и по бокам Ахиллова сухожилия; боль была только при ходьбе; суставы оставались подвижными. Кроме того, на лице, на твердом и мягком небе и на кистях рук имелись разбросанные точечные крововизлияния с небольшими периодическим зудом. У этого же больного ясно было видно еще налитие вен рук и ног, настолько сильное, особенно на ногах, что можно было наблюдать признаки *Trenkelburg-A. A. Troyanova*, т. е. налитие большой подкожной вены ноги (*v. saphenae int.*) сверху, как принято считать, вследствие функциональной недостаточности ее заслонок. Болезнь не уступала никакому лечению в течение 4-х месяцев, до тех пор, пока по ходу главных подкожных венозных стволов не была наклеена белая ртутная тафта и не были надеты резиновые чулки.

2. Весною 1905 г. в клинику был переведен новобранец, еврей (*№* Врачебного Журнала 139), для решения вопроса, не искусственного ли у него происхождения отек правой стопы? Действительно, плотность, упругость, просвечивание сиянок и точечные крововизлияния не позволяли сразу отказаться от травмы, как причины отека, хотя больной и отрицал ее. Больной был малокровный, с разрыхленными деснами и многочисленными пигментированными пятнами на руках, ногах и на спине от рассылавшихся крововизлияний. Дня через 3 по поступлении у него под правым же коленным появилось кровоизлияние, сразу усилившее отек стопы. Видевшие больного товарищи подтвердили мое распознавание цинги.

Возвращаясь к описываемым больным, напомним, что отек у них усиливался при массажах, горячих ваннах и компрессах. Этими способами лечения имелось в виду главным образом повысить активную гиперемию и отток. Но отрицательное действие их уже само собою указывает, что при таком отеке препятствий к усиленному притоку нет и что, наоборот, имеются препятствия для оттока. Это видно и из того вышеприведенного случая, где мне впервые пришлось столкнуться с отеком кисти: в нем при произведенном послабляющем разрезе найдены были в просвете вен кровяные свертки. Таким образом и самый отек представляется мне, как результат распространенного тромбоза мелких вен тыла кисти или стопы.

Из этого взгляда сам собою вытекает и способ ле-

чения: нужно создать условия, при которых-бы ослаблялась активная гиперемия и усиливался отток. Этому показанию и удовлетворяет подвешивание конечности.

Самое подвешивание на ногѣ производится такъ: конечность укладывается въ обыкновенную *Volkman*'овскую шину, выстланную простыней и простой ватой; затѣмъ она укутывается ватой и концами простыни, а сверху, безъ всякаго давленія, накладывается влажный бинтъ, впрямую крахмальный. Въ кровати нога съ шиной укладывается на подложенный опрокинутый табуретъ и прибинтовывается къ нему тоже крахмальнымъ бинтомъ. Чѣмъ длиннѣе желобъ, тѣмъ меньше больной утомляется и тѣмъ рѣже жалуется на напряжение подъ коленнымъ.

Для руки берется деревянная шина *Esmarch*'а: въ ней есть кольцо, за которое она и подвешивается на вертикально стоящей у кровати палкѣ. Больному совершенно запрещается вставать и трогать свою конечность, чему способствуетъ примѣненіе крахмального бинта.

Уже въ первые 12 час. отекъ, какъ-бы старъ онъ ни былъ, рѣзко уменьшается, а черезъ 40—60 час. онъ исчезаетъ вовсе, и больные могутъ ходить болѣе или меньше свободно, если, конечно, они этого желаютъ. Одни изъ нихъ благодарятъ и начинаютъ исполнять свои обязанности, другіе предупреждаютъ, что отекъ возвратится вскорѣ. Возвратъ, дѣйствительно, наблюдается съ одновременнымъ появленіемъ кровоподтековъ у мизинца и звѣздчатыхъ точечныхъ кровоизліяній фіодетоваго цвѣта въ кожѣ.

По исчезновеніи отека въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣлаются замѣтны ничтожныя утолщенія надкостницы или на лучевой кости, или на костяхъ запястья, или у нижняго конца костей голени. Въ 2-хъ случаяхъ на тылѣ кисти остались овальной формы припуханія, соотвѣтственно анатомическому положенію сухожильныхъ влагалищъ. Изъ этихъ припухлостей можно было удалить ширицею старую кровь. Въ этомъ періодѣ болѣзни массажъ, наоборотъ, оказывается уже дѣйствительнымъ.

Такимъ образомъ появленіе «отековъ» въ видѣ какъ-бы эндемическаго заболѣванія, ихъ клиническое теченіе и видъ возвратовъ—все это заставило въ концѣ концовъ остановиться на той мысли, что отекъ этотъ или, иначе, распространенный тромбозъ мелкихъ венъ съ отекомъ не можетъ происходить отъ разовой травмы, а вызывается травмой повторной, производимой, въ виду отсутствія грубыхъ поврежденій на кожѣ, какимъ-то оригинальнымъ способомъ. Первымъ эту мысль высказалъ многоуважаемый *М. А. Галинъ*. Онъ предполагалъ, что здѣсь повторная травма наносится твердымъ предметомъ, обернутымъ въ мягкую ткань для того, чтобы, избѣгая поврежденій кожи, дѣйствовать на глубже лежащія ткани. Этому предположенію, дѣйствительно, и соотвѣтствовали описанныя выше точечныя кровоизліянія и отсутствіе отека на бошомъ пальцѣ, который, естественно, при травмѣ отводится въ сторону. Что-же касается встрѣчавшихся болѣе грубыхъ кровоподтековъ, то ихъ можно было отнести на счетъ «неправильнаго» удара.

Съ теченіемъ времени изъ бесѣдъ съ выздоровѣвшими и пожелавшими служить больными, а также черезъ ихъ соплеменниковъ выяснилось слѣдующее. Однимъ солдатомъ-армяниномъ было получено отъ родины письмо съ указаніемъ способа избавиться отъ необходимости идти на войну и вообще отъ воинской службы. Для этого нужно, говорилось въ письмѣ, натереть конечность горячимъ настоемъ табака, а послѣ перетянуть ее подотенцемъ; затѣмъ, когда конечность отечетъ и одѣлается нечувствительной, бить ее палкой, предварительно положивъ сверху полу шинели. Перетягивать и натирать настоемъ табака нужно только 1 разъ, а для поддержанія «отека» бить, обо что попало, когда хочешь,—о кровать, о столъ, а лучше о товарища. «Ничего не бойся», оканчивалось по словамъ рассказчика письмо: когда отпустить домой, дома разрѣжешь живую рыбу форель, положишь на ногу, положишь и въ 2 недѣли будешь здоровъ». Съ теченіемъ времени Кіевскіе армяне (отекъ поэтому, пожалуй, и слѣдовало-бы назвать «армянскимъ») усовершенствовали этотъ

способъ: они безъ конца били по кисти или стопѣ, но не палкой, а собственнымъ кулакомъ или пяткой.

Разумѣется, такой распространенный и поддерживаемый продолжительное время тромбозъ венъ на конечностяхъ не можетъ пройти безнаказанно. Какъ наиболѣе раннія осложненія, возможны эмболии, а какъ наиболѣе отдаленныя у самыхъ упорныхъ—могутъ развиться измѣненія въ переднихъ рогахъ спинного мозга, вызванныя, съ одной стороны, продолжительной недѣятельностью, съ другой—отраженнымъ влияніемъ ушибовъ сухожиль и связокъ, обуславливающимъ т. наз. отраженную амиотрофію французовъ [*Mally* и *Richon* 13-14)]. Что-же касается парезовъ стопы съ откидываніемъ ея и поворотомъ внутрь, то они при ходьбѣ скоро исчезаютъ.

Проф. *Н. А. Оболенскій* и *П. В. Петровский* уже сообщали объ упомянутомъ въ началѣ статьи больномъ *М.*, заболѣвшемъ внезапно въ октябрѣ 1905 г. лѣвосторонней гемиплегіей. Больной этотъ лежалъ въ госпиталѣ весной 1905 г. съ отекомъ лѣвой кисти, державшимся вплоть до появленія гемиплегіи, послѣ которой отекъ исчезъ и осталось лишь небольшое утолщеніе на лучевой кости и на тылѣ 2-ой пястной кости. Гемиплегію у этого больного проф. *Н. А. Оболенскій* объясняетъ эмболией изъ венъ лѣвой кисти въ артерію правой *Sylv*'евой борозды.

Что касается амиотрофіи, то и на нее имѣются указанія у нѣкоторыхъ больныхъ, правда не вполне характерныя, выразившіяся слабостью всей конечности съ большимъ ослабленіемъ отдѣльныхъ мышечныхъ группъ и съ соотвѣстственнымъ разстройствомъ движеній.

Въ литературѣ я нашелъ только въ «*Centralblatt für Chirurgie*», за 1902 г., № 43, оригинальную статью *Veillard*'а, посвященную, повидимому, тому-же вопросу. Наблюдалъ такой отекъ *Veillard* у рабочихъ, взыскивавшихъ пенсіи со страховыхъ обществъ. Его описаніе этого «отека» во многомъ совпадаетъ съ моимъ. *Veillard* называетъ такой отекъ упорнымъ и даже неизлѣчимымъ, а причиной его считаетъ паденіе на тылъ кисти; патологической анатоміи онъ не приводитъ, такъ какъ не имѣлъ случая дѣлать разрѣза припухлостей. Сходство усиливается еще и тѣмъ, что, какъ замѣтилъ *Veillard*, согрѣвающий компрессъ и массажъ въ его случаяхъ (2-хъ) усиливали отекъ.

Въ заключеніе позволяю себѣ принести горячую благодарность консультанту госпиталя *М. А. Галину* и *В. Г. Бергману* за ихъ помощь мнѣ въ этой работѣ.

**Литература:** 1. *Remak*. «*Berliner klinische Wochenschrift*», 1889 г., № 3.—2. Проф. *Raymond*. Лекція по болѣзнямъ нервной системы т. II. Проложеніе къ «В.-Медицинскому Журналу», 1903 г. 3. *Borchard*. Заболѣваніе костей и суставовъ при сирингоміэліи. «В.-Медицинскій Журналъ», 1905 г., № 1—4.—4. Проф. *Чирковъ*. Oedèmes vaso-moteurs sans albuminurie. «*Revue de médecine*», 1895, № 8.—5. Ч. пр. *Θ. К. Гейслеръ*. Къ ученію о безбѣлковыхъ отекахъ. «Врачъ», 1894 г., № 1.—6. *Грациурскій*. Къ вопросу о безбѣлковыхъ отекахъ. «Врачъ», 1893 г.—7. Проф. *В. Е. Черновъ*. «Дѣтская Медицина», 1897 г. и монографія «О самопроявленіяхъ желудочно-кишечнаго происхожденія безбѣлковыхъ отековъ».—8. *В. Θ. Бушувъ*. Сосудодвигательный отекъ нижнихъ конечностей. «Врачъ», 1894 г.—9. Проф. *Н. М. Волковичъ*. Объ особой формѣ пораженія крупныхъ сосудовъ конечностей. «Хирургическій Вѣстникъ», 1890 г.—10. *Р. Θ. Шиндлеръ*. Къ вопросу о gangraena angiosclerotica senilis et praesenilis. Юрьевская диссертация, 1898 г.—11. *Brodiér H.* Affections du système lymphatique, стр. 478. «*Traité de chirurgie clinique et opératoire*» «*Le Dentu*», 1897 г.—12. *Juvara*. Contribution à l'étude des épanchements sanguins dans les gaines synoviales tendineuses. «*Revue de chirurgie*», 1902 г.—13. *Mally* et *L. Richon*. Contribution à l'étude des impotences fonctionnelles consécutives aux traumatismes articulaires. Тамъ-же, 1905 г.—14. Онъ-же. De la fracture de *Dupuytren*. Тамъ-же, 1902 г.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

По вопросу объ организаціи медицинской помощи на театрѣ военныхъ дѣйствій Обществомъ Краснаго Креста.

Кровавая трагедія на Дальнемъ Востоку окончилась. Настало время подведенія итоговъ этой злосчастной вой-

ны, и на врачах, работавших там, лежит обязанность, въ предѣлахъ личнаго опыта, высказаться, въ какой мѣрѣ оказалась удовлетворительной организація медицинской помощи на театрѣ военныхъ дѣйствій. Я на мѣрѣ говорить только о медицинскихъ учрежденіяхъ Общества Краснаго Креста въ передовыхъ частяхъ армии, т. е. о летучихъ и передовыхъ подвижныхъ лазаретахъ.

Создать вполне цѣлесообразную организацію медицинской помощи въ передовыхъ частяхъ армии на основаніи однихъ только теоретическихъ соображеній—дѣло нелегкое и, пожалуй, даже невозможное. Организація эта должна соответствовать не только чисто медицинскимъ требованіямъ, но и мѣстнымъ и климатическимъ условіямъ, а также условіямъ современнаго веденія войны. Если принять во вниманіе, какъ плохо мы вообще знали эти условія, то естественно предположить, что и медицинская помощь организована была вначалѣ не совсѣмъ подходящимъ образомъ. Но опытъ — наилучшій наставникъ, и тамъ, гдѣ власть имѣющіе прислушиваются къ мнѣнію людей, приобретшихъ его, цѣлесообразное измѣненіе организація не заставляетъ себя долго ждать. Къ сожалѣнію, совсѣмъ не такія отношенія установились между работавшими врачами и администраціей Краснаго Креста. Въ результатѣ получилось, что въ августѣ 1904 г., т. е., болѣе, чѣмъ чрезъ  $\frac{1}{2}$ -года отъ начала войны, 5 Петербургскихъ летучихъ лазаретовъ оборудованы были на основаніи тѣхъ-же теоретическихъ соображеній, а отчасти, по видимому, и безъ какого-бы то ни было соображенія. Намъ не дали, напр., операціоннаго стола, снабдили совершенно негодными, сквернѣйшей работы, жестяными стерилизаторами проф. Г. И. Турнера; палатки у насъ оказались лѣтняго типа, хотя мы отправлялись для зимней кампаніи; намъ не дали выючныхъ сѣделъ, хотя все лазаретное имущество было приспособлено для перевозки на выючныхъ лошадяхъ. Вообще много частныхъ снаряженія этихъ 5 лазаретовъ приводило въ недоумѣніе. Трудно, напр., было понять, для чего намъ можетъ понадобиться такое громадное количество адреналина и спермина Пелля, которымъ насъ снабдили. Но еще непонятнѣе было, чѣмъ руководилась администрація Краснаго Креста при выборѣ низшаго медицинскаго персонала, т. е., санитаровъ и ротныхъ военныхъ фельдшеровъ. Достаточно сказать, что въ одномъ отрядѣ всѣ санитары оказались бывшими городовыми Петербурга, въ большинствѣ случаевъ прогнанными со службы. Къ довершенію всего, въ каждый отрядъ прикомандировали по 2 Кавказскихъ горца (осетина или черкеса), людей не мыслимыхъ подъ мирнымъ флагомъ Краснаго Креста, и получился такой подборъ, что мнѣ, какъ начальнику эшелона, только съ большимъ трудомъ и съ не малыми огорченіями удалось довести эту пьянствовавшую и всячески скандалившую «публику» до Харбина. А между тѣмъ, казалось, совсѣмъ нетрудно было-бы избѣжать, по крайней мѣрѣ, большей части этихъ недостатковъ: стоило только главному Управленію прежде, чѣмъ приступать къ снаряженію новыхъ лазаретовъ, постараться узнать мнѣніе врачей, уже работавшихъ на театрѣ военныхъ дѣйствій. Мнѣніе же это къ тому времени опредѣлилось въ достаточной уже степени. Указывалось не только на недостатки въ частностяхъ снаряженія летучихъ лазаретовъ, но и вообще на малую полезность этой формы медицинской помощи, на основаніи слѣдующихъ соображеній, въ справедливости которыхъ мы вполне убѣдились. Летучій отрядъ, являясь передовымъ перевязочнымъ пунктомъ во время боя, въ длинные промежутки затишья обрекался на полную бездѣятельность. Да и во время боя работу такого отряда нельзя назвать удовлетворительной. Въ самомъ дѣлѣ, невозможность сноснымъ образомъ устроиться изъ-за частыхъ передвиженій, вызываемыхъ перипетіями боя, невозможность посвятить нужное количество времени раненому, нуждающемуся въ хирургической помощи; невозможность задержать хотя-бы на непродолжительное время раненаго для наблюденія: наконецъ, частый недостатокъ въ водѣ, близость непріятельскаго огня—все это почти совершенно исключаетъ всякую возможность какой-бы то ни было оперативной работы. Остается только перевязывать, подбѣлывать, регистрировать раненыхъ, если на это

есть время, и немедленно отсылать ихъ въ тыловые госпитали.

Уже тогда, по приѣздѣ въ Харбинъ, какъ лично мнѣ, такъ и нѣкоторымъ другимъ товарищамъ пришла мысль добиться возможности устроить лазаретъ, порядочно обставленный, въ которомъ можно было-бы вести правильную хирургическую работу во время боя и который могъ-бы также работать и, въ періоды затишья, принимая больныхъ изъ ближайшихъ войсковыхъ частей. Мы полагаемъ, что будетъ совершенно достаточно, если во время боя изъ лазарета будетъ высылаться впередъ лишь небольшой летучій отрядъ. И намъ посчастливилось устроиться именно такимъ образомъ. Въ началѣ декабря завѣдуемый мною летучій отрядъ былъ соединенъ съ таковымъ-же другимъ отрядомъ, и мы отправлены были въ районъ расположенія 1-го армейскаго корпуса для оборудованія тамъ подвижнаго лазарета. Послѣ цѣлаго ряда недоразумѣній съ военнымъ и медицинскимъ начальствомъ, послѣ нѣкоторыхъ не совсѣмъ удачныхъ шаговъ, вполне естественныхъ по новостямъ для насъ дѣла превращенія грязныхъ и полурушенныхъ китайскихъ фанзъ въ приличный лазаретъ, а также вслѣдствіе отсутствія въ складахъ Краснаго Креста какихъ-либо матеріаловъ для такого превращенія, мы все-же дов. скоро устроили вполне удовлетворительный лазаретъ, расположенный въ нѣсколькихъ, рядомъ стоявшихъ, фанзахъ. Въ помѣщеніяхъ, предназначенныхъ для палатъ, стѣны были обиты цинковками; вмѣсто потолковъ натянута была бѣлая матерія «дриль»; постели для больныхъ, въ видѣ сѣнниковъ, клались прямо на каны \*), покрыты предварительно цинковками, или на носилки. Въ операціонной стѣны были обиты тѣмъ-же дрилемъ, потолокъ натянута изъ плотнаго брезента, а полъ былъ выложенъ кирпичемъ и покрытъ тоже брезентомъ. Вышло дов. красиво, хотя съ медицинской точки зрѣнія и не совсѣмъ удовлетворительно, такъ какъ такіе потолки и стѣны нельзя было содержать въ надлежащей чистотѣ. Было намѣреніе покрыть стѣны и потолокъ въ операціонной масляной краской, но оно такъ и осталось неосуществленнымъ изъ боязни, что бой застанетъ насъ врасплохъ съ неготовой еще операціонной.

Лазаретъ открылъ свою дѣятельность немедленно же по устройствѣ помѣщеній и работавъ съ нѣкоторыми независимыми, впрочемъ, отъ насъ перерывами вплоть до Мукденскаго боя. Тутъ я долженъ сказать объ одномъ недостаткѣ организаціи Краснаго Креста, крайне затруднявшемъ насъ и лишавшемъ необходимого душевнаго покоя. Дѣло въ томъ, что на врачахъ лежали, между прочимъ, всѣ хозяйственныя обязанности, что, при исключительныхъ условіяхъ жизни на передовыхъ позиціяхъ, было дѣломъ весьма нелегкимъ. Постоянныя заботы о приобрѣтеніи бобовыхъ жмыховъ, гаоляна, чумизной соломы для корма лошадямъ (а таковыхъ у насъ было отъ 70 до 80 головъ), сѣстныхъ припасовъ для продовольствія больныхъ и персонала, дровъ для отопленія и пр. положительно угнетали насъ. Нужно было не только уметь все это приобрѣсти, что временами было крайне трудно, но еще и понимать толкъ въ лошадяхъ и въ уходѣ за ними, чтобы держать крайне важный для подвижнаго лазарета конскій составъ въ полномъ порядкѣ. Словомъ, нужно было быть знатокомъ этого дѣла, каковыя качества имѣются, конечно, не у всякаго врача. При снаряженіи нашихъ летучихъ отрядовъ имѣлось, по видимому, въ виду освободить врача отъ хозяйственныхъ заботъ, такъ какъ при каждомъ отрядѣ полагалась должность завѣдующаго хозяйствомъ. Но подборъ этихъ завѣдующихъ оказался такимъ неудачнымъ, что всѣ они, прибывъ въ Харбинъ, или совсѣмъ оставили службу въ Красномъ Крестѣ, или перешли на другія должности. Другой недостатокъ организаціи, еще болѣе важный, это — полное отсутствіе транспортировочныхъ средствъ для перевозки раненыхъ. Кромѣ китайскихъ арбъ для перевозки лазаретнаго имущества, ничего другого отъ Управленія Краснаго Креста мы не получили. Только благодаря случаю и любезности командира 1-го армейскаго корпуса, нашему лазарету были предоставлены 4 рессорныхъ дву-

\*) Каны — это нивкія печи, идущія по обѣмъ сторонамъ фанзы во всю длину ея на подобіе нарѣ.



колки. Правда этого было слишкомъ недостаточно; но тѣмъ не менѣе и онѣ принесли намъ громадную пользу, такъ какъ только съ ихъ помощью мы во время Мукденскаго боя могли поддерживать связь между лазаретомъ и нашимъ летучимъ отрядомъ, расположеннымъ верстахъ въ 5 впереди лазарета. Летучій отрядъ выдѣленъ былъ небольшой; во главѣ его, чтобы не отрывать кого-либо изъ врачей отъ работы въ лазаретѣ, былъ поставленъ студентъ-медикъ. Опытъ во время Мукденскаго боя показалъ, что такой небольшой отрядъ вполне достаточно и прекрасно справляется съ своей задачей.

Вотъ въ краткихъ чертахъ тѣ измѣненія въ организаціи нашего лазарета, которыя произведены были мною сообразно указаніямъ опыта. Дѣлалось это, конечно, въ предѣлахъ возможности, а возможность эта была слишкомъ ограничена, поэтому и недостатковъ въ организаціи было не мало. Но основной ходъ этой эволюціи все-же опредѣлился: изъ летучихъ лазаретовъ образовалъ былъ подвижной лазаретъ съ выдѣленіемъ небольшого летучаго отряда, связь съ которымъ во время боя поддерживалась особымъ транспортомъ для перевозки раненыхъ.

Я перейду теперь къ изложенію своего мнѣнія о наиболее цѣлесообразной организаціи помощи раненымъ въ передовыхъ частяхъ арміи.

Летучій отрядъ самъ по себѣ, какъ нѣчто самостоятельное, не выдерживаетъ, какъ я уже сказалъ, никакой критики. Подвижной передовой лазаретъ лишь въ томъ случаѣ можетъ работать во время боя, если не будетъ чрезмерно заваливаться всякаго рода ранеными безъ разбора, а это возможно лишь тогда, когда сюда будутъ направлять только такихъ раненыхъ, которые нуждаются въ немедленной оперативной помощи, а также тѣхъ, которыхъ по характеру раненія нельзя отправлять прямо въ тыловые госпитали, т. е. которымъ необходимо безусловно покойное положеніе, напр. съ раненіями легкихъ, брюшныхъ внутреннихъ и пр. Всего этого можно достигнуть тѣмъ, что во время боя изъ лазарета выдѣляется 1 или 2 небольшихъ летучихъ отрядовъ и устраиваются перевозочные и сортировочные пункты вблизи площади непріятельскаго обстрѣла, въ мѣстахъ, гдѣ предполагается наибольшее скопленіе раненыхъ. Работа такихъ перевозочныхъ пунктовъ будетъ заключаться, во 1-хъ, въ наложеніи первичныхъ повязокъ тѣмъ раненымъ, которые будутъ доставлены безъ нихъ. Дѣло однако въ томъ, что громадное большинство раненыхъ доставляются уже съ повязками, наложенными ротными фельдшерами или товарищами-солдатами. Если повязка наложена порядочно, не пропитана кровью, то мѣнять ее не слѣдуетъ: не таковы здѣсь условія работы, чтобы можно было сдѣлать это съ пользой для раненаго. Во 2-хъ, раненые должны быть разсортированы по выше указанному принципу, и одни направлены въ свой лазаретъ (тяжелораненые и нуждающіеся въ немедленной операціи), а другіе—прямо въ одинъ изъ тыловыхъ госпиталей 1-ой линіи (легко раненые). Въ 3-хъ, раненые должны быть накомлены, напоены и согрѣты. Нужно имѣть въ виду, что во время боя солдатамъ приходится вообще сильно голодать; ослабленные-же отъ значительной потери крови, иногда къ тому-же дов. долго пролежавшіе въ такомъ состояніи въ окопахъ, въ зимнее время доставляются часто положительно полузамерзшими.

Персональ отряда долженъ состоять изъ 1 врача, 2 фельдшеровъ и 7—8 санитаровъ съ 10—11 лошадьми, изъ коихъ 3 должны быть вьючными для перевозки всего необходимаго: перевязочнаго матеріала, консервовъ для питанія и 2-хъ небольшого размѣра легкихъ палатокъ. Отрядъ не долженъ быть обремененъ вещами. Ему не нужно имѣть даже очень большого количества перевязочнаго матеріала, такъ какъ транспортный обозъ, поддерживающій во время боя постоянную связь отряда съ лазаретомъ, можетъ доставлять все необходимое постепенно. Отрядъ долженъ быть вполне летучимъ, т. е., имѣть полную возможность въ нѣсколько минутъ уйти съ мѣста своей стоянки, въ случаѣ, если это мѣсто станетъ подвергаться дѣйствію непріятельскаго огня. Необходимо это, во 1-хъ, потому что работать полъ выстрѣлами вблизи разрываю-

щихся снарядовъ, съ полнымъ спокойствіемъ и необходимымъ вниманіемъ—невозможно; во 2-хъ, прямо преступно удерживать въ сферѣ огня раненаго, обыкновенно страшно потрясеннаго всѣмъ происходящимъ и естественно желающаго, какъ можно скорѣе, уйти отъ совершающихся здѣсь ужасовъ.

Какъ я уже сказалъ, связь лазарета съ летучимъ отрядомъ должна поддерживаться транспортомъ. Въ этомъ отношеніи организаторы Общества Краснаго Креста сдѣлали громадную ошибку, не снабдивъ лазареты надлежащимъ количествомъ двуколокъ для перевозки раненыхъ: онѣ такъ необходимы, что безъ нихъ невозможна правильная работа. Въ распоряженіи лазарета, по моему разсчету, должно быть не менѣе 20—25 двуколокъ, изъ коихъ, по крайней мѣрѣ,  $\frac{1}{2}$  должны быть рессорными, чтобы перевозить тяжелораненыхъ. Самый лазаретъ долженъ быть расположенъ безусловно въ предполагаемой сферы непріятельскаго огня, верстахъ въ 8—10 отъ передовыхъ частей войскъ. Безъ крайней необходимости его не слѣдуетъ передвигать во время боя. При наступательной войнѣ онъ передвигается лишь тогда, когда разстояніе между нимъ и летучимъ отрядомъ сдѣлается неудобно далекимъ. При отступательной же, когда является необходимость быстро отойти, дѣло обстоитъ иначе. Самъ по себѣ лазаретъ почти всегда будетъ имѣть возможность свернуть и уйти заблаговременно; но какъ поступить съ тяжелоранеными? Я увѣренъ, напр., что многимъ изъ таковыхъ, находившимся въ нашемъ лазаретѣ, необходимость немедленной эвакуаціи передъ отступленіемъ нашихъ войскъ отъ Мукденскихъ позицій стоила жизни. Мнѣ кажется, что тутъ только и возможенъ одинъ выходъ: при отступленіи наполненный тяжелоранеными лазаретъ долженъ оставаться на мѣстѣ. Нужно, чтобы такіе лазареты въ интересахъ гуманности не только не считались взятыми въ плѣнъ, но и не задерживались въ занятой непріятелемъ территоріи дольше того времени, каковое потребно для сдачи непріятелю тяжелораненыхъ, или пока эти раненые не выйдутъ изъ такого положенія, въ которомъ перевозка грозитъ опасностью ихъ жизни.

Имѣя въ виду изложить здѣсь только схему такой организаціи медицинской помощи въ передовыхъ частяхъ арміи, каковая мнѣ кажется наиболее цѣлесообразной, я не буду останавливаться на подробностяхъ устройства самого лазарета. Огмѣчу лишь, что тамъ, гдѣ это возможно, лазаретъ лучше устраивать въ зданіяхъ: палатки въ зимнее время холодны, а лѣтомъ въ нихъ невыносимо жарко. Даже изъ очень плохого и загрязненнаго зданія, имѣя въ своемъ распоряженіи потребное количество рабочихъ рукъ, можно устроить въ самый короткий срокъ сносное помѣщеніе для раненыхъ и даже операціонную. Необходимо только, чтобы для обивки стѣнъ и потолковъ имѣлся матеріалъ, непроницаемый для воды и пыли и позволяющій время отъ времени обтирать его и мыть. Я думаю, что такимъ матеріаломъ могло-бы быть покрашенное масляной краской полотно.

И такъ, лазаретъ, транспортъ и летучій отрядъ, какъ части одного цѣлага, находящіеся подъ однимъ управленіемъ,—вотъ наилучшая форма организаціи медицинской помощи въ передовыхъ частяхъ армій. Кто имѣлъ возможность убѣдиться, какой хаосъ наступаетъ во время боя, легко пойметъ, что, только находясь подъ однимъ общимъ управленіемъ, эти 3 части могутъ правильно работать безъ риска потерять связь другъ съ другомъ.

Далѣе, необходимо обратить вниманіе на улучшеніе состава низшаго служебнаго персонала. Если-бы намъ, напр., не удалось прикомандировать къ лазарету нѣсколькихъ солдатъ изъ т. наз. слабосильной команды, то работать было бы положительно невозможно. Одной изъ крупныхъ ошибокъ главнаго Управленія Краснаго Креста была та, что, снаряжая лазареты, оно почему-то не сочло нужнымъ поручить наборъ низшаго персонала самимъ врачамъ. Кроме того, было упущено изъ вида, что непосредственно ухаживать за ранеными приходится далеко не всѣмъ санитарамъ, что большинство ихъ должны вести службу по различнымъ отраслямъ лазаретнаго хозяйства—по уходу за лошадьми, по доставкѣ провіанта и фуража и по и др.

На этой почвѣ происходили частыя недоразумѣнія: санитаръ не желалъ исполнять ту или другую работу, основываясь на томъ, что онъ де поступилъ въ Красный Крестъ исключительно для ухода за ранеными. При лазаретѣ должны быть 2—3 плотника или столяра, печникъ, поваръ, кузнецъ, нѣсколько человекъ, умѣющихъ ухаживать за лошадьми и, кромѣ того, отдѣльный завѣдующій хозяйствомъ изъ интеллигентныхъ и опытныхъ въ этомъ дѣлѣ лицъ. А для облегченія труднаго дѣла продовольствія людей и лошадей и во избѣжаніе непродовольственныхъ денежныхъ тратъ администрація Краснаго Креста должна предпринимать массовыя закупки всего необходимаго.

Я считаю затѣмъ важнымъ, чтобы при Управленіи Краснаго Креста на театрѣ военныхъ дѣйствій находился кто-либо изъ извѣстныхъ и опытныхъ хирурговъ, который бы не только входилъ въ медицинскія нужды лазаретовъ и понималъ ихъ, но и имѣлъ право удовлетворять ихъ, по возможности, немедленно. Къ сожалѣнію, ничего подобнаго въ настоящую войну не было.

Мнѣ осталось еще отвѣтить на одинъ существенно важный вопросъ, который неоднократно приходилось слышать. Нужна-ли вообще помощь Краснаго Креста въ передовыхъ частяхъ арміи? Не достаточно-ли тамъ одной военно-медицинской организаціи? На это я долженъ отвѣтить утвердительно. Помощь эта нужна; нужна потому, что учрежденія Краснаго Креста, какъ несвязанныя съ отдѣльными частями войскъ, могутъ быть направлены во всякое время туда, гдѣ предполагается наибольшая потребность въ медицинской помощи; затѣмъ, какъ учрежденія частныя, не замкнутыя въ казенныя рамки строго опредѣленными постановленіями, они быстрѣе могутъ приспособляться къ требованіямъ жизни. Но для этого необходимо, чтобы голоса работающихъ въ нихъ врачей не былъ гласомъ вопиющаго въ пустынь, чтобы на пути его не стояла плотная заставка изъ множества титулованныхъ и нетитулованныхъ уполномоченныхъ и разныхъ другихъ «дѣателей»; словомъ, организація Общества Краснаго Креста не должна имѣть теперешняго бюрократическаго характера.

Н. Боголюбовскій.

## Нѣкоторыя соображенія по поводу военной медицины и военныхъ врачей.

Настоящее, переживаемое нами, тяжелое время все внимание, всѣ чувства и мысли направляетъ въ одну сторону—въ сторону возможнаго и цѣлесообразнаго протеста, отпора, борьбы и необходимой побѣды надъ тѣмъ насилиемъ, которое испытала вся страна. Казалось-бы въ такое время думать и занимать чужое вниманіе такимъ, совершенно постороннимъ и маленькимъ, вопросомъ, какъ военная медицина и военные врачи, по меньшей мѣрѣ не интересно. Тѣмъ не менѣе, если принять въ соображеніе сложность общественной жизни вообще, отраженіе и взаимодѣйствіе общихъ и частно-профессиональныхъ ея сторонъ даже и въ наше, несомнѣнно, революціонное время, особый характеръ и особый общественный удѣлъ такой среды, какъ армія, то нѣкоторыя наблюденія изъ этой достаточно энергичной сферы, мнѣ кажется, заслуживаютъ небольшого вниманія. Вниманіе общества къ военно-медицинской жизни потому еще слѣдуетъ привлечь хотя бы на короткое время, что въ ней уже намѣченъ къ осуществленію рядъ реформъ.

О реформѣ в.-санитарнаго дѣла стали больше говорить въ 1903 г. на страницахъ «Русскаго Инвалида» и «Военнаго Сборника», когда при главномъ в.-медицинскомъ Управленіи была создана специальная Комmissiя для выработки желательной реформы. Насколько мнѣ извѣстно, какъ въ самой Комmissiи, такъ и въ упомянутой литературѣ спорными вопросами были степень самостоятельности в.-медицинскихъ чиновъ, ихъ зависимость отъ военнаго начальства, присвоеніе имъ обще-воинскаго званія и т. п., при чемъ на послѣднее были особенно падки сами военные врачи, оспаривая съ энергіей, достойной лучшаго

примѣненія, это званіе у нѣкоторыхъ нежелавшихъ подѣлиться имъ «истинныхъ» военныхъ. Тогда-же на страницахъ «Русскаго Врача»<sup>1)</sup> я напечаталъ статью «Къ реформѣ в.-санитарнаго дѣла» и другую отвѣтную д-ру М. Г. Штейбергу «Еще къ реформѣ в.-санитарнаго дѣла», въ которыхъ доказывалъ возможность и необходимость гражданской медицины въ арміи. Не знаю, въ связи-ли съ моими статьями или нѣтъ, но вскорѣ послѣдовало циркулярное распоряженіе главнаго в.-медицинскаго инспектора Н. В. Сперанскаго о «Прекращеніи полемики по сему предмету». Во время войны упомянутая Комmissiя была временно распущена, но по ея окончаніи возобновила свои занятія подъ предсѣдательствомъ ген. Трепова, и теперь проектъ реформы готовъ. Потомъ по данному вопросу писали на страницахъ «Русскаго Врача» д-ръ Ятросъ и «Военнаго Голоса»—«военный врачъ»<sup>2)</sup>. Послѣдняго бойкій рецензентъ апрѣльской книжки «В.-Медицинскаго Журнала» упрекаетъ въ выноскѣ сора изъ быя, и совѣтуетъ, по своему примѣру, сваливать хламъ въ свою домашнюю яму... Наконецъ, въ июньской книжкѣ «Мира Божьяго» мы находимъ статью д-ра Хейсина: «Бытовые стороны военной медицины въ японско-русскую войну». По поводу этой статьи, прочитанной въ качествѣ доклада въ Обществѣ больничныхъ врачей въ Петербургѣ, были сдѣланы возраженія присутствовавшими на засѣданіи военными врачами, и отъ ихъ-же лица было напечатано открытое письмо-отвѣтъ въ «Русскомъ Врачѣ». Не въ цѣляхъ полемическихъ и не ради возраженія я намѣренъ остановиться на статьѣ многоуважаемаго автора, а исключительно ради выясненія нѣкоторыхъ соображеній, возникшихъ у меня при чтеніи его статьи. Мои соображенія, я полагаю, можетъ быть, будутъ имѣть еще нѣкоторый интересъ, какъ соображенія военнаго врача, только что покинушаго свыше 10-лѣтнюю службу, тогда какъ д-ръ Хейсинъ былъ военнымъ врачомъ, такъ сказать, ad hoc, т. е. былъ призванъ изъ запаса.

Д-ръ Хейсинъ предупреждаетъ, что будетъ говорить «не о постановкѣ медицинскаго дѣла, не о врачебной этикѣ, не о в.-медицинской этикѣ», а хочетъ «лишь познакомиться съ той атмосферой, въ которой приходилось намъ, запаснымъ врачамъ, работать въ только-что истекшую кампанію». Не смотря на то, что его докладъ «носитъ до нѣкоторой степени анекдотическій характеръ», тѣмъ не менѣе на основаніи этихъ анекдотовъ-фактовъ авторъ выдѣляетъ слѣдующія «характерныя особенности военной медицины»: *выдѣленіе* военныхъ больныхъ отъ другихъ съ преимущественнымъ обращеніемъ вниманія на *притворство* и *внушеніе* недовѣрія къ солдату, *отсутствіе коллегіальныхъ* отношеній между военными врачами—естъ только отношеніе начальства и подчиненныхъ. Изъ приводимаго авторомъ приказа и всей массы фактовъ слѣдуетъ, что «*военная медицина есть придатокъ строевой службы*». «Не больные сами по себѣ должны интересоваться врача, онъ долженъ имѣть въ виду интересы военнаго дѣла, строя. 4-ая характерная черта военной медицины—это бумажный характеръ ея», а 5-ая—*дисциплина*. Въ дальнѣйшемъ рядомъ примѣровъ авторъ поясняетъ всѣ эти положенія. Устранить эти отрицательныя характерныя черты съ господствомъ типа врачей-помпадуровъ будетъ возможно только тогда, «*когда медицину совершенно вырвутъ изъ военнаго вѣдомства, и лѣченіе солдатъ будетъ устроено на новыхъ началахъ*» (курсивъ вездѣ автора).

Таково вкратцѣ содержаніе послѣдней статьи о военныхъ врачахъ и военной медицинѣ. На основаніи своей свыше 10-лѣтней военной службы я могу лишь подтвердить общіе выводы, сдѣланные авторомъ о преобладаніи указанныхъ чертъ въ нравахъ в.-медицинской жизни и о господствѣ типа большихъ и малыхъ помпадуровъ. Для большей полноты наиболѣе распространенныхъ типовъ сошлюсь на статью «военнаго врача», который пишетъ: «Военно-санитарная дѣятельность и в.-санитарная среда... какъ бы стусила всѣ прелести отживающаго порядка». «Преобладаніе канцелярскаго формализма, рутинны, самое циничное игнорированіе и попираніе науки, низкопоклон-

<sup>1)</sup> «Русский Врачъ», 1903 г., № 24 и 46.

<sup>2)</sup> «Военный Голосъ», 1906 г., № 63.

ное прислуживание, грубое и безжалостное обращение с живыми медицинским персоналом—вот характер деятельности многих военных врачей. Эти сыны своего времени выработались даже в несколько типов. С одной стороны, мы видим получившего научный лоск ловкаго гвардействующаго и бюрократствующаго молодого врача, приносящаго протекции и всяких иных средств превращающагося въ дальнѣйшемъ въ в.-медицинскаго барина-сановника, съ другой—преимущественно окранный опытнаго служаку, во все время своей деятельности непрѣменно свободнаго отъ наукъ и имѣющаго въ идеалѣ воинскаго начальника или даже исправника. Это—типъ грубаго подтягивателя. Есть и специфическій типъ врача-канцеляриста, который былъ-бы украшеніемъ любого департамента. Несчастнѣй-же всѣхъ забатый, обезличенный, часто вынуждающийся, младшій и старшій полковой врачъ, мечтающій о практикѣ, пенсіи, эмеритурѣ, подъемныхъ, прогонныхъ и пр. довольствіяхъ по положенію. Нечего прибавлять, что всѣ они въ отдаленности и вмѣстѣ вытѣснены—обскуранты чистой воды, которымъ чужды какіе-либо общественно-просвѣтительные интересы». Нельзя не сослѣдовать также и взгляду о гражданской медицинѣ въ арміи, взгляду, который я проводилъ и, думается, не безъ доказательности еще въ 1903 г. Но, если критическо-описательная сторона статьи д-ра Хейсина интересна, то сколько въ ней изображаются отрицательныя стороны в.-врачебнаго быта, по столько взгляды автора на положительную и желательную постановку дѣла остаются по меньшей мѣрѣ невыясненными. Правда, д-ръ Хейсинъ вначалѣ статьи предупреждаетъ о скромности своей задачи бытописателя, но въ публицистическо-осудительной статьѣ желательна большая ясность точки зрѣнія самаго автора. Можно, конечно, заключить, что д-ръ Хейсинъ считаетъ правильнымъ и желательнымъ невыполненіе военныхъ больныхъ, доверіе къ солдату, противное ему подозрѣніе въ притворствѣ, настаиваетъ на коллегіальныхъ отношеніяхъ и т. п. Но всѣ эти desiderata не такъ просты и требуютъ поясненія. На нихъ я и думаю остановиться, пользуясь высказаннымъ авторомъ, только какъ предлогомъ для возможнаго освѣщенія нѣкоторыхъ общественно-профессиональныхъ и въ частности в.-медицинскихъ отношеній. Повторяю, въ нижеслѣдующемъ я не задаюсь цѣлями критическими, а исключительно выяснительными, ибо положенія, выставленныя авторомъ, имѣютъ дов. широкое распространеніе въ обществѣ безъ надлежащей, по моему, критической оцѣнки.

Прежде всего—*освѣщеніе* военныхъ больныхъ, доверіе къ солдату, вопросъ о притворствѣ. Что военные врачи, особенно т. наз. «опытные служаки» злоупотребляютъ въ этомъ отношеніи, это—фактъ непреложный. Мы имѣемъ цѣлую диссертацию д-ра А. И. Озерецковскаго «Объ истеріи въ войскахъ», составившую эпоху въ в.-медицинской литературѣ и значительно сократившую всевозможныя преступныя дѣянія при т. наз. испытаніяхъ. Не мало поборолись съ этимъ зломъ въ литературѣ и на практикѣ, но многіе правда, военные товарищи, хотя-бы д-ра Зеландъ, Путиловъ, П. А. Соломинъ. Этимъ-же вопросомъ должна была заняться Комиссія по порученію Пироговскаго Общества въ Москвѣ, въ которую вошли проф. судебной медицины П. А. Минаковъ, д-ръ И. Д. Ждановъ и пишущій эти строки, такъ что въ особомъ усердіи военныхъ врачей по части уловленія притворствъ, усердіи, иной разъ положительно недопустимомъ, сомнѣваться не приходится. Изъ сказаннаго, конечно, не слѣдуетъ, что вопросъ о притворствѣ совершенно долженъ исчезнуть съ поля зрѣнія военныхъ врачей. Вѣдь извѣстно, что притворство представляетъ собой явленіе чрезвычайно сложное, трудное и недостаточное освѣщенное въ научномъ отношеніи для экспертовъ въ судебной и вообще государственно-общественной дѣятельности; тѣмъ не менѣе никто не рѣшится отрицать необходимости экспертамъ считаться съ этимъ явленіемъ въ указанныхъ сторонахъ жизни, если не стоять на точкѣ зрѣнія анти-государственной. Какого-бы взгляда ни держаться на армію, вопросъ о притворствѣ не исчезнетъ, а съ нимъ *вытѣснѣ* не исчезнутъ въ этомъ узкомъ смыслѣ слова и «интересы военнаго дѣла, строя». Такимъ образомъ

врачи—безразлично, гражданскіе или военные—, призванные не только оберегать здоровье и лѣчить больныхъ, одновременно должны стоять на стражѣ интересовъ государства и того или другаго вида войска, а слѣд., такъ или иначе считаться и съ вопросомъ о притворствѣ, конечно, не выходя изъ предѣловъ гуманности и клиническихъ способовъ изслѣдованія и наблюденія. Понятно, такая точка зрѣнія осуждаетъ какъ излишнюю доверчивость, такъ и излишнее недоверіе, а требуетъ лишь наиболѣе объективнаго отношенія къ изслѣдуемому и руководства аналогичнымъ съ судебной практикой правиломъ: лучше пропустить здороваго, чѣмъ принять на военную службу больного.

Еще сложнѣе, по моему, обстоитъ дѣло съ т. наз. коллегіальными отношеніями. Каждая профессія имѣетъ свою этику, т. е. норму отношеній между представителями ея, отношеній къ самой дѣятельности и ея объекту съ точки зрѣнія извѣстнаго общаго нравственнаго идеала, при чемъ всегда интересы членовъ той или другой профессіи уступаютъ интересамъ отдѣльной личности вообще, общества и государства. Этой-же профессиональной этикой устанавливаются и т. наз. отношенія коллегіальности, общаго профессиональнаго равенства съ извѣстными правами и обязанностями и извѣстною долей лично профессиональной свободы и неприкосновенности. Съ другой стороны, коллегіальность не должна становиться въ противорѣчіе съ общественно-государственными интересами и не исключаетъ извѣстной профессиональной, вытекающей изъ сути дѣла и дѣятельности, и государственно-служебной градации должностей, такъ что нѣкоторая, если не подчиненность (въ бюрократическомъ смыслѣ), а градация, іерархія можетъ всецѣло сочетаться съ истинною коллегіальностью. Съ этой точки зрѣнія трудно оспаривать существованіе ассистентовъ, интерновъ, консультантовъ, избраннаго предсѣдателя врачебнаго Совѣта больницы, директора, профессоровъ, чч.-преподавателей, прозекторовъ и т. п. врачебныхъ должностей. Признаніе такой градации eo ipso ведетъ къ извѣстному контролю дѣятельности врачей какъ самими-же врачами и ихъ коллегіями, такъ и обществомъ, на средства котораго содержится лѣчебное заведеніе и которое прежде всего заинтересовано въ надлежащемъ содержаніи его санитарной части. Такимъ образомъ, вопли осуждая проявленіе дикой неколлегіальности, къ сожалѣнію, столь частой въ в.-медицинской и вообще врачебной средѣ, я осмѣливаюсь утверждать, что извѣстная разумная іерархія необходима для дѣла и вполне можетъ и должна сочетаться съ истинною коллегіальностью. Что касается дисциплины, то, разумѣется, смыслъ ея теряется, разъ признается возможность обособленной гражданской медицины въ арміи. Защитники военной медицины, конечно, съ этимъ не согласятся; но все-же и въ этомъ послѣднемъ случаѣ дисциплина можетъ простирается только на служебныя отношенія, а не какъ на чисто научно-профессиональныя. Д-ръ Хейсинъ полагаетъ, что «дѣло не въ томъ, чтобы военные врачи получили извѣстную самостоятельность, а въ томъ, чтобы они были совершенно независимы въ медицинскомъ отношеніи отъ строевого начальства». «А это возможно только тогда, когда медицину совершенно вырвутъ изъ военнаго ведомства и лѣченіе солдатъ будетъ устроено на новыхъ началахъ». (Курсивъ автора). Въ поясненіе 2-ой половины фразы я хочу добавить необходимость проведенія въ основахъ организаціи всего дѣла выборно-коллективнаго начала, конечно, при возможно полной гласности и безусловномъ исключеніи всѣхъ бюрократическо-полицейскихъ традицій и установленій.

Коснувшись желательнаго устройства медицины въ арміи, нельзя, мнѣ кажется, миновать современнаго вопроса объ аутономіи лѣчебныхъ заведеній. Я думаю, между больными въ больницѣ и больнымъ въ частномъ домѣ существуетъ большая аналогія: въ послѣднемъ случаѣ въ судьбѣ больного заинтересованъ онъ самъ и его близкіе, въ судьбѣ больныхъ въ больницѣ они сами, ихъ близкіе и то общество и государство, къ которымъ они принадлежатъ. Отсюда естественно и необходимо, чтобы общество и государство, на ряду съ больными и ихъ близкими, имѣли право контроля надъ дѣйствіями врачей по медицинскій

части черезъ свидущихъ лицъ и особенно по хозяйственной части. Въ частной практикѣ врачъ совѣтуется только съ врачомъ и предпринимаетъ различныя мѣропріятія къ огражденію и восстановленію здоровья больного, при чемъ близкіе доставляютъ средства, а низшій медицинскій персоналъ исполняетъ предписанія, исходящія отъ врача или отъ врачебной коллегіи. Такъ и въ больницѣ все управленіе, вообще вся жизнь есть ничто иное, какъ тѣже мѣропріятія, направленные къ огражденію и восстановленію здоровья больныхъ, поэтому и управлять лѣчебнымъ заведеніемъ могутъ только врачи, а не весь больничный персоналъ, какъ не компетентный не только въ выборѣ директора или ординатора, но и вообще въ сужденіи относительно ихъ дѣятельности. Этимъ, конечно, я не хочу что-нибудь сказать противъ естественнаго и законнаго права средняго и низшаго медицинскаго персонала коллективно черезъ представителей заявлять о своихъ личныхъ и групповыхъ нуждахъ, а также призывать въ врачебный Совѣтъ по мѣрѣ надобности; управленія же больницею, повторяю, могутъ только врачи. Нельзя смѣшивать гражданское равенство съ профессиональнымъ естественнымъ неравенствомъ. Врачъ и служитель равны, какъ люди и граждане, но неравны въ ихъ специальной дѣятельности, какъ врачъ и служитель.

Вотъ нѣкоторыя мысли, которыми мнѣ хотѣлось подѣлиться съ товарищами отчасти по поводу высказаннаго д-ромъ Хейсинымъ, отчасти по поводу нѣкоторыхъ новыхъ теченій во врачебной жизни вообще и в. -медицинской въ частности и взглядовъ на это дѣло т. наз. большой публики. Сказанное есть только небольшая часть большого и интереснаго вопроса объ отношеніяхъ и сочетаніяхъ профессиональной и общественно-государственной дѣятельности. Я думаю, процессъ общества въ демократическомъ направленіи и его благополучіе зависятъ не только отъ видоизмѣненія въ эту сторону общественно-государственныхъ формъ, но и отъ соответственнаго приспособленія профессиональной жизни, конечно, съ надлежащимъ различіемъ по существу. Ч. пр. М. Шайкевичъ.

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Анатомія. 422. Н. П. Тишуткинъ** изучалъ на кошкахъ нервы легкаго по способу окраски метиленовой синькой Ehrlich'a (Впрыскиваніе слабаго раствора синьки въ легочную артерію только-что убитаго животнаго). Для болѣе удачной окраски авт. совѣтуетъ предварительно растянуть легкое посредствомъ вдыванія воздуха черезъ дыхательное горло. Отъ органа брались кусочки и подвергались дополнительной окраскѣ синькой-же въ чашкахъ; часть ихъ потомъ окрашивалась пикриновокислымъ аммоніемъ въ глицеринѣ, остальные 80%-мъ воднымъ растворомъ молибденовокислаго аммонія. Первые служили для приготовления плоскостныхъ препаратовъ, которые можно было разсматривать съ обѣихъ сторонъ, помѣстивъ ихъ въ рамкѣ между 2-мя покровными стеклами, что весьма облегчало изслѣдованіе общаго направленія, хода и развѣтвленія нервныхъ стволовъ. Кусочки-же изъ молибденовокислаго аммонія заключались въ целлоидинъ и служили для приготовления срѣзовъ и ознакомленія съ подробностями строенія, при чемъ также примѣнялось осматриваніе препаратовъ съ 2-хъ сторонъ. Авт. указываетъ на существованіе въ легкихъ многочисленныхъ мякотныхъ и безмякотныхъ нервныхъ стволовъ. Развѣтвляясь въ бронхахъ, они проникаютъ во всѣ составляющіе ихъ слои. По ходу нервовъ въ бронхахъ встрѣчается много отдѣльных нервныхъ клѣтокъ и цѣлыхъ нервныхъ узловъ. Безмякотныя волокна образуютъ въ подслизистомъ слоеъ бронховъ сплетенія, охватывающія железки; отъ сплетенія идутъ тонкія волокна, оканчивающіяся у самыхъ железистыхъ клѣтокъ. Подобное-же сплетеніе находится и въ мышечномъ слоеъ, гдѣ отдѣльныя волокна оканчиваются у мышечныхъ клѣтокъ пуговчатыми утолщеніями. Далѣе, было замѣчено еще одно сплетеніе, относящееся къ сосудистой

системѣ. Всѣ эти сплетенія находятся въ дов. тѣсной связи между собою. Изъ мышечнаго слоя нервы проникаютъ въ tunica propria слизистой оболочки, образуютъ под-эпителиальное сплетеніе и доходятъ до эпителиальныхъ клѣтокъ, гдѣ даютъ внутрислизистую сѣть. Въ стѣнкахъ сосудовъ нервныя волокна замѣчались какъ въ артеріяхъ, такъ и въ венахъ въ наружной и средней оболочкахъ. Въ стѣнкахъ-же альвеолярныхъ ходовъ и въ перегородкахъ между легочными пузырьками авт. не находилъ нервныхъ элементовъ. Нервные волокна обычно имѣли мѣстами четковидныя расширения, что рѣзко ихъ отличало отъ упругихъ волоконцевъ. Авт. приводитъ подробную литературу вопроса («*О нервахъ легкихъ*», 1905 г. Петербургъ), В. В.

**Физиологія и общая патологія. 423. Otto Neubauer (München)** изучалъ вопросъ о влияніи алкоголя на выдѣленіе ацетоновыхъ тѣлъ, т. е. ацетона, ацетоуксусной и оксимасляной кислоты. Съ тѣхъ поръ, какъ путемъ опытовъ было выяснено, что эти соединенія играютъ важную роль при возникновеніи диабетической спячки, одѣлами были попытки предотвратить скопленіе этихъ тѣлъ въ организмѣ; исходя изъ того, что ацетоновые тѣла обуславливаютъ отравленіе кислотами, ихъ старались осредить назначеніемъ щелочей; но такъ какъ способъ этотъ не имѣлъ сколько-нибудь прочнаго успѣха, то лѣченіе было направлено къ тому, чтобы предотвратить скопленіе ацетоновыхъ соединеній путемъ ограниченія ихъ образованія въ организмѣ. Экспериментальныя изслѣдованія выяснили, что источникомъ образованія ацетоновыхъ тѣлъ служатъ жиры. Geelmuyden, Schwarz, Magnus-Levy показали, что ацетоновыя соединенія могутъ образоваться изъ жирныхъ кислотъ. Къ сожалѣнію, нельзя совершенно исключить жиръ изъ пищевого довольствія больного; можно лишь ограничить его потребленіе извѣстнымъ minimum'омъ. На уменьшеніе количества ацетоновыхъ тѣлъ влияетъ также прибавка къ пищѣ обыкновенныхъ углеводовъ, т. е. винограднаго сахара, крахмала, тростниковаго сахара и т. п., такъ какъ, какъ показалъ Hirschfeld, совершенное исключеніе этихъ углеводовъ изъ пищи ведетъ къ увеличенному выдѣленію этихъ тѣлъ. Поэтому принято при наступленіи ацидоза у страдающихъ сахарной болѣзью отказываться отъ примѣненія строгой безуглеводной діеты. Но, съ другой стороны, при допущеніи большаго или меньшаго количества углеводовъ всегда имѣется рискъ усилить гликемію и такимъ образомъ опять нанести больному вредъ. Добиться уменьшеннаго образованія ацетоновыхъ тѣлъ можно было бы лучше всего употребленіемъ такихъ веществъ, которыя подобно углеводамъ, дѣйствовали-бы задерживающимъ образомъ на образованіе ацетоновыхъ тѣлъ, но не увеличивали-бы содержанія сахара въ крови. Такія вещества были предложены цѣлымъ рядомъ изслѣдователей: такъ, Mohr и Loeb предложили ксилозу, Hirschfeld—маннитъ и глицеринъ, Schwarz—сахарную и глюконовою кислоту, а Neuberg—глицерозу. Пока ни одно изъ этихъ средствъ не нашло еще себѣ практическаго примѣненія отчасти потому, что ихъ нельзя принимать продолжительное время вслѣдствіе ихъ неблагоприятныхъ побочныхъ дѣйствій. Исходя изъ того, что алкоголь сберегаетъ жиры, д-ръ Neubauer рѣшилъ испытать, не уменьшаетъ-ли онъ выстѣтъ съ тѣмъ и образованіе ацетоновыхъ тѣлъ? Онъ изслѣдовалъ 7 больныхъ, съ которыми произвелъ 11 опытовъ, и нашелъ, что при тяжеломъ диабетическомъ ацидозѣ алкоголь обуславливаетъ значительное, а при легкомъ ацидозѣ—небольшое или неясное пониженіе выдѣленія ацетоновыхъ тѣлъ. Опыты съ 3-мя здоровыми людьми, получавшими безуглеводистую пищу, показали, что у нормальнаго человека вліянія алкоголя на выдѣленіе ацетоновыхъ соединеній установить не удастся. При своихъ изслѣдованіяхъ авт. опредѣлялъ также количественно и оксимасляную кислоту. Hirschfeld, производившій въ свое время подобныя-же изслѣдованія, пришелъ къ отрицательному результату, и авт. склоненъ объяснить это тѣмъ, что онъ не изслѣдовалъ тяжелыхъ больныхъ и, кромѣ того, не опредѣлялъ количественно оксимасляной кислоты. На основаніи своихъ изслѣдованій Neubauer предлагаетъ давать при тяжеломъ ацидозѣ умѣренныя количества вина, если, конечно, примѣненіе алкоголя въ данномъ случаѣ не противопоказуется



(нефритъ и т. п.). (Münchener medicinische Wochenschrift, № 17).

А. Коварский.

424. Въ трупахъ холерныхъ, при обилии холерныхъ вибрионовъ въ кишкахъ, микробы эти крайне рѣдко встрѣчаются въ печени. Последняя также хорошо противостоитъ дѣйствию другихъ вирулентныхъ микробовъ: стафилококковъ, тифозныхъ и сибиреязвенныхъ палочекъ. Въ виду этого А. Е. Селиновъ произвелъ опыты для выясненія отношенія печени къ холерному вибриону. Онъ брать молодыхъ кроликовъ (около 1 мѣс.), какъ наиболѣе восприимчивыхъ къ холерѣ, и впрыскивалъ имъ въ брызгеечную вену около 0,6—С 7 к. стм. бульонной разводки холернаго вибриона. Кроликовъ затѣмъ убивали въ различные сроки (отъ 1 до 20 дней). Итоги: Печень молодыхъ кроликовъ при зараженіи ея вибриономъ холеры подвергается бѣловому набуханію и жировому перерожденію съ исходомъ въ распадъ нѣкоторыхъ ея кѣтокъ. Взамѣнъ перерожденныхъ кѣтокъ появляются новыя съ ядрами въ различныхъ стадіяхъ какъ типичнаго митоза, такъ и атипичнаго дѣленія. Черезъ нѣкоторый промежутокъ времени печень возвращается къ нормѣ. Органъ этотъ обладаетъ бактерицидными свойствами по отношенію къ вибрионамъ холеры, такъ какъ послѣдніе, будучи введены черезъ систему воротной вены въ печень, погибаютъ въ ней черезъ 3—4 дня (Архивъ біологическихъ наукъ, т. 12, вып. 2).

В. Б.

**Внутреннія болѣзни.** 425. Въ виду разногласія клиницистовъ по вопросу о сущности и леченіи т. наз. *перепончатого энтерита* (Enteritis membranacea) ч. пр. А. Альм (Berlin) считаетъ нужнымъ изложить свой взглядъ по этому вопросу на основаніи своего 10-лѣтняго опыта. Прежде всего онъ отграничиваетъ обыкновенный колитъ, т. е. воспаленіе толстой кишки, также всегда сопровождающееся выдѣленіемъ большаго или меньшаго количества слизи, отъ перепончатого энтерита и слизистыхъ колликъ (Colica mucosa). Въ то время, какъ колитъ имѣетъ въ своей основѣ воспалительный процессъ, послѣдніе 2 болѣзни авт. считаетъ секреторными нейрозами, при которыхъ отдѣленіе слизи увеличено на подобіе того, какъ можетъ быть увеличено отдѣленіе желудочнаго сока. Однако перепончатый энтеритъ и слизистыя колики представляютъ 2 различныхъ болѣзненныхъ состоянія, клиническая картина которыхъ отличается тѣмъ, что при слизистыхъ коликахъ прибавляется признакъ, котораго при перепончатомъ энтеритѣ не бываетъ, а именно періодически появляющіеся приступы. Общими для обоихъ болѣзней являются 2 другихъ признака: запоръ и отхожденіе ленто-или трубкообразныхъ кусковъ слизи. Кромѣ того, оба болѣзни отличаются еще и по этиологіи запора: въ то время, какъ при перепончатомъ энтеритѣ въ основѣ страданія лежитъ атонія кишекъ, при слизистыхъ коликахъ всегда имѣется судорожное состояніе мышцъ кишечника. Въ обоихъ случаяхъ образуются длинныя ленты или трубки плотной слизи только потому, что слизи, вслѣдствіе слабой перистальтики кишечника, залеживается очень долго между кишечной стѣнкой и каловыми массами, гдѣ она и уплотняется. Въ то время, какъ при перепончатомъ энтеритѣ слизь эта выдѣляется при отхожденіи каловыхъ массъ, при коликахъ слизистая лента, помещающаяся въ сокращенной кишкѣ, можетъ выдѣлиться лишь тогда, когда прекратится судорога кишки. По наблюденіямъ автора типичныя слизистыя колики встрѣчаются доврѣдко; на 4000 больныхъ, изслѣдуемыхъ ежегодно въ поликлиникѣ автора, приходится обыкновенно только 10 случаевъ этого вида болѣзни, въ то время какъ перепончатый колитъ наблюдается въ 10 разъ чаще. Распознаваніе слизистой судороги подчасъ бываетъ нелегко; для увѣренности въ правильномъ распознаваніи необходимо прощупать сокращенный отрѣзокъ кишечника, что бываетъ очень трудно, а верѣдко и невозможно. Выѣсто «Enteritis membranacea» авт. считаетъ болѣе правильнымъ названіе «Mucorrhoea (pergosa) coli». Что при этой болѣзни имѣется лишь нейрозъ и нѣтъ воспалительныхъ измѣненій въ кишечникѣ, доказывается тѣмъ, что слизь содержитъ главнымъ образомъ лишь отшелушившіеся эпителии и очень мало бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ; кромѣ того, въ

тѣхъ единичныхъ случаяхъ, гдѣ дѣло дошло до вскрытія или гдѣ при операціи было произведено изслѣдованіе кишечника, слизистая оболочка послѣдняго оказывалась неизмѣненной. Помимо чистыхъ формъ этихъ 2-хъ болѣзненныхъ состояній, встрѣчаются однако смѣшанныя формы ихъ съ обыкновеннымъ колитомъ, но эти случаи крайне рѣдки. Что касается леченія, то и тутъ слѣдуетъ строго отличать ту и другую форму кишечнаго нейроза и каждую соответственно лечить. При леченіи судорожной формы (слизистыя колики) прежде всего приходится позаботиться о примѣненіи противосудорожныхъ средствъ въ видѣ: 1) теплогорячихъ припарокъ изъ льнянаго сѣмени, горячихъ тарелокъ, грѣлокъ въ видѣ бутылокъ, термофоровъ и горячихъ ваннъ; 2) наркотическихъ средствъ въ видѣ свѣчекъ изъ красавки (по 0,01 до 0,02 грм. на приемъ). Примѣнять опій во всѣхъ видахъ его не слѣдуетъ въ виду усиленія запора. Но излѣченіе болѣзни возможно лишь при леченіи основнаго страданія, заключающагося при слизистыхъ коликахъ въ продолжительныхъ типическихъ сокращеніяхъ кишечника. Для устраниенія послѣднихъ авт. совѣтуетъ пользоваться слѣдующими лѣчебными средствами: 1) продолжительными ваннами въ 30—33° R. по 20—25 мин. 3 раза въ недѣлю; 2) теплыми масляными клизмами (1/4 до 1/2 литра льнянаго или сесамоваго масла); послѣднія слѣдуетъ вводить медленно подъ небольшимъ давленіемъ и оставлять долго въ кишечникѣ; 3) молочно-растительной діетой, при чемъ вся растительная пища должна быть хорошо измельчена (пюрэ) и освобождена отъ оболочекъ и шелухи. Тщательное удаленіе механически раздражающихъ составныхъ частей необходимо для избѣжанія раздраженія слизистой оболочки кишечника. Пища однако должна быть дов. объемистой для того, чтобы она сама постепенно передвигалась впередъ и поддерживала кишечникъ въ непрерывномъ легкомъ движеніи. Назначеніе внутрь брома и другихъ нервныхъ средствъ нецѣлесообразно. При леченіи перепончатого энтерита приходится придерживаться другихъ способовъ; тутъ примѣняются: 1) осторожный массажъ толстой кишки рукой или снарядомъ для вибраціоннаго массажа, лучше всего при опорожненной кишкѣ; 2) фарадизація толстой кишки (при ослабленныхъ покровахъ живота); 3) болѣе или менѣе грубая растительная діета при одновременномъ примѣненіи пахтанья, кефира, меда, фруктоваго мармелада, хлѣба по Schrott'y, молочнаго сахара, сушеныхъ фруктовъ, винограда и т. п.; 4) глицериновые клизмы и свѣчки, клистиры изъ холодной воды и т. п. При обоихъ этихъ болѣзненныхъ состояніяхъ безусловно противопоказуется примѣненіе вяжущихъ вливаній, такъ какъ они усиливаютъ раздраженіе слизистой оболочки и тѣмъ увеличиваютъ елизеотдѣленіе и могутъ обусловить судорожное сокращеніе кишки. Примѣненіемъ вяжущихъ можно даже вызвать болѣзненные припадки. Такъ какъ механическое удаленіе слизистыхъ массъ изъ кишечника является необходимымъ условіемъ для того, чтобы кишечная стѣнка могла оправиться отъ раздраженія, то въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при помощи масляныхъ клизмъ или теплыхъ клистировъ съ содовой водой не удастся добиться цѣли, авт. совѣтуетъ разъ въ недѣлю назначить умѣренно дѣйствующее слабительное, напр., касторовое масло. Хотя эти болѣзненные состоянія сами по себѣ не опасны, тѣмъ не менѣе въ отношеніи излѣченія ихъ слѣдуетъ быть при предостереженіи весьма осторожными, такъ какъ послѣ кажущагося излѣченія, въ особенности при перепончатомъ энтеритѣ, совершенно неожиданно появляются возвраты. Дѣло въ томъ, что нервная слабость, являющаяся обыкновенно вызывающей причиной при возникновеніи этой болѣзни, обыкновенно остается неизлѣченной (Therapie der Gegenwart, июль).

А. Коварский.

426. Ч. пр. Л. Е. Голубининъ описываетъ 5 тщательно, прослѣженныхъ случаевъ *блѣнокровія*, при которыхъ примѣнялось *леченіе Röntgen'овскими лучами*. Общее впечатлѣніе автора—въ пользу новаго способа, хотя полнаго излѣченія и не было достигнуто ни въ одномъ случаѣ. Благопріятное вліяніе леченія сказывалось какъ въ уменьшеніи лимфатическихъ железъ, въ увеличеніи вѣса больного и въ улучшеніи общаго самочувствія, такъ равно и въ

части черезъ свѣдущихъ лицъ и особенно по хозяйственной части. Въ частной практикѣ врачъ совѣтуется только съ врачомъ и предпринимаетъ различныя мѣропріятія къ огражденію и возстановленію здоровья больного, при чемъ близкіе доставляютъ средства, а низшій медицинскій персоналъ исполняетъ предписанія, исходящія отъ врача или отъ врачебной коллегіи. Такъ и въ больницѣ все управленіе, вообще вся жизнь есть ничто иное, какъ тѣже мѣропріятія, направленные къ огражденію и возстановленію здоровья больныхъ, поэтому и управлять лѣчебнымъ заведеніемъ могутъ только врачи, а не весь больничный персоналъ, какъ не компетентный не только въ выборѣ директора или ординатора, но и вообще въ сужденіи относительно ихъ дѣятельности. Этимъ, конечно, я не хочу что-нибудь сказать противъ естественнаго и законнаго права средняго и низшаго медицинскаго персонала коллективно черезъ представителей заявлять о своихъ личныхъ и групповыхъ нуждахъ, а также призывать во врачебный Совѣтъ по мѣрѣ надобности; управлять же больницей, повторяю, могутъ только врачи. Нельзя смѣшивать гражданское равенство съ профессиональнымъ естественнымъ неравенствомъ. Врачъ и служитель равны, какъ люди и граждане, но неравны въ ихъ специальной дѣятельности, какъ врачъ и служитель.

Вотъ нѣкоторыя мысли, которыми мнѣ хотѣлось поделиться съ товарищами отчасти по поводу высказаннаго докторомъ Хейсингомъ, отчасти по поводу нѣкоторыхъ новыхъ теченій во врачебной жизни вообще и в.-медицинской въ частности и взглядовъ на это дѣло т. наз. большой публики. Сказанное есть только небольшая часть большого и интереснаго вопроса объ отношеніяхъ и сочетаніяхъ профессиональной и общественно-государственной дѣятельности. Я думаю, процессъ общества въ демократическомъ направленіи и его благополучіе зависятъ не только отъ видоизмѣненія въ эту сторону общественно-государственныхъ формъ, но и отъ соответственнаго приспособленія профессиональной жизни, конечно, съ надлежащимъ различіемъ по существу. Ч. пр. М. Шайкевичъ.

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Анатомія. 422. Н. П. Тишуткинъ** изучалъ на кошкахъ нервы легкаго по способу окраски метиленовой синькой Ehrlich'a (Впрыскиваніе слабаго раствора синьки въ легочную артерію только-что убитаго животнаго). Для болѣе удачной окраски авт. совѣтуетъ предварительно растянуть легкое посредствомъ вдунанія воздуха черезъ дыхательное горло. Отъ органа брались кусочки и подвергались дополнительной окраскѣ синькой-же въ чашкахъ; часть ихъ потомъ окрашивалась пикриновокислымъ аммоніемъ въ глицеринѣ, остальные 80%-мъ воднымъ растворомъ молибденовокислаго аммонія. Первые служили для приготовленія плоскостныхъ препаратовъ, которые можно было разсматривать съ обѣихъ сторонъ, помѣстивъ ихъ въ рамкѣ между 2-мя покровными стеклами, что весьма облегчало изслѣдованіе общаго направленія, хода и развѣтвленія нервныхъ стволовъ. Кусочки же изъ молибденовокислаго аммонія закладывались въ целлоидинъ и служили для приготовленія срѣзовъ и ознакомленія съ подробностями строенія, при чемъ также примѣнялось осматриваніе препаратовъ съ 2-хъ сторонъ. Авт. указываетъ на существованіе въ легкихъ многочисленныхъ мякотныхъ и безмякотныхъ нервныхъ стволовъ. Развѣтвляясь въ бронхахъ, они проникаютъ во всѣ составляющіе ихъ слои. По ходу нервовъ въ бронхахъ встрѣчается много отдѣльных нервныхъ клѣтокъ и цѣлыхъ нервныхъ узловъ. Безмякотныя волокна образуютъ въ подслизистомъ слой бронховъ сплетенія, охватывающія желѣзки; отъ сплетенія идутъ тонкія волокна, оканчивающіяся у самыхъ желѣзистыхъ клѣтокъ. Подобное-же сплетеніе находится и въ мышечномъ слой, гдѣ отдѣльныя волокна оканчиваются у мышечныхъ клѣтокъ пучковатыми утолщеніями. Далѣе, было замѣчено еще одно сплетеніе, относящееся къ сосудистой

системѣ. Всѣ эти сплетенія находятся въ дов. тѣсной связи между собою. Изъ мышечнаго слоя нервы проникаютъ въ tunica propria слизистой оболочки, образуютъ подъ-эпителиальное сплетеніе и доходятъ до эпителиальныхъ клѣтокъ, гдѣ даютъ внутрислизистую сѣть. Въ стѣнкахъ сосудовъ нервныя волокна замѣчались какъ въ артеріяхъ, такъ и въ венахъ въ наружной и средней оболочкахъ. Въ стѣнкахъ-же альвеолярныхъ ходовъ и въ перегородкахъ между легочными пузырьками авт. не находилъ нервныхъ элементовъ. Нервныя волокна обычно имѣли мѣстами четковидныя расширения, что рѣзко ихъ отличало отъ упругихъ волоконцевъ. Авт. приводитъ подробную литературу вопроса («О нервахъ легкихъ». 1905 г. Петербургъ). В. Б.

**Физиологія и общая патологія. 423. Otto Neubauer** (München) изучалъ вопросъ о влияніи алкоголя на выдѣленіе ацетоновыхъ тѣлъ, т. е. ацетона, ацетокислоты и оксимасляной кислоты. Съ тѣхъ поръ, какъ путемъ опытовъ было выяснено, что эти соединенія играютъ важную роль при возникновеніи диабетической спячки, одѣланы были попытки предотвратить скопленіе этихъ тѣлъ въ организмѣ; исходя изъ того, что ацетоновые тѣла обуславливаютъ отравленіе кислотами, ихъ старались осреднять назначеніемъ щелочей; но такъ какъ способъ этотъ не имѣлъ сколько-нибудь прочнаго успѣха, то лѣченіе было направлено къ тому, чтобы предотвратить скопленіе ацетоновыхъ соединеній путемъ ограниченія ихъ образованія въ организмѣ. Экспериментальныя изслѣдованія выяснили, что источникомъ образованія ацетоновыхъ тѣлъ служатъ жиры. Geelmuyden, Schwarz, Magnus-Levy показали, что ацетоновые соединенія могутъ образоваться изъ жирныхъ кислотъ. Къ сожалѣнію, нельзя совершенно исключить жиръ изъ пищевого довольствія больного; можно лишь ограничить его потребленіе извѣстнымъ minimum'омъ. На уменьшеніе количества ацетоновыхъ тѣлъ влияетъ также прибавка къ пищѣ обыкновенныхъ углеводовъ, т. е. винограднаго сахара, крахмала, тростниковаго сахара и т. п., такъ какъ, какъ показалъ Hirschfeld, совершенное исключеніе этихъ углеводовъ изъ пищи ведетъ къ увеличенному выдѣленію этихъ тѣлъ. Поэтому принято при наступленіи ацидоза у страдающихъ сахарной болѣзью отказываться отъ примѣненія строгой безуглеводной діеты. Но, съ другой стороны, при допущеніи большаго или меньшаго количества углеводовъ всегда имѣется рискъ усилить гликанию и такимъ образомъ опять нанести больному вредъ. Добившись уменьшеннаго образованія ацетоновыхъ тѣлъ можно бы лучше всего употребленіемъ такихъ веществъ, которые подобно углеводамъ, дѣйствовали-бы задерживающимъ образомъ на образованіе ацетоновыхъ тѣлъ, но не содержали-бы содержанія сахара въ крови. Такія вещества были предложены цѣлымъ рядомъ изслѣдователей Mohr и Loeb предложили ксилозу, Hirschfeld — манглицеринъ, Schwarz — сахарную и глюконовую кислоты, Neuberg — глицерозу. Пока ни одно изъ этихъ средствъ не нашло еще себѣ практическаго примѣненія отчасти потому, что ихъ нельзя принимать продолжительное время, отчасти изъ-за неблагопріятныхъ побочныхъ дѣйствій. Изъ того, что алкоголь сберегаетъ жиры, докторъ Hirschfeld испыталъ, не уменьшаетъ ли онъ вмѣстѣ съ этимъ образованіе ацетоновыхъ тѣлъ? Онъ изслѣдовалъ, съ которыми произвелъ 11 опытовъ при тяжеломъ диабетическомъ ацидозѣ, и пришелъ къ тому, что алкоголь оказываетъ значительное, а при легкихъ или неясное пониженіе выдѣленія. Опыты съ 3-мя здоровыми людьми, получавшими водистую пищу, показали, что введеніе алкоголя на выдѣленіе ацетоновыхъ тѣлъ не оказываетъ никакого вліянія. Hirschfeld, производившій изслѣдованія, пришелъ къ тому, что алкоголь не оказываетъ вліянія на выдѣленіе ацетоновыхъ тѣлъ. Авт. склоненъ объяснить это темъ, что алкоголь не оказываетъ вліянія на оксимасляныя соединенія. Изслѣдованія Neubauer'а показываютъ, что ацидозъ умѣреннаго характера не оказываетъ вліянія на выдѣленіе ацетоновыхъ тѣлъ.

(нефритъ и т. д. № 17).

424. Въ трубахъ вибрионъ въ печени чаются въ печенѣ, стоитъ дѣйствы филокококовъ, т. е. Въ виду этого А. нения *отношенія* молодыхъ кроликовъ имчивыхъ къ холерѣ вену около 0,6—0,8 вибриона. Кролики (отъ 1 до 20 дней при зараженіи ея вому набуханію въ распадъ нѣкоторыхъ денныхъ кѣтокъ различныхъ стадіи и атипичнаго жутокъ времени печенѣ этотъ обладаетъ багшению къ вибрионамъ введены черезъ сисбагъ въ ней черна наука, т. 12, вып. 2.

# Внутреннія болѣзни:

индистовъ по вопропчатаго энтерита.

Albi (Berlin) считаетъ

по этому вопросу

Прежде всего онъ

т. е. воспаление

дающееся выдѣленіи

ства слизи, отъ

коликъ (Colica шиса

етъ въ своей основѣ

лія 2 болѣзни

при которыхъ отделе

какъ можетъ быть

Однако перепончат

ставляютъ 2 различн

ческая картина котл

зистыхъ коликахъ

перепончатомъ вет

чески появляющис

лѣзней являются

іе ленто-или труб

го, обѣ болѣзни

то время, какъ

страданія лежат

какъ всегда нит

ивка. Въ обон

или трубки плоти

ствіе слабой

очень долго

на, гдѣ она

вотчтомъ

каменухъ на

вѣка

вѣда

вѣ

вѣ

ми на упорны го-  
момотнаго характера,  
это переходящія въ  
ия, что мѣшаютъ боль-  
ю 3 мѣс. назадъ, а за  
или больного отка-  
редомъ онъ изъ Оло-  
Около 2-хъ лѣтъ на-  
тился недостаточно  
меръ много курить.  
ект. Нѣсколько уве-  
альное общее питаніе.  
asilica и v. cephalica,  
особенно vv. saphenae  
напр., на обѣихъ но-  
тнаго тѣла, безъ пуль-  
ручныя оплотнены не  
не устранять отчет-  
остальныхъ органахъ,  
едиченія печени (она  
рѣя, дов. мягка и съ  
ей эмфиземы легкихъ,  
ленно имѣется дов. рѣз-  
фированію, но въ срав-  
ное давленіе и сфигмо-  
етя для вѣнъ давленіе  
ѣ этотъ,—3-й изъ опи-  
рисистема)—показы-  
флебосклероза не такъ  
зывающими причинами  
сифилисѣ, алкоголизмъ,  
между головными бо-  
установить причинную  
и то, что нитроглице-  
уменьшаетъ боли, при  
ой колющій характеръ

орыхъ приняли участіе  
и М. В. Яновскій, вы-  
ра заболѣванія, вызван-  
энергичнаго противоси-  
ходимо продѣлать, вос-  
нѣ видѣ втираній.  
М. В. Яновскаго и фи-  
лова). О бронхиальномъ  
отныхъ плейритахъ.  
аніе). Опытами на соба-  
хождение бронхиальнаго  
этого въ обѣ плейраль-  
енно и въ одинаковомъ  
о появленія рѣзкаго брон-  
кались, и въ нѣкоторыхъ  
Wood'a или Менделѣв-  
съ лишь послѣ того, какъ  
получалъ такимъ образомъ  
постей и слѣпки съ брон-  
альное дыханіе проводится  
онховъ не черезъ сдавлен-  
о ткань (такого состоянія  
а черезъ стѣнки крупныхъ  
легкихъ, въ мѣстахъ сопри-  
плетейритического выпота  
и состоитъ такимъ образомъ  
легкихъ или долей легкихъ  
между нижними и верхними  
ено соприкасается съ ними.  
плетейритахъ представляетъ со-  
ное дыханіе; оба состоятъ въ  
звуковъ трахеальнаго характера  
временно и въ однихъ и тѣхъ-  
ника).

мѣтъ съ пузырямъ  
слабленіе ды-  
уныхъ брон-  
іе крупны  
ибо жидкос-  
какъ собака  
ральныхъ полостяхъ  
ертиградовъ: При какой  
докладчикъ: Температура плава  
вливалоъ оно собакамъ, нагрѣтымъ

мѣтъ съ пузырямъ  
слабленіе ды-  
уныхъ брон-  
іе крупны  
ибо жидкос-  
какъ собака  
ральныхъ полостяхъ  
ертиградовъ: При какой  
докладчикъ: Температура плава  
вливалоъ оно собакамъ, нагрѣтымъ

въ этомъ случаѣ  
обѣ плейраль-  
ь, то, очевидно,  
ное давленіе.  
ывалоъ масло?  
мѣста 26° Ц.;

въ этомъ случаѣ  
обѣ плейраль-  
ь, то, очевидно,  
ное давленіе.  
ывалоъ масло?  
мѣста 26° Ц.;

приближеніи состава крови къ нормѣ. Однако послѣ прекращенія лѣченія черезъ болѣе или менѣе продолжительный промежутокъ всегда снова наступало ухудшеніе. Такимъ образомъ въ рентгенизаціи мы имѣемъ пока только палліативъ, но палліативъ хорошій, какого раньше не имѣли. Сравненіе результатовъ, полученныхъ при лѣченіи х-лучами, съ результатами примѣненія прежнихъ способовъ лѣченія (въ той же клиникѣ проф. В. Д. Шершиско) показываетъ, что ни мышьякъ, ни хининъ, ни органипорация, ни туберкулинъ не давали такихъ рѣзкихъ улучшеній въ состояніи больныхъ, какое даетъ рентгенизация (Медицинское Обозрѣніе, № 11). Н. Видорчикъ.

427. П. П. Климинъ посвящаетъ специальную монографію *микробиологии и болезнетворности палочекъ проказы*. Работа распадается на 2 части: въ 1-ой авт. излагаетъ результаты своихъ изслѣдованій по полученію чистой разведения лепрозной палочки; во 2-ой—опыты прививки лепрозныхъ палочекъ животнымъ (морскимъ свинкамъ и кроликамъ). Авт. получилъ положительные результаты въ обѣихъ частяхъ своей работы. Ему удалось получить чистую разведку микроорганизма, который по источнику происхожденія, морфологическимъ и біологическимъ особенностямъ долженъ быть признанъ за лепробактерію, хотя и видоизмѣненную при условіяхъ искусственнаго роста. Разводки этого микроорганизма, будучи введенны въ организмъ животныхъ, вызывали каждый разъ одинъ и тотъ же мѣстный воспалительный процессъ, который на основаніи гисто-бактеріоскопическихъ данныхъ авт. считаетъ экспериментальнымъ «*leprosis viscerum*». И та, и другая часть работы сопровождается обстоятельнымъ критическимъ обзоромъ литературы предмета. Текстъ поясненъ 3-мя таблицами рисунковъ, представляющихъ свѣтописные снимки съ развонокъ лепрозныхъ палочекъ и съ гистологическихъ измѣненій пораженной проказою печени («Микробиологія и патогенность лепрозныхъ бациллъ», Петербургъ, 1905 г.). Н. В.

**Хирургическія болѣзни.** 428. А. Грюнбаумъ (Варшава) описываетъ 2 случая произвольнаго разрыва мочевого пузыря.

1. 6/ix 1902 г. въ лѣчебницу автора былъ привезенъ больной, 63 л., съ явленіями полной 3-дневной задержки мочи.—Страдаетъ уже давно частыми позывами на мочеиспусканіе. 3 дня назадъ послѣ приѣма холоднаго пива внезапно наступила задержка мочи. Все подчревье, начиная на 3 пальца ниже пупка и до лона представляетъ однообразную выпуклость, соответственно которой всюду получается притупленіе звука. Обѣ доли предстательной железы значительно гипертрофированы и тверды. П. слабый, 134°—186°. Языкъ обложенъ чернымъ, толстымъ налетомъ. Частая отрыжка. Введеніе зонда *Nelaton*'а № 16 и мѣталлическихъ №№ 16 и 18 показало, что въ мочеиспускательномъ протокѣ имѣется ложный путь. Только послѣ введенія катетера *Nelaton*'а № 10 началось выдѣленіе мочи, продолжавшееся 2 1/2 часа; мочи авторъ выпустилъ 23 стакана, т. е. 4,6 литра. Последнія порціи мочи были мутны, но ясныхъ следовъ гноя авт. въ ней не подмѣтилъ. По опорожненіи пузыря авт. прощупалъ въ лѣвомъ подчревьи, по срединѣ между наружнымъ краемъ прямой мышцы и верхней передней остью, болѣзненное затвердѣніе съ гладкою поверхностью, простиравшееся отъ пупочной линіи почти до средней *Poupart*'овой связки. 7/ix: 38°—39°4. П. 100. Языкъ обложенъ чернымъ налетомъ. Удалось ввести лишь колѣчатый упругій катетеръ, которымъ и выпущено было около 2-хъ стакановъ мочи. Затвердѣніе въ лѣвой 1/2 брюшной полости болѣе рѣзкое; кожа здѣсь покраснѣвшая; боль сильная. Подъ микроскопомъ въ осадкѣ мочи оказалось въ каждомъ полѣ зрѣнія 70—80 гнойныхъ тѣлецъ. 8/ix: 39°3—39°5. П. 100. Затвердѣніе еще болѣе болѣзненно; въ срединѣ его выбленіе. 9/ix: Утр. 39°2. По выдѣленіи мочи, полосканіи пузыря и удаленіи колѣчатого катетера, изъ мочеиспускательнаго протока вылилось около 3-хъ ложекъ густого гноя. Подъ усиленіемъ авт. провелъ разрѣзъ въ мѣстѣ наибольшей выпуклости живота, параллельной наружному краю прямой мышцы, на разстояніи 2-хъ пальцевъ отъ вѣя, отъ пупочной линіи почти до средины *Poupart*'овой связки. Послѣ разрѣза кожи, подкожной кѣтчатки и инфильтрированныхъ мышцъ и фасцій изъ глубины показался гной (въ количествѣ около 2/3 стакана), смѣшанный съ мочей. Полость гнойника направлялась въ малый тазъ и кзади. Введя въ полость толстый и длинный дренажъ и вприсунувъ въ пузырь черезъ *Nelaton*'овскій катетеръ растворъ борной кислоты, авт. убѣдился, что между мочевымъ пузыремъ и полостью разрѣза имѣется непосредственное сообщеніе. Дренажъ былъ пришитъ къ краямъ кожи, а катетеръ фиксированъ. Выздоровленіе.

2. 11/viii 1904 г. въ лѣчебницу поступилъ больной, 65 л., съ задержкой мочи.—Источникъ, страдающій давно болѣзненнымъ мочеиспусканіемъ. Ночью во время рѣзкихъ усилій помочиться, почувствовалъ, какъ будто у него что-то лопнуло. Обѣ доли пред-

стательной железой равномерно и значительно увеличены и тверды. Надъ лѣвомъ по средней линіи—аппендицная, съ головку новорожденнаго, ограниченная опухоль, простиравшаяся до пупка и въ глубинѣ дающая выбленіе. Звукъ надъ ней притупленъ. Помощью колѣчатого катетера удалось вынуть около 1/4 стакана мочи, но опухоль нисколько не уменьшилась. Разрѣзавъ кожу и подкожную кѣтчатку отъ пупка до лона по всей линіи опухоли и оттянувъ прижавъ мышцу живота, авт. замѣтилъ сильно выпяченную и инфильтрированную фасцію блѣлой линіи, которая на 3 пальца выше лона обнаруживала рѣзко выбившееся возвышеніе. По проведеніи здѣсь разрѣза моча стала вытекать толстой струей. Расширивъ разрѣзъ внизъ до самого лона, авт. опорожнилъ всю полость отъ мочи, а затѣмъ вынулъ ее обложенной марлей. Убѣдившись, что полость эта отграничена отъ полости брюшины, и, чтобы найти мѣсто разрыва въ стѣнкѣ пузыря, авт. быстро ввелъ черезъ катетеръ въ пузырь теплый растворъ NaCl; благодаря этому передняя стѣнка пузыря сдвинулась настолько доступной, что онъ захватилъ ее и провелъ черезъ нее 2 шелковыхъ нити. Поднявъ при помощи послѣдней пузырь вверхъ, авт. нашелъ въ немъ отверстіе въ видѣ продольной щели, длиною около 1 см., лежащее немного вправо отъ средней линіи. Въ мочевоомъ пузырьѣ никакихъ сростковъ съ острыми краями не оказалось. Сближивъ края кожной раны нѣсколькими узловатыми швами, авт. пришилъ пузырь къ верхнему углу раны и ввелъ два дренажа: 1 въ пространство *Rollet*, другой въ пузырь. Выздоровленіе. (*Gazeta lekarska*, 21 июля). О.

**Глазныя болѣзни.** 429. Разсматривая *новейшія методы обезболивающія средства въ глазной практикѣ*, проф. F. Best (Giessen) приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. *Алипинъ* и *Стованинъ* уступаютъ кокаину въ томъ отношеніи, что они раздражаютъ глазъ. *Новокаинъ* заслуживаетъ наибольшаго вниманія: онъ хорошо переносится, не оказывая побочнаго дѣйствія на зрачекъ, приспособленіе и сосуды глаза, но, къ сожалѣнію, даже при сочетаніи съ супраениномъ не достигаетъ обезболивашей силы кокаина; въ извѣстныхъ случаяхъ, а именно, когда нужно избѣгнуть расширенія зрачка и не требуется очень глубокаго обезболиванія (напр., до и послѣ прижиганія соединительной оболочки азотнокислыми серебромъ или цинкомъ или купоросной палочкой) новокаинъ съ супраениномъ можетъ съ выгодой замѣнить кокаинъ; наоборотъ, при воспалительной глаукомѣ кокаинъ заслуживаетъ предпочтенія въ виду большей чувствительности тканей (совмѣстно съ эзеринотъ); далѣе новокаинъ показуется при вырѣзываніяхъ, если отъ значительныхъ количествъ вприскиваемой жидкости можно опасаться отравленія, т. е. въ области хирургіи, въ томъ числѣ при выдѣленіи глазного яблока. *Иогимбинъ* не раздражаетъ, обезболиваетъ не очень сильно, нѣсколько расширяетъ зрачекъ и очень дорогъ, но за то онъ въ 1—2%-ныхъ растворахъ вызываетъ сильное налитіе соединительной оболочки, не устраняемое даже нѣсколькими каплями 1%-наго раствора супраенина; это сосудорасширяющее дѣйствіе иогимбина наступаетъ приблизительно черезъ 5—10 минутъ послѣ впусканія его и держится часами. Въ концѣ концовъ кокаинъ въ глазной практикѣ не вытѣсненъ и новѣйшими обезболивающими. Правильно примѣняемый, особенно усиленный супраениномъ въ смыслѣ продолжительности и глубины обезболиванія, онъ даетъ возможность производить подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ почти всѣ глазныя операціи (*Medicinishe Woche*, № 10). В. Дитманъ.

430. Проф. В. *Wischerkiewica* (Краковъ) обращаетъ опять вниманіе на *хорошее дѣйствіе піоктанина при мѣстныхъ болѣзняхъ*, въ особенности при слезистогнойныхъ отдѣленіяхъ. Въ случаяхъ затяжнаго гнойнаго воспаленія слезного мѣшка, гдѣ протарголъ и аргентаминъ не давали успѣха, авт. переходилъ къ піоктанину. Слезный мѣшокъ промываютъ сначала растворомъ борной кислоты, затѣмъ вприскиваютъ 1/6—1/2%-ные растворы піоктанина и накладываютъ повязку, производя давленіе на слезный мѣшокъ. Въ застарѣлыхъ случаяхъ, въ которыхъ кавалъ бываетъ выполненъ грануляціями, сначала удаляютъ ихъ ложечкой, затѣмъ промываютъ мѣшокъ H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> и потомъ уже вприскиваютъ піоктанинъ. Послѣдній далъ автору хорошіе результаты и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ слезный мѣшокъ предназначался уже къ выдѣленію. Далѣе ободрившіе результаты отъ піоктанина авт. получилъ при язвахъ роговицы, гнойныхъ воспаленіяхъ въ глубинѣ глаза, въ 1 сл. гнойника глазницы послѣ гриппа и въ 1 сл. *mucokele frontalis* (*Nowiny lekarskie*, июль). С. Остроумскій.



431. Проф. *Laqueur* (Strassburg) видѣлъ въ 2-хъ случаяхъ осколокъ стекла въ хрусталикѣ.

Въ 1-мъ случаѣ у 20-лѣтняго студента оба глаза были повреждены осколками стекла въ химической лабораторіи, при взрывѣ стеклянной колбы съ воднымъ растворомъ нитроформа. Правый глазъ былъ поврежденъ большимъ осколкомъ до такой степени, что его тотчасъ же пришлось вынуть; въ лѣвомъ же оказалась небольшая ранка (у нижняго края роговой оболочки), черезъ которую незначительный осколокъ, пробивъ радужную оболочку, проникъ въ нижнюю часть хрусталика. Авт. видѣлъ больного впервые черезъ 5 мѣс. послѣ повреждения. По расширеніи зрачка можно было различить рѣзко ограниченный и сильно блестящій осколокъ стекла въ нижней части хрусталика, близъ экватора. Признаковъ раздраженія въ глазу не было никакихъ; острота зрѣнія, при близорукости въ 1,25 Д., была полная. Въ такомъ состояніи глазъ оставался болѣе 3-хъ лѣтъ, послѣ чего вокругъ инороднаго тѣла стала образовываться мутность, увеличивавшаяся очень медленно. 1½ года спустя, въ видѣ медленнаго созрѣванія катаракты, проф. *Hornet*, сдѣлавшій 5 лѣтъ тому назадъ вылученіе праваго глаза, произвелъ на лѣвомъ подготовительное застѣченіе радужной оболочки и расщепленіе хрусталика, а черезъ нѣсколько недѣль извлекъ и весь хрусталикъ вмѣстѣ съ осколкомъ стекла. Получилось полное зрѣніе.

Во 2-мъ случаѣ осколками отъ разбишагося върезбегн оконнаго стекла поранило правый глазъ у 21-лѣтняго дѣвушки. Осколки, оставшіеся на соединительной оболочкѣ, были тотчасъ же удалены; небольшой же осколокъ, пробившій бѣлокъ на разстояніи 2 мм. отъ наружнаго края радужной оболочки и блестящій, какъ бриллиантъ, въ серединѣ хрусталика, оставивъ въ немъ слѣдъ отъ своего прохожденія въ видѣ линейной мутности, обнаруженъ былъ 14 дней спустя, при чемъ острота зрѣнія на этомъ глазу оказалась вполне нормальной. Черезъ 3 мѣс. острота зрѣнія понизилась на 1/2, хотя хрусталикъ оставался столь же прозрачнымъ, и зрѣніе, благодаря призматическому дѣйствію осколка стекла, стало множественнымъ. Еще черезъ нѣсколько мѣсяцевъ замѣнены были тонкія мутности въ хрусталикѣ сверху и снизу отъ линіи прохожденія осколка; способность приспособленія на поврежденномъ глазу понизилась, острота же зрѣнія осталась прежней. Замѣтнаго пониженія зрѣнія не наступило и черезъ 3½ года послѣ повреждения, когда авт. получилъ послѣднее извѣстіе о больной.

Что и въ роговой оболочкѣ осколки стекла могутъ оставаться долгое время безъ реакціи, показываетъ случай *H. Magnus'a*, извлекашаго изъ роговицы у одной старой женщины осколокъ стекла въ 2 мм. длины и 1½ мм. ширины.

Осколокъ этотъ, влетѣвъ въ роговицу 2 года и 3 мѣс. назадъ при взрывѣ бутылки съ сельтерской водой, не вызывалъ никакихъ расстройствъ ни въ зрѣніи, ни въ другихъ отправленияхъ глаза и лишь тѣмъ давалъ себя чувствовать, что, нѣсколько выступая надъ поверхностью роговицы, раздражалъ соединительную оболочку верхняго века при миганіи.

2 такихъ же случая наблюдалъ и проф. *Laqueur*.

У 35-лѣтняго рабочаго поврежденъ былъ лѣвый глазъ при взрывѣ водомѣрнаго стекла. Исслѣдованіе, произведенное 8 дней спустя, обнаружило небольшую ранку въ верхне-внутренней 1/4 роговицы, а позади этой ранки видѣлся небольшой осколокъ стекла въ формѣ приплюснутой пирамиды. Острота зрѣнія равнялась 1/2 нормальной. Попытки удалить осколокъ въ началѣ не удавались. Лишь черезъ 8 мѣс. его удалось извлечь, послѣ чего зрѣніе повысилось до 0,8. Виродолженія всѣхъ этихъ 8 мѣс. глазъ оставался совершенно спокойнымъ, и только въ ближайшей окрестности осколка роговица представлялась помутнѣвшей.

Въ другомъ случаѣ разбиты были камнемъ очки у 10-лѣтней дѣвочки съ высокой степенью астигматизма, и осколокъ стекла попалъ въ лѣвый глазъ. На 2-ой день обнаружена была прободящая рана роговицы съ небольшимъ выпаденіемъ радужной оболочки. По заживленіи раны, съ переднимъ срощеніемъ, можно было различить во внутренне нижней 1/4 роговицы, на нѣкоторомъ разстояніи отъ рубца, тонкій, продолговатый осколокъ стекла, зажившій безъ реакціи въ глубокихъ слояхъ оболочки. Наблюденіе продолжалось 7 мѣс. и въ теченіи этого времени осколокъ не вызывалъ никакихъ явленій раздраженія въ глазу [*Archiv für Augenheilkunde*, т. LIII, 2]. *P. Kaetz*.

## ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

LIII. Съ научныхъ Совѣщаній въ Петербургскомъ клиническомъ военномъ госпиталѣ.

(Засѣданіе 31-го января).

В. І. Бжэзскій (изъ клиникъ проф. М. В. Яновскаго) по-

амбулаторный приемъ пришелъ Б. съ жалобами на упорныя головныя боли и на общую слабость. Боли—домотнаго характера, постоянныя въ вискахъ и затылкѣ, дов. часто переходящія въ колющія, острыя, въ общемъ настолько сильныя, что мѣшаютъ больному работать и спать. Появились онѣ около 3 мѣс. назадъ, а за послѣдніе 2 мѣс. такъ усилились, что заставляли больного отказываться отъ его ремесла столара. Б-му 39 л.; родомъ онъ изъ Олоонецкой губ.; въ Петербургѣ живетъ 30 лѣтъ. Около 2-хъ лѣтъ назадъ заразился сифилисомъ, отъ котораго лѣчился недостаточно правильно; злоупотреблялъ алкоголемъ, а теперь много куритъ. Рѣзкая бѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ. Нѣсколько увеличенныя паховыя железы. Неудовлетворительное общее питаніе. Поверхностныя венныя стволы на рукахъ (*v. basilica* и *v. cephalica*, *v. mediana* съ развѣтвленіями) и на ногахъ (особенно *vv. saphenae major* и *minor*), рѣзко оплотнены; *v. saphena*, напр., на обѣихъ ногахъ отчетливо прощупывается въ видѣ плотнаго тяжа, безъ пульсаций, вплоть до средней 1/3 голени. Вены ручныя оплотнены не такъ рѣзко. Длительное приложеніе тепла не устраняетъ отчетливаго ихъ выступленія подъ пальцами. Въ остальныхъ органахъ, кромѣ незначительной болѣзненности и увеличенія печени (она выстукивается на 1 палецъ ниже подреберья, дов. мягка и съ ровной поверхностью) и небольшою краевой эмфиземой легкихъ, ничего ненормальнаго не найдено. Одновременно имѣется дов. рѣзкое оплотненіе и артерій, доступныхъ изслѣдованію, но въ сравненіи съ венами оно менѣе сильно. Кровяное давленіе и сфигмограмма характерны для артеріосклероза, хотя для венъ давленіе должно считаться низкимъ (1,8 мм.). Случай этотъ,—3-й изъ описанныхъ въ литературѣ (2-ой—д-ра Э. А. Гранстрема)—показываетъ, что прижизненное распознаваніе флебоэрозоза не такъ уже рѣдко, какъ думали до сихъ поръ. Вызывающими причинами болѣзни въ данномъ случаѣ нужно считать сифилисъ, алкоголизмъ, куреніе и профессию (столаря). Вѣроятно, между головными болями и флебо-и-артеріосклерозомъ нужно установить причинную связь. Въ пользу этого отчасти говоритъ и то, что нитроглицеринъ, въ количествѣ 1—2 кап., замѣтно уменьшаетъ боли, при чемъ онъ теперь совершенно потерялъ свой колющій характеръ въ указанныхъ выше мѣстахъ.

Въ послѣдовавшихъ преніяхъ, въ которыхъ приняли участіе С. П. Вертоградовъ, проф. Т. П. Павловъ и М. В. Яновскій, выяснилось, что въ виду системнаго характера заблѣванія, вызваннаго многими причинами, недостаточно энергичнаго противосифилитическаго лѣченія; послѣднее необходимо продѣлать, воспользовавшись препаратами ртути, напр., въ видѣ втираній.

Э. А. Гранстремъ (изъ клиникъ проф. М. В. Яновскаго и физиологической лабораторіи проф. И. П. Павлова). О бронхиальномъ дыханіи и признакахъ *Bacelli* при выпотныхъ плейритахъ. (Клинически-экспериментальное изслѣдованіе). Опытами на собакахъ докладчикъ старался выяснитъ происхожденіе бронхиальнаго дыханія при выпотныхъ плейритахъ. Для этого въ обѣ плейральныя полости собаки вливалось одновременно и въ одинаковомъ количествѣ нагрѣтое кокосовое масло до появленія рѣзкаго бронхиальнаго дыханія. Затѣмъ собаки убивались, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ бронхи наливались металломъ *Wood'a* или *Менделѣевской* замазкой. Вскрытіе производилось лишь послѣ того, какъ собаки вполне остывали. Докладчикъ получалъ такимъ образомъ масляные слѣпки съ плейральныхъ полостей и слѣпки съ бронховъ. Опыты эти выяснили, что бронхиальное дыханіе проводится съ дыхательнаго горла и крупныхъ бронховъ не черезъ сдавленную, плотную, безвоздушную легочную ткань (такого состоянія легкихъ докладчикъ не наблюдалъ), а черезъ стѣнки крупныхъ бронховъ въ области корня (*hilus*) легкихъ, въ мѣстахъ соприкосновенія жидкости съ бронхами. Роль плейритическаго выпота въ образованіи бронхиальнаго дыханія состоитъ такимъ образомъ въ томъ, что при уменьшеніи объема легкихъ или долей легкихъ выпотъ проникаетъ по пространству между нижними и верхними долями до крупныхъ бронховъ и тѣсно соприкасается съ ними. Признакъ *Bacelli* при выпотныхъ плейритахъ представляетъ собой то же явленіе, что и бронхиальное дыханіе; оба состоятъ въ проведеніи въ дыхательное горло звуковъ трахеальнаго характера и наблюдаются почти всегда одновременно и въ однихъ и тѣхъ же мѣстахъ (въ переднѣй докладчикъ).

Проф. А. П. Фавицкій: Вы, кажется, сказали, что Ваши экспериментальныя данныя подтверждаютъ клиническія; я бы сказалъ наоборотъ. Слѣдуетъ отмѣтить полученный и доказанный Вами фактъ, что по мѣрѣ накопленія въ полости плейры жидкости, сдавливающей легкія вплоть до крупныхъ бронховъ, создается условіе, благоприятныя для образованія бронхиальнаго дыханія. Вы также отмѣтили и участіе сдавленія легки въ этомъ явленіи; легкія часто бываютъ сдавлены не вплоть, почему и бронхиальное дыханіе выслушивается не такъ рѣзко. Что касается признака *Bacelli*, то онъ описанъ раньше и принадлежитъ не ему. *Bacelli* выслушиванію шопотомъ далъ иное лишь примѣненіе для отличія сывороточныхъ выпотовъ отъ гнойныхъ. Ваши данныя, имѣющія большое клиническое значеніе, уясняютъ и этотъ признакъ.

Н. Н. Вестерриксъ: Опытъ съ пузырями, мнѣ кажется, не совершенно доказателенъ. Ослабленіе дыхательнаго шума обусловливается сдавленіемъ крупныхъ бронховъ.

Докладчикъ: Сдавленіе крупныхъ бронховъ въ этомъ случаѣ трудно предположить, ибо жидкость вливалась въ обѣ плейральныя полости, а такъ какъ собака продолжала жить, то, очевидно, въ обѣихъ плейральныхъ полостяхъ было отрицательное давленіе.

С. П. Вертоградовъ: При какой температурѣ застывало масло?

Докладчикъ: Температура плавленія кокосоваго масла 26° Ц.; вливалось оно собакамъ, нагрѣтымъ до 45—50°.

Ч. пр. *Н. П. Тишуткина*: На препаратахъ желательна бы большая ясность. Вы легкое высушивали; было бы убедительно, если бы Вы обратили внимание на сохранение и несдавленные частей легкихъ, чего при высушивании Вы получить не могли. Во время дыхательныхъ движений, быть можетъ, легкое просакивало между не вполне оплотнѣвшимъ масломъ и несдавленными частями легкого. Если бы Вы сохранили легкія въ полурасстанутомъ состояніи. Вы сохранили бы тѣмъ и соотвѣстствіе между ними.

*Докладчикъ*: Какимъ образомъ можно получить расстанутое состояние легкихъ?

Ч. пр. *Н. П. Тишуткина*: Металломъ, накачиваніемъ воздуха, фиксирующими жидкостями.

*Докладчикъ*: Въ одеомъ изъ слѣжковъ имѣются полости, гдѣ видно, что легкое дышало.

Ч. пр. *Н. П. Тишуткина*: Это не вполне ясно. Отношенія между частями легкихъ при дыханіи постоянно мѣняются.

Студ. *В. Я. Порембскій*: Какъ вы объясняете, почему бронхофонія была ослаблена, а бронхиальное дыханіе передавалось?

*Докладчикъ*: Тутъ дѣло идетъ, повидимому, о различномъ проведеніи различныхъ звуковъ. Нѣкоторые звуки въ бронхахъ резонируютъ, а другіе нѣтъ.

*Н. Г. Кукоцковъ*: Для своихъ опытовъ Вы брали кокосовое масло, вѣсъ котораго выше вѣса выпота. Въ происхожденіи бронхиальнаго дыханія эта разница въ вѣсахъ можетъ играть нѣкоторую роль, и Вамъ бы слѣдовало устранить это возраженіе.

*Докладчикъ*: И въ этомъ отношеніи у меня имѣются опыты съ соевыми растворами, съ замораживаніемъ, при чемъ оказалось, что жидкость по замерзванію давала прослойки между долями легкихъ. Но соевые растворы пришлось оставить, ибо они въ значительной мѣрѣ всасывались, и при вскрытіи въ плеиральныхъ полостяхъ жидкости всегда оказывалось меньше, чѣмъ ея было вліяно.

Ч. пр. *А. Н. Ивановъ*: Перевязывали ли Вы дыхательное горло прежде, чѣмъ вынуть легкое? Можно себѣ представить, что при не вскрытой грудной кѣткѣ нижняя доля легкого была сдавлена влитымъ масломъ до полного исчезновенія воздуха; по состоянію долей легкихъ, вынутыхъ безъ этой предосторожности, нельзя судить о томъ, что имѣется при не вскрытой грудной кѣткѣ.

*Докладчикъ*: Особой разницы между верхними и нижними долями я не замѣтилъ. Легкія, даже при перевязкѣ дыхательнаго горла, спадаются одинаково.

Проф. *М. В. Яновскій*: Замѣчаніе студ. *Порембскаго* не уясняется этимъ опытомъ. Можно для этого привести нѣкоторыя аналогіи. Иногда при пневмонии выслушивается усиленная бронхофонія, тогда какъ вибрація оказывается ослабленной и наоборотъ. Въ большинствѣ случаевъ вибрація слышна бываетъ тамъ, гдѣ голосъ больного низкій, а бронхофонія тамъ, гдѣ онъ высокій. Очевидно, что вибрація различнаго числа звуковыхъ колебаній передается неодинаково, и въ этомъ отношеніи стѣнки грудной кѣтки, ихъ напряженіе, имѣютъ большое значеніе: чѣмъ напряженіе сильнѣе, тѣмъ легче передаются высокія вибраціи, и наоборотъ. Бронхиальный шумъ состоитъ изъ высокыхъ тоновъ, а при вибраціи, наоборотъ, лучше ощущаются медленные колебанія; они слышатся яснѣе при небольшомъ напряженіи грудной кѣтки. Бронхофонія вызывается колебаніями, занимающими по своей частотѣ средину между тѣми, которыми обуславливается бронхиальное дыханіе, и тѣми, которыя даютъ вибрацію. Д-ру *Гранстрему* удалось наблюдать трахеальное дыханіе, когда дыхательное горло было отдѣлено отъ гортани. Ясно, что тутъ еще гдѣ-то имѣется условіе для происхожденія бронхиальнаго дыханія. Очевидно, что оно можетъ происходить и въ другихъ мѣстахъ, гдѣ-нибудь, напр., въ бронхахъ, т. е. оба эти явленія—мѣстнаго происхожденія. Что касается бронхиальнаго дыханія при плеиритѣ, то нигдѣ нельзя найти опредѣленнаго объясненія его происхожденія, и заслуга выясненія его механизма принадлежитъ д-ру *Гранстрему*.

*И. П. Шаповаленко*: Въ моей диссертациі есть слѣдующее положеніе: «Интересныя данныя къ вопросу о бронхиальномъ дыханіи можно бы получить, выслушивая трахеотомизованнаго больного съ гнзднымъ уплотненіемъ легочной ткани и одновременно имѣя ширину трахеотомической трубки». Такого больного мнѣ встрѣтить не удалось. При Вашихъ же опытахъ, когда Вы получаете бронхиальное дыханіе вливаніемъ жидкости въ полость плеиры, можно бы сдѣлать и трахеотомію и мнѣять просвѣтъ трубки трахеотомической канюли. Такимъ образомъ получились бы данныя, указывающія на мѣсто, гдѣ образуется бронхиальное дыханіе.

*Докладчикъ*: Мои опыты имѣли цѣлью выяснитъ, какъ проводится бронхиальное дыханіе? Для многихъ случаевъ—это трахеальный шумъ, образующійся въ голосовой щели; но для нѣкоторыхъ случаевъ это объясненіе непригодно, и опытъ съ перерѣзкой дыхательнаго горла говоритъ именно за это. При этомъ опытѣ бронхиальное дыханіе становится низкимъ и часто исчезаетъ, и только въ одномъ моемъ опытѣ оно усилилось.

*И. П. Шаповаленко*: Слѣд., послѣ перерѣзки сильно измѣнился оттѣнокъ дыхательнаго шума?

*Докладчикъ*: Да, измѣнился немного характеръ дыханія, что находилъ себѣ полную аналогію въ органной трубкѣ.

*И. П. Шаповаленко*: Сколько времени продолжался опытъ?

*Докладчикъ*: Мин. 40.

*И. П. Шаповаленко*: У больныхъ условія для развитія бронхиальнаго дыханія создаются сутками, а у Васъ остро, и проводимость тутъ иная. Для меня является, наконецъ, вопросомъ, почему плеиритическая жидкость должна способствовать проведе-

нію звуковъ отъ бронховъ болѣе, чѣмъ легочная ткань? Звукъ сердца передается черезъ плеиритическій выпотъ плохо, во всякомъ случаѣ хуже, чѣмъ черезъ нормальную легочную ткань.

*Докладчикъ*: Тутъ играетъ главную роль проводимость черезъ стѣнки крупныхъ бронховъ, отчасти и черезъ легочную ткань.

*И. П. Шаповаленко*: Что у собакъ соотвѣтствуетъ явленію шпота? Хорошее выслушиваніе шпота при плеиритѣ говоритъ, конечно, за то, что звуковыя явленія образуются въ гортани и при извѣстныхъ условіяхъ могутъ проводиться хорошо и на поверхность грудной кѣтки.

*Докладчикъ*: Шпота у собакъ я не наблюдалъ. Стоны приходилось выслушивать, но значительно ослабленными въ области тупости.

Ч. пр. *В. А. Опель*: Для меня теперь стало ясно все то, что до сихъ поръ приходилось дѣлать отчасти вѣтмную. Если, слѣд., звуки проводятся черезъ столбъ жидкости, то при пробномъ проколѣ надо колоть именно тамъ, гдѣ они выслушиваются отчетливѣе всего, т. е. тамъ, гдѣ, напр., есть бронхиальное дыханіе.

*Докладчикъ*: Пробный проколъ долженъ сначала доказывать, имѣется ли плеиритъ или пневмонія, ибо бронхиальное дыханіе наблюдается при обоихъ заболѣваніяхъ.

Ч. пр. *В. А. Опель*: Гдѣ же колоть въ сомнительныхъ случаяхъ? Тамъ, гдѣ менѣе звуковъ, гдѣ опредѣляется плеиритическая тупость?

*Докладчикъ*: Жидкость при плеиритахъ въ области тупости имѣется всюду, но слоемъ различной толщины.

Ч. пр. *В. А. Опель*: Большой столбъ жидкости можетъ раздвинуть доли легкого. Теперь я буду руководствоваться при пробныхъ проколахъ этимъ правиломъ,—выслушиваніемъ бронхиальнаго дыханія.

Проф. *М. В. Яновскій*: Жидкости при плеиритахъ болѣе всего скопляется въ самомъ низу. Все-таки надо колоть тамъ, гдѣ до сихъ поръ кололи, и только, если бы мы не получали выпота, колоть тамъ, гдѣ выслушивается бронхиальное дыханіе.

Ч. пр. *Н. Н. Петровъ*. *Экспериментальная прививка зародышевыхъ тканей*. (Предварительное сообщеніе съ предьявленіемъ препаратовъ). *Докладчикъ* показалъ препараты экспериментально вызванной имъ опухоли въ яичкѣ морской свинки. Методика опыта состояла въ впрыскиваніи въ яичко извлеченнаго и растертаго въ ступѣ зародыша, около 1 см. длиной. Полученная опухоль содержитъ производныя всѣхъ 3-хъ зародышевыхъ листовъ. Верхній листокъ далъ ткань центральной нервной системы, эпителий эпидимы, элементы кожи съ волосами и съ салными железами. Средній листокъ далъ кости, хрящи съ ясными прогрессирующими окостенѣніемъ и поперечно полосатыя мышцы. Нижній листокъ представляетъ въ опухоли менѣе всѣхъ; ему слѣдуетъ приписать лишь небольшія кисты съ цилиндрическимъ эпителиемъ и железы, напоминающія слюнные. Изъ всякихъ выводовъ и обобщеній докладчикъ воздержался. (Въ передачѣ докладчика).

Ч. пр. *Я. В. Зеленковский*: Опухоль Вы вырѣзали на высотѣ развитія? Какой она была величины? Совершался ли ростъ ея быстро или медленно?

*Докладчикъ*: Мнѣ казалось, что, можетъ быть, съ недѣлю она остается неувеличенной. Обычно затвердѣніе удавалось прощупать дней черезъ 9, а взятаго мною размѣра опухоль достигала черезъ недѣли 3.

Ч. пр. *Я. В. Зеленковский*: Можно ли такой ростъ считать быстрымъ, или онъ медленный?

*Докладчикъ*: Быстрый. Надо замѣтитъ, что многія злокачественныя образованія годами остаются безъ измѣненій, даже при отсутствіи переносовъ.

*С. П. Вертоградовъ*: Вы пробовали вводить черезъ артерію?

*Докладчикъ*: Нѣтъ.

*С. П. Вертоградовъ*: Этотъ путь удобнѣе, и прививка можетъ получиться лучше.

*Докладчикъ*: У маленькаго животнаго придется артерію, вѣроятно, перевязать. Въ вены я впрыскивалъ и получалъ экзодому въ легочныхъ сосудахъ.

Ч. пр. *А. Г. Игнатовскій*: Какъ Вы представляете себѣ описанный Вами процессъ развитія зародышевыхъ тканей? Нельзя ли смотрѣть на него, какъ на переносъ (трансплантацию) зародышевой ткани, только въ глубинѣ? Происходитъ, можетъ быть, просто пересадка зародышевыхъ элементовъ.

*Докладчикъ*: Какъ же иначе смотрѣть?

Ч. пр. *А. Г. Игнатовскій*: Простая, слѣд., пересадка?

*Докладчикъ*: Но путемъ пересадки мнѣ удалось получить болѣе, чѣмъ получено до сихъ поръ.

Ч. пр. *К. П. Серапинъ*: Ваши опыты имѣютъ существенное значеніе и, можетъ быть, не въ томъ смыслѣ, что выясняютъ, такъ сказать, *gründungsmoments*, и представляють существенныя доказательства въ пользу теоріи *Conheim'a*. Есть небольшая работа по поводу смѣшанныхъ опухолей, гдѣ авторами доказано ихъ происхожденіе изъ отщепившихся зародышевыхъ зачатковъ. По вопросу о смѣшанныхъ опухоляхъ почки и надпочечниковъ мнѣ извѣстны изслѣдованія проф. *Hartmann'a*. Препараты его, которые я лично видѣлъ, весьма похожи на Ваши.

Ч. пр. *А. В. Соболевъ*: Ваши опыты увѣнчались успѣхомъ и дали результатъ. Прививкой зародышевыхъ тканей Вы зашли далеко впередъ потому, что избрали правильный путь, подошли ближе къ природѣ. Вы взяли такое мѣсто, которое и безъ нашего вмѣшательства является наиболѣе удобнымъ для развитія подобныхъ же образованій. Было бы интересно поставить такіе

же опыты не только надъ яичкомъ, но и надъ яичникомъ, какъ мѣстомъ, еще болѣе частымъ для развитія подобныхъ опухолей. Вопросъ относительно развитія злокачественныхъ новообразованийъ съ неограниченнымъ ростомъ вокругъ другихъ тканей и отъ этихъ опытовъ едва-ли подвигается впередъ.

**Докладчикъ:** Съ яичникомъ я поставлю опыты, хотя они уже имѣются. Я не получилъ, однако, твердой увѣренности въ томъ, что яичко—наиболѣе благоприятное мѣсто.

**Ч. пр. В. А. Оппель:** Прежде всего во всѣхъ такихъ вопросахъ фактъ остается фактомъ. Разъ Вы показываете намъ эмбрионъ, мы должны признать теорію *Conheim'a* неопровержимой. Остается только развить это дѣло. Иначе обстоитъ вопросъ съ злокачественными опухолями. Едва-ли тамъ теорія *Conheim'a* применима: нельзя съ чисто теоретической точки зрѣнія объяснить ихъ развитіе путемъ отщепленія.

**Ч. пр. К. П. Серанини:** Мнѣ кажется, что, разъ путемъ трансплантативъ мы находимъ полную аналогию со смѣшанными опухолями, мы тѣмъ самымъ всетаки подходимъ нѣсколько къ происхожденію и злокачественныхъ опухолей. Видъ извѣстно, что типичныя смѣшанныя опухоли переходятъ въ злокачественныя. Своими опытами Вы всетаки доказываете теорію происхожденія эмбрионъ изъ такихъ зачатковъ.

**Ч. пр. В. А. Оппель:** Эмбрионы могутъ расти чрезвычайно долго. Онѣ могутъ перейти и не перейти въ злокачественныя опухоли. Послѣднія-же, наоборотъ, развиваются и безъ эмбрионъ. Въ развитіи тѣхъ и другихъ, несомнѣнно, имѣется какая-то особенность.

**Докладчикъ:** Я нацѣленно не затрагивалъ этого вопроса, не имѣя соответствующаго матеріала.

**Ч. пр. Л. В. Соболевъ:** Мнѣ кажется, здѣсь неособенно ясно различаютъ, что такое смѣшанная опухоль? Подъ послѣдней понимаются такіе, гдѣ участвуютъ различныя ткани изъ 2-хъ по крайней мѣрѣ, зародышевыхъ листковъ. Подчасъ трудно бываетъ разобрать, гдѣ кончается эпителиальная ткань и гдѣ начинается соединительно-тканное образование? Смѣшанныя опухоли относятся къ злокачественнымъ. Въ опухоляхъ, полученныхъ докладчикомъ, нормальный ростъ, высокая дифференціация тканей на лимфоциты, но дѣлать отсюда выводы еще преждевременно.

**И. П. Шаповаленко:** Когда Вы вызывали опухоль, она оставалась въ ростѣ?

**Докладчикъ:** Нѣтъ, продолжала расти и не представляла никакихъ обратныхъ измѣненій.

**И. П. Шаповаленко:** Сколько времени онѣ растутъ?

**Докладчикъ:** Нѣсколько мѣсяцевъ.

**Ч. пр. В. А. Оппель:** Было-бы интересно прослѣдить ростъ опухоли по митозамъ. Можетъ быть, въ этомъ получилось-бы какое-либо преимущество.

**Докладчикъ:** Мой способъ фактически оставляетъ желать многого. На препаратахъ моихъ митозъ не видно.

**Ч. пр. В. Я. Рубакинъ:** Сообщеніе Ваше представляетъ наибольшій интересъ въ томъ отношеніи, что показываетъ условія, при которыхъ вполне удаются переносы зародышевыхъ тканей. Такимъ образомъ раскрывается въ этомъ вопросѣ болѣе широкая перспектива. Дѣло въ томъ, что, кромѣ теоріи *Conheim'a*, существуетъ еще теорія *Bonnet*, по которой, между прочимъ, уже въ 1-мъ стадіи развитія яйца нѣкоторыя изъ бластомеръ могутъ остаться въ зародышѣ. Было-бы поэтому интересно высказать, можно-ли и у млекопитающихъ вызвать развитіе обособленныхъ бластомеръ? У Васъ получилось образованіе изъ элементовъ всѣхъ 3-хъ зародышевыхъ листковъ. Откуда они,—отвѣтъ нельзя, но объяснить можно. Ваши опыты говорятъ противъ теоріи специфичности.

**Докладчикъ:** Самой вѣроятной представляется теорія бластомеръ, которая даетъ почву для реальнаго объясненія всѣхъ сложныхъ опухолей. Она должна быть общепринятой. Специфичность листковъ—вопросъ спеціальныи.

**Ч. пр. В. Я. Рубакинъ:** Путемъ каріокинеза Вамъ ничего не удалось высказать.

**Проф. М. В. Яновскій:** Работа докладчика имѣетъ значеніе въ 2-хъ отношеніяхъ: со стороны фактической и со стороны методической. Ему удалось привить зародышъ и получить тератомное образование, что мы обычно видимъ въ дермоидныхъ, напр., кистахъ, и это фактъ несомнѣнный. Со стороны методики заслуживаетъ вниманія то, что докладчикъ избралъ именно ту ткань, гдѣ прививка совершилась наиболѣе удачно. Съ этой стороны докладчику принадлежитъ заслуга еще большая, чѣмъ съ фактической.

В. Божовскій.

#### IV. XV Международный Съездъ врачей въ Лиссабонѣ.

**Отдѣлъ 4. Теранія и фармакологія.** Предсѣдатель Отдѣла д-ръ *Mauperron Santos* послѣ приветственной рѣчи заявилъ о намѣреніи организационнаго Бюро устроить под-отдѣлъ для медицинской электрологіи, но число поступившихъ докладовъ и сообщеній оказалось столь малымъ, что намѣреніе это пришлось оставить и предоставить этимъ докладамъ засѣданіе Отдѣла.

Почетными предсѣдателями избраны: *Bouchard* (Парижъ), *Charrier* (Парижъ), *Bergonié* (Bordeaux), *Curci* (Catania), *Totomaro Ischisaka* (Kioto), *Bokay* (Budapest), *Doyen* и *Laveron* (Парижъ).

**Totomaro Ischisaka.** О ядѣ змій *habou*. Змѣи *habou* находятся главнымъ образомъ на Юго-Западныхъ островахъ Японіи и по ядовитости считаются самыми опасными. Доклад-

чикъ исследовалъ ихъ ядъ и нашелъ, что онъ содержитъ геморагинъ, агглютининъ и незначительное количество нейротоксина. Ядъ дѣйствуетъ на двигательный приборъ теллоскопныхъ, и смерть ихъ главнымъ образомъ зависитъ отъ паралича дыхательныхъ мышцъ. Выпрыскиваніе яда вызываетъ мѣстную геморрагію, почему при выпрыскиваніи его въ нервныя центры тотчасъ-же развиваются судороги. Ядъ по отношенію къ крови животныхъ, питающихся растительной пищей, обладаетъ слабыми склеивающими свойствами; наоборотъ, въ крови животныхъ хищныхъ эти свойства проявляются въ значительной степени. Будучи нагрѣтъ до 73° въ теченіи 15 мин., онъ теряетъ силу вызывать кровоизліаніе, а нагрѣтый до 90° въ теченіи 30 мин. теряетъ и гемолизинъ. Водная завѣсь яда, будучи обработана хлороформомъ, лишается геморрагина, но сохраняетъ гемолизинъ и нейротоксинъ.

**J. Berrojo Obregon** (Aranda de Duero). *Объ отлекающемъ леченіи, его значеніи и главныхъ показаніяхъ.* Разсмотрѣвъ показанія къ отлекающему леченію и его механизму, докладчикъ указалъ, какъ на прекрасное средство для такого леченія, на жажду мушки съ гуаяколомъ, но безъ кантаридина. Эта мушка уже черезъ 20 мин. вызываетъ реакцію. Такое леченіе, будучи безвреднымъ, можетъ быть, по желанію, усиливается или ослабляется. Докладчикъ предполагаетъ, что гуаяколовая мушка заставитъ врачей вновь вспомнить старое средство и переимѣнить мнѣніе о леченіи отлеченіемъ, такъ какъ предлагаемое имъ средство содержитъ совершенно безвредныя вещества.

**I. A. Rivière** (Парижъ). *Тепло, какъ способъ физическаго леченія.* Положенія: Тепло—эмблема жизни, холодъ—эмблема смерти; тепло—лучшій агентъ сокращенія протоплазмы и амёбоднаго движенія бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Тепло, примѣненное къ кожѣ, дѣйствуетъ, какъ отлекающее, сосудорасширяющее и осмотическое средство. Лѣченіе тепломъ всегда слѣдуетъ дозировать, въ какой-бы формѣ оно ни примѣнялось. Такъ какъ примѣненіе тепла и лѣченіе свѣтомъ зависятъ отъ характера заболѣваній, то клинически можно установить показанія и противопоказанія къ его примѣненію.

**K. A. Hasebrök** (Hamburg). *Артериосклерозъ и Zander'ова гимнастика.* Выводы: При артериосклерозѣ нарушаются отравленія сосудовъ вслѣдствіе инволюціоннаго свойства старости. Это нарушеніе выражается въ потерѣ самостоятельности периферическихъ сосудовъ по отношенію къ сердцу. Природное уравновѣшеніе состоитъ въ увеличеніи силы проталкиванія крови въ кровеносной системѣ и въ увеличеніи кровяного давленія. Вліяніе гимнастики состоитъ въ тренированіи периферическихъ сосудовъ въ смыслѣ ихъ сокращенія. Гимнастика помогаетъ больному производить работу безъ увеличенія кровяного давленія. *Zander'овская* гимнастика позволяетъ тренировать сосудистую систему больного безъ опасенія вызвать повышеніе кровяного давленія. Гимнастика служитъ предохранительнымъ средствомъ противъ функциональных нарушеній сосудистой системы во время старости.

*Засѣданіе 21/7-го апрѣля.* Предсѣдательствовалъ проф. *Eduardo Motta*.

**M. Curci** (Catania). *Объ отношеніи молекулярнаго строенія органическихъ тѣлъ къ ихъ терапевтическому и физиологическому дѣйствію.* Докладчикъ устанавливаетъ зависимость того или другого дѣйствія органическаго средства отъ содержанія въ немъ того или другого элемента или особой группы. Каждый элементъ обладаетъ своимъ, характернымъ для него, дѣйствіемъ, и особая группировка его молекулъ, обуславливающая опредѣленные его свойства, химическія и физическія, опредѣляетъ и его физиологическое вліяніе. Исходя изъ такого предположенія и разсмотрѣвъ всѣ группы органическихъ средствъ, какъ-то: углеводы, спирты, фенолы, альдегиды и кетоны, амиды, имиды, анимины, оксимы, кислоты, пиридины и нитрилы, докладчикъ пришелъ къ заключенію, что физиологическое дѣйствіе состоитъ изъ 2-хъ явленій: паралича, зависающаго главнымъ образомъ отъ углерода, и возбужденія, зависающаго исключительно отъ водорода. То или другое соединеніе ихъ въ группѣ въ смыслѣ количества обуславливаетъ и то или другое свойство средства. Если средство состоитъ изъ одной лишь группы, то оно дѣйствуетъ на центральные органы нервной системы; съ присоединеніемъ къ нему другихъ группъ оно начинаетъ приобретать способность дѣйствовать и на другіе органы въ порядкѣ постепенности: на чувствительныя мозговые центры, на центры движенія, периферическіе нервы, мышцы, внутренніе органы, кожу и слизистыя оболочки. Сила и быстрота дѣйствія различныхъ средствъ зависятъ также отъ сложности строенія частицы. Чѣмъ сложнее, чѣмъ тверже тѣло, тѣмъ дѣйствіе его медленнѣе и сила меньше. Терапевтическія свойства средства зависятъ отъ его физиологическихъ свойствъ. Обезболивающее, анестезирующее, тоническое, жаропонижающее дѣйствіе—все это различныя степени паралитическаго дѣйствія средства. Введеніемъ большаго или меньшаго количества водорода средство дѣлается менѣе парализующимъ, введеніемъ-же большаго количества углерода оно, наоборотъ, приобретаетъ все болѣе сильныя парализующія свойства.

**Jose Chabas** (Valencia). *Подкожное отпрыскиваніе кислорода.* Остановившись вкратцѣ на исторіи вопроса, докладчикъ указалъ на безопасность выпрыскиванія и на его хорошіе результаты. Выпрыснутый подъ кожу кислородъ быстро рассасывается и производитъ какъ мѣстное, такъ и общее дѣйствіе. При всякой мѣстной или общей асфиксіи такое выпрыскиваніе вполнѣ показано. Способъ выпрыскиванія очень простъ и производится при помощи особаго шприца, изобрѣтеннаго *Domine'омъ*.

**I. Bernheim и Saint-Laurent (Париж).** Применение туберкулина в лечении бугорчатки. Остановившись на свойствах туберкулина, который принудил врачей отказаться от его применения, докладчики пришли к заключению, что только тот препарат туберкулина может рассчитывать на успех, который, не вызывая реакции, благотворно влияет на процесс. Таким препаратом оказался туберкулин *Jacobs'a*. Докладчики пользовались им в большом числе случаев и всегда с хорошим результатом, в виду чего они советуют широко применять этот препарат, но под строгим контролем. Туберкулин *Jacobs'a* потому хорошо переносится и не вызывает реакции, что готовится особым способом из очень вирулентной разводки, из которой удалены все бугорчатковые палочки.

Проф. **A. v. Bokay (Будапест).** Влияние нуклеина печени на алкалоиды и гликозиды. Растворы алкалоидов, если их профильтровать через нуклеиновую печень, теряют 50% своего веса вследствие химического соединения с последними; спустя незначительный промежуток времени частицы нуклео-алкалоидов разрушаются. Гликозиды же, наоборот, проходят через такой фильтр без всякого изменения.

**B. v. Fenyezy (Будапест).** Фармакологическое изучение биохимического синтеза. Количество гликуроновой кислоты в животном организме зависит от количества ее производных, а не от количества содержания углекислоты в нем. Количество образующихся после отравления организма фенолом азирно-сильных кислот незначительно. Этот предель для того же животного постоянен и зависит не от увеличения количества даваемого фенола, а от количества введенного стронхослава натрия.

**G. Maufeld (Будапест).** Истощение и наркоз. Докладчик сообщил результаты своих опытов на собаках: 1) Чем большим коэффициентом разложения обладает данное наркотическое вещество, тем хуже переносится оно голодающим животным, что объясняется большим содержанием жира в мозгу во время голодания. 2) Во время голодания наркотическое средство большой силы действия удерживается в головном мозгу в большем количестве, чем в нормальном состоянии.

**Hermann Frey (Davos).** Опыты с активной и пассивной иммунизацией при бугорчатке. Указав на тлетворность лечения бугорчатки различными внутренними средствами и даже особыми гигиено-диетическими способами, докладчик привел: 1) результаты лечения ее при помощи «Tuberkulol» (Mergk'a), выпускаемого под кожу и вызывающего активную иммунизацию, равно как 2) результаты лечения противобугорчатковой сывороткой *Marmorek'a* (пассивная иммунизация); последнюю он вводил или под кожу, или через прямую кишку.

**Заседание 23/9-го апреля.** Председатель д-р *Ischizaka*.

**Д-р Duven (Париж).** Протеол, соединение казеина и формальдегида; его бактерицидное действие. Докладчик соединил особым способом казеин с формальдегидом и получил особое вещество, названное им протеолом. Вещество это отличается значительным обеззараживающим свойством и превосходить в этом отношении все другие порошкообразные вещества.

**E. Masir Budeca (Madrid).** Световое влияние на человеческий организм. Солнечный свет действует, как физиологический, гигиенический и лечебный агент. Действие его на организм может быть объяснено непосредственно поглощением или рефлексом и вторично — преломлением, разбиванием и поляризацией. Одновременные колебания светового зрака и организма обуславливают поглощение солнечных лучей (световых, химических или тепловых). Солнечный свет действует бактерицидным образом или изменяя жизнедеятельность клеток, или уничтожая болезнетворные начала. Сила действия лучей прямо пропорциональна продолжительности и силе освещения. Свет вызывает или возбуждение организма, или его угнетение, отчего зависит его лечебное значение. Докладчик указывает на громадное значение световых лучей и предсказывает светолечению блестящую будущность.

**Maurice Faure (la Malou).** Лечение спазмодической параллелии новым способом упражнений. Докладчик изложил свой способ лечения спазмодической параллелии, состоящий из 3-х родов упражнений: 1) пассивного движения, преодолевающего сведения, 2) простейших активных движений при содействии постороннего лица и 3) более сложных и сочетанных движений, как-то стояния, передвижения и т. д. Он приводит свои случаи, где лечение продолжалось с перерывами около 4-х лет, методично, по периодам, при чем каждый период длился не более 3-х мис. Упражнения производились 2 раза в день, по 20—40 мин. каждый раз, с небольшими передышками. В свободные периоды больной продолжал упражнения, но без наблюдения докладчика. Из приведенных историй болезни видно, что наиболее хорошие результаты получались в тех случаях, когда больные прилагали к упражнениям все свое старание и усердно повторяли их, в других же случаях результаты были далеко неутешительны. Вообще этот способ лечения требует от больного большого терпения, и многие бросают его, не окончив.

**Д-р Deléage (Vichy).** Показания к лечению детей водами Vichy. Лечение водами Vichy показано прежде всего в тех случаях, когда необходимо изменить или упорядочить обмен веществ, улучшить деятельность печени или уменьшить содержание кислот в организме. Лечение водами Vichy детей должно осно-

вываться на физиологических и патологических особенностях детского организма и главным образом зависеть от их возраста. Грудной ребенок поставлен в лучшие условия, что лечение водами Vichy можно провести на кормлении<sup>1)</sup> и таким образом ввести в организм ребенка эту воду; кроме того, можно назначать ее и самому ребенку, но в малых приемах. У детей более позднего возраста приемы воды могут быть большими. Лечение детей показано при наследственном страдании печени, при детском диабете, ожирении, дистрофиях общего характера, противопоказано — при острых заболеваниях, при бугорчатке, тяжелой желтухе и неравномерных порочах сердца.

**Заседание 24/10 апреля.** Председательствовал *Maurerim Santos*.

**Д-р Cuguillere.** Влияние x-лучей на питание у больного, страдающего остео-саркомой. Докладчик привел случаи, где применение x-лучей при остео-саркоме дало хорошие результаты и наступило выздоровление.

**J. Ferreira (Lisboa).** Лечение приступов грудной жабы. Докладчик, рассмотрев действие амил-нитрата при грудной жабе, указал на недостаточную безопасность этого средства, почему и предложил особое вещество «персент» (Perseite), действующее также сосудорасширяющим образом, но менее ядовитое, чем амил-нитрат. Для действия на сердечную мышцу докладчик советует подкожное впрыскивание камфорного масла, а не кофеина, ибо первое тонизирует сердечную мышцу, а последний только возбуждает ее; чтобы предупредить приступ, докладчик советует вдыхать иодистый этил, менее опасный, чем амил-нитрат.

**M. Lorang.** Лечение Basedow'ой болезнью Karlsbad'ской минеральной водой. Докладчик привел несколько случаев благоприятного действия воды.

**M. Doyen.** К вопросу о раке. Докладчик главным образом остановился на лечении рака при помощи изобретенной им сыворотки и привел несколько случаев, якобы достигнутого излечения.

**Заседание 25/11-го апреля.** Председательствовал проф. *Bo kay*.

**Д-р A. Charrin (Париж).** Местное лечение заразных болезней. Докладчик рассматривает все способы местного лечения заразных болезней и разбирает показания и противопоказания к их применению. Способы эти очень различны. Можно разрушить болезнетворное начало физическими способами, как-то: массажем, сдавлением, холодом или теплом. Легкое местное повышение температуры до 48°—50° уже уничтожает бактерии или задерживает их развитие, повышая в то же время жизнедеятельность клеток организма. Свет, а в особенности x-лучи и радий также влияют на них разрушающим образом. Электричество, кроме физического, оказывает и химическое действие. Докладчик на основании своих опытов пришел к заключению, что всеми этими способами можно в определенном участии тела уничтожать токсины, а в некоторых случаях и болезнетворные начала. Эти опыты убедили его в том, что каждая из тканей организма принимает, кроме общего, и самостоятельное участие в борьбе с микроорганизмами. Другой род опытов показал докладчику большое значение нерастворимых противоядных средств. Средства эти, не смотря на нерастворимость, вступают в соединение с бактериями, а благодаря этому, уничтожают их, а вследствие медленности этого процесса могут действовать очень долго.

По мнению докладчика, и общая терапия при заразных болезнях, строго говоря, носит местный характер: средство, попавшее в общий круг кровообращения, попадает в значительном количестве в место болезни, ибо здесь сосуды сильнее расширены и ток крови замедлен.

**M. Lovet (Париж).** Лечение бугорчатки новой противобугорчатковой сывороткой «Bacillosinum» ом. Изложив способ приготовления этой сыворотки и ее действие на организм, докладчик привел случаи излечения (26%), улучшения (42%) и оставшиеся без результата (26%); в 4% больные умерли. При возникновении бугорчатковых поражений костей излечения отлучено 100%, а при бугорчатковом адените 80%. Во время лечения не наблюдалось ни реактивного воспаления, ни повышения температуры.

**R. Reyburn (Washington).** О раке и об излечимости его. Нисколько успешных случаев лечения рака x-лучами и электрическими токами. Докладчик не признает чуждой теории рака и думает, что болезнь эта обязана своим происхождением неправильному развитию эпителиальной ткани. В виду этого он видит главный успех лечения в хороших условиях жизни и питания, а не только в лечении лекарствами или другими способами. Соединяя строгий гигиенический режим с лечением x-лучами можно достигнуть блестящих результатов, при чем освещение x-лучами не следует ограничивать размерами видимой опухоли, а распространять и за ее пределы, ибо раковые клетки инфильтрируют ткани на большой пространств. Докладчик советует освещать пространство, в 3 раза большее, чем видимая опухоль.

**M. Tunnicliffe (London).** Сравнительное значение соединения фосфатов (органических и неорганических), как источника фосфора, усваиваемого организмом. Докладчик заметил, что

<sup>1)</sup> Докладчик, видимо, не оговаривает согласия на это самой кормилицы, как *conditio sine qua non*. Что при таких условиях прием этого недопустим с обще-человеческой точки зрения, едва ли, думаем, может быть сомнительно. *Ред.*



фосфоръ въ неорганическихъ соединеніяхъ менѣе усваивается организмомъ, чѣмъ въ соединеніяхъ органическихъ; среди-же этихъ послѣднихъ гидро-фосфатъ казенна или санитогенъ усваивается наилучше.

*У. Ballhaugard. Физиологическое и терапевтическое изучение лучистыхъ трубокъ Crooks'a и радія.* Радій испускаетъ лучи, по характеру подобные х-лучамъ, но сила ихъ гораздо меньшая и проникаемость небольшая. Поэтому ихъ можно применять лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ опухоли или язвы расположены на поверхности, а потому доступны дѣйствию лучей.

Эманация радія обладаетъ бактерицидными свойствами, а на бродиа организма дѣствуетъ возбуждающимъ образомъ. Будучи введена въ организмъ, она развивается главнымъ образомъ въ железахъ и преимущественно въ надпочечникахъ. При леченіи радіемъ надо провѣрять новыя порціи его, сравнивая ихъ со старыми, уже испытанными на больномъ; только такимъ путемъ и можно избѣгать неприяныхъ радіинныхъ дерматитовъ.

Л. Пуссетт.

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФИЯ.

*Проф. Н. П. Гундобинъ. Особенности дѣтскаго возраста. (Основные факты къ изученію дѣтскихъ болѣзней). Съ рисунками и таблицами. Петербургъ. Изданіе журнала „Практическая Медицина“. 1906 г.*

Цѣль настоящей работы заключалась, говоритъ авторъ, въ томъ, чтобы изучить ростъ всѣхъ органовъ у дѣтей по возрастамъ, выяснить микроскопическія и химическія особенности различныхъ органовъ въ дѣтскомъ возрастѣ и указать клиническое значеніе этихъ особенностей. Въ основу труда положены работы русскихъ авторов—95 врачей, работавшихъ въ дѣтской Академической клиникѣ, находящейся въ заведѣваніи автора; попутно приведена какъ русская журнальная, такъ и иностранная литература, касающаяся затрагиваемыхъ вопросовъ.

Съ удовольствіемъ позволю себѣ отмѣтить прежде всего, что подобный трудъ является первымъ въ русской врачебной печати, и педиатры останутся весьма признательны проф. Н. П. Гундобину за составленіе цѣнной книги, которая, безъ сомнѣнія, станетъ у нихъ настольной. Цѣнна эта книга какъ по собраніямъ въ ней новымъ фактамъ, касающимся преимущественно патологической анатоміи дѣтскаго организма, такъ и по критическому ихъ освѣщенію.

Во введеніи авт. вполне основательно подчеркиваетъ тотъ фактъ, что въ виду анатомическихъ, физиологическихъ и химическихъ особенностей своего организма ребенокъ рѣзко отличается отъ человѣка взрослого и заслуживаетъ изученія специально.

Въ 1-ой главѣ—Вѣсъ и длина тѣла—приведено содержаніе диссертаций д-ровъ *Бондырева, Садовскаго, Сычева, Зейлишера и Траутенберга*. 2-я глава—Кости, кожа, жиръ и мышцы—раздѣляется на нѣсколько подглавъ. Строеіе трубчатыхъ и плоскихъ костей изучали д-ра *Гармашевъ, Грековъ и Ямчевскій* (диссертации). О кожѣ у дѣтей и ея функціи имѣются работы д-ровъ *Королева и Сычева*. Химическій составъ подкожнаго жира у дѣтей разработан д-ромъ *Добатовскимъ*, а вопросъ о мышцахъ у дѣтей—д-ромъ *Баймаковымъ*. Въ 3-ей главѣ—Органы кровообращенія—разсмотрѣны диссертации д-ровъ *Алехтеева, Глазко, Добровольскаго, Кушева, Никитина, Ницкевича, Петрова, Попова, Сладкова, Фалька и Якубовскаго*, при чемъ освѣщены слѣдующіе вопросы: строеіе и процессъ заступанія пупочныхъ сосудовъ, зараженіе черезъ пуповину и пупочную ранку, уходъ за пупочными остатками, *Botall'овъ* и *Лангъ'овы* протоки, овальное окно, затѣмъ положеніе сердца, вѣсъ и ростъ его у дѣтей, особенность въ строеіи сердечной мышцы грудныхъ дѣтей, особенности пульса у новорожденныхъ, кровяное давленіе у дѣтей и строеіе артерій. Въ 4-ой главѣ—Органы дыханія—разбираются работы д-ровъ *Гедювда и Финкельштейна*. 5-ая глава посвящена вопросу о кроветворныхъ органахъ и крови (диссертации д-ровъ *Геншера, Засукина, Карпинскаго, Кляжецкаго, Кораблева, Кухтерина, Фельдмана и Шукина*), и здѣсь разсмотрѣны вопросы объ анатомическихъ отличіяхъ железъ у грудныхъ дѣтей, о селезенкѣ, костномъ мозгѣ, мидальовидныхъ железахъ и о крови у дѣтей. Въ 6-ой главѣ разсмотрѣваются сосудистыя железы: зобная, щитовидная, придатокъ мозга и надпочечныя (диссертации д-ровъ *Бюментау, Казаримова и Парскаго*). 7-ая, обширная глава посвящена вопросу о пищеварительныхъ органахъ, разбираетъ работы д-ровъ *Геккера, Гржибовскаго, Гартье, Бергера, Деметрива, Дудина, Геллнера, Дебеле, Жуковскаго, Мочана, Ковальскаго, Левина, Литинскаго, Эрбштейна, Васильева, Трусова, Поддѣцкаго, Блюмсова, Ротинскаго, Коржеева, Лисенко, Медовикова и Плетнева*; здѣсь освѣщены слѣдующіе вопросы: полость рта и акты сосанія у грудныхъ дѣтей, зубы и ихъ прорѣзываніе, слюенныя железы и отравленія ихъ въ раннемъ возрастѣ, анатомическія особенности дѣтскаго желудка, печени, кишечника, функціи желудка у грудныхъ дѣтей, печени, патологическія измѣненія печени, функціи поджелудочной железы, химическій составъ испраженій у грудныхъ дѣтей и бактеріи кишечника у новорожденныхъ и грудныхъ дѣтей. Въ 8-ой главѣ—Мочеполовые ор-

ганы—(диссертации д-ровъ *Гулькевича, Тейна, Шанявскаго, Виноградова, Лукоскаго, Кочоровскаго, Любецкаго, Введенскаго, Селевскаго, Циньева, Татевосова, Окунича, Эванса, Грязнова, Лязовскаго, Ткаченко, Златовирова, Овчинникова, Чичулина, Калашникова, Сумцова и Карницкаго*) разбирается слѣдующее: дѣтскій тазъ, его ростъ и особенности, мочевой пузырь, почки, моча новорожденныхъ, альбуминурия новорожденныхъ, моче-кислый инфарктъ, наружные половые органы мальчиковъ, предстательная и сѣменная железы, наружные половые органы девочекъ, дѣтская матка и ея ростъ, яичники (оказывается, что болѣзненныя пораженія яичниковъ у дѣтей далеко не рѣдки), молочная железа. 9-ая глава посвящена вопросу о нервной системѣ (диссертации д-ровъ *Фишера, Волынина, Оленич, Шарина, Фурмана, Сиверцева, Маммакова, Бакитко, Никифорова и Покровскаго*); здѣсь разбираются: особенности черепа и ростъ его, вѣсъ головного мозга, поверхности мозговыхъ полушарій, спинной мозгъ, строеіе периферическихъ волоконъ, температура тѣла у новорожденныхъ, рефлексы у дѣтей. 10-ая глава.—Органы внѣшнихъ чувствъ—(работы д-ровъ *Барана, Шенелидзе и Юренса*) разсматриваетъ слѣдующіе вопросы: особенности въ строеіи глаза у дѣтей, особенности въ строеіи уха, носовая полость.

Книга написана прекраснымъ языкомъ, пояснена хорошими таблицами и издана прилично. С. Островскій.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

CLVIII. Какъ относится главное в.-медицинское Управленіе къ врачамъ запаса, призваннымъ на службу во время русско-японской войны?

Приблизительно въ 1/2 марта мною было подано прошеніе на имя военнаго министра по поводу того, что я, какъ и многіе возвратившіеся съ Дальняго Востока врачи, не удовлетворены ни полагающимися мнѣ прогонными деньгами на обратный проѣздъ въ Россію, ни—главнымъ образомъ—жалованьемъ за послѣднія 5—6 недѣль своей службы, причина невыдачи котораго представляется мнѣ совершенно непонятной. Давъ время «вылечься» прошенію, я отправился въ канцелярію военнаго министра за справкой. Какъ и слѣдовало ожидать, прошенію данъ былъ т. наз. «законный ходъ», т. е. его начали пересылать изъ канцелярій въ канцелярію, пока оно не дошло до главнаго в.-медицинскаго Управленія, гдѣ мнѣ сообщили, что по революціи военнаго министра «дѣло» направляется въ военный Совѣтъ. Передавшій мнѣ это д-ръ *Н. И. Германовъ* объяснилъ мнѣ, что такихъ прошеній, какъ мое, много, что всѣ прошенія этого рода за одно пересылаются въ военный Совѣтъ, что одновременно съ прошеніями въ военный Совѣтъ направляется и докладъ главнаго в.-медицинскаго Управленія и что не далѣе, какъ дней черезъ 10, будетъ полученъ отвѣтъ.

За время хожденія по мукамъ моего прошенія произошло слѣдующее: здѣсь, въ Петербургѣ, по распоряженію военнаго министра, было выдано жалованье находившемуся въ совершенно одинаковыхъ со мной и съ другими врачами условіяхъ д-ру *Быковскому*. Послѣдній, передавая мнѣ о полученіи имъ жалованья, вполне резонно посоветовалъ мнѣ сослаться на случай съ нимъ, какъ на логическій прецедентъ для выдачи жалованья мнѣ и другимъ врачамъ.

Когда я спросилъ д-ра *Германова*, почему д-ру *Быковскому* жалованье выдано, а относительно моего жалованья долженъ имѣть сужденіе военный Совѣтъ, онъ мнѣ ничего объяснить не могъ: одинъ разъ министр распорядился такъ, другой—этакъ, и больше ничего.

Прошло, конечно, не 10, а трижды 10 дней, пока, наконецъ, тотъ же д-ръ *Германовъ* сообщилъ мнѣ, что военный министръ не нашелъ возможнымъ удовлетворить моего ходатайства. На всѣ мои недоумѣнные вопросы д-ръ *Германовъ* могъ отвѣтить только слѣдующее: «Я пришлю вамъ на дняхъ извѣщеніе, изъ котораго вы узнаете мотивы, по которымъ вамъ отказано.» Эти «дни» опять превратились въ недѣли. Вторичная моя просьба черезъ дежурнаго чиновника о выдачѣ справки съ мотивами отказа вызвала отвѣтъ, что д-ръ *Германовъ* обѣщаетъ не позже ближайшей пятницы (дѣло происходило въ началѣ іюля) прислать такую-то, и, конечно, ни въ ближайшую, ни въ слѣдующія пятницы мнѣ ничего прислано не было.

Само собою разумѣется, что по принципиальнымъ соображеніямъ ни я, никто, думаю, изъ товарищей этого дѣла такъ не оставитъ: оно будетъ перенесено и въ Сенатъ, и въ общую, хотя и задушенную теперь печать.

Письмо это я обращаю специально къ чинамъ главнаго в.-медицинскаго Управленія. Несмотря на ихъ высокое положеніе по табели о рангахъ, они все же врачи, какъ будто товарищи. Не должны-ли были они болѣе, скажу, корректно относиться къ товарищамъ—врачамъ запаса. Хорошо-ли отнимать у нихъ канцелярской волокитею столько времени и силъ? Не представляется-ли имъ болѣе чѣмъ странной исторія съ исполнѣмъ справедливой выдачей жалованья д-ру *Быковскому* и совершенно несправедливымъ отказомъ въ выдачѣ его мнѣ и другимъ врачамъ?

В. Винниковъ.

Петербургъ. 28-го іюля 1906 г.

**CLIX. М. Г.!** Позвольте при посредствѣ «Русскаго Врача» сообщить, что я подалъ заявление во врачебно-санитарный Советъ при Самарской уѣздной земской Управѣ, въ которомъ нашелъ нужнымъ отказаться отъ своей подписи подъ революціей послѣдняго Совѣщанія земскихъ врачей Самарскаго уѣзда по вопросу о правильности перевода д-ра *Д. Л. Гончарова* на мѣсто административно уволеннаго д-ра *А. Г. Кражмискаго*. Мотивы моего отказа слѣдующіе: 1) при обсужденіи этого дѣла мы выслушали всѣхъ, но не выслушали д-ра *Кражмискаго*; 2) я былъ введенъ въ заблужденіе неточными и неправильными освѣщеніемъ всего дѣла; 3) послѣ рѣшенія этого дѣла я повзвѣдился съ послѣдней революціей Бюро Всероссийскаго медицинскаго Союза; революція эта для меня, какъ члена Союза, нравственно обязательная, высказывается за бойкотъ тѣхъ мѣстъ, откуда заимавшія ихъ лица удалены административнымъ порядкомъ. Въ настоящее время я, какъ и въ засѣданіи врачебно-санитарнаго Совѣта, вновь заявляю, что рѣшеніе Совѣта по этому поводу неправильно и что д-ръ *Гончаровъ* пошелъ на «живое» мѣсто и нахожу необходимымъ вопросъ этотъ вновь рассмотреть съ обязательнымъ присутствіемъ д-ра *Кражмискаго*.

Земскій врачъ Самарскаго уѣзда *А. Волъманъ*.

Д-ръ *И. Н. Крыловъ* присоединяется къ моему заявленію.  
23-го іюля 1906 г.

**CLX. М. Г.!** Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ. Мы, нижеподписавшіеся, врачи г. Астрахани, узнали, что врачъ *Констансовъ* (бывшій завѣдующій бактериологической лабораторіей Министерства внутреннихъ дѣлъ), обоидя обычные пути, ведетъ переговоры съ мѣстнымъ городскимъ головой Безубиновымъ, относительно полученія имъ мѣста завѣдующаго городской санитарной лабораторіей, не взирая на то, что мѣсто это занимаетъ уважаемый товарищъ *М. М. Холевинскій*. Переговоры эти ведутся безъ вѣдома товарища *Холевинскаго*, которая не выражала желанія оставить свою должность. Въ виду собранія данныхъ и явнаго расположенія городского головы къ г. *Констансову*, домогательства послѣдняго близки къ осуществленію.

Глубоко возмущенные подобнымъ посягательствомъ на права и спокойствіе товарища, мы выражаемъ свое сочувствіе и сожалѣніе глубокоуважаемой *М. М. Холевинской*, многолѣтняя дѣятельность которой на общественномъ и врачебномъ поприщѣ всегда заслуживала самое глубокое уваженіе. Вместе съ тѣмъ мы протестуемъ противъ произвола городского головы и возмущаемся поворномъ для врача поступкомъ г. *Констансова*, который уже неоднократно проявлялъ свою некорректность какъ по отношенію къ отдѣльнымъ товарищамъ, такъ и къ цѣлой корпораціи.

*Г. Абрамовъ, А. Алъевъ, И. Айклендеръ, С. Атласъ, А. Балмлейскій, Ф. Броунъ, А. Буйко, В. Винниковъ, Вершилло, Л. Гинзбургъ, Л. Глазеръ, Дагаевъ, Н. Домоловъ, Еллинскій, Я. Ильенбергъ, В. Ивановъ, Б. Кирзнеръ, М. Ключаревъ, Н. Клодницкій, Корблевъ, В. Коморскій, Комаровскій, Колотаровъ, А. Кожановъ, Л. Красновъ, М. Ладимженскій, Н. Леванъ, Л. М. Микинъ, Надпорожскій, Е. Наузевичъ, Н. Никольскій, П. Пальмирскій, А. Першинъ, С. Поповъ, С. Порфирьевъ, Л. Райнесъ, К. Руновскій, В. Сабуровъ, Савинъ, С. Урановъ, Ф. Фармановъ, М. Шейнфайнъ, А. Шмидтъ, А. Шредеръ.*

**CLXI. М. Г.!** Не откажите помѣстить мой отвѣтъ на открытое письмо д-ра *Галіонко*, помѣщенное въ № 25 «Русскаго Врача».

М. Г.! Осенью 1905 г. я просилъ Оханскую земскую Управу, считать меня кандидатомъ на открывающуюся вакансію врача вновь открытаго пункта, въ с. Новонанскомъ съ января 1906 г. Открытіе пункта замедлилось и въ февралѣ мѣся было сообщено въ Соликамскъ, что свободно мѣсто врача въ Нытвенскомъ заводѣ. Я изъявилъ желаніе опредѣлиться въ Нытву и затѣмъ, узнавъ о вашемъ арестѣ, справился въ Пермь о положеніи дѣла. Изъ компетентнаго источника я узналъ, что возвратъ въ Нытву для Васъ невозможенъ. Изъ Оханска я тоже получилъ свѣдѣніе, что Вы уволены по предложенію губернатора. Получивъ отъ Васъ письмо на мѣстѣ службы въ Нытвѣ съ предсавіемъ отвѣтить въ 3-дневный срокъ, я сообщилъ Вашей женѣ, что отвѣтъ мой будетъ, но позже.

Письмо Вамъ было написано, и 2 раза я посылаялъ его къ Вашей женѣ, но ея не было дома, а затѣмъ письмо осталось неоправленнымъ потому, что, бывши въ Земской Управѣ, я узналъ, что и Управа получила отъ Васъ письмо и что она, изложивъ исторію Вашего увольненія, въ тоже время сообщила Вамъ, что на случай амнистіи и желанія Вашего снова служить въ Оханскомъ уѣздѣ она воздерживается опредѣлять врача на имѣющееся свободное мѣсто врача въ уѣздѣ. 11-го мая въ Оханскѣ на врачебномъ Совѣтѣ было выражено врачамъ желаніе, чтобы Управой такъ или иначе было удовлетворено, на случай амнистіи снова служить въ Оханскомъ уѣздѣ врача *Г.* и фельдшерны *Г.* Послѣ этого мое письмо къ Вамъ утратило значеніе и осталось неотсланнымъ (и до сихъ поръ остается въ столѣ), такъ какъ по содержанію оно сходно съ отвѣтомъ Управы: я извѣщалъ Васъ, что, если Управа будетъ ходатайствовать за

Васъ и губернаторъ не откажетъ въ утвержденіи, то безпрекословно уступлю.

По освобожденіи Васъ земская Управа немедленно запросила губернатора, можете ли Вы снова опредѣлиться врачомъ въ Оханскомъ уѣздѣ и, получивъ отрицательный отвѣтъ, препроводила его Вамъ 17 или 18-го іюня.

На Вашу рѣчь о просвѣдательной дѣятельности, о великомъ дѣлѣ, начатомъ Вами и о бойкотѣ отвѣчать не желаю.

Бойкотъ считаю во всякомъ случаѣ, по крайней мѣрѣ, не гуманнымъ для врачей. О просвѣдательной дѣятельности скажу слѣдующее. Въ Нытвѣ—страшное пьянство рабочихъ, у рабочихъ нѣтъ кассы, ни библіотеки, ни какого-либо учрежденія для развлеченія, потребительская лавка недавно цвѣтущая, теперь едва влечитъ свое существованіе и существуетъ только потому, что эксплуатируетъ рабочихъ-же. Скажу еще о нравственномъ правѣ домогаться занять прежнее мѣсто.

Вы упоминаете о Вашихъ Нытвенскихъ врагахъ, послывавшихъ депутацию въ Пермь ходатайствовать противъ васъ. Объ этомъ я въ не слышно, а слышалъ я вотъ что: до вашего ареста за прошлое еще лѣто крестьяне Н. Обществѣ окружающихъ Нытву селеній послали съ Земскую Управу приговоръ о нежеланіи имѣть Васъ врачомъ на томъ основаніи, что Васъ очень трудно заставить дома...

*Г. Коронатовъ.*

Нытвенскій заводъ. 19-го іюля 1906 г.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1442. «Русскія Вѣдомости» (29 іюля) перепечатываютъ сообщеніе «изъ достовѣрныхъ источниковъ» «Петербургскаго Листка», что проектъ *аутономіи В.-Медицинской Академіи*, представленный на рассмотрѣніе военнаго Совѣта, послѣднимъ не утвержденъ. Такимъ образомъ въ наступающемъ году В.-Медицинская Академія будетъ работать—увы!—все на старыхъ основаніяхъ.

1443. По сообщеніямъ общихъ газетъ, изъ 800 чел., подавшихъ прошенія о приѣмѣ въ В.-Медицинскую Академію, зачислены въ число *студентовъ Академіи* 80 окончившіе среднія учебныя заведенія съ золотыми медалями. Чтеніе лекцій въ предстоящемъ учебномъ году начнется съ 1-го сентября.

1444. Какъ передаетъ «Одесскій Листокъ» (22 іюля), Министерство народнаго просвѣщенія, во избѣжаніе задержекъ, предоставило Совѣтамъ Университетовъ право дѣлать испытанія по группамъ. Въ виду этого, Совѣтъ Одесскаго Университета постановилъ производить *курсовые испытанія осенью по предметной системѣ*, предоставивъ право экзаменоваться не только студентамъ, слушавшимъ лекціи въ Университетѣ, но и тѣмъ изъ нихъ, которые получили необходимыя знанія самостоятельно.

1445. Для того, чтобы предоставить нуждающимся студентамъ В.-Медицинской Академіи возможность имѣть заработокъ, въ сколько лѣтъ тому назадъ учрежденъ былъ при Академіи т. наз. *справочный отдѣлъ (Бюро)* съ цѣлью присканія платныхъ занятій студентамъ, и въ распоряженіе этого отдѣла ежегодно отпущалась известная сумма, изъ которой и оплачивались работы студентовъ, производимыя ими по заказамъ академическихъ профессоровъ для учебныхъ кабинетовъ и лабораторій Академіи. Предсѣдатель Бюро состоялъ въ послѣднее время проф. Академіи *Н. Н. Мари*. Въ виду сдѣланнаго въ послѣднемъ засѣданіи Конференціи Академіи нѣкоторыми членами Конференціи заявленія о необходимости внесенія существенныхъ измѣненій въ постановку дѣла въ справочномъ Бюро, Конференція Академіи признала, какъ передаетъ «Вѣдомости Петербургскаго Градоначальства» (27 іюля), необходимымъ пересмотрѣть положеніе всего дѣла и поручила произвести этотъ пересмотръ проф. Академіи *Н. Н. Мари, В. Н. Сироткину, С. Я. Терешину и Н. А. Холодовскому*.

1446. Въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (28 іюня) въ перечнѣ вѣсковъ, возложенныхъ на могилу *М. Я. Герценштейна* 23-го іюля, упоминается *эпилогъ отъ медицинскаго персонала Петербургской Обуховской больницы*. Тамъ-же сообщаются слѣдующія телеграммы отъ *Харьковскаго медицинскаго Общества и Макарьевскаго врачебно-санитарнаго Совета, Ростромской губ.* 1) Харьковское медицинское Общество, глубоко возмущенное гнуснымъ убійствомъ борца за землю и волю проф. *Михаила Яковлевича Герценштейна*, выражаетъ чувства своего искренняго соболѣзнованія его осиротѣвшей семьѣ и товарищамъ по первому русскому Парламенту. Борьба за идеи, которыя защищалъ проф. Герценштейнъ, не можетъ прекратиться, и потому никакія преступныя организаціи не въ состояніи ни остановить, ни задержать побѣду народа въ его борьбѣ за свободу. Вплоть предсѣдатель *Браунштейнъ*, секретарь *Сергиевскій*.—2) «Возмущенный гнуснымъ убійствомъ гражданина-борца *Михаила Яковлевича Герценштейна*, Макарьевскій врачебно-санитарный Совѣтъ Костромской губ. оплакиваетъ незабвенную утрату съ осиротѣвшей родиной, семьей и «Русскими Вѣдомостями».—Въ «Русскихъ-же Вѣдомостяхъ» (29 іюля) помѣщена того-же характера телеграмма отъ *Харьковской группы академическаго Союза*.

1447. Г-нъ Старцевъ въ своей статьѣ «Свеаборгское возстаніе» («ХХ Вѣкъ», 26 іюля), между прочимъ, пишетъ: «какъ только открылась канонада, немедленно вышли также» (ранѣе говорится, что были выведены женщины и дѣти. *Ред.* «спротоіерей и нѣкоторые врачи...» (курсивъ нашъ. *Ред.*), прибавляя: «это я

слышал, как говорила одна пожилая дама, волнуясь и негодуя, какому-то полковнику. А ниже же той-же статьи находим уже другого характера заявление того-же г-на Старцева: «Многие врачи в город просили генерал-губернатора разрешить им отправиться в Свеаборг для оказания помощи раненым. Генерал-губернатор охотно согласился на это, но ген. Зальца неотвратительно от услуг городских врачей». Свеаборгские товарищи, быть может, найдут небезопасным печатно опровергнуть гнусное обвинение, взведенное на них «одной пожилой дамой».

1448. Арестованы: в Москвѣ — врач Московскаго губернскаго Земства *Добрыниновъ*, в Петербургѣ — д-ръ *Левашевъ* («XX Вѣкъ», 1 августа).

1449. В Архангельскѣ, гдѣ, какъ извѣстно, въ октябрѣ прошлаго года погибли отъ рукъ черной сотни ч. пр. Гольдштейнъ и учительница Покотило, въ этомъ году ходили тревожные слухи, какъ пишутъ въ «Русскія Вѣдомости» (28 июля), о предстоящемъ повтореніи погрома. Въ виду этихъ слуховъ 23-го июня состоялся митингъ рабочихъ лесопильныхъ заводовъ, на которомъ послѣ рѣчей принята слѣдующая резолюція: «Тѣ, которые до того привыкли помыкать людьми, что имъ видъ свободнаго человека кажется обидой, и тѣ, которые до того пали, что за полицейскія деньги готовы идти рѣзать своихъ братьевъ, могутъ быть, и не останавливаясь передъ пролитіемъ невинной крови беззащитныхъ людей и въ нашемъ городѣ; но пусть они поостерегутся! Мы, рабочіе заводовъ Ульсена и Удальнаго, заявляемъ, что не допустимъ повторенія 19-го октября (убійство Гольдштейна и Покотило). Мы знаемъ, кѣмъ и противъ кого эти погромы устраиваются, и всякую попытку къ какому-бы то ни было насилию надъ гражданами подавимъ въ самомъ началѣ». Тѣмъ-же корреспондентомъ одновременно сообщается о значительномъ, благодаря смышленымъ врачамъ, развитіи въ Архангельской губ. *врачебной помощи*, вообще, какъ и во всѣхъ неземскихъ губерніяхъ, здѣсь поставленной плохо. Особенно выигралъ въ этомъ отношеніи г. Онега, гдѣ отбываетъ службу извѣстный земскій врачъ Московской губ. *Д. Н. Дорфъ*, взявшійся за Онежскую больницу и привлекшій къ участію въ общей работѣ и другихъ смышленыхъ врачей и врачей. Уже въ теченіи 2 мѣс. такой работы (апрѣль, май) число приходившихъ больныхъ дошло до 5322, превзойдя все годовое количество ихъ въ той-же больницѣ за 1905 г. (5300).

1450. Комиссія Московскихъ городскихъ санитарныхъ врачей привела, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (27 июля), *осмотры полицейскихъ арестныхъ домовъ* и нашла, что арестные помѣщенія при полицейскихъ домахъ и существующій въ нихъ режимъ не удовлетворяютъ требованіямъ гигиены и санитаріи. Самые помѣщенія въ случаѣ появленія въ нихъ падежныхъ заболеваний могутъ стать очагами заразы, угрожающими не только населенію полицейскихъ домовъ, но и всему окружающему городскому населенію. Дальнѣйшее пребываніе въ этихъ помѣщеніяхъ губительно для здоровыхъ заключенныхъ. Комиссія признала необходимымъ просить санитарныхъ врачей установить по каждому въ отдѣльномъ полицейскому дому всѣ мѣры, которыя должны быть предприняты въ цѣляхъ возможнаго ихъ упорядоченія въ санитарномъ отношеніи. Въ арестныхъ помѣщеніяхъ въ Мясницкомъ полицейскомъ домѣ признаны подлежащими немедленному закрытію 3 камеры въ подполдвальной этажѣ. Свои заключенія Комиссія представляла на усмотрѣніе городской Управы. Ходатайство, возбужденное Комиссіей о допущеніи ея къ обследованію въ гигиеническомъ и санитарномъ отношеніи тюремныхъ зданій, какъ мы уже передавали (см. № 30, стр. 941), не увѣнчалось успѣхомъ.

1451. «XX Вѣкъ» сообщаетъ изъ Москвы, что *Комитетъ общественной помощи голодающимъ* закончилъ составленіе отчета о своей дѣятельности за время съ 1-го сентября 1905 г. по 1-ое іюня 1906 г. Пожертвованій за это время поступило на 116760 р. 24 коп.; наиболѣе крупныя изъ нихъ; отъ г-жи Морозовой 10000 р., отъ литературно-художественнаго Кружка 10000 р., отъ редакціи «Русскаго Богатства» 3000 р. Къ настоящему времени въ распоряженіи организациі имѣется остатокъ въ 13000 р. Образование остатка въ то время, когда годовую работу распространяется, объясняется *запутанностями, оказываемыми Комитету въ его дѣятельности на мѣстахъ со стороны мѣстной администраціи*.

1452. «Врачебно-санитарная Хроника Саратовской губ.» (іюнь) со словъ заведующаго открытымъ 5-го іюня *лѣчебно-продово-лительнымъ пунктомъ* въ г. Петровскѣ сообщаетъ, что пунктъ этотъ «многое терпитъ отъ мѣстной полиціи, которая ставитъ всякія препятствія правильному функционированію пункта и, очевидно, стремится тѣмъ или инымъ способомъ закрыть столу». Такъ, исправникъ ввелъ ежедневный осмотръ паспортовъ, при чемъ набѣги полиціи производятся и днемъ, и ночью, по нѣскольку разъ, выселяя всѣхъ безпаспортныхъ изъ Петровскаго этапомъ и отбирая паспорта у запасныхъ солдатъ. Это обстоятельство сильно стѣсняетъ рабочихъ, изъ которыхъ многіе — безъ паспортовъ или съ паспортами просроченными, а многіе, вѣроятно, и просто пугаются частыхъ набѣговъ полиціи. Дѣло близится къ наемкѣ, пишетъ заведующій, а число рабочихъ значительно сократилось съ тѣхъ поръ, какъ заведена эта провѣрка. Полиція не стѣсняется останавливать рабочихъ даже еще на дорогѣ и провѣрять паспорта, а, когда все это дѣлается въ отсутствіе персонала пункта, то нерѣдко сопровождается нотациями, окриками и бранью по адресу рабочихъ. Частыя посѣщенія полиціи вызываютъ недоброе расположеніе къ персоналу пункта, допускающаго подозрѣніе о какой-то связи между послѣднимъ и полиціей. По

отношенію-же къ самому персоналу полиціи держится такого направленія, чтобы вызвать съ его стороны какой-нибудь протестъ, который-бы могъ повлечь за собою закрытіе пункта. Исправникъ является въ баракъ полнымъ хозяиномъ и, игнорируя заведующій персоналъ, требуетъ у сторожа, чтобы тотъ показывалъ ему, что «онъ» готовитъ, давалъ пробовать пищу и т. п. Въ результатѣ такой полицейской опеки является слѣдующее: 1) число рабочихъ, посѣщающихъ пунктъ, рѣзко уменьшилось; 2) регистрація, въ смыслѣ полученія свѣдѣній, въ высшей степени затруднительна; 3) полиція фактически является хозяиномъ барака.

1453. Вопросъ объ *общей постановкѣ военно-врачебнаго дѣла* и въ частности о *положеніи военнаго врача* является однимъ изъ очередныхъ вопросовъ настоящаго времени. Повышеніе интереса къ нему сказывается учащающимся его обсужденіемъ и въ текущей печати спеціальной и общей, и въ засѣданіяхъ различныхъ медицинскихъ Обществъ. Много вниманія этому вопросу было уделено и Обществомъ врачей Закаспійской области, изъ протоколовъ засѣданій котораго за 16, 19 и 23 ноября истекшаго года видно, что пренія по докладу д-ра *И. К. Минкевича* «О необходимости измѣненія военно-врачебнаго дѣла и кореннаго преобразованія положенія военнаго врача» отличались большимъ оживленіемъ и продолжались въ теченіи 3-хъ засѣданій. Пренія эти закончились слѣдующимъ единогласнымъ постановленіемъ: «Настоящее положеніе военнаго врача, подчиненнаго въ своей профессиональной дѣятельности требованіямъ и усмотрѣнію некомпетентнаго военнаго начальства, а, слѣд., и положеніе всего военно-врачебнаго дѣла — признавать ненормальнымъ и роняющимъ достоинство врачей, какъ научныхъ и практическихъ дѣятелей, а потому просить в.-медицинскій ученый Комитетъ, какъ высшее коллегіальное учрежденіе в.-медицинскаго вѣдомства, возбудить ходатайство о коренной реформѣ военно-врачебнаго дѣла, въ смыслѣ приданія ему полной самостоятельности. Для этого Собраніе полагаетъ необходимымъ: 1. Всю в.-медицинскую часть поставить совершенно независимо отъ строевого начальства по примѣру военно-судной и инженерной части, съ выдѣленіемъ ея въ отдѣльное военно-санитарное вѣдомство. Въ дѣятельности в.-санитарнаго вѣдомства провести коллегіальное начало какъ въ управленіи лѣчебными заведеніями, такъ и въ управленіи санитарною частью въ войскахъ. 2. Должности военныхъ начальниковъ лѣчебныхъ заведеній и военныхъ инспекторовъ госпиталей упразднить. 3. Должности хозяйственнаго разряда въ лѣчебныхъ заведеніяхъ предоставлять чиновникамъ, преимущественно-же класснымъ фельдшерамъ, но не офицерамъ. 4. Врачей частой войскъ изъять изъ подчиненія командирамъ частей и предоставить имъ самостоятельность въ сферѣ ихъ дѣятельности какъ по медицинской, такъ и по хозяйственнымъ частямъ — послѣднее относительно имѣющихся при частяхъ лѣчебныхъ заведеній (околотковъ, пріемныхъ покоевъ, лазаретовъ). 5. Для поднятія научно-практической дѣятельности военныхъ врачей учредить при заведующихъ медицинскою частью корпусовъ, взамѣнъ бригадныхъ и дивизионныхъ врачей и по числу ихъ, должности консультантовъ-спеціалистовъ, для руководства занятиями врачей въ лѣчебныхъ заведеніяхъ и въ частяхъ войскъ — по спеціальностямъ. 6. На должности консультантовъ и старшихъ врачей болѣшихъ врачебныхъ заведеній, т.-е. на должности врачей IV мед. разряда избирать врачей выдающихся научными работами и врачебно-практическою дѣятельностью, по конкурсу, безъ различія вѣроисповѣданія и національности. 7. Въ болѣшихъ лазаретахъ, свыше 100 мѣстъ, ввести должности старшихъ ординаторовъ. 8. Молодые врачи, вступающіе въ службу, должны быть назначаемы только въ лѣчебныя заведенія или командированы къ нимъ, а въ части поступать не ранѣе, какъ по истеченіи 3-хъ лѣтъ службы. 9. Отмѣнить секретную аттестацію врачей, какъ оскорбляющую достоинство врачебной корпораціи. 10. Выработать новый порядокъ прикомандированія врачей для усовершенствованія въ Академіи и къ Университетамъ по спеціальностямъ, сдѣлавъ возможность командированія доступною всѣмъ желающимъ. 11. Выработать болѣе справедливыя правила относительно службы врачей на далекихъ окраинахъ и въ медвѣжьи-хъ угляхъ. 12. Измѣнить положеніе военныхъ фельдшеровъ всѣхъ наименованій въ смыслѣ полнаго включенія ихъ въ санитарное вѣдомство и освобожденія отъ подчиненія строевому начальству. Контингентъ военныхъ фельдшеровъ могъ-бы быть намѣчаемъ въ воинскихъ Присутствіяхъ, образуясь съ образованіемъ и личными заявленіями желающихъ отбывать воинскую повинность въ качествѣ фельдшеровъ. 13. Улучшить матеріальное положеніе военныхъ фельдшеровъ. 14. Изъять военныхъ врачей изъ подсудности военному суду въ мирное время. 15. Необходимо въ ближайшемъ будущемъ созвать Комиссію для болѣе подробной разработки реформы и привлечь въ нее врачей изъ разныхъ округовъ не по назначенію начальства, а по избранію товарищей врачей».

1454. Д-ръ *И. И. Зубовъ*, авторъ работы «*Самоубійство въ Лифляндской губерніи*» — сочиненія, удостоеннаго медицинскимъ факультетомъ Юрьевскаго Университета золотой медали, въ новой, напечатанной въ «Медицинскихъ Прибавленіяхъ къ Морскому Сборнику» (мартъ, 1906 г.), работѣ — «*Самоубійство во флотѣ*» старается способствовать выясненію вопроса, какъ отражается на наклонности къ самоубійству своеобразная жизнь моряка, строй этой жизни, военный режимъ. Исходя изъ совершенно правильной мысли, что для всесторонняго освѣщенія вопроса о самоубійствѣ необходимо производить изслѣдованія не на основаніи только статистическихъ данныхъ, а на личномъ просмотрѣ дѣлъ о самоубійцахъ, ихъ біографіяхъ, исторіяхъ бо-

лѣзни и письмахъ, оставленныхъ самоубійцами, онъ задумалъ собрать соотвѣтственный матеріалъ—дѣла о самоубійцахъ—по всему флоту, но, по независимымъ отъ него обстоятельствамъ, ему удалось собрать полностью лишь матеріалъ, имѣвшійся въ архивѣ при штабѣ Кронштадтскаго порта за періодъ съ 1880 по 1903 г., т. е. за 24 года. Общее число самоубійствъ за это время было 84 (включая суда и насколько случаевъ только покушеній на самоубійство), при чемъ вычисленіе чиселъ самоубійствъ по 5-лѣтнимъ свидѣтельству объ ихъ ростѣ: съ 1880 г. по 1884 г. занесено въ списки 9 самоубійствъ, съ 1885 по 1889 г.—14, съ 1890 по 1894 г.—18, съ 1895 по 1899 г.—17, съ 1900 по 1903 г.—27. Сравненіе цифръ, выражающихъ отношеніе числа самоубійствъ къ численности состава Балтійскаго флота за періодъ времени съ 1881 по 1900 г. по 6-лѣтіямъ приводитъ къ выводу, что *склонность къ самоубійству за послѣднее 6-лѣтіе возросла въ 8 1/2 разъ*, а именно: въ 1-мъ 6-лѣтіи 1 самоубійство приходилось на 5560 чел., въ послѣднемъ 1 самоубійство на 654 чел. Сопоставленіе своихъ данныхъ по флоту съ данными другихъ авторовъ за тотъ-же періодъ, по отношенію ко всему населенію и лицамъ другихъ профессій, позволяетъ автору еще болѣе подчеркнуть сильное развитіе самоубійствъ въ нашемъ флотѣ. По изслѣдованіямъ проф. Сикорскаго за періодъ времени съ 1886 по 1896 г. на 1.000.000 населения Россіи приходилось 29 самоубійствъ, по *Тарновскому* за періодъ 1890—1894 гг. на 1.000.000 жителей приходилось 32 самоубійства. По даннымъ-же автора частота самоубійствъ во флотѣ вычислилась бы гораздо болѣе, а именно—603 самоубійствъ на 1.000.000 чиновъ морского вѣдомства. Такая высокая наклонность къ самоубійству моряковъ близка стоитъ къ наклонности къ самоубійству, существующей въ большихъ городахъ Европы—Парижѣ, Берлинѣ—въ либеральныхъ профессіяхъ. По изслѣдованіямъ самого автора на 1.000.000 лицъ интеллигентнаго класса въ Лифляндской губ. приходится 740 самоубійствъ. По *И. А. Сикорскому* среди врачей самоубійства развиты въ 21 разъ сильнѣе, чѣмъ въ населеніи; стало-быть, на 1.000.000 лицъ падало-бы 609 самоубійствъ. Не располагая цифровыми данными относительно численности самоубійствъ въ иностранныхъ флотахъ и нашей арміи, д-ръ *Зубовъ* приводитъ только свои данныя по изслѣдованію въ этомъ отношеніи Лифляндской губ., гдѣ на 1.000.000 нижнихъ чиновъ приходилось только 83 самоубійства, и цифры, сообщаемыя *Тарновскимъ* для иностранныхъ армій: въ Австріи на 1.000.000 солдатъ приходится 1209 самоубійствъ, въ Пруссіи—457, въ Италіи—389, во Франціи—280 и въ Англіи—210. Причиной сильнаго развитія самоубійствъ въ нашемъ флотѣ сравнительно съ таковымъ-же развитіемъ въ общемъ населеніи Россіи авторъ видитъ въ слѣдующемъ. Во 1-хъ, здѣсь имѣется дѣло съ мужскимъ контингентомъ людей, а известно, что, за немногими исключеніями, мужчины всегда даютъ болѣе % самоубійствъ. Во 2-хъ, въ составѣ флота преобладаютъ люди молодого возраста, а послѣдній всегда и вездѣ даетъ большое число самоубійствъ. Въ 3-хъ, хотя большинство чиновъ флота и исповѣдуетъ православіе, дающее меньшую наклонность къ самоубійству, чѣмъ, напр., протестантизмъ, однако религіозныя вѣрованія въ нихъ безусловно менѣе крѣпки, чѣмъ въ деревенскомъ населеніи; религія, стало-быть, въ этомъ отношеніи является еще менѣе задерживающимъ условіемъ во флотѣ, чѣмъ въ населеніи. Въ 4-хъ, болѣе % нижнихъ чиновъ составляютъ холостые, а таковые всегда и вездѣ даютъ болѣе % самоубійствъ. Далѣе, жизнь въ городѣ, вблизи еще болѣе большого столичнаго центра—Петербурга—также не можетъ не вліять на повышеніе наклонности къ самоубійству. Доказано, что высокая наклонность къ самоубійству столичныхъ городовъ не ограничивается городомъ, а оказываетъ вліяніе на возрастаніе той-же наклонности и въ окрестностяхъ. Наконецъ, сама военная служба, связанная съ нею своеобразная жизнь моряка, страдающая нѣкоторыми ненормальностями,—все это еще сильнѣе и благоприятнѣе дѣйствуетъ въ отношеніи повышенія наклонности къ самоубійству чиновъ флота. Переходя къ подробному пересмотру всѣхъ собранныхъ имъ случаевъ самоубійствъ авт. останавливается на побужденіяхъ къ этимъ послѣднимъ и даетъ слѣдующія рубрики: 1) *пьянство и алкоголизмъ послужили мотивами въ 17 случаяхъ самоубійствъ* (курсивъ нашъ,—*Ред.*), 2) служебныя несправности и страхъ наказанія—въ 11, 3) психическія расстройствъ—въ 7, 4) физическія расстройствъ—въ 5, 5) тоска по родицѣ (2 новобранца)—въ 4, 6) несчастная любовь—въ 3, 7) семейныя несправности—въ 2, 8) утомленіе жизнью—въ 2, 9) недовольство службой—въ 2, 10) денежное расстройство—въ 1. По вѣданію и занятіямъ самоубійцы въ случаяхъ д-ра *Зубова* распредѣлялись слѣдующимъ образомъ: лейтенантовъ—3, мичмановъ—3, подполк. артиллеріи—1, капитанъ 2-го ранга—1, врачъ—1, артиллер. содерж. (*Ред.*)—1, воспитанникъ инженернаго училища—1, инженеръ-механикъ—1, прапорщикъ корпуса корабельныхъ инженеровъ—2, *воспитанниковъ фельдшерскаго школъ*—3, *фельдшеровъ*—16 (курсивъ нашъ,—*Ред.*), писарей—9, боцмановъ—3, квартирмейстеровъ—6, санитаровъ—2, матросовъ—32. Къ сожалѣнію, не располагая цифрами численности различныхъ средъ состава флота, авт. вынужденъ былъ ограничиться лишь этими безотносительными цифрами и, слѣд., не могъ установить степени наклонности къ самоубійству въ той и другой средѣ. Во всякомъ случаѣ преобладаніе среди самоубійцъ—фельдшеровъ, среди мотивовъ къ самоубійству—пьянства, служебныхъ несправностей и страха наказанія вполне выяснено и приведенными данными. Чрезвычайная высота наклонности къ самоубійству въ нашемъ флотѣ

и ея прогрессивный ростъ также доказаны. Нельзя спорить и противъ основной мысли автора, что «изслѣдованіе самоубійства есть въ то-же время и изслѣдованіе общественно-соціальной, экономической и нравственной патологіи общества». Оцѣнка-же съ этой точки зрѣнія приводимыхъ авторомъ данныхъ наводитъ на невеселыя мысли о состояніи нашего флота.

1455. На открывшемся 15-го іюня Ялтинскомъ чрезвычайномъ уѣздномъ земскомъ Собраніи, какъ сообщаетъ «Вѣстникъ Таврическаго Земства» (4 іюля), наконецъ, *рѣшено споръ между городомъ и земскою Управой относительно доли изъ участія въ содержаніи земско-городской Ялтинской больницы*. Въ 1894 г., передавая свою больницу Земству по крѣпостному акту, городъ обязался приплачивать ежегодно по 3500 р. Земство, съ своей стороны, обязалось принимать въ эту больницу городскихъ больныхъ и содержать въ ней 30 штатныхъ коекъ. Въ настоящее время больница расширилась до 54 коекъ; содержаніе ея въ 1905 г. дошло до 28500 р., а городъ все продолжаетъ давать только 3500 р., не смотря на то, что 2/3 больныхъ, пользующихся леченіемъ въ больницѣ, падаютъ на городъ. Земство неоднократно пробовало вступить съ городомъ въ новое соглашеніе и побудить его болѣе равномерно распределить тяжесть содержанія земско-городской больницы, но тщетно. Напоминаніе (см. «Русскій Врачъ», № 2, стр. 61), что вопросъ объ этомъ поднимался и на созванномъ въ октябрѣ 1905 г. очередномъ уѣздномъ Ялтинскомъ Собраніи: «но обсужденіе его было тогда отложено до чрезвычайнаго Собранія. На послѣднемъ, состоявшемся на 1 1/2 года поздне, чѣмъ оно предполагалось, земская Управа, въ виду упорнаго сопротивленія города противъ новаго соглашенія, предложила сократить число штатныхъ коекъ до 30 обязательныхъ по договору, закрыть пріемный покой, а освободившіяся суммы израсходовать на открытіе новаго врачебнаго участка между Ялтой и Алуштой съ 1-го января 1907 г. Предложеніе Управы вызвало въ Собраніи большія пренія; вопросъ былъ сданъ въ Комиссію, и все-таки въ концѣ концовъ одержало верхъ мнѣніе Управы.

1456. Для выясненія частоты несчастныхъ случаевъ на фабрикахъ безразличны слѣдующія цифры, заимствованныя «ХХ Вѣкомъ» (30 іюня) изъ ответа за 1-ый (1905-й) годъ дѣятельности Общества Петербургскихъ фабрикантовъ для взаимнаго страхованія рабочихъ и служащихъ отъ несчастныхъ случаевъ. Были приняты на страхъ 29782 рабочихъ изъ 57 промышленныхъ предпріятій. Занесено въ списки 1287 несчастныхъ случаевъ, изъ коихъ 3 окончились смертью, 192 инвалидностью, 1092 временною неспособностью къ труду. Чаше всего дѣло имѣлось съ поврежденіями конечностей. Нѣкоторыя фабрики дали особенно много несчастныхъ случаевъ, что объясняется тѣснотою въ распредѣленіи машинъ, недостаточнымъ количествомъ свѣта, плохимъ надзоромъ за рабочими. Фабрики, вновь выстроенныя, дали поразительно мало несчастныхъ случаевъ. Не лишены интереса и цифры, опредѣляющія размѣръ вознагражденія пострадавшихъ рабочихъ: пострадавшимъ при всѣхъ несчастныхъ случаяхъ и ихъ наследникамъ уплачено Обществомъ 68521 р. 97 коп., при чемъ каждый смертный случай обошелся Обществу въ 1173 р. 81 к., случай инвалидности въ 287 р. 8 к., а случай временной утраты трудоспособности въ 9 р. 46 коп.

1457. По сообщенію «Терекъ» (21 іюля), на снабженіе туземнаго населенія Терской и Кубанской областей *лекарствами*, на уплату лечебнымъ заведеніямъ за пользованіе и содержаніе лицъ, имѣющихъ право лечиться за счетъ Приказовъ общественнаго призванія, на уплату вольнымъ аптекамъ за лекарства, а также на уплату за производствомъ судебно-химическихъ и химико-микроскопическихъ изслѣдованій для судебныхъ учрежденій Терской области военный Совѣтъ постановилъ отпускать, начиная съ 1906 г., въ теченіи 3-хъ лѣтъ по 5062 р., а на будущее время—по 3-лѣтней сложности дѣйствительно произведенныхъ расходовъ. Изъ означенной суммы на Терскую область приходится 2362 р.

1458. Въ *Нижнемъ Новгородѣ* санитарной Комиссіей установлена *эпидемія возвратнаго тифа*. По сообщенію «Волгара», мѣстная барачная больница переполнена больными, при чемъ преобладаютъ больные возвратнымъ тифомъ и скарлатиной. Устроенная на 60 кроватей, она вмѣщаетъ уже 100 больныхъ. По даннымъ санитарной Комиссіи за 5 мѣс. и за 1/2 текущаго іюля возвратнымъ тифомъ въ городѣ заболѣли 493 чел. Послѣ 1902 г., когда были занесены въ списки 756 больныхъ возвратнымъ тифомъ, въ теченіи послѣднихъ 3-хъ лѣтъ этого заболѣванія отмѣчено всего 142 случая. Настоящая эпидемія, какъ и предыдущія, началась въ ночлежныхъ домахъ, обыватели которыхъ дали 83% всѣхъ заболѣвшихъ; среди остальныхъ заболѣвшихъ преобладаютъ чернорабочіе. На послѣднемъ засѣданіи санитарной Комиссіи рѣшено открыть временную больницу на 40 коекъ и ночлежное помѣщеніе для, по необходимости, рано выписываемыхъ больныхъ. Въ виду переполненія городской барачной больницы признано невозможнымъ принимать больныхъ съ армярочной территоріи,—таковые должны пользоваться въ армярочной купеческой больницѣ. По сообщенію «Волгара» (16 іюля), на армярскіе открыты съ 15-го іюля общая купеческая и сифилитическая больницы и безплатная лечебница. Со словъ заведующаго санитарною частью на армярскі, газета эта (19 іюля) сообщаетъ, что армярочное Управленіе въ городской больницѣ надобности не имѣетъ. При общей купеческой больницѣ имѣется специальное отдѣленіе для заразныхъ больныхъ на 18 коекъ, при чемъ, въ случаѣ появленія заразныхъ заболѣваній, сейчасъ-же



был-бы назначен специальный врач. Кроме того, у ярмарочного общественного Управления всегда имеется наготове запасная больница на даче Кемпа. До сих пор на ярмарке тифозных заболеваний не было. — В том же № «Волгаря» мы не удивлены прочтении следующих строк: «Среди прибывших на ярмарку проституток зарегистрировано до 50 больных венерическими болезнями; все они помещены в больницу. При губернаторе Унтербергерте врачбно-полицейскому надзору введено было в обязанность строго следить за т. наз. тайными проститутками — женщинами, живущими в ярмарке в качестве продавщиц, пивщиц и т. д. Из почти силой привлекали к медицинскому осмотру. В настоящее время такое насилие в ярмарке практиковаться не будет, ввиду его незаконности. Да и сами женщины уже заявляют врачам, что последние не могут силой подвергать их медицинскому освидетельствованию» (Курсивъ вездѣ нашъ. Ред.) Неужели в Нижнем до «настоящего времени» об этом не знали?!

1459. Ж.—вр. А. М. Дзалаевой разрешено издавать во Владикавказе под ее редакторством ежедневную газету — «Отклики Кавказа» («Торекъ», 18 июля).

1460. Вдова д-ра А. Т. Духовского, который состоял директором Одесской лечебницы для приходящих, пожертвовала этой лечебнице хирургические инструменты своего покойного мужа («Одесский Листокъ», 22 июля).

1461. Земледелец Харьковской губ. Е. М. Духовской пожертвовала 10000 р. Харьковскому детскому приюту («Харьковские Вѣдомости», 23 апрѣля).

1462. «Врачебно-санитарная хроника Саратовской губ.» (июнь) сообщает, что открытыя нынѣшнимъ лѣтомъ въ Саратовской губ. ясли — приюты посѣщаются, какъ и въ предшествующіе годы, весьма охотно и даже не могутъ удовлетворить всѣхъ желающихъ. Такъ въ с. Малиновкѣ Сердобскаго уѣзда, въ виду исключительнаго аа положенія (въ октябрѣ прошлаго года въ Малиновкѣ во время восстанія были убиты 36 чел., сосланы административнымъ порядкомъ въ Сибирь 45 и до 20 чел. находились въ Саратовской тюрьмѣ), насчитывается до 100 чел. сиротъ въ возрастѣ отъ 1 до 9 лѣтъ, и сельскій Сходъ, собравшійся 15-го июня, выразилъ пожеланіе, чтобы въ ясли принимались дѣти вѣхъ желающихъ; однако-же изъ приводившихся для записи 120 чел. пришлось принять только 91. Какъ весьма желательныя, ясли приюты принимались и въ другихъ мѣстахъ. Неудача постигла ясли только въ Колѣнскомъ участкѣ, Аткавскаго уѣзда. Открытыя въ с. Алексѣевѣ-Борхѣ ясли вызвали сильное броженіе среди крестьянъ. Крестьяне требовали, чтобы, вмѣсто яслей, имъ роздали по 1/2-мѣрѣ пшена или 50 коп. на каждого ребенка, или-же кормили въ ясляхъ всѣхъ дѣтей, такъ какъ «они — одинаково всѣ царевы». Закончилось это броженіе тѣмъ, что крестьяне, угрожая даже физическимъ насиліемъ, принудили завѣдующую уйти изъ школы и совсѣмъ изъ Алексѣевки. Въ виду такого настроенія крестьянъ мѣстный врачъ отказался открыть ясли въ с. Колѣнѣ и Александровкѣ, гдѣ раньше предполагалось ихъ открыть. Нужно замѣтить, что завѣдующей яслями въ с. Алексѣевѣ была мѣстная учительница, и крестьяне знали ее давно.

1463. Въ Нижнемъ Новгородѣ, какъ сообщаетъ «Волгарь» (21 июля), губернаторомъ разрѣшено и уже открыло свои дѣйствія Общество фельдшеровъ, фельдшерицъ и акушерокъ Нижегородской губ. При Правленіи Общества учреждено Бюро для прислания мѣст.

1464. Въ «Русскомъ Инвалидѣ» помѣщенъ переводъ изъ «Semaine médicale» (18 июля 1906 г., № 29), сообщенія главнаго медицинскаго инспектора японской арміи д-ра Роуке о потеряхъ среди японцевъ въ русско-японскую войну 1904—1905 г. Изъ этого сообщенія, составленнаго на основаніи официального санитарнаго отчета, вышедшаго въ апрѣлѣ текущаго года, «XX Вѣкъ» (30 июля) приводитъ слѣдующія цифровыя данныя. Въ теченіи 21 мѣсяца войны ранены на полѣ сраженія 220812 чел., въ числѣ коихъ убитыхъ было 47387. Въ эти числа входятъ потери въ санитарномъ персоналѣ: врачей убито 19, ранено 104, что въ круглыхъ цифрахъ составляетъ 2,5% на 4517 военныхъ врачей, участвовавшихъ въ кампаніи. Число больныхъ, пользовавшихся въ лазаретахъ и госпиталяхъ, доходило до 236223, считая здѣсь и 27158 заболѣвшихъ заразными болезнями. Сверхъ того, въ военныхъ госпиталяхъ внутри Японіи и на о. Формозѣ пользовались 97850 больныхъ и 77803 раненыхъ и больныхъ русскихъ. Общая потеря японской арміи убитыми, ранеными и больными 554885; со включеніемъ раненыхъ и больныхъ русскихъ, находившихся въ плѣну, общее число раненыхъ (вмѣстѣ съ убитыми) и больныхъ достигаетъ 632688. Низшаго санитарнаго персонала убито и ранено 450. Медицинскій персоналъ во время войны состоялъ изъ 4517 военныхъ врачей, 639 фармацевтовъ и 33597 лицъ низшаго медицинскаго состава. Японское Общество Краснаго Креста доставило на театръ военныхъ дѣйствій 5470, а добровольная помощь, не включая схода помощи со стороны дамскаго Комитета, 242 чел. санитарнаго персонала. Такимъ образомъ на театръ военныхъ дѣйствій у японцевъ 1 врачъ приходился на 108 больныхъ и раненыхъ.

1465. Въ «Deutsche medicinische Wochenschrift» 14-го июня помѣщенъ небольшой, но очень задушевно написанный некрологъ покойнаго В. М. Тарновскаго, за подписью проф. О. Лазаря.

1466. На освобожденію, за выходомъ въ отставку проф. Recklinghausen'a, каведру патологической анатоміи въ Strassburg'a перешелъ проф. Chiari изъ Праги («The Journal of the American Medical Association», 7 июля).

1467. На мѣсто вышедшаго въ отставку проф. Czerny на

кафедру хирургіи въ Heidelberg'a назначенъ проф. Albert Naraith изъ Utrecht'a («The British Medical Journal», 30 июня).

1468. Въ Alfort'ской ветеринарной школѣ въ іюнѣ торжественно открыты памятники проф. Nocard'у («The British Medical Journal», 30 июня).

1469. Табелъ о рангахъ преподавателей прусскихъ университетовъ недавно обогатился, какъ передаетъ «Deutsche medicinische Wochenschrift» (21 июня), новымъ классомъ: Министерствомъ созданы т. наз. «экстраординарные почетные профессора». Такимъ образомъ теперь на медицинскихъ факультетахъ Пруссіи существуютъ: 1) ordinарные профессора, 2) почетные ordinарные, 3) экстраординарные а) съ чтеніемъ лекцій и б) безъ него, 4) экстраординарные почетные, 5) приват-доценты съ титуломъ «профессоръ» и безъ него. «Пусть-же теперь», замѣчаетъ иронически газета, космѣнится кто утверждать, будто наше Министерство или факультеты не обладаютъ тончайшими способами для оцѣнки заслугъ отдѣльныхъ университетскихъ преподавателей!

1470. Вѣсти о чумѣ (по «The British Medical Journal», 14 июля): Въ Индіи за недѣлю по 7 и 14 июня вновь заболѣли чумой 7888 и 3597 чел., а умерли отъ нея 7024 и 3446. въ какомъ числѣ 6152 и 2811 случаевъ смерти далъ Punjab, 437 и 316 Bombay'ское президентство, 165 и 85 Соединенныя провинціи, 90 и 85 Bengal, 82 и 113 Burmah. — 2 июля обнаруженъ случай чумы въ Port Said'a. — Въ Сенстанѣ (Персія) болѣзнъ продолжалъ распространяться, не смотря на санитарныя кордоны. — Австралія: за недѣлю по 19 и 26 мая болѣзнъ имѣлась только въ Brisbane (случаевъ заболѣванія 1 и 0, смерти столько-же) и въ Rockhampton'a (1 случай за первую изъ 2-хъ указанныхъ недѣль). — Въ Южной Африкѣ новыхъ случаевъ чумы не обнаружено. — Hong-Kong: за недѣлю по 16 и 23 июня заболѣли 57 и 34 чел., умерли 45 и 31.

1471. Послѣ долгой борьбы, противникамъ оспопрививанія въ Канадѣ удалось уничтожить обязательность ея для учащихся въ городскихъ школахъ Toronto («American Medicine», июнь)

1472. Умерли: 1) Въ Кіевѣ Алексѣй Корнеевичъ Столчневскій («Вѣдомости Петербургскаго Градоначальства», 27 июля) родившійся въ 1858 г., а званіе врача получившій въ 1887 г. — 2) Въ Варшавѣ ординаторъ еврейской больницы Левъ Викторовичъ Файнштейнъ («Medycyna», 4 августа), родившійся въ 1865 г., а званіе врача получившій въ 1892 г. — 3) Въ Ораніенбаумѣ Яковъ Яковлевичъ Мультиановскій, родившійся въ 1857 г., а званіе врача получившій въ 1881 г. — 4) Въ Budapest'a 23-го июня извѣстный своими трудами по медицинской статистикѣ ч. пр. Josef Körösy von Szánto, на 62-мъ году жизни («Wiener medizinische Presse», 1 июля). — 5) Въ London'a, отъ сонной болѣзни, заразившись чрезъ уколъ руки, военный врачъ д-ръ Forbes Tulloch, состоявшій въ миссіи, которая послана была британскимъ правительствомъ въ Уганду для изученія этой болѣзни. («Le Caducée», 7 июля). — 6) Въ Berlin'a, директоръ городского статистическаго Бюро проф. докторъ филологин Hirschberg, извѣстный своими работами и по медицинской статистикѣ. — 7) Въ Breslau, бывшій директоръ мѣстнаго фармакологическаго Института, проф. д-ръ Polek, 85 л. — 8) Въ London'a, бывшій президентъ Британской Медицинской Ассоціаціи Willoughby F. Wade («Wiener medizinische Presse», 8 июля).

Въ дополненіе къ извѣстію о смерти Х. А. Рюрикова (см. № 30, стр. 943) заимствуемъ изъ помѣщеннаго въ «Волгарѣ» (19 июля) письма изъ с. Городца слѣдующія свѣдѣнія о покойномъ. — Въ Балахнинскомъ Земствѣ Х. А. прослужилъ болѣе 21 года, при чемъ, изнемогая отъ работы въ качествѣ единственнаго врача въ огромномъ селѣ Городцѣ и завѣдующаго участкомъ, онъ много разъ вызывалъ къ земскому Соборанію о необходимости пригласить 2-го врача, но тщетно. Наконецъ, въ прошломъ году было постановлено пригласить 2-го врача, и внесено въ сѣтѣ 1200 р., по фактически до сихъ поръ приглашенія не сдѣлаю изъ экономіи... Ежедневно съ утра до вечера состоя на трудномъ и строго отвѣтственномъ посту, Х. А. надломилъ себѣ здоровье, получилъ порокъ сердца. Чтобы погасить, онъ ѣздилъ нынѣшней весной въ Швейцарію и оттуда пріѣхалъ какъ будто свѣжимъ и бодрымъ; но въ первыхъ числахъ іюля съ нимъ случился ударъ, что и заставило его для клиническаго лѣченія отправиться въ Каванъ. О похоронахъ его въ Городцѣ «Волгарю» (22 июля) пишутъ слѣдующее: «Городчане отдали послѣдній свой долгъ дорогому и гуманному врачу, возложивъ на гробъ его цѣнный вѣнокъ. Вѣнокъ возложены были отъ земской Управы, уѣзднаго Земства, дѣтскаго приюта, клуба, пожарнаго Общества и отъ сослуживцевъ — врача В. А. Шайдурова съ низшимъ медицинскимъ персоналомъ городского земской больницы. За гробомъ шло множество народа, одинаково поминая добрымъ словомъ покойнаго. На могилѣ произнесены были задушевные рѣчи. Особенно вѣрную характеристику покойному труженику далъ председатель Балахнинской земской Управы И. А. Зубовъ, опредѣливъ производительность работы покойнаго, какъ опытнаго врача, и оцѣнивъ душевныя качества его вообще, какъ гуманнаго и благороднаго чело-

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

## 2-НЕДЕЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Нѣмецкіе.

Centralblatt für allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie, 1906 г., № 1. 1. Simmonds. *Wie schützen wir uns vor Sektionsunfällen.* Обзоръ предохранительныхъ мѣръ противъ трупнаго зараженія. 2. Werner Fischer-Defoy. *Ausgedehnte Magentuberculose.* Описание случая.

№ 2. 1. Ernst Schwalbe und Martin Gredig. *Entwicklungsstörungen in Kleinhirn, Pons, Medulla oblongata und Halsmark bei Spina bifida.* Предварительное сообщеніе. 2. Проф. R. Caminiti. *Die morphologischen Veränderungen der roten Blutkörperchen in der durch die Toxine der Staphylokokken und anderer Bacillen hervorgebrachten experimentellen Hämolyse.* Гемолизъ морфологически всегда протекаетъ одинаково.

№ 3. 1. L. Blum. *Ueber Präzipitine.* Обзоръ.

№ 4. 1. Richard Kümmel. *Ueber die Sklerose der Eingeweidearterien der Bauchhöhle.* Патолого-анатомическое исследование.

№ 5. 1. J. Ehrlich. *Eisen und Kalkimprägnation in menschlichen Geweben, insbesondere den elastischen Fasern.* О прѣпигиваніи тканей известіемъ и жѣлѣзомъ. 2. Raphael Gianf. *Experimenteller Beitrag zur Entstehung der Cystitis cystica.* Автору удалось искусственно воспроизвести болѣзнь введеніемъ въ пузырь кроликовъ целлюлозной трубки, покрытой слоемъ бугорчатковыхъ палочекъ.

№ 6. 1. J. Erdheim. *Ueber einen neuen Fall von Hypopharyngengeschwulst.* Описание случая. 2. Проф. Ernst Schwalbe. *Ueber einen durch Operation gewonnenen Epigastricus parasiticus nebst Bemerkungen über die Bedeutung derartiger Missbildungen für die Entwicklungsmechanik und allgemeine Biologie.* Описание уродства.

№ 7. 1. Baumeister. *Zur Kasuistik der primären Herzgeschwülste.* Описание случая первичной опухоли сердца (миссома перегородки предсердія). 2. Paul Kuliga. *Ueber die Verwendung von Gummihandschuhen beim Seciren und ihre Pflege.* Авторъ совѣтуетъ примѣнять при анатомическихъ работахъ резиновые перчатки и даетъ указанія относительно обращенія съ ними, починки и т. п.

Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten, т. XL, тетр. 2 (16 декабря). 1. F. Löhnis. *Bacterium agrestis* n. sp. Исследование почвенной бактеріи. 2. Everhard Haass. *Beitrag zur Kenntniss der Actinomyceten, O. лучевыхъ грибахъ.* 3. Проф. Claudio Fermi. *Die saccharifizierende Wirkung des Bac. tuberculosis.* Бугорчатковая палочка при ростѣ на питательныхъ средахъ, содержащихъ крахмалъ, образуетъ изъ послѣдняго сахаръ. 4. Philipp Eisenberg. *Ueber secundäre Bacterienkolonien.* О вторичныхъ колоніяхъ бактерій. 5. Agostino Borini. *Bakteriologische Untersuchungen über den Morbillus.* Исследование о возбудителѣ кори. 6. Bruno Galli-Valerio. *Recherches experimentales sur la rage des rats, avec observations sur la rage du surmulot, de la souris et du mulot.* Крысы и мыши заболеваютъ собачьимъ бѣшенствомъ. 7. Silvio Sartirana und Attilio Passanaro. *Der Streptococcus bombycis in Bezug auf die Aetiologie der Anzehrung und Schlafsucht der Seidenraupe.* Streptococcus bombycis, какъ возбудитель болѣзни шелковичнаго червя. 8. Проф. M. Schüller. *Bemerkungen zu L. Karwackis Beitrag zur Kenntniss der Geschwulstflora.* Полемическая замѣтка. 9. Karl Kiskalt. *Blutparasiten bei Fledermäusen.* О чужеродныхъ кровяхъ у летучихъ мышей. 10. O. Fuhrmann. *Das Genus Diploposthe Jacob.* Морфологическое исследование. 11. U. Lambotte und T. Stiennon. *Alexine et Leucocytes.* 12. E. Bertarelli. *Ueber die Antilipase.* 13. Raffaello Giani. *Ueber die Frage der Widerstandsfähigkeit der Granulationen dem Milzbrand gegenüber.* О сопротивляемости грануляционныхъ образований по отношению къ возбудителю сибирской язвы. 14. Ettore Cler. *Ueber einige Eigenschaften des Antimilzbrandserums Sclavos.* Свойства противосибирязвенной сыворотки Sclavo. 15. Viktor Kafka. *Ueber die praktische Leistungsfähigkeit von verschiedenen Methoden der Agglutinationstechnik.* О практическомъ значеніи различныхъ способовъ производства реакціи склеиванія. 16. Ar. Cache. *Rolle des MgHPO<sub>4</sub> bei der Zubereitung von Nährboden.* О роли фосфорнокислой магнезіи при приготовленіи питательныхъ веществъ. 17. J. Th. Terburgh. *Die auf dem v. Drigalski-Conradischem Nähragar wachsenden Bacillen.* О бактеріяхъ, растущихъ на питательной средѣ Дригальскаго-Конради. 18. Karl Landsteiner und Rudolf Uhlig. *Ueber die Absorption von Flüssigkeitsmengen.* О присасыванія жидкостей. 19. E. Küster. *Eine neue Saugvorrichtung für Pipetten zur genauen Abmessung kleinster Flüssigkeitsmengen.* Новое приспособленіе для пипетокъ, имѣющее цѣлью дать возможность точно отмѣривать малѣйшія количества жидкостей.

Тетр. 3 (15 января). 1. F. A. Schwarz. *Ueber ein hitzebe-*

*ständiges Bakteriengift.* Описание палочки, найденной у морской свинки. Токсичность ея выдерживается кипяченіемъ въ теченіи 10 минутъ. 2. Nicola Pane. *Zur Biologie eines pathogenen Bacterium viscosum.* Биология палочки, выдѣленной изъ крови больного осла. 3. Heinrich Kayser. *Bakteriologischer Befund bei einem weiteren Fall von Paratyphus des Brion-Kayserchen* Typhus A. Исследование палочки Paratyphus A. 4. H. Lüdke. *Untersuchungen über die bacilläre Dysenterie. Ueber Agglutination und spezifische Niederschläge bei der bacillären Dysenterie.* О реакціи склеиванія и образованія специфическихъ преципитиновъ при бациллярномъ кровавомъ поносѣ. 5. Y. J. van Loghem. *Zur Kasuistik der Streptothrixpyämie.* Описание случая гнойной крови, вызваннаго Streptothrix. 6. Guilio Tarozzi. *Ueber das Latenteleben der Tetanus sporen im tierischen Organismus und über die Möglichkeit, dass sie einen tetanischen Process unter dem Einfluss traumatischer und nekrotisierender Ursachen hervorrufen.* (Не окончена). 7. M. E. Tabusso. *Beobachtungen über das Blut des tetanuskranken Pferdes. Hämolyse-Agglutination-Kryoskopie.* Исследование крови при столбнякѣ у лошади. 8. Bruno Galli-Valerio. *Recherches experimentales sur la rage des rats avec observations sur la rage du surmulot, de la souris et du mulot.* Крысы и мыши заболеваютъ собачьимъ бѣшенствомъ. 9. Silvio Sartirana und Attilio Passanaro. *Der Streptococcus bombycis in Bezug auf die Aetiologie der Anzehrung und Schlafsucht der Seidenraupe. Experimentelle Bemerkungen und Beobachtungen.* 10. Fr. Pröscher. *Ueber die künstliche Züchtung eines unsichtbaren Mikroorganismus aus der Vaccini.* Авторъ выдѣлилъ «невидимый» микроорганизмъ изъ оспенной лимфы. 11. N. Pezopoulou und Jean P. Cardamati. *Die Malaria in Athen. Eine biologische und histologische Studie über die Malaria plasmodien.* О болотной лихорадкѣ въ Аѳинахъ. 12. Curt Thesing. *Spirochaete, Spirionema oder Spirillum?* Полемическая замѣтка. 13. Reischauer. *Ueber die Pocken der Vögel, ihre Beziehungen zu den echten Pocken und ihrem Erreger.* (Не окончена). 14. Ludwig Cohn. *Zur Anatomie neuer Cestoden.* Описание 2-хъ плоскихъ червей, живущихъ въ амфибіяхъ. 15. Hans Laengner. *Ueber Pentastomum denticulatum beim Menschen.* При 500 вскрытіяхъ авторъ нашелъ 15 разъ пентостома. 16. Oscar Bail und Edmund Weil. *Unterschiede zwischen aggressiven Exsudaten und Bakterienextrakten.* Различіе между содержащими агрессивныя выпотомъ и вытяжкой бактерій. 17. Alfred Wolff-Eisner. *Ueber Eiweisimmunität und ihre Beziehungen zur Serumkrankheit.* О причинной связи между сывороточной болѣзью и образованіемъ преципитиновъ. 18. Wilfred H. Manwaring. *The absorption of hemolytic amoebocyte.* О всасыванія гемолитическихъ амбоцентовъ. 19. Отже. *Qualitative changes in hemolytic amoebocyte.* О качественныхъ измѣненіяхъ гемолитическихъ амбоцентовъ. 20. Hans Sachs. *Ueber die Komplement ablenkende Funktion des normalen Serums.* Объ отклоняющемъ комплементы свойствѣ нормальной сыворотки. 21. U. Lambotte und T. Stiennon. *Alexine et Leucocytes.* (Не окончена). 22. Wilfred H. Manwaring. *Hemolytic curves.* Гемолитическія кривыя. 23. E. Friedberger. *Die spezifischen Serumveränderungen bei Cholera bacillenswischen-trägern.* У т. наз. «носителей бактерій» содержатся въ крови специфическія противотѣла. 24. Th. Madsen und L. Walbum. *La tetanolysine et la peptone de Witte.* Въ пептонѣ Witte содержится вещество, осредняющее тетанолизинъ. 25. I. Igersheimer. *Ueber die baktericide Kraft des 60% Aethylalkohols.* 26. Viktor Kafka. *Ueber die praktische Leistungsfähigkeit verschiedener Methoden der Agglutinationstechnik.* (Не окончена). 27. Gino de' Rossi. *Ueber die Zubereitung haltbarer Kulturen für den serodagnostischen Versuch.* 28. Otto Spiegel. *Bakterienfärbung mit cosinsäurem Methylblau nach May-Grünwald.* Объ окраскѣ бактерій по May-Grünwald'у.

Hygienische Rundschau, 1906 г., № 1. 1. Salomon. *Ueber bakteriologische Regierungs-Laboratorien.* Объ устройствѣ государственныхъ бактериологическихъ станцій. 2. Friedel. *Die Typhusuntersuchungen des Laboratoriums der Königlichen Regierung in Coblenz.* Отчетъ по исследованиямъ тифа.

№ 2. 1. Nieter. *Ueber den Nachweis von Typhusbacillen im Trinkwasser durch Fällung mit Eisenoxychlorid.* Способъ Миллера для нахожденія тифозныхъ палочекъ въ водѣ даетъ удовлетворительные результаты.

№ 3. 1. Fehrs. *Die Beeinflussung der Lebensdauer von Krankheitserregern im Wasser durch Protozoen.* Авторъ подтверждаетъ исследования Emmerich'a, объ уничтоженіи тифозныхъ палочекъ простейшими.

№ 4. 1. Neisser. *Statistisch: Unterschiede in der Häufigkeit gegenüber einzelnen Krankheiten.* Статистическія данныя о смертности мальчиковъ и дѣвочекъ отъ дифтеріи и коклюша.

№ 5. 1. Borntraeger. *Heilstätten, Heimstätten und Fürsorgestellen im Kampf gegen die Tuberkulose.* Значеніе здравницъ, попечительствъ и приютовъ въ дѣлѣ борьбы съ бугорчаткой.

№ 6. 1. Проф. E. v. Essemarch. *Zwei Registrierinstrumente für Sonnenschein und Windrichtung.* Описание двухъ инструментовъ для записыванія направленія вѣтра и силы солнечнаго свѣта.

# Объ отличительномъ распознаваніи крови человѣка отъ крови животныхъ по формѣ кристалловъ метгемоглобина и жировыхъ кристалловъ при судебно-медицинскихъ изслѣдованіяхъ.

Проф. А. В. Григорьева.

(Продолженіе. См. выше, № 31, стр. 945).

Фактъ неодинаковой легкости кристаллизаціи оксигемоглобина или восстановленнаго гемоглобина изъ крови различныхъ животныхъ и человѣка былъ отмѣченъ давно еще фзіологами и затѣмъ подтвержденъ всѣми изслѣдователями, старавшимися выработать способъ полученія кристалловъ гемоглобина изъ сухихъ кровяныхъ пятенъ. Съ этой точки зрѣнія должны быть разсматриваемы и результаты моихъ опытовъ съ добываніемъ кристалловъ метгемоглобина изъ старой засохшей крови по новому способу, оказавшемуся пригоднымъ для крови тоже лишь немногихъ видовъ животныхъ. Вотъ почему сама собою напрашивалась мысль о необходимости заняться опредѣленіемъ значенія для распознавательныхъ цѣлей еще и кристалловъ, появляющихся на препаратахъ помимо кристалловъ метгемоглобина и обязанныхъ своимъ происхожденіемъ присутствію другихъ веществъ въ крови.

Кристаллы эти легко обнаруживаются не только изъ крѣпкихъ, но и изъ очень слабыхъ настоевъ сухой крови всѣхъ видовъ животныхъ и человѣка при обработкѣ кровяныхъ объектовъ съ самаго начала алкоголемъ (1:5), подщелоченнымъ содой (0,1%), какъ это было описано выше. Такъ, опыты показали, что достаточно взять 1 кусочекъ ткани, величиною въ 1/2 кв. см., чтобы получить навѣрное кристаллы изъ всѣхъ видовъ крови. Далѣе, выяснилось, что на употребленіе той или другой крѣпости настоевъ крови при приготовленіи препаратовъ требуется обращать особенно большое вниманіе, такъ какъ въ зависимости отъ этого видоизмѣняется также и форма кристалловъ для одного и того-же вида крови. Какъ общее правило, можно установить по отношенію почти ко всѣмъ видамъ крови то положеніе, что изъ крѣпкихъ настоевъ сухихъ кровяныхъ пятенъ кристаллизуются по преимуществу длинныя формы кристалловъ въ видѣ болѣе или менѣе узкихъ лентъ, палочекъ и нитей, а изъ слабыхъ настоевъ тѣхъ-же кровяныхъ пятенъ—короткія формы кристалловъ въ видѣ пластинокъ, табличекъ или призмъ. Последняго рода кристаллы образуются обыкновенно по краямъ препарата, тогда какъ первыя размѣщаются во всѣхъ мѣстахъ послѣдняго, при чемъ никакого особаго отношенія кристалловъ къ упоминавшемуся выше периферическому кольцу подсохнутаго вещества, остающемуся затѣмъ въ серединѣ препарата, подмѣтить не удается.

Подъ именемъ слабыхъ кровяныхъ настоевъ надо разумѣть такіе, которые получаютъ непосредственно изъ кусочковъ ткани или частичекъ крови малой величины путемъ настаиванія ихъ въ небольшомъ количествѣ подщелоченнаго спирта. Обстоятельство это представляется важнымъ потому, что изъ слабыхъ настоевъ, приготовленныхъ помощью сильнаго разведенія крѣпкихъ кровяныхъ настоевъ соответственнымъ количествомъ реактива, могутъ получаться кристаллы, нехарактерныя для даннаго вида животного или человѣка. Затѣмъ надо принять во вниманіе, что изъ очень слабыхъ кровяныхъ настоевъ кристаллы часто образуются меньшей величины, чѣмъ изъ нѣсколько болѣе крѣпкихъ. Примѣненіе очень крѣпкихъ настоевъ крови вообще слѣдуетъ избѣгать изъ-за сильнаго послѣдовательнаго сгущенія ихъ при испареніи на часовыхъ стеклахъ и необходимости для растворенія ихъ прибавлять впослѣдствіи большое количество реактива. Такіе растворы годны для приготовленія изъ нихъ препаратовъ путемъ послѣдовательнаго нанесенія одной капли на мѣсто другой, т. е. примѣненія того способа, который, какъ было сказано выше, оказываетъ хорошія услуги при полученіи кристалловъ метгемоглобина.

Кристаллы образуются медленно на препаратахъ, чѣмъ кристаллы метгемоглобина, въ холодное время года обыкновенно спустя 1/2—1 сутки, а въ теплое—по прошествіи 1/2—2 час.

Будучи задѣланы парафиномъ, для предотвращенія полнаго высыханія жидкости изъ-подъ покровнаго стекла, кристаллы могутъ быть сохраняемы на препаратахъ въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ.

Для ознакомленія съ химическими свойствами кристалловъ я примѣнилъ тотъ-же способъ, какой указать былъ по отношенію къ кристалламъ метгемоглобина. При этомъ оказалось, что кристаллы эти не поляризуютъ свѣтъ и не окрашиваются эозиномъ, а также и другими анилиновыми красками; далѣе, они легко растворяются въ разведенныхъ минеральныхъ и органическихъ кислотахъ; напротивъ того, въ алкоголь, эфиръ, хлороформъ они не растворимы; подъ вліяніемъ воды они сначала набухаютъ и деформируются, а потомъ постепенно растворяются. При микроскопическомъ изслѣдованіи можно убѣдиться въ томъ, что почти всѣмъ кристалламъ, получаемымъ изъ настоевъ крови въ подщелоченномъ спиртѣ, свойственъ особый жирный блескъ, которымъ характеризуются кристаллы жирныхъ кислотъ. Сопоставляя всѣ эти признаки вмѣстѣ, я считаю себя вправѣ высказать то предположеніе, что источникомъ происхожденія кристалловъ скорѣе всего надо считать жировыя вещества крови, подвергшіяся распаду вслѣдствіе омыленія отъ продолжительнаго дѣйствія на нихъ щелочнаго раствора алкоголя.

Извѣстно, что нейтральныя жиры являются постоянною составною частью кровяной сыворотки. Содержаніе жировъ въ ней колеблется между 0,1% и 0,7% [Hammarsten<sup>25)</sup>]. Согласно изслѣдованіямъ Hürthle<sup>26)</sup>, жиры находятся въ кровяной сывороткѣ въ видѣ т. наз. холестериновыхъ жировъ, представляющихъ собою соединенія жирныхъ кислотъ, олеиновой, пальмитиновой и стеариновой, съ одноатомнымъ спиртомъ—холестериномъ. Всѣ эти холестериновые эфиры жирныхъ кислотъ легко растворяются въ эфирѣ, хлороформѣ, бензолѣ и горячемъ ацетонѣ, напротивъ, трудно растворимы въ алкоголь и совсѣмъ нерастворимы въ щелочной или подкисленной водѣ. Установивъ тотъ фактъ, что жиры эти лучше всего выкристаллизовываются изъ алкоголя, Hürthle предложилъ свой способъ выдѣленія ихъ въ чистомъ видѣ изъ жидкой кровяной сыворотки, состоящей въ экстрагированіи ея нѣсколько разъ сначала тройнымъ объемомъ алкоголя, а потомъ смѣсью алкоголя и эфира.

Съ другой стороны, Kossel и Obermüller<sup>27)</sup> показали, что холестериновые жиры, а также лецитинъ съ большою легкостью омыляются уже при обыкновенной температурѣ при дѣйствіи на нихъ раствора ѣдкой щелочи въ алкоголь. Если, далѣе, принять во вниманіе, что, согласно изслѣдованіямъ Manasse<sup>28)</sup>, жиры въ красныхъ кровяныхъ шарикахъ также относятся къ разряду холестериновыхъ жировъ и что, помимо того, въ красныхъ кровяныхъ шарикахъ замѣчается много лецитина, продуктами распада котораго при омыленіи являются тѣ же самыя жирныя кислоты, то естественно прійти къ заключенію, что, на самомъ дѣлѣ, при указанной выше обработкѣ щелочныхъ спиртныхъ вытяжекъ крови на препаратахъ мы имѣемъ дѣло не съ чѣмъ инымъ, какъ съ выкристаллизовываніемъ главнымъ образомъ натронныхъ солей упомянутыхъ выше жирныхъ кислотъ или, иначе говоря, съ кристаллами натронныхъ ихъ мылъ, и отчасти лишь въ небольшой степени въ нѣкоторыхъ случаяхъ—также и съ выкристаллизовываніемъ обыкновенныхъ минеральныхъ солей.

Мнѣніе это косвеннымъ образомъ подтверждается тѣмъ, что при замѣнѣ соды въ растворѣ алкоголя другою щелочью, напр., углекислымъ калиемъ, кристаллы изъ крови нѣкоторыхъ видовъ животныхъ и человѣка пріобрѣтаютъ нѣсколько иную форму, очевидно, вслѣдствіе образованія въ данномъ случаѣ калийныхъ мылъ изъ тѣхъ-же жирныхъ кислотъ. Съ таковымъ взглядомъ на кристаллы согласуются еще и другіе факты. Такъ, въ виду чрезвычайно легкой кристаллизуетности жирныхъ кислотъ и ихъ щелочныхъ солей изъ алкогольныхъ растворовъ и затѣмъ различнаго состава самыхъ жировъ крови, становятся понятны какъ возможность полученія кристалловъ изъ малыхъ количествъ крови, а равно изъ сухой крови и кровяной сыворотки многолѣтней давности, такъ и самая измѣняемость

формы кристалловъ въ зависимости отъ различной крѣпости кровяныхъ настоевъ. Кристаллы, напр., легко могли получаться по изложенному выше способу изъ сухой кровяной сыворотки человѣка, добытой изъ пуповины новорожденнаго, давностью 4 года, изъ сухой кровяной сыворотки поросенка давностью 3 года, изъ тряпокъ, смазанныхъ кровью человѣка и различныхъ животныхъ, давностью до 8 лѣтъ. При этомъ выступала та особенность, что кристаллы изъ сухой кровяной сыворотки нѣсколько отличались по формѣ отъ кристалловъ изъ соответственной крови, и, далѣе, что кристаллы изъ кровяныхъ пятенъ многолѣтней давности по формѣ до известной степени приближались къ формѣ кристалловъ изъ кровяной сыворотки.

Не смотря на большое разнообразіе формъ, въ которыхъ кристаллизуются соли жирныхъ кислотъ изъ крови человѣка и различныхъ животныхъ, тѣмъ не менѣе можно установить извѣстные преобладающіе типы кристалловъ, которые свойственны человѣку и не повторяются при нѣкоторыхъ условіяхъ со всѣми подробностями у животныхъ. У послѣднихъ кристаллы, получаемые изъ сухихъ кровяныхъ пятенъ, обработанныхъ слабо подщелоченнымъ алкоголемъ, оказались болѣе схожими другъ съ другомъ, но также въ извѣстной мѣрѣ постоянными для каждаго вида животнаго. Это, само по себѣ интересное, явленіе, постоянство формы кристалловъ солей жирныхъ кислотъ изъ крови для каждаго изъ животныхъ и человѣка, повидимому, находитъ себѣ также объясненіе въ томъ признанномъ фактѣ, что всѣ животныя и человѣкъ имѣютъ свой характерный жиръ, свойства котораго прежде всего обуславливаются различнымъ содержаніемъ въ немъ количествъ олеиновой, пальмитиновой и стеариновой кислотъ. До какой степени различенъ составъ жира у животныхъ и человѣка, показываютъ, напр., данныя, приводимыя *Minkomъ*<sup>29)</sup>; оказывается, что въ то время, какъ въ человѣческомъ жирѣ содержится 86% олеиновой кислоты и 10% твердыхъ кислотъ, въ свиномъ жирѣ количественное содержаніе этихъ 2-хъ группъ кислотъ почти одинаково, а въ жирѣ рогатаго скота твердыхъ кислотъ въ 2—6 разъ болѣе, чѣмъ олеиновой кислоты. Составъ жировъ измѣняется не только по возрастамъ [*Thimisch*<sup>30)</sup>], но, какъ это видно изъ изслѣдованій *Lummert'a*<sup>31)</sup>, также и по мѣсту своего нахожденія. Надо думать, что каждый органъ взрослого организма такъ приспособляется къ переработкѣ приносимаго ему извнѣ инороднаго жира въ свой собственный, что количественный составъ входящихъ въ него жирныхъ кислотъ подвергается малымъ измѣненіямъ. Въ самомъ дѣлѣ, изъ изслѣдованій *Rosenfeld'a*<sup>32)</sup> выяснилось, что измѣненія въ свойствахъ жира, наблюдаемыя у собаки при искусственномъ кормленіи ея бараньимъ саломъ, обыкновенно вскорѣ же исчезаютъ, какъ только прекращаютъ кормить ее саломъ.

Всѣ приведенныя выше наблюденія относятся къ глицериновымъ жирамъ. За отсутствіемъ прямыхъ наблюденій мы не знаемъ, въ какой мѣрѣ можетъ быть подверженъ измѣненіямъ составъ холестериновыхъ жировъ въ различныхъ органахъ въ зависимости отъ тѣхъ или другихъ условій питанія. Однако, если принять въ соображеніе, что холестериновые жиры вообще разлагаются труднѣе глицериновыхъ [*Liebreich*<sup>33)</sup>] и, далѣе, что кровь принадлежитъ къ такому рода тканямъ, которыя всего упорнѣе удерживаютъ свой составъ при различнаго рода нарушеніяхъ въ обмѣнѣ питательныхъ веществъ, то съ весьма большою вѣроятностью можно предположить, что и холестериновые жиры въ крови также отличаются большимъ постоянствомъ по отношенію къ входящимъ въ ихъ составъ жирнымъ кислотамъ. При признаніи за жирами, встрѣчаемыми въ крови животныхъ и человѣка, типическихъ свойствъ въ указанномъ выше смыслѣ, было-бы интересно установить, какому изъ жаровыхъ соединений соответствуетъ та или другая форма кристалловъ, получаемыхъ на препаратахъ? Однако, разрѣшеніе этого вопроса выходило изъ предѣловъ поставленной мною задачи, такъ какъ для этого оказывались недостаточными однѣ микрохимическія реакціи и потребовались-бы опыты съ большими количествами крови или кровяной сыворотки.

При повышеніи содержанія щелочи въ алкоголь (1:5)

до 0,5%, кристаллизація совершалась безпрепятственно изъ крѣпкихъ и среднихъ настоевъ кровяныхъ пятенъ, изъ слабыхъ-же настоевъ она часто не удавалась. При обработкѣ кровяныхъ объектовъ растворомъ алкоголя съ содержаніемъ 1% соды не получалось совсѣмъ кристалловъ. Такимъ образомъ болѣе всего удовлетворяетъ нашимъ цѣлямъ при изслѣдованіи кровяныхъ пятенъ обработка ихъ алкоголемъ (1:5), подщелоченнымъ содою въ количествѣ 0,1%.

При примѣненіи этого реактива наблюдались еще нѣкоторыя особенности на препаратахъ изъ кровяныхъ объектовъ отъ собаки, бѣлки, свиньи и полевой крысы. На препаратахъ изъ крѣпкихъ настоевъ крови собаки иногда случалось видѣть образованіе характерныхъ кристалловъ метгемоглобина рядомъ съ кристаллами солей жирныхъ кислотъ, а на препаратахъ изъ сухой крови остальныхъ названныхъ выше животныхъ—однородные, овѣтлобурого цвѣта, шары съ извилистыми или ровными очертаніями, показывавшіе всѣ реакціи метгемоглобина. Далѣе, слѣдуетъ еще упомянуть, что на препаратахъ изъ сухихъ кровяныхъ пятенъ, наставившихся очень долгое время, напр., въ теченіи нѣсколькихъ недѣль, въ подщелоченномъ спиртѣ, у нѣкоторыхъ видовъ животныхъ, а именно у бѣлки, поросенка (свиньи) и теленка, получались нѣсколькой иной формы кристаллы, чѣмъ изъ тѣхъ-же кровяныхъ пятенъ, наставившихся въ теченіи нѣсколькихъ дней.

Прежде чѣмъ закончить общую характеристику разсматриваемыхъ кристалловъ, коснусь еще упоминавшихся выше случаевъ полученія ихъ при обработкѣ кровяныхъ объектовъ отъ поросенка (свиньи), бѣлки и собаки однимъ алкоголемъ въ разведеніи 1:5. Образованіе этихъ кристалловъ, можетъ быть, всего проще объясняется тѣмъ предположеніемъ, что у этихъ животныхъ уже въ нормальномъ состояніи встрѣчаются въ крови мыла въ значительномъ количествѣ, при чемъ нѣкоторые измѣненія, происходящія въ старыхъ кровяныхъ пятнахъ, особенно способствуютъ появленію этихъ жировыхъ соединений. Какъ извѣстно, мыла признаются такою-же постоянною составною частью кровяной сыворотки, какъ и жиры. У человѣка при нормальномъ состояніи мыла находятся въ ничтожномъ количествѣ въ кровяной сывороткѣ. Мыслимо, однако, допустить, что при нѣкоторыхъ патологическихъ условіяхъ содержаніе ихъ можетъ повыситься въ болѣе или менѣе значительной мѣрѣ, тѣмъ болѣе, что подобное состояніе извѣстно по отношенію къ жирамъ въ крови. Если одновременно съ этимъ произойдетъ увеличеніе щелочности крови, то изъ такого рода крови, послѣ высушиванія ея и обработки однимъ алкоголемъ, какъ было указано выше, можно рассчитывать получить на препаратахъ кристаллы щелочныхъ солей жирныхъ кислотъ. Повидимому, такіе случаи наблюдаются очень рѣдко. Мнѣ встрѣтился лишь одинъ случай, въ которомъ на препаратахъ изъ сухихъ кровяныхъ пятенъ человѣка, обработанныхъ алкоголемъ въ разведеніи 1:5, обнаруживалось присутствіе единичныхъ кристалловъ.

Теперь я перейду къ изложенію частной характеристики кристалловъ солей жирныхъ кислотъ, получаемыхъ изъ различныхъ объектовъ съ кровяными пятнами отъ человѣка и животныхъ путемъ обработки алкоголемъ, подщелоченнымъ содой. Замѣчу, что разсматривать препараты кристалловъ подъ микроскопомъ нужно въ первые-же дни послѣ ихъ приготовленія, въ виду того, что въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ спустя болѣе или менѣе долгое время на тѣхъ-же препаратахъ показываются кристаллы, нѣсколько отличающіеся по формѣ отъ первоначально бывшихъ кристалловъ. Ради краткости, въ дальнѣйшемъ изложеніи кристаллы солей жирныхъ кислотъ я буду называть жировыми кристаллами.

**Человѣкъ.** На препаратахъ изъ крѣпкихъ и среднихъ кровяныхъ настоевъ обнаруживаются троякаго рода кристаллы: лентовидные (см. рис. 7, а), палочковидные (б) и нитевидные (с), болѣею частью длинныя, рѣже короткія, слегка буроватаго цвѣта, часто соединяющіеся между собой въ различнаго рода группы на подобіе буквы К, крестовъ и пр. Концы у лентовидныхъ и палочковидныхъ кристалловъ прямоугольныя, рѣже пирамидальныя; въ



видѣ исключенія попадаются лентовидные кристаллы съ однимъ расщепленнымъ на нити концомъ (е) или съ косвенными концами. Граней въ лентовидныхъ кристаллахъ нѣтъ.

На препаратахъ изъ слабыхъ настоявъ кровяныхъ пятенъ, напр., изъ 3-хъ кусочковъ ткани, въ 0,5 кв. см. каждый, выступаютъ преимущественно пластинки, болѣею частью 4-стороннія (см. рис. 8, а), рѣже 5- и 6-стороннія съ пирамидальными концами (с) и, кромѣ того, въ небольшомъ количествѣ указанныя выше лентовидные, палочковидные и нитевидные кристаллы (f, g, h), отличающіеся отсутствіемъ буроватой окраски и матовымъ видомъ, и иногда таблички, 4-стороннія (b), рѣже 6-стороннія съ пирамидальными концами. Въ видѣ исключенія попадались еще многогранныя призмы (е). 4-стороннія пластинки представлялись съ слегка косыми концами, безъ граней, но иногда съ нѣсколько утолщеннымъ однимъ боковымъ краемъ. 4-стороннія и 6-стороннія таблички иногда принимали видъ, схожій съ офицерскими погонами (d).

На препаратахъ изъ настоя одного кусочка, величиною въ 0,5 кв. см., часто единственными кристаллами являются 4-стороннія пластинки. Замѣчу еще, что 4-стороннія пластинки и таблички въ небольшомъ количествѣ могутъ попадаться въ нѣкоторыхъ случаяхъ и на препаратахъ изъ среднихъ кровяныхъ настоявъ.

Всѣ пластинки, таблички и призмы были безцвѣтны и обладали яснымъ жирнымъ блескомъ.

Кристаллы получались одинаковой формы какъ изъ сравнительно недавнихъ кровяныхъ объектовъ, такъ и изъ объектовъ многолѣтней давности, не исключая и крови мѣсячныхъ.

На препаратахъ изъ сухой трупной крови, взятой изъ сердца, кристаллы часто имѣли форму широкихъ 4-стороннихъ прямоугольных пластинокъ буроватаго цвѣта (см. рис. 7, d), а на препаратахъ изъ кровяныхъ объектовъ различной давности послѣ обработки спиртомъ (1:5) съ углекислымъ калиемъ (0,1%)—форму лентовидныхъ прямоугольных пластинокъ, болѣе широкихъ и гораздо болѣе короткихъ, чѣмъ описанныя выше лентовидные кристаллы изъ кровяныхъ объектовъ, обработанныхъ спиртомъ, подщелоченнымъ содой. Кристаллы эти (f) представлялись слегка буроватыми или почти безцвѣтными и, подобно кристалламъ изъ трупной крови, имѣли матовый видъ.

Кромѣ того, были подвергнуты изслѣдованію еще сухая трупная кровь послѣ смерти отъ угара давностью въ 3 года и сухая трупная кровь давностью въ 1 годъ, представленная, послѣ разведенія водою, гнилоственному разложенію въ теченіи 2-хъ недѣль въ закрытыхъ стеклянкахъ

частью при комнатной температурѣ, частью въ термостатѣ при 37°,5 Ц. и затѣмъ высушенная при обыкновенной температурѣ. Въ обоихъ случаяхъ получились одинаковые результаты, а именно, кромѣ лентовидныхъ, палочковидныхъ и нитевидныхъ кристалловъ, на препаратахъ изъ среднихъ и слабыхъ настоявъ опредѣлялись еще широкія 4-стороннія прямоугольныя пластинки слегка буроватаго цвѣта, которыя спустя 2—3-е сутокъ частью обезцвѣчивались и принимали грязноватый матовый видъ.

При изслѣдованіи въ одномъ случаѣ пятенъ на рубашкѣ, принадлежавшей зарѣзанному ножомъ, я получилъ въ очень небольшомъ количествѣ жировые кристаллы путемъ обработки вырѣзанныхъ изъ пятенъ кусочковъ ткани однимъ алкоголемъ (1:5). Кристаллы эти представлялись въ видѣ длинныхъ и узкихъ лентовидныхъ пластинокъ съ пирамидальными концами и имѣли слегка буроватый цвѣтъ (g).

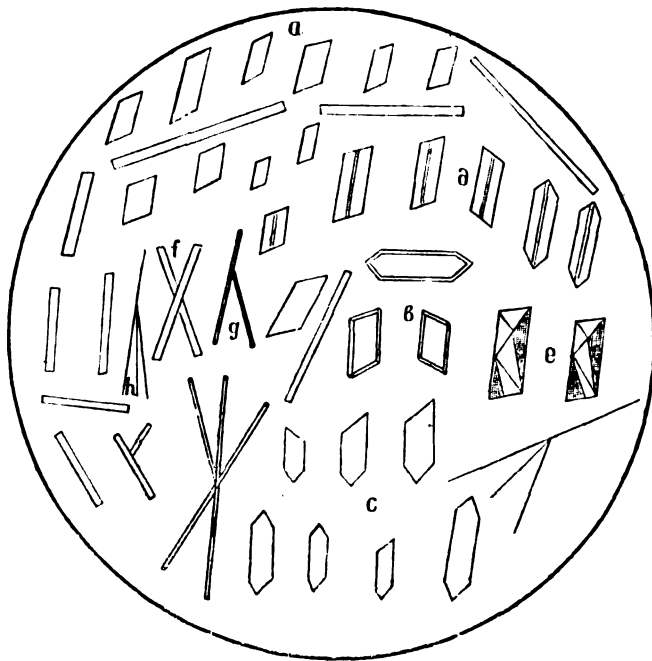


Рис. 8. Человѣкъ. Жировые кристаллы изъ слабыхъ настоявъ старыхъ кровяныхъ пятенъ.

**Поросенокъ (свинья).** На препаратахъ изъ крѣпкихъ настоявъ сухихъ кровяныхъ пятенъ наблюдались лентовидные, палочковидные и нитевидные кристаллы, длинные или болѣе короткіе, частью слегка буроватаго цвѣта, но потомъ спустя 2—3-е сутокъ обезцвѣчивавшіеся и принимавшіе жирный блескъ, частью-же представлявшіеся уже съ самаго начала такими. Кристаллы часто соединялись въ группы и образовывали различнаго рода фигуры въ видѣ крестовъ, сноповъ и пр.; особенно густыя сплетенія давали нитевидные кристаллы. Граней въ лентовидныхъ кристаллахъ не было. На концахъ ихъ не видно было совсѣмъ замыкающихъ линій; иногда-же одинъ или оба конца представлялись исчерченными или расщепленными въ видѣ кисти на тонкія нити (см. рис. 9, а); гораздо рѣже концы были вогнутые (см. рис. 10, i) или косвенные. Часто кристаллы имѣли видъ длинныхъ и дов. широкихъ пластинокъ, снабженныхъ на концахъ зубцами (см. рис. 9, b). Палочковидные кристаллы были всюду одинаковой толщины (h) или суживались и заострялись на концахъ (o).

На препаратахъ изъ кровяныхъ объектовъ отъ свиньи часто замѣчались длинные и дов. широкіе лентовидные кристаллы съ отходящими отъ нихъ въ различныхъ направленіяхъ сбоку тонкими нитями и неровными, какъ-бы изъѣденными или расщепленными концами (f).

На препаратахъ изъ кровяныхъ пятенъ на тряпкахъ и другихъ предметахъ многолѣтней давности (5—7 лѣтъ) выступали прямоугольные лентовидные кристаллы, сходные съ таковыми-же изъ человеческой крови (g).

На препаратахъ изъ среднихъ и слабыхъ настоявъ сухихъ кровяныхъ пятенъ, а также изъ настоявъ павшихъ

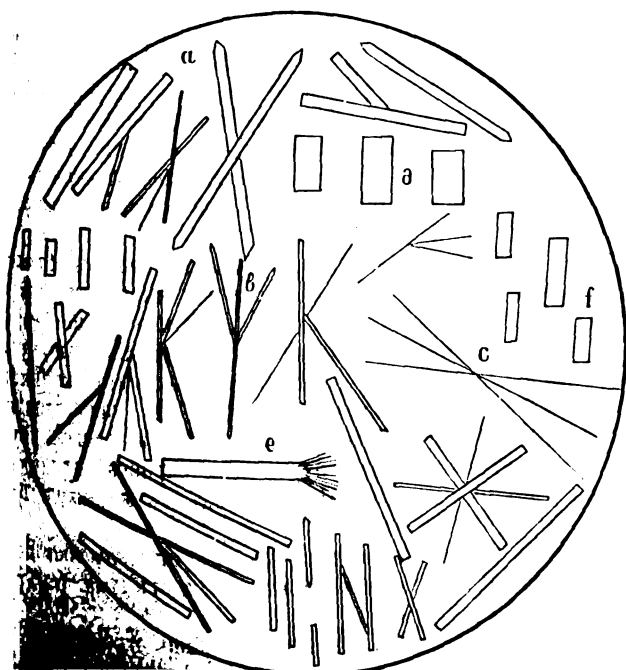


Рис. 7. Человѣкъ. а, b, c, e, f—жировые кристаллы изъ крѣпкихъ и среднихъ настоявъ старыхъ кровяныхъ пятенъ. d—тоже изъ сухой трупной крови.

многолѣтней давности обнаруживались различнаго рода призмы, таблички и пластинки, безцвѣтныя и съ жирнымъ блескомъ, чаще всего: гребовыя крышки, одиночныя или двойныя (см. рис. 10, а), 4-стороннія таблички, иногда со скошенными 1-мъ или 2-мя углами (b), 6-стороннія пирамидальныя таблички (c) и многогранныя призмы (g), рѣже: ромбы, октаэдры (f), 4-стороннія пластинки (h) и 4-гранныя призмы (d). На препаратахъ изъ среднихъ кровяныхъ настоевъ, сверхъ того, нерѣдко появлялись безцвѣтныя, съ жирнымъ блескомъ, узкія, лентовидныя таблички, большею частью съ косвенными концами (e).

Въ нѣсколькихъ опытахъ сухая поросычья кровь, давностью въ 3 года, послѣ прибавленія въ однихъ случаяхъ воды, а въ другихъ—жидкой грязи, подвергалась гнилому разложенію при комнатной температурѣ и въ термостатѣ при 37°,5 Ц. На препаратахъ изъ крѣпкихъ кровяныхъ настоевъ лентовидныя кристаллы большею частью имѣли форму дов. короткихъ лентовидныхъ пластинокъ и въ своемъ числѣ значительно уступали палочковиднымъ кристалламъ, а на препаратахъ изъ среднихъ кровяныхъ настоевъ они представлялись въ формѣ также дов. короткихъ лентовидныхъ табличекъ.

При обработкѣ кровяныхъ объектовъ отъ поросенка и свиньи спиртомъ (1:5), подщелоченнымъ углекислымъ калиемъ (0,1%), изъ крѣпкихъ и среднихъ настоевъ получались лентовидныя и нитевидныя кристаллы. Первые отличались тѣмъ, что концы у нихъ были косвенные и при томъ непараллельные другъ другу или-же одинъ конецъ имѣлъ пирамидальную форму, а другой былъ косвенный, либо подвергнутъ расщепленію (см. рис. 9, i); спустя 1—2 сутокъ нѣкоторые изъ этихъ кристалловъ на обоихъ концахъ оказывались расщепленными на длинныя нити, имѣвшія часто дугообразную форму (e). Какъ лентовидныя, такъ и нитевидныя кристаллы представлялись безцвѣтными, или-же сначала они были окрашены въ слабый буроватый цвѣтъ, а затѣмъ спустя 1—2 дня обезцвѣчивались.

На препаратахъ изъ кровяныхъ объектовъ, обработанныхъ однимъ спиртомъ (1:5), изъ крѣпкихъ и среднихъ настоевъ жировыя кристаллы образуются нѣсколько труднѣе, чѣмъ на препаратахъ, обработанныхъ подщелоченнымъ спиртомъ, такъ что для того, чтобы получить удачныя результаты, часто требуется изготовить нѣсколько препаратовъ. При этомъ на препаратахъ одновременно наблюдаются какъ длинныя, такъ и короткія формы кристалловъ, безцвѣтныя и съ жирнымъ блескомъ, а именно изъ числа 1-го ряда кристалловъ: лентовидныя пластинки

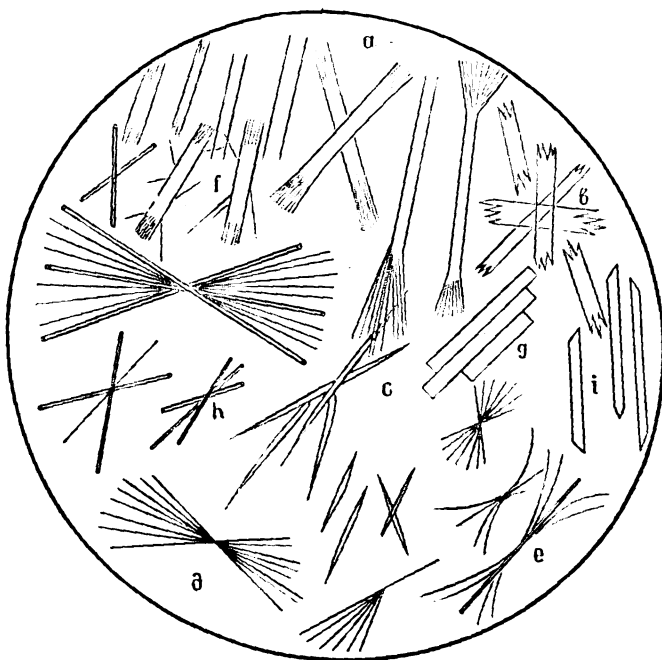


Рис. 9. Поросенокъ (свинья). Жировыя кристаллы изъ крѣпкихъ настоевъ старыхъ кровяныхъ пятенъ.

съ пирамидальными или слегка расщепленными концами (см. рис. 5, e), лентовидныя таблички съ косвенными, непараллельными другъ другу концами (a), палочковидныя кристаллы съ таковыми-же или-же съ заостренными концами (f) и нитевидныя кристаллы, часто болѣе или менѣе сильно загнутыя (d), а изъ числа 2-го рода кристалловъ: косыя 4-стороннія таблички (b), 6-стороннія пирамидальныя таблички, нерѣдко со скошенными углами, таблички въ формѣ трапецій (g) и узкія 4-гранныя призмы (h).

На препаратахъ изъ сухихъ кровяныхъ пятенъ на тряпкѣ и другихъ предметахъ отъ свиньи многолѣтней давности въ нѣкоторыхъ случаяхъ какъ при обработкѣ однимъ алкоголемъ, такъ и при обработкѣ подщелоченнымъ алкоголемъ можно было видѣть свѣтлобурныя, рѣзко очерченныя, однородныя шары различной величины.

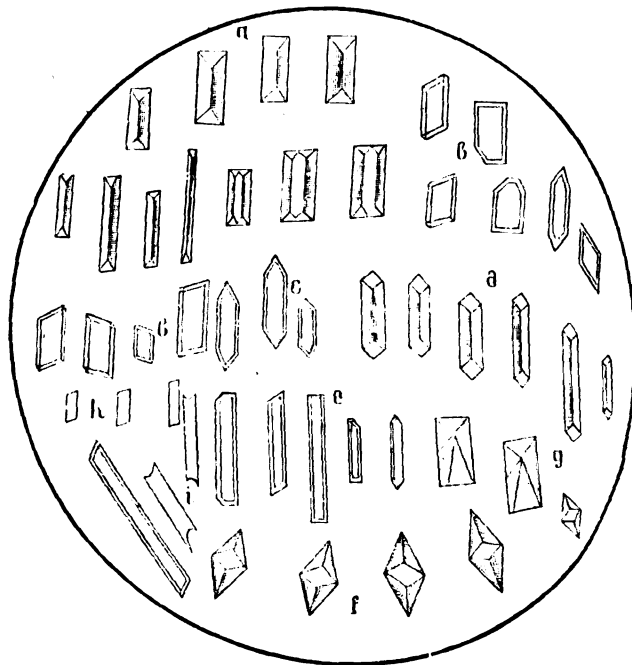


Рис. 10. Поросенокъ (свинья). Жировыя кристаллы изъ среднихъ и слабыхъ настоевъ старыхъ кровяныхъ пятенъ.

Вола (теленка). Изъ крѣпкихъ, среднихъ и слабыхъ настоевъ сухихъ пятенъ крови вола, давностью отъ нѣсколькихъ дней до 8 лѣтъ, получались двоякаго вида кристаллы, а именно таблички: 4-стороннія (см. рис. 11, a), иногда съ закругленными углами (h), 5-стороннія и 6-стороннія различной формы (b) и призмы: гребовыя крышки, одиночныя и двойныя (d), октаэдры (e) и многогранныя (f). На препаратахъ изъ среднихъ и крѣпкихъ кровяныхъ настоевъ преобладали таблички, а на препаратахъ изъ слабыхъ — призмы и, сверхъ того, нерѣдко наблюдались еще короткія палочковидныя (g) и нитевидныя кристаллы (i). Всѣ эти кристаллы представлялись различной величины, были безцвѣтны и обладали жирнымъ блескомъ.

На препаратахъ изъ различныхъ кровяныхъ объектовъ (тряпокъ, дерева) отъ вола и коровы многолѣтней давности въ нѣкоторыхъ случаяхъ появлялись еще узкія и длинныя 4-гранныя призмы (c) и затѣмъ длинныя, узкія, лентовидныя кристаллы съ прямоугольными концами и со слабо выраженными гранями и палочковидныя кристаллы, частью безцвѣтныя, частью слегка буроватыя; черезъ сутки буроватая окраска пропадала, и они принимали безцвѣтный видъ съ жирнымъ блескомъ.

Изъ настоевъ кровяныхъ пятенъ отъ теленка получались тѣ-же виды кристалловъ, что и отъ вола (см. рис. 11 и 12, a, b, d, e, f).

Нѣкоторое различіе заключалось лишь въ томъ, что на препаратахъ изъ крѣпкихъ настоевъ кровяныхъ объектовъ многолѣтней давности (5 лѣтъ), кромѣ обычныхъ вида табличекъ и призмъ, всегда выступали еще въ значительномъ количествѣ длинныя и болѣе короткія

лентовидныя таблички, палочковидныя и нитевидныя кристаллы, имѣвшіе безцвѣтный видъ съ жирнымъ блескомъ и часто располагавшіеся группами (см. рис. 12, g, i, b).

Въ рѣдкихъ случаяхъ длинныя палочковидныя и нитевидныя кристаллы обнаруживались и на препаратахъ изъ кровяныхъ объектовъ небольшой давности, но только на такихъ, которые наставлялись въ подщелоченномъ спиртѣ въ теченіи продолжительнаго времени.

Вообще слѣдуетъ отмѣтить, что нерѣдко попытки добыть кристаллы изъ крѣпкихъ настоевъ сухихъ кровяныхъ пятенъ какъ отъ вола, такъ и отъ теленка, особенно если кровь была недавняго происхожденія, кончались неудачей, и, чтобы получить положительные результаты, приходилось предварительно нѣсколько разбавлять эти настои.

При приготовленіи препаратовъ изъ крѣпкихъ и среднихъ настоевъ кровяныхъ объектовъ отъ теленка, обработанныхъ спиртомъ, подщелоченнымъ углекислымъ калиемъ, обнаруживались безцвѣтныя, блестящія лентовид-

ныя таблички съ непараллельными косыми концами (k) или рѣже съ прямоугольными концами (l).

**Баранъ.** Въ моемъ распоряженіи имѣлись только кровь, высушенная при комнатной температурѣ на стеклѣ, и бумага, намазанная тою-же кровью, давностью въ 8 лѣтъ. На препаратахъ изъ крѣпкихъ настоевъ этихъ объектовъ выступали одновременно длинныя и короткія формы кристалловъ. Изъ числа первыхъ наблюдались палочковидныя кристаллы съ закругленными или ровными концами (см. рис. 13, b), нитевидныя кристаллы (c) и лентовидныя таблички съ прямоугольными, рѣже пирамидальными концами (a), часто виллообразно развѣтвлявшіяся на одномъ изъ концовъ, а изъ числа вторыхъ—таблички, 4- и 5-стороннія (d), 6-стороннія различнаго вида (e, f) и 8-стороннія (g). Таблички часто появлялись на препаратахъ только спустя 2—3-е сутокъ послѣ ихъ приготовленія.

На препаратахъ изъ слабыхъ кровяныхъ настоевъ образовывались 4-стороннія таблички (d), рѣже гребенныя крышки, иногда очень длинныя и узкія, на подобіе палочекъ (h).

Всѣ кристаллы были безцвѣтны и обладали жирнымъ блескомъ.

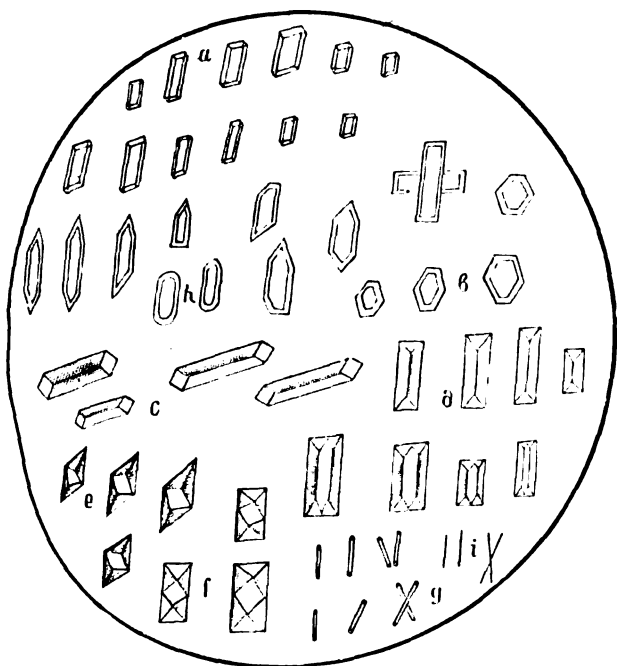


Рис. 11. Волъ. Жировые кристаллы изъ старыхъ кровяныхъ пятенъ.

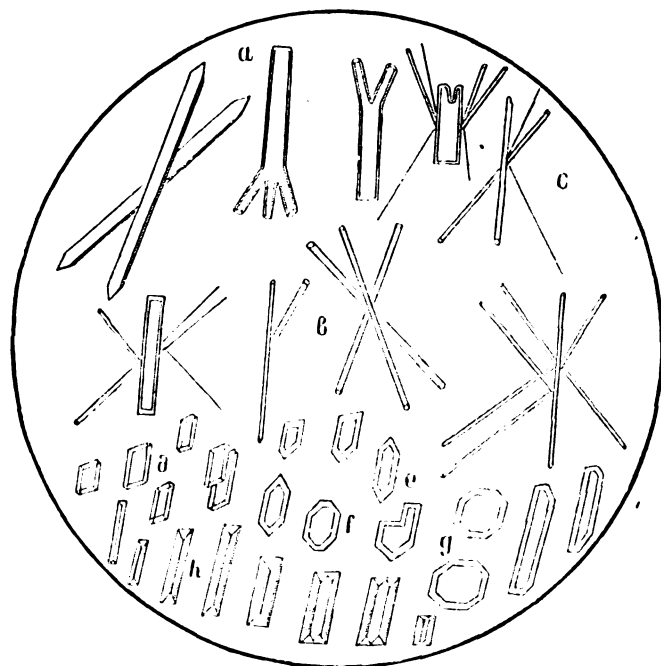


Рис. 13. Баранъ. Жировые кристаллы изъ кровяныхъ пятенъ многолѣтней давности.

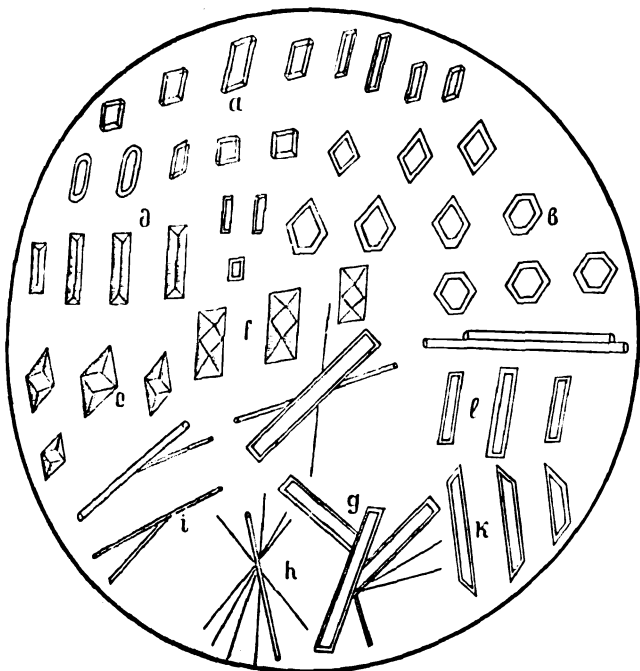


Рис. 12. Теленокъ. Жировые кристаллы изъ старыхъ кровяныхъ пятенъ.

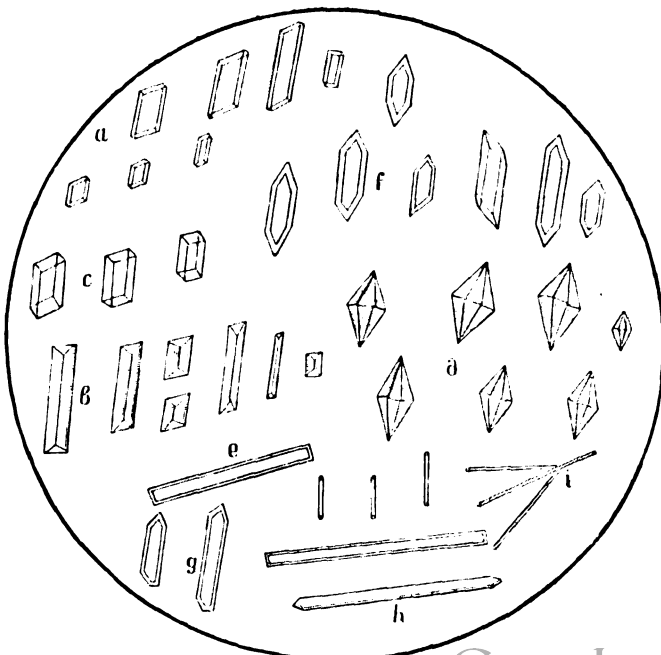


Рис. 14. Собака. Жировые кристаллы изъ старыхъ кровяныхъ пятенъ.

**Собака.** На препаратахъ изъ среднихъ и слабыхъ кровяныхъ настоевъ замѣчались 2 вида кристалловъ, таблички: 4-стороннія съ слегка косвенными или прямыми концами (см. рис. 14, а), 5- и 6-стороннія съ пирамидальными концами (f), ромбовидныя и призмы: 4-гранныя (с) и октаэдры (d).

На препаратахъ изъ крѣпкихъ кровяныхъ настоевъ либо совсѣмъ не обнаруживалось кристалловъ, либо рядомъ съ кристаллами метгемоглобина иногда появлялись еще узкіе лентовидныя кристаллы съ слабо выраженными границами.

Кромѣ того, жировыя кристаллы опредѣлялись также на препаратахъ изъ кровяныхъ объектовъ многолѣтней давности (5 лѣтъ), обработанныхъ однимъ спиртомъ (1:5), на ряду съ кристаллами метгемоглобина. Эти жировыя кристаллы представлялись въ формѣ лентовидныхъ табличекъ или пластинокъ съ пирамидальными (h) или прямоугольными концами (e), иногда при этомъ со скошенными 1 или 2-мя углами (g), и короткихъ палочковидныхъ кристалловъ съ закругленными концами (i).

Всѣ кристаллы были безцвѣтны и съ жирнымъ блескомъ.

(Окончаніе слѣдуетъ).

СХХІІІ. Изъ гистологической и эмбриологической лабораторіи въ В.-Медицинской Академіи.

## Объ измененияхъ яицъ въ запусъвающихъ Грааф'овыхъ пузырькахъ (фолликулахъ).

Ч. пр. В. Я. Рубашкина.

Какъ извѣстно, въ періодъ овуляціи, а, быть можетъ, и внѣ ея, въ межовуляціонныя періоды, подвергаются процессу созрѣванія многочисленные пузырьки и яйца, и число ихъ всегда больше числа яицъ, выдѣляемыхъ обыкновенно даннымъ животнымъ при овуляціи. Такъ, у морской свинки, къ которой главнымъ образомъ и относятся сообщаемыя наблюденія, число зрѣющихъ пузырьковъ и яицъ весьма велико по сравненію съ числомъ выдѣляемыхъ яицъ. Число яицъ, находимыхъ въ яйцеводѣ морской свинки или — что тоже — число свѣжихъ желтыхъ тѣлъ, открываемыхъ въ яичникѣ, колеблется отъ 1 до 3 для каждаго яичника; зрѣющіе-же пузырьки, а равно и яйца, обнаруживающія послѣднія стадіи созрѣванія (образованія направительныхъ или полярныхъ тѣлецъ), оказываются въ значительно большемъ числѣ, иногда въ количествѣ нѣсколькихъ десятковъ въ каждомъ яичникѣ. Подобныя-же отношенія существуютъ и у другихъ животныхъ, напр. у кролика, мыши и кошки; но подробныхъ данныхъ объ этомъ пока еще нѣтъ. Всѣ эти пузырьки, не лопнувшіе въ періодъ овуляціи и не выдѣлившіе яйца, подвергаются обратному развитію, при чемъ процессъ этотъ захватываетъ какъ самый пузырекъ, такъ и яйцо, въ немъ лежащее; въ послѣднемъ при этомъ наблюдаются чрезвычайно характерныя и своеобразныя изменения.

Я позволю себѣ предварительно описать въ самыхъ краткихъ словахъ процессъ запусъванія Грааф'ова пузырька, о чемъ уже имѣются наблюденія Flemming'a,<sup>1)</sup> Kölliker'a<sup>2)</sup> и др., и что необходимо ради точнаго обозначенія тѣхъ образованій, въ которыхъ наблюдаются описываемыя ниже изменения яйца.

Въ процессѣ запусъванія (атрезіи) пузырьковъ въ яичникѣ морской свинки можно ясно различать 2 рѣзко разграниченныхъ другъ отъ друга періода. 1-й выражается въ дегенеративныхъ измененияхъ эпителія, 2-ой въ заполненіи полости пузырька соединительной тканью. Какъ указалъ еще Flemming въ 1881 г., начало измененийъ пузырьковаго эпителія, по которымъ въ самомъ раннемъ періодѣ можно отличить запусъвающій пузырекъ отъ нормальнаго, выражается въ полномъ отсутствіи въ эпителии дѣлящихся кѣлокъ. Въ нормальныхъ-же пузырькахъ онѣ встрѣчаются въ значительномъ числѣ. Затѣмъ появляются изменения въ ядрахъ эпителиальныхъ кѣлокъ, выражающіяся въ распаденіи хроматина ядра на отдѣльныя глыбки, т.-е. въ явленіяхъ каріоліза и каріорексиса. Въ началѣ этотъ процессъ захватываетъ пристѣпной эпителий, позднѣе эпителий т. наз. лучистаго вѣнца (coronae radiatae), который, впрочемъ, еще сравнительно долго

сохраняетъ нормальный характеръ. На ряду съ этимъ наступаютъ дегенеративныя изменения кѣлочной протоплазмы: связь кѣтокъ другъ съ другомъ нарушается, протоплазма постепенно исчезаетъ, и въ конечномъ результатѣ получается мѣшечекъ съ большой выполненной жидкостью полостью, въ которой повсюду разсыяны отдѣльныя глыбки хроматина и болѣе или менѣе сильно измененныя эпителиальныя кѣтки. Гдѣ-либо въ этой полости лежитъ яйцо, окруженное уже не характерными лучистымъ вѣнцомъ, а небольшою кучкой перерожденныхъ кѣтокъ и распавшихся ядеръ.

Послѣ того, какъ перерожденіе эпителія закончится, наступаютъ изменения во внутреннемъ слоеъ соединительно-тканной оболочки пузырька, въ theca interna, ведущія къ заполненію его полости соединительной тканью. Интересно, что развитіе соединительной ткани не идетъ одновременно съ перерожденіемъ эпителія, а сперва наступаетъ полное измѣненіе эпителія и затѣмъ уже разрастаніе соединительно-тканнхъ элементовъ. Такъ обстоитъ дѣло, по крайней мѣрѣ, у морской свинки и кролика. Повидимому, у другихъ животныхъ оно можетъ обстоять и иначе (Volker<sup>3)</sup>). Разрастаніе соединительной ткани происходитъ на счетъ кѣтокъ thecae internae и, повидимому, путемъ ихъ гипертрофіи, безъ увеличенія числа ихъ, ибо митоза въ кѣткахъ thecae и въ молодыхъ соединительно-тканнхъ кѣткахъ не обнаруживается. Соединительно-тканныя кѣтки появляются обыкновенно у одного изъ полюсовъ пузырька въ видѣ снабженныхъ отростками кѣтокъ, постепенно увеличиваются въ числѣ и болѣе или менѣе скоро заполняютъ всю полость пузырька. Послѣдній будетъ имѣть здѣсь видъ болѣе или менѣе спавшагося мѣшечка, величина его значительно уменьшается, повидимому, вслѣдствіе того, что пузырьковая жидкость рассасывается черезъ разрыхленные элементы thecae. Яйцо сохраняется дов. долго и лежитъ окруженное болѣе плотнымъ слоемъ соединительно-тканнхъ кѣтокъ. Въ дальнейшемъ на мѣстѣ бывшаго пузырька остается лишь участокъ новообразованной соединительной ткани, не отличающейся отъ стромы прочихъ частей яичника.

Рядомъ съ этими измѣненіями пузырька идутъ и измѣненія яйца, при чемъ большая часть послѣднихъ протекаетъ въ пузырькахъ, находящихся во 2-ой стадіи запусъванія.

Изслѣдуя яйца запусъвающихъ пузырьковъ, находятъ среди нихъ такія, протоплазма которыхъ оказывается раздробленною на 2, на 4 и болѣе мелкихъ частей, другими словами — яйца, какъ-бы находящіяся въ извѣстной стадіи дробленія, съ нѣсколькими ядрами дробленія, бластомерами. Въ тѣхъ случаяхъ, когда яйцо оказывается раздѣленнымъ на 2 части, каждая изъ нихъ можетъ содержать ядро; если-же яйцо состоитъ изъ нѣсколькихъ отдѣльныхъ частей, то въ нѣкоторыхъ изъ нихъ открываются развитой величины ядра.

Такія образованія были замѣчены уже давно. Еще Pfäfer<sup>4)</sup> принадлежатъ наблюденіе раздробившихся яичниковыхъ яицъ. Затѣмъ Schulin<sup>5)</sup> описалъ въ яичникѣ крысы яйца, желтокъ которыхъ раздробился на нѣсколько «шаровъ дробленія», содержащихъ ядра. Позднѣе Henneguy<sup>6)</sup> изучалъ тѣ же образованія и объяснялъ ихъ происхожденіе непонимымъ дѣленіемъ яйца, хотя точныхъ наблюденій этого процесса ему произвести не удалось.

Особенно интересны въ этомъ отношеніи изслѣдованія Rabl'a<sup>7)</sup> и Spuler'a<sup>8)</sup>, которымъ удалось показать, что въ центрѣ атрофическаго яйца имѣется фигура каріокINETическаго дѣленія, весьма сходная съ фигурой дробленія нормальнаго оплодотвореннаго яйца. На основаніи этихъ данныхъ Rabl' и Spuler подтверждаютъ высказанное Henneguy предположеніе, что яйца въ запусъвающихся пузырькахъ оказываются способными къ прогрессивнымъ процессамъ, въ дальнейшемъ, хотя-бы и ограниченному, развитію и внѣ оплодотворенія. Такимъ образомъ въ этой способности неоплодотвореннаго яйца образовывать митотическую фигуру, подобную фигурѣ дробленія яйца, они видѣли доказательство способности яйца млекопитающихъ къ партеногенетическому развитію и раздробившіяся яйца запусъвшихъ мѣшечковъ признавали случаи партеногенеза.

Это, повидимому, правдоподобное допущеніе не миралось лишь съ однимъ обстоятельствомъ: никто изъ изслѣдователей ни разу не наблюдалъ весь процессъ дробленія такихъ яицъ, который далъ-бы возможность рѣшить съ достаточной точностью, съ чѣмъ мы имѣемъ здѣсь дѣло. Всѣ наблюденія относятся лишь къ 2-мъ фазамъ дѣленія: съ одной стороны, наблюдались начальныя фазы его, т. наз. стадія веретена или экваторіальной пластинки, а съ другой — результатъ этого процесса, раздробившееся яйцо. Всѣ-же промежуточныя фазы, какъ расхожденіе дочернихъ хромозомъ, образованіе дочернихъ группъ хроматина, дочернихъ ядеръ и пр. отсутствовали. Это лишило взглядъ Henneguy, Rabl'a и Spuler'a полной убѣдительности и вызывало возраженія. Такъ, Janosik, Sobotta<sup>10)</sup> и Bonnet<sup>11)</sup> вовсе отрицаютъ способность яицъ млекопитающихъ къ партеногенетическому развитію и раздробившіяся яйца запусъвшихъ пузырьковъ рассматриваютъ, какъ явленія простой фрагментаци, распаденія желтка.

Въ виду этого представляетъ извѣстный интересъ выяснитъ измѣненія яицъ въ запусъвающихъ пузырькахъ съ возможно болѣею точностью и установить, со-



отвѣтствуютъ-ли эти измѣненія процессамъ дробленія яйца? И это тѣмъ болѣе, что партогенетическаго развитія яйца, уже вышедшаго изъ яичника и находящагося въ трубѣ, не наблюдалось, если не считать 2-хъ старыхъ и не вполне достовѣрныхъ наблюдений *Bischoff'a*<sup>13)</sup> и *Hensen'a*<sup>13)</sup>. *Sobotta*, въ распоряженіи котораго былъ обширный матеріалъ, указываетъ, что до 4-го дня послѣ овуляціи неоплодотворенныя яйца мышей оставались нераздробившимися, тогда какъ оплодотворенныя достигали къ этому времени многокѣлочковой стадіи.

Относящіяся къ этой моей работѣ данныя касаются морскихъ свинокъ, убитыхъ въ начальныхъ стадіяхъ беременности (отъ нѣсколькихъ часовъ до 3 дней послѣ совокупленія). Такъ какъ описываемыя ниже измѣненія яицъ въ запусъвающихъ пузырькахъ касаются яицъ, находящихся въ т. наз. конечныхъ стадіяхъ созрѣванія, то я позволю себѣ предпослать самое краткое описаніе нормальнаго зрѣющаго яйца.

Конечная стадія созрѣванія яйца состоитъ въ выдѣленіи 2-хъ направительныхъ или полярныхъ тѣлецъ,<sup>14)</sup> изъ коихъ одно (1-е) выдѣляется въ ямчикообразное, другое—уже въ трубкѣ. Сообразно этому въ зрѣющихъ яичниковыхъ яйцахъ мы или находимъ еще идущій процессъ образованія и отдѣленія 1-го направительнаго тѣльца, или-же встрѣчаемся уже съ законченнымъ отдѣленіемъ его и подготовительнымъ процессомъ отдѣленія 2-го тѣльца. Такъ какъ отдѣленіе направительныхъ тѣлецъ идетъ по типу каріокинеза, называемаго здѣсь направительнымъ дѣленіемъ, представляющимъ въ сущности неравномѣрное дѣленіе кѣтки-яйца, то въ яйцѣ будетъ оказываться каріокинетическая фигура, болѣею частью въ видѣ веретена, принадлежащая 1-му и 2-му направительному дѣленію. Такъ, въ то время, когда идетъ отдѣленіе 1-го тѣльца, въ яйцѣ на мѣстѣ покоящагося ядра, зародышеваго пузырька, имѣется т. наз. 1-ое направительное веретено. Если-же 1-ое направительное тѣльце уже выдѣлилось, то на поверхности яйца мы находимъ маленькое тѣльце, а внутри его—новое веретено, сформированное изъ оставшейся части 1-го, т. наз. 2-ое направительное веретено.

Направительное веретено зрѣющаго яйца млекопитающихъ, какъ 1-ое, такъ и 2-ое, отличается опредѣленными характерными признаками. Оно какъ слѣдуетъ изъ данныхъ *Flemming'a*<sup>15)</sup>, *Sobotta*<sup>16)</sup>, *Moore*<sup>17)</sup> и др. имѣетъ видъ вытянутаго въ длину, неширокаго веретена, по диаметру котораго расположены маленькіе хромозомы. Апропитивныя нити, составляющія веретено, сходятся къ 2-мъ полюсамъ, на которыхъ, въ отличіе отъ соответствующихъ фазъ обычнаго дѣленія кѣтокъ, нѣтъ периферической, полярной лучистости, т. наз. сферъ. Направительное веретено всегда занимаетъ у нормальныхъ яицъ периферическое положеніе, располагаясь болѣею частью у самой оболочки яйца.

**Измѣненія яицъ, не выдѣлившихъ еще направительнаго тѣльца.** Въ яйцахъ, захваченныхъ атрофіей въ той стадіи, когда они еще не продѣлали 1-го направительнаго дѣленія, открывается, какъ описываютъ *Rabl*<sup>18)</sup> и *Spuler*<sup>8)</sup>, каріокинетическая фигура въ видѣ веретена, отличающаяся отъ направительнаго веретена нормальныхъ яицъ своими большими размѣрами, присутствіемъ у полюсовъ т. наз. полярной лучистости и своимъ болѣе глубокимъ положеніемъ. Это расположеніе фигуры дѣленія въ болѣе центральныхъ отдѣлахъ яйца дало поводъ назвать ее «центральной веретеномъ». Названіе—весьма неудачное уже потому, что положеніе этого веретена далеко не всегда бываетъ центральнымъ, а затѣмъ еще и потому, что именемъ центрального веретена принято называть совсѣмъ иное образованіе, возникающее при дѣленіи кѣтокъ. Поэтому было-бы удобнѣе называть каріокинетическую фигуру атрофическихъ яицъ «атрофическимъ веретеномъ», что соответствуетъ какъ самому характеру яйца, такъ и доказываемому ниже значенію этого веретена.

Прежде всего возникаетъ, конечно, вопросъ о происхожденіи этого атрофическаго веретена, относительно чего взгляды далеко еще не установились съ достаточной точностью. По *Rabl*<sup>18)</sup>, каріокинетическая фигура атрофическихъ яицъ возникаетъ непосредственно изъ зародышеваго пузырька яйца, при чемъ образованіе ея можетъ идти различными путемъ: въ иныхъ случаяхъ образуется полное веретено, являющееся, по *Rabl*<sup>18)</sup>, веретеномъ партогенетическаго дробленія яйца, въ другихъ—можетъ возникать лишь половинное веретено, подобно тому, какъ

это описывалъ *K. Hertwig* для партогенетическаго дробленія яицъ морскихъ ежей. Того-же взгляда придерживается и *Spuler*, объясняющій возникновеніе каріокинетическаго процесса въ атрофическихъ яйцахъ, не выдѣлившихъ 1-го полярнаго тѣльца, раздражающимъ влияніемъ продуктовъ перерожденія пузырьковаго эпителия, являющихся возбудителями дѣленія, какъ это наблюдается при искусственно вызываемомъ партогенезѣ яйца. Митотическій процессъ возникаетъ въ не вполне зрѣлыхъ яйцахъ и протекаетъ не по типу направительнаго дѣленія, но иначе, соответственно природѣ незрѣлаго яйца (*Spuler*). *Sobotta*<sup>10)</sup>, къ которому присоединяется и *Bonnet*<sup>11)</sup>, признаютъ наблюдаемую въ атрофическихъ яйцахъ фигуру дѣленія за видоизмѣненное направительное веретено.

Насколько можно судить по препаратамъ, имѣющимся въ моемъ распоряженіи, здѣсь наблюдается и тотъ, и другой способъ происхожденія атрофическаго веретена. Въ нѣкоторыхъ атрофическихъ яйцахъ можно найти ядра въ самыхъ первыхъ стадіяхъ митотическаго процесса, именно въ стадіяхъ образованія хромозомъ внутри ядра. Затѣмъ попадаютъ яйца, въ которыхъ только идетъ образованіе веретена при сохраненіи оболочки ядра. Въ общемъ я могу вполне подтвердить описаніе *Rabl*<sup>18)</sup> о существованіи раннихъ стадій митоза въ атрофическихъ яйцахъ. Возникающее такимъ образомъ атрофическое веретено съ самаго начала пріобрѣтаетъ характерную форму, отличающуюся большимъ поперечнымъ размѣромъ. Слѣдуетъ, однако, отмѣтить, что оно далеко не всегда обладаетъ полярной лучистостью, и на молодыхъ атрофическихъ веретенахъ (напр., когда еще сохранилась часть оболочки ядра) ея не бываетъ вовсе. На его полюсахъ, такъ-же, какъ и на полюсахъ направительнаго веретена, нѣтъ сферъ. Онѣ, какъ будетъ показано ниже, явятся въ послѣдствіи.

Въ зависимости отъ положенія зародышеваго пузырька при началѣ этого процесса можетъ получаться и различное положеніе возникшей митотической фигуры; но, такъ какъ у яицъ, близкихъ къ направительному дѣленію, зародышевый пузырекъ лежитъ въ периферическихъ частяхъ яйца, то болѣею частью тамъ оказывается и возникшее изъ него атрофическое веретено.

Слѣдуетъ имѣть въ виду, что далеко не всѣ яйца, находящіяся въ стадіи зародышеваго пузырька, способны къ описанному митотическому процессу. Среди атрофическихъ яицъ, даже въ весьма поздней стадіи, когда весь пузырекъ оказывается уже выполненнымъ соединительною тканью и начинается распадѣніе яйца, встрѣчаются и такія, которыя содержатъ неизмѣненное покоящееся ядро, зародышевый пузырекъ. Очевидно, для того, чтобы яйцо оказалось способнымъ къ митотическому процессу, необходима извѣстная, высокая, близкая къ конечнымъ стадіямъ, зрѣлость его; атрофія-же яицъ, захваченныхъ атрофическимъ процессомъ до этого состоянія, протекаетъ безъ измѣненій ядра, безъ образованія веретена. Можно думать, что лишь тѣ яйца оказываются способными къ образованію атрофическаго веретена, которыя были захвачены атрофіей въ начальныхъ стадіяхъ 1-го направительнаго дѣленія, т. е., здѣсь имѣется продолженіе разъ начавшагося митоза въ атрофическомъ яйцѣ. А если это такъ, то нельзя допустить, чтобы возникающая такимъ образомъ фигура митоза образовалась инымъ путемъ, а не путемъ, соответствующимъ направительному дѣленію, и чтобы она могла быть чѣмъ-либо инымъ, а не видоизмѣненнымъ направительнымъ веретеномъ. А что образованное такимъ образомъ атрофическое веретено весьма близко стоитъ по своему составу къ направительному веретenu, явствуетъ изъ характера его хромозомъ. Въ отличіе отъ тѣхъ формъ хромозомъ, которыя наблюдаются при всякомъ, но не при направительномъ дѣленіи, хромозомы атрофическаго веретена имѣютъ малую величину, характерный видъ и вполне соответствуютъ хромозомамъ направительнаго дѣленія. Поэтому я не могу согласиться съ заключеніемъ *Spuler'a*, что здѣсь мы имѣемъ дѣло съ дѣленіемъ незрѣлыхъ яицъ, митотическій процессъ которыхъ идетъ не по типу направительнаго дѣленія. Возникаетъ-ли атрофическое веретено непосредственно

<sup>14)</sup> У мыши, въ отличіе отъ другихъ животныхъ, выдѣляется, какъ утверждаютъ *Sobotta* и *Tafoni*, во многихъ случаяхъ не 2, а лишь 1 направительное тѣльце.

изъ покоящагося ядра подъ влияніемъ принимаемыхъ *Spuler*'омъ воздѣйствій, или оно образуется только въ яйцахъ съ начавшимся еще до атрофіи митозомъ, — результатъ этого процесса въ обоихъ случаяхъ будетъ одинаковъ, и возникшее веретено надо считать аналогичнымъ веретену направительнаго дѣленія.

Трудно сказать, насколько широко развитъ такой способъ возникновенія атрофическаго веретена; но во всякомъ случаѣ онъ — далеко не единственный. Гораздо большее число яицъ захватывается атрофіей въ то время, когда 1-ое направительное веретено уже образовалось; за это говоритъ обиліе принадлежащихъ атрофическимъ пузырькамъ яицъ, имѣющихъ уже готовое 1-ое веретено. Въ этихъ случаяхъ дѣло идетъ съ самаго начала объ опусканіи располагающагося нормально у поверхности яйца направительнаго веретена въглубь яйца, къ центру его. На рядѣ препаратовъ можно видѣть различное положеніе его въ яйцѣ, но, какъ и веретено, возникшее непосредственно изъ зародышеваго пузырька, оно можетъ не достигать центральныхъ отдѣловъ яйца, но останавливается на опредѣленной глубинѣ и здѣсь уже подвергается послѣдующимъ измѣненіямъ. Что здѣсь имѣется дѣло именно съ опускающимся направительнымъ веретенемъ, легко узнается по сохраняющейся вначалѣ формѣ его, характеризующейся малымъ, по сравненію съ развитымъ атрофическимъ веретенемъ, поперечнымъ діаметромъ. Такое перемѣщеніе веретена не есть что либо исключительное, присущее лишь атрофическимъ яйцамъ. Направительное веретено вообще обладаетъ способностью къ измѣненіямъ своего положенія, а что касается млекопитающихъ, то здѣсь изслѣдованіями *Sobotta* и моими доказано перемѣщеніе его вокругъ своей оси на 90° при нормальныхъ условіяхъ: оно мѣняетъ свое начальное тангенціальное положеніе въ яйцѣ на вертикальное, обнаруживая при этомъ, конечно, рядъ промежуточныхъ косыхъ положеній. Что же касается атрофическихъ яицъ, то не ясно лишь перемѣщеніе направительнаго веретена именно къ центру яйца, но, по всей вѣроятности, это стоитъ въ связи съ раннимъ наступленіемъ дегенеративныхъ измѣненій поверхностныхъ участковъ протоплазмы яйца.

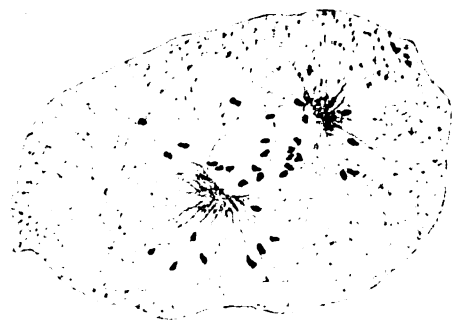
Такимъ образомъ каріокINETическая фигура, наблюдаемая въ атрофическихъ яйцахъ, не выдѣлившихъ еще 1-го полярнаго тѣльца, или можетъ возникать непосредственно изъ зародышеваго пузырька, или же представляетъ опустившееся направительное веретено, но между обоими этими случаями нельзя провести принципиальной разницы; какъ тамъ, такъ и здѣсь каріокINETическая фигура, атрофическое веретено — есть образованіе тождественное съ направительнымъ веретенемъ.

Первые измѣненія, которымъ подвергается атрофическое веретено, состоятъ въ измѣненіи распредѣленія ахроматинныхъ и хроматинныхъ составныхъ частей его и имѣютъ большое значеніе для пониманія всѣхъ дальнѣйшихъ измѣненій атрофическихъ яицъ.

Вмѣстѣ съ перемѣщеніемъ полярнаго веретена къ центру начинается измѣненіе его общаго вида. На полюсахъ его появляется вначалѣ едва замѣтная лучистость; ахроматиновая фигура становится шире, принимаетъ бочкообразную форму. Эти первые измѣненія яйца, состоящія въ его перемѣщеніи и въ начальныхъ фазахъ образованія лучистости, происходятъ въ пузырькахъ, находящихся въ первыхъ стадіяхъ атрофіи, а именно въ тѣхъ, въ которыхъ наступило уже перерожденіе эпителия, но нѣтъ еще развитія соединительной ткани. Послѣдующія измѣненія, болѣе важныя, наступаютъ уже много позднѣе, когда полость пузырька заполнена соединительной тканью.

Начало этихъ измѣненій представлено на рис. 1. Ахроматинныя волокна, которая въ нормальномъ веретенѣ натянута въ видѣ струны между полюсами и экваторомъ, начинаютъ частью мѣнять свое положеніе. Нѣкоторыя изъ нихъ, какъ бы отрываясь отъ веретена, отходятъ въ сторону отъ него и располагаются болѣе горизонтально, какъ это видно на одномъ изъ полюсовъ изображеннаго веретена. Здѣсь захваченъ самый ранній періодъ отщепленія ахроматинныхъ волоконъ, и у полюса видны только нѣсколько свободныхъ, идущихъ въ протоплазму яйца нитей.

Вслѣдъ за волокнами начинаютъ перемѣщаться и отдѣльныя хромозомы, прикрѣпленныя къ ахроматиннымъ волокнамъ. Большая часть ихъ еще располагается у экватора, но нѣкоторыя изъ нихъ оказываются лежащими внѣ веретена, свободно въ яйцѣ.



Рисунокъ 1.

По мѣрѣ развитія этого процесса отщепленія ахроматинныхъ волоконъ, все большее число ихъ отходитъ отъ веретена, перемѣщается въ сторону, группируясь у полюсовъ его. Въ ближайшей стадіи, слѣдующей за изображенной на рис. 1, мы видимъ веретено значительно обдѣланнымъ ахроматинными волокнами, взамѣнъ чего образуется дов. рѣзко выраженная лучистость у полюсовъ. Вся фигура дѣленія пріобрѣтаетъ здѣсь такой видъ. Отъ концовъ веретена идутъ меридіональныя волокна, составляющія ахроматическое веретено этой фигуры дѣленія; большинство хромозомъ расположено еще у экватора; отъ полюсовъ веретена расходятся периферическія лучи, исходящіе болѣе или менѣе правильно изъ одной точки и расходящіеся по всѣмъ направленіямъ. Получается картина, весьма схожая съ нормальнымъ веретенемъ дробленія яйца, съ ясно развитой периферической лучистостью, т. наз. сферами. Но изъ самаго описанія происхожденія этой лучистости слѣдуетъ прежде всего заключить что ее нельзя разсматривать за «echte Polstrahlen», какъ это признаетъ *Rabl*; нельзя считать ее аналогичной сферѣ при дробленіи яйца и видѣть въ ней доказательство того, что митозъ атрофическаго яйца организован по типу нормальнаго дѣленія и дастъ поэтому обычный нормальный результатъ въ видѣ дробленія яйца. Лучистость здѣсь возникаетъ вторично изъ ахроматинныхъ волоконъ веретена, путемъ ихъ отщепленія, и этимъ существенно отличается отъ сферъ на полюсахъ веретена дробленія, возникающихъ первично, еще въ то время, когда о полной организации митоза въ видѣ веретена нѣтъ еще и рѣчи. Появленіе лучистости на атрофическомъ веретенѣ есть первое слѣдствіе измѣненій его строенія, наступившихъ подъ влияніемъ атрофическаго процесса и имѣетъ поэтому совершенно иное значеніе, приводя къ разсѣиванію хромозомъ по яйцу.

(Окончаніе слѣдуетъ.)

СХХIV. Изъ пропедевтической терапевтической клиники проф. А. П. Фавицкаго въ В.-Медицинской Академіи.

Изъ клиническихъ наблюдений надъ дигаленомъ.

З. Ф. Орловскаго.

Изслѣдованія многочисленныхъ авторовъ [*Schmiedeburg* <sup>1)</sup>, *Kilian* <sup>2)</sup>, *Cloëtta* <sup>3)</sup>, *Focke* <sup>4)</sup>, *Fraenkel* <sup>5)</sup> и др.] твердо установили тотъ фактъ, что листья наперстянки — это незамѣнимое въ терапіи сердечныхъ болѣзней средство (*Huchard*), дѣйствительность или недѣйствительность котораго во многихъ случаяхъ опредѣляетъ судьбу больного [*Mendel* <sup>6)</sup>] — крайне непостоянны по своему составу и, слѣд., ненадежны по своему дѣйствию, что зависитъ отъ самыхъ разнообразныхъ, иногда неуловимыхъ, причинъ: мѣста и времени происхожденія наперстянки, состоянія плода во время ея цвѣтенія, условій ея храненія и т. д. Колебанія въ количествѣ дѣйствующихъ со-

ставныхъ частей листьевъ могутъ быть очень значительны; по *Focke*, они могутъ доходить до 400%. *Fraenkel* <sup>7)</sup> сравнивалъ на лягушечьихъ сердцахъ силу дѣйствія настои и настойки листьевъ наперстянки, взятыхъ изъ разныхъ аптекъ, и нашелъ, что колебанія въ содержащихъ дѣйствующихъ началъ достигаютъ 100—275% (въ настоѣ) и даже 400% (въ настойкѣ). Тѣ же данныя получила *Liedebain* <sup>8)</sup>, а также *Bührer* <sup>9)</sup> для жидкихъ вытяжекъ, приготовленныхъ по швейцарской фармакопее, и т. д. Неудивительно поэтому, что уже давно замѣчается стремленіе извлечь изъ листьевъ наперстянки ихъ основное дѣйствующее начало, которое допускало-бы точную дозировку, чтобы при назначеніи той или иной дозы можно было бы быть увѣреннымъ, что она всегда вызоветъ то или иное желаемое дѣйствіе. Къ сожалѣнію, однако, то, что удалось по отношенію ко многимъ другимъ лѣкарственнымъ средствамъ растительнаго происхожденія, то до сихъ поръ не удалось по отношенію къ такому важному средству, какъ наперстянка.

*Schmiedeberg* <sup>1)</sup> первый выдѣлилъ изъ ея листьевъ цѣлый рядъ веществъ—дигиталинъ, дигиталенъ, дигитонинъ, дигитоксинъ; равнымъ образомъ онъ показалъ, что изъ этихъ же тѣлъ состоятъ французскіе препараты—digitalon *Hammelle et Quevenne*, digitalinum crystallisatum *Nativelle* и т. д. Изъ всѣхъ этихъ средствъ при ближайшемъ изученіи заслуживающимъ вниманія оказался только кристаллическій дигитоксинъ *Schmiedeberg*'а; къ сожалѣнію, однако, выяснилось, что онъ нерастворимъ въ водѣ, алкогольные же его растворы при подкожномъ введеніи дѣйствуютъ сильно раздражающимъ образомъ, въ результатѣ чего наблюдались краснота, инфильтрація, омертвѣнія тканей, мѣстные нарывы, флегмонозное воспаленіе [*Schmiedeberg* <sup>10)</sup>]. Впрыскиваніе даже 0,1 мгм., по *Cloëttu* <sup>11)</sup>, вызываетъ значительную инфильтрацію, повышеніе температуры. При внутреннемъ употребленіи дигитоксина наблюдаются тѣ же явленія раздраженія желудочнокишечнаго канала въ видѣ рвоты, поноса и т. д. Вдобавокъ ко всему этому скапливающееся дѣйствіе дигитоксина чрезвычайно велико [*Fraenkel* <sup>12)</sup>, *Focke* <sup>13)</sup>]. Новѣйшій препаратъ дигитоксина *Merck*'а, по *Umber*'у <sup>14)</sup>, можно употреблять лишь съ большою осторожностью: дѣйствіе его наступаетъ иногда чрезвычайно быстро при сильномъ замедленіи пульса и опасности коллапса, что, вѣроятно, зависитъ отъ неравномернаго всасыванія вещества вслѣдствіе трудной его растворимости, какъ думаетъ *Naunyn*. Описаны явленія отравленія отъ 0,002 дигитоксина [*Körpe* <sup>15)</sup>]. Неудивительно поэтому, что дигитоксинъ не вошелъ во всеобщее употребленіе и въ настоящее время почти совсѣмъ оставленъ, какъ средство, неудовлетворяющее основнымъ требованіямъ идеальнаго препарата, которыя сводятся къ слѣдующему: препаратъ долженъ заключать въ себѣ дѣйствующее начало листьевъ, по возможности, въ чистомъ видѣ, чтобы была возможна точная дозировка при его употребленіи; онъ долженъ быть легко растворимымъ въ водѣ, растворъ не долженъ имѣть раздражающихъ свойствъ, чтобы было возможно примѣненіе его не только per os, но и для подкожныхъ и внутривенныхъ впрыскиваній; средство должно дѣйствовать быстро, выдѣляться также быстро, во избѣжаніе скапливающегося дѣйствія.

Ясно, что ни одному изъ этихъ требованій дигитоксинъ не удовлетворяетъ. Попытки же получить препаратъ, удовлетворяющій имъ, долгое время не давали благоприятнаго результата, и только въ послѣднее время *Cloëttu* <sup>16)</sup>, по видимому, удалось найти подходящее средство. Послѣ 5-лѣтнихъ усилій ему удалось извлечь изъ листьевъ наперстянки, по очень сложному способу (про который онъ, къ сожалѣнію, нигдѣ не говоритъ), очень незначительное количество бѣлаго, аморфнаго вещества, очень легко растворимаго въ водѣ, которое по своему химическому составу оказалось тождественнымъ съ кристаллическимъ дигитоксиномъ; такъ, препаратъ уже въ минимальномъ количествѣ даетъ характерную для дигитоксина *Keller*'овскую реакцію: если смѣшать 0,5 к. стм. дигалена съ 0,5 к. стм. ледяной уксусной кислоты, къ которой прибавлены слѣды 1½-хлористаго желѣза, и на слои на эту смѣсь 1 к. стм. насыщенной сѣрной кислоты, то на мѣстѣ соприкосновенія тотчасъ выступаетъ крас-

новатофіолетовое кольцо, надъ которымъ находится темнотурбурый поясъ, увеличивающійся чрезъ ½-часа и окрашивающійся внизу больше въ бурокрасный, а вверху больше въ синевато-зеленый цвѣтъ [*Schaerges* <sup>17)</sup>]. Элементарный анализъ найденнаго тѣла тоже показалъ полное сходство съ кристаллическимъ дигитоксиномъ *Schmiedeberg*'а, формула котораго  $C_{28}H_{46}O_{10}$ . Главное отличіе аморфнаго дигитоксина *Cloëttu* отъ кристаллическаго дигитоксина *Schmiedeberg*'а заключается въ его легкой растворимости въ водѣ: такъ, если взять 0,01 грм. того и другого дигитоксина и растворить ихъ при подогреваніи въ смѣси изъ 1 к. стм. алкоголя, 2 к. стм. глицерина и 3 к. стм. воды, то растворъ аморфнаго дигитоксина остается все время прозрачнымъ, изъ раствора же кристаллическаго дигитоксина уже чрезъ ½-часа начинаютъ выпадать кристаллики. Высокій молекулярный вѣсъ добытаго тѣла заставлялъ думать, что оно представляетъ коллоидное вещество; но опыты съ діализаціей, поставленные *Cloëttu*, показали, что оно есть простое аморфное видоизмѣненіе дигитоксина, обладающее большою способностью диффундировать, вслѣдствіе чего не вызываетъ никакихъ явленій раздраженія ни при подкожномъ введеніи животному, ни при введеніи per os даже на тощій желудокъ.

Средство это пушено въ продажу въ борно-глицериновомъ растворѣ \*) (25% глицерина) въ небольшихъ пузырькахъ по 15 к. стм. каждый и въ такомъ видѣ препаратъ носитъ названіе «дигалена» (*digalen*). Растворъ сдѣланъ такъ, что въ 1 к. стм. его содержится 0,3 мгм. растворимаго дигитоксина *Cloëttu* (*digitoxini solubilis Cloëttu*), что, будто бы, соответствуетъ приблизительно 0,15 грм. порошка листьевъ наперстянки или настою изъ нихъ.

Экспериментальныя изслѣдованія *Freund*'а <sup>18)</sup>, а затѣмъ *Sasaki* <sup>19)</sup> показали, что дѣйствіе дигалена на лягушечье сердце въ общемъ аналогично дѣйствію настоя листьевъ наперстянки: систола сердца дѣлается энергичнѣе и продолжительнѣе; при отравленіи дигаленомъ аритмическія расстройства появляются только въ самой послѣдней стадіи и никогда не достигаютъ значительныхъ степеней. Кривыя дѣятельности сердца послѣ дигалена и дигитоксина—въ общемъ похожи другъ на друга.

*Naunyn* <sup>20)</sup> первый ввелъ дигаленъ въ терапію, испробовавъ его на больныхъ своей клиники и на Съѣздѣ Нижнеэльзасскихъ врачей сообщилъ о прекрасныхъ результатахъ, полученныхъ ими при введеніи дигалена подъ кожу. На основаніи своихъ наблюдений онъ ставитъ дигаленъ гораздо выше наперстянки: онъ дѣйствуетъ гораздо быстрее—уже чрезъ 20—24 часа, усиливаетъ значительно мочеотдѣленіе, повышаетъ кровяное давленіе, замедляетъ пульсъ. Вслѣдъ за *Naunyn*'омъ появился цѣлый рядъ работъ о дигаленѣ [*Waltz* <sup>21)</sup>, *Bibergeil* <sup>22)</sup>, *Kollick* <sup>23)</sup>, *Hochheim* <sup>24)</sup>, *Weinberger* <sup>25)</sup>, *Thurnheim* <sup>26)</sup>, *Pesci* <sup>27)</sup>, *Freund* <sup>28)</sup>, *Reitter* <sup>29)</sup>, *Livierata* <sup>30)</sup>, *Grassmann* <sup>31)</sup>, *Cecconi* и *Fornaca* <sup>32)</sup>, *Baccarani* <sup>33)</sup>, *Haeblerfeld* <sup>34)</sup>, *Umber* <sup>14)</sup>, *Haffler* <sup>35)</sup>, *Treupel* <sup>36)</sup>, *Klemperer* <sup>37)</sup>, *Eulenburg* <sup>38)</sup>, *Rottmann* <sup>39)</sup>, *Winckelmann* <sup>40)</sup>, *Dennig* <sup>41)</sup>, *de Renzi* <sup>42)</sup>]. *Bibergeil* <sup>22)</sup> примѣнилъ дигаленъ въ 10 случаяхъ (среди нихъ были случаи пороковъ сердца, нефрита, перикардита, эндокардита, миокардита, *Basedow*'ой болѣзни и т. д.) per os и пришелъ къ убѣжденію, что средство это имѣетъ значительное преимущество предъ наперстянкой: оно гораздо легче переносится, не вызываетъ никакихъ побочныхъ явленій со стороны желудочно-кишечнаго канала, не обладаетъ скапливающимся дѣйствіемъ, допускаетъ точную дозировку. По *Kollick*'у <sup>23)</sup>, *Hochheim*'у <sup>24)</sup> дигаленъ является прекраснымъ сердечнотоническимъ средствомъ: кровяное давленіе отъ него повышается, дѣятельность сердца упорядочивается, аритмія значительно уменьшается, точно также какъ число-сердечныхъ сокращеній и пульсовыхъ ударовъ, застойныя явленія быстро проходятъ вслѣдствіе сильнаго увеличенія мочеотдѣленія, что обыкновенно наступаетъ на 2-ой—3-ій день лѣченія; по прекращеніи пріема дигалена количество мочи быстро падаетъ, хотя все-таки держится выше нормы. Параллельно съ улучшеніемъ общаго состоянія больного уменьшались одышка, сердцебиеніе, без-

\*) У *Schaerges*'а <sup>17)</sup>, впрочемъ, есть указаніе, что съ цѣлью воспрепятствовать развитію плѣсневыхъ грибовъ къ раствору прибавлено тоже 5% алкоголя или 1% ацетонъ-хлороформа.

сонница и т. д. Такія-же точно явленія отмѣчаютъ и другіе авторы [*Haberfeld*<sup>24</sup>), *Thurnheim*<sup>26</sup>), *Pesci*<sup>27</sup>) и др.]. *Baccarani*<sup>23</sup>) исследовалъ вліяніе дигалена на здоровыхъ людей и тоже установилъ повышеніе кровяного давления, уменьшеніе частоты пульса, увеличеніе мочеотдѣленія. *Umbert*<sup>14</sup>) однако утверждаетъ, что на здоровыхъ людей со здоровой сердечнососудистой системой дигаленъ не оказываетъ особаго вліянія. Измѣряя кровяное давление у больныхъ съ расстройствомъ сердечной дѣятельности, *Umbert* натолкнулся на любопытный фактъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ подъ вліяніемъ дигалена высокое кровяное давление падаетъ одновременно съ улучшеніемъ кровообращенія, съ увеличеніемъ мочеотдѣленія и уменьшеніемъ одышки. Исходя изъ этихъ наблюдений, онъ заключаетъ, что высота кровяного давления сама по себѣ еще не служить противопоказаніемъ для назначенія дигалена, такъ что его можно назначать при расстройствахъ уравновѣшенія сердечной дѣятельности съ повышеннымъ кровянымъ давлениемъ. Въ общемъ *Umbert* предпочитаетъ дигаленъ всѣмъ инымъ препаратамъ наперстянки, за единственнымъ исключеніемъ (см. ниже).

Съ такой оцѣнкой дигалена, однако, согласны не всѣ: такъ, *Reitter*<sup>29</sup>) находитъ, что дѣйствіе дигалена только напоминаетъ дѣйствіе наперстянки, мочеотдѣленіе послѣ него меньше. *Leyden*<sup>42</sup>) считаетъ дѣйствіе препарата лишь удовлетворительнымъ и въ тяжелыхъ случаяхъ предпочитаетъ наперстянку, а *Eichhorst*<sup>44</sup>) находитъ, что листья наперстянки въ сочетаніи съ диуретикомъ дѣйствуютъ гораздо лучше. *Hochheim* находитъ, что дигаленъ при назначеніи *per os* едва-ли имѣетъ какое-нибудь преимущество предъ дигитоксикомъ, такъ какъ послѣдній въ дозахъ 0,00025, 3—4 раза въ день, всегда переносится хорошо. По *Romberg*'у<sup>46</sup>), дигаленъ не можетъ замѣнить собой наперстянки и скоро перестаетъ дѣйствовать. За этими небольшими исключеніями большинство авторовъ даетъ дигалену рѣшительное преимущество предъ наперстянкой; *Freund*<sup>28</sup>) и *Waltz*<sup>21</sup>), по ихъ словамъ, совсѣмъ оставили послѣднюю, такъ какъ дигаленъ дѣйствуетъ еще въ такихъ случаяхъ, гдѣ настой листьевъ наперстянки уже больше не дѣйствуетъ; къ тому-же дигаленъ не даетъ никакихъ явленій раздраженія со стороны желудочно-кишечнаго канала даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ наперстянка вызываетъ тошноту, рвоту и т. д.; благодаря легкой растворимости, средство всасывается быстро; дѣйствіе его поэтому наступаетъ скорѣе, чѣмъ при наперстянкѣ; оно легко выдѣляется, такъ что явленій скапливающагося его дѣйствія не наблюдается; впрочемъ, насчетъ скапливающагося дѣйствія мнѣнія авторовъ расходятся: такъ, *Thurnheim*, *Reitter* полагаютъ, что средство обладаетъ этимъ свойствомъ, хотя и въ небольшой степени; скапливающимся дѣйствіемъ *Reitter* объясняетъ тотъ фактъ, что при длительномъ употребленіи дигалена пульсъ падаетъ ниже нормы, напр. до 48 въ 1 мин. *Umbert* признаетъ за дигаленомъ даже значительное скапливающееся дѣйствіе и поэтому не совѣтуетъ примѣнять его при длительномъ лѣченіи по *Kussmaul*'у<sup>46</sup>), *Groedel*'у<sup>47</sup>), *Naunyn*'у<sup>48</sup>), и др.; въ этихъ случаяхъ лучше дѣйствуютъ листья наперстянки. *Freund*, наоборотъ, находитъ дигаленъ именно подходящимъ для такого лѣченія. Что касается дозировки, то большинство авторовъ назначаютъ по 20 капель на приемъ, 3—4 раза въ день; максимумъ на 1 приемъ 40 капель (2 к. стм.), на сутки 80 капель (4 к. стм.); по *Thurnheim*'у достаточно вполнѣ 40 капель въ день; назначаютъ его или въ водѣ перечной мяты (*Hochheim*), въ молокѣ или же, въ виду дурного вкуса, въ сладкомъ винѣ (*Bibergeil*).

Большой практическій интересъ представляетъ тотъ фактъ, что, благодаря легкой растворимости и отсутствію раздражающихъ свойствъ, оказалось возможнымъ вводить дигаленъ подъ кожу, а также дѣлать внутримышечныя и внутривенныя впрыскиванія. Что касается подкожнаго введенія, то первые опыты *Naunyn*'а, о которыхъ было сказано выше, и *Kottmann*'а<sup>30</sup>) дали прекрасные результаты. При подкожномъ введеніи дигалена по 1 к. стм. 3—4 раза въ день *Kottmann* уже чрезъ сутки наблюдалъ улучшение дѣятельности сердца, замедленіе пульса, увеличеніе мочеотдѣленія и т. д. Благоприятные результаты отъ

подкожныхъ впрыскиваній получили также и другіе авторы—*Weinberger*<sup>25</sup>), *Hochheim*<sup>24</sup>), *Waltz*<sup>21</sup>) и др.: впрыскивая по 1 к. стм., 2—3 раза въ день, они наблюдали быстрое увеличеніе мочеотдѣленія, уменьшеніе частоты пульса и дыханія; самые лучшие результаты получались при уравновѣшенныхъ порокахъ 2-створчатой заслонки. Этотъ способъ введенія оказался особенно примѣнимымъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ введеніе *per os* по тѣмъ или инымъ причинамъ невозможно, напр., при частыхъ рвотахъ и т. д. Къ сожалѣнію, подкожныя впрыскиванія, хотя и не всегда, но часто даютъ большую или меньшую реакцію. Самъ *Kottmann* наблюдалъ послѣ впрыскиванія мѣстную болѣзненность, иногда кровоподтеки, а въ 1 случаѣ послѣ 7-го впрыскиванія появилась лихорадка и очень сильная болѣзненность вмѣстѣ съ отекомъ всей руки, длившимся нѣсколько дней. По *Hochheim*'у, подкожныя впрыскиванія вызываютъ на мѣстѣ укола жгучую боль въ теченіи нѣсколькихъ часовъ; иногда наблюдаются мягкія опухоли, даже съ кровоподтеками, которыя, впрочемъ, скоро пропадаютъ сами собою или подъ вліяніемъ согревающихъ компрессовъ со свинцовой водой и т. д. По другимъ авторамъ явленія раздраженія не достигаютъ такихъ степеней; дѣло ограничивается лишь легкимъ жженіемъ въ области укола (*Waltz*). Кромѣ подкожныхъ впрыскиваній дигаленъ оказался чрезвычайно удобнымъ и для впрыскиваній внутривенныхъ, которыя, по единодушному заявленію авторовъ [*Kottmann*<sup>30</sup>), *Denning*<sup>41</sup>), *Hochheim*<sup>24</sup>), *Pesci*<sup>27</sup>), *Freund*<sup>28</sup>), *Umbert*<sup>14</sup>) и др.], переносятся очень легко и безъ боли; дѣйствіе наступаетъ очень быстро (*Umbert*)—уже чрезъ 5 минутъ, а въ 1 случаѣ *Kottmann*'а уже чрезъ 2 мин. кровяное давление замѣтно увеличилось. Частота пульса при этомъ рѣдко измѣняется, но мочеотдѣленіе увеличивается рѣзко. Впрыскиванія эти совершенно безболѣзненны\*), и если дѣлать ихъ при соблюденіи всѣхъ предосторожностей, то никакихъ побочных явленій не наблюдается—нѣтъ ни мѣстной реакціи, ни образованія тромбовъ. Надобно, впрочемъ, замѣтить, что авторы совѣтуютъ брать, по возможности, свѣжій препаратъ, и во всякомъ случаѣ содержимымъ открытой стѣянки не слѣдуетъ пользоваться дольше 2-хъ недѣль [*Schaerger*<sup>47</sup>), *Winckelmann*<sup>40</sup>)]. Выгода такого способа введенія особенно замѣтна въ случаяхъ острого упадка сердечной дѣятельности, напр., при сердечной астмѣ, или въ теченіи острыхъ заразныхъ болѣзней, а лучше всего—при неравновѣшенныхъ порокахъ 2-створчатой заслонки и микродитѣ. *Winckelmann* наблюдалъ прекрасные результаты отъ внутривенныхъ впрыскиваній 3—4 к. стм. дигалена въ 3-хъ случаяхъ тяжелой пневмоніи съ коллапсомъ. *Pesci* находитъ внутривенныя впрыскиванія особенно полезными при митральномъ суженіи, при сердечно-почечныхъ формахъ, такъ какъ дигаленъ хорошо переносится больными почками. Что касается дозы, то интересно, что оказалось возможнымъ вводить въ вены сразу громаднаго количества дигалена безъ какихъ-либо вредныхъ послѣдствій. *Kottmann* при своихъ впрыскиваніяхъ вводилъ заразъ отъ 4 до 15 к. стм. дигалена (1,2—4,5 грам. *digitoxini solubilis*). Такія дозы подъ кожу и *per os* вводить нельзя, такъ какъ получаются сильная мѣстная реакція и явленія отравленія. При внутривенныхъ-же впрыскиваніяхъ, наоборотъ, только отъ такихъ большихъ дозъ и могутъ получиться благоприятные результаты, такъ какъ все впрыснутое количество обнаруживаетъ сразу свое дѣйствіе, отъ явленій-же отравленія предохраняетъ быстрое выдѣленіе средства (*Kottmann*). Другіе авторы, впрочемъ, впрыскиваютъ меньшія дозы: такъ, *Pesci* находитъ достаточнымъ впрыскивать 3—5 к. стм. заразъ утромъ; по мѣрѣ надобности дозу эту можно повторить. По *Umbert*'у достаточно впрыснуть 2 к. стм.

Въ послѣднее время для замѣны болѣзненныхъ подкожныхъ и требующихъ извѣстнаго навыка и обстановки внутривенныхъ впрыскиваній предложены внутримышечныя впрыскиванія дигалена. По *Haffler*'у они совершенно безболѣзненны. *Eulenburg* впрыскивалъ 1 к. стм. дигалена въ ягодицы или въ разгибавшія мышцы бедра и тоже

\*) Техника ихъ подробно описана у *Kottmann*'а и *Mendel*'а.



говорить, что выпрыскивания эти совершенно безболезненны и не дают никакой местной реакции. Наблюдаемую иногда легкую болезненность легко устранить массажем; действие дигалена наступает быстро.

Въ общемъ, дигаленъ всеми перечисленными авторами былъ испробованъ при всѣхъ органическихъ и неорганическихъ страданіяхъ сердечно-сосудистой системы, при нефритахъ, *Bazedow*’ой болѣзни, при нѣкоторыхъ заразныхъ болѣзняхъ. Лучше всего, оказавшись, онъ дѣйствуетъ при порокахъ 2-створчатой заслонки, особенно при суженіи ея (*Pesce*), но въ далеко зашедшихъ случаяхъ, гдѣ и безъ дигалена въ маломъ кругу давленіе велико, онъ противопоказанъ во избѣжаніе появленія инфарктовъ (*Pesce*); прекрасные результаты получались при сердечно-почечныхъ формахъ, при миокардитахъ, если измѣненія сердечной мышцы не зашли слишкомъ далеко. Правда, и въ этихъ случаяхъ число сердечныхъ сокращеній и пульсовыхъ ударовъ иногда значительно падаетъ, но аритмія и вообще неправильная дѣятельность сердца остаются.

(Продолженіе слѣдуетъ).

СХХV. Изъ терапевтической госпитальной клиники проф. М. Г. Курлова въ Томскомъ Университетѣ.

## Эпидемія желтухи въ Томскѣ.

П. А. Домовицкаго.

Въ концѣ 1904 и въ теченіи 1905 г.г. въ больницу общественнаго призрѣнія въ Томскѣ поступили почти подрядъ нѣсколько больныхъ съ острой желтой атрофіей печени. Эта частота столь рѣдкихъ заболѣваній еще больше бросилась въ глаза послѣ того, какъ въ больницу были переведены въ одинъ день 2 такихъ-же больныхъ изъ городского родильнаго дома. Отмѣчая это явленіе, я въ разговорѣ съ моимъ учителемъ, проф. М. Г. Курловымъ, получилъ указаніе, что въ его практикѣ и амбулаторіи за это же время рѣзко участились случаи катарральныхъ желтухъ. Сопоставляя эти данныя, онъ просилъ меня собрать необходимый въ этомъ отношеніи матеріалъ, дабы выяснитъ, не существуетъ-ли между острыми атрофіями печени и острыми желтухами постояннаго взаимнаго отношенія и не служатъ-ли настоящее увеличеніе числа желтушныхъ больныхъ на приемахъ выраженіемъ имѣющейся въ городѣ эпидеміи? Для рѣшенія этого вопроса необходимо было воспользоваться матеріаломъ Томскихъ амбулаторій; но, въ сожалѣнію, большинство изъ нихъ могло дать мнѣ нужныя данныя только съ 1903 г., такъ какъ только съ этого времени началась въ Томскѣ болѣе или менѣе правильная запись заболѣваній. За 1901 и 1902 г.г., по необходимости, пришлось ограничиться матеріаломъ амбулаторій клиники и Общины Краснаго Креста, гдѣ главнымъ врачомъ состоитъ проф. М. Г. Курловъ, который и представилъ мнѣ всѣ необходимыя свѣдѣнія.

Чтобы доказать рѣзкое увеличеніе случаевъ катарральной желтухи за послѣдній годъ, представляю слѣдующую таблицу острожелтушныхъ заболѣваній, наблюдавшихся какъ въ клинической, такъ и въ другихъ амбулаторіяхъ за 1901—1905 г.г. включительно.

	По даннымъ клиническ. амбулаторіи.	По даннымъ городской амбулаторіи.	всего.
1901	17	—	17
1902	20	—	20
1903	15	26	41
1904	35	85	120
1905	149	687	836

Изъ этой таблицы видно, что до 1904 г. включительно заболѣваемость острой желтухой была сравнительно небольшая: по нашимъ амбулаторнымъ записямъ—отъ 15 до 35 случаевъ въ годъ, по городскимъ—26—85; въ 1905-же г. она оразу повысилась до 149 случаевъ въ клинической и 687 въ городскихъ амбулаторіяхъ. Такимъ образомъ число острыхъ желтухъ въ 1905 г. превысило число такихъ-же заболѣваній 1904 г. въ 7 разъ, а 1903 г. въ 20 разъ. Несомнѣнно, слѣд., что за 1905 г. въ Томскѣ рѣзко участились случаи острой желтухи. Болѣзнь развилась въ видѣ эпидеміи, распространившейся по всему городу и поразившей значительное число жителей.

Чтобы еще нагляднѣе показать рѣзкое и внезапное повышение числа желтушныхъ заболѣваній за 1905 г., я сопоставлю %-ныя отношенія желтушныхъ больныхъ къ общему числу приходящихъ больныхъ госпитальной терапевтической клиники за всѣ годы ея существованія, а именно съ 1895 г. Изъ прилагаемой таблицы видно, что ни за одинъ годъ %-о острожелтушныхъ заболѣваній не достигалъ такой высокой степени, какъ за послѣдній 1905-ый.

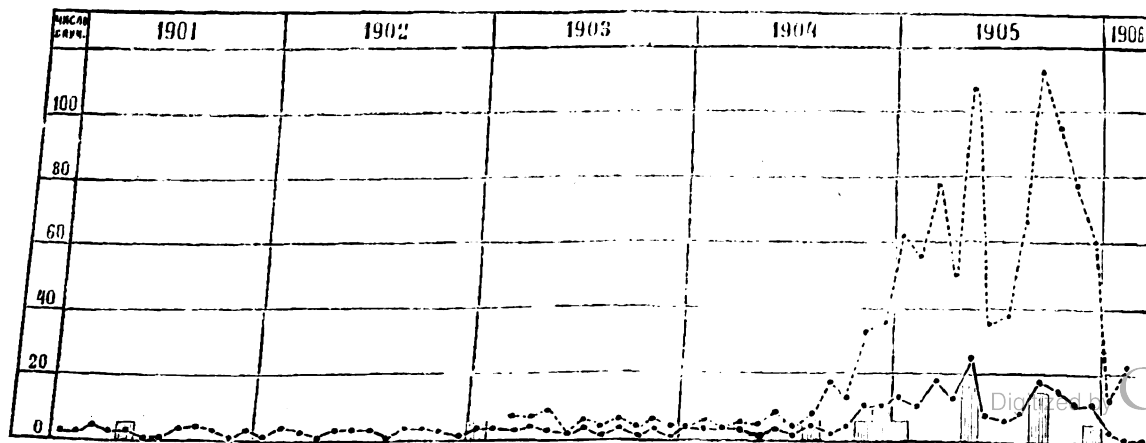
Годы:	Принято:	Изъ нихъ желтушныхъ.	%
1895	1.456	1	0,07
1896	1.724	8	0,5
1897	2.117	1	0,05
1898	3.197	0	0,0
1899	3.800	10	0,3
1900	3.190	8	0,3
1901	4.340	17	0,4
1902	4.504	17	0,4
1903	4.194	13	0,3
1904	2.686	19	0,7
1905	1.461	43	2,9

Приводимая таблица наглядно показываетъ что въ 1905 г., а можетъ быть, и въ 1904 г., въ Томскѣ существовала эпидемія острой желтухи. Что эпидемія эта началась еще въ 1904 г., яснѣе всего обнаружится, если распредѣлитъ матеріалъ по мѣсяцамъ въ отдѣльности.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
1901	1	1	3	2	2	0	0	1	3	1	0	3
1902	1	3	2	0	1	1	2	0	4	3	2	1
1903	2	2	6	6	7	0	3	2	4	3	3	3
1904	1	2	1	3	4	7	2	6	17	13	31	37
1905	62	55	80	50	107	35	37	66	111	96	77	60

Отсюда видно, что съ сентября 1904 г. число желтушныхъ заболѣваній начинаетъ превышать 10—цифру, до которой за всѣ 5 лѣтъ раньше оно не поднималось ни разу; въ январѣ 1905 г. оно равно 62, а въ маѣ достигаетъ уже 107. Въ лѣтніе мѣсяцы (іюнь—іюль) число желтушныхъ заболѣваній значительно понизилось, въ августѣ поднялось снова и достигло своего максимум’а въ сентябрѣ, а затѣмъ хотъ и медленно, но постепенно падало.

Для наглядности представляю эти данныя на кривой, которая очень напоминаетъ кривую, приведенную д-ромъ *Hennig*’омъ<sup>1)</sup> въ его статьѣ объ эпидемической желтухѣ.



Появление на амбулаторных приемах одновременно большого числа желтушных больных, в виду рвкости признака болезни, уже давно обращало на себя внимание врачей, и эпидемия желтухи поэтому описывается уже издавна, почти с начала 18-го столетия. Так *Hennig* привел 86 больших и малых эпидемий, собранных им из литературы. Из этих эпидемий только 8 распространялись очень широко, большинство же имело лишь местное, ограниченное распространение — по отдельным семьям, домам, тюрьмам, казармам, пансионатам. Только 5 из этих эпидемий длились значительное время — от 7 до 13 мѣс., остальные же были гораздо короче. 26 эпидемий наблюдались исключительно среди военных, 6 были смешанными — как среди военного, так и среди гражданского населения, а остальные — исключительно среди гражданского. Сравнительная частота описанных эпидемий среди военных объясняется, вѣроятно, тѣмъ, что военные команды болѣе доступны наблюдению.

Эпидемия желтух принимает иной раз очень широкое распространение. Такъ, въ 1-ый годъ С.-Американской войны было занесено въ списки 10929 случаев желтухи съ 40 смертельными исходами. Въ француско-прусскую войну въ 1-мъ баварскомъ корпусѣ заболѣли желтухой съ февраля по май 2,4 % всей команды. Течение болезни въ большинствѣ случаевъ было благоприятное, напоминая простую безлихорадочную желтуху; главнымъ признакомъ болезни была только желтуха, выраженная иногда даже очень слабо. Другія эпидемии по течению были очень злокачественны и напоминали собою *Weil*-евскую заразную желтуху; особенно сильно страдали беременныя и роженицы, при чемъ очень многія изъ нихъ погибли<sup>2)</sup>.

Чѣмъ характеризуется Томская эпидемия желтухи, представляла-ли она картину простой катаральной желтухи, или ближе подходила къ формѣ, описанной *Weil*-емъ? — сказать дов. трудно, ибо первоначальное представление о *Weil*-евской формѣ за послѣднее время настолько смѣшалось, что для того, чтобы быть понятнымъ далѣе, необходимо сдѣлать нѣсколько поясненій. Для большей ясности, я позволю себѣ въ самыхъ краткихъ чертахъ напомнить, что мы понимаемъ теперь подъ *Weil*-евской формой.

Болезнь *Weil*-а была описана въ 1886 г. Авторомъ приведены 4 истории болезни, изъ коихъ лишь 2 были его собственныя, относившихся къ 1882 г. Болезнь охарактеризована, какъ своеобразная болезненная форма съ желтухой, лихорадкой, опуханиемъ селезенки, явлениями со стороны почекъ и центральной нервной системы. *Weil* высказалъ предположеніе, что, быть можетъ, это есть заболѣвание *suī generis*, хотя по общему своему характеру оно ближе всего подходитъ къ брюшному тифу, осложненному желтухой и нефритомъ. На это сообщеніе какъ-то сразу обратили вниманіе, и вскорѣ появился цѣлый рядъ работъ о новой заразной болѣзни. Доказывали, что болѣзнь извѣстна была еще гораздо раньше описанія ея *Weil*-емъ, что желчный тифозъ *Griesinger*-а долженъ быть отнесенъ къ эпидемической формѣ желтухи, а не къ возвратному тифу, какъ это доказывали д-ра *Любимовъ*, *Гейденрейхъ* и др., и въ концѣ концовъ всѣ формы эпидемической желтухи отождествили съ *Weil*-евской болѣзью, а проф. *Васильевъ*<sup>3)</sup> предложилъ называть всѣ относящіяся сюда формы, включая и *Weil*-евскую, вообще заразными желтухами.

При такомъ положеніи дѣла вполне естественно, что вопросъ о самостоятельности *Weil*-евской формы можетъ быть рѣшенъ лишь на основаніи этиологии; но, къ сожалѣнію, въ этомъ отношеніи имѣется еще очень мало изслѣдованій, которыя къ тому же противорѣчатъ одно другому.

Наиболѣе обстоятельной работой по вопросу о возбудителяхъ разбираемой болѣзни считается работа *Jaeger*-а<sup>4)</sup>, который нашелъ, что эпидемическая желтуха зависитъ отъ зараженія *proteus fluorescens*, найденнымъ имъ у больныхъ во время одной эпидемии среди военного гарнизона въ Ульмѣ, гдѣ эта болѣзнь встрѣчалась и раньше дов. часто. Ему удалось изслѣдовать микроскопически и бактериологически органы 2-хъ умершихъ отъ этой болѣзни, а также кровь и мочу у 6 больныхъ.

Нѣсколько позднѣе у такихъ-же больныхъ *Freund*-а<sup>5)</sup> нашелъ бактерію также изъ рода *proteus*, хотя и не вполне сходную съ *Jaeger*-овскими.

*Banti*<sup>6)</sup> въ 1 случаѣ заразной желтухи добылъ изъ селезенки больного бактерію, напоминающую *Friedländer*-

овскую диплобациллу. Въ тяжелыхъ формахъ желтухи многочисленными авторами были находимы: кишечная палочка, стрептококкъ, желтый стафилококкъ друг. Изъ работъ русскихъ изслѣдователей отмѣчу обстоятельную диссертацию *А. А. Вьюжолова*<sup>7)</sup>. Д-ръ *Вьюжоловъ* произвелъ бактериологическое изслѣдованіе въ 29 случаяхъ заразныхъ желтухъ у больныхъ Обуховской мужской больницы, при чемъ у 22 онъ нашелъ въ крови и главнымъ образомъ въ сокѣ печени бѣлаго гроздекокка и лишь въ 2-хъ случаяхъ бактерію изъ рода *proteus*. Мой матеріалъ въ отношеніи бактериологическомъ указаній дать не можетъ, такъ какъ вълѣдствіе условій больничной обстановки заняться изслѣдованіемъ этого вопроса въ свое время было невозможно.

Такимъ образомъ на основаніи имѣющагося въ литературѣ матеріала можно пока только сказать, что полученные данныя противорѣчатъ другъ другу и, слѣд., для отличія *Weil*-евской желтухи отъ другихъ т. наз. заразныхъ желтухъ остаются одни лишь клиническіе признаки и особенности течения эпидемии.

Томская эпидемія длилась не менѣе 16 мѣс. съ сентября до конца 1904 г. и весь 1905 г. Въ 1906 г. число желтушныхъ заболѣваній съ января сразу упало, хотя число желтушныхъ больныхъ все же было немного больше, чѣмъ прежде, а именно: въ январѣ 13 и февралѣ 23.

По числу заболѣваній эпидемія эта представляется чрезвычайно сильной. За указанное время желтушныхъ больныхъ было принято въ амбулаторіяхъ 934, изъ нихъ 376 мужчинъ (40,2%) и 558 женщинъ (59,8%). Считая приблизительно населеніе Томска въ 60000, выходитъ, что 1,5% населенія были поражены желтухой. До такой высоты не доходила въ Томскѣ ни одна эпидемія брюшного тифа, и по числу заболѣваній эта эпидемія можетъ быть сравнена лишь съ холерой 1892 г.

Молодой возрастъ далъ наибольшій % заболѣвшихъ, а именно: до 1 г. 0,3%, до 10 л. 4,2%, до 20 л. 23%, до 30 л. 33,9%, до 40 л. 22,1%, остальные 16,5% больныхъ выпадаютъ по возрастамъ свыше 40 л.

Что касается распространенія заболѣваній по городу, то можно указать, что части его, наиболѣе плохія въ гигиеническомъ отношеніи, дали и наибольшій % заболѣваній: 1-ый участокъ — 15,5%, 2-ой — 16,1%, 3-ий — 12,3%, 4-ий — 31,7%, 5-ый — 17,4%.

На долю пріѣзжихъ изъ окрестностей города падаетъ 3,3%. Очевидно, такимъ образомъ, что эпидемія эта не сосредоточивалась только среди городского населенія, а захватила и сосѣднія деревни. Указывать на тѣ или другія улицы, давшія наибольшее число заболѣваній, я не буду, такъ какъ въ настоящее время я не могу еще воспользоваться данными послѣдней въ Томскѣ переписи и почерпнуть оттуда свѣдѣнія о числѣ живущихъ по улицамъ; нельзя однако, обойти молчаніемъ того обстоятельства, что повторныя поступленія изъ однихъ и тѣхъ-же домовъ наблюдались нерѣдко. Изъ 812 домовъ, изъ коихъ поступали больные, отмѣчены 83 дома съ повторными поступленіями, или 10,2%. Дома эти дали 205 больныхъ или по 2,4 чел. въ среднемъ на домъ. Maximum заболѣваній былъ въ 2-хъ домахъ по 6 чел. и въ 3-хъ — по 5.

Течение болезни было очень разнообразное, начиная отъ самыхъ легкихъ случаевъ, когда болѣзнь безъ труда переносилась на ногахъ, и до самыхъ тяжелыхъ, кончавшихся въ нѣсколько дней смертью. Начало болѣзни какъ въ легкихъ случаяхъ, такъ и въ смертельныхъ было дов. однообразное. Такое заключеніе я дѣлаю на основаніи того, что мнѣ приходилось видѣть самому, а также и потому, что нерѣдко больные острой атрофіей печени поступали въ больницу общественнаго призрѣнія съ записками отъ практикующихъ врачей, гдѣ обозначалось, что они страдаютъ катаральной желтухой.

Температура почти во всѣхъ случаяхъ была повышенная, особенно въ началѣ заболѣванія. Это повышеніе обычно не было значительнымъ: 38°—39° и держалось отъ 3-хъ до 7—8 дней. Увеличеніе селезенки наблюдалось очень часто; почти у всѣхъ больныхъ она прощупывалась. Что касается содержанія бѣлка въ мочѣ, то изъ 34 больныхъ, пользовавшихся въ эту эпидемію въ больницѣ обществен-

наго прирѣвнѣ, оно отмѣчено у 6, т. е. въ 17,6%. Какъ часто бѣлокъ былъ въ мочѣ у приходящихъ больныхъ, сказать нельзя, за отсутствіемъ данныхъ. Общее состояніе больныхъ было угнетенное, переходившее въ полное безсознательное, иногда съ припадками бреда, исключительно, однако, въ случаяхъ, закончившихся острой желтой атрофіей печени. Исходы болѣзни въ большинствѣ случаевъ были благоприятные. Смертельные случаи наблюдались сравнительно рѣдко, при чемъ нельзя было не замѣтить, что тяжелою формою желтухи поражались только женщины и при томъ исключительно или беременныя, или же вскорѣ послѣ родовъ. Изъ 25 женщинъ, поступившихъ въ больницу за это время съ острою желтухой, 11 были беременны, 2—въ послѣродовомъ состояніи, и у всѣхъ у нихъ была острая атрофія печени; остальные-же 12, небеременные, не дали тяжелыхъ желтухъ ни въ одномъ случаѣ. Добавлю, что всѣ 11 беременныхъ были во 2-ой половинѣ беременности; у 5 изъ нихъ наступили преждевременныя роды и выкидыши, при чемъ 2 выпалили—одна поправившейся, а другая на пути къ выздоровленію; 5 умерла до разрѣшенія беременности, и 1 была увезена домой безъ всякой надежды на улучшеніе. Такъ какъ за время описываемой эпидеміи ни въ одной изъ больницъ города не было отмѣчено случаевъ смерти отъ желтухи, то общій % смертности во время этой эпидеміи опредѣляется въ 0,6%; при этомъ изъ мужчинъ не умеръ никто, женщины же дали 1,1%. Такъ какъ умирали исключительно беременныя, захворавшія желтухой, а именно изъ 13 беременныхъ умерли 6, то опасность заболѣванія желтухой въ этомъ состояніи выражается грозною цифрой въ 46,1%.

Проматривая отчеты терапевтической госпитальной и акушерско-гинекологической клиникъ и патолого-анатомическаго института въ Томскѣ за все время ихъ существованія, можно было видѣть, что до настоящей эпидеміи острая желтая атрофія печени встрѣчалась въ Томскѣ очень рѣдко, а именно: въ 1898 г. былъ 1 случай въ акушерской клиникѣ и въ 1901 и 1903 гг. по 1 случаю въ терапевтической госпитальной клиникѣ. Если занести на вышеприведенную кривую и случаи острой атрофіи печени (см. кривую), то получимъ заслуживающее вниманіе совпаденіе: въ 1901 и 1903 г., когда число желтушныхъ заболѣваній было небольшое, острая атрофія печени отмѣчена только 2 раза; въ 1904—1905 гг., во время развитія эпидемической желтухи, было много случаевъ и острыхъ атрофій печени; мало того, наибольшему подъему кривой желтухи въ маѣ и сентябрѣ соответствуетъ и наибольшее число случаевъ атрофій печени. Отсюда, мнѣ кажется, ясно обнаруживается несомнѣнная связь между эпидемическою желтухой и острой атрофіей печени. Можно сказать, что эпидемическая желтуха, протекающая при обычныхъ условіяхъ благоприятно, во время беременности и въ послѣродовомъ періодѣ выливается въ тяжелую форму острой желтой атрофій печени. Эта связь атрофій печени съ катарральной желтухой была отмѣчена еще покойнымъ проф. С. П. Боткинъ<sup>8)</sup>, который въ одной изъ своихъ лекцій говорилъ: «въ какомъ отношеніи находится этотъ послѣдній, темный еще для насъ, процессъ (острая атрофія печени) къ катарральной желтухѣ, это—вопросъ будущаго, и, если-бы мнѣ кто-нибудь сказалъ, что острая желтая атрофія печени есть только высшая степень тѣхъ измѣненій, которыя мы имѣемъ при катарральной желтухѣ, то я не сталъ-бы возражать на это».

Источники: 1. A. Hennig. Ueber epidemischen Icterus. «Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge», 1888 г., № 8, стр. 89.—2. Nothnagel. Die Krankheit d. Leber. «Specielle Pathologie u. Therapie», т. XVIII, стр. 151.—3. Васильевъ. Инфекционная желтуха. «Клиническая Газета Боткина», 1888 г.—4. Jaeger. «Zeitschrift f. Hygiene und Infektionskrankheiten», 1892 г., т. 12, стр. 525.—5. Freund. «Wiener medicinische Wochenschrift», 1893 г., № 11—14.—6. Banti. «Deutsche medicinische Wochenschrift», 1895 г., № 31.—7. А. А. Ломовицкій. Къ патологіи острыхъ инфекционныхъ желтухъ. Петербургская диссертация, 1900 г.—8. С. П. Боткина. Клиническія лекціи 1891 г., вып. 3, стр. 118.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

### Нъ вопросу объ устройствѣ новой грязелѣчебницы въ Ессентукахъ.

Вопросъ этотъ мнѣ представляется настолько существеннымъ и сложнымъ, что рациональное рѣшеніе его я допускаю только путемъ коллегіальнаго его обсужденія. Позволю себѣ, съ своей стороны, въ качествѣ врача, завѣдующаго грязелѣченіемъ въ Ессентукахъ, представить на разсмотрѣніе товарищей нижеслѣдующій проектъ, который, не исчерпывая вопроса, имѣетъ въ виду намѣтить лишь главнѣйшіе пункты его рѣшенія. Проектъ этотъ былъ доложенъ 7/чп 1906 г. Собранію врачей Ессентукской группы, при чемъ почти всѣ положенія его были приняты Собраніемъ безъ измѣненій.

1. Грязелѣчебница должна быть построена съ такимъ расчетомъ, чтобы въ день можно было отпускать ваннъ, по крайней мѣрѣ, вътрое больше противъ теперешняго количества ихъ, т. е. вмѣсто 26 ваннъ въ часъ, какъ это дѣлается теперь, можно было-бы располагать одновременно (круглыми счетомъ) 80 ваннами. Въ настоящее время въ грязелѣчебницѣ въ день пользуются: 77 больныхъ въ помѣщеніяхъ для мѣстныхъ ваннъ, 77 больныхъ—въ старомъ стрѣномъ зданіи и 132—въ Николаевскихъ ваннахъ, всего 286; тогда-же ими могутъ пользоваться 880. Цифра эта вовсе не велика. По моему, она даже минимальна: воздвигая зданіе новой грязелѣчебницы, нужно разсчитывать не на данное время, а на прогрессивный ростъ дѣла грязелѣченія въ Ессентукахъ. На основаніи личнаго наблюденія за послѣдніе 3 сезона я могу съ увѣренностью сказать, что Ессентуки становятся женскимъ курортомъ по преимуществу. И это значеніе ихъ, при устройствѣ грязелѣчебницы, разсчитанной на широкіе круги публики, будетъ неминуемо расти изъ года въ годъ. Даже теперь, не смотря на всѣ неурядицы и весь ужасъ переживаемаго нами смутнаго времени на Руси, наплывъ больныхъ въ Ессентуки неминуемо уступаетъ прошлогоднему. Когда-же русская жизнь войдетъ въ свою нормальную колею, несомнѣнно, и на Ессентукахъ отразится тотъ подъемъ силъ и энергіи, которыя явятся на сѣнѣ нынѣшнему упадку духа, боязни и апатіи. Правда, пріѣздъ сюда больныхъ будетъ до известной степени регулироваться работоспособностью 2-хъ Ессентукскихъ источниковъ №№ 17-го и 4-го, но это относится далеко не ко всѣмъ «курсовымъ»; несомнѣнно, и въ настоящее время имѣется значительный контингентъ больныхъ, особенно женщинъ, пріѣзжающихъ сюда не ради №№ 17-го и 4-го, а именно ради другихъ сторонъ, представляемыхъ Ессентукскимъ курортомъ,—главнымъ образомъ, изъ-за грязелѣченія, и съ теченіемъ времени число такихъ больныхъ неминуемо должно сильно возрасти, особенно если грязелѣченіе здѣсь будетъ поставлено на высоту, подобающую этому могущественному агенту физическаго способствія лѣченія.

2. Зданіе грязелѣчебницы должно быть каменное, одноэтажное, крытое не жѣлѣзомъ, а черепицей, во избѣжаніе накаливанія крыши во время сильныхъ жаровъ.

3. Кабины всѣ должны быть одного типа, устроены и обставлены совершенно одинаково. Я принципиально противъ всякаго дѣленія больныхъ на классы. Не богатый, и бѣдный, должны пользоваться одними и тѣми-же удобствами лѣченія. Каждая кабина состоитъ изъ 2-хъ комнатъ: ванной и раздѣвальной. Обстановку раздѣвальной составляютъ: кушетка, туалетный столикъ съ зеркаломъ, вѣшалка, стулъ и плевательница; вся мебель—исключительно деревянная, выкрашенная въ прочную бѣлую, масляную краску. Въ ванной комнатѣ, кромѣ 2-хъ ваннъ, имѣется душъ. Наиболее прочны, наиболее отвѣчаютъ требованіямъ гигиены и эстетики ванны фаянсовые; наиболее антигигиеничны ванны деревянные. Въ фаянсовыхъ ваннахъ грязь, правда, стываетъ скорѣе, чѣмъ въ деревянныхъ; чтобы избѣжать этого неудобства, такія ванны нужно окружать измѣнниками.

4. Кабины сообщаются съ выпотѣвальными, которыя должны быть устроены съ такимъ расчетомъ, чтобы въ нихъ могли свободно и просторно размѣститься не только всѣ больные, принимающіе въ данный моментъ ванны, но и нѣкоторый излишокъ противъ этого числа, въ виду того, что слабые больные или такіе, которымъ будетъ предписано потѣть болѣе часа, не смогутъ управиться къ тому времени, когда подосѣдетъ новая партия больныхъ. Въ выпотѣвальныхъ больные переходятъ изъ кабинъ въ одномъ бѣлѣ. Вся мебель въ выпотѣвальныхъ выкрашена въ бѣлую масляную краску. Тюфяки и подушки имѣютъ клеенчатые чехлы изъ бѣлой вѣксатиновой клеенки. Выпотѣвальные снабжены въ достаточномъ количествѣ бѣлыми и теплыми одѣялами. Плата за бѣлье и одѣяла должна входить въ плату за билетъ. Между кроватями выпотѣвальныхъ находятся легкія деревянные ширмы, выкрашенные въ бѣлую масляную краску. Во избѣжаніе струй холоднаго воздуха отъ оконъ, свѣтъ въ выпотѣвальныхъ долженъ падать сверху черезъ люки, какъ въ судовыхъ каютъ-кампаніяхъ; стекла въ люкахъ должны быть цѣльныя, что будетъ способствовать успокоенію нервовъ больныхъ.

Появление на амбулаторных приемах одновременно большого числа желтушных больных, в виду резкости признака болезни, уже давно обращало на себя внимание врачей, и эпидемия желтухи поэтому описывается уже с издавна, почти с начала 18-го столетия. Так *Hennig* привел 86 больших и малых эпидемий, собранных им из литературы. Из этих эпидемий только 8 распространялись очень широко, большинство же имело лишь местное, ограниченное распространение — по отдельным семьям, домам, тюрьмам, казармам, пансионатам. Только 5 из этих эпидемий длились значительное время — от 7 до 13 мес., остальные же были гораздо короче. 26 эпидемий наблюдались исключительно среди военных, 6 были смешанными — как среди военного, так и среди гражданского населения, а остальные — исключительно среди гражданского. Сравнительная частота описанных эпидемий среди военных объясняется, вероятно, тем, что военные команды более доступны наблюдению.

Эпидемия желтух принимает иной раз очень широкое распространение. Так, в 1-ый год С.-Американской войны было занесено в списки 10929 случаев желтухи с 40 смертельными исходами. В франко-прусскую войну в 1-м баварском корпусе заболели желтухой с февраля по май 2,4 % всей команды. Течение болезни в большинстве случаев было благоприятное, напоминая простую безлихорадочную желтуху; главным признаком болезни была только желтуха, выраженная иногда даже очень слабо. Другие эпидемии по течению были очень злокачественны и напоминали собою *Weil*'евскую заразную желтуху; особенно сильно страдали беременные и роженицы, при чем очень многие из них погибли<sup>2)</sup>.

Чем характеризуется Томская эпидемия желтухи, представляла ли она картину простой катаральной желтухи, или ближе подходила к форме, описанной *Weil*'ем? — сказать дов. трудно, ибо первоначальное представление о *Weil*'евской форме за последнее время настолько сменилось, что для того, чтобы быть понятным далее, необходимо сделать несколько пояснений. Для большей ясности, я позволю себе в самых кратких чертах напомнить, что мы понимаем теперь под *Weil*'евской формой.

Болезнь *Weil*'а была описана в 1886 г. Автором приведены 4 истории болезни, из коих лишь 2 были его собственными, относившимися к 1882 г. Болезнь охарактеризована, как своеобразная болезненная форма с желтухой, лихорадкой, опуханием селезенки, явлениями со стороны почек и центральной нервной системы. *Weil* высказал предположение, что, быть может, это есть заболевание *sui generis*, хотя по общему своему характеру оно ближе всего подходит к брюшному тифу, осложненному желтухой и нефритом. На это сообщение как-то сразу обратили внимание, и вскоре появился целый ряд работ о новой заразной болезни. Доказывали, что болезнь известна была еще гораздо раньше описания ее *Weil*'ем, что желчный тиф — *Griesinger*'а должен быть отнесен к эпидемической форме желтухи, а не к возвратному тифу, как это доказывали д-ра *Любимов*, *Гейденрейх* и др., и в конце концов все формы эпидемической желтухи отождествили с *Weil*'евской болезнью, а проф. *Васильев*<sup>3)</sup> предложил называть все относящиеся сюда формы, включая и *Weil*'евскую, вообще заразными желтухами.

При таком положении дела вполне естественно, что вопрос о самостоятельности *Weil*'евской формы может быть решен лишь на основании этиологии; но, к сожалению, в этом отношении имеем еще очень мало исследований, которые к тому же противоречат одно другому.

Наиболее обстоятельной работой по вопросу о возбудителях разбираемой болезни считается работа *Jaeger*'а<sup>4)</sup>, который нашел, что эпидемическая желтуха зависит от заражения *proteus fluorescens*, найденным им у больных во время одной эпидемии среди военного гарнизона в *Ulm*'е, где эта болезнь встречалась и раньше дов. часто. Ему удалось исследовать микроскопически и бактериологически органы 2-х умерших от этой болезни, а также кровь и мочу у 6 больных.

Несколько позднее у таких же больных *Freund*'а<sup>5)</sup> нашел бактерии также из рода *proteus*, хотя и не вполне сходные с *Jaeger*'овскими.

*Banti*<sup>6)</sup> в 1 случае заразной желтухи добыл из селезенки больного бактерию, напоминающую *Friedländer*'-

овскую диплобациллу. В тяжелых формах желтухи многочисленными авторами были находимы: кишечная палочка, стрептококк, желтый стафилококк и др. Из работ русских исследователей отичу обстоятельную диссертацию *А. А. Бялоногова*<sup>7)</sup>. Д-р *Бялоногов* произвел бактериологическое исследование в 29 случаях заразных желтух у больных Обуховской мужской больницы, при чем у 22 он нашел в крови и главным образом в соке печени блага гроздековка и лишь в 2-х случаях бактерий из рода *proteus*. Мой материал в отношении бактериологическом указаний дать не может, так как вследствие условий больничной обстановки заняться исследованием этого вопроса в свое время было невозможно.

Таким образом на основании имеющегося в литературе материала можно пока только сказать, что полученные данные противоречат друг другу и, след., для отличия *Weil*'евской желтухи от других т. наз. заразных желтух остаются одни лишь клинические признаки и особенности течения эпидемии.

Томская эпидемия длилась не менее 16 мес. с сентября до конца 1904 г. и весь 1905 г. В 1906 г. число желтушных заболеваний с января сразу упало, хотя число желтушных больных все же было немного больше, чем прежде, а именно: в январе 13 и феврале 23.

По числу заболеваний эпидемия эта представляется чрезвычайно сильной. За указанное время желтушных больных было принято в амбулаториях 934, из них 376 мужчин (40,2%) и 558 женщин (59,8%). Считая приблизительно население Томска в 60000, выходит, что 1,5% населения были поражены желтухой. До такой высоты не доходила в Томске ни одна эпидемия брюшного тифа, и по числу заболеваний эта эпидемия может быть сравнена лишь с холерой 1892 г.

Молодой возраст дал наибольший % заболевших, а именно: до 1 г. 0,3%, до 10 л. 4,2%, до 20 л. 23%, до 30 л. 33,9%, до 40 л. 22,1%, остальные 16,5% больных распределяются по возрастам свыше 40 л.

Что касается распространения заболеваний по городу, то можно указать, что части его, наиболее плохие в гигиеническом отношении, дали и наибольший % заболеваний: 1-ый участок — 15,5%, 2-ой — 16,1%, 3-ий — 12,3%, 4-ый — 31,7%, 5-ый — 17,4%.

На долю приезжих из окрестностей города падает 3,3%. Очевидно, таким образом, что эпидемия эта не сосредоточивалась только среди городского населения, а захватила и соседние деревни. Указывать на т. или другую улицу, давшую наибольшее число заболеваний, я не буду, так как в настоящее время я не могу еще воспользоваться данными последней в Томске переписи и почерпнуть оттуда сведения о числе живущих по улицам; нельзя однако, обойти молчанием того обстоятельства, что повторные поступления из одних и тех же домов наблюдались нередко. Из 812 домов, из коих поступали больные, отмечены 83 дома с повторными поступлениями, или 10,2%. Дома эти дали 205 больных или по 2,4 чел. в среднем на дом. Maximum заболеваний был в 2-х домах по 6 чел. и в 3-х — по 5.

Течение болезни было очень разнообразное, начиная от самых легких случаев, когда болезнь без труда переносилась на ногах, и до самых тяжелых, кончавшихся в несколько дней смертью. Начало болезни как в легких случаях, так и в смертельных было дов. однообразное. Такое заключение я делаю на основании того, что мне приходилось видеть самому, а также и потому, что нередко больные острой атрофией печени поступали в больницу общественного призрения с записками от практикующих врачей, где обозначалось, что они страдают катаральной желтухой.

Температура почти во всех случаях была повышенной, особенно в начале заболевания. Это понижение обычно не было значительным: 38°—39° и держалось от 3-х до 7—8 дней. Увеличение селезенки наблюдалось очень часто; почти у всех больных она прощупывалась. Что касается содержания блага в моче, то из 34 больных, пользовавшихся в эту эпидемию в больнице обществен-



наго прирѣнія, оно отмѣчено у 6, т. е. въ 17,6%. Какъ часто бѣлокъ былъ въ мочѣ у приходящихъ больныхъ, сказать нельзя, за отсутствіемъ данныхъ. Общее состояніе больныхъ было угнетенное, переходившее въ полное безсознательное, иногда съ припадками бреда, исключительно, однако, въ случаяхъ, закончившихся острой желтой атрофіей печени. Исходы болѣзни въ большинствѣ случаевъ были благоприятные. Смертельные случаи наблюдались сравнительно рѣдко, при чемъ нельзя было не замѣтить, что тяжелою формою желтухи поражались только женщины и при томъ исключительно или беременныя, или же вскорѣ послѣ родовъ. Изъ 25 женщинъ, поступившихъ въ больницу за это время съ острою желтухой, 11 были беременны, 2—въ послѣродовомъ состояніи, и у всѣхъ у нихъ была острая атрофія печени; остальные же 12, небеременные, не дали тяжелыхъ желтухъ ни въ одномъ случаѣ. Добавлю, что всѣ 11 беременныхъ были во 2-ой половинѣ беременности; у 5 изъ нихъ наступили преждевременныя роды и выкидыши, при чемъ 2 выписались—одна поправившейся, а другая на пути къ выздоровленію; 5 умерли до разрѣшенія беременности, и 1 была увезена домой безъ всякой надежды на улучшеніе. Такъ какъ за время описываемой эпидеміи ни въ одной изъ больницъ города не было отмѣчено случаевъ смерти отъ желтухи, то общій % смертности во время этой эпидеміи опредѣляется въ 0,6%; при этомъ изъ мужчинъ не умеръ никто, женщины же дали 1,1%. Такъ какъ умирали исключительно беременныя, захворавшія желтухой, а именно изъ 13 беременныхъ умерли 6, то опасность заболѣванія желтухой въ этомъ состояніи выражается грозною цифрой въ 46,1%.

Просматривая отчеты терапевтической госпитальной и акушерско-гинекологической клиникъ и патолого-анатомическаго института въ Томскѣ за все время ихъ существованія, можно было видѣть, что до настоящей эпидеміи острая желтая атрофія печени встрѣчалась въ Томскѣ очень рѣдко, а именно: въ 1898 г. былъ 1 случай въ акушерской клиникѣ и въ 1901 и 1903 гг. по 1 случаю въ терапевтической госпитальной клиникѣ. Если занести на вышеприведенную кривую и случаи острой атрофіи печени (см. кривую), то получимъ заслуживающее вниманія совпаденіе: въ 1901 и 1903 г., когда число желтушныхъ заболѣваній было небольшое, острая атрофія печени отмѣчена только 2 раза; въ 1904—1905 гг., во время развитія эпидемической желтухи, было много случаевъ и острыхъ атрофій печени; мало того, наибольшему подъему кривой желтухи въ маѣ и сентябрѣ соотвѣтствуетъ и наибольшее число случаевъ атрофіи печени. Отсюда, мнѣ кажется, ясно обнаруживается несомнѣнная связь между эпидемическою желтухой и острой атрофіей печени. Можно сказать, что эпидемическая желтуха, протекающая при обычныхъ условіяхъ благоприятно, во время беременности и въ послѣродовомъ періодѣ выливается въ тяжелую форму острой желтой атрофіи печени. Эта связь атрофіи печени съ катарральной желтухой была отмѣчена еще покойнымъ проф. С. П. Боткинъ<sup>8)</sup>, который въ одной изъ своихъ лекцій говорилъ: «въ какомъ отношеніи находится этотъ послѣдній, темный еще для насъ, процессъ (острая атрофія печени) къ катарральной желтухѣ, это—вопросъ будущаго, и, если-бы мнѣ кто-нибудь сказалъ, что острая желтая атрофія печени есть только высшая степень тѣхъ измѣненій, которыя мы имѣемъ при катарральной желтухѣ, то я не сталъ-бы возражать на это».

Источники: 1. А. Hennig. Ueber epidemischen Icterus. «Volkman's Sammlung klinischer Vorträge», 1888 г., № 8, стр. 89.—2. Nothnagel. Die Krankheit d. Leber. «Specielle Pathologie u. Therapie», т. XVIII, стр. 151.—3. Васильевъ. Инфекционная желтуха. «Клиническая Газета Боткина», 1888 г.—4. Jaeger. «Zeitschrift f. Hygiene und Infektionskrankheiten», 1892 г., т. 12, стр. 525.—5. Freund. «Wiener medicinische Wochenschrift», 1893 г., № 11—14.—6. Banti. «Deutsche medicinische Wochenschrift», 1895 г., № 31.—7. А. А. Блюголюевъ. Къ патологіи острыхъ инфекционныхъ желтухъ. Петербургская диссертация, 1900 г.—8. С. П. Боткинъ. Клиническія лекціи 1891 г., вып. 3, стр. 118.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

### Къ вопросу объ устройствѣ новой грязелѣчебницы въ Ессентукахъ.

Вопросъ этотъ мнѣ представляется настолько существеннымъ и сложнымъ, что рациональное рѣшеніе его я допускаю только путемъ коллегіальнаго его обсужденія. Позволю себѣ, съ своей стороны, въ качествѣ врача, завѣдующаго грязелѣченіемъ въ Ессентукахъ, представить на разсмотрѣніе товарищей нижеслѣдующій проектъ, который, не исчерпывая вопроса, имѣетъ въ виду намѣтить лишь главнѣйшіе пункты его рѣшенія. Проектъ этотъ былъ доложенъ 7/чп 1906 г. Собранію врачей Ессентукской группы, при чемъ почти всѣ положенія его были приняты Собраніемъ безъ измѣненій.

1. Грязелѣчебница должна быть построена съ такимъ расчетомъ, чтобы въ день можно было отпускать ваннъ, по крайней мѣрѣ, втрое больше противъ теперешняго количества ихъ, т. е. вмѣсто 26 ваннъ въ часъ, какъ это дѣлается теперь, можно было-бы располагать одновременно (круглыми счетомъ) 80 ваннами. Въ настоящее время въ грязелѣчебницѣ въ день пользуются: 77 больныхъ въ помѣщеніяхъ для мѣстныхъ ваннъ, 77 больныхъ—въ старомъ стѣнномъ зданіи и 132—въ Николаевскихъ ваннахъ, всего 286; тогда-же ими могутъ пользоваться 880. Цифра эта вовсе не велика. По моему, она даже минимальна: воздвигая зданіе новой грязелѣчебницы, нужно разсчитывать не на данное время, а на прогрессивный ростъ дѣла грязелѣченія въ Ессентукахъ. На основаніи личнаго наблюденія за послѣдніе 3 сезона я могу съ увѣренностью сказать, что Ессентуки становятся женскимъ курортомъ по преимуществу. И это значеніе ихъ, при устройствѣ грязелѣчебницы, разсчитанной на широкіе круги публики, будетъ неминуемо расти изъ года въ годъ. Даже теперь, не смотря на всѣ неурядицы и весь ужасъ переживаемаго нами смутнаго времени на Руси, наплывъ больныхъ въ Ессентуки немногимъ уступаетъ прошлогоднему. Когда-же русская жизнь войдетъ въ свою нормальную колею, несомнѣнно, и на Ессентукахъ отразится тотъ подъемъ силъ и энергіи, которыя явятся на смѣну нынѣшнему упадку духа, боязни и апатіи. Правда, пріѣздъ сюда больныхъ будетъ до нѣкоторой степени регулироваться работоспособностью 2-хъ Ессентукскихъ источниковъ №№ 17-го и 4-го, но это относится далеко не ко всѣмъ «курсовымъ»; несомнѣнно, и въ настоящее время имѣется значительный контингентъ больныхъ, особенно женщинъ, пріѣзжающихъ сюда не ради №№ 17-го и 4-го, а именно ради другихъ сторонъ, представляемыхъ Ессентукскимъ курортомъ,—главнымъ образомъ, изъ-за грязелѣченія, и съ теченіемъ времени число такихъ больныхъ неминуемо должно сильно возрасти, особенно если грязелѣченіе здѣсь будетъ поставлено на высоту, подобающую этому могущественному агенту физическихъ способовъ лѣченія.

2. Зданіе грязелѣчебницы должно быть каменное, одноэтажное, крытое не жѣлѣзомъ, а черепицей, во избѣжаніе накаливанія крыши во время сильныхъ жаровъ.

3. Кабины всѣ должны быть одного типа, устроены и обставлены совершенно одинаково. Я принципиально противъ всякаго дѣленія больныхъ на классы. И богатый, и бѣдный, должны пользоваться одними и тѣми-же удобствами лѣченія. Каждая кабина состоитъ изъ 2-хъ комнатъ: ванной и раздѣвальной. Обстановку раздѣвальной составляютъ: кушетка, туалетный столикъ съ зеркаломъ, вѣшалка, стулъ и плетельница; вся мебель—исключительно деревянная, покрашенная въ прочную бѣлую, масляную краску. Въ ванной комнатѣ, кромѣ 2-хъ ваннъ, имѣется душъ. Наибольше прочны, наибольше отвѣчаютъ требованіямъ гигиены и эстетики ванны фаянсовые; наибольше антигигиеничны ванны деревянные. Въ фаянсовыхъ ваннахъ грязь, правда, стываетъ скорѣе, чѣмъ въ деревянныхъ; чтобы избѣжать этого неудобства, такія ванны нужно окружать мѣбелями.

4. Кабины сообщаются съ выпотѣвальнями, которыя должны быть устроены съ такимъ расчетомъ, чтобы въ нихъ могли свободно и просторно размѣститься не только всѣ больные, принимающіе въ данный моментъ ванны, но и нѣкоторый излишекъ противъ этого числа, въ виду того, что слабые больные или такіе, которымъ будетъ предписано потѣть болѣе часа, не смогутъ урваться къ тому времени, когда подоспѣетъ новая партія больныхъ. Въ выпотѣвальныхъ больные переходятъ изъ кабинъ въ одномъ бѣльѣ. Вся мебель въ выпотѣвальныхъ покрашена въ бѣлую масляную краску. Тюфики и подушки имѣютъ клеенчатые чехлы изъ бѣлой вѣкситиновой клеенки. Выпотѣвальные снабжены въ достаточномъ количествѣ бѣлымъ и теплыми одѣялами. Плата за бѣлье и одѣяла должна входить въ плату за билетъ. Между кроватями выпотѣвальныхъ находятся легкія деревянные ширмы, покрашенные въ бѣлую масляную краску. Во избѣжаніе струй холоднаго воздуха отъ оконъ, свѣтъ въ выпотѣвальныхъ долженъ падать сверху черезъ люки, какъ въ судовыхъ каютъ-кампаніяхъ; стекла въ люкахъ должны быть цѣльныя, что будетъ способствовать успокоенію нервовъ больныхъ.

5. Въ кабинетах, раздѣлальныхъ и выпотѣвальныхъ полъ и стѣны должны быть изразцовые, такъ чтобы ихъ можно было мыть мыломъ и горячей водой и время отъ времени обеззараживать горячимъ паромъ, подобно тому какъ это дѣлается въ современныхъ операционныхъ залахъ.

6. Провѣтриваніе въ кабинетахъ, раздѣлальныхъ и выпотѣвальныхъ должно дѣйствовать постоянно, для чего нужны достаточнаго діаметра вытяжныя и впускныя трубы, расположенныя въ противоположныхъ стѣнахъ, при чемъ, въ случаѣ ненастной погоды, впускная труба должна приносить воздухъ грѣтымъ.

7. Въ зданіи грязелѣчебницы имѣется небольшою будетъ съ горячимъ чаемъ, молокомъ или бульономъ, которые врачи будутъ предписывать больнымъ, чтобы усилить потѣніе, или просто для подкрѣпленія. Цѣны здѣсь устанавливаются администраціей группы.

8. Въ отдѣленіяхъ для примѣненія мѣстнаго грязелѣченія женское отдѣленіе должно быть гораздо больше мужского и состоять изъ 2-хъ обширныхъ, хорошо провѣтриваемыхъ комнатъ. Одна комната служить для тѣхъ случаевъ, когда требуется отъ 3 до 5 ведеръ грязи; сюда входятъ всѣ гинекологическія формы, воспалительныя, подагрическія и другіе процессы въ коленныхъ суставахъ и пр. Другая комната служить для компрессовъ и лепешекъ, на которые требуется отъ  $\frac{1}{2}$  ведра до 3 ведеръ грязи. Сюда относятся компрессы на оба плечевые сустава, на локтевые суставы и на руки вообще, компрессы на тазобедренные суставы и на ноги вообще, лепешки на спину, поясницу, область печени, кишечникъ и пр. 1-ая комната должна быть снабжена рядомъ полуваннъ, соответственно ея назначенію. 2-ая—рядомъ клеенчатыхъ купалокъ съ приподнимающимися изголовьями.

Что касается мужского отдѣленія, то для него достаточно и одной комнаты, въ которой могутъ быть примѣняемы всѣ виды мѣстнаго грязелѣченія, такъ какъ спросъ на него со стороны больныхъ мужчинъ гораздо меньше, чѣмъ со стороны больныхъ женщинъ.

Для обмыванія необходимо имѣть души и 1—2 ванны, на случай, если таковая будетъ предписана врачомъ. Раздѣлальныя должны быть устроены такъ, чтобы каждый больной имѣлъ свое отдѣльное мѣсто.

9. Ванны приготавливаются на грязевомъ дворѣ, смотрителемъ котораго долженъ быть фельдшеръ или фельдшерица, предпочтительнѣе—послѣдняя.

10. На грязевомъ дворѣ имѣется грязь строго опредѣленной температуры, начиная съ 30° и постепенно повышая на 1° до 40° R. Опытъ показываетъ, что больше всего расходуется грязь среднихъ температуръ отъ 32° до 36°; поэтому, ящики съ грязью упомянутыхъ температуръ должны находиться въ удвоенномъ или утроенномъ количествѣ противъ остальныхъ. Въ виду того, что при валичности грязи строго опредѣленной температуры приготовленіе ваннъ значительно упрощается, число грязевичковъ можетъ быть относительно меньше теперешняго.

11. Ванны отпускаются непремѣнно закрытыми, для чего она должны быть снабжены крышками; если же грязь требуется въ мѣстный №, то въ особые закрытые ящики.

12. Приготовленная ванна подвозится грязевичками по рельсовымъ путямъ къ кабинѣ, гдѣ она принимается прислугой, одѣтой въ форменное казенное платье и бѣлый вѣкстинный передникъ, на которомъ написана ея №.

13. Въ каждомъ отдѣленіи—мужскомъ и женскомъ—находятся фельдшеръ и фельдшерица.

14. Когда ванна подана въ кабину, она провѣряется здѣсь фельдшеромъ или фельдшерицей по рецепту врача, вложенному на грязевомъ дворѣ въ особый автоматически открывающійся ящикъ, прикрѣпленный къ ваннѣ. И только послѣ этой вторичной провѣрки ванна можетъ быть употреблена.

1. Въ грязелѣчебницѣ—однимъ параднымъ входъ, у котораго стоитъ швейцаръ. Обязанность его—присмотръ за платьемъ и за тѣмъ, чтобы извозчики не задерживались передъ лѣчебницей и не загрязняли здѣсь почву.

16. Въ вестибюлѣ помѣщается касса. Продажа билетовъ въ самой грязелѣчебницѣ избавить больныхъ отъ лишняго хлопотъ и бѣготы, а администрацію группы отъ напрасныхъ нареканій.

17. Въ случаѣ, если у больного останутся послѣ лѣченія неиспользованные билеты или если онъ, по недоразумѣнію, купилъ ихъ не тѣ, какіе ему нужны, они подлежатъ немедленному обмѣну или обратному приему въ кассу, и деньги должны быть возвращены безпрекословно.

18. При кассиршѣ находится дѣвушка, на обязанности которой лежитъ показывать больнымъ въ 1-й разъ ихъ кабинъ.

19. Билетъ и рецептъ врача на грязевой дворъ продаетъ кабинетная прислуга.

20. «Чай»—величайшее зло всѣхъ нашихъ учреждений, причиняющее столько драгъ и неурядицъ, какъ больнымъ, такъ и служащимъ, уничтожаются. Вмѣсто нихъ, устанавливается слѣдующее: при каждомъ билетѣ находится 15 или 10 копѣчныхъ купонъ для прислуги; купонъ этотъ, во избѣжаніе злоупотребленій со стороны прислуги, имѣетъ цѣнность лишь тогда, когда онъ вынимается изъ кружки; кружки эти висятъ у кассы или въ кабинетахъ; въ опредѣленный день (разъ въ недѣлю или въ мѣсяцъ) купоны вынимаются изъ кружки и обмѣниваются въ кассѣ на деньги, которыя дѣлятся между всѣми безъ исключенія рабочими грязелѣчебницы поровну. Этой мѣрой и можно достигнуть того, что всѣ больные, независимо отъ ихъ ранга и общественаго положенія, будутъ пользоваться одинаковыми услугами. Возраженіе, что «чай», передаваемые изъ руки въ руку, являются большимъ поощреніемъ и что, не получая ихъ такимъ

путемъ, прислуга не будетъ усердно работать, мнѣ кажется неосновательнымъ: прислуга, которой такъ присущъ духъ артельного товарищества, скоро пойметъ и оцѣнитъ значеніе кружки. Возраженіе, что можно встрѣтить противодѣйствіе со стороны самой публики, которая, не смотря на купоны, все-таки будетъ совать прислугѣ деньги, очень серьезно по существу, но въ концѣ концовъ, я думаю, и съ этимъ зломъ удастся справиться.

21. За всѣмъ заведеніемъ наблюдаетъ врачъ. Прислуга и штатъ служащихъ въ лѣчебницѣ подчинены ему и только ему одному. Распоряжаться въ заведеніи, отдавать приказанія служащимъ, назначать и смѣнять ихъ можетъ только заведующій врачъ. На немъ же лежитъ надзоръ за всѣми порядками въ грязелѣчебницѣ и за санитарнымъ состояніемъ ея.

Ессентука.

А. Черескова.

## Ревизіонная Комиссія съ участіемъ врачей въ Бобровскомъ и мѣноторыхъ др. уѣздахъ Воронежской губ.

Въ одномъ изъ предыдущихъ обзоровъ я отмѣтилъ, какъ оторванность современнаго Земства отъ населенія, безучастность послѣдняго, выдвинула предъ исполнительными органами—Управами—очень щекотливую задачу о новыхъ формахъ контроля за дѣятельностью врачей и постановкой всего медицинскаго хозяйства уѣзда. Почти одновременно занялись этимъ вопросомъ 2 Земства: Тотемское, Вологодской губ., и Бобровское, Воронежской, но рѣшили его совершенно различно.

Глубокое, ничѣмъ не прикрытое недовѣріе къ врачамъ навело Тотемскую Управу на несчастную мысль пригнѣтить сыскъ въ видѣ внезапныхъ и тайныхъ ревизій, дабы тѣмъ держать врачей въ вѣчно выжидательномъ, подтянутомъ настроеніи. Въ результатѣ—лишь новое обостреніе взаимныхъ отношеній. Въ Бобровскомъ уѣздѣ врачамъ оказано полное довѣріе и тѣмъ достигнуты крупныя, какъ увидимъ, и благоприятныя результаты.

Въ Бобровскомъ уѣздѣ существуетъ особая ревизіонная Комиссія съ участіемъ самихъ врачей. Практическое ея значеніе для усовершенствованія земско-медицинскаго дѣла оказалось очень велико. Откровенно, безъ всякаго кумовства, она отмѣчаетъ всѣ недочеты каждаго участка какъ по хозяйственной, такъ и по медицинской части. Ревизія производится по существу, а не съ формальной только стороны. Заключение Комиссіи обсуждается на очередномъ уѣздномъ Сѣздѣ врачей (тоже, что санитарный Совѣтъ). Такимъ путемъ невольно подтягивается каждый врачъ. Какъ серьезно относится Комиссія къ своей щекотливой задачѣ и какиѣ авторитетомъ она пользуется въ глазахъ товарищей и Земства, видно изъ факта ухода одного участковаго врача, работа котораго признана Сѣздомъ, по заключенію Комиссіи, неудовлетворительной и не соответствовавшей интересамъ земскаго дѣла. Это—болѣе крупный фактъ; я не указываю на рядъ второстепенныхъ, но не менѣе существенныхъ въ своей совокупности для правильной постановки лѣчебнаго дѣла въ уѣздѣ. Учрежденіе такой смѣшанной ревизіонной Комиссіи какъ-бы внесло новую свѣжую струю въ строй уѣздной медицины.

Маленькая драма въ Бобровскомъ уѣздѣ сопровождалась такими интересными бытовыми подробностями, что я позволю себѣ передать ихъ не въ собственномъ изложеніи, а въ подлинной выпискѣ изъ Журнала засѣданія земско-медицинскаго Сѣзда Бобровскаго уѣзда 1/ix 1905 г.

«Вр. Антоколенко пожелалъ узнать, какъ поступить врачъ Бутурлиновскаго участка Поздняковъ, въ виду сдѣланнаго на предшествовавшемъ засѣданіи Сѣзда постановленія о неудовлетворительной его дѣятельности, какъ врача названнаго участка?»

Вр. Поздняковъ отвѣтилъ на это, что онъ желаетъ предварительно прослушать отчеты ревизіонной Комиссіи о дѣятельности прочихъ обреченованныхъ участковъ для сравненія съ дѣятельностью своего участка и тогда принять то или другое рѣшеніе.

Антоколенко возразилъ на это, что отчеты о другихъ участкахъ будутъ докладываться въ свое время и что никакого отношенія къ дѣятельности Бутурлиновскаго участка они не имѣютъ; если же у д-ра Позднякова имѣются какія-нибудь новыя дан-

ния, которые могут опровергнуть заключение Комиссии, то желательно их выслушать.

После этого *Поздняков* привел некоторые цифровые данные о деятельности Бутурлиновской больницы и амбулатории за время с 1897 г., из которых вовсе не видно, по его мнению, чтобы деятельность Бутурлиновского участка так резко понизилась, как это указано в отчете ревизионной Комиссии, и потому он считает оценку Комиссии его деятельности, как врача Бутурлиновского участка, не вполне справедливой. *Антокоенко*, *Фирсанов* и *Клириков* указали на целый ряд неправильных сопоставлений, допущенных *Поздняковым* в приводимых им цифровых данных из желания реабилитировать свою деятельность; так, напр., в одном месте их выброшено число главных операций из цифры оперативных пособий, произведенных его предшественником, на том основании, что он (*Поздняков*) их не делал, и сравнение всех оперативных пособий, произведенных за время заведывания больницей *Поздняковым*, дается с числом (операций), произведенных его предшественником, за вычетом главных; цифра больных амбулаторных за те годы, когда был в Бутурлиновке 1 врач, сравнивается с числами больных, когда было 2 врача, без больных, принятых фельдшерами, и таким образом доказывается, что амбулатория не понизилась за последние годы и т. д. Подобное обращение с цифрами и такой способ реабилитации своей деятельности, по мнению *Антокоенко*, еще раз указывает на то, что Комиссия была права в оценке деятельности *Позднякова*, как земского врача. *Поздняков* считает несправедливым, что всю ответственность за ведение амбулатории возлагают на него, тогда как ему должно заведывать 2-ой Бутурлиновской врач.

*Станкевич* предлагает Съезду высказаться, изменяет ли Съезд свой взгляд на деятельность *Позднякова* после приведенных им новых данных, или остается при своем прежнем решении?

*Антокоенко* думает, что прием, употребленный *Поздняковым* для защиты своей деятельности, несовместим с достоинством земского врача.

*Борисковский* находит, что решение Съезда окончательно признало деятельность *Позднякова*, как врача Бутурлиновского участка, недостаточной, и нужно теперь решить, удовлетворить ли Съезд новым приведенным данным, и, если нет, то насколько уместно врачам участвовать в Съезде с таким неподходящим и не земским врачом?

*Поздняков* заявил на это, что он уже 10 лет служит в Земств, везде считался подходящим и в Тамбовской губ. избирался даже делегатом на губернские Съезды врачей.

При баллотировке вопроса о том, удовлетворяется ли Съезд приведенными новыми фактами, или остается при своем прежнем решении большинством всех против 3-х голосов Съезд остался при своем прежнем решении о несоответствии деятельности врача *Позднякова* требованиям, предъявляемым к врачу Бутурлиновского участка.

После упомянутой баллотировки *Антокоенко* предложил Съезду спросить у *Позднякова*, как он относится к означенному постановлению Съезда и что намерен предпринять?

*Поздняков* заявил, что он желает объявить свое решение по выслушании докладов Комиссии о результатах ревизии других участков.

*Председатель Управы* считает, что вопрос сводится к свободе действий Съезда по отношению к действиям Управы, что и нужно решить.

*Антокоенко* и *Клириков* утверждали, что никакого лицемерия со стороны Комиссии и Съезда по отношению к *Позднякову* не могло быть.

*Фирсанов* пожелал узнать, будет ли считаться *Поздняков* с мнением Съезда, который признал его не удовлетворяющим требованиям врача Бутурлиновского участка и вообще земского врача?

*Поздняков* ответил, что он будет считаться с мнением Съезда, но желает выслушать раньше заключение Комиссии о деятельности других участков уезда. Тогда *Антокоенко* обратился к председателю Управы с просьбой высказать взгляд Управы на данное решение Съезда. Председатель заявил, что Управа хотела бы обждать результатов ревизии остальных участков и потому никакого окончательного решения не приняла и до коллективного обсуждения этого вопроса принять не может.

*Антокоенко* и *Фирсанов* пожелали узнать мнение Съезда о целесообразности дальнейшего совместного участия с *Поздняковым* в обсуждении вопросов, раз Управа решила не высказывать окончательного своего решения и отношения к врачу *Позднякову*. *Станкевич* считает, что Съезд поступил бы вопреки земским интересам, если бы упразднил себя и прекратил дальнейшее обсуждение вопросов. *Борисковский* указал на то, что *Поздняков*, очевидно, с мнением товарищей не считается, но из-за этого не стоит оставлять дальнейшую работу в Съезде и следует игнорировать присутствие *Позднякова*. *Шапиро* считает, что Съезд с своей стороны приложил все старания к тому, чтобы улучшить постановку дела в Бутурлиновском участке; дальнейшее же нужно оставить на ответственности Управы, апеллируя к Собранию в случае, если она примет неправильное решение. Председатель объявил перерыв заседания.

После перерыва *председатель* сообщил, что врач *Поздняков* по домашним обстоятельствам уехал и просил разрешить ему отпуск.

*Липутины* недоумевали, почему это Съезд не пожелал, чтобы *Поздняков* присутствовал при докладе Комиссии о результатах ревизии прочих участков?

*Антокоенко* предлагал выразить фельдшерам Бутурлиновского участка сожаление по поводу недостаточно откровенных и разноречивых показаний их на Съезде и в Комиссии. *Клириков* объясняет это зависимость положением фельдшерского персонала от врачей в Управе. (Врачебно-санитарная Хроника Воронежской губ., 1905 г., № 12).

Учредить ревизионную Комиссию признали полезным и Воронежский санитарный Совет. В заседании 11/IX 1905 г. д-р А. С. *Краевский* заявил, что «в некоторых Земствах за постановкой дела в участках наблюдается особая Комиссия из врачей и гласных. Д-р М. А. *Хворостанский* напомнил, что в уезде есть такая Комиссия, в которую входят: он, член Управы, заведующий медициной, и один из участковых врачей по соседству с рассматриваемым участком. До сих пор эта Комиссия осматривала помещение для Красноварского родильного приюта, но с тех пор ни разу не собиралась. *Постановлено*: признать такую Комиссию желательной в состав заведующего медициной члена Управы, уездного санитарного врача, затем врача и фельдшера соседних участков.

В последнее время ряд санитарных Советов высказался за учреждение подобных ревизионных Комиссий. В некоторых уездах состав Комиссии более постоянный: одни и те же лица, по выбору санитарного Совета, обслуживают все участки. Дальнейшая практика покажет, что лучше гарантирует от субъективизма — постоянный или переменный личный состав Комиссий?

Но самый факт возникновения таких смешанных Комиссий из земцев и врачей, как подготовительных при уездном санитарном Совете, является новым и несомненно прогрессивным шагом в организации земской медицины.

А. Амстердамский.

## ИЗ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

Физиология и общая патология. 432. Проф. В. В. *Подвысоцкий* и д-р Р. Г. *Пиронэ* занялись вопросом о *типанских клетках эпителиального происхождения*, в связи с изменениями, вызываемыми в каждом эпителии при охлаждении. До конца прошлого столетия клеточки-великаны считались исключительно принадлежностью мезодермальной ткани. Только в 1897 г. *E. Fürst* с помощью установил, что под влиянием кратковременного охлаждения ниже 0° или нагревания до 55—60° в эпителиальном покрове кожи также образуются гигантские клетки. Судьба и значение этих клеток оставались однако до последнего времени совершенно невыясненными. С целью осветить этот вопрос авторы и предприняли ряд экспериментальных исследований на кроликах. Ухо кролика подвергалось охлаждению при помощи распыления эфира в течение 2—3 мин. несколько раз в день, и затем кусочки охлажденной кожи исследовались микроскопически. Не смотря на ничтожные наружные изменения в коже (небольшое шелушение), микроскопическая картина оказалась в высшей степени поразительной. Уже через несколько часов после охлаждения в ядрах некоторых клеток начинается прямое деление, совершающееся с такой быстротой, что через сутки можно уже видеть множество клеточек-великанов, переполненных ядрами. Под влиянием охлаждения протоплазма эпителиальных клеток, по видимому, обмирает; вследствие этого ядра освобождаются от сдерживающего влияния протоплазмы и начинают энергично размножаться. Что касается судьбы этих клеток, то в дальнейшем, по мере оживления протоплазмы, они распадаются на ряд отдельных одноклеточных эпителиальных клеток. На 4—5-й день микро-

скопическая картина принимает обычный видъ; только нѣкоторая волнистость линіи, ограничивающей эпителиальный покровъ отъ соединительной ткани, показываетъ, что здѣсь происходило усиленное размноженіе эпителиальныхъ клѣтокъ, которыя вслѣдствіе этого и выступаютъ за обычные предѣлы. Значеніе клѣточекъ-великановъ сводится къ тому, что онѣ являются однимъ изъ этаповъ въ процессѣ гипертрофіи кожного эпителия. Авторы являются такимъ образомъ противниками дов. распространеннаго взгляда, будто клѣточки-великаны не имѣютъ никакого регенеративнаго значенія, такъ какъ всѣ амитотически возникшія клѣтки обречены на гибель. Прямые наблюденія авторовъ, равно какъ и другихъ изслѣдователей, показываютъ, что вслѣдъ за амитотическимъ дѣленіемъ можетъ наступить митозъ. Съ обще-биологической точки зрѣнія образованіе клѣточекъ-великановъ является цѣлесообразнымъ защитительнымъ приспособленіемъ противъ холода. Въ терапевтическомъ отношеніи вліяніемъ холода можно пользоваться въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ требуется искусственно вызвать гипертрофію кожи и вообще возбудить процессы регенерации въ кожѣ. Такое примѣненіе холода составить въ будущемъ новый отдѣлъ терапіи—*кримотерапію* (Архивъ биологическихъ наукъ, т. XII, вып. 3).

Н. В.

**Патологическая анатомія.** 433. Такъ какъ *надпочечники* обладаютъ способностью обезвреживать нѣкоторые токсаны, то д-ръ *А. Н. Червицковъ* задался цѣлью выяснитъ ихъ отношеніе къ возбудителямъ бубонной чумы. Для опытовъ онъ бралъ 2 вида животныхъ: крысъ, какъ болѣе восприимчивыхъ къ чумѣ, и кроликовъ, какъ менѣе восприимчивыхъ. Большая часть опытовъ произведена при подкожномъ зараженіи животныхъ вирулентной разводкой чумной палочки. На крысахъ поставлено 44 опыта, а на кроликахъ 45. Послѣ зараженія авт. въ разные сроки изслѣдовалъ состояніе надпочечниковъ и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: Измѣненія надпочечныхъ железъ у крысъ и кроликовъ состоятъ въ сосудистыхъ расстройствахъ и въ перерожденіи паренхиматозныхъ клѣтокъ. У крысъ къ концу зачаточнаго періода болѣзни (черезъ 2—3 дня) наблюдаются сильнѣйшія кровоизліянія, у кроликовъ-же—только гиперемія и лейкоцитозъ. Гиперемію и кровотеченія у крысъ можно наблюдать отъ 2—3-го до 7 дня; у кроликовъ-же въ это время наблюдается только гиперемія. Позже 7 дней у крысъ всѣ болѣзненные явленія исчезаютъ постепенно въ теченіи 2-хъ мѣс. Клѣтки перенхимы надпочечниковъ у крысъ очень скоро (въ 24 часа) подвергаются глубокимъ измѣненіямъ (бѣловое и жировое перерожденіе, омертвѣніе); у кроликовъ значительное бѣловое и жировое перерожденіе наблюдаются лишь въ исключительныхъ случаяхъ, и послѣ 7 дней клѣтки быстро возрождаются (Архивъ биологическихъ наукъ, т. XII, вып. 2).

В. Б.

**Фармакологія.** 434. Д-ръ *Siegmund Kreuzfuchs* (Breitenstein) сообщаетъ свои наблюденія относительно внутр. назначенія адреналина.

Во время приступа мигрени у 18-лѣтней дѣвушки, страдавшей катарромъ верхушки, примѣненіе антипирина и другихъ мѣръ оказалось безуспѣшнымъ. Авт. рѣшилъ, что дѣло идетъ о сосудопаралитическомъ видѣ головной боли, и при слѣдующемъ приступѣ, появившемся черезъ 2 недѣли, назначилъ 1 пилюлю адреналина въ  $\frac{1}{4}$  мгрм. Черезъ  $\frac{1}{4}$ -часа головная боль исчезла, и больная спокойно проспала всю ночь, а на утро проснулась безъ ощущенія слабости.

Далѣе авт. испыталъ адреналинъ при другихъ заболѣваніяхъ, сопровождающихся гипереміею соотвѣствующихъ органовъ, а именно—при первомъ невареніи желудка съ увеличеннымъ отдѣленіемъ кислоты; всѣ тягостныя ощущенія (тошнота, давленіе и т. д.) исчезали каждыиъ разъ черезъ 10—15 мин. послѣ приѣма 1, рѣдко 2 пилюль адреналина. Дѣйствіе, разумѣется, было чисто припадочное. При появленіи крови въ мокротѣ въ одномъ случаѣ катара верхушки назначеніе по 1 пилюль адреналина утромъ и вечеромъ, 2 дня подрядъ, прекратило примѣсь крови къ мокротѣ, и таковая затѣмъ не повторялась въ теченіи 9-недѣльнаго пребыванія больного подъ наблюденіемъ автора (Wiener medizinische Presse, № 17).

В. Дитманъ.

**Бактеріологія.** 435. Проф. *Pellegrino* (въ гигиеническомъ Институтѣ Messin'скаго Университета) удалось выделить еще 7 новыхъ видовъ кислотоупорныхъ палочекъ. 1-ый видъ былъ выдѣленъ изъ кала земляныхъ червей, а также изъ почвы, въ которой они водятся; 2-ой—изъ содержимаго кишечника личинки *Melolontae vulgaris*; 3-ий видъ—изъ образчика почвы, загрязненной каловыми изверженіями пластинчато-жаберной личинки; 4-ый—отъ морской свинки, павшей отъ прививки кусочка сливочнаго масла, засѣяннаго 15 мѣсяцевъ тому назадъ палочкой *streptothrix viridis*; 5-ый—изъ масла, купленнаго на рынкѣ Messin'ы; 6-ой—изъ половой смазки собаки; и 7-ой отъ туды же. Выдѣленные бактеріи по ихъ формѣ можно раздѣлить на 2 группы. Къ 1-ой плеоморфной и отчасти жгутообразной, принадлежатъ бактеріи за № № 1, 2, 3, 4 и 6. 2-ую группу составляютъ бактеріи за № № 5 и 7, обладающія преимущественно морфологическими особенностями ложнодифтерійныхъ палочекъ. Биологическіе признаки обѣихъ группъ почти одинаковы; только № 4 представляетъ легко подвижныя бактеріи, а № 3 медленно разжижаютъ желатину. Что касается подвижности, то уже *Commont* и *Descos*, выращивая ихъ на средѣ *Arloing's* для бугорчатковыхъ палочекъ, замѣтили, что кислотоупорныя бактеріи обладаютъ при этомъ различными степенями подвижности. Образованіе протеолитическаго бродила является исключительной способностью бактеріи № 3. Авторъ отмѣчаетъ также способность всѣхъ 7 видовъ образовывать пигментъ, при чемъ разница окраски имѣетъ второстепенное значеніе, ибо она зависитъ отъ составныхъ частей среды. Палочки № № 3, 4, 5, 7 вырабатывали также жировое вещество. Всѣ виды окрашиваются почти одинаково, но менѣе всѣхъ—№ 5, оказывающій сильное сопротивленіе кислотѣ и окрашивающійся пѣликомъ. Вырошенные на жирныхъ средахъ, всѣ эти бактеріи приобретаютъ способность сопротивляться кислотамъ, которой раньше владѣли лишь отчасти. Наиболѣе приближается своими разводочными особенностями къ палочкамъ бугорчатки бактеріи № 5. Болѣзнетворныя свойства всѣхъ этихъ видовъ незначительны; если, однако, прививать ихъ вмѣстѣ съ обезпложеннымъ масломъ или съ другимъ какимъ-либо жиромъ, то болѣзнетворныя свойства ихъ усиливаются. Чтобы показать соотношеніе между кислотоупорными палочками и *streptothrix*'омъ, *Pellegrino* поставилъ себѣ цѣлью, во 1-хъ, постепенно получить изъ кислотоупорныхъ палочекъ виды *streptothrix*'а; во 2-хъ, обратно, изъ кислотоупорныхъ палочекъ, получаемыхъ отъ *streptothrix viridis* и *streptothrix Eppinger's*, получить первоначальный видъ *streptothrix*'а и, въ 3-хъ, путемъ выращивания въ маслѣ или подъ вліяніемъ температуры довести *streptothrix* до того состоянія, когда изъ него не получится палочковидной формы, сопротивляющейся кислотѣ. Опыты эти ясно показали связь между видомъ *streptothrix*'а и кислотоупорными палочками и объяснили сходство, имѣющееся въ ихъ внѣшнемъ видѣ, а равно и въ ихъ биологическихъ и болѣзнетворныхъ свойствахъ. На основаніи этихъ опытовъ *Pellegrino* утверждаетъ, что *streptothrix*, помѣщенный въ извѣстныя особыя условія, измѣняется, приближаясь къ виду кислотоупорныхъ палочекъ, и наоборотъ (*Annali d'Igiene Sperimentale*, т. 16, вып. 2).

Пиронъ.

436. Д-ру *Fornet'y* (Elsass) удалось выделить бродитифозныя палочки изъ свертокъ крови. Такъ какъ въ крови удается найти *Eberth's* палочки уже въ теченіи 1-ой недѣли, когда реакція *Vidal's* даетъ еще отрицательный результатъ и изъ испражнений также нельзя бываетъ получить чистыхъ разводовъ, то авторъ совѣтуетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда не удалось произвести изслѣдованія со свѣжей кровью, изслѣдовать кровяные свертки. Для разинженія тифозныхъ палочекъ авт. пользуется желчью (по *Kayser'y*), которая разливается по 5 к. стм. въ пробирки и обезпложивается въ теченіи  $\frac{1}{2}$ -часа въ *Koch's* овальномъ стерилизаторѣ или просто въ кипящей водѣ. Въ такую пробирку помѣщаютъ изслѣдуемый свертокъ крови и оставляютъ его стоять на ночь въ термостатѣ. Для такихъ изслѣдованій можно употреблять также тотъ кровяной свертокъ, который остается по снятіи кровяной сыворотки для производства *Vidal's* еской реакціи. При дальнѣй-



шей обработки пробирки съ желчью поступаютъ слѣдующимъ образомъ: сначала осторожно снимаютъ нѣсколько петель и растираютъ по поверхности чашекъ съ питательной средой *Conradi-Drigalsk*'аго, а затѣмъ берутъ большее количество—около 0,5—и также распределяютъ по поверхности той-же питательной среды или среды *Endo*. Для распределения материала лучше пользоваться стекляннымъ шпателькомъ. Дальнѣйшее изслѣдованіе ведется обычнымъ способомъ. Автору удалось найти такимъ путемъ возбудителей тифа въ 14 изъ 19 изслѣдованныхъ имъ случаевъ. Практическое значеніе этого способа заключается въ томъ, что онъ даетъ возможность изслѣдовать кровь на тифозныя палочки и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ у постели больного нѣтъ необходимыхъ для этого питательныхъ средъ и соответствующихъ приспособленій (*Münchener medicinische Wochenschrift*, № 22).

А. Коварскій.

**Внутреннія болѣзни.** 437. Д-ра *G. E. Phaler* и *M. C. Thrush* (Philadelphia) сообщаютъ случай тѣненія пучка *Röntgen*'овскими лучами.

Жна *I. L.*, 36 л., замужняя; впервые замѣтила припухлость лѣвой стороны шен 30/ч 1905 г., а 3/ви припухлость эта достигла наибольшаго размѣра. Ростъ опухоли сопровождался тупой болью. Больная въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ до этого находилась въ нервномъ состояніи. Ею самой и ея семьей было замѣчено пучеглазіе. Лѣченіе началось 26/ви. Въ это время лѣвая доля щитовидной железы имѣла 5 см. длины и 4 см. ширины, была плотна, но, повидимому, имѣла обычное железистое строеніе. Пульсъ былъ 120. Общій видъ былъ безпечный и удовлетворительный. Лѣченіе прерывалось 3 раза въ недѣлю, при чемъ каждый пріестъ длился 10 мин.; дѣлала искры была 2 $\frac{1}{2}$  дюйма, сила тока 1 М. А. Черезъ мѣсяцъ было отмѣчено явное улучшение какъ въ общемъ состояніи, такъ и въ смыслѣ уменьшенія железы. Это улучшение продолжалось до 12/х 1905 г., когда лѣченіе было прекращено. 25/х, т. е. черезъ 4 мѣс. отъ начала лѣченія, больная чувствовала себя, какъ никогда въ жизни; пульсъ былъ 72; она прибавилась въ вѣсѣ на 25 ф.; всѣ нервныя припадки исчезли, и щитовидная железа была нормальна. Всего было сдѣлано 22 пріестъ. Никакой красноты кожи за все время не замѣчалось, что, быть можетъ, зависѣло отъ употребленія фильтра для *Röntgen*'овскихъ лучей. Не было и другихъ какихъ-либо вредныхъ вліяній. Кромѣ лучей, пріемныхъ и внутреннее лѣченіе (*The Therapeutic Gazette*, № 3).

В. Дитманъ.

**Хирургическія болѣзни.** 438. Проф. *H. Young* (Baltimore) говоритъ о раннемъ распознаваніи и коренномъ леченіи рака предстательной железы. Наблюденія автора обнимаютъ 50 случаевъ. Большинство больныхъ (57%) находились въ возрастѣ между 60 и 70 л., самому молодому было 53 года. Первые припадки болѣзни были схожи съ явленіями при доброкачественномъ увеличеніи предстательной железы, т. е. состояли въ легкомъ затрудненіи учащенія мочеиспусканія, но въ 30% случаевъ существовали боли, что не свойственно простой гипертрофіи. Кровавая моча наблюдалась только 4 раза, какъ ранній признакъ, въ послѣдствіи же бывала лишь у 20% и только въ немногихъ случаяхъ составляла выдающееся явленіе, при чемъ цистоскопическое изслѣдованіе этихъ случаевъ показывало значительное разрастаніе опухоли внутри пузыря, преимущественно бородавчатого типа. Иногда разстройства со стороны предстательной железы существовали долгое время, находясь по 20 лѣтъ въ одномъ положеніи, но, вѣроятно, въ этихъ случаяхъ болѣзнь принимала злокачественныя свойства лишь много лѣтъ спустя послѣ начала. Какъ правило, болѣе быстрый ростъ наблюдался въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ явленія разстройства мочеиспусканія были выражены болѣе рѣзко, хотя наблюдались и такіе случаи, гдѣ оставшееся въ пузырь количество мочи было незначительно, но тѣмъ не менѣе имѣлось пораженіе пузыря. Боль часто находилась въ несоответствіи съ распространѣніемъ заболѣванія и степенью разстройства; она обыкновенно ощущается тупо въ надлобковой области и усиливается по мѣрѣ наполненія пузыря. Въ 25% случаевъ существовали боли во время мочеиспусканія, ощущавшіяся то въ кончикѣ члена, то въ глубокихъ частяхъ мочеиспускательнаго канала и промежности. Боль въ прямой кишкѣ была налицо только въ 10% и, повидимому, не соответствовала распространѣнію опухоли въ тазу, такъ какъ ея не было въ нѣсколькихъ случаяхъ широкаго пораженія таза. То-же самое можно сказать и про боли въ нижнихъ конечностяхъ, болѣе въ ягодицахъ, крестцѣ и

вдоль сѣдалищныхъ нервовъ. Наличие боли въ прямой кишкѣ и въ ногахъ составляетъ весьма подозрительный припадокъ въ смыслѣ злокачественности заболѣванія. Паденіе тѣла также составляло частый и ранній признакъ. Увеличеніе предстательной железы въ 70% было значительное, но многіе больные поздно поступили подъ наблюденіе. Если заболѣваніе ограничивалось одной предстательной железой, но ее обыкновенно находили увеличенною лишь умеренно. Почти во всѣхъ случаяхъ оказывалось замѣтное затвердѣніе, занимавшее почти всю предстательную железу. Поверхность ея обыкновенно была гладка и только изрѣдка бугриста. Въ одномъ раннемъ случаѣ имѣлось небольшое ограниченное затвердѣніе у верхушки предстательной железы, занимавшее также и перепончатую часть мочеиспускательнаго канала. Въ болѣе позднихъ случаяхъ замѣчалось затвердѣніе въ области сѣмянныхъ пузырьковъ и часто въ видѣ характерной твердой бляхи, шедшей отъ одного пузырька къ другому съ острымъ вогнутымъ верхнимъ краемъ; изученіе строенія такого участка показало, что онъ состоитъ изъ раковаго пораженія выносящихъ протоковъ и тканей, расположенныхъ между ними и 3-угольникомъ. Почти во всѣхъ случаяхъ при введеніи катетра въ мочеиспускательный каналъ и пальца въ прямую кишку опредѣлялось необычное утолщеніе сзадиуретральной части предстательной железы (задней спайки). Увеличенныя тазовыя железы оказывались только въ самыхъ запущенныхъ случаяхъ, и такъ какъ онѣ встрѣчаются при обыкновенномъ простатитѣ, то ихъ распознавательное значеніе невелико. Характерно, что переносы чаще бываютъ прямо костные, чѣмъ въ железахъ. Цистоскопическое изслѣдованіе очень помогало распознаванію въ раннихъ случаяхъ, давая совершенно иную картину, чѣмъ при простой гипертрофіи. При послѣдней обыкновенно видны 2 или 3 ограниченныхъ доли, выдающихся въ пузырь, съ глубокими бороздами между ними и карманомъ (*bas fond*) позади нихъ. Въ раннихъ случаяхъ рака увеличенія железы со стороны пузыря обыкновенно не видно и не бываетъ глубокихъ бороздъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда опухоль выдавалась въ пузырь, она представлялась только въ видѣ легкаго увеличенія одной средней доли. Важное распознавательное значеніе имѣютъ возвышеніе и морщинистость слизистой оболочки передней части 3-угольника, зависящая, по изслѣдованіямъ автора, отъ роста опухоли между пузырьками. Изъязвленіе и разроженіе опухоли внутри пузыря встрѣчались очень рѣдко и только въ позднихъ срокахъ болѣзни. При изслѣдованіи пальцемъ черезъ кишку въ случаѣ злокачественной опухоли всегда ощущалось большее утолщеніе въ сзадиуретральной части предстательной железы, при чемъ особенно утолщенною и твердою оказывалась средняя доля. Въ болѣе позднихъ случаяхъ, при переходѣ опухоли въ область позади 3-угольника, кловъ катетра, введеннаго въ пузырь, опустить не удавалось. Въ сомнительныхъ случаяхъ авт. вскрывалъ съ обѣихъ сторонъ сумку железы и изсѣкалъ небольшія части боковыхъ долей для микроскопическаго изслѣдованія. Въ 2-хъ случаяхъ затвердѣніе оказалось зависѣвшимъ отъ камней, а въ 2-хъ другихъ пришлось сдѣлать замороженные срѣзы, чтобы выяснитъ свойство опухоли. Такъ какъ окрашенные срѣзы приготавливались въ 6 мин., то авт. въ нѣсколькихъ случаяхъ выжидалъ результатовъ изслѣдованія во время самой операціи. Что касается коренной операціи, то, въ видахъ дѣйствительной успѣшности ея, необходимо удалить всю предстательную железу съ сумкой и уретрою, сѣмянные пузырьки, ампулы выносящихъ протоковъ и вышележащую часть пузырнаго 3-угольника. Эту операцію авт. произвелъ въ 6 случаяхъ. Начинаютъ ее какъ обыкновенное изсѣченіе предстательной железы: V-образный разрѣзъ промежности, тупое отдѣленіе предстательной железы отъ окружающихъ тканей. Затѣмъ пересѣкаютъ перепончатую часть уретры и ножницами перерѣзаютъ лонно-предстательную связку. Послѣ этого извлекаютъ изъ раны переднюю поверхность пузыря и вскрываютъ послѣдній поперечно на 1 см. кзади отъ мѣста соединенія пузыря съ предстательной железой и, расширяя разрѣзъ ножницами, обнажаютъ 3-угольникъ и затѣмъ ве-

дуть разрезъ на 1 см. впереди отъ устьевъ мочеточниковъ; оттягивая пузырь, открываютъ переднюю поверхность сѣмянныхъ пузырьковъ и выносящие протоки; послѣдніе пересѣкаютъ возможно выше, избѣгая пораненія мочеточниковъ. Такимъ образомъ удаляютъ въ одномъ кускѣ часть перепончатой уретры, всю предстательную железу съ сумкою, сѣмянные пузырьки и около 4 см. длины выносящихъ протоковъ и кусокъ пузыря, длиною въ 1 см. по передней и боковымъ поверхностямъ и въ 2 см. въ области 3-угольника. Затѣмъ сшиваютъ край пузырной раны съ концомъ уретры и соединяютъ рану пузыря швами въ продольномъ направленіи. Изъ 6 оперированныхъ по этому способу 1 умеръ отъ операции, а 2 впоследствии, остальные 3 ое живы и здоровы (10—8—1 мѣс. послѣ операции). Изъ умершихъ у 1-го найдены обширные переносы въ брюшинѣ; у 2-го, прожившаго 1 годъ, оказался возвратъ въ горошину у лѣваго выносящаго протока, наконецъ, у 3-го, умершаго черезъ 2 мѣсяца отъ воспаления почекъ, возвратовъ не оказалось (The Journal of the American Medical Association, № 10). В. Думманъ.

439. Д-ръ G. E. Phaler (Philadelphia) сообщаетъ о *лечении рака средостѣнія Röntgen'овскими лучами.*

1. Больная — 36 л. Правая грудь, пораженная ракомъ, была удалена въ концѣ 1903 г. Черезъ 16 мѣс. возвратъ на мѣстѣ рубца съ переходомъ въ подкрыльцевую впадину и средостѣніе. Все, что оказалось возможнымъ, было удалено; вычистить подкрыльцевую ямку, однако, безъ утѣченія плеча было нельзя, но отъ этого воздержались въ виду пораженія средостѣнія. Черезъ 6 недѣль послѣ операции, 14/iv 1904 г., началось лѣчение Röntgen'овскими лучами. На пораженіе средостѣнія указывали сухой кашель, выпячиваніе въ области грудины на уровнѣ 2-го межреберья съ покраснѣніемъ кожи и тупой звукъ, распространявшійся на 1½ дюйма вправо отъ грудины на уровнѣ 2-го ребра. Давленіе на эту область было чувствительно. Исслѣдованіе Röntgen'овскими лучами показало тѣнь новообразованія, расположеннаго справа отъ средней линіи. Узелокъ въ ½ дюйма въ діаметрѣ прощупывался въ лѣвой подкрыльцевой впадинѣ. Присѣсты дѣлались ежедневно, кромѣ воскресеній, въ теченіи 5 мѣс. Трубка помѣщалась на разстояніи 15—18 дюймовъ. Продолжительность присѣстовъ была отъ 20 до 30 мин., сила тока 1 М. А. Кожа нѣсколько загорѣла. По истеченіи указанного срока опухоль средостѣнія явно уменьшилась, затвердѣніе въ правой подкрыльцевой впадинѣ исчезло, а железа въ лѣвой подкрыльцевой впадинѣ уменьшилась на ½ первоначальной величины. Далѣе присѣсты дѣлались 2 и 3 раза въ недѣлю, съ перерывами отъ 1 нед. до 2 мѣс. За все время не наблюдалось никакихъ дурныхъ послѣдствій, не было даже дерматита, который обнаружился въ начальной степени только въ іюнѣ 1905 г. Къ этому времени опять начались боли въ груди, появились легкая припухлость лѣвой стороны шеи, боль и притупленіе справа отъ грудины на уровнѣ 2-го межреберья. Эти явленія опять исчезли подъ вліяніемъ лѣченія. Все время больная несла свои домашнія обязанности. Безъ лѣченія Röntgen'овскими лучами она врядъ-ли была-бы еще въ живыхъ. Во всякомъ случаѣ это наблюденіе доказываетъ благотворное вліяніе лучей на глубокія раковыя опухоли.

2. У 61-лѣтней женщины, у которой лѣвая грудь была удалена по поводу рака въ 1900 г., черезъ 2 года начались боли въ лѣвой подкрыльцевой впадинѣ и въ лѣвой рукѣ. При исслѣдованіи черезъ 3 года послѣ операций въ рубцѣ оказались 2 узла въ ½ и ¾ д. въ діаметрѣ. Черезъ 3 мѣс. лѣченія Röntgen'овскими лучами эти узлы и всѣ прочія явленія исчезли. Черезъ 6 нед. появилось затвердѣніе въ лѣвой надключичной области съ опѣтнѣніемъ и болями въ лѣвой рукѣ. Черезъ 2 мѣс. лѣченія, направленного на эту область, явленія эти исчезли. Черезъ новые 3 мѣс. больная опять вернулась съ сильными болями въ лѣвой рукѣ, сухимъ кашлемъ и притупленіемъ въ области верхней части грудины. Черезъ 2 мѣс. лѣченія она снова поправилась. Съ перерывами лѣченіе продолжалось до іюня 1905 г., когда больная уѣхала въ хорошемъ состояніи.

3. 63-лѣтняя больная. Правая грудь удалена въ мартѣ 1903; черезъ 15 мѣс. возвратъ. Лѣченіе начато 6/iv 1904 г.; присѣсты 2 раза въ недѣлю. Черезъ 2 мѣс. опухоль уменьшилась и стала мягче, но черезъ 3 мѣс. образовалось изъязвленіе, и больная погибла, вѣроятно, отъ гнилостнаго зараженія. Въ этомъ случаѣ присѣсты дѣлались слишкомъ рѣдко.

4. 52-лѣтняя больная. Ракъ груди оперированъ 3 года назадъ. Въ сентябрѣ 1904 г. появилась одышка. Лѣченіе начато 10/x 1904 г., съ малой надеждой на успѣхъ, но одышка и боли уменьшились; почти тотчасъ-же. Черезъ 4 мѣс. всѣ явленія исчезли. Еще мѣсяцъ спустя лѣченіе было прекращено въ виду большой слабости. Въ іюлѣ 1905 г., т. е. черезъ 4 мѣс. по прекращеніи лѣченія, установлены признаки пораженія мозга.

5. Больная—62 л. Ракъ правой груди оперированъ въ маѣ 1903 г. Въ теченіи 1 года и 8 мѣс. возврата не было; затѣмъ начала расти опухоль у основанія шеи. Лѣченіе начато 18/iv 1905 г. съ малыми ожиданіями. Ежедневные присѣсты въ те-

чѣ 6 недѣль, затѣмъ по 3 раза въ недѣлю. Черезъ 3 мѣс. опухоль шейныхъ железъ исчезла, новообразованіе-же средостѣнія уменьшилось на ¾. Смерть черезъ 4½ мѣс. отъ начала лѣченія.

6. Правая грудь удалена 5 лѣтъ назадъ. Въ январѣ 1906 г. началась возвратъ, и 1/iv сдѣлана 2-ая операція, при чемъ изъ рубца удалена опухоль въ куриное яйцо. Черезъ недѣлю послѣ операція найдено: сухой кашель и притупленіе на 1 дюймъ вправо отъ грудины на уровнѣ 1-го межреберья. Лѣченіе принималось 3 раза въ недѣлю. Рана зажила. Притупленіе исчезло. Общее состояніе поправилось (American Medicine, № 6). Д.—м.

**Глазныя болѣзни.** 440. Д-ръ Treu сообщаетъ случай *эхинококковъ глазницы, излѣченный операціей Krönlein'a.*

Операція произведена была 28-лѣтней дѣвушкой (въ Далматин эхинококковая болѣзнь—частая), которая уже 9 лѣтъ страдала выпячиваніемъ праваго глаза, достигшимъ за послѣдніе мѣсяцы чрезвычайныхъ размѣровъ: глазное яблоко помѣщалось почти цѣликомъ внѣ глазницы. Подвижность глаза была равномерно ограничена во всѣхъ направленіяхъ, сосокъ зрительнаго нерва былъ застойный, зрѣніе было понижено до счета пальцевъ съ разстоянія 4-хъ метровъ. По вскрытіи глазницы и временномъ разсѣченіи наружной прямой мышцы обнаружена была бугристая упругая опухоль, выполнявшая всю полость глазницы до того, что зрительный нервъ представлялся совершенно замурованнымъ въ веществе опухоли. Изъ прокола выяснилось, что дѣло имѣлось съ кистами, наполненными прозрачною жидкостью, а вскрытіе этихъ кистъ показало характерную молочно-бѣлую стѣнку съ многочисленными эхинококковыми головками. Всего вскрыто было 8 кистъ; онѣ были осторожно выскоблены острой ложечкой и вычищены ватками съ 1% растворомъ сугени. Вслѣдъ затѣмъ спиты были концы наружной прямой мышцы, наложенъ шовъ на глазничную надкостницу, выравненъ изсѣченный кусокъ костной стѣнки, и наружная рана зашита. Заживленіе наступило первичное. Черезъ 25 дней пучеглазие оказалось уменьшеннымъ на 10 мм., подвижность глаза значительно увеличилась во всѣ стороны, застойный сосокъ исчезъ, и зрѣніе поднялось до 0,1. Пучеглазие и послѣ того продолжало быстро уменьшаться, а въ то-же время и зрѣніе продолжало повышаться (Archiv für Augenheilkunde, т. LIII, 2). Р. Рока.

441. Проф. Cabannes (Bordeaux) приводитъ поучительный случай въ подтвержденіе того, что *первичная бугорчатка соединительной оболочки можетъ явиться исходной точкой для зараженія бугорчаткой всего тѣла.* Какъ извѣстно, бугорчатковое зараженіе лимфатическихъ железъ лица и шеи во многихъ случаяхъ происходитъ либо со рта (глотки, миндалинъ), либо съ носа и придаточныхъ его полостей. Въ случаѣ Cabannes'a это зараженіе произошло съ соединительной оболочки.

У 15-лѣтняго мальчика, родители котораго были здоровы, но сестра умерла въ 5-лѣтнемъ возрастѣ отъ воспаления мозговыхъ оболочекъ, а тетка по отцу умерла отъ бугорчатки легкихъ, распухла железа передъ лѣвымъ ухомъ, при чемъ лѣвый глазъ казался какъ бы подбитымъ. Черезъ 2 дня вѣки этого глаза припухли, а 4 дня спустя на соединительной оболочкѣ верхняго вѣка замѣчена была небольшая пленка, прoderжавшаяся съ недѣлю и оставившая послѣ себя глубокое изъязвленіе. Тѣмъ временемъ появилась новая железа, подъ челюстью; потомъ распухла еще 1 подчелюстная железа. Вскорѣ стало замѣчаться на лѣвой щекѣ, на разстояніи 3 см. кнаружи и 0,5 см. книзу отъ наружнаго угла вѣка, небольшое прозрачное возвышеніе съ глубокимъ пропитываніемъ. Послѣ того распухли железы сильно увеличиваться, вся сторона лица припухла, а на верхнемъ вѣкѣ, особенно въ наружной его ½, сталъ прощупываться цѣлый рядъ мелкихъ бугровъ. Тогда именно и обратились къ автору. Слизистая оболочка верхняго вѣка оказалась покрытой разрошеніями, изъязвленіями и бугорками; бугорки замѣчались и на соединительной оболочкѣ нижняго вѣка. Глазное яблоко было здорово. Въ преддверіи желѣзъ нѣтъ свившей ходъ, оставшіяся послѣ вскрытія этой желѣзы. Микроскопическое изслѣдованіе изсѣченнаго кусочка пораженной соединительной оболочки обнаружило характерные бугорки съ клѣточками-великанами, но Koch'овскихъ палочекъ на этихъ срѣзахъ, какъ и въ выдѣленіи изъ свившего хода преддверной желѣзы, найдено не было. Во внутреннихъ органахъ никакихъ признаковъ бугорчатки не обнаружено; желѣзы въ другихъ частяхъ тѣла не прощупывались. Вполнѣ нормальными оказались и полости носа, и пазухи лица. Лѣченіе, примѣненное авторомъ противъ пораженія соединительной оболочки, заключалось въ прижиганіи разрошеній, изъязвленій и бугорковъ термокаутеромъ. Такихъ прижиганій произведено было 6, съ промежутками въ 3—4 недѣли, послѣ чего наступило выздоровленіе. Термокаутеромъ излѣченъ былъ и прыщъ на щекѣ (волчанка). Опухоль-же желѣзъ исчезла отъ впрыскиванія іодоформнаго эвора.

Въ этомъ случаѣ бугорчатка соединительной оболочки не перешла за желѣзы лица и шеи. Въ случаяхъ другихъ авторовъ она распространялась и далѣе, приводя къ смерти отъ бугорчатки легкихъ или гортани, отъ общей бугорчатки, либо отъ бугорчатки мозговыхъ оболочекъ.

Во всякомъ случаѣ, первичную бугорчатку соединительной оболочки необходимо своевременно распознать и лечить; наилучшимъ же способомъ леченія авт. считаетъ прижиганія термокаутеромъ въ опредѣленные промежутки времени (Arch. d'ophtalmologie, январь). *Р. Кауц.*

442. Д-ръ *Fernandos* сообщаетъ единственный въ своемъ родѣ случай полной врожденной отслойки сетчатки у 2-хъ братьевъ.

Одинъ изъ братьевъ былъ изслѣдованъ въ возрастѣ 3½ мѣс., другой—въ возрастѣ 1½ мѣс. Въ зрачкахъ имѣлось сѣровато-зеленоватое отраженіе, какъ при глѣзѣ сетчатки; по расширеніи же зрачка атропиномъ, обнаружился истинный характеръ болѣзни. Общее состояніе здоровья у обоихъ братьевъ было хорошее. Мать ихъ имѣла всего 7 дѣтей, изъ коихъ 5 были совершенно здоровы. Означенное страданіе глазъ обнаружено было у самого старшаго и у самого младшаго изъ дѣтей. Возможно, что у отца былъ сифилисъ; убѣдиться въ этомъ было нельзя, такъ какъ онъ уклонялся отъ изслѣдованія.

*Hirschberg, Antonelli* и др. приписываютъ врожденную отслойку сетчатки наследственному сифилису (Archives of Ophtalmology, июль, 1905; Archives d'ophtalmologie, январь). *Р. Кауц.*

443. Въ одномъ изъ засѣданій Великобританскаго Общества глазныхъ врачей (9/II 1905 г.) д-ръ *Wray* сообщилъ о благоприятныхъ результатахъ, получаемыхъ имъ отъ леченія табачной амблѳіи путемъ обильныхъ количествъ воды, а въ слѣдующемъ засѣданіи (9/III) онъ показалъ и больного, получившаго значительное улучшение отъ этого способа леченія. Къ такому леченію авт. обратился въ виду неудовлетворительныхъ результатовъ, получившихся имъ отъ обычнаго примѣненія іодистаго калия и стрихнина, и на основаніи того соображенія, что никотинъ легко растворимъ въ водѣ. Больной долженъ тепло одѣваться. Въ 7 час. утра слѣдуетъ выпить ½-литра воды, ¼ часа погулять на свѣжемъ воздухѣ, потомъ выпить другую ¼, литра воды и снова ¼-часа погулять, а затѣмъ, отдохнувъ нѣсколько минутъ, позавтракать. Въ серединѣ предобѣденнаго времени, какъ и послѣобѣденнаго, слѣдуетъ выпить еще по ½, литра воды. Нѣкоторые больные при этомъ леченіи продолжали выкуривать около 7 грм. табака въ день, и все-же улучшение наступало. Въ 3-хъ случаяхъ острота зрѣнія въ 14 дней стала нормальной (Archiv f. Augenheilkunde, т. LII, 4). *Р. Кауц.*

444. На послѣднемъ *Heidelberg'sкомъ* Съѣздѣ глазныхъ врачей проф. *Uthoff* сдѣлалъ сообщеніе о глазныхъ явленіяхъ при повальномъ воспаленіи мозговыхъ оболочекъ. Авт. изслѣдовалъ со стороны глазъ 110 случаевъ изъ послѣдней большой эпидеміи въ Верхней Силезіи, гдѣ больные преимущественно дѣти—насчитывались тысячами и гдѣ смертность превышала 50%, и нашелъ: въ 17 случаяхъ воспаление зрительныхъ нервовъ (въ 1 случаѣ одностороннее), въ 4—переносное воспаление глазъ (въ 3—гнойное воспаление сосудистой оболочки на одномъ глазу, въ 1—воспаление радужной оболочки на обоихъ), въ 3—воспаленіе роговой оболочки, въ 15—разстройствѣ со стороны глазныхъ мышцъ (8 разъ параличъ отводящаго нерва, въ 2-хъ случаяхъ двусторонній, 1 разъ опущеніе верхняго века, 5 разъ сочетанное отклоненіе глазъ и 1 разъ полный глазной параличъ), въ 8—ненормальности зрачковъ и въ 8—настагмообразное дрожаніе глазъ. На основаніи своихъ наблюденій и данныхъ изъ литературы, докладчикъ отмѣтилъ почти полное отсутствіе застойнаго соска при воспаленіи зрительныхъ нервовъ и большое распознавательное значеніе разстройствъ со стороны глазныхъ мышцъ. *Nieden* сообщилъ о наблюденіяхъ, сдѣланныхъ имъ при эпидеміи цереброспинальнаго менингита въ 1870—71 гг. При этой эпидеміи, протекавшей съ гораздо меньшимъ % смертности, какъ и осложненій со стороны глазъ, весьма часто наблюдались обрывныя формы, при которыхъ единственнымъ характернымъ признакомъ болѣзни являлось страданіе глаза—переносный иридохорионидъ (По отчету въ Archiv für Augenheilkunde, т. LII, 4). *К.*

**Нервные и душевные болѣзни.** 445. Проф. *В. М. Беттеревъ* описываетъ своеобразный психозъ, развивающійся на почвѣ хроническаго пораженія обонятельнаго органа—паросморфенію. Болѣзнь начинается обонятельными иллюзіями и галлюцинаціями (паросміей), къ которымъ впоследствии присоединяются, по крайней

мѣрѣ, эпизодически, и другіе обманы чувствъ, болѣею частью иллюзорнаго характера, что приводитъ къ развитію бредовыхъ мыслей о томъ, что больной тѣмъ или инымъ путемъ издаетъ зловоніе. Такимъ образомъ существенныя явленія, свойственныя этому психозу, заключаются въ томъ, что больные ощущаютъ противныя вонючіе запахи, исходящіе, по ихъ представленіямъ, отъ нихъ самихъ. Большинство больныхъ заявляютъ, что они издаютъ зловонные газы изъ задняго прохода помимо своей воли и часто незаметно для нихъ самихъ. Нѣкоторые больные увѣряютъ, что они ясно ощущаютъ выходъ газовъ по осязательно-тепловымъ ощущеніямъ въ области задняго прохода и въ то же время убѣждаются въ этомъ по ощущаемому вокругъ себя запаху и по замѣчаемому ими отношенію къ себѣ со стороны окружающихъ, которые отворачиваются отъ нихъ, уходятъ, отворяютъ форточки, дѣлаютъ на ихъ счетъ недвусмысленныя замѣчанія и т. п. Вслѣдствіе этого положеніе больныхъ въ обществѣ становится невыносимымъ, и они ищутъ врачебной помощи для избавленія отъ своего недуга. Въ отдѣльныхъ случаяхъ больные заявляютъ не о зловонномъ запахѣ газовъ, выходящихъ изъ задняго прохода, а о специфическомъ противномъ запахѣ, исходящемъ отъ другихъ частей тѣла, напр., отъ мошонки или вмѣстѣ съ потомъ, или изъ влагалища, или, наконецъ, вмѣстѣ съ дыханіемъ. Разубѣжденію относительно мнимаго характера этихъ запаховъ больные, за рѣдкими исключеніями, болѣею частью совершенно недоступны. Со стороны другихъ органовъ чувствъ настоящія галлюцинаціи обыкновенно не наблюдаются или встрѣчаются лишь изрѣдка, при чемъ, въ случаѣ ихъ появленія, эти галлюцинаціи, находясь въ соотвѣтствіи съ мыслями больныхъ, еще прочнѣе закрѣпляютъ ихъ бредъ о дѣйствительности исходящихъ отъ нихъ запаховъ. Во всѣхъ рѣшительно случаяхъ этого психоза больные раньше страдали тяжелыми насморками и обнаруживали хроническое пораженіе полости носа, нерѣдко въ видѣ сухого гипертрофическаго катарра, при чемъ субъективные запахи являлись, очевидно, результатомъ патологическаго пораженія *Schneider'*овской оболочки. Часто также имѣлось и пораженія глотки. Въ отдѣльныхъ случаяхъ болѣзненные явленія обнаруживали періодическія обостренія, что, вѣроятно всего, объяснялось обостреніемъ хроническихъ измѣненій носовой полости или-же обуславливалось періодически наступавшимъ ухудшеніемъ общаго нервнаго состоянія. Наконецъ, авт. отмѣчаетъ извѣстное соотношеніе между болѣзненными припадками описываемаго психоза и нарушеніемъ дѣятельности кишечника: въ нѣкоторыхъ случаяхъ начало болѣзни совпадало съ кишечными расстройствами, въ другихъ—періоды послѣднихъ сопровождалось замѣтнымъ ухудшеніемъ душевнаго состоянія больныхъ, ожесточеніемъ бреда и пр. Въ большинствѣ случаевъ авт. дѣло шло о больныхъ съ насѣдственнымъ отягченіемъ, создавшимъ благоприятную почву для развитія бредовыхъ идей и обмановъ чувствъ; но встрѣчались случаи и съ приобретеннымъ общимъ нервнымъ состояніемъ вслѣдствіе случайныхъ причинъ. По картинѣ припадковъ описываемый психозъ представляетъ нѣкоторыя сходственныя черты съ хронической паранойей, но существенно отличается отъ нея развитіемъ и содержаніемъ бредовыхъ мыслей. Теченіе болѣзни во всѣхъ случаяхъ было хроническое и затягивалось на многіе годы. Предсказаніе—сомнительное. Лѣченіе должно быть прежде всего направлено на мѣстное причинное страданіе—пораженіе обонятельнаго органа, затѣмъ—на успокоеніе нервной системы. Въ извѣстныхъ случаяхъ можетъ оказаться не бесполезнымъ правильное и систематическое примѣняемое внушеніе. Для поясненія изложенія авт. приводитъ нѣсколько случаевъ описываемаго имъ психоза и, между прочимъ, одинъ, въ которомъ леченіе внушеніемъ принесло нѣкоторое улучшение (Обозрѣніе психіатріи, нейрологіи и экспериментальной психологіи, № 2). Ч. пр. *Б. Грейденбергъ.*

446. Ч. пр. *Р. Л. Вейнбергъ* разбираетъ мозгъ преступниковъ съ точки зрѣнія нормальной анатоміи. Вопросъ объ анатомическомъ субстратѣ т. наз. врожденной преступности потерянъ уже въ настоящее время, будучи

интересъ. Различныя стороны этого вопроса сдѣлались достояніемъ специалистовъ, изъ которыхъ въ настоящее время большинство также относится крайне скептически къ положеніямъ *Lombroso* и его школы. Специально по вопросу о мозгѣ преступниковъ появилась уже 10 лѣтъ назадъ работа проф. *Д. Н. Зернова*, въ которой онъ, на основаніи систематическаго сравнительнаго изслѣдованія мозга преступниковъ и мозга нормальныхъ людей, приходитъ къ заключенію, что никакихъ существенныхъ различій между ними не имѣется. Однако матеріалъ, надъ которымъ работалъ проф. *Д. Н. Зерновъ*, по мнѣнію ч. пр. *Р. Л. Вейнберга*, не выполнѣтъ безупречно, такъ какъ «нормальные» мозги черпались изъ среды обычныхъ безродныхъ обитателей нашихъ больницъ, между которыми, вѣроятно, не мало лицъ съ преступнымъ прошлымъ. Авторъ задается цѣлью собрать коллекцію дѣйствительно нормальныхъ мозговъ, исключая всѣхъ тѣхъ случаевъ, гдѣ не имѣлось ясныхъ указаній относительно прошлой жизни, общественнаго положенія и нервно-психической организаціи лицъ, подлежащихъ вскрытію. За 12 лѣтъ онъ накопилъ такимъ образомъ 100 мозговыхъ полушарій. Подробное анатомическое изслѣдованіе этихъ полушарій съ точки зрѣнія тѣхъ аномалій, которыя найдены нѣкоторыми авторами въ мозгахъ преступниковъ, и составляетъ содержаніе передаваемой статьи. Не вдаваясь въ подробности самаго изслѣдованія, сообщу лишь только выводы. Авт. говоритъ: «Не могу себѣ представить, чтобы всю совокупность тѣхъ сложныхъ явленій, какія, несомнѣнно, лежатъ въ основаніи понятія преступности, возможно было-бы свести къ какому-нибудь одному опредѣленному анатомо-физиологическому выраженію». Однако авт. не рѣшается высказаться въ положительномъ смыслѣ противъ ученія о мозговомъ типѣ преступника. Сравнивая результаты своихъ изслѣдованій нормальнаго мозга съ наблюденіями авторовъ надъ анатомической картиной мозга преступниковъ, онъ находитъ разницу въ варіаціонномъ строеніи того и другого. Мозгъ преступника содержитъ тѣ же элементы (извилины, борозды, анастомозы и пр.), какъ и нормальный мозгъ, но характеръ варіаціи этихъ элементовъ иной. Словомъ, въ мозгѣ преступника замѣчается извѣстное «разстройство варіаціоннаго характера». Этотъ выводъ вѣренъ, конечно, только въ томъ случаѣ, если вѣрны указанія авторовъ относительно анатомической картины мозга преступниковъ, въ чемъ, впрочемъ, авторъ, повидимому, не сомнѣвается (Вѣстникъ общественной гигіены и пр., май).

Н. В.

**Болѣзни носа, уха и горла.** 447. Д-ръ *Boerger* представилъ въ Берлинскомъ ларингологическомъ Обществѣ интересный случай зараженія столбнякомъ со стороны слизистой носа. 4-лѣтнему мальчику былъ введенъ въ носъ его товарищемъ кусокъ дерева. Хотя мальчикъ сейчасъ же его вынулъ, но небольшая часть его осталась и черезъ нѣсколько дней была найдена авторомъ между перегородкой и нижней раковиной, при чемъ на перегородкѣ оказалась небольшая язва. Отъ послѣдней, очевидно, и пошло зараженіе столбнякомъ, обнаружившимся черезъ нѣсколько дней глотательнымъ параличемъ, орѣзотомусомъ и параличомъ лицевого нерва. Больной погибъ, не смотря на внутрочерепное впрыскиваніе противостолбнячной сыворотки. На посѣвахъ изъ носовой язвы палочекъ столбняка не обнаружено (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1906, стр. 145).

Л. Левинъ.

448. Д-ръ *Bayer* задается цѣлью выяснитъ роль лимфатическихъ сосудовъ и железъ шеи въ заболѣваніяхъ уха, носа и горла. Послѣ анатомическаго обзора расположенія шейныхъ лимфатическихъ железъ и сосудовъ авторъ останавливается на задачѣ, которую выполняетъ эта система въ организмѣ и которая состоитъ главнымъ образомъ въ томъ, чтобы собранную лимфу путемъ цѣлаго ряда процессовъ—обезвреживанія, фагоцитоза, превращенія въ элементы, годные для выработки крови—подготовить къ переходу въ кровеносную систему. Если эта физиологическая задача нарушается патологическими процессами со стороны слизистой полостей лица, то на сцену выступаетъ рядъ нарушеній, которыя могутъ быть раздѣлены на 1) непосредственныя и 2) отдаленныя. Къ первымъ относятся

тѣ, которыя являются слѣдствіемъ затрудненнаго оттока лимфы въ ея большіе собиратели и которыя мы понимаемъ какъ застойныя явленія въ тканяхъ (хроническія опуханія слизистой, выпоты въ полостяхъ, гипертрофія и гиперплазія слизистой носа, глотки и гортани), чѣмъ объясняется нерѣдкая безрезультатность повторнаго удаленія аденоидныхъ разроженій, удаленія раковины и операций придаточныхъ полостей носа. Ко 2-ой категоріи относятся чисто механическія нарушенія, обусловливающіяся давленіемъ опухшихъ железъ на сосѣдніе органы и распространяющіяся или на сферу чувствующую (неопредѣленное чувство давленія, чувство инороднаго тѣла въ области основанія языка, стѣнокъ зѣва и т. п.) или на сферу двигательную (нарушенія голоса). Авторъ советуетъ поэтому во всѣхъ случаяхъ, гдѣ предстоитъ распознаваніе болѣзни носа, уха, зѣва и гортани, прежде чѣмъ приступить къ обычнымъ способамъ изслѣдованія этихъ органовъ, подвергнуть тщательному наружному осмотру шеи и ея сосѣднія части, при чемъ дается краткое описаніе ея способа изслѣдованія. Если при этомъ обнаружится участіе лимфатическихъ железъ, то первой задачей должно быть восстановленіе нормальной проходимости лимфатическихъ и вѣнныхъ сосудовъ, для чего лучшимъ способомъ авторъ считаетъ наружный массажъ шеи, техника котораго тутъ же приводится (*Journal médical de Bruxelles*, № 43, 1905).

Л. Левинъ.

449. *L. Mader* предлагаетъ особую глоточно-гортанную трубку, въ значительной степени облегчающую применение *Röntgen*'овскихъ лучей въ области верхнихъ дыхательныхъ путей и позволяющую подвергнуть непосредственному воздействию х-лучей любой отдѣлъ въ этой области. Изъ 4-хъ приводимыхъ авторомъ случаевъ, въ которыхъ онъ съ хорошимъ успѣхомъ применилъ этотъ способъ, особый интересъ заслуживаетъ сл. 4, гдѣ ракъ задней стѣнки зѣва подѣ влияніемъ х-лучей исчезъ, и больной чувствуетъ себя совершенно здоровымъ. На основаніи своихъ наблюденій авт. приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) слизистая оболочка верхнихъ дыхательныхъ путей мало чувствительна къ *Röntgen*'овскимъ лучамъ; еще менѣе чувствителенъ языкъ. 2) Аденоидная ткань отличается извѣстною чувствительностью къ х-лучамъ. 3) Лучи *Röntgen*'а дѣйствуютъ, повидимому, успокоительно на нервные припадки при воспалительныхъ процессахъ въ горлѣ. 4) *Röntgen*'овскіе лучи могутъ оказывать благоприятное дѣйствіе при ракѣ органовъ рта и горла, съ одной стороны, утоляя боли, съ другой—разрушая раковую ткань и превращая ее въ рубцовую. 5) Побочныхъ вредныхъ явленій не наблюдается (*Archiv für Laryngologie*, т. 18, тетр. 1).

Л. Левинъ.

450. Д-ръ *Broeskaert* предлагаетъ особую имъ придуманную спринцовку для впрыскиванія холоднаго парафина, испытанную имъ въ большомъ числѣ случаевъ. Въ спринцовку вводится небольшой цилиндръ, наполненный парафиномъ 45° плавленія. Помощью особыхъ шпатель поршень приводится въ движеніе и парафинъ выступаетъ изъ иглы въ формы ленты. Авт. описываетъ затѣмъ технику восстановленія атрофическихъ раковинъ и созданія искусственныхъ выступовъ на перегородкѣ носа. Хорошо выполненныя операціи онъ считаетъ совершенно безвредными, между тѣмъ какъ при прежнихъ способахъ съ теплымъ парафиномъ случаи флебитовъ бывали далеко нерѣдко. На основаніи достигнутыхъ имъ успѣшныхъ результатовъ авт. выражаетъ увѣренность, что способъ этотъ со дня на день будетъ находить себѣ новыхъ приверженцевъ и что при помощи его удастся успѣшно одолѣть до сихъ поръ еще не подававшіяся лѣченію злокачественныя атрофическія воспаленія носа. В. видитъ въ парафинномъ способѣ изыщѣннѣее приобрѣтеніе современной хирургіи (*La Belgique médicale*, № 8).

Л. Левинъ.

451. *Hennebert* наблюдалъ во время эпидеміи гриппа 30 случаевъ осложненій этой болѣзни со стороны уха въ формѣ *эморрагическаго отита*. Во всѣхъ этихъ случаяхъ характерно было внезапное наступленіе болѣе съ пониженіемъ слуха, кровянистое выдѣленіе, быстро переходившее въ сывороточное и затѣмъ въ сывороточно-гнойное, полнокровіе барабанной перепонки, особенно вдоль



румятки молоточка. Среднее ухо въ самомъ началѣ не участвуетъ въ процессѣ, и дѣло сводится лишь къ геморагическому миригиту. Предсказаніе въ общемъ благоприятное; осложненіе со стороны сосцевиднаго отростка наблюдается рѣдко. Для лѣченія авт. предлагаетъ вливать кокаи́нъ съ адреналиномъ или резорцинъ+глицеринъ (La Clinique, 1905 г., № 21).  
Л. Левинъ.

## ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспондентцн.

LV—LVII. Съ научныхъ Совѣщаній въ Петербургскомъ клиническомъ военномъ госпиталѣ.

(Засѣданіе 16-го февраля).

С. П. Вертоградовъ (изъ судебно-медицинскаго отдѣленія проф. Д. П. Коссовцова). Опухоль грудной стѣнки, при-  
малая сначала за легочную грыжу (съ представлениемъ боль-  
ного). Носитель опухоли—молодой солдатъ одного изъ стрѣл-  
ковыхъ полковъ В.—жалуется на боли въ груди справа, въ опу-  
холь, появившейся при тяжелой работѣ и при кашлѣ; харак-  
теръ боли—ломящій. Опухоль появилась на 12-мъ году «отъ  
натуга», и съ тѣхъ поръ В. работатъ тяжелой деревенскую  
работу не могъ и служилъ въ трактирѣ. Растетъ опухоль ме-  
ленно, увеличивается периодически, послѣ тяжелыхъ напряженій,  
а потомъ снова спадаетъ. Объективно: при натуживаніи изъ  
4-го межреберья справа, близъ грудины, выступаетъ неправиль-  
но-круглая, ограниченная, мягкая, легко сдавливаемая припухлость,  
съ крупнѣйшей орыхъ. Предварительное давленіе пальцемъ  
на нѣсколько мѣстъ вызываетъ появленію опухоли. Она не столь  
велика, чтобы можно было опредѣлить ея характеръ выстуки-  
ваніемъ. Мало было надежды и на рентгенографію въ виду  
того, что опухоль помѣщается въ области сердечной тѣни и  
вліаніе ея давленія на (сѣтчатопрозрачные) хрящи едва-ли могло  
быть замѣчено. Покровы надъ ней не измѣнены. При ощупы-  
ваніи ея однажды удалось ощутить подъ пальцемъ одиночный  
ленточный узелъ, подобный тому, что бываетъ при газовой кре-  
питации. Казалось, это была—грыжа легкаго; съ такимъ распо-  
знаваніемъ Б. и прибѣгъ въ отдѣленіе и былъ показанъ нѣко-  
торымъ товарищамъ. Но потомъ при повторномъ изслѣдованіи  
удалось подѣлать нѣкоторое развитіе сѣти подкожныхъ венъ  
подъ правой мышкой; вены здѣсь нѣсколько набухли при  
тѣхъ-же условіяхъ, что и опухоль. Кромѣ того, у начала правой  
подмышковой вены найдено утолщеніе, также набухающее: оно  
слабо синеватаго цвѣта, не эксцентрически бьется (передача  
отъ артерій), при давленіи опорожняется, но медленно, чѣмъ  
пригрудная опухоль; тоже и при набуханіи. При такихъ дан-  
ныхъ явилось сомнѣніе, что и первая опухоль—грыжа легкаго.  
Поставивъ В. вверхъ ногами, т. е. повысивъ давленіе въ си-  
стемѣ вены верхней части тѣла, исключая внутри-грудного,  
удалось получить ясное набуханіе и пригрудной опухоли, т. е.  
исключить грыжу и остановиться на распознаваніи венной  
ангіомы. Быстрая набухаемость и легкая опорожняемость при-  
груднаго узла допускаютъ предположеніе о по преимуществу  
артериальномъ его строеніи, тогда какъ менѣе живая подвиж-  
ность объема узла подмышковаго заставляетъ думать о болѣе  
пещеристомъ его строеніи. Распознаваніе поэтому установлено  
такое: ангіомы груди-варикозная и пещеристая. Упомянутое  
выше ощущеніе хрустѣнія при надавливаніи на опухоль надо  
объяснить не лопаніемъ растянутого легочнаго пузырька, а раз-  
рывомъ натянутаго надъ набухшею опухолью пучка соедини-  
тельной ткани.

Ч. пр. Н. Н. Петровъ: Ранній возрастъ, въ которомъ появилась  
у больного опухоль, и болѣзненность ея говорятъ за ангіому.

Докладчикъ: Но и узлы (varices) тоже склонны давать бо-  
лезненность.

Ч. пр. В. Н. Гейнацъ: Это—узелъ, а не ангіома, ибо опухоль  
легко сдавливается.

Ч. пр. А. П. Серанинъ: При давленіи на правую подмышечную  
вѣну нѣтъ удалось достигнуть рѣзкаго увеличенія опухоли подъ  
мышкой.

И. П. Шаповаленко: Выслушивается-ли тутъ какой-либо  
шумъ?

Докладчикъ: Нѣтъ; подъ пальцемъ получается хрустѣ.

Ч. пр. Н. Н. Петровъ: Грыжамъ легкаго свойства существенно  
ущемляются. Наблюдались-ли это здѣсь?

Докладчикъ: Нѣтъ. Мнѣ было-бы интересно услышать, каково  
предсказаніе въ данномъ случаѣ?

Проф. М. В. Яновскій: Данныхъ нѣтъ, что опухоль увели-  
чивается, а вырѣзать ее ничего не стоитъ.

Ч. пр. Н. Н. Петровъ: Очень возможно, что позади, внутри  
отъ внутргрудной фасціи, расположена еще большая опухоль,  
кактъ это иногда бываетъ на черепѣ. Съ этимъ надо считаться,  
и отъ этого зависитъ и предсказаніе.

Проф. М. В. Яновскій: Въ рѣшеніи этого вопроса могла-бы  
помочь рентгеноскопия.

Ч. пр. В. Н. Гейнацъ: Съ судебно-медицинской точки зрѣнія  
больной не подлежитъ военной службѣ и долженъ быть осво-  
божденъ. Съ хирургической я пражде, чѣмъ вырѣзать опухоль,  
подумалъ-бы. Съ такой опухолью больной можетъ прожить долго.  
Такия опухоли удаляются лишь тогда, когда онѣ причиняютъ  
сильное разстройство или обезображеніе.

В. В. Александровъ: Опухоли эти подвержены большимъ уве-  
личеніямъ и могутъ находиться и въ другихъ участкахъ венной  
системы. Поэтому оперировать нужно осторожно.

П. И. Философовъ (изъ клиники проф. А. П. Фовицкаго).  
Представленіе больного съ многокамернымъ эхинококкомъ пе-  
чени. Больной поступилъ въ клинику 8/хл 1905 г. съ жалобами  
на желтуху, боли въ правомъ подреберьѣ и на неправоильности  
со стороны кишечника. Боленъ былъ 2 года; желтуха появлялась  
2 недѣли назадъ. Печень была большая, твердая, слабо бугристая,  
по средней линіи доходила до пупка. Селезенка прощупывалась  
съ 8-го ребра. Калъ обезцвѣченный. Температура гектическаго  
характера. Въ виду того, что въ крови наряду съ лейкоцито-  
зомъ была выраженная эозинофилия (16%), распознаваніе коле-  
балось между злокачественнымъ новообразованіемъ и какимъ-  
либо паразитарнымъ заболѣваніемъ печени. Такъ какъ съ полной  
уверенностью нельзя было исключить и гнойнаго ангиохолита на  
почвѣ желчныхъ камней, то больному было предложено подверг-  
нуться операціи. При операціи, произведенной проф. С. П.  
Федоровымъ, у больного найдены многокамерный эхинококкъ  
печени. Узлы пронизывали весь органъ, и удалить ихъ не было  
возможности. Постоперационный періодъ протекалъ правильно.  
Печень за послѣдніе 2 мѣс. не увеличилась и стала менѣе  
болѣзненна; истощеніе-же и общая слабость нарастали и по-  
явились брышная водянка и отекъ ногъ. Температура по пре-  
жнему имѣетъ гектическій характеръ.

Ч. пр. Г. Ю. Яевинъ: Какъ Вы это объясняете?

Докладчикъ: Вторичнымъ зараженіемъ на почвѣ застойныхъ  
явленій.

П. С. Иконниковъ: При операціи сразу-же стало видно, что  
это т. наз. неоперируемый случай. Лѣвая доля печени вся была  
пронизана пузырями. Нагноившійся узелъ былъ вскрытъ слу-  
чайно; несомнѣнно, онъ и теперь еще есть.

Ч. пр. Г. Ю. Яевинъ: Напряженіе печени было раньше  
такое-же, какъ и теперь?

Докладчикъ: Больше.

Ч. пр. В. Н. Гейнацъ: Между найденнымъ нагноившимся  
узломъ и повышеніемъ температуры я не вижу никакой связи:  
температура была повышена не отъ этихъ узелковъ. При мно-  
гихъ заболѣваніяхъ печени часто наблюдается повышеніе тем-  
пературъ; въ печени, повидимому, имѣются особые условія,  
которыя при раздраженіи или воспалительномъ процессѣ въ ней  
вызываютъ образованіе какихъ-то пирогенныхъ веществъ. Опе-  
раціей опухоль удалить было нельзя, и такихъ случаевъ, гдѣ  
удалили многокамерный эхинококкъ, описано мало. Нужно,  
впрочемъ, отмѣтить, что операція иногда вызываетъ заживаніе  
процесса и даже самозлѣченіе съ развитіемъ мощной рубцовой  
ткани. Кромѣ операціи, мы ничего не можемъ предложить; но  
лучше слѣдуетъ примѣнять лишь въ крайне исключительныхъ  
случаяхъ.

Ч. пр. А. И. Имотовскій: Не всякое заболѣваніе печени вы-  
зываетъ повышеніе температуры. Въ данномъ случаѣ объ улуч-  
шеніи едва-ли можно говорить, ибо у больного теперь имѣются  
брышная водянка, отеки въ ногахъ и т. д.

П. С. Иконниковъ: О хирургическомъ лѣченіи въ данномъ  
случаѣ нечего и думать. Въ процессъ вовлечена вся печень; при  
операціи она была найдена плотной. Что касается повышенія  
температуры, то и стерильная эхинококковая жидкость способна  
дать его, ибо она раздражаетъ ткани.

С. П. Вертоградовъ: Что нужно считать характернымъ для  
многокамернаго эхинококка печени?

Докладчикъ: Рѣшить этотъ вопросъ очень трудно. Эозинофи-  
лія можетъ дать руководящую нить, и, если не будетъ найдено  
другихъ глѣсть, можно предположить эхинококкъ печени.

Ч. пр. В. Н. Гейнацъ: До операціи лишь въ исключительныхъ  
случаяхъ удавалось распознать многокамерный эхинококкъ пе-  
чени, въ большинствѣ-же случаевъ заболѣваніе это распознается  
во время операціи или на вскрытіи. Эозинофилія служитъ, ко-  
нечно, цѣннымъ признакомъ, но ее можно наблюдать и при  
многихъ другихъ болѣзненныхъ процессахъ.

М. И. Аринкинъ: У желтушныхъ больныхъ я ни въ одномъ  
случаѣ не видѣлъ эозинофилии. Этого больного изслѣдовалъ и я,  
и у меня возникло предположеніе, нѣтъ-ли тутъ паразитарной  
желтухи? Повышеніе температуры связано съ нагноеніемъ, ан-  
гиохолитомъ на почвѣ желчекаменной болѣзни.

П. С. Иконниковъ: При нагноеніи въ пузырь эхинококковымъ  
чаще всего находили кишечную палочку.

Проф. М. В. Яновскій: Судя по преніямъ наибольшій инте-  
ресъ возбуждалъ вопросъ о распознаваніи. Дѣйствительно, рас-  
познаваніе нельзя было поставить съ положительностью: имѣлась  
большая, твердая, бугристая печень. Возрастъ больного исклю-  
чалъ ракъ, но не саркому. Можно было думать о гумѣ. Прав-  
да, заболѣваніе сифилисомъ можно было исключить ex juvantibus,  
но это возможно только при небольшихъ гуммахъ. Если  
же онѣ велики и распадаются, то зачастую специфическое лѣ-  
ченіе оказывается безсильнымъ. Выводатка въ такой формѣ

представляет редкость. Об эхинококк трудно было думать вследствие отсутствия увеличения селезенки. Теперь это можно объяснить отгибанием грудобрюшной преграды, а вместе с нею и селезенки увеличенной печени кверху. Действительно, верхняя граница селезенки определяется на 8-м ребре. Таким образом самое вероятное предположение до операции было — саркома. Этому не противоречила и высокая температура, представляющая обычное явление при новообразованиях в печени. Повышение температуры не представляет, впрочем, ничего странного и при пролиферации печени многократным эхинококком, подобно тому, как оно наблюдается при поражении мышц трихинозом.

**Ф. В. Вербицкий** (из клиники проф. **М. В. Яновского**). Из вопроса о тромбозе воротной вены. Докладчик наблюдал случай тромбоза воротной вены на почве первичного заболывания ее стенок. Последняя представлялась утолщенной и уплотненной. При микроскопическом исследовании во внутренней и средней оболочке найдено сильно выраженное стекловидное перерождение; в печени резкая атрофия печеночных клеток и незначительное разрошение соединительной ткани; селезенка — в состоянии хронической гиперплазии. Клинически заболывание представляло большие затруднения для распознавания в виду сходства по течению и припадкам с болвзнью *Banti*, за которую оно и принималось прежде наблюдавшими больного врачами. Кроме поражения стенок вены и острого стреломикоза, осложнившего в последнее время течение болвзни, никаких других изменений во внутренних органах, чем можно было объяснить происхождение тромбоза, найдено не было. Случай этот подтверждает справедливость мненья *Bormann'a*, впервые подымавшего вопрос о первичном тромбозе воротной вены в зависимости от фибросклероза, аналогичного атероматозу артерий.

**С. П. Вертоградов**: Сколько времени прошло от операции до смерти?

**Докладчик**: Около месяца.

**С. П. Вертоградов**: Правильно ли было рассчитывать, что получится кровавая рвота?

**Докладчик**: По клиническим наблюдениям ее часто может и не быть. Кровавая рвота характерна, но не постоянна. Закупорка тромбом была прошлой весной, т. е. она была и раньше.

**Проф. М. В. Яновский**: Больной поступил к нам с готовым уже распознаванием атрофического цирроза печени. Лихорадка заставляла, однако, усомниться в правильности этого распознавания. Жидкость в полости брюшины, увеличенная печень, лихорадка, выдох на верхушках дымили вероятным предположением бугорчатки брюшины, но против этого говорила, в свою очередь, резко увеличенная селезенка. Я думал, что мы имеем перед собой массу склеенных между собою бугорчато-измененных кишок. При операции обнаружен цирроз с неполной атрофией печени. Заболывание гнилостно-кровоизлиянием — случайное.

**С. П. Вертоградов**: Отчего зависит неравномерность долей печени?

**Проф. М. В. Яновский**: Этого я объяснить не могу.

**Ч. пр. Л. В. Соболев**: Здесь преимущественно атрофирована левая доля печени. Я прозондировал всю печеночную артерию и никаких изменений в ней не нашел. В начале, вероятно, были атрофированы обе доли печени, но впоследствии восстановилась только правая ее доля. Этим и можно объяснить неравномерность долей. Рисунок печени был вообще неправильный.

**С. П. Вертоградов**: И печень так долго могла обойтись без воротной вены?

**Докладчик**: По объяснениям некоторых авторов, печень может обходиться без нее.

**Ч. пр. В. Н. Гейнац** (из клиники проф. **М. С. Суботина**). Об измерении силы лучей радия. Обширному признанию радия в медицине мы обязаны: 1) его дороговизна и 2) неумением измерять его силу. Вследствие последнего обстоятельства не получалось истинного лечебного его действия, ибо радий или не додерживали, или передерживали. Сила радия измерялась чисто эмпирически. Докладчик, стремясь найти средство для измерения силы лучей радия, испробовал все до сих пор предложенное: 1) свѣтописную пластинку, на которой радий дает неясныя пятна; 2) свѣчение, которое не может дать истинного представления о силѣ радия; 3) *Röntgen*'овскій экранъ; 4) электроскопъ; 5) электрометръ; 6) хроморадиометръ и 7) бумажки, смазанныя цианолатиномъ на коллоидѣ. После цѣлаго ряда безуспѣшныхъ опытовъ съ этими способами измерения силы лучей радия, докладчикъ остановился на *Schönlein*'овскихъ бумажкахъ, изменяющихъ подъ влияніемъ лучей радия свой цвѣтъ отъ свѣтложелтаго до темнотурпурнаго; эти пятна сохраняются дов. долго — 2—3 недѣли. Они, какъ убѣдился докладчикъ изъ опытовъ, происходятъ не отъ озона и брома, а отъ лучей радия, γ-лучей, которые и обладаютъ лечебнымъ дѣйствіемъ. По чувствительности бумажки эти соотвѣтствуютъ приблизительно человѣческой кожѣ. При оценкѣ ихъ имѣютъ большое значеніе: 1) масса радия; 2) продолжительность его дѣйствія; 3) разстояніе, съ которымъ онъ дѣйствуетъ; 4) температура; 5) сухость или влажность воздуха. Радій, немного влажный, излучаетъ гораздо меньше лучей. Докладчикъ показалъ скалу, которой можно опредѣлять лечебное дѣйствіе радия: оно вполне удовлетворяетъ цѣли, если пятно свѣтложелтое. Докладъ сопровождался предъявлениемъ бумажекъ, гдѣ радій дѣйствовалъ въ различныхъ количествахъ и различное время отъ 1/4 до 18 час.

Пренія по поводу этого доклада, за позднимъ временемъ, отложены на слѣдующее засѣданіе.

(Засѣданіе 2-го марта).

Пренія по поводу доклада ч. пр. **В. Н. Гейнаца** — Объ измѣреніи силы лучей радия.

**Ч. пр. А. И. Имятовскій**: Вашъ способъ представляетъ то же, что и способъ *Freund'a*, предложенный годъ назадъ для измѣренія *Röntgen*'овскихъ лучей, которые Вы и измѣряете. Для практическихъ цѣлей Вашъ способъ можетъ быть пригоднымъ, но для точныхъ научныхъ изслѣдованій онъ неудовлетворителенъ. Вы измѣряете своимъ способомъ только лучи «γ», а лучи «α» и «β» и характерная для радия эманиация остаются неизмѣренными. Далѣе, различные препараты радия содержатъ и различное количество этихъ лучей, и это надо имѣть въ виду. Въ чемъ находились у Васъ радій?

**Докладчикъ**: «γ»-лучи не тождественны съ лучами *Röntgen'a*. Цѣлебное дѣйствіе принадлежитъ почти исключительно «γ»-лучамъ, которые мы теперь имѣемъ возможность измѣрять предлагаемымъ способомъ. Практически измѣреніе лучей радия важно и потому, что кожа различныхъ частей тѣла неодинаково чувствительна къ радію. Кожа, напр., рукъ гораздо чувствительнѣе кожи другихъ частей тѣла. Радій у меня находился въ стеклянныхъ трубочкахъ и эбонитовыхъ коробочкахъ.

**Ч. пр. А. И. Имятовскій**: Я не отрицаю, что Вашъ способъ даетъ возможность опредѣлять силу лучей радия для лечебныхъ цѣлей; но для физиковъ, напр., этого мало. Нужно требовать, чтобы фабрики давали характеристику лучистой силы препаратовъ радия.

**Докладчикъ**: Это невозможно, такъ какъ радій можетъ измѣняться; въ особенности, онъ портится отъ влажности.

**И. П. Шаповаленко**: Вы применяли для леченія радій въ тѣхъ-же коробочкахъ, въ которыхъ измѣряли силу его лучей?

**Докладчикъ**: Да.

**И. П. Шаповаленко**: Значитъ, Вы измѣряли ту же силу, которой и лечили, и нѣкоторые возраженія д-ра *Имятоскаго* такимъ образомъ отпадаютъ.

**Ч. пр. А. И. Имятовскій**: Не отрицая практическаго значенія этого способа, я самый принципъ его считаю неудовлетворяющимъ требованіямъ точнаго физическаго способа измѣренія силы радия.

**С. Р. Миротворцевъ** (изъ клиники проф. **С. П. Федорова**). Транспортировка раненыхъ въ Портъ-Артуръ. Санитарные поезда, пароходы, коляски, рикши, носилки. Докладчикъ разсказалъ всѣ, имѣвшіяся въ распоряженіи Портъ-Артура, перевозочныя средства. Санитарныхъ поездовъ, специально приспособленныхъ, не было вовсе. Подъ видомъ санитарныхъ поездовъ ходили до 40 товарныхъ вагоновъ, сцепленныхъ между собой и выбланныхъ для отличія извѣсткой; внутри ихъ ставились носилки. Изъ вагона въ вагонъ можно было переходить лишь при остановкахъ: сообщеній между вагонами не было. Съ іюля, въ виду уменьшенія района военныхъ дѣйствій, принуждены были перестать пользоваться и этими поездами. Санитарные пароходы полезны тогда, когда можно пользоваться моремъ, т. е. когда имѣются условія, въ которыхъ находились японцы и которыхъ лишены были мы. При оборотѣ санитарныхъ пароходовъ, естественно, теряютъ всякое значеніе. Даже и при возможности пользоваться ими они имѣютъ существенныя недостатки, а именно: 1) въ нихъ трудно спускаться внизъ; 2) внизу мало воздуха; 3) слишкомъ затруднительна доставка раненыхъ въ перевозочную и операционную. Для транспортировки раненыхъ въ Портъ-Артуръ пользовались и фавотонами, но послѣдніе при неровныхъ и неудобныхъ дорогахъ часто ломались, а потому были оставлены. Пользовались также рикшами, т. е. колясочками, въ которыя впрягались китайцы (они очень охотно нанимались ихъ возить); въ этихъ колясочкахъ раненые могли полужемать. Для носилокъ пользовались и велосипедками; но это приспособленіе стоило дорого. Переносили раненыхъ и на рукахъ; но тутъ требовалось много людей, нужныхъ для строя. Организация перевозочныхъ средствъ въ общемъ у японцевъ была гораздо лучше нашей, и они были и въ этомъ отношеніи болѣе готовы къ войнѣ, чѣмъ мы.

**Ч. пр. В. Н. Гейнац**: О транспортировкѣ раненыхъ въ Портъ-Артуръ мы уже слышали сообщеніе **В. Б. Губбенета**. Вы упомянули, что японскіе хирурги были хуже нашихъ: они большей частью применяли лишь сохраняющіе способы леченія. По моему, это свидѣтельствоуетъ о достоинствахъ нашихъ восточныхъ товарищей.

**Докладчикъ**: Я лично мало зналъ японскихъ хирурговъ, но они сами говорили, что они плохи. Быть можетъ, въ этомъ сказывалась ихъ обычная скромность.

**Ч. пр. В. Н. Гейнац**: Признавали-ли японцы знакъ Краснаго Креста?

**Докладчикъ**: Большею частью они съ нимъ считались, но иногда по различнымъ условіямъ не могли его признавать; напр., были повреждены наши 6-ой и 9-й госпитали, радостъ съ которыми были расположены интендантскіе склады; ихъ японцы и обстрѣливали; нарочно по госпиталимъ и вообще по учрежденіямъ Краснаго Креста японцы не стрѣляли, а случайныя нападенія, конечно, были.

**Ч. пр. В. А. Опель**: Кроме военно-полевой хирургіи, имъ, повидимому, во всемъ отстали отъ японцевъ. Сохраняющій способъ леченія, конечно, имѣетъ свои достоинства; но

надо помнить, что вынужденный консерватизм губелен для больного.

**Докладчик:** У нас уже был выработан общий шаблон; раз рана в черепе, трепанация; в живот—или немедленное вмешательство, или оставая без операции. Японцы же трепанаций не делали никогда. Впоследствии и нам пришлось прибегнуть к сохраняющему способу за недостатком перевязочного материала. Раны часто протекали недоброкачественно, особенно у цыганок.

**Ч. пр. В. Н. Гейнца:** Большинство японских врачей учились в Германии и в частности — у *Bergmann'a*, который предостерегает против первичных трепанаций. Большинство хирургов не делает также и первичных усечений. В этом отношении я мог бы сослаться на *Reclus, P. P. Вредна* и др.

**Докладчик:** Конечно, существуют разные точки зрения; но нам приходилось иметь дело с ранениями осколками 11-дюймовых снарядов; иногда стопа висела на Ахилловом сухожилии; конечно, такую стопу лучше усечь.

**Ч. пр. В. А. Оптелев:** Здесь поднят вопрос о первичных и вторичных усечениях в зависимости от условий мирного и военного времени. В некоторых случаях я делаю и в условиях мирного времени первичное усечение *in loco electio*, напр. на бедре. Конечно, этого не приходится делать на верхней конечности, где важно сохранить для больного каждый сантиметр. В условиях мирного времени необходима строгая индивидуализация; а в то и нельзя провести в условиях военного времени: врачей на войне мало, перевязки делаются редко, всегда имеется опасность потерять больного от вторичного заражения; поэтому поневоле, спасая жизнь, приходится не считаться с отдаленными членами и прибегать к первичному усечению. Повторяю, в мирное время необходима строгая индивидуализация, а в военное—стремление к сохранению жизни, а не конечности.

(Заседание 16-го марта).

**С. П. Вертоградцев** (из судебно-медицинского отделения проф. Д. П. Косоротова). **Представление опухоли мошонки.** Представив молодого солдата (еврея), присланного в госпиталь на испытание для установления истинного характера опухоли его мошонки, докладчик обратил внимание присутствовавших на плотные, бугристые комки в левую  $\frac{1}{2}$  мошонки. Одна из них спаяна с покровами, но последние на месте спайки не имеют ни одного из признаков воспаления: ни красноты, ни припухлости (т. е. воспалительного отека), ни боли, ни жара. При более сильном давлении на «опухоль» и разслаблении тканей мошонки (после горячей ванны) удалось заметить, что «опухоль» до некоторой степени пластична, а затиснув часть ее стала даже надламываться под пальцами и разбалась на несколько более мелких, менее плотных комков. Признаков легочной бугорчатки подметить не удалось. Докладчик признает, что опухоль не похожа ни на бугорчатку, ни на одну из разновидностей опухолей мошонки. Левое яичко, семенной канатик и предстательная железа, насколько можно судить по ощупыванию, изменений не представляют. Докладчик полагает, что эта «опухоль» произведена впрыскиванием какого-либо вещества; части ее напоминают те комки, которые получаются после впрыскивания, напр. парафина. Практическое значение опухоли, вероятно,—идея подделки бугорчатки, за которую она и была принята в одном из госпиталей, а также некоторыми специалистами, которым представляемое лицо было раньше показано (Вз передача докладчика).

**В. Г. Божовский:** В мартовской книжке «В. Медицинского Журнала» подобный случай описан д-ром *Е. Доидкиным*.

**Н. С. Коротков:** Рискованно доводить дело до суда, так как нельзя быть уверенным в том, что это не бугорчатка яичка.

**Докладчик:** Это, несомненно, не бугорчатка яичка; тогда должны бы быть налицо признаки воспаления, а их нет даже там, где имеется инфильтрат покровов. Из более редких опухолей мошонки можно было бы думать о весьма редком новообразовании—хондроме; но и она, подобая к покровам и срастаясь с ними, конечно, вызвала бы с их стороны воспалительную реакцию. Что касается вообще предпологов сомнительных, которые одолевает врача в его клинико-диагностической деятельности, то я позволю себе заметить, что сомнения эти не должны выходить за пределы реальности.

**Проф. М. В. Яновский:** Доводы докладчика в пользу искусственного происхождения опухоли мне кажутся довол. всеми. Не смотря на близкое прилегание этих масс к кожным покровам, в последних нет ни воспалительной реакции, ни болезненности; при ощупывании надламываются отдельные комки; все эти данные не свойственны бугорчатке яичка. Случай этот представляет интерес не только для младших, как сказал докладчик, но и для старших товарищей.

**Э. А. Гранстрем** (из клиники проф. М. В. Яновского). **Вопрос о центральном или периферическом направлении дикротической волны.** Докладчик сделал попытку применить предложенный д-ром *Коротковым* для определения кровяного давления способ (см. протоколы Совещаний в «Известиях В. Медицинской Академии», XI и XII, 1905 г.) для решения вопроса о центральном или периферическом направлении дикротической волны. При исследовании с помощью этого способа больных с дикротическим пульсом часто бывало слышимым в момент систолического толчка и шумов, и

дикротические тоны и шумы. Последние слышны при разном давлении по прибору *Riva-Rocci*. Оказалось, что дикротические шумы и тоны, как и систолические, слышны только ниже места сжатия артерий рукавом прибора *Riva-Rocci*. Иногда эти звуки слышны и выше места сжатия, но ниже они слышны всегда гораздо лучше. Это обстоятельство заставляет предполагать, что дикротическая волна идет в том же направлении, как и систолическая, т. е. от сердца к периферии. Предположение это подтверждается и следующим соображением: сравнительно часто встречаются больные, у которых при известном сжатии артерий выслушиваются 2 шума, систолический и дикротический, раздельные промежуток, когда никаких звуков не слышно; раз при известном сжатии артерий имеются 2 шума с промежуток между ними, то это указывает, что во время шумов существует некоторое ускорение тока крови, а в промежутках между ними кровь течет медленно; также и для шумов в аортокардиальных считается общепринятым, что для образования их необходимы известное сужение и известная скорость тока крови; если при одном и том же сужении шум то появляется, то исчезает, то это зависит лишь от изменения скорости тока крови; поэтому существование дикротического шума указывает на ускорение тока крови во время существования его. Ускорение тока крови дикротическая волна может вызвать тогда, если она идет по одному направлению с током крови; если бы дикротическая волна шла в направлении противоположном току крови, то ускорить ток крови она, конечно, не могла бы. Поэтому существование дикротического шума или, что тоже, дикротического ускорения тока крови указывает на то, что дикротическая волна идет по направлению от сердца к периферии. Такое направление этой волны подтверждается и следующим постановкой опыта: если одновременно с выслушиванием дикротических тонов или шумов снимать сфигмограмму, то оказывается, что во время выслушивания дикротических тонов или шумов на плечевой артерии, на сфигмограмме дикротического подъема нет, а в большинстве случаев не бывает и систолического подъема. Это указывает, что при известном сжатии плечевой артерии на ней можно наблюдать дикротизм, а ниже места сжатия его уже нет, что, конечно, говорит также за направление дикротической волны от сердца к периферии. Двойные шумы на бедренной артерии при известном ее сжатии были описаны уже давно под названием двойного шума *Divosie* при недостаточности аортальных заслонок. 2-ой шум, диастолический, как оказалось, отличается от дикротического тем, что он слышен лучше выше места сжатия, чем ниже, а систолический шум слышен лучше ниже места сжатия, тогда как при дикротизме систолический и дикротический шумы слышны оба гораздо лучше ниже места сжатия, чем выше. Тот факт, что систолический и диастолический шумы при двойном шуме *Divosie* слышны лучше на различных местах, подтверждает общепринятое мнение о зависимости 2-го шума от существования обратной волны или даже обратного тока крови при недостаточности заслонок аорты во время диастолы. Наконец, дикротических шумов на бедренной артерии не наблюдается, а лучше всего они наблюдаются на артерии плечевой. Напротив, двойного шума *Divosie* на плечевой артерии не получается. Настоящие исследования докладчика касаются лишь направления дикротической волны, а не происхождения ее.

**Ч. пр. А. Н. Иванов:** Чтобы судить о характере записываемой сфигмограммы, необходимо считаться со степенью наполнения окружающих артерий вен, которые, набухши от механического застоя, на подобие подушки, препятствуют передаче размахов артериальной стннки пишущему рычажку. Это обстоятельство нельзя оставлять без внимания при отсчете 3-го вода в пользу центрального происхождения дикротической волны.

**Докладчик:** Дикротический шум указывает на известное ускорение тока крови. При застое скорости, конечно, уменьшается; тем не менее даже при большом застое в венной системе сфигмохронограф *Jacquet* давал дикротический подъем.

**И. П. Шаповаленко:** Если Вы имеете дикротический звук, поднимете давление в рукаве *Riva-Rocci* до исчезновения этого звука, и дикротизм на сфигмограмме все-же остается, то это до некоторой степени говорит против центрального происхождения дикротической волны, ибо в этот момент кровь через сжатое место рукавом, суда по опытам д-ра *Короткова*, не проходит.

**Проф. М. В. Яновский:** Не вполне. Дикротическая волна, идущая от центра, может вызывать звуковые явления в опыте д-ра *Короткова* и в то же время не отразится на сфигмограмме: набухание вен скрадывает волну.

**Студ. Б. П. Варшавский:** Если дикротическая волна идет от центра, то, чем ближе ее вершина отстоит от вершины первичной волны, тем меньше должна быть разница в давлении при появлении того и другого тона, и наоборот. Наблюдали ли Вы такое соотношение?

**Докладчик:** На этот счет я не могу дать никаких указаний.

**С. П. Вертоградцев:** Не было ли удобнее опыты д-ра *Короткова* производить на артерии локтевого сгиба?

**Докладчик:** Выгоднее ставить опыты на одной и той же артерии, а артерия локтевого сгиба не у всех одинаково доступна.

**С. П. Вертоградов:** Утомленная давлением стінка лучевой артерии под прибором *Jaquet* набухает, сдает; артерия, быть может, расширяется, и прибор запишет не то, что в началѣ, что может отразиться на толковании результатов опыта. Мнѣ пришлось разѣ видѣть такое мѣстное измѣненіе этой артерии; она, надо помнить, лежит на плотной подкладкѣ, а потому, болѣе длительное сдавленіе ея может измѣнять ее при затннутыхъ опытахъ \*).

**В. Г. Божовскій:** Опыт д-ра *Короткова*, лежащій въ основѣ вашего толкованія о направленіи дикротической волны отъ центра къ периферіи, пригоденъ для рѣшенія всѣхъ вопросовъ, связанныхъ съ поступательнымъ движеніемъ крови (*Blutbewegung*). Далѣе, звуковыя явленія въ упомянутомъ опытѣ начинаютъ выслушиваться ниже рукава *Riva-Rocci*, лишь только намѣчается достаточный токъ крови. Такимъ образомъ вопросъ о направленіи, геср. происхожденіи дикротической волны, какъ выраженіи движенія иного рода (*Wellenbewegung*), этимъ опытомъ, мнѣ кажется, рѣшенъ быть не можетъ. Что звуковыя явленія выслушиваются рѣче или почти только ниже мѣста сдавленія, это еще не можетъ указывать на направленіе волны только отъ центра, такъ какъ пропульсивная сила периферіи гораздо слабѣ центральной. Если-бы она была болѣе или, по крайней мѣрѣ, равной, то, быть можетъ, звуковыя явленія выслушивались-бы и выше рукава *Riva-Rocci*, если не рѣче, то такъ-же рѣзко, какъ ниже его.

**Докладчикъ:** И въ томъ, и въ другомъ случаѣ существуетъ ускореніе кровяного тока. Волнообразное движеніе можетъ вліять на повышеніе давленія, а слѣд., и на ускореніе тока крови, т. е. на поступательное ея движеніе.

**Н. Н. Вестерикъ:** Если вены, окружающія лучевую артерію, набухаютъ, мѣшаютъ появленію на сфигмограммѣ небольшого подъема дикротической волны, то и первичная волна должна быть менѣе величина. Наблюдали-ли Вы такую зависимость?

**Докладчикъ:** Нѣтъ.

**Проф. М. В. Яновскій:** Докладчикъ въ своихъ выводахъ исходитъ изъ опыта д-ра *Короткова*, впервые показаннаго на одномъ изъ нашихъ засѣданій. При наложеніи рукава *Riva-Rocci* на плечо съ нѣвѣстнымъ давленіемъ ниже мѣста сжатія рукавомъ сначала слышатся тоны, затѣмъ шумы и, наконецъ, нѣсколько тоновъ. Докладчикъ этотъ опытъ примѣнилъ на болѣзныхъ съ дикротическимъ пульсомъ и нашелъ, что, вмѣсто раздѣльнаго тока, при извѣстной высотѣ ртутнаго столба въ манометрѣ слышатся 2 тона, и 2-ой тонъ совпадаетъ съ дикротическимъ подъемомъ на сфигмограммѣ, получаемою одновременно. Такъ какъ этотъ тонъ появляется при постепенномъ расслабленіи центрально расположеннаго рукава *Riva-Rocci* и затѣмъ уже появляется дикротизмъ на кривой пульса, то очевидно, что дикротическая волна идетъ отъ центра къ периферіи. Докладчикъ возражалъ, что данныя сфигмоманометрии и звуковыя явленія не всегда совпадаютъ. Какъ-же это можетъ произойти? Очевидно, давленіе рукава не настолько велико, чтобы сжать артерію до такой степени, чтобы она дала звуковыя явленія. Обратный-же случай, когда получались звуки ниже мѣста наложенія перетяжки, а кривая не записывала дикротического подъема, можно объяснить тѣмъ, что записи мѣшаетъ набуханіе сосѣднихъ венъ. 2-ое возраженіе сводится къ тому, что всѣ эти замѣчанія справедливы лишь постольку, поскольку они относятся не къ стоячимъ волнамъ, а къ струѣ. Но первичная волна тоже стоячая, а не поступательная. Все это—явленія одного и того-же порядка.

**В. Г. Божовскій** (изъ клиники проф. *М. В. Яновскаго*). *Клиническая оценка колебаній кровяного давленія.* Анализъ значительнаго сфигмоманометрическаго матеріала, накопившагося за послѣдніе годы въ клиникѣ, позволяетъ установить типы колебаній давленія, гдѣ послѣднія косвенно указываютъ на ихъ зависимость отъ т. наз. периферическаго сердца.

Типы:	<i>Riva-Rocci</i>	<i>Gärtner</i>	<i>Basch</i> -капиллярный.	<i>Яновскій</i> -Цинглеръ (венное).
1-ый	тоже	повышеніе	повышеніе	пониженіе
2-ой	тоже	тоже	повышеніе	пониженіе
3-й	а. пониженіе	повышеніе	пониженіе	повышеніе
	б. пониженіе	повышеніе	повышеніе	пониженіе
	в. пониженіе	повышеніе	повышеніе	тоже **).

Между прочимъ, докладчикъ указывалъ на то, что въ ряду другихъ сфигмоманометровъ приборъ *Basch-Hägerstedt* а находить себѣ ограниченное примѣненіе. Имъ можно пользоваться: 1) съ послѣдующей или предварительной съемкой сфигмограммы; 2) для опредѣленія скорости тока крови по разницѣ между показаніями его и *Riva-Rocci*.

**Ч. пр. А. Н. Ивановъ:** Съ показаніями прибора *Basch-Hägerstedt* а считать крайне трудно, такъ какъ онъ даетъ большія ошибки. Что-же касается разницы между показаніями *Gärtner* а и *Riva-Rocci*, то оно, какъ на это указываютъ нѣкоторые авторы, не такъ уже велика, 10—40 мм. По литературнымъ даннымъ,

\* Рѣчь должна идти о сравненіи частей кривой отдѣльнаго пульсового удара. Указанное д-ромъ *Вертоградовымъ* обстоятельство, если только дѣйствительно наблюдается, можетъ вліять на всю кривую или на большую ея часть, т. е. на рядъ пульсовыхъ ударовъ, записанныхъ на бумажной полоскѣ.—*В. П.*

\*\* Слова: «тоже», «повышеніе», «пониженіе» обозначаютъ результатъ сравненія 2-хъ опредѣленій давленія крови у одного и того-же лица, по возможности, въ ближайшіе дни.

между прочимъ, оказывается, что давленіе въ глазной артеріи (*art. ophthalmica*) и въ аортѣ почти одинаковое.

**Ч. пр. А. И. Ивановскій:** Приборъ *Basch-Hägerstedt* а съ вѣстимъ оставитъ нелѣзъ: онъ даетъ возможность судить о размахѣ сосудистой стѣнки; съ его помощью мы можемъ отмѣчать моменты *maximum* а и *minimum* а давленія. Можно было-бы сравнить данныя по *Короткову* и *Basch-Hägerstedt* у.

**Э. А. Гранстремъ:** Приборъ *Basch-Hägerstedt* а, дѣйствительно, даетъ ошибки. Съ нелотомъ опытъ д-ра *Короткова*, вѣроятно, получился-бы отчетливѣе.

**Проф. М. И. Яновскій:** Докладчикъ не отрицаетъ значенія прибора *Basch-Hägerstedt* а, которымъ до извѣстной степени можно пользоваться, сравниваетъ его съ приборомъ *Riva-Rocci* для сужденія о скорости тока крови. Анализомъ сфигмоманометрическихъ данныхъ онъ косвенно подтверждаетъ существованіе периферическаго сердца, но прямое доказательство его—дѣло будущаго.

*В. Божовскій.*

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФІЯ.

*John Deaver. Appendicitis. Its History, Anatomy, Clinical aetiology, Pathology, Symptomology, Diagnosis Prognosis, Treatment, Technique of Operation, Complications and Sequels. 3-е дополненное и переработанное изданіе съ 64 рис. London. Rebman. 1906.*

Ни одинъ изъ отдѣловъ полостной хирургіи не возбуждалъ такого интереса и не порождалъ такой громадной литературы, какъ вопросъ объ аппендицитѣ—вопросъ въ одинаковой степени интересующій какъ хирурговъ, такъ и терапевтовъ. Вышедшая книга представляетъ собою обширную, появившуюся уже въ 3-мъ изданіи, монографію извѣстнаго американскаго хирурга, стоящаго во главѣ хирургическаго отдѣленія *Philadelphia* больницы и обладающаго громаднымъ опытомъ. Въ виду живого интереса, который проявляютъ врачи разныхъ специальностей къ разрабатываемому *Deaver* омъ вопросу, его монографія заслуживаетъ самаго серьезнаго вниманія.

1-е изданіе книги появилось еще 9 лѣтъ назадъ, и тогда уже *Deaver* высказался опредѣленно о необходимости возможно ранняго оперативнаго вѣшателства. Съ чувствомъ глубокаго удовлетворенія онъ отмѣчаетъ теперь, что его взглядъ находитъ все болѣе и болѣе сторонниковъ и при томъ среди тѣхъ врачей, которые вначалѣ обрушились на него за высказанное мнѣніе и записали «строго сохраняющее» лѣченіе.

Книга *Deaver* а, заключающая въ себя 492 стр. въ  $\frac{1}{16}$  дюйма, распадается на 15 главъ. Въ 1-ой авт. излагаетъ вопросъ съ исторической точки зрѣнія. Впервые значеніе червеобразнаго отростка, какъ причины ограниченнаго гнойнаго воспаленія брюшины, было указано въ 1753 г. *Heister* омъ, произведшимъ подробное въ этомъ отношеніи и доказательное патолого-анатомическое изслѣдованіе. Геніальный *Dupuytren*, однако, еще въ 1833 г. училъ, что нарывъ въ правой подвздошной области развивается вокругъ слѣпой кишки внѣ брюшной полости, но что они могутъ вызывать послѣдовательное воспаленіе и въ брюшной полости. Онъ не зналъ, что начальнымъ очагомъ бѣзнія служатъ отростокъ. Ученіе *Dupuytren* а сохранило свое вліяніе вплоть до послѣднихъ 10-лѣтій XIX вѣка, хотя еще въ 1835 г. раздавались отдѣльные голоса за то, что первичнымъ очагомъ болѣзни, какъ сказано, является червеобразный отростокъ. Могучимъ толчкомъ къ развитію ученія объ аппендицитѣ послужили работы патолого-анатомовъ, преимущественно *Rekian* ск'аго (1846) и его школы, а 1-ая обширная клиническая работа, убѣдившая весь медицинскій міръ въ томъ, что «*tons et origo mali*» есть червеобразный отростокъ, вышла въ 1886 г. и принадлежитъ перу американскаго врача *Reginald Fitz* а, изложившаго результаты своихъ 257 наблюденій надъ прободеніемъ отростка.

1-й несомнѣнный случай оперативнаго удаленія отростка изъ грыжевого мѣшка относится къ 1735 г.; единичные случаи вскрытія гнойниковъ въ правой подвздошной впадинѣ извѣстны были въ XVIII столѣтіи, но примѣненіе подобнаго приема, какъ систематическаго способа лѣченія, началось только въ 40 и 50-хъ годахъ XIX столѣтія и принадлежитъ главнымъ образомъ *Dupuytren* у, *Chassaignac* у и *Hancock* у. Въ 1884 г. *Krönlein* впервые удалил воспаленный отростокъ путемъ чревосеченія и съ этого времени приблизительно ученіе объ аппендицитѣ вошло на путь планомернаго и строго научнаго развитія. Въ главѣ по исторіи аппендицита *Deaver* приводитъ рядъ наблюденій, описанныхъ врачами среднихъ вѣковъ, и шагъ за шагомъ прослѣживаетъ историческій путь развитія ученія объ аппендицитѣ. Главные этапы этого пути мною уже перечислены.

Во 2-й главѣ авт. подробно разбираетъ анатомію слѣпой кишки и червеобразнаго отростка, отмѣчаетъ возможность (крайне рѣдкую) врожденнаго отсутствія отростка, указываетъ на связь между зародышевымъ развитіемъ кишки геср. отростка и ея анатомической формой у взрослыхъ, рисуетъ анатомію брюшиннаго покрова этой области, описываетъ длину и поперечникъ отростка, анатомію его брызжейки и особенно подробно останавливается на положеніи отростка, стараясь подвести различное положеніе отростка подъ опредѣленные типы. Точка, лежа-





мощность вращения геср. прободения отростка в почечную лоханку, как это было в одном из случаев автора), почечные камни, пиелонефрит, перинефрит, опухоли почек, воспаления мочеочечника, воспалительные заболевания и опухоли женских половых органов, внематочную беременность, нарывы селезенки, заболевания поджелудочной железы, бугорчатку брюшины, ограниченное воспаление ее вследствие воспаления правого сямного канатика, нарывы подвздошной мышцы, поясничной области и стѣнки живота, аневризму подвздошной артерий, увеличение брызжеечных желез, закупорку и разрыв брызжеечных сосудов, отравление свинцом, начинающуюся паховую грыжу, поражения бедерного сустава и сѣдалищного нерва, воспаление легкого и плевры в начальных степенях, истерию, отравление рыбным геср. мясным ядом, поражение желудка при сонливой сухотке.

Глава об отличительном распознавании заканчивается описанием очень редкого страдания, а именно полного (7 случаев в литературе) и неполного (15 случаев) выдрения червеобразного отростка. 15 оперированных выздоровели, 5 умерли без операции; в 2-х случаях исход не отмечен. Операция состояла в удалении отростка иногда со стороны слѣпой кишки по вскрытии ее просвета, иногда же с частью ее самой и подвздошной.

В 12-ой главѣ об измѣненіях крови при аппендиците, автор на основании исследования 600 больных, не отрицая важного значения этого признака с точки зрения распознавания при гнойном ограниченном воспалении и с точки зрения предсказания при разлитом, как показателя сопротивляемости организма, тѣм не менее подчеркивает ненадежность этого признака самого по себѣ без связи с остальными клиническими явлениями. Приведена очень интересная таблица измѣненій состава крови при различных формах заболеваний.

В слѣдующей главѣ о предсказании Deaver проводит параллель между аппендицитом и брюшным тифом в том смысле, что каждый данный случай той и другой болѣзни может принять то или иное течение в зависимости от дѣла ряда осложнений, предвидѣть и предупредить которых почти невозможно. Поэтому предсказание в отдѣльном случаѣ болѣе зависит от способа леченія, чѣм от других условий. Если отросток удален в первые 24 часа, то выздоровление должно считать общим правилом и смертность при подобном леченіи, по данным автора, менѣе 1%. Ранняя операция показана тѣм болѣе, что 80% его больных, благополучно перенесших острые приступы, должны были подвергнуться вторичной операции из-за послѣдственных расстройств, из которых наиболее серьезная — кишечная непроходимость — составляла 2%. Указанное всеми авторами несоответствие между клиническими явлениями и патолого-анатомическими измѣненіями подчеркнуто также и Deaver'ом.

В главѣ о леченіи Deaver выступает горячим и убежденным защитником ранней операции. «Я убежден, говорит он (стр. 354), что в каждом роковом случаѣ аппендицита был момент, когда операция могла бы спасти больного». Несомненно (стр. 355), что в большинстве случаев отросток операция представляет большую опасность. Нельзя отрицать того, что значительная часть больных выздоравливает без операции; но зато с положительностью можно утверждать, что никто не в состоянии предсказать исхода приступа, и тѣ, кто говорит противоположное, обнаруживают лишь свой недостаточный опыт. (Между прочим, опыт автора, как он заявляет на стр. 356, не указывая точно числа, обнимает вѣскольکو тысяч случаев). «Если допустить, говорит далѣе Deaver, что из 100 больных остается в живых без операции 85, то среди остальных 15, гдѣ операция необходима, смертность при ограниченном нагноении равняется 12, при разлитом воспалении 33%. Поэтому Deaver выставляет слѣдующее общее положеніе: «В каждом случаѣ аппендицита, если только установлено раннее распознаваніе, необходима операция независимо от силы приступа». Навлучшее время для операции — первые 12—24 час. По истеченіи 48 час. операция показана при наличии ограниченного, гнойнаго воспаления брюшины и признаках, указывающих на нарастающее воспаление больших участков, геср. всей брюшной полости. При этих условиях трудно установить общія показанія къ операции, и в каждом отдѣльном случаѣ они устанавливаются путем взвѣшивания мѣстных и общих клинических явленій. Операция противопоказана при тѣх разлитых формах воспаления, гдѣ сопротивляемость организма понижена до такой степени, что операция только ускорит смертельный исход. Точно так же общим состояніем больного и мѣстными измѣненіями определяется характер операции в случаях несвѣжих. В свѣжих же случаях обязательно удаленіе отростка съ послѣдовательнымъ в громадном большинствѣ случаев зашиваніем раны на-глухо.

Deaver очень подробно описывает различные способы наружных разрывов и всѣ техническія мелочи. Описание пояснено прекрасными рисунками. Сперва описана операция при аппендиците, в тѣсном смыслѣ слова, затѣм операция при гнойниках. Направленіе и величина разрыва, а также способ дренирования, зависят от мѣстоположенія гнойника. В этом отношеніи Deaver устанавливает 4 главных типа: гнойник под и по наружному краю слѣпой кишки (наиболѣе частая форма) гнойник позади нея, гнойник в тазу, гнойник внутри от слѣпой кишки ближе къ средней линіи. В первом случаѣ разрыв проводится близко и параллельно Poupard'овой связки, во втором — лучше вскрывать гнойник со стороны поясницы, в третьем — гнойники вскрывают разрывомъ через наружную волоку правый прямой мышцы (вскрытие подобныхъ гнойниковъ

со стороны влагалища геср. прямой кишки авт. производить в исключительных случаях), в четвертом — дѣлается лии обычный косой боковой разрыв, или разрыв, близко лежащій къ средней линіи.

При разлитом гнойномъ воспаленіи брюшины показано удаленіе отростка и дренирование брюшной полости (промываніе, по Deaver'у, нецѣлесообразно), при множественныхъ гнойникахъ вскрытіе каждого въ отдѣльности.

Глава заканчивается описаніемъ способовъ послѣдовательнаго за операцией леченія.

Послѣдняя 15-ая глава говоритъ объ осложненіяхъ и послѣдствіяхъ болѣзни геср. самой операции, включая сюда смертныя кишекъ, прободеніе геср. закупорку подвздошныхъ сосудовъ, образованіе гнойной пробки въ воротной венѣ и гнойниковъ въ печени (послѣдніе только в 30%, судя по описаннымъ в литературѣ 50 случаямъ бываютъ единичными и в 16% доступнымъ хирургическому вмѣшательству), вѣ и внутрибрюшныя подгрудобрюшныя нарывы, гнойное поражение плевры, гнойное воспаление мочевого пузыря, воспаление легкиа, почечъ, околушней железы, нарывы брюшной стѣнки, воспаление отростка въ грыжевомъ мѣстѣ, подвергшемся ущемленію, поражение слизистой оболочки толстыхъ кишекъ, заболевания женскихъ половых органовъ.

Къ осложненіямъ при операци авт. относитъ кровотеченіе изъ надчревныхъ сосудовъ, трудности отысканія и удаленія отростка при толстыхъ брюшныхъ стѣнкахъ и малой подвижности слѣпой кишки, при его необычномъ положеніи, сращения, разединеніе которыхъ можетъ вызвать сильное кровотеченіе, отложеніе жира въ брызжейкѣ и вслѣдствіе этого легкую разрываемость ее, смертныя стѣнки слѣпой кишки, плотное сращеніе отростка съ брюшными и тазовыми органами, когда отдаленіе отростка требуетъ особой осторожности въ виду легко возможнаго разрыва сросшихся съ нимъ органовъ. Послѣдовательныя свищи Deaver раздѣляетъ на двѣ группы: внутренніе (когда происходитъ ненормальное сообщеніе между 2-ми органами внутри брюшной полости) и наружныя. 2-ая группа распадается на двѣ разновидности: простой свищъ вслѣдствіе неживленія нарыва или неудаленія отростка или части его и каловой. Образованіе внутренняго свища, по наблюденіямъ автора, представляетъ очень опасное осложненіе: в 3-хъ случаяхъ (сообщеніе съ мочевымъ пузыремъ, мочеочечникомъ, бронхами) наступилъ смертельный исходъ; в 4-мъ случаѣ сообщеніе между слѣпой кишкой и прилегающей петлею тонкой дѣйствовало вродѣ тяжа и было причиной кишечной непроходимости.

Книга заканчивается разборомъ способовъ леченія каловыхъ свищей, послѣдственныхъ грыжевыхъ выпячиваній брюшной стѣнки и вообще послѣдственныхъ расстройствъ въ зависимости отъ остающихся послѣ операции сращеній.

В концѣ книги имѣется перечень всѣхъ приводимыхъ авторомъ. Изъ русскихъ авторовъ Deaver, обнаруживающій в общемъ основательное знакомство съ литературой, приводитъ только проф. Мечникова, Голубева и Александрова. Солидный труд проф. М. И. Ростовцева и другія русскія работы остались автору неизвѣстными. Но это, конечно, нисколько не умаляетъ достоинствъ монографіи Philadelphia'йскаго хирурга. Его книгѣ можно пожелать самаго широкаго распространенія среди хирурговъ и по сю сторону Атлантического океана. Вѣѣность изданія — великолѣпная.

Б. Финельштейн.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

CLXII. М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующій Отчетъ о приходѣ и расходѣ денежныхъ суммъ казначейства организационнаго Комитета IX Съезда Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова.

П Р И Х О Д Ъ.		Руб.	К.
1. Членскихъ взносов: за 1902 г. . . . .	32	—	
» » » 1903 г. . . . .	55	—	
» » » 1904 г. . . . .	17193	—	
2. Внесовъ постоянныхъ членовъ . . . . .	200	—	
3. Субсидій на изданіе трудовъ Съезда:			
а) отъ министерства финансовъ . . . . .	5000	р.	
б) » » » внутрен. дѣль . . . . .	2000	»	
в) » » » пародн. пров. . . . .	2000	»	
г) » Петербургской городской Думы . . . . .	1500	»	
д) » » губернской земской Управы . . . . .	300	»	
е) » Правленія Общества русскихъ врачей . . . . .	300	»	
	11100	—	
4. Пожертвовано проф. Вельяминовымъ . . . . .	33	20	
5. Выручено отъ продажи 15 экзempl. Свода постановл. I—IV Съѣзд. . . . .	9	—	
6. Внесено д-ромъ Хмельницкимъ за «Труды» на- лярійной Комиссіи . . . . .	1	25	

7. Внесено д-ромъ Земблиновымъ за отдѣльные отписки его доклада . . . . .	35	90
8. Внесено д-ромъ Петерсомъ за рисунокъ, помѣщенный въ т. I «Трудовъ» Съезда . . . . .	75	—
9. Внесено проф. Реймомъ за рисунокъ, помѣщенный въ т. VI «Трудовъ» Съезда (1/4 стоимости) . . . . .	129	50
10. Получено изъ Общества взаимнаго кредита % по текущему счету . . . . .	775	60 1)

Итого въ приходѣ . . . . . 29639 15

РАСХОДЪ.

Руб. К.

1. На приобретѣніе канцелярскихъ принадлежностей, наемъ писцовъ, почтовые расходы, объявленія и т. п. . . . .	689	45
2. На выдачу вознагражденія разнымъ лицамъ за особые труды по дѣламъ Комитета (по устройству выставки и пр.) . . . . .	2093	66
3. На выдачу вознагражденія прислугѣ . . . . .	448	20
4. На доставку препаратовъ, мебели, ремонтныя работы съ матеріаловъ, установку и пр. . . . .	780	19
5. На уплату типографіямъ за напечатаніе: а) т. I «Трудовъ» Съезда . . . . . 2153 р. 75 к б) » II » . . . . . 1030 » 95 » в) » III » . . . . . 1684 » 23 » г) » IV » . . . . . 2032 » — » д) » V » . . . . . 1579 » 10 » е) » VI » . . . . . 2610 » 37 » ж) рисунокъ къ докладу проф. Рейма . . . . . 259 » — » з) справочной книги . . . . . 347 » 50 » и) справочнаго листа . . . . . 109 » 19 » i) дневника . . . . . 2158 » 73 » к) входныхъ билетовъ . . . . . 234 » 50 » л) бланковъ, плакатовъ, циркуляровъ и пр. . . . . 248 » 10 »	14547	42
6. На разѣзды по дѣламъ Комитета . . . . .	190	59
7. На разные мелкіе расходы (въ томъ числѣ и по буфету) . . . . .	157	50
8. За наемъ помѣщеній: а) въ дворянскомъ Собраніи . . . . . 462 р. 50 к. б) » городской Думѣ . . . . . 83 » 35 »	545	85
9. За устройство временныхъ электрическихъ проводовъ въ помѣщеніи выставки и электрическую энергію . . . . .	134	86
10. На вознагражденіе музыкантовъ . . . . .	90	—
11. За жетоны и значки для гг. членовъ . . . . .	142	50
12. Возвращенъ взносъ Ладовскаго . . . . .	3	—
13. Удержано казначескъ Комитета, въ возвратъ принадлежащихъ ему по личному счету (см. приходъ) . . . . .	2	53
14. Переведено въ Правленіе Общества 8500 р. 2) 1313 р. 80 к. . . . .	9813	80

Итого въ расходѣ . . . . . 29639 45

Казначей организационнаго Комитета IX Съезда А. Трояновъ. Петербургъ, 7-го августа 1906 г.

взять главный вопросъ всей переписки. Если я счелъ еще возможнымъ, въ цѣляхъ восстановленія истинны, отнѣстись извращенію фактовъ въ письмѣ д-ра Родендорфа, напечатанномъ въ № 21 «Русскаго Врача» (см. мое письмо въ № 25 «Русскаго Врача»), то по отношенію къ его послѣднему письму я даже и это считаю лишнимъ. Единственное, что пожалуй еще можетъ составлять интересъ для читателя въ связи съ предыдущимъ, это дата письма кн. Васильчикова. Очевидно, что письмо, помѣщенное 16 августа 1905 г., не можетъ считаться результатомъ разслѣдованія, по которому я, главный обвиняемый, былъ впервые допрошенъ 17 августа и которое было закончено и представлено ген. Надарову, какъ мнѣ достоверно извѣстно, лишь въ самомъ концѣ августа. Этимъ числомъ подтверждается сказанное мною. Но я уже указывалъ, что письмо кн. Васильчикова равно никакого отношенія къ д-ру Родендорфу не имѣетъ; оно адресовано сестрѣ милосердія, а не д-ру Родендорфу. Опровергать остальные ухищренія д-ра Родендорфа я не буду. Ни на какія дальнѣйшія письма д-ра Родендорфа я также отвѣчать не буду. Суть дѣла и безъ того выяснена въ достаточной степени. Суть эта, составлявшая центръ тяжести перваго письма бывшихъ сослуживцевъ д-ра Родендорфа, заключается въ томъ, что д-ръ Родендорфъ донощикъ, да еще и лживый.

В. Дитманъ.

Петербургъ, 4-го августа 1906.

CLXIV. М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующій списокъ пожертвованій, поступившихъ въ Комитетъ общественной помощи голодающимъ въ минувшемъ году.

Черезъ Пироговское Общество врачей: Елена Куницъ 10 р., 12 земскихъ врачей и 2 фельдшера Бердянского у. черезъ Н. Л. Педькова 101 р. 60 к. Вологодское Общество взаимопомощи учащимъ и учившимъ 18 р. 24 к. Чины Тобольскаго окружнаго Суда 26 р. 77 к. Неизвѣстная 100 р. Неизвѣстная 25 р. Въ пользу выслаемыхъ пострадавшихъ П. А. Павлова и Полиаева 6 р. Врачи Московскаго военнаго госпиталя 17 р. 95 к. Врачи Петербургскаго военнаго клиническаго госпиталя 66 р. Собранные Л. А. Юнинымъ 6 р. Служащіе Черниговскаго статистическаго Бюро 12 р. Служащіе въ страховомъ Обществѣ «Волга» черезъ А. Н. Соболева 339 р. 49 к. Собранные д-ромъ Н. М. Воскресенскимъ 13 р. 30 к. Енисейское Общество помощи голодающимъ 90 р. Д-ръ О. Г. Гиртцель 5 р. Лейксфельдъ 4 р. Чистый сборъ со спектакля въ пользу голодающихъ, даннаго въ Гавриловомъ Посадѣ Владимірскаго губ. 2/вп 76 р. 12 к. Студ. Яковъ Мордуховичъ 3 р. Медичка А. С. 10 р. Врачи новой Одесской Городской Больницы 32 р. О. К. Залевская 5 р. Н. Я. Якименко 50 р. Ф. Ф. и В. Я. Тихомировы 2 р. Служащіе Ярославскаго кадетскаго корпуса 110 р. 57 к. Сборъ съ благотворительнаго спектакля въ Вѣльцахъ чрезъ г. Тодаровскую 32 р. Ф-ръ А. Евтеревъ 2 р. 85 к. М. А. С. изъ Николаева 3 р. Служащіе водопроводнаго отдѣла Московской городской Управы 32 р. 55 к. Служащіе Т-ва «Петръ Митрофановъ» за май-июль 144 р. 56 к. Семья Митрофановыхъ и Чижовыхъ 13 р. Служащіе Старо-Екатерининской городской больницы за июнь 44 р. 86 к. Служащіе Екатеринбургской войсковой больницы 10 р. 58 к. Врачи клиническаго военнаго госпиталя чрезъ А. Ф. Пазурскаго 54 р. 48 к. Петербургское Надеждинское родовспомогат. заведеніе 22 р. 75 к. Чины Туркестанскаго окружнаго в.-медицинскаго Управленія 17 р. 38 к. Д-ръ Ф. Р. Левашовъ 15 р. Есаулъ В. Г. Толстовъ 10 р. А. Н. Мострива 5 р. Д-ръ П. М. Верасскій 10 р. Чрезъ В. П. Якобсона со спектакля въ с. Крапивнѣ Вѣльскаго у. 30 р. Служащіе Холмскаго духовнаго училища 11 р. 85 к. Больные Мироновской заводской больницы чрезъ В. Ф. Гагаринскаго 4 р. 50 к. А. В. Меръ и О. Дремъ 2 р. О. С. Теремецъ 5 р. А. В. Полозовъ 3 р. Н. М. Егоровъ 3 р. и для Сызранскихъ погорѣльцевъ 2 р. С. А. Протопоповъ 10 р. Чины Ташкентскаго военнаго госпиталя 24 р. 70 к. Врачи и служащіе Мясницкой городской больницы остатокъ отъ покупки вѣнка на гробъ Н. Д. Молоденковой 40 р. Служащіе Новороссійской городской Управы 362 руб. Всего 2066 р. 10 к.

Чрезъ Московское Общество сельскаго хозяйства: Служащіе Ново-московской уѣздной земской Управы 32 р. Красноярскій дамскій комитетъ 25 р. 82 к. Служащіе и рабочіе Ржевскаго № 2 казеннаго виннаго склада 8 р. 76 к. Чрезъ председателя Тобольскаго Окружнаго Суда пожертвованные мировыми судьями 1 и 2 уч. Березовскаго уѣзда 5 р. 55 к. Подпор. 20 стрѣлков. полка Крыжановскій 10 р. Чины и лѣсная стража Яренскаго лѣсничества 16 р. Надзиратель акцизныхъ сборовъ 4-го округа Тверской губ. 3 р. 35 к. Всего 108 р. 48 к.

Комитетъ общественной помощи голодающимъ. Москва 3-го августа 1906 г.

CLXV. М. Г.! Не откажите помѣстить нѣсколько строкъ въ оправданіе на тѣ не всѣмъ справедливыя замѣчанія, которыя излагаетъ ч. пр. А. А. Ануфриевъ въ своемъ письмѣ По поводу статьи ч. пр. Букоемскаго «Къ патологіи Fallorіевыхъ трубъ».

Ч. пр. Ануфриевъ упрекаетъ меня «въ замалчиваніи русской литературы и главнымъ образомъ въ томъ, что въ своей статьѣ, «Къ патологіи Fallorіевыхъ трубъ», я не упоминаю о его статьѣ «Современное состояніе о пораженіи ракомъ Fallorіевыхъ трубъ», между тѣмъ какъ д-ръ Томсонъ, сообщая случай рака Fallorіевой трубы, ссылается на работу ч. пр. Ануфриева. Если я описываю случай фиброміомы трубы то мнѣ вѣстна

CLXIII. М. Г.! По поводу письма д-ра Родендорфа въ № 29 «Русскаго Врача» за текущій годъ прошу помѣстить слѣдующее. Въ № 8 «Русскаго Врача» появилось коллективное письмо ординаторовъ Фулярдіискаго госпиталя, являющее д-ра Родендорфа въ податѣ доноса на своихъ бывшихъ сослуживцевъ. На это обвиненіе д-ръ Родендорфъ отвѣтилъ (см. «Русскій Врачъ» № 12), что его сочиненіе не было доносомъ, а «письменнымъ свидѣтельскимъ показаніемъ». Такое его заявленіе ставило меня высказаться по этому вопросу (см. «Русскій Врачъ» № 17) и, не касаясь содержанія его записки, путемъ простой хронологической справки, доказать, что о свидѣтельскомъ показаніи въ данномъ случаѣ не можетъ быть рѣчи и что сочиненіе д-ра Родендорфа (имѣющееся въ моемъ распоряженіи), дѣйствительно, есть ничто иное, какъ именно доносъ. Не будучи въ состояніи опровергнуть этого положенія, д-ръ Родендорфъ въ дальнѣйшихъ своихъ письмахъ различными увертками пытается

1) Въ этой суммѣ заключаются 2 р. 53 к., принадлежащіе казначею организационнаго Комитета А. А. Троянову по его личному счету въ Обществѣ, по которому принимались на текущій счетъ суммы Комитета.

2) Въ томъ числѣ: % по текущему счету . . . . . 770 р. 57 к. остатка отъ доходовъ . . . . . 543 » 23 » 1313 р. 80 к.

я не обязанъ приводить литературу всѣхъ существующихъ опухолей, а только того вида, о которомъ идетъ рѣчь. Д-ръ Томсонъ въ своей статьѣ («Журналъ Акушерства» и пр. 1904 стр. 2019) даже и не упоминаетъ о другихъ опухоляхъ трубы, кромѣ рака, а я, въ свою очередь, сообщая о фиброміомѣ, о другихъ видахъ опухоли упоминаю только попутно, пользуясь источниками, какіе были подъ рукой, да и не хотѣлъ я, безъ надобности, увеличивать объемъ своей статьи. Съ работой ч. пр. Ануфриева я знакомъ хорошо, такъ какъ имѣю ее на 2-хъ языкахъ.

Далѣе, ч. пр. Ануфриевъ выражаетъ сомнѣніе въ правильности распознаванія. Объ этомъ можно говорить, только видѣвъ микроскопическіе препараты, а толковать написанное, не выдавъ препарата, всякій можетъ по своему, какъ угодно; по ч. пр. Ануфриеву, это salpingitis pseudofollicularis или salpingitis isthmica podosa, а по моему фиброміома.

Слѣдующій вѣтвѣмъ упрекъ, что я не обратилъ вниманія на учебникъ покойнаго проф. К. Ф. Славянскаго, гдѣ говорится объ «опухолевидныхъ мѣстныхъ циркулярныхъ гиперплазіяхъ мышечной части стѣнки трубы при хроническихъ катаральныхъ салпингитахъ, которыя долгое время описывались, какъ фиброміомы стѣнокъ трубы. Объ этомъ я хорошо осведомленъ, и въ описываемомъ мною случаѣ было совсѣмъ другое. Привожу дословно, какъ сказано въ моей статьѣ: «На утолщенномъ примоточномъ концѣ трубы выступало 5 бугорковъ, величиною клѣбды приблизительно въ лѣсной орѣхъ. Будучи разрываны, бугорки не вылучивались вследствие плотнаго сліянія ихъ съ веществомъ трубы; состояли они изъ плотной фиброной ткани и гладкой мышечной, при чемъ эта послѣдняя была въ небольшомъ количествѣ». Надѣюсь, ясно, что у проф. К. Ф. Славянскаго говорится объ одномъ процессѣ, а у меня совершенно о другомъ.

Наконецъ, о Salpingitis isthmica podosa можно прочесть у Schauta «Lehrbuch der gesammten Gynäkologie», стр. 552 и сл., гдѣ приведены и рисунки. Тоже у Martin'a «Die Krankheiten der Eileiter», стр. 154 и сл.

Въ заключеніе ч. пр. Ануфриевъ недоумѣваетъ, чѣмъ я «хотѣлъ пополнить русскую литературу?» Сообщеніемъ случая фиброміомы Fallopi'евой трубы, которые рѣдки. Ничего больше. Мнѣ кажется, что это и просто, и понятно. Поэтому я и не загромождалъ своей статьѣ, ссылаясь и на нужныхъ, и на ненужныхъ авторовъ, а ввѣлъ только то, что необходимо, что было подъ рукой. Описание одного клиническаго случая не есть докторская диссертация, гдѣ литература даннаго предмета приводится ab ovo. Впрочемъ, рецензія о моей статьѣ помѣщена въ июльскомъ № «Журнала акушерства и женскихъ болѣзней» и звучитъ она совершенно иначе, такъ какъ референтъ писалъ sine ira et studio.

Ф. Букоемскій.

Одесса 4-го августа 1906 г

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1473. Къ 15-му августа, какъ сообщаетъ «Страна» (4 августа), въ Петербургѣ состоится *Съездъ ректоровъ университетовъ и директоровъ высшихъ специальныхъ учебныхъ заведеній*, созываемый по почину министра народнаго просвѣщенія, съ цѣлью выработки мѣръ къ установленію правильной академической жизни.—Опять Сизифова работа!

1474. Въ «Товарищѣ» (6 августа) напечатано: «Начальникъ В. Медицинской Академіи доводитъ до свѣдѣнія студентовъ, что *новый учебный годъ* для 2-го семестра 1-го курса и для всѣхъ старшихъ курсовъ начнется съ 1-го ноября 1906 г. Съ 1-го же сентября до 15-го октября 1906 г. будутъ дочитываться лекціи вторыхъ семестровъ».

1475. «Даль» (18 іюля), издаваемая въ Читѣ, сообщаетъ въ «Мѣстной хроникѣ», что недавно войсковымъ хозяйственнымъ Управленіемъ получено утвержденіе его ходатайства о назначеніи 18 стипендій, на ежегодную сумму 6660 р., изъ войскового капитала (вообще не особенно большого) для учащихся изъ казачьяго сословія, причемъ изъ 4-хъ стипендій по 420 р. въ высшія учебныя заведенія 1 назначается въ *Петербургскій Женскій Медицинскій Институтъ*. Кромѣ отпуска стипендій, стипендіатамъ въ высшія учебныя заведенія ассигнуется единовременно на первоначальное обзаведеніе. 60—70 р. и при отправкѣ на стипендію и по окончаніи курса для возвращенія домой прогонныя деньги на 2 лошади.

1476. Какъ сообщаетъ «Одесскій Листокъ» (25 іюля), канцелярія Одесскаго Университета разъясняетъ, что отъ лицъ іудейскаго вѣроисповѣданія, подавшихъ прошенія о зачисленіи въ число студентовъ Университета, не требуется немедленной *платы за право ученія*. Взносъ можетъ быть произведенъ послѣ разсмотрѣнія прошеній и зачисленія просителей въ число студентовъ.

1477. Агентскія телеграммы (отъ 6-го и 7-го августа) сообщаютъ, что бывшій членъ Государственной Думы д-ръ С. Р. Френкель по приѣздѣ въ Умань арестованъ на вокзалѣ и препровожденъ въ тюрьму.

1478. 30-го іюля арестованъ санитарный врачъ Московскаго губернскаго Земства В. Н. *Имаицравовъ* («Русскія Вѣдомости», 1 августа).

1479. «Странѣ» (4 августа) телеграфируютъ изъ Воронежа: «Конфискованъ очередной № мѣстнаго органа партіи народной

свободы «Воронежское Слово». Редакторъ, врачъ Колубакинъ, привлекается къ уголовной ответственности»...

1480. «Русскія Вѣдомости» (30 іюля) сообщаютъ объ арестѣ въ Московскомъ уѣздѣ корреспондента «Berliner Tageblatt» д-ра Н. К. Коллмана. Причиной ареста выставлены бесѣды Н. К. съ крестьянами.

1481. Изъ Нижегородской тюрьмы освобожденъ врачъ Горбатовскаго уѣзднаго Земства Д. А. *Фіалковский* («Нижегородскій Листокъ», 30 іюля).

1482. Виленское медицинское Общество въ свое время присоединилось къ положеніямъ, высказаннымъ въ отзывѣ Правленія Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова, отъ 11-го декабря 1904 г., относительно необходимыхъ измѣненій въ общихъ условіяхъ народной жизни, вызываемыхъ потребностями народнаго здоровья и нуждами врачебно-санитарнаго дѣла. Въ настоящее время въ «Протоколахъ И. Виленскаго медицинскаго Общества 1905 г.» отпечатанъ докладъ Комиссіи, которой названное Общество, до своего отъѣзда Пироговскому Обществу, поручило ознакомить Собраніе въ *состояніи народнаго здоровья и врачебно-санитарнаго дѣла въ Литвѣ*, главнымъ образомъ въ Виленской губ., а вмѣстѣ съ тѣмъ и вынести необходимые измѣненія въ общихъ условіяхъ народной жизни этого края. Поволяемъ себѣ заимствовать изъ этого доклада тѣ данныя, которыя характеризуютъ мѣстную постановку для охраненія народнаго здоровья и общественнаго санитарія: «Всего въ Виленской губ. по официальному отчету 1902 г. было больныхъ: въ г. Вильнѣ (объ окружной лѣчебницѣ и городскихъ баракахъ данныхъ нѣтъ) 3 (госпиталь Св. Якова, госпиталь Савичъ и еврейскій), въ уѣздныхъ городахъ 6 (о сельскихъ лѣчебницахъ также данныхъ нѣтъ). Въ первыхъ 3-хъ лѣчницахъ въ 1902 г. 6772 больныхъ, въ городскихъ уѣздныхъ—800. Если причислить даме сюда еще 2037 больныхъ, лѣчившихся въ 14 сельскихъ лѣчебницахъ (данныя заимствованы изъ «Памятной книжки» за 1902 г.), то окажется, что на всю губернію въ 1.757.000 жителей могли попасть въ больницы въ теченіи цѣлаго года только 9600 больныхъ, или 5,4 на 1000, т. е. почти въ 5 разъ меньше числа умершихъ въ этомъ году». «Состояніе нашихъ Виленскихъ больницъ», говоритъ Комиссія, «составляетъ желать многого; также плохо поставлена амбулаторная часть. Въ плохихъ помѣщеніяхъ, снѣга, врачи бывають вынуждены принимать десятки больныхъ ежедневно. Еще хуже, конечно, поставлены амбулаторные приемы въ уѣздныхъ городскихъ больницахъ, въ особенности въ сельскихъ лѣчебницахъ. Въ уѣздѣ болѣе 1/2 амбулаторныхъ больныхъ принимаются фельдшерами. Такъ, въ 1902 г. на 64754 амбулаторныхъ больныхъ, принятыхъ (номинально, по крайней мѣрѣ) врачами, было 86535 больныхъ, пользовавшихся фельдшерами. Ни цифры стационарныхъ больныхъ въ городскихъ и сельскихъ больницахъ, тѣмъ менѣе произвольныя данныя о количествѣ амбулаторныхъ больныхъ не даютъ никакого понятія о томъ, какъ ведется дѣло лѣченія больныхъ. Всѣ больницы находятся въ вѣдѣніи Приказа общественнаго призрѣнія—этомъ пережиткѣ XVIII вѣка; устроены онѣ не позже начала прошлаго столѣтія на небольшое число больныхъ. Не смотря на постоянный ремонтъ, онѣ плохо провѣтриваются, страдаютъ недостаткомъ воздуха и снѣга, и (нѣтъ) ничего удивительнаго, что при существующей въ нихъ скученности больныхъ (количество кроватей, не смотря на колоссальный ростъ города, не увеличилось за послѣдніе 50 лѣтъ), онѣ не отвѣчаютъ требованіямъ болѣзненной глггггг. Больничный персоналъ плохо оплачивается, недостаточенъ по количеству и часто плохого качества. Врачей мало, трудъ ихъ плохо оплачивается, и всю тяжесть болѣзненной работы несутъ на себѣ часто врачи-добровольцы. Пищевое довольствіе недостаточное, да оно и не можетъ быть другимъ въ учрежденіи, завѣдуемомъ Приказомъ общественнаго призрѣнія, т. е. институтѣмъ, въ которой, по своему канцелярскому существу, не можетъ быть ни одного лица, сколько-нибудь ознакомленнаго съ внутреннею жизнью и потребностями лѣчебнаго заведенія. Нерѣдко всакое благое начинаніе врачей разбивается о косность и совершенное непониманіе болѣзничнаго дѣла чиновниками, вѣдающими его судьбы. На необходимые предметы, какъ заготовку бѣлья, покупку инструментовъ, приходится ждать (ассигновки) по много мѣсяцевъ, и часто урѣзываются такіе кредиты, которые являются наиболѣе важными. Въ прежнія времена нерѣдко случалось, что больницы получали по завѣщанію частныхъ лицъ крупныя пожертвованія; но Приказъ общественнаго призрѣнія не пользуется достаточнымъ довѣріемъ населенія, а потому о завѣщаніяхъ больницамъ капиталахъ давно уже ничего не слышно. При своихъ крупныхъ недостаткахъ больницы являются для населенія недоступными изъ-за платы: 25 к. въ сутки—сами по себѣ ничтожныя деньги; но при большой бѣдности населенія плата оказывается огромной при болѣе или менѣе долговременномъ лѣченіи. По странному, чисто канцелярскому формализму запрещалось съ больными разговаривать на ихъ языкѣ (главнымъ образомъ по польски), и такимъ образомъ устанавливалась невозможность точнаго пониманія между врачами и больными. Точно также аптекарямъ воспрещалось выписывать на снѣгуркахъ назначеніе на другомъ языкѣ, кромѣ русскаго, и тѣмъ часто лишали больныхъ возможности припоминать, какъ назначено ему лѣкарство. Наравнѣ съ преслѣдованіемъ языка преслѣдуется также и религія больныхъ; такъ, при госпиталѣ,

<sup>1)</sup> Глубокоуважаемый В. И. Колубакинъ, какъ значится въ «Россійскомъ Медицинскомъ Спискѣ» на 1906 г., занимаетъ въ Воронежѣ должность предѣдателя губернской земской Управы.



где большинство больных католики, не допускаются ни католические образы в палатах, ни устройство католических часовен, хотя повсюду имеются таковыя православныя. Какъ ни плохо подача медицинскѣй помощи въ городахъ, она все-таки существуетъ и обслуживаетъ хотя-бы нѣкоторую часть городского населенія. Въ городовъ медицинская часть не существуетъ вовсе, такъ какъ нельзя-же считать таковой устройство сельскихъ врачебныхъ пунктовъ, которыхъ приходится по 2 на уѣздъ, не смотря на то, что наши уѣзды сплошь и рядомъ не уступаютъ по своей величинѣ среднему германскому государству. По мудрой канцелярской предусмотрительности на эти мѣста уроженцы никоимъ образомъ не могли быть назначаемы; такимъ образомъ населеніе лишалось возможности быть понятымъ врачомъ, а врачъ попадалъ въ среду, ему чуждую, съ незнакомыми ему нравами, обычаями и языкомъ, съ которой у него не могло быть никакой нравственной связи, и неудивительно поэтому, что врачи чувствовали себя совершенно бесполезными, устраивались въ незнакомой средѣ съ большимъ трудомъ и чаще всего думали только о томъ, чтобы какъ можно скорѣе бѣжать изъ этихъ мѣстъ. Невозможные пути сообщенія являются также не малымъ тормазомъ въ дѣлѣ подачи медицинскѣй помощи; поселенію, живущему нерѣдко въ отдаленіи 6—8 миль отъ врачебнаго пункта, не легко къ нему добраться: неудивительно поэтому, что знахарство у насъ такъ развито, что научная медицина такъ туго проникаетъ въ наши поселенія, что заразыя болѣзни свили себѣ постоянныя гнѣзда въ нашихъ селахъ и деревняхъ и что населеніе къ нимъ такъ привыкло, что считаетъ ихъ необходимыми спутниками своего обездоленнаго существованія. Конечно, при подобныя порядкахъ назначеніе врачей всецѣло зависитъ отъ усмотрѣнія начальства, ничего общаго съ требованіями медицины не имѣющаго. Слѣдуетъ еще прибавить, что жалованье врачей не только больничныхъ (400 р. въ годъ) въ городахъ, но и уѣздныхъ и городскихъ, настолько мизерно, что первымъ приходится снискивать себѣ пропитаніе главнымъ образомъ частной практикой, а послѣднихъ (большую часть)—посторонними доходами. Что поставка больничнаго и санитарнаго дѣла, а слѣд., и интересы населенія отъ такого положенія вещей страдаютъ сильно, само собой понятно. Роль санитарныхъ врачей въ губернскихъ городахъ нашего края могла-бы быть болѣе почетна и плодотворна, такъ какъ они являются выборными Думами. Но при существующемъ у насъ городскомъ положеніи, когда правъ выбора лишена огромная часть христіанскаго населенія и вовсе устранена отъ выборовъ половина городскихъ жителей, а именно все еврейское населеніе, городскія Управленія, не представляя собою избранныхъ представителей городского населенія, конечно, и не въ состояніи удовлетворять насущнымъ нуждамъ города. Городское Управленіе, напр. г. Вильны, являясь представителемъ 950 выборщиковъ (изъ почти 200000 населенія), т. е. меньшинства нищественныхъ классовъ христіанскаго населенія, можетъ защищать лишь свои классовые интересы. Поэтому объ охраненіи народнаго здоровья, о предупрежденіи и борьбѣ съ эпидеміями, о постройкѣ больницъ, амбулаторій, о санитарномъ благоустройствѣ и пр. г. Литвы заботятся весьма мало. Санитарные врачи, которые обязаны бѣгать по городу, отыскивая квартиры заразыя больныхъ по карточкамъ практикующихъ врачей, исполняютъ только Свизфову работу. Дезинфекція квартиръ выхаживающихъ (а таковыхъ 90% городского населенія), гдѣ рядомъ съ мастерской, лавочкой, пекарней и пр. помѣщаются и заразыя больные, конечно, не достигаетъ никакой цѣли, являясь лишь бременемъ и пугаломъ для населенія... Небезинтересны и слѣдующія строки доклада, являющіяся какъ-бы предисловіемъ къ нему: «Если для иллюстраціи состоянія народнаго здоровья и изображенія врачебно-санитарнаго дѣла отъ насъ потребуются точныя статистическія данныя, то мы тутъ-же оговоримся, что таковыхъ у насъ нѣтъ. Такое важное дѣло, какъ статистику всей губерніи вѣдаетъ бюрократическое учрежденіе—губернскій статистическій Комитетъ, который ежегодно выпускаетъ официальные отчеты о приростѣ и движеніи населенія (рѣчь идетъ, конечно, о немезскихъ губерніяхъ); въ этихъ отчетахъ правда и вымыселъ такъ сплетены, что истину выловить отсюда очень трудно... Впрочемъ понятно, что Виленское медицинское Общество согласилось съ выводами авторовъ доклада, что для успѣшной борьбы съ болѣзнями и антисанитарнымъ состояніемъ края необходимы прежде всего коренныя измѣненія тѣхъ общихъ условій—правовыхъ и экономическихъ, въ которыхъ живетъ его разноплеменное населеніе, и всецѣло присоединилось къ положеніямъ, высказаннымъ въ отзывѣ Правленія Пироговскаго Общества отъ 11-го декабря 1904 г.

1483. Въ «Странѣ» (5 августа) въ небольшой замѣткѣ, озаглавленной «Характерная статистика Новгородской губ.», приводятся и интересныя цифры, наглядно показывающія *опекаемость мѣстнаго населенія въ отношеніи т. наз. политической благонадежности*, съ одной стороны, и *просвѣщенія и врачебной помощи*, съ другой. «Въ настоящій моментъ у насъ подъ ружьемъ для борьбы съ кримою болѣе 1250 нижнихъ полицейскихъ чиновъ, на содержаніе которыхъ тратится до 675000 р.; въ тоже время учителей въ начальныхъ школахъ всѣхъ вѣдомствъ 1500 чел., врачей 100 и фельдшеровъ 200. Такимъ образомъ 1 врачъ приходится на 6835 жителей, а стражникъ на 900. При этомъ организация всего народнаго образованія обходится въ 678000 р., а медицинъ въ 390000 р. Далѣе, въ частности учитель получаетъ 15—20 р. въ мѣсяцъ, а стражникъ по 25—40 р.; становой получаетъ до 150 р., а уѣздный врачъ 74 р.». «Слѣдуетъ замѣтить, что число учителей и медицинскаго персонала на самомъ дѣлѣ

гораздо меньше приведеннаго: указанныя цифры взяты изъ земскихъ отчетовъ и показываютъ, сколько-бы *должно* быть этого персонала при нормальныхъ условіяхъ; но, благодаря войнѣ и административнымъ воздѣйствіямъ, масса школъ и больницъ существуетъ»...

1484. Въ «Товарищѣ» (6 августа) напечатано *заявленіе* бывшаго Петербургскаго санитарнаго врача В. В. Хижилюкова, поданное имъ въ городскую санитарную Комиссію, о санитарныхъ условіяхъ одной изъ Петербургскихъ полицейскихъ частей, служащей, между прочимъ, и мѣстомъ заключенія для нѣкоторыхъ политическихъ. Позволяемъ себѣ перепечатать это заявленіе полностью въ виду его большого общественнаго значенія въ наши дни. «11-го сего іюля во время встрѣчи депутатовъ на Финляндскомъ вокзалѣ я былъ арестованъ и, на основаніи положенія о чрезвычайной охранѣ, подвергнутъ Петербургскимъ градоначальникомъ аресту. Подъ арестомъ я пробылъ въ одиночномъ заключеніи въ Спасской части (въ одной изъ т. наз. «секретныхъ» ея камеръ) и считаю полезнымъ ознакомить санитарную Комиссію съ условіями заключенія въ этой части. Корпусъ, въ которомъ расположены «секретныя» камеры, занимаетъ 4 этажа. Въ 1-мъ помѣщаются карцеръ и камера, гдѣ помѣщаются привозимыхъ постоянно въ часть взятыхъ на улици женщинъ. 2-ой и 3-ей этажи состоятъ каждый изъ 6 одиночныхъ камеръ для заключенныхъ, а въ 4-мъ помѣщаются 2 такъ-же камеры и цейхаузъ. Въ каждомъ этажѣ дов. широкий корридоръ. Въ томъ корридорѣ съ большими желѣзными воротами, который знакомъ мнѣ, стоитъ мѣдный кубъ, раковина съ проведенной водой, имѣется вполне удовлетворительный свѣтлый ватерклозетъ, и есть дов. большое окно. Противъ всего описаннаго и никакихъ возраженій въ санитарномъ отношеніи сдѣлать не могу—или по познанію (нижній и верхніе этажи), или-же потому, что особенно возражать нѣтъ противъ чего. Я не знаю также условій содержанія въ общихъ арестантскихъ Спасской части и въ тѣхъ помѣщеніяхъ, куда заключаютъ во множествѣ привозимыхъ въ часть пьяныхъ и полупьяныхъ людей. Настоящимъ заявленіемъ я хочу лишь остановить вниманіе санитарной Комиссіи на одиночныхъ камерахъ, предѣсти которыхъ мнѣ пришлось испытать на себѣ. Величина камеры—5×3½ шага; большое мѣсто въ ней 1½×1½ шага занимаетъ желѣзная печь. Окно сверху, на уровнѣ головы высокаго человѣка, представляетъ изъ себя узкую горизонтальную щель. Общая поверхность стекла 2-хъ половинокъ около 1,7 кв. арш. Было-бы ошибкою вычислять свѣтовое отношеніе этой поверхности къ площади пола (около 1/10), ибо свѣтъ совершенно отнятъ у окна вслѣдствіе слѣдующихъ обстоятельствъ. Въ 1-ую наружную раму вставлена рѣшетка, такая густая, что въ ея отверстіе не пролѣзаетъ даже согнутая часть мизинца; часть изъ отверстій забита мѣлью. Далѣе слѣдуетъ 2-ая рѣшетка, состоящая изъ 7 толстыхъ вертикальныхъ желѣзныхъ палокъ, діаметромъ около вершка каждая; за нею послѣ 2-хъ стекляныхъ рамъ съ форточкой (одна изъ нихъ на лѣво снята) идетъ глубокий, въ толщѣ стѣны, предоконникъ, который оканчивается во всю ширину 3-ей створчатой рѣшеткой съ вертикальными, толщиной въ палецъ, поребриками. Вслѣдствіе этихъ 3-хъ, неизвѣстно зачѣмъ поставленныхъ, рѣшетокъ болѣе смотрѣть на окно: рѣбятъ въ глаза. Вслѣдствіе нихъ-же въ камерѣ дѣлается почти темно. Читать можно только у окна. Но и при этомъ глаза утомляются скоро. Я былъ въ заключеніи въ іюльскіе свѣтлые дни, когда все время ярко свѣтило солнце. Моя камера была лучшая изъ всѣхъ: изъ нея виденъ былъ кусочекъ голубого неба; противъ всѣхъ почти остальныхъ камеръ расположена шагахъ въ 10 желтая стѣна, а рѣшетки въ нихъ такія-же. Воображаю, каковыя свѣтловыя условія камеръ бывають зимою, когда ко всему прочему добавляется еще одна рама, а въ наружную частую рѣшетку и за нею забивается снѣгъ!... Такимъ образомъ 1-ое совершенно невыносимое условіе содержанія заключенныхъ въ одиночныхъ камерахъ Спасской части—отсутствіе свѣта. 2-ое антигигіеническое условіе, на которое я обращаю вниманіе санитарной Комиссіи, это—отсутствіе вентиляціи въ камерахъ. Кромѣ форточки, въ окнѣ нѣтъ никакихъ другихъ приспособленій, что, если принять во вниманіе топку печей не изнутри, а извнѣ камеръ, должно быть очень чувствительно зимою. При этихъ условіяхъ само собою понятно, какъ важно для заключеннаго, хотя-бы на короткое время, имѣть возможность побыть на свѣту, подышать хотя-бы относительно чистымъ Петербургскимъ воздухомъ; какъ важно для него пользоваться прогулками, которыя, какъ мнѣ извѣстно, установлены, согласно спеціальнымъ инструкціямъ, во всѣхъ Россійскихъ тюрьмахъ. Но въ Спасской части прогулками заключенные не пользуются. Для этого нѣтъ мѣста въ ея дворѣ. Такъ и сидятъ заключенные иногда по нѣскольку мѣсяцевъ, не выходя никуда, кромѣ пыльной конторы, въ которой устраиваются свиданія съ посѣтителями 1—2 раза въ недѣлю. Гигіеническія условія содержанія заключенныхъ въ Спасской части ухудшаются еще тѣмъ обстоятельствомъ, что силою застроенный ея дворъ чрезвычайно перенаселенъ, что въ немъ помѣщается пожарная команда съ дежурными лошадьми, что въ немъ работаетъ на всѣ пожарныя части города кузница, иногда запыляющая своимъ дымомъ дворъ и помѣщенія заключенныхъ, что въ немъ-же имѣется конскій лазаретъ, куда со всего города приводятъ заболѣвшихъ пожарныхъ лошадей. Вслѣдствіе этого, сидя въ заключеніи въ Спасской части, приходится дышать навознымъ воздухомъ. Однимъ изъ крайне тяжелыхъ условій заключенія въ Спасской части является еще близкое соседство съ помѣщеніями, гдѣ содержатся привозимые и привозимые люди, взятые въ дракъ, подобранные на улици и пр. — въ осо-

бенности-же задерживаемы по ночам женщины. Трудно передать тот ужасный концерт, который раздается иногда в этих помещениях. Протестующие крики, пьяные ругательства, громкие рыдания и мольбы, стук и желзные дери и полз, сливаясь в какой-то дикий рев, не прекращаются иногда в течение целой ночи. Не зная, что происходит внаву, рисуя себя возможными несправедливостями и насилием, переживаешь отвратительные минуты без возможности заснуть. Считаю нужным добавить, что при всей отвратительности звуков, которыми переполнены по ночам дворы Спасской части, власти не стесняются держать в заключении в этой части женщин, привлекаемых за политические преступления. Не буду больше описывать моральных условий содержания заключенных, зная, что над ними санитарная Комиссия не имеет никакой власти. Упомяну-же о них потому, что всякий санитарный недостаток переживается несравненно тяжелее, когда невыносимо общее состояние и настроение человека. Из области-же чисто санитарного яла считаю необходимым отметить еще *обилие жаловоз* в камерах. Отвратительные сами по себе, они лишают сна, а слѣд. и первого условия для поддержания сил у заключенных. В этом-же смысле поистинѣ возмутительно, что заключенным (одиночным; не знаю, как-общим) не дают никакой постели, заставляя спать на голых досках. Исключение дѣлается почему-то лишь для лиц дворянскаго происхождения, а я, напр., пользовался тощим и твердым тюремным матрацом. Я не знаю, какова казенная пища у заключенных Спасской части, ибо пользовался привозимой за мой счет извнѣ. Но изъ того, что мои сосѣди-заключенные под арест градоначальникомъ городовой Коломенской части-имѣли горячую пишу только через 2 дня въ 3-й, а остальное время сидѣли на одномъ хлѣбѣ и водѣ, я думаю, что не все благополучно обстояло и въ этомъ отношеніи. Все, что мною описано, причиною своему имѣетъ общія условия-устройство Спасской части и спеціальныя-инструкции, данныя администраціи этой части, ибо по отношенію къ самой администраціи арестнаго помещенія части я не могу сдѣлать ни одного упрека. Достойно затѣмъ указать на слѣдующее. Когда въ Выборгскомъ участкѣ, въ который я попалъ послѣ своего задержанія, узнали, что я «дворянинъ», то сказали, что, значитъ, меня полагается отправить въ Спасскую часть. Когда я спросилъ: почему «значитъ»? мнѣ отвѣтили, что тамъ наилучшія изъ всѣхъ другихъ частей условия заключенія. И такъ то, что мною описано, лучше другого, что можно было-бы описать относительно другихъ частей. Мнѣ трудно представить себѣ это; но если, дѣйствительно, условия заключенія въ другихъ частяхъ еще хуже, чѣмъ въ Спасской, то тѣмъ умѣстнѣе настоящее мое заявленіе, тѣмъ необходимѣе вмешательство городской санитарной Комиссіи съ цѣлью улучшенія условий заключенія въ полицейскихъ частяхъ города. И, если мое заявленіе побудитъ Петербургскую санитарную Комиссію къ такому вмешательству, если въ результатъ будутъ уничтожены хотя-бы однѣ только частыя желѣзныя рѣшетки на окнахъ одиночныхъ камеръ, никому не нужны и неизвѣстно для чего устроенныя, — то я сочту себя удовлетвореннымъ за 10-дневное отвратительное сидѣніе въ Спасской части. — Интересно знать, что предприметъ санитарная Комиссія по этому заявленію? Неужели положить его подъ сукно?!

1485. Петербургскій «патрентъ» изъ врачей г. Дубровинъ (А. И.) нашелъ себѣ въ своей общественно-политической дѣятельности крупнаго соперника въ Ярославѣ въ лицѣ небезызвѣстнаго г. *Кацаурова* (И. И.), бывшаго главаря мизерной чучки протестантовъ противъ постановленія Пироговскаго холернаго Сѣзда о санитарно-исполнительныхъ Комиссіяхъ, нынѣ занимавшаго приличествующій ему постъ председателя мѣстнаго Союза русскаго народа. Г. *Кацауровъ* во главѣ цѣлой 1/2-сотни ярославскихъ черносотенцевъ предпринялъ папачество къ мѣстному архіерею въ цѣляхъ заступничества за нѣкоего о. Иліодора, образъ мыслей котораго не встрѣтилъ одобренія даже со стороны его духовнаго начальства. Архіерей въ ходатайствѣ кацауровцевъ отказалъ. Подробности всей этой оригинальной исторіи читатели найдутъ въ корреспонденціи изъ Ярославля въ «Странѣ» (4 августа).

1486. Около 25-го августа состоится, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (30 июля), *Сѣздъ представителей Земствъ, участвующихъ въ дѣлѣ общеземской организаціи*. Въ Сѣздѣ примутъ участіе председатели и уполномоченные различными Земствами, такъ какъ голодъ охватилъ многія губерніи. Сѣздъ общаеся быть многочисленнымъ. На Сѣздѣ будетъ рѣшена дальнѣйшая дѣятельность организаціи.

1487. 8-го августа въ Петербургѣ торжественно открытъ новый лечебный дворецъ—*Ортопедическій Институтъ*. Институтъ этотъ всецѣло обязанъ своимъ возникновеніемъ покойному д-ру К. Х. *Хорну*, извѣстному ортопеду своею спеціальностью и имѣвшему возможность заинтересовать его не только сильныхъ, но и всемогущихъ лицъ міра сего. Задуманъ и устроенъ Институтъ, что называется, на славу. На затраченныя на него деньги, безъ сомнѣнія, можно было-бы открыть по прекрасной ортопедической клиникѣ при каждомъ нашемъ Университетѣ, гдѣ имѣется медицинскій факультетъ. Институтъ причисленъ къ вѣдомству... Министерства внутреннихъ дѣлъ (1), и на содержаніе его изъ средствъ этого Министерства ежегодно будетъ отпускатся 112000 р. Директоромъ Института назначенъ ч. пр. Р. Р. *Вреденъ*, а ассистентомъ его — К. К. *Вербъ*.

1488. Д-ръ М. И. *Гошкевичъ*, дававшій уже въ 1898 и 1901 гг. въ «Сборникѣ Херсонскаго Земства» отчеты о распространеніи

проказы въ Херсонской губ., въ новой работѣ—*Проказа (Lepra) въ Херсонской губ. за 1888—1905 годы* описываетъ вновь выяснившіеся случаи заболеванія этой болѣзью въ Херсонской губ. за время съ 1/2 1901 г. до конца 1905 г. и дѣлаетъ общій подсчетъ больнымъ проказою въ губерніи съ начала ихъ систематической записи, т.-е. съ 1888, до конца 1905 г. За это время занесены въ списки врачами въ Херсонской губ. больнымъ проказою 95 чел. (53 мужчины и 42 женщины). Въ большинствѣ случаевъ распознаваніе болѣзни подтверждено бактериоскопическимъ исследованиемъ. Изъ этого общаго числа 18 (13 мужчинъ и 5 женщинъ) отправлены въ Ямбургскій лепрозорій, 23 (11 м. и 12 ж.) умерли; судьба и мѣстопробыванія 45 больнымъ (23 м. и 22 ж.) неизвѣстны, и съ 1906 г. оставались въ Херсонской губ. 9 проказенныхъ (6 м. и 3 ж.). Къ отчету приложено именной спискомъ больнымъ проказой, записанныхъ въ Херсонской губ. съ 1888 до конца 1905 г., съ указаніемъ мѣста записи, возраста, вѣроисповѣданія, занятія, сословія, семейнаго положенія, года записи, времени начала болѣзни, формы заболеванія и мѣста пребыванія каждаго больного къ началу 1906 г.

1489. Какъ сообщаетъ «Волгарь» (25 июля), по даннымъ санитарнаго Отдѣленія Нижегородской губернской земской Управы за послѣднее время въ разныхъ мѣстностяхъ Нижегородской губ. замѣчается *сильное распространеніе* эпидемическихъ заболѣваній—*скарлатины, оспы, коклюша* и главнымъ образомъ *дизентеріи*. Случаи первыхъ 3-хъ болѣзней установлены преимущественно въ Макарьевскомъ уѣздѣ, въ Борминѣ, куда Земствомъ командированъ фельдшеръ. Дизентерія развилась по преимуществу въ Ардатовскомъ, Макарьевскомъ и Княгининскомъ уѣздахъ, при чемъ въ послѣднемъ она особенно свирѣпствуетъ въ с. Каминѣ, куда санитарнымъ Отдѣленіемъ посланъ отрядъ изъ фельдшера, фельдшерницы и медички 2-го курса. Отрядъ этотъ по прибытіи на мѣсто телеграфировалъ въ губернскую Управу, что общее число больнымъ достигаетъ 300 чел., при чемъ борьба съ дизентеріей является крайне затруднительной, такъ какъ все населеніе—сплошныя бѣдняки и *страшно голодаютъ*. Отрядъ просилъ губернскую Управу ассигновать на устройство столовой и временнаго барака 300 р. Деньги на столовую выданы изъ средствъ общеземской организаціи, баракъ будетъ приспособленъ уѣзднымъ Земствомъ, а расходы по содержанію его беретъ на себя губернское Земство. Санитарное Бюро при всемъ своемъ желаніи не можетъ бороться съ названной эпидеміей болѣе энергично, такъ какъ у него *не хватаетъ ни достаточныхъ средствъ, ни личнаго санитарно-эпидемическаго персонала*.

1490. Въ №№ 7—8 «Свѣдѣній о врачебно-санитарной организаціи и эпидемическихъ заболѣваніяхъ г. Одессы» за текущій годъ помещена очень интересная статья д-ра *Е. А. Фрейфельда*. — «*Сельско-хозяйственные рабочіе на Одесскихъ поляхъ орошенія*». Вслѣдствіе призыва автора на дѣйствительную военную службу напечатаніе статьи нѣсколько запоздало: она излагаетъ положеніе названныхъ рабочихъ по даннымъ, собраннымъ авторомъ въ теченіи лѣта и осени 1903 г.; тѣмъ не менѣе интересъ ея нѣсколько не утраченъ и теперь уже въ виду того, что о сколько-нибудь существенныхъ измѣненіяхъ санитарно-экономическаго быта сельско-хозяйственныхъ рабочихъ упомянутой категоріи едва-ли можетъ быть и рѣчь. Напомнимъ хотя бы о соображеніяхъ нами (см. «Русскій Врачъ», 1905 г. № 40, стр. 1269) постановленіяхъ Пересыпскаго санитарнаго Попечительства, принятыхъ годъ тому назадъ (въ засѣданіи 2-го августа 1905 г.) по поводу доклада д-ра *Майлера* объ усилившейся эпидеміи брюшного тифа среди рабочихъ на Одесскихъ поляхъ орошенія. Несомнѣнно, появленіе въ печати доклада д-ра *Фрейфельда* можетъ быть крайне полезно, какъ новое напоминаніе о необходимыхъ мѣрахъ для улучшенія жизни и условий труда рабочихъ на поляхъ орошенія. Для иллюстраціи этой жизни, хотя-бы въ отношеніи только жилищъ, позволимъ себѣ привести изъ статьи д-ра *Фрейфельда* слѣдующія выдержки: «Въ помещеніяхъ мало воздуха—въ среднемъ 0,3 к. саж. на человека, мало свѣта—отъ 1/16 до 1/4; отсутствуетъ кака-бы то ни было вентиляція; невозможная грязь; конюшни вѣсятъ со столовыми, кухнями и спальными помещеніями». Есть и примѣры: «Въ участкѣ № 2 помещеніемъ для рабочихъ служитъ нѣчто въ родѣ землянки: 5 арш. въ ширину, 8 арш. въ длину и 2 1/2, въ высоту. Землянка совершенно темная, стѣны камышевыя; сверху она завалена навозомъ, проникающимъ сквозъ стѣны и внутрь. Внутри землянки и вокругъ нея—страшное загрязненіе; повсюду валяются отбросы и навалены кучи навоза. Одна стѣна этой, съ позволенія сказать, *спальной* примыкаетъ къ зловонной конюшнѣ, и другая къ главному оросительному ваяу, по которому день и ночь текутъ клоачныя воды, услаждающія трудовую monotонность жизни обитателей этого жилья своимъ тихимъ журчаніемъ. Живетъ тутъ 7 чел. При осмотрѣ всѣ рабочіе оказались больными; у 2-хъ былъ брюшной тифъ. Рядомъ въ участкѣ № 1 «помѣщеніе» устроено еще примитивнѣе. Это—просто навозная куча, въ которой поселились люди. Всѣ 4 стѣны уже безъ всякаго камыша, прямо сложены изъ навоза, крыша такая же, хотя имѣется нѣчто въ родѣ камышевой настлики. Нары непосредственно улираются въ эти навозныя стѣны. О загрязненіи говорить не приходится; при всемъ этомъ зловоніе усиливается содѣйствиемъ конюшни и свинушки. Въ этой навозной кучѣ живетъ 8 чел., изъ нихъ совершенно здоровыми были найдены лишь 2-ое. Спать, готовить пищу, ѣдать и разбавлять овощи—все въ одномъ помещеніи. Характерна эти жилища для рабочихъ, можно сказать даже одно, что, если бы захотѣлъ въ своей фантазіи конкретно воспроизвести условия жилья какого-нибудь первобытнаго дикаря, за много тысячъ

лать тому назад, то вряд ли жилье это оказалось (бы) болѣе примитивнымъ и болѣе антигигиеничнымъ, чѣмъ «помѣщенія» для рабочихъ у насъ на поляхъ орошенія въ XX вѣкѣ...» «Не лучше живутъ и *городскіе* рабочіе. Т. наз. «думскія» квартиры для 30 счастливыхъ помѣщаются, правда, въ каменныхъ зданіяхъ городского типа, но скученность, грязь и сырость дѣлаютъ и ихъ совершенно непригодными для жилья». Столь-же неутишительны и приведенные авторомъ данныя о питаніи рабочихъ, продолжительности ихъ труда (12—14 час. въ сутки), наконецъ, объ ихъ заработкѣ (подневные—60 коп. въ день, мѣсячные—18 р. въ мѣс. на своихъ харчахъ и при своей квартирѣ, исключая 30—40 «счастливыхъ», пользующихся казенными квартирами). Такъ живутъ 951 занесенныхъ авторомъ въ списки рабочихъ (489 мужчинъ и 452 женщины). Всѣ они поголовно были осмотры д-ромъ *Фрейфельдомъ*, при чемъ 0% *больныхъ и истощенныхъ* среди нихъ достигалъ 62,9, при колебаніяхъ въ разныхъ участкахъ между 100% и 28%. Резюмируя свои данныя о положеніи рабочихъ, авторъ приходитъ къ выводу, что «оставлять на будущее время дѣло въ такомъ положеніи никакъ *невозможно*», что «городу въ этой отрасли его хозяйничанья такъ *дальше жить нельзя*». Это онъ заявляетъ въ докладѣ 1903 г.; тоже заявлялъ и 2-мя годами раньше («Свѣдѣнія о врачебно-санитарной организаціи г. Одессы» за 1902 г.); но городъ остается глухимъ, по крайней мѣрѣ оставался таковымъ до 2-го августа 1905 г. (см. упомянутое постановленіе Пересыскаго попечительства). Что-то скажутъ новыя сообщенія по этому вопросу? Позволимъ себѣ привести и предложенія, которыми д-ръ *Фрейфельдъ* заканчиваетъ свой докладъ: 1) «Признать неотложной потребностью самое широкое законодательное регулированіе труда сельско-хозяйственныхъ рабочихъ въ отношеніи продолжительности рабочаго дня, ночныхъ и праздничныхъ работъ, дѣскаго и женскаго труда, жилищныхъ условий и питанія и подлежащихъ договорныхъ нормъ. Въ полномъ объемѣ это, конечно, явится дѣломъ нарождающагося народоустройства, а въ частности многое въ этомъ смыслѣ могло-бы сдѣлать и городское общественное Самоуправленіе путемъ изданія соответствующихъ обязательныхъ постановленій, если-бы оно прониклось сознаніемъ необходимости защиты трудящихся массъ. 2) Въ интересахъ полей орошенія, какъ санитарнаго мѣропріятія, признать крайне желательнымъ, чтобы городское общественное Управленіе явилось фактическимъ хозяиномъ въ дѣлѣ эксплуатаціи полей, а не какимъ-то «поссессоромъ», сдающимъ по клочкамъ всю землю полей какимъ-то пришельцамъ изъ Болгаріи, на которой совершается такая отчаянная и гнусная эксплуатація нашего обездоленнаго крестьянина. 3) Признать абсолютно необходимымъ устройство въ возможно непродолжительномъ времени соответствующихъ элементарнымъ гигиеническимъ нормамъ помѣщеній для всѣхъ рабочихъ полей орошенія. 4) Необходимо устройство хорошо оборудованнаго лѣчебно-продовольственнаго пункта, гдѣ какъ сроковые, такъ и подневные рабочіе за недорогую плату могли-бы получать дешевую горячую мясную пищу. 5) Провести водопроводную воду во всѣ участки и предоставить бесплатное пользованіе ею какъ для личныхъ надобностей рабочихъ, такъ и для промывки овощей. 6) Пригласить на поля орошенія постоянного врача, на подобіе фабричнаго, на обязанности котораго лежалъ-бы не только лѣчебный надзоръ за рабочими полей, но главнымъ образомъ санитарное наблюденіе за всѣмъ укладомъ ихъ жизни. 7) Для амбулаторнаго приема больныхъ должна быть устроена соответствующимъ образомъ оборудованная амбулаторія. При ней долженъ имѣться фельдшерскій служительскій персоналъ. 8) Въ виду боязни рабочихъ городской больницы и упорнаго уклоненія помѣщаться въ нее завѣдомо больныхъ рабочихъ было-бы крайне желательно устройство на поляхъ орошенія небольшого приемаго покоя, хотя-бы на лѣтнее время (въ примѣчаніи авторъ сообщаетъ, что слышалъ объ устройствѣ такого пункта уже въ этомъ году. *Ред.*). 9) Независимо отъ учрежденія санитарнаго надзора за сельскими рабочими на поляхъ орошенія необходимо продолженіе, по примѣру прежнихъ лѣтъ, санитарнаго надзора на мѣстахъ найма пришлыхъ рабочихъ на Косаркѣ и на Привозной площади».

1491. Нѣкто г. Макаровъ завѣшалъ 10000 р. на поддержаніе основаннаго на его средства *гигиеническаго отдѣленія при Орловскомъ родильномъ пріютѣ* («Око», 6 августа).

1492. Какъ передаетъ «Народъ и Дума. Поводѣльникъ» (7 августа), на югѣ Иркутской губ. *медицинской помощи нѣтъ вовсе*. Въ тѣхъ рѣдкихъ мѣстахъ, гдѣ имѣются врачебные пункты, творятся неправоподобныя вещи: за немѣдленнымъ медицинскаго персонала назначаютъ, напр., вѣсто доктора жену врача... Единственными проявленіями культуры являются здѣсь лишь сифилисы и вода.....

1493. «Привозскій Край» (31 іюля) передаетъ о чрезвычайномъ переполненіи *психиатрической больницы при Новочеркасскихъ богоугодныхъ заведеніяхъ*. Старшій врачъ больницы А. В. *Трипшиковъ* сообщилъ врачебному инспектору о прекращеніи приема въ нее больныхъ, «такъ какъ въ противномъ случаѣ ни о какомъ лѣченіи ихъ не можетъ быть и рѣчи». Многіе больные не имѣютъ въ палатахъ мѣстъ и спятъ въ корридорахъ на матрацахъ.

1494. Трудно представить себѣ большаго безобразія по сравнению съ тѣмъ, котораго достигла разсылаемая нынѣшнимъ лѣтомъ *рекламная статья о Contrexéville*—«Пребываніе и лѣченіе Е. В. Персидскаго шаха въ Контрексивиллѣ» (мы получили ее на русскомъ языкѣ). Снабженная на заглавномъ листѣ портретомъ шаха и изображеніемъ Персидскаго герба и императорской печати, она распадается на рядъ главъ, одна изъ которыхъ можетъ быть названа предположеніемъ о характерѣ

статьи: «Персидскій шахъ въ Контрексивиллѣ». 3 путешествія, 3 успѣха», «Неудачный опытъ», «Галерея привацевъ», «Случай съ Наполеономъ III», «Мѣсто свиданія знаменитостей», Маркизъ Салисбернъ», «Залогъ счастья», «Тайна... Nescio quid divinum» и т. п. При общемъ шутковомъ тонѣ статья не свободна и отъ неприличныхъ вылазокъ противъ нѣмецкихъ врачей и нѣмецкихъ курортовъ: послѣ перваго лѣченія въ Contrexéville «кому то удалось убить шаха, что ему было-бы очень полезно посоветоваться со свѣтилами той нѣмецкой науки, превосходства которой не можетъ быть оспариваемо. И, конечно, свѣтила нѣмецкой науки направили его въ Карлсбадъ, чтобы въ одно и то же время скопрометировать французскую медицину и чтобы сослужить службу національному курорту»; но, конечно, шахъ отъ этого только пострадалъ и спасенъ былъ лишь послѣдующимъ лѣченіемъ опять въ Contrexéville: «и во 2-ой разъ чудодѣйственные воды Павильона возвратили силы карлсбадскому инвалиду». ...«Одинъ только сезонъ въ Карлсбадѣ былъ для него достаточенъ: *больше ужъ его не понимаютъ!*.... «Цѣною опытовъ, дорого стоившихъ, и которые не всегда имѣли удачные результаты» (сохраняемъ стиль подлинника неприкосновеннымъ. *Ред.*), «Царь царей» окончательно привязался къ контрексивилльскимъ водамъ и поклялся имъ въ исключительной вѣрности...» «Онъ вернется сюда еще десятки разъ; и лица, наиболѣе близкія ему, говорятъ, что отнынѣ всѣ будущія путешествія Музаферъ-Эдъ-Дина въ Европу являются только предлогомъ для того, чтобы посѣтить любимыя минеральныя воды, о которыхъ его мочевой пузырь хранитъ благодарное воспоминаніе...» «Къ тому-же шахъ персидскій не единственный монархъ, почувствовавшій необходимость отправиться въ Контрексивилль и растворить въ чудодѣйственной водѣ источника Павильона анти-династическіе камни и песокъ, которые слишкомъ часто загромождаютъ органы коронованныхъ особъ, не смотря на преимущественно ихъ божественнаго права». Слѣдуетъ поименный перечень коронованныхъ особъ и доказательствъ вліянія ихъ лѣченія въ Contrexéville на судьбы ихъ подданныхъ и теченіе событій. Воспоминаніе о камнѣ Наполеона III приводитъ автора статьи къ слѣдующимъ грустнымъ размышленіямъ: «... и, когда вспоминаешь, что другой Наполеонъ, Первый, Великій, потерялъ битву при Ватерлоо, потому что былъ нанесенъ ударъ его здоровью, тогда поневолѣ спрашиваешь себя: что произошло-бы, если-бы разумное употребленіе воды источника Павильона уменьшило-бы этотъ камень преткновенія, о который разбилось благополучіе цѣлаго государства, обезпечивъ тѣлесное спокойствіе, хладнокровіе, предусмотрительность и подъемъ духа? Еше-бы, вѣдь, «если Англія одержала побѣду не безъ труда надъ Трансваалемъ, то вода Контрексивилля играла въ этомъ извѣстную роль. Бывшій предѣлатель медицинскаго школы въ Дублинѣ, знаменитый ирландскій профессоръ, сэръ Францисъ Круизъ, призналъ это и заявилъ объ этомъ *expressis verbis*. Если-бы его знаменитый пациентъ лордъ Робертъ, генералиссимусъ англійской арміи, не поѣхалъ по предписанію своего врача на 3 лѣчебныхъ сезона (1897, 1898, 1899) въ Контрексивилль, откуда онъ вернулся совершенно выздоровѣвшимъ, онъ никогда-бы не могъ перенести всей страшной усталости южно-африканской кампаніи. И, если-бы лордъ Робертъ не стоялъ во главѣ англійской арміи, позволительно думать даже лучшимъ друзьямъ Англіи, что побѣда могла-бы остаться за бурами». Какое сомнѣніе можетъ устоять противъ такой рекомендаціи волшебному источнику, «о которомъ можно сказать, что онъ имѣетъ первую ипотеку на самыя могущественныя и богатѣйшіе мочевые пузыри всего міра?».—Крайне неприятно поражаетъ въ статьѣ наличность среди портретовъ «принцевъ крови» и другихъ «благородныхъ посѣтителей», списокъ которыхъ похожъ на вырванную страницу «изъ альманаха Готы», и портретовъ нѣкоторыхъ врачей, удостоившихся этой чести въ качествѣ врачей консултантовъ шаха. Неужели они не протестовали?

1495. 11-го іюля (н. ст.) въ Милано открытъ отдѣлъ «Трудового Союза русскихъ эмигрантовъ». Союзъ имѣетъ цѣльную организацію взаимопомощи какъ матеріальной, такъ и духовной среди рабочихъ русскихъ эмигрантовъ. На первое время намѣчены къ осуществленію организація центральнаго Бюро русскихъ эмигрантовъ для Юга Европы и Сѣвера Африки, основаніе образцовой бібліотеки, читальни и пр. Въ «Странѣ» (5 августа), откуда мы заимствуемъ это извѣстіе, задачамъ Союза посвящена прекрасная статья г. И. Костина; къ ней мы и отсылаемъ интересующихся подробностями.

1496. Умерли: 1) Въ Варшавѣ *Иосифъ Францевичъ Радзишевскій* («Kronika lekarska», 1 августа), родившійся въ 1833 г., а званіе врача получившій въ 1858 г. — 2) Въ Кокцѣ, Сѣдлецкой губ. *Адолфъ Матвѣевичъ Киселевскій* (тамъ-же), родившійся въ 1845 г., а званіе врача получившій въ 1870 г.

Всѣ рукописи, предназначаемыя для печати (усердная просьба—писать четко, на одной сторонѣ листа, оставляя поля и придерживаясь принятой въ газетѣ транскрипціи фамилій иностранныхъ авторовъ), просить, впредь до особаго о томъ заявленія, адресовать *исключительно на имя д-ра С. В. Владиславлева* (Петербургъ, Ивановская ул. 2) *Ред.*

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

## 2-НЕДЕЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Нѣмецкіе.

Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten, т. XL, тетр. 4 (февраль). 1. Lubenau. *Bacillus peptonificans als Erreger einer Gastroenteritis-Epidemie*. Описание эпидемии в здравнице Beelitz; заболѣло 300 человекъ послѣ употребленія въ пищу мяса, изъ котораго авторъ выдѣлилъ пептонизирующую палочку. 2. Piorkowski. *Zur Differenzierung des Typhusbacillus und Bacillus faecalis alcaligenes*. Авторъ считаетъ названные палочки родственными, во все же различными другъ отъ друга. 3. Lüdke. *Untersuchungen über die bacilläre Dysenterie*. Подробное бактериологическое исследование. 4. Giulio Tarozzi. *Ueber das Latentleben der Tetanus-sporen im tierischen Organismus und über die Möglichkeit, dass sie einen tetanischen Prozess unter dem Einfluss traumatischer und nekrotisierenden Ursachen hervorrufen*. Экспериментальное исследование. 5. E. Bertarelli. *Ueber einen pathogenen Keim der Iguana und interessante, von ihm erzeugte Verletzungen (Diplococcus iguanae n. sp.)*. Описание микроба, найденнаго у больного пресмыкающагося Iguana tuberculata. 6. Max Schüller. *Ueber die Entwicklungsweise der Parasiten beim Krebs und Sarkom des Menschen, sowie bei Syphilis und über ihre verschiedene Einwirkung auf die Zellen*. Замѣтка о микроорганизмахъ, найденныхъ авторомъ въ злокачественныхъ опухоляхъ и сифилисѣ. 7. Reischauer. *Ueber die Pocken der Vögel, ihre Beziehungen zu den echten Pocken und ihren Erreger*. (Не окончена). 8. Проф. N. Pезорупо и Jean P. Cardamati. *Die Malaria in Athen. Eine biologische und histologische Studie über die Malaria-plasmodien*. Подробная работа о возбудителѣ болотной лихорадки. 9. Karl Süpfle. *Ueber Spirochätenähnliche Gebilde in Vaccinelymphe*. Проверка работъ Bonhoff'a съ отрицательнымъ результатомъ. 10. Edens. *Ueber Oxyuris vermicularis in der Darmwand*. Краткое описание препарата. 11. H. Doepner. *Ueber die Widerstandsfähigkeit der Antigene der roten Blutkörperchen gegen hohe Temperaturen*. Антигены красныхъ кровяныхъ шариковъ разрушаются при нагреваніи до 120° C. 12. U. Lambotte und T. Stiennou. *Alexine et Leucocytes*. Экспериментальное исследование. 13. Julius Bartel und Wilhelm Neumann. *Lymphocyt und Tuberkelbacillus*. Экспериментальное исследование. 14. Alfred Petersson. *Ueber die Bedeutung der Leukocyten bei der intraperitonealen Infektion des Meerschweinchens mit Typhusbacillen*. Экспериментальное исследование. 15. Viktor Kafka. *Ueber die praktische Leistungsfähigkeit verschiedener Methoden der Agglutinationstechnik*. Сравненіе различныхъ способовъ и описаніе наиболее практическаго. 16. Gino de' Rossi. *Ueber die Phänomene der Agglutination der Bakterien*. (Не окончена). 17. G. Shibayama und H. Toyoda. *Ueber den Wirkungsmechanismus des Antiserums*. Экспериментальное исследование. 18. Lüdke. *Weitere Beiträge zur Hämolyse*. Экспериментальное исследование. 19. J. Bronstein. *Zur Technik der Serumgewinnung*. Описание 2-хъ приборовъ. 20. Roman Gloger. *Kalium tellurosium in der Medizin und Hygiene*. Химико-бактериологическое исследование. 21. Siegfried Boxer. *Ueber das Verhalten von Streptokokken und Diplokokken auf Blutnährböden*. О различіяхъ цепно- и диплококковъ при ростѣ ихъ на кровяныхъ средахъ. 22. T. A. Venema. *Ueber eine Anreicherung von Bacterium coli im Wasser*. О способѣ выдѣленія кишечной палочки изъ воды. 23. Babucke. *Zur schnellen Filtration des Nähragars*. Описание способа быстрого пропусканія агара.

Тетр. 5 (мартъ). 1. Oscar Haenle. *Bakteriologische Studien über künstliches Seltenerwasser*. Содержаніе бактерій въ сельтерской водѣ зависитъ всецѣло отъ неопытности при ея приготовленіи. 2. Reiner Müller. *Diphtheriebacillendähnliche Stäbchen bei Anginen mit scharlachartigem Exanthem*. Бактериологическое исследование дифтерии подобной палочки, выдѣленной изъ 2-хъ случаевъ жабы. 3. Walter Gaetgens. *Ueber einen Fall von Mischinfektion von Typhus und Paratyphus*. Описание случая смѣшаннаго зараженія. 4. Giuseppe Conforti und Tita Bordini. *Beitrag zur Pathologie der akuten eitrigen Halsdrüsenentzündungen des ersten Kindesalters*. Бактериологическое исследование случаевъ гнойныхъ воспаленій шейныхъ железъ. 5. Bruno Galli-Valerio und Jeanne Rochaz-de-Jongh. *Ueber die Wirkung von Aspergillus niger und Aspergillus glaucus auf die Larven von Culex und Anopheles*. 6. Alfred Wolff Eisner. *Ueber Ermüdungs- und Reduktionstoxine*. Критическій очеркъ. 7. Luigi Pietro Galbiati. *Ueber den Durchtritt des Wutvirus durch intakte Schleimhäute*. Неповрежденные слизистыя оболочки непроницаемы для яда бѣшенства. 8. V. Ellermann. *Ueber den Befund von Rhizopoden bei zwei Fällen von Polymyelitis acuta*. Описание микроорганизма. 9. Reischauer. *Ueber die Pocken der Vögel, ihre Beziehungen zu den echten Pocken und ihren Erreger*. Подробное исследование обь оспѣ птицъ. 10. W. Schöffner. *Ueber den neuen Infektionsweg der Ankylostomalarve durch die Haut*. Экспериментальное исследование. 11. J. de

Haan. *Gibt es beim Menschen endoparasitär lebende Acanthiden?* Авторъ нашелъ въ гнойной мочѣ насѣкомое вида Acanth. 12. Frederick Gay. *So-called «Complementoids»*. О комплементахъ. 13. Gino de' Rossi. *Ueber die Phänomene der Agglutination der Bakterien*. Экспериментальное исследование о сущности реакціи склеиванія. 14. Hermann Streit. *Zur Frage der Agglutinierbarkeit von Kapselbacillen*. Экспериментальное исследование. 15. Karl Landsteiner. *Bemerkungen zu der vorläufigen Mitteilung über Hämolysebildung von Bang und Forstmann*. Краткая замѣтка. 16. Julius Bartel und Wilhelm Neumann. *Leukocyt und Tuberkelbacillus*. Главная борьба съ ядомъ бугорчатки ведется въ лимфатическихъ железахъ лимфоцитами. 17. Allen Smith. *Ueber eine die Blutgerinnung hemmende Substanz in Ankylostoma caninum*. Полемическая замѣтка. 18. Leo Loeb. *Ein weiterer Versuch über die die Blutgerinnung hemmende Substanz in Ankylostoma caninum*. 19. N. Tiberti. *Ueber die immunisierende Wirkung des aus dem Milsbrandbacillus extrahierten Nukleoproteids auf Schafarten*. Экспериментальное исследование. 20. Guido Tizzoni und Alessandro Bongiovanni. *Ueber die Halbwirkung der Radiumstrahlen bei der durch Strassenvirus verursachten Wut*. Лѣченіе радіемъ оказывается дѣйствительнымъ и при уличномъ ядѣ бѣшенства (опыты на кроликахъ). 21. Hamerschmidt. *Ein Beitrag zur Typhusdiagnose aus Faeces*. 22. J. Forster. *Ueber ein Verfahren zum Nachweis von Milsbrandbacillen in Blut und Geweben*. Описание способа нахождения палочекъ сибирской явы. 23. Vourloud. *Cultures du Bacterium typhi, du Bact. coli et de quelques autres bactéries rapprochées du groupe coli-typhique, sur milieu de Drigalski-Comrad*. Сравнительное исследование роста различныхъ бактерий группы кишечной палочки на средѣ Дригальскаго-Комради. 24. J. Annalatti. *Ueber ein besonderes Kulturverfahren für den Tuberkelbacillus auf Kartoffeln*. Описание особаго способа выращиванія бугорчковыхъ палочекъ на картофелѣ.

## ЕЖЕНЕДЕЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Нѣмецкіе.

Wiener medicinische Wochenschrift, 6 января. 1. J. Schnitzler. *Könige Bemerkungen über Wundverbände und über das Verbinden*. О раневыхъ повязкахъ. 2. K. Schulin. *Zur Pathologie der Tuberkulose*. (Не окончена). 3. J. Preindlsberger. *Bemerkungen zur Rückenmarksanästhesie*.

13 января. 1. Проф. A. Lorenz. *Die Indikationen zur Sehnenverpflanzung*. Показанія къ пересадкѣ сухожилий. 2. J. Pollak. *Zur Kasuistik der Frakturen im Opticuskanale*. 3. K. Schulin. (Продолженіе).

20 января. 1. F. Ballner. *Ueber die Methoden zur Sterilisation des Trinkwassers im Felde*. О способахъ обезпечиванія питьевой воды. 2. S. Rosenfeld. *Zur Statistik der Infektionskrankheiten*. (Не окончена). 3. K. Schulin. (Окончаніе).

27 января. 1. O. L. Pollak. *Zwei für die Pathologie wichtige Entwicklungsanomalien des centralen Nervensystems bei zwei jungen menschlichen Embryonen*. 2. E. Herz. *Ausführung einer Pubiotomie in einer Bauernhütte*. 3. S. Rosenfeld. (Продолженіе).

3 февраля. 1. R. Beck. *Turistik und Hers*. (Не окончена). 2. G. Baar. *Ein Beitrag zur Aetiologie der Otitis media acuta suppurativa post Morbillos*. 3. J. Bogdanik. *Fremdkörper in der Harnröhre*. 4. S. Rosenfeld. (Окончаніе).

10 февраля. 1. Проф. L. Frankl-Hochwart. *Die Schicksale der Tetanikranken*. 2. H. Lehnndorff. *Ueber Lymphocytenleukämie im Kindesalter*. 3. W. Rosenfeld. *Die Vibrationsmassage in der Gynäkologie*. 4. Veninger. *Einige seltene Fälle aus der Kinderpraxis*. 5. R. Beck. (Окончаніе).

17 февраля. 1. Проф. A. Weichselbaum. *Ueber die Aetiologie der Syphilis*. 2. A. Zörnlaib. *Ueber Benzingerfahrungen aus der Kasuistik der Wiener Freiwilligen-Rettungs-Gesellschaft*. 3. A. Stenczel. *Erfahrungen bei Behandlung der Syphilis mit Quecksilbersäcken nach Welscher*. (Не окончена). 4. Jenev. *Beitrag zur blutigen Reposition der Luxatio sub talica*. Случай.

24 февраля. 1. R. Kronfeld. *Der Zahnschmerz*. Зубная боль. (Не окончена). 2. B. Fellner. *Neue Methoden zur klinischen Blutdruckmessung und ihre Ergebnisse*. 3. P. Balogh. *Beiträge zur Bestimmung des cytodagnostischen Wertes des Liquor cerebrospinalis*. 4. A. Stenczel. Окончаніе статьи о лѣченіи сифилиса по Welscher'y.

Wiener medizinische Presse, 1906 г., 7 января. 1. Проф. R. Mosetig-Moorhof. *Coxitis*. 2. H. Schrötter. *Fremdkörperfall der Luftröhre*. Случай инороднаго тѣла въ трахей. 3. Volland. *Ein Vorschlag für die Behandlung der Lungenentzündung*. Къ лѣченію воспаления легкихъ.

14 января. 1. Проф. M. Zeissl. *Dieluetischen Erkrankungen des Urogenitalapparates und ihre Behandlung*. 2. O. Novorka. *Ueber Spontanamputationen*. О произвольномъ отпадѣнии членовъ. 3. A. Sonnenschein. *Conservative Behandlung einer schweren Handverletzung*. Случай сохраняющаго лѣченія тяжелаго поврежденія ручной кисти.



Объ отличительномъ распознаваніи крови человека отъ крови животныхъ по формѣ кристалловъ метгемоглобина и жировыхъ кристалловъ при судебно-медицинскихъ изслѣдованіяхъ.

Проф. А. В. Григорьева.

(Окончаніе. См. выше, № 32, стр. 977).

**Лошадь.** Образованіе кристалловъ наблюдалось только на препаратахъ изъ среднихъ и слабыхъ настоевъ кровяныхъ объектовъ давностью до 1 года въ слѣдующихъ формахъ. 1) Таблички: ромбовидныя (см. рис. 15, а), 4-стороннія съ косвенными концами (b), иногда узкія и длинныя (e), 5-стороннія (k) и 6-стороннія различнаго вида (c, i); 2) призмы: многогранныя (f) и октаэдры (g); 3) 4-стороннія пластинки съ косвенными концами (d) и 4) длинныя или болѣе короткія узкія лентовидныя таблички съ прямоугольными концами (h). Лентовидныя таблички встрѣчались всего рѣже и обыкновенно въ небольшомъ числѣ.

Всѣ кристаллы были безцвѣтны, съ жирнымъ блескомъ, или нѣкоторые изъ нихъ сначала имѣли слегка буроватую краску, а потомъ спустя 1—2 сутокъ обезцвѣчивались.

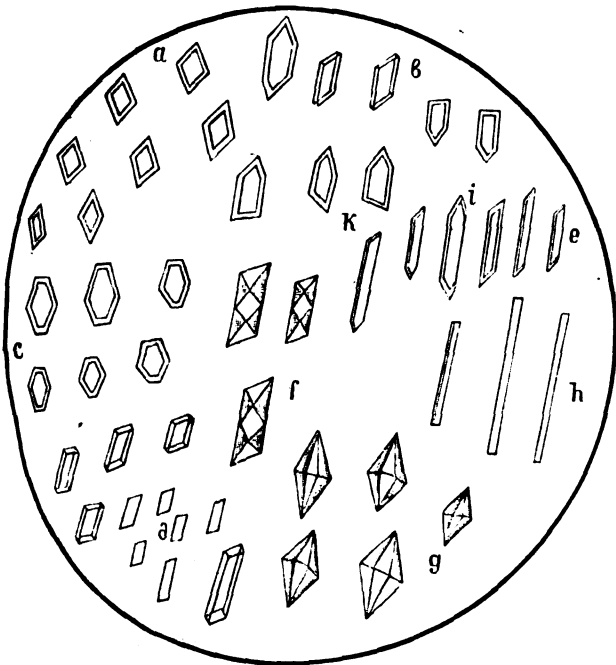


Рис. 15. Лошадь. Жировые кристаллы изъ старыхъ кровяныхъ пятенъ.

**Кошка.** Кристаллы встрѣчались въ 2-хъ видахъ. 1). Таб-

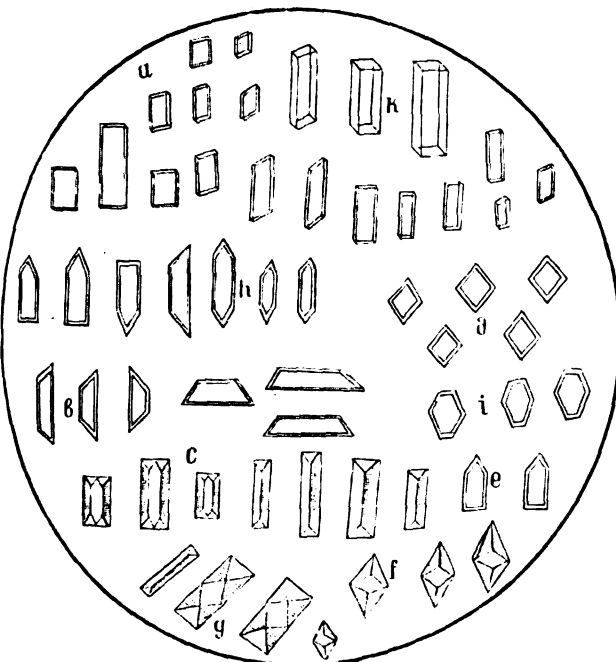


Рис. 16. Кошка. Жировые кристаллы изъ старыхъ кровяныхъ пятенъ.

лички: 4-стороннія (см. рис. 16 а), ромбовидныя (d) или въ формѣ трапецій (b), 5-стороннія (e) и 6-стороннія различной формы (h, i); 2) призмы: 4-гранныя (k), многогранныя (g), гробовыя крышки одиночныя или двойныя (c) и октаэдры (f).

Кристаллы были безцвѣтны, съ жирнымъ блескомъ или оначала были слегка буроватаго цвѣта, а затѣмъ чрезъ нѣсколько дней теряли эту окраску. Они получались какъ изъ слабыхъ и среднихъ, такъ и изъ крѣпкихъ настоевъ кровяныхъ объектовъ давностью до 1 года, при чемъ не всѣ формы ихъ одновременно имѣлись на лицо на препаратахъ; чаще всего встрѣчались 4-стороннія и ромбовидныя таблички, а затѣмъ 5—6-стороннія. Таблички въ формѣ трапецій наблюдались по преимуществу на препаратахъ изъ крѣпкихъ настоевъ, а 4-стороннія призмы—на препаратахъ изъ слабыхъ кровяныхъ настоевъ.

**Кроликъ.** На препаратахъ изъ крѣпкихъ настоевъ кровяныхъ пятенъ давностью до 1 года получались длинныя или болѣе короткія лентовидныя пластинки съ полосчатостью или расщепленіемъ на концахъ (см. рис. 17 а), либо съ неровными, какъ-бы разорванными концами, въ рѣдкихъ случаяхъ съ прямоугольными (b), нитевидныя кристаллы, часто очень тонкіе и съ развѣтвленіями на боко-

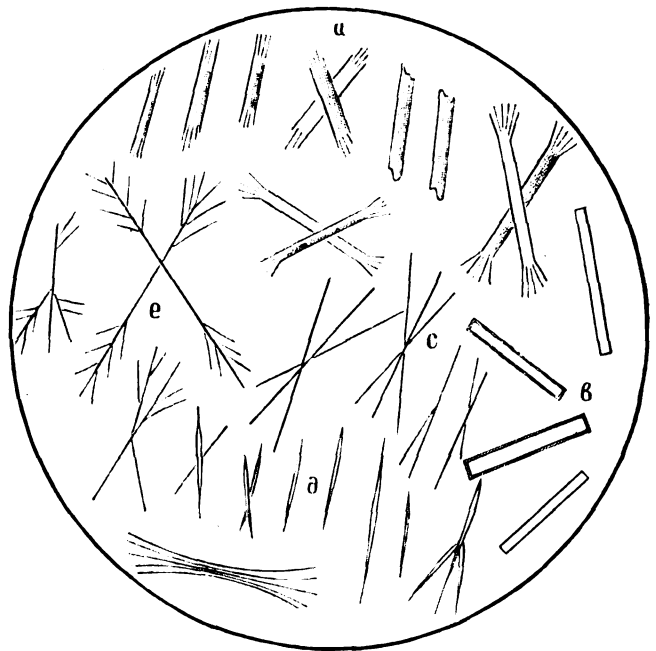


Рис. 17. Кроликъ. Жировые кристаллы изъ крѣпкихъ настоевъ старыхъ кровяныхъ пятенъ.

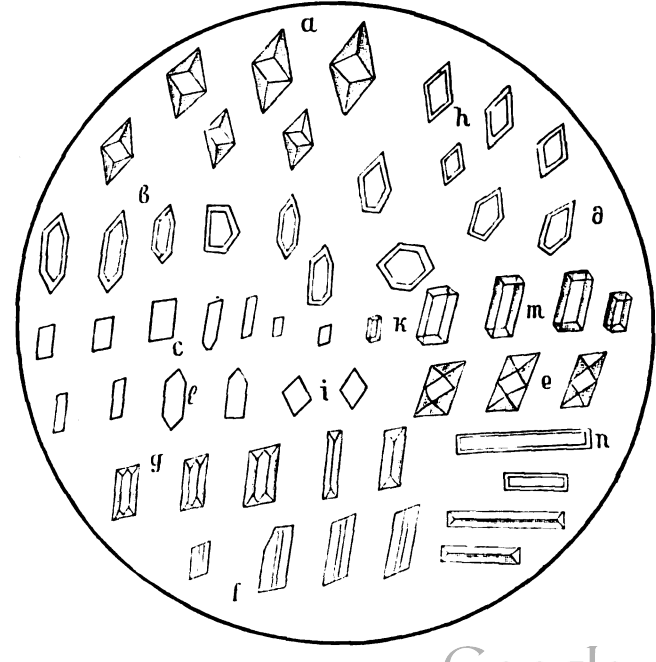


Рис. 18. Кроликъ. Жировые кристаллы изъ среднихъ и слабыхъ настоевъ старыхъ кровяныхъ пятенъ.

выхъ вѣтвяхъ (с) и палочковидные кристаллы, нерѣдко съ заостреніями на концахъ (d). Кристаллы эти съ самаго начала представлялись слегка буроватаго цвѣта или же безцвѣтными и часто располагались въ видѣ различнаго рода группъ.

На препаратахъ изъ среднихъ и слабыхъ кровяныхъ настоевъ выступали 1) призмы: октаэдры (см. рис. 18, а), многогранныя (е), 4-гранныя (м), гребовыя крышки одиночныя или двойныя (г), иногда очень длинныя и узкія на подобіе палочекъ; 2) таблички и пластинки: ромбовидныя (h, i), 4-стороннія (k, c) иногда въ видѣ офицерскихъ погонъ (f), 5—6-стороннія (b, l) и нерѣдко также 3) лентовидныя длинныя прямоугольныя пластинки или таблички (п). Всѣ эти кристаллы были безцвѣтны и съ жирнымъ блескомъ.

*Морская свинка.* Жировые кристаллы получались только изъ среднихъ и слабыхъ настоевъ сухихъ кровяныхъ пятенъ давностью до 1 года въ слѣдующихъ формахъ. 1) Призмы: октаэдры (см. рис. 19, а), многогранныя (b), гребовыя крышки, иногда длинныя и узкія (f); 2) таблички: 3- (с), 4- (h), 5- (d), и 6-стороннія различнаго вида (e, i) и 3) длинныя или болѣе короткія узкія лентовидныя пластинки, либо таблички съ пирамидальными или прямоугольными концами (l), палочковидныя (g) и нитевидныя кристаллы (k).

Чаще всего въ препаратахъ показывались октаэдры, многогранныя призмы и различнаго вида таблички. Лентовидныя кристаллы, особенно длинныя, попадались очень рѣдко, чаще ихъ палочковидныя и нитевидныя кристаллы.

Всѣ повменованные кристаллы были безцвѣтны и обладали жирнымъ блескомъ.

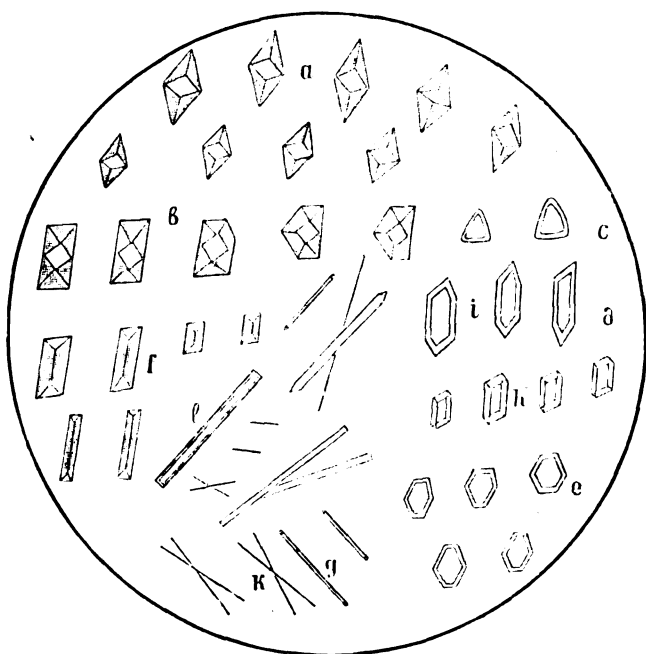


Рис. 19. Морская свинка. Жировые кристаллы изъ старыхъ кровяныхъ пятенъ.

*Бѣлка.* На препаратахъ изъ крѣпкихъ настоевъ сухихъ кровяныхъ пятенъ давностью до 1 года обнаруживались буроватаго цвѣта или безцвѣтныя нитевидныя кристаллы, къ концамъ иногда истончающіеся, иногда слегка загнутые, тонкіе и болѣе толстые (см. рис. 20, g), палочковидныя кристаллы, съ пирамидальными, косвенными или прямыми концами (f), лентовидныя пластинки или таблички, съ прямоугольными концами, длинныя и болѣе короткія (h) и, кромѣ того, часто буроватые шары различнаго величина съ извилистыми очертаніями. Нитевидныя и палочковидныя кристаллы располагались обыкновенно въ формѣ пучковъ или сноповъ, среди которыхъ находилось еще немного длинныхъ узкихъ лентовидныхъ пластинокъ.

На препаратахъ изъ среднихъ и слабыхъ кровяныхъ настоевъ открывались безцвѣтныя и съ жирнымъ блескомъ 1) призмы: октаэдры (а), 4-гранныя (i), иногда со скошенными углами (b), гребовыя крышки (с) одиночныя или двойныя, иногда длинныя и узкія и 2) таблички и пластинки: 4-стороннія (k), иногда очень узкія (e), 5-и 6-стороннія.

Кромѣ того, на препаратахъ изъ среднихъ кровяныхъ настоевъ часто встрѣчались въ небольшомъ числѣ нитевидныя, палочковидныя кристаллы и лентовидныя таблички, а на препаратахъ изъ слабыхъ кровяныхъ настоевъ — иногда очень короткія лентовидныя пластинки.

На препаратахъ изъ крѣпкихъ и среднихъ настоевъ кровяныхъ объектовъ давностью болѣе 6 мѣс. при обработкѣ однимъ спиртомъ (1:5) появлялись жировыя кристаллы въ видѣ пластинокъ, имѣвшихъ разнообразную форму, а именно: заостренныхъ мелкихъ 3-угольных, часто соединявшихся на подобіе крестовъ или звѣздъ (см. рис. 4, d), болѣе широкихъ 3-угольных съ закругленнымъ основаніемъ (e), короткихъ лентовидныхъ пластинокъ съ косвенными концами (i) и иногда съ закругленіями на углахъ (f), трапецій (g) и ромбовъ (k).

Всѣ эти кристаллы были сначала слегка буроватаго цвѣта, а затѣмъ спустя болѣе или менѣе продолжительное время обезцвѣчивались.

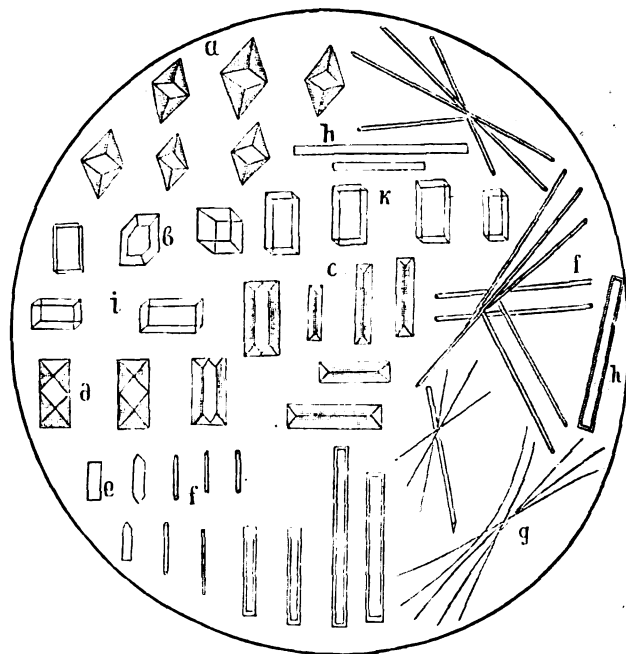


Рис. 20. Бѣлка. Жировые кристаллы изъ старыхъ кровяныхъ пятенъ.

*Полевая и домашняя крыса. Мышь.* На препаратахъ изъ крѣпкихъ и среднихъ настоевъ кровяныхъ объектовъ давностью до 1 года наблюдались слегка буроватаго цвѣта или безцвѣтныя нитевидныя (см. рис. 21, c), палочковидныя кристаллы съ пирамидальными, рѣже косвенными концами (b) и лентовидныя пластинки или таблички съ прямоугольными или пирамидальными концами (a), часто соединявшіеся между собою и образующавшіе пучки въ видѣ различныхъ фигуръ. У полевой крысы и мыши нитевидныя кристаллы представлялись длинными, а у послѣдней, кромѣ того, нерѣдко на концахъ истонченными или заостренными, у домашней же крысы — болѣе короткими. Концы у лентовидныхъ кристалловъ у мыши иногда были скошенные (d), иногда же одинъ или оба конца были расщеплены на нити (e), при чемъ и самыя кристаллы оказывались часто болѣе широкими.

На препаратахъ изъ слабыхъ настоевъ тѣхъ же кровяныхъ объектовъ, а иногда въ небольшомъ числѣ и на препаратахъ изъ среднихъ настоевъ обнаруживались призмы: октаэдры (см. рис. 22, а), многогранныя (b, c), 4-гранныя (h) и гребовыя крышки (i) и таблички: 4-стороннія (d и рис. 21, f) и ромбовидныя (съ рис. 22, e); кромѣ того, на тѣхъ же препаратахъ у полевой крысы изрѣдка встрѣчались еще палочковидныя кристаллы (g) и прямоугольныя лентовидныя таблички (i). Кристаллы эти были безцвѣтны и съ жирнымъ блескомъ.

У полевой крысы на препаратахъ изъ крѣпкихъ и среднихъ кровяныхъ настоевъ иногда появлялись различнаго величина однородныя шары свѣтлобурого цвѣта съ извилистыми или такого же цвѣта яйцевидныя образованія съ правильными очертаніями.

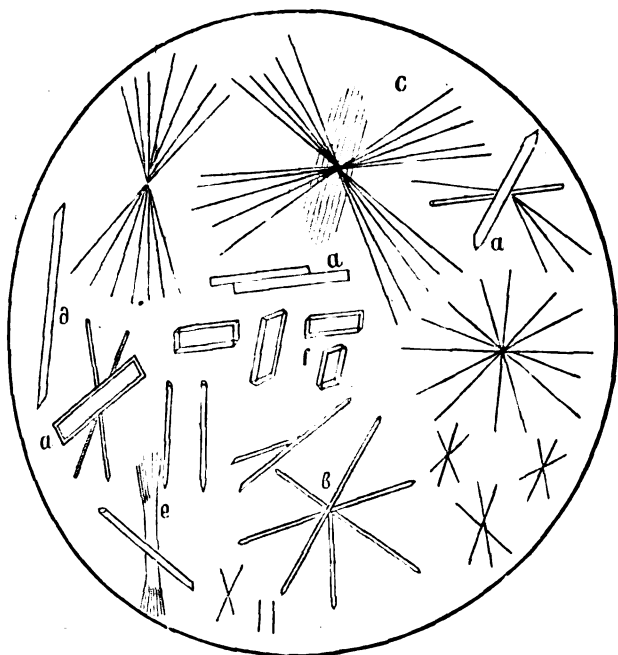


Рис. 21. Полевая и домашняя крыса. Мышь. Жировые кристаллы из крепких и средних настоев старых кровяных пятен.

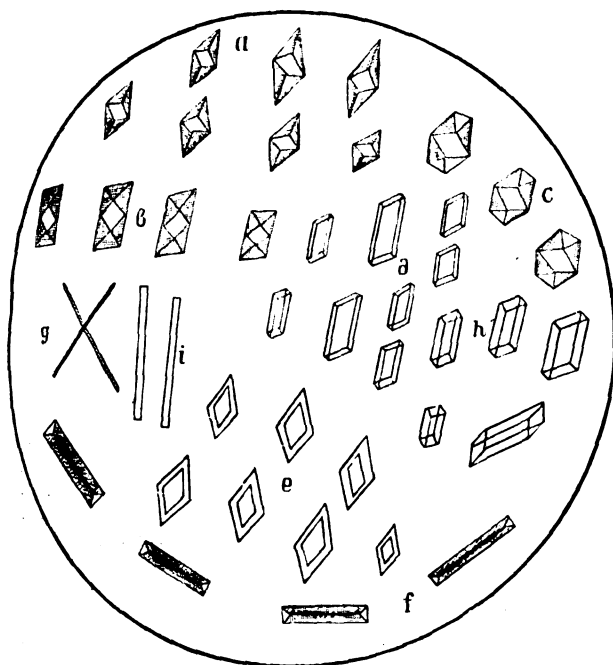


Рис. 22. Полевая и домашняя крыса. Мышь. Жировые кристаллы из слабых настоев старых кровяных пятен.

Сухая кровяная сыворотка. В моем распоряжении имелась чистая, без примеси крови, человеческая кровяная сыворотка из пуповины давностью в 4 года, поросья сыворотка, также без примеси крови, давностью в 3 года и телячья сыворотка, с примесью небольшого количества крови, давностью в 4 месяца. Все эти сыворотки были подвергнуты высушиванию при комнатной температуре.

На препаратах из крепких настоев всех этих видов сыворотки получались прямоугольные лентовидные, палочковидные и нитевидные кристаллы, безцветные и короткие. Кристаллы эти часто были снабжены вилообразными разветвлениями и соединялись в различного рода группы. Кристаллы из человеческой сыворотки отличались от кристаллов из поросьячей и телячьей сыворотки отсутствием ясного жирного блеска и граней в лентовидных кристаллах. Наиболее хорошо были выражены грани в лентовидных кристаллах из телячьей сыворотки; на препаратах из поросьячей сыворотки, наряду с лентовидными табличками, попадалось также много и лентовидных пластинок. Дальнейшее отличие заключалось в том, что на препаратах из поросьячей и телячьей сыворотки выступали широкие и иногда до-

вольно длинные 4-сторонние прямоугольные таблички и пластинки, каковых не случилось видеть на препаратах из человеческой сыворотки. На препаратах из телячьей сыворотки, кроме того, встречалось много прямоугольных пластинок малой величины и пластинок квадратной формы.

На препаратах из кровяных сывороток, обработанных спиртом (1:5), подщелоченным углекислым калием (0,1%), особых изменений со стороны формы кристаллов не замечалось, кроме того, только, что на препаратах из поросьячей и телячьей сывороток широких прямоугольных 4-сторонних табличек и пластинок не было.

На препаратах из слабых настоев сывороток при обработке спиртом, подщелоченных содой, кроме лентовидных кристаллов, в человеческой сыворотке без граней и с прямоугольными концами, в поросьячей-же и телячьей сыворотках большей частью с гранями и с косвенными или зазубренными концами наблюдались еще в первой из них преимущественно 4-сторонние пластинки с косвенными концами и ромбы, в меньшем числе — 4-сторонние таблички на подобие офицерских погонь, 5- и 6-сторонние пластинки и таблички, в последних же 2-х сыворотках — октаэдры, многогранные призмы, гробовые крышки и 4-сторонние таблички, иногда со скошенными углами. Многогранные призмы, октаэдры и гробовые крышки обнаруживались также и на препаратах из слабых настоев человеческой сыворотки, но не всегда и в гораздо меньшем количестве, чем другие упомянутые выше кристаллы.

Сопоставление полученных мною жировых кристаллов из сухих пятен крови человека и животных приводит к выводу, что форма их сама по себе не настолько характерна, чтобы на основании ее одной можно было рѣшать, какому виду животных или человеку принадлежит данная кровь. Однако, если принять во внимание еще другие признаки, как то: отсутствие или наличие жирного блеска в кристаллах, условия образования их в кровяных настоях различной крепости, сильное преобладание в числѣ одних форм перед другими, то можно найти уже болѣе твердую почву, по крайней мѣрѣ, для разрѣшенія того вопроса, происходит ли кровь в сухих пятнах от человека или от животных?

Наиболѣе характерные из всех кристаллов на препаратах из пятен человеческой крови это — длинные, лентовидные кристаллы с прямоугольными или пирамидальными концами и 4-сторонние косые пластинки. Выше уже указывалось на отличительные свойства лентовидных кристаллов у человека от таковых-же кристаллов у животных. Именно, первым свойственъ матовый, тусклый видъ, вторымъ — блестящій видъ и жирный блескъ; первые удерживаютъ воспринятую ими изъ окружающей среды буроватую окраску в теченіи очень долгаго времени, вторые утрачиваютъ ее болѣею частью спустя 1—2 сутокъ, или-же с самаго начала бываютъ лишены ея; первые сохраняютъ свой типичный видъ на всехъ препаратахъ, вторые нерѣдко измѣняютъ свой типъ на разныхъ препаратахъ изъ одного и того же объекта, принимая видъ табличекъ, либо оказываясь съ косо срѣзанными концами. Только-что перечисленные отличительные признаки особенно рѣзко бываютъ выражены в лентовидныхъ кристаллахъ, получаемыхъ на препаратахъ изъ кровяныхъ пятенъ теленка, барана, крысы и мыши. Ни у одного изъ животныхъ лентовидные кристаллы не появляются одинаково какъ на препаратахъ изъ крепкихъ и среднихъ кровяныхъ настоевъ, такъ и на препаратахъ изъ слабыхъ кровяныхъ настоевъ в такомъ значительномъ количествѣ, какъ у человека. Такъ, изъ среднихъ настоевъ кровяныхъ объектовъ болѣею давности отъ поросенка, затѣмъ изъ таковыхъ-же настоевъ кровяныхъ объектовъ отъ кролика нерѣдко получаютъ лентовидные кристаллы в болѣеюмъ количествѣ, особенно у поросенка, сходные съ таковыми-же кристаллами у человека. Однако, различіе между этими видами крови тотчасъ-же выясняется, если обратиться къ приготовленію препаратовъ изъ слабыхъ и крепкихъ настоевъ кровяныхъ объектовъ отъ помѣнутыхъ

животныхъ: на перваго рода препаратахъ мы не найдемъ лентовидныхъ кристалловъ, а на вторыхъ—они почти совсѣмъ будутъ вытѣснены лентовидными кристаллами иного вида.

Другого рода кристаллы, 4-стороннія косыя пластинки, такого именно вида, какіе образуются въ значительномъ количествѣ на препаратахъ изъ слабыхъ кровяныхъ настоевъ у человека, у животныхъ встрѣчаются рѣдко. У животныхъ вообще обнаруживается большое сходство между собою по отношенію къ формѣ кристалловъ, получаемыхъ изъ слабыхъ кровяныхъ настоевъ, какъ на это уже указывалось выше, при чемъ въ преобладающемъ количествѣ наблюдаются той или другой формы призмы и таблички. 4-стороннія пластинки, если и попадаются въ небольшомъ числѣ на препаратахъ отъ животныхъ, оказываются обыкновенно малой величины и узкими.

При сопоставленіи всѣхъ формъ кристалловъ, наиболѣе часто получаемыхъ на препаратахъ изъ кровяныхъ настоевъ различной крѣпости у человека и животныхъ, различіе между кровью ихъ выступаетъ также ясно. У человека даже сравнительно слабыя кровяные настои весьма часто даютъ тотъ-же рядъ кристалловъ, что и болѣе крѣпкіе настои, съ присоединеніемъ къ этому кристалловъ, свойственныхъ слабымъ настоямъ (4-стороннихъ пластинокъ); у животныхъ, именно тѣхъ изъ нихъ, которыя ближе всего подходятъ къ человеку по формѣ образующихся изъ ихъ крови жировыхъ кристалловъ, намъ не приходится имѣть дѣло съ такого рода фактомъ. У животныхъ замѣчается вообще гораздо большая зависимость формы кристалловъ отъ той или другой крѣпости кровяныхъ настоевъ, такъ что, напр., на препаратахъ изъ слабыхъ настоевъ обыкновенно имѣются однѣ только призмы и таблички, а на препаратахъ изъ крѣпкихъ настоевъ—такого рода кристаллы, какіе не встрѣчаются на препаратахъ ни изъ слабыхъ, ни изъ среднихъ кровяныхъ настоевъ.

Чтобы лучше отличить одни жировые кристаллы отъ другихъ, помимо обработки объектовъ спиртомъ (1:5), подщелочнымъ содой (0,1%), слѣдуетъ предпринимать еще обработку тѣхъ-же объектовъ однимъ спиртомъ (1:5), а затѣмъ, если возможно, то и спиртомъ (1:5), подщелочнымъ углекислымъ калиемъ (0,1%). Полученіе значительнаго количества жировыхъ кристалловъ на препаратахъ, обработанныхъ однимъ спиртомъ, будетъ говорить за происхожденіе крови отъ поросенка (свиньи) или бѣлки, различіе чего въ частности не встрѣчаетъ никакихъ затрудненій, въ виду несходства образующихся у нихъ кристалловъ. Сухія пятна крови отъ другихъ животныхъ, если они не многолѣтней давности, при таковой-же обработкѣ, не даютъ кристалловъ; на препаратахъ-же изъ сухой человеческой крови, если иногда и наблюдаются при этомъ кристаллы, то лишь въ видѣ исключенія и въ крайне ограниченномъ количествѣ. Изслѣдованіе объектовъ, обработанныхъ спиртомъ, подщелочнымъ углекислымъ калиемъ, даетъ возможность имѣть лишній доводъ въ пользу того, чтобы высказаться опредѣленно, принадлежитъ-ли кровь человеку или животнымъ, у которыхъ только и происходитъ значительное видоизмѣненіе формы кристалловъ подъ влияніемъ такой обработки. Наконецъ, въ видахъ лучшаго установленія формы кристалловъ и типа сочетанія ихъ въ кровяныхъ настояхъ различной крѣпости необходимо готовить, по крайней мѣрѣ, не менѣе 3-хъ препаратовъ изъ cadaго настоя, при чемъ слѣдуетъ обращать тщательное вниманіе на то, чтобы условія приготовленія ихъ во всѣхъ случаяхъ были одинаковы.

Нисколько не приписывая жировымъ кристалламъ такого-же рѣшающаго значенія при опредѣленіи человеческой крови въ сухихъ пятнахъ, каковое должно быть признано за кристаллами метгемоглобина при распознаваніи крови нѣкоторыхъ видовъ животныхъ, я тѣмъ не менѣе не могу отказать и жировымъ кристалламъ въ известной долѣ распознавательнаго значенія и полагаю, что предлагаемый мною способъ полученія ихъ изъ старыхъ сухихъ кровяныхъ пятенъ заслуживаетъ того, чтобы быть примѣняемымъ въ судебно-медицинской практикѣ, какъ позволяющій во многихъ случаяхъ съ большою вѣроятностью приходиться къ правильнымъ заключеніямъ при рѣшеніи во-

проса о происхожденіи крови отъ человека или животныхъ. Правда, справедливость только что высказаннаго мнѣнія могла быть проверена мною пока на небольшомъ числѣ судебно-медицинскихъ объектовъ, происходившихъ заведомо отъ человека (случаи убійства путемъ зарѣзанія ножомъ) и представившихъ ту особенность, что пятна на нихъ имѣлись большой величины и были обильно пропитаны кровью. Но, исходя изъ того факта, что для установленія характерныхъ отличительныхъ признаковъ между жировыми кристаллами человека и животныхъ оказываются достаточными пятна сравнительно небольшой величины, я полагаю, что случаи полученія вполне типичныхъ видовъ кристалловъ для человеческой крови на препаратахъ изъ крѣпкихъ, среднихъ и слабыхъ настоевъ ея будутъ встрѣчаться при обычныхъ судебно-медицинскихъ изслѣдованіяхъ также часто. Если при этомъ кровяные пятна будутъ представляться такой величины, что над ними можно произвести изслѣдованіе со всею тою полнотою, какая была указана выше, то предположеніе о правильности заключенія должно приобретать большую вѣроятность. Вѣроятность эта будетъ оказываться значительно меньшею лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда не удастся получить вполне типичной картины жировыхъ кристалловъ для человеческой крови, что можетъ зависѣть либо, прежде всего, отъ недостаточнаго количества слѣдовъ оставшейся крови въ пятнахъ, либо отъ свойствъ самой крови. Относительно значенія этого послѣдняго обстоятельства намъ по необходимости приходится оставаться въ невѣстности до тѣхъ поръ, пока не накопится большого числа наблюденій въ этомъ направленіи.

Мнѣ лично до настоящаго времени попались всего 2 случая, въ которыхъ наблюдались атипическія формы кристалловъ. Оба эти случая касались тряпокъ, намазанныхъ кровью изъ порыва пальца. Въ 1-мъ случаѣ, въ которомъ тряпка съ пятнами кроме сохранялась въ теченіи года, на препаратахъ изъ крѣпкихъ настоевъ выступало много длинныхъ лентовидныхъ пластинокъ буратаго цвѣта съ расщепленными концами; подобныхъ тѣмъ, какіе образуются обыкновенно на препаратахъ изъ крѣпкихъ настоевъ поросѣчьей крови, рядомъ еще съ пучками безцвѣтныхъ нитевидныхъ кристалловъ. Во 2-мъ случаѣ какъ изъ крѣпкихъ, такъ и изъ среднихъ настоевъ пятенъ на тряпкѣ 3-мѣсячной давности получались въ значительномъ количествѣ 5- и 6-стороннія пластинки рядомъ только съ очень небольшимъ количествомъ длинныхъ прямоугольныхъ лентовидныхъ кристалловъ (пластинокъ) и 4-стороннихъ табличекъ въ видѣ офицерскихъ погонъ. Однако, на препаратахъ изъ слабыхъ настоевъ кровяныхъ пятенъ въ обоихъ этихъ случаяхъ появлялись обычнаго вида кристаллы, характерные для человеческой крови. Дальѣйшія испытанія пятенъ крови на обоюродъ тряпкахъ при помощи обработки однимъ спиртомъ, а также спиртомъ, подщелочнымъ углекислымъ калиемъ, дали результаты, одинаковые съ тѣми, какіе обыкновенно обнаруживаются на препаратахъ изъ сухой человеческой крови при таковой-же обработкѣ.

Изъ этого видно, что, принявъ во вниманіе всю совокупность признаковъ, характеризующихъ данные кристаллы, все-же можно даже и въ наиболѣе затруднительныхъ случаяхъ надѣяться избѣгнуть ошибки—принять одинъ видъ крови за другой и въ концѣ концовъ склониться въ пользу болѣе правильнаго рѣшенія, если только въ нашемъ распоряженіи будетъ имѣться достаточное количество матеріала для изслѣдованія.

Помимо свойственныхъ каждой отдѣльной особи и патологическихъ особенностей самой крови въ отношеніи содержащихся въ ней жировыхъ веществъ, на образованіе какъ кристалловъ метгемоглобина, такъ и жировыхъ кристалловъ немалое влияние можетъ оказывать еще примѣсь различныхъ постороннихъ веществъ въ кровяныхъ пятнахъ или дѣйствіе какихъ-либо другихъ вредныхъ причинъ.

Мною были сдѣланы опыты полученія кристалловъ метгемоглобина собаки и лошади и жировыхъ кристалловъ человека и поросенка изъ кровяныхъ тряпокъ съ искусственно примѣшаннымъ къ нимъ порошкомъ ржавчины, а затѣмъ подвергнуты изслѣдованію еще желѣзные гвозди, покрытые ржавчиною на мѣстахъ кровяныхъ пятенъ отъ поросенка, коровы и теленка многолѣтней давности. Въ первомъ ряду опытовъ постоянно получались отрицательные, а во второмъ—положительные результаты, при чемъ выступали жировые кристаллы, свойственные слабымъ настоямъ крови этихъ животныхъ.

Изъ примѣсей упомяну еще о вредномъ влияніи буры



на образование жировых кристаллов из сухой крови. Исследование пятен человеческой крови на воротничках, при накалывании которых в пращепных, как известно, употребляется, между прочим, бура, сопровождалось всегда отрицательными результатами.

Гниение крови до известных предельных, как это установлено приведенными выше моими опытами, не отражается вредно на способности жиров ее к кристаллизации.

Иначе сказывается влияние высокой температуры, а также, впрочем, и очень продолжительного пребывания тряпок с кровью в земле. В этом отношении у меня имеется 1 только наблюдение, касавшееся частей одежды и белья, замаранных кровью и извлеченных вместе с трупом женщины из земли при эксгумации по прошествии 3-х лет после смерти во время пожара. Исследование частиц крови, пропитанной отчасти растопленным жиром и сильно разложившейся, не дало положительных результатов на присутствие жировых кристаллов.

Затем, не надо упускать из вида того, что холестериновые жиры, согласно исследованиям *Liebreich'a*<sup>22</sup>), помимо крови, находятся во многих тканях животного организма и в продуктах их выделения. Поэтому, естественно ожидать, что при случайном загрязнении кровяных пятен этими веществами может быть в значительной степени извращен вид кристаллов и затруднено таким образом самое распознавание источника происхождения их. Действительно, произведенные мною опыты показали, что из тряпок, смоченных мужским семенем или калом как относительно небольшой, так и многолетней давности и потом обработанных по описанному выше способу спиртом, подщелоченным содой, на препаратах из крепких настоев появляется большое количество длинных лентовидных, палочковидных и нитевидных кристаллов, а на препаратах из слабых настоев — также значительное количество различной формы табличек и призм. Кристаллы эти бесцветны и с жирным блеском; лентовидные кристаллы большею частью снабжены гравиями. Для устранения возможных ошибок в распознавании, лучше всего отказаться от исследования пятен, в сильной степени загрязненных указанными выше посторонними веществами.

Из всего изложенного ясно вытекает тот план, которого следует держаться при исследовании сухих кровяных пятен для распознавания крови человека от крови животных по выработанному мною способу. Сначала производится обработка нарезанных из пятен мелких кусочков ткани или соскобленных частичек вещества спиртом (1:5), подщелоченным содой (0,1%). Для этого готовят 2 настоя, крепкий или средний и слабый; для первого берут 6—9 кусочков ткани из пятна, а для второго 3 кусочка, величиною в 0,5 кв. см. каждый, при чем, с целью получения возможно более крепких растворов, в баночки с вырезанными кусочками ткани из капельницы наливают столько реактива, сколько нужно для полного пропитывания ткани кусочков и образования еще сверху небольшого слоя жидкости. Затем из каждого настоя готовят по описанному мною способу. Уже эти препараты, тщательно приготовленные, в большинстве случаев показывают, с чем мы, впрочем, всего, имеем дело, — с человеческою кровью или кровью животных? Дальнейшие пробы должны клониться к тому, чтобы проверить правильность составленного нами предположения. Для этого, если имеется в распоряжении еще достаточно материала, готовят крепкий настой из пятен с того же объекта в одном спирте (1:5), а затем, если это окажется нужным, крепкий и средний настой в спирте, подщелоченном углекислым калием, для испытания на присутствие кристаллов метгемоглобина и жировых кристаллов, как это подробно было указано выше. Так как в громадном большинстве случаев пятна на каком-либо судебно-медицинском объекте имеют один источник происхождения, т. е. принадлежат или человеку или животному, то для приготовления крепкого настоя позволено брать кусочки ткани из нескольких подходя-

щих для того пятен, напротив того, для приготовления слабых или средних настоев для каждого опыта следует пользоваться отдельными кровяными пятнами. В тех случаях, когда вследствие незначительной величины пятен или малого количества их, приходится очень бережливому материалу, лучше всего прямо приступать к приготовлению крепких или средних кровяных настоев, при чем последние можно и не фильтровать через вату, как это было объяснено выше. Если со стороны следственной власти дается прямое указание на вероятность происхождения кровяных пятен на присланном объекте от животного, то начинают исследование с приготовления крепкого настоя пятен в одном спирте (1:5), а затем уже в спирт, подщелоченный содой.

В громадном большинстве случаев в судебно-медицинской практике является необходимость распознавания крови человека от крови только немногих видов животных, с которыми ему чаще всего приходится вступать в соприкосновение. Сюда относятся: свинья, рогатый скот, лошадь, собака, кошка и из лесных зверей, служащих предметом для охоты, — заяц. Крови последнего у меня не было в распоряжении. Кровь лошади и собаки может быть распознана с положительностью и точностью, благодаря легкости получения кристаллов метгемоглобина из старых сухих кровяных пятен от этих животных, особенно если пятна — значительной величины. Однако, сочетая тем или другим образом указанные выше приемы сгущения кровяных настоев, мы можем часто рассчитывать добыть кристаллы метгемоглобина даже и из очень малых по величине кусочков ткани, пропитанной кровью. В этом отношении нужно заметить, что, по видимому, некоторое влияние на успех пробы оказывает тот или другой состав крови, встречаемой в пятнах на объектах. Так, опыты показали, что в тех случаях, когда для смазывания тряпок бралась по преимуществу густая или полусвернувшаяся кровь животного, кристаллы метгемоглобина получались гораздо легче из малых кусочков ткани, чем тогда, когда для этого употреблялась жидкая кровь, не содержащая вовсе сгустков. Сгустки крови после высыхания, как известно, обыкновенно обращаются в корочки или комочки почти соевым черным цветом. На присутствие этой, как иногда выражаются, запекшейся крови в пятнах следует обращать особое внимание, так как она представляет материал, наиболее всего пригодный для получения кристаллов метгемоглобина. Кровь поросенка (свиньи) отличается способностью давать жировые кристаллы не только из кровяных настоев в подщелоченном спирте, но и из настоев в одном спирте, даже способностью — правда, очень редко проявляемой — к образованию кристаллов метгемоглобина и однородных шаров светлорубого цвета, почему она также с большою вероятностью может быть распознана от остальных видов крови. Остается провести различие между кровью рогатого скота и кровью кошки в сухих пятнах. К отличительным признакам, хотя и не столь существенным, какие были указаны для упомянутых выше животных, надо отнести здесь значительное несходство, какое замечается в формах жировых кристаллов на препаратах из их крови.

Таким образом мы приходим к тому общему выводу, что при помощи предлагаемого мною способа получения кристаллов метгемоглобина и жировых кристаллов является возможность не только различать с большою вероятностью кровь человека от крови животных, но и распознавать с большею или меньшею точностью кровь животных, чаще всего встречающуюся в пятнах на судебно-медицинских объектах. Вот почему я и позволю себе предложить выработанный мною способ распознавания крови человека и животных вниманию товарищей для применения его в судебно-медицинской практике, в дополнение к существующему сыровоточному способу *Uhlenhuth'a*. Если за последним способом являющимся, по общему признанию, доказательным и точным, по прежнему должно быть оставлено решающее значение, то все-таки эксперт может не пренебрегать и предла-

гаемымъ мною новымъ способомъ, въ виду большой простоты и легкости его выполненія, а главное вслѣдствіе полученія такимъ образомъ возможности еще болѣе поукрѣпить составленное имъ заключеніе. Нѣтъ сомнѣній, что въ такомъ трудномъ и ответственномъ дѣлѣ, какъ рѣшеніи вопроса о происхожденіи крови въ старыхъ сухихъ пятнахъ отъ человѣка или животныхъ въ судебныхъ процессахъ, со стороны эксперта требуется всестороннее изслѣдованіе и, слѣд., особенно желательно пользованіе нѣсколькими различными способами, проверяющими одинъ другой въ ихъ окончательныхъ выводахъ, подобно тому какъ, напр. въ нашемъ распоряженіи имѣется возможность примѣнить нѣсколько разныхъ способовъ для опредѣленія слѣдовъ крови въ пятнахъ.

**Литература.** 1. *Reichert*. Archiv f. Anatomie u. Physiologie, 1849 г., стр. 197.—2. *Kölliker*. Zeitschrift f. wissensch. Zoologie, 1849 г., стр. 266.—3. *Fünke*. Zeitschrift f. rat. Medicin, 1851 г., стр. 184; 1852 г., стр. 288.—4. *Lehmann*. Lehrbuch der physiolog. Chemie, 1853.—5. *Kunde*. Zeitschrift f. rat. Medicin, 1852 г., стр. 271.—6. *Bojanowski*. Zeitschrift f. wissensch. Zoologie, 1863 г., т. XII, стр. 312.—7. *Preyer*. Die Blutkrystalle. Jena, 1871 г.—8. *Misuraca*. Rivista sperimentale di medicina leg., 1889 г. Прив. по *Дворниченко*.—9. *Monctan-Copeman*. British med. Journal, 1889 г. Прив. по *Дворниченко*.—10. *Дворниченко*. Къ вопросу объ отличіи крови человѣка отъ крови млекопитающихъ животныхъ при судебно-медицинскихъ изслѣдованіяхъ. Харьковъ, 1893 г.—11. *Wedl*. Virchow's Archiv, 1880 г., т. 80, стр. 172.—12. *Лавдовскій и Овслинниковъ*. Основанія къ изученію микроскопической анатоміи, 1887 г., т. I, стр. 129.—13. *Kühne*. Centralblatt f. d. medicin. Wissenschaften, 1863 г., стр. 833.—14. *Stein*. Virchow's Archiv, 1884 г., стр. 483.—15. *Parkes*. Medical Times and Gazette, 1852 г., т. 26, стр. 103. Прив. по *Дворниченко*.—16. *A. Schmidt*. Archiv f. patholog. Anatomie, 1864 г., т. 29, стр. 18.—17. *Böttcher*. Тамъ-же, 1865 г., т. 32, стр. 381.—18. *Klebs*. Archiv f. experim. Pathologie, 1873 г., стр. 39.—19. *Gscheidlen*. Pflüger's Archiv, 1878 г., т. 16, стр. 421.—20. *Hüfner*. Zeitschrift f. physiol. Chemie, 1880 г., т. 4, стр. 372.—21. *Jacquet*. Тамъ-же, 1889 г., т. 14.—22. *Бокариусъ*. Русский Медицинскій Вѣстникъ, 1902 г., № 2.—23. *Moser*. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medicin, 1901 г., т. 23, стр. 44.—24. *Friboes*. Pflüger's Archiv, 1903 г., т. 98, стр. 434.—25. *Hammarsten*. Lehrbuch der physiol. Chemie, стр. 52.—26. *Hürthle*. Zeitschrift f. physiol. Chemie, 1895—96 г., т. 21, стр. 331.—27. *Kossel* и *Obermüller*. Тамъ-же, 1890 г., т. 14, стр. 599.—28. *Manasse*. Тамъ-же, стр. 437.—29. *Munk*. Реальная энциклопедія мед. наукъ *Eulenburg-Аванасьева*, 1893 г., т. 7, стр. 374.—30. *Thimisch*. Jahresbericht der Thier-Chemie, т. 28 (реф.).—31. *Lummert*. Pflüger's Archiv, т. 71.—32. *Rosenfeld*. Fortschritte der Medicin, 1897 г., № 13.—33. *Liebreich*. Реальная энциклопедія мед. наукъ *Eulenburg-Аванасьева*, 1894 г., т. 10, стр. 43.

## СХХVI. Болѣзненность костей лица у вырождающихся.

Ч. пр. М. О. Шайкевича.

Проф. Л. В. Блуменau въ своей чрезвычайно интересной и глубоко реально-вѣрной статьѣ «Истерическіе признаки и вырожденіе» \*) вполне справедливо пишетъ: «Функциональные признаки вырожденія со стороны нервной системы изучены въ настоящее время весьма недостаточно, гораздо меньше, напр., чѣмъ антропологическіе (морфологическіе) или психическіе признаки. Это объясняется, быть можетъ, тѣмъ, что до сихъ поръ вопросъ о вырожденіи занималъ больше психіатровъ, чѣмъ нейропатологовъ. *Salpêtrière*'овская школа, разработавшая съ такою изумительною полнотою ученіе объ истеріи, почти не касалась вопроса о нервныхъ проявленіяхъ дегенеративной конституціи. Во всякомъ случаѣ, попытка изслѣдовать эти проявленія на большомъ матеріалѣ и въ различныхъ классахъ дегенерантовъ — такая попытка еще никѣмъ не сдѣлана».

Имѣя дѣло въ теченіи послѣднихъ 2½ лѣтъ съ аналогичнымъ матеріаломъ (больные—нижніе чины Московскаго военнаго госпиталя), который положенъ проф. Л. В. Блуменau въ основаніе вышеуказанной статьи, я занялся изученіемъ состоянія рефлексовъ у различныхъ типовъ дегенерантовъ. Полученные результаты будутъ своевременно сообщены. Теперь же я позволю себѣ остановиться на одномъ явленіи, которое мнѣ удалось наблюдать при изслѣдованіи т. наз. лицевыхъ рефлексовъ. Явленіе это состоитъ

въ слѣдующемъ: при самомъ легкомъ поколачиваніи вращательнымъ молоточкомъ по скуловой кости, нижней челюсти (по подбородку), а иногда и по другимъ частямъ лица у вырождающихся различныхъ типовъ (а также и у душевно-больныхъ), особенно съ рѣзко выраженными морфологическими признаками вырожденія, очень часто наблюдалась болѣзненность поколачиваемыхъ мѣстъ. Говоря это, я, конечно, исключаю различные возможные заблужденія костей и зубовъ. У лицъ сравнительно здоровыхъ и безъ явно выраженныхъ признаковъ вырожденія указанного явленія не наблюдалось, конечно, при слабомъ поколачиваніи и средней упругости резины молоточка. Чѣмъ рѣзче были выражены какъ психическіе, такъ и физическіе признаки вырожденія, тѣмъ указанное явленіе выступало явственнѣе. Бывали, правда, случаи, гдѣ, не смотря на явное общее дегенеративное состояніе и столь-же явные физическіе признаки вырожденія, указанной болѣзненности не наблюдалось. Но случаи эти сравнительно немногочисленны, тогда какъ у здоровыхъ, повторяю, болѣзненности этой ни разу отмѣтить не удалось.

Отмѣтивъ это явленіе и его положительную частоту, я старался найти и возможное ему объясненіе, — не служить-ли оно слѣдствіемъ общей гиперестезіи, гср. гипералгезіи кожныхъ покрововъ, не рѣдкой у такихъ лицъ? Но обыкновенное изслѣдованіе ихъ ничего подобнаго не обнаруживало, по крайней мѣрѣ, рѣзкаго, что-бы находилось въ соотвѣтствіи съ болѣзненностью при постукиваніи костей лица. Кромѣ того, въ этомъ отношеніи интересны слѣдующія 2 наблюденія, которыя удалось мнѣ сдѣлать. Счастливымъ случай натолкнулъ меня на 2-хъ больныхъ—дегенерантовъ, страдавшихъ врожденною истеріею съ рѣзкими физическими признаками вырожденія, у которыхъ была половинная анестезія лица, туловища и конечностей, при чемъ на нечувствительной сторонѣ поколачиваніе молоточкомъ костей лица было безболѣзненно, тогда какъ на здоровой ощущалось дов. явственная болѣзненность. Такимъ образомъ, мы имѣемъ на первый взглядъ какъ-бы 2 противорѣчивыхъ факта: съ одной стороны, въ большинствѣ случаевъ болѣзненность при постукиваніи лица и отсутствіе мѣстной и общей гиперестезіи и гипералгезіи указываетъ на источникъ таковой въ кости или же надкостницѣ (особенно при поверхностномъ сравнительно положеніи кости на скулахъ и подбородкѣ), съ другой—въ указанныхъ 2-хъ случаяхъ явная анестезія кожныхъ покрововъ оказываетъ несомнѣнное вліяніе на пониженіе болевого ощущенія съ того-же мѣста, существующаго на здоровой сторонѣ. Въ чемъ-же это вліяніе сказывается? Очевидно, въ томъ, что анестезіи подвергается и та часть кости, которая вообще наиболѣе чувствительна, а также болѣе родственна наружнымъ покровамъ, а именно надкостница. Но это видимое противорѣчіе—только кажущееся; на самомъ-же дѣлѣ только явственнѣе обнаруживается мѣсто болевого ощущенія—именно надкостница.

Таково, такъ сказать, клинико-фактическое предположеніе анатомическаго мѣстоположенія этой болѣзненности. Предположеніе это не противорѣчитъ и аргіотому выводу, что дегенеративно-измѣненные черепа могутъ имѣть надкостницу измѣненную по строенію и по функции, а слѣд., и болѣе болѣзненную.

Если сдѣланное мною наблюденіе болѣзненности костей лица при постукиваніи достаточно часто встрѣчается у вырождающихся различныхъ типовъ съ физическими аномалиями въ строеніи головы и если высказанное объясненіе правдоподобно, то я въ правѣ, кажется, считать данное явленіе за функциональный или, вѣрнѣе, анатомо-физиологическій признакъ вырожденія.

Съ точки зрѣнія биологической данное явленіе можно разсматривать, какъ повышенную болевую реакцію для охраны несовершеннаго, нестойкаго по своему строенію черепа, а часто и мозга.

\*) «Нейрологическій Вѣстникъ», 1899 г., VII, 2, стр. 39.

СХХVII. Изъ патолого-анатомическаго Института Freiburg'sкаго (Baden) Университета.

## Объ экспериментальномъ циррозе печени.

А. Ф. Држевецкаго.

Вопросъ объ этиологii цирроза печени уже не разъ служилъ темой научныхъ изслѣдованiй. Цѣлый рядъ клинiцистовъ и патолого-анатомовъ положили много труда для выясненiя этого рода страданiй печени; однако, до сихъ поръ, какъ говоритъ проф. *Ziegler*, «причина хроническихъ гепатитовъ еще не установлена достаточно ясно». Это и понятно. Въ такомъ хроническомъ, медленно протекающемъ и сначала незамѣтно развивающемся заболѣванiи, какъ циррозъ печени, клиникѣ очень трудно, а обыкновенно даже и невозможно установить причину, вызвавшую разбираемое страданiе, и остается обратиться къ экспериментальному пути. Въ этомъ отношенiи литература достаточно богата, — «es giebt wenige Krankheiten, die auf so vielerlei Weise von Experimentatoren in Angriff genommen sind», говоритъ *van Heukelom*<sup>1)</sup>. Этотъ авторъ собралъ и систематизировалъ работы по экспериментальному циррозу печени и въ заключенiе пришелъ къ выводу, что и экспериментально вопросъ до сихъ поръ остается далеко невыясненнымъ. Однако, онъ высказываетъ убѣжденiе, что слѣдуетъ оставить попытки искать причину цирроза въ ядахъ, дѣйствующихъ непосредственно на печеночныя кѣтки, а надо обратиться къ изученiю тѣхъ веществъ, которыя, поражая другiе органы, косвенно, быть можетъ, вызываютъ страданiе печени. Къ такому же *van Heukelom* причисляетъ хлороформъ, бактерii и производныя ихъ жизнедѣятельности и тѣ вещества, которыя нарушаютъ правильное отправленiе пищеварительнаго прибора. Въ виду вышеизложеннаго я охотно принялъ предложенiе недавно скончавшагося глубокоуважаемаго проф. *E. Ziegler*'а заняться въ его лабораторii вопросомъ объ экспериментальномъ циррозе печени.

Въ 1904 г. появилось краткое сообщенiе д-ра *В. Н. Данчаковой-Григоревской*<sup>2)</sup> объ успѣшныхъ результатахъ ея опытовъ съ подкожнымъ введенiемъ разводки стафилококковъ кроликамъ. Этимъ-же вопросомъ занялся и я. Не считая возможнымъ въ краткой журнальной статьѣ касаться литературы вообще о результатахъ экспериментальныхъ попытокъ вызвать циррозъ печени, я ограничусь лишь работами, близко касающимися разсматриваемаго вопроса. Мнѣ удалось найти, кромѣ упомянутой уже работы *В. Н. Данчаковой*, лишь 2 подобныхъ изслѣдованiй. *Scagliosi*<sup>3)</sup>, давая животнымъ алкоголь, одновременно впрыскивалъ подъ кожу (морскимъ свинкамъ и кроликамъ) разводки болѣзнетворныхъ и неболѣзнетворныхъ бактерii. При такой постановкѣ опытовъ онъ подмѣтилъ въ междольковой соединительной ткани печени начальныя измѣненiя прогрессивнаго характера, чего другiе авторы при дѣйстви одного алкоголя не получали.

Затѣмъ проф. *Н. П. Кравковъ*, изучая происхожденiе амилонда, получалъ у птицъ (голубей и куръ) циррозъ печени, впрыскивая имъ въ мышцы разводки стафилококка. Этотъ циррозъ авторъ считаетъ безусловно бактериальнаго происхожденiя, такъ какъ онъ получался не только при впрыскиванii разводокъ, но и при кормленii ими животныхъ. Однако, изучая протоколы автора при его изслѣдованiяхъ на кроликахъ, я не нашелъ указанiй на явленiя цирроза у послѣднихъ. Что касается работы *В. Н. Данчаковой*, то авторъ впрыскивала кроликамъ подъ кожу 4-дневную разводку стафилококка и въ теченiи 7—15 недѣль получила рѣзкiя явленiя цирроза печени. Измѣненiя, полученные ею въ печени, выражались главнымъ образомъ въ развитii соединительной ткани, которая «разростается первично и самостоятельно, а не какъ результатъ дегенеративныхъ процессовъ». Таковы факты, которые я могъ собрать въ доступной мнѣ литературѣ.

Многу опыты были поставлены на 7 кроликахъ, раздѣленныхъ на 3 группы по числу имѣвшихся у меня разво-

докъ стафилококковъ. Я пользовался 2-мя различными разводками золотистаго и 1 бѣлаго стафилококка. Впрыскивалась всегда 4-дневная, бульонная разводка, вырощенная при 37°, обычно съ дозы въ 1 к. стм., повышавшейся постепенно до 3—5 к. стм. Промежутки между впрыскиванiемъ были обычно 2—3 дня. Иногда же (у 2-хъ кроликовъ) опыты приходилось приостанавливать временно изъ-за рѣзкой реакцii, когда животные начинали быстро терять въ вѣсѣ и совершенно отказывались отъ ѣды. Впрыскиванiя обыкновенно вызывали образованiе нарыва на мѣстѣ введенiя бактерii, не смотря на продолжительное массированiе мѣста укола. Эти нарывы иногда достигали значительной величины (до куриного яйца) и имѣли наклонность распространяться подъ кожей на значительныя пространства. Для провѣрки въ каждой группѣ одному изъ кроликовъ до начала опытовъ дѣлалось чревосѣченiе, и, если печень на видъ казалась нормальной, то изъ нея отрѣзывался кусочекъ для гистологическаго изслѣдованiя. Одному изъ кроликовъ, оперированному передъ опытами, таже операцiя была повторена въ срединѣ перiода наблюденiй. Послѣ операцii кролики очень быстро оправлялись вполне; заживленiе получалось первымъ натяженiемъ. Когда оперированныя животные достигали вновь начальнаго вѣса или превосходили его, начинались впрыскиванiя имъ стафилококковъ. Количество впрыснутой разводки достигало въ суммѣ у различныхъ кроликовъ 25—60 к. стм. Послѣднее, мнѣ кажется, не имѣетъ особаго значенiя, такъ какъ всѣ животныя постоянно имѣли нарывы, дававшiе переносы и содержавшiе громадное количество стафилококковъ (протвѣрено бактериологически), а, слѣд., у нихъ въ организмѣ все время обращались продукты жизнедѣятельности микроорганизмовъ. Что касается продолжительности перiода опытовъ, то кролики убивались (или оперировались) съ такимъ расчетомъ, что для гистологическихъ изслѣдованiй я располагалъ печенью животныхъ здоровыхъ и подвергавшихся впрыскиванiямъ стафилококковъ въ теченiи 10, 11, 12, 13, 14 и 15 недѣль. Болѣе продолжительное время я, къ сожалѣнiю, не могъ вести своихъ опытовъ. За перiодъ наблюденiя 6 кроликовъ изъ 7 теряли въ вѣсѣ, не смотря на обильную и любимую пищу. Потеря вѣса колебалась отъ 270 до 450 грм., т. е. отъ 13% до 43%. 1-же кроликъ реагировалъ на впрыскиванiя очень мало и прибавился въ вѣсѣ на 280 грм., т. е. на 18%. Для микроскопическаго изслѣдованiя кусочки изъ различныхъ мѣстъ печени уплотнялись въ 10%-мъ формалинѣ, *Zenker*'овской жидкости или иногда по *Flemming*'у, проводились чрезъ спиртъ и заключались въ целлулинъ. Срѣзы окрашивались гематоксилинъ-эозиномъ и по *van Gieson*'у; препараты-же, уплотненные по *Flemming*'у, окрашивались сафраниномъ.

Въ виду полной тождественности всѣхъ результатовъ наблюденiй я не привожу протоколовъ или описанiя отдѣльныхъ группъ. Макроскопически печень во всѣхъ случаяхъ не представляла замѣтныхъ уклоненiй отъ нормы; иногда лишь казалась, какъ будто, нѣсколько болѣе обычнаго полнокровной. Микроскопически каждая печень послѣ уплотненiя въ формалинѣ изслѣдовалась на жировое перерожденiе. Для этого срѣзы, полученные помощью замораживающаго микротомъ, окрашивались суданомъ и суданомъ-гематоксилиномъ; ни въ одномъ случаѣ я не наблюдалъ явленiй жирового перерожденiя. На препаратахъ, заключенныхъ въ целлулинъ и окрашенныхъ по вышеуказаннымъ способамъ, также не имѣлось никакихъ замѣтныхъ измѣненiй. Безразлично къ продолжительности опытовъ, равно какъ къ количеству впрыснутой бактериальной матерiи не удалось подмѣтить никакихъ измѣненiй ни въ печеночныхъ кѣткахъ, ни въ междольковой соединительной ткани. Слѣдуетъ замѣтить, что въ печени кроликовъ нерѣдко встрѣчаются гнѣзда соединительной ткани, окружающей одну или нѣсколько долекъ; но подобныя разрастанiя соединительной ткани встрѣчаются часто и у здоровыхъ кроликовъ. Какого-либо усиленнаго разрастанiя соединительной ткани я при своихъ опытахъ не замѣчалъ, особенно если сравнивать, какъ я и имѣлъ возможность, печень одного и того же животнаго до начала опы-

товъ и затѣмъ послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго періода стафилококковыхъ впрыскиваній. Затѣмъ у здоровыхъ кроликовъ весьма нерѣдко, преимущественно вокругъ развѣтвленія воротной вены, встрѣчается мелкоклеточковая инфильтрація. Относительно этого явленія приходится сказать, тоже, что и по поводу соединительной ткани,—между количествомъ подобной инфильтраціи и впрыскиваніемъ стафилококковъ никакаго зависимости нѣтъ.

Такимъ образомъ мои результаты стоятъ въ противорѣчій съ опытами В. М. Данчаковой. Къ сожалѣнію, она, повидимому, не оперировала своихъ кроликовъ до начала опытовъ, почему въ ея работѣ нѣтъ особенно доказательныхъ сравненій измѣненій въ печени у одного и того-же животного въ зависимости отъ предпринятыхъ опытовъ. Между тѣмъ въ болѣе подробной русской работѣ В. М. Данчаковой<sup>4)</sup>, гдѣ приведены протокольно всѣ наблюденія, мы видимъ, что всѣхъ опытовъ было 4 и лишь въ 2-хъ авторъ отмѣчаетъ рѣзкія явленія цирроза, въ другихъ-же 2-хъ, если и были подобнаго рода измѣненія, то весьма слабой степени. Кромѣ того, рис. 1 мнѣ представляется мало доказательнымъ, такъ какъ подобная грубая, старая соединительная ткань едва-ли зависитъ отъ впрыскиваній стафилококковъ въ теченіи лишь 14 недѣль, тѣмъ болѣе, что другой кроликъ, получившій вдвое большее количество бактерійнаго матеріала и прожившій на недѣлю дольше (15 нед.), представлялъ столь нерѣзкія измѣненія въ печени, что авторъ говоритъ: «эту печень легко и подъ микроскопомъ причислить къ нормальнымъ, если-бы не обособленныя печеночныя клетки, заключенныя въ прослойкахъ: онѣ невольно наводятъ мысль на то, что когда-то эти прослойки должны были быть меньше». Остается вопросъ, образовались-ли эти прослойки за періодъ опытовъ, или онѣ были и раньше? Тутъ предварительная операція могла бы рѣшить этотъ вопросъ безъ сомнѣнія. Нельзя при этомъ не вспомнить указанія van Heukelom'a (ор. с., стр. 235), что циррозу-подобныя измѣненія нерѣдко нѣются случайно у кроликовъ. Одинъ подобный препаратъ печени кролика я имѣлъ возможность видѣть въ лабораторіи проф. Ziegler'a.

Своей работой я, конечно, совершенно не хочу опровергать результатовъ наблюденій В. М. Данчаковой. Мнѣ хотѣлось лишь указать, что далеко не всегда при подкожныхъ впрыскиваніяхъ довольно вирулентныхъ разводовъ стафилококковъ получаютъ въ печени явленія цирротическаго характера. По крайней мѣрѣ, это касается періода наблюденія въ теченіи 4-хъ мѣс. Наступятъ-ли подобнаго рода измѣненія при болѣе долгомъ періодѣ опытовъ, пока остается вопросомъ. Кромѣ того, я хотѣлъ-бы отмѣтить, что при такого рода работахъ необходимо часть животныхъ оперировать до начала опытовъ и, по возможности, среди нихъ, тѣмъ болѣе, что кролики, напр., операцію вырѣзыванія кусочка печени переносятъ совершенно легко. Органъ остается совершенно здоровымъ, и лишь на мѣстѣ отрѣза получается небольшой рубецъ, обычно даже неспаивающійся съ окружающими органами.

Источники: 1. van Heukelom. Die experim. Cirrhose. «Beiträge von Ziegler», 1896 г., т. XX.—2. В. Н. Данчакова. Грызовская. Ueber experimentell erzeugte Lebercirrhose. «Centralblatt f. allgem. Pathologie und patholog. Anatomie», 1904 г., т. XV, стр. 667.—3. Кравковъ Н. П. De la dégénérescence amyloïde et des altérations cirrhotiques provoquées expérimentalement chez les animaux. Archives de médecine expériment. et d'anatomie pathologique, 1896 г., т. VIII, стр. 244.—4. В. М. Данчакова. Объ экспериментальномъ циррозѣ печени. «Русский Врачъ», 1906 г., № 8, стр. 258.

СХХVIII. Изъ прозекторскаго кабинета Балаханской вольницы.

### Къ казуистикѣ паратифозныхъ заболеванийъ.

Проз. М. С. Мильмана.

8/III текушаго года въ 4-ый терапевтическій баракъ Балаханской больницы (ординаторъ—старшій врачъ А. О. Герштедъ) поступилъ Н. В., 36 л., русскій, рабочій, съ жалобой на общее

недомоганіе, ломоту въ ногахъ и повышенную температуру. Заболѣлъ онъ за 5 дней до этого сразу ознобомъ, незначительнымъ сухимъ кашлемъ и ломотами. Исслѣдованіе его обнаружило признаки какого-то зараженія: повышенную температуру въ 39°6, учащенный пульсъ въ 140 въ минуту и увеличенную селезенку, прощупывавшуюся на пальцѣ ниже края реберъ. Со стороны легкихъ, сердца и почекъ ничего особеннаго. На низѣ правильно. Въ больницѣ состояніе его ухудшилось: онъ все время потѣлъ, бредилъ, впалъ въ безпамятство и 11/III въ 7½ час. веч. умеръ. Температура за время пребыванія его въ больницѣ была слѣдующая: 8/III: 39°6; 9/III: 38°4—39°1; 10/III: 38°4—39°9; 11/III: 39°6—39°9. Клиническое распознаваніе осталось точно невыясненнымъ. Вскрытіе произведено было мною 12/III въ часъ дня. Протоколъ вскрытія: Трупъ мужнина хорошаго, сложенія, слабого питанія. Паховыя железы немного увеличены и гиперемизированы. Лѣвая доля печени выступаетъ на 4 пальца ниже мечевиднаго отростка. Въ полости живота и сердечной сумки около столовой ложки сывороточной жидкости. Крышка черепа снимается легко. Твердая мозговая оболочка немого напряжена; мягкая—отечна, немого утолщена, на основаніи прозрачна, снимается съ трудомъ. Ткань мозга сильно гиперемизирована; въ эпендимѣ желудочковъ мелкія кровоизліянія. Tela chorioides мутна. Легкія свободны, вездѣ проходимы для воздуха, гиперемизированы, особенно въ заднихъ частяхъ, по краямъ немого эмфизематозны. Сердце—посредственной величины; стѣнка обоихъ желудочковъ утолщена; заслонка безъ измѣненій. Внутренняя оболочка аорты гладка. Мышца лѣваго желудка сѣрвата, дряблая, слегка жировоперерождена. Селезенка сильно увеличена. Вѣсъ ея 320 грм. Длина 19, ширина 13, толщина 6 см. Сумка ея напряжена. Ткань мясисто-красная съ сѣрымъ оттѣнкомъ, незначительно набухшая, немого соскисывается. Печень увеличена. Вѣсъ ея 2250 грм. Длина 25,5, толщина 8 см. Края закруглены. Ткань сѣтло-красная, сильно набухшая и отечная; долики слабо различаются. Желчный пузырь содержитъ немного густой желчи. Сумка почекъ снимается легко. Объемъ ихъ увеличенъ. Ткань набухшая. Лоханка безъ измѣненій. Слизистая оболочка желудка гиперемизирована, содержитъ точечныя кровоизліянія. Слизистая оболочка кишекъ малокровна. Врызжечныя железы увеличены; въ нѣкоторыхъ изъ нихъ точечныя кровоизліянія. Слизистая оболочка глотки, гортани и пищевода измѣненій не представляетъ.

Сдѣланы мазки и посѣвы изъ селезенки, печени, крови и лимфатическихъ железъ. Въ мазкахъ изъ селезенки и печени видны отдѣльныя палочки, короткія и длинныя, слегка закругленныя, но также и съ ланцетовидными краями. Въ посѣвахъ изъ селезенки и печени на агаръ-агаръ черезъ 2 дня выросла чистая разводка сѣровато-бѣлыхъ, мутноватыхъ, крутихъ колоній изъ чрезвычайно подвижныхъ палочекъ очень разнообразной формы: встрѣчаются короткія и толстыя, почти какъ кокки, и длинныя, почти какъ сибирезвенныя; соединяются въ нити, нѣкоторыя имѣютъ форму точнаго бруска; при окраскѣ по Giemsa'a обозначается хроматинъ въ видѣ ядрышка. Нерѣдко палочки складываются по 2, а въ бульонѣ образуютъ длинныя нити, эмблеобразно извивающіяся. Легко окрашиваются анилиновыми красками; по Gram'u не окрашиваются. Желатинъ не разжижаютъ. Растутъ при комнатной температурѣ въ 12°—15° медленно, въ термостатѣ—очень быстро. На картофелѣ даютъ ростъ въ видѣ прозрачнаго, не мѣняющаго цвѣта картофеля, тонкаго налета.

Бульонъ отъ нихъ мутнѣетъ. Молоко не свертывается. Въ агарѣ съ винограднымъ сахаромъ уже черезъ 24 часа можно видѣть обильное образованіе пузырей. Среда Petruschky не краснѣетъ. Индола въ лептоновомъ растворѣ палочки эти не образуютъ.

Что касается болѣзнетворности этой палочки по отношенію къ животнымъ, то произведенные мною опыты дали слѣдующее: 17/III 2-мъ свинкамъ (№№ 91 а и б), въ 520 и 750 грм. вѣсомъ, впрыснута 1/4 и цѣлая агаровая разводка палочки подъ кожу. 1-ая свинка погибла черезъ 2 недѣли; вскрытія, вслѣдствіе непредвидѣнныхъ обстоятельствъ, не было произведено<sup>1)</sup>. 2-ая осталась жива. На мѣстѣ впрыскиванія у нея образовались гнойники и омертвѣніе кожи, постепенно исчезающіе (однако въ теченіи 6 недѣль недостава въ кожѣ еще не исцѣли окончательно). 5/IV свинкѣ (№ 120), въ 630 грм. вѣсомъ, впрыснута въ полость живота 1/4 1-дневной агаровой разводки. Она погибла черезъ 8 дней съ явленіями общаго зараженія. Въ брюшномъ выпотѣ въ крови, въ печени и селезенкѣ найдена чистая разводка описываемой палочки. 15/IV свинкѣ (№ 130), въ 310 грм. вѣсомъ, впрыснута въ животъ 1/4 агаровой разводки палочки, выдѣленной изъ крови свинки № 120. Животное погибло ночью при явленіяхъ перитонита и общаго зараженія. Въ крови и органахъ его найдена чистая разводка впрыснутаго палочки.

18/IV свинкѣ (№ 134), въ 350 грм. вѣсомъ, впрыснута подъ кожу 1/4 1-дневной агаровой разводки палочки, выдѣленной изъ крови свинки № 130. Свинка эта осталась жива. Температура ея типа постоянной лихорадки въ теченіи 6 дней послѣ впрыскиванія постепенно поднималась, затѣмъ литическа стала скакаться и чрезъ 16 дней послѣ прививки достигла нормы. На мѣстѣ прививки образовался гнойникъ, перешедшій въ омерт-

<sup>1)</sup> Она погибла въ ночь подъ Свѣтлое воскресенье, когда я въ кабинетъ не поѣхалъ, а въ понедѣльникъ она уже была сгнившей.



лѣние кожи съ творожистымъ дномъ. Эта недостаѣа въ кожѣ тоже очень медленно заживаетъ.

Микроскопическое изслѣдованіе селезенки обнаружило расширенныя и налитыя вены, хорошее развитіе фолликулъ и множество тѣхъ-же палочекъ въ венахъ. Въ печени найдено расширение сосудовъ (междольчатыхъ капилляровъ), безъ нифильтраціи бѣлыми кровяными тѣльцами.

Найденная палочка похожа на брюшно-тифозную по своей подвижности и по росту на желатинѣ, агарѣ и въ молокѣ. Но она существенно отличается отъ нея, во 1-хъ, морфологически: хотя и тифозная палочка не имѣетъ характерныхъ морфологическихъ признаковъ, которые позволяли-бы распознать ее только на основаніи микроскопической картины, но полиморфизмъ у найденной палочки — гораздо большій, чѣмъ у тифозной; у послѣдней я въ особенности не наблюдалъ образованій, похожихъ на точильные бруски. Принадлежать-ли эти образованія къ инволюціоннымъ формамъ, — сказать съ увѣренностью не могу, ибо они наблюдались въ молодыхъ 24-часовыхъ разводкахъ. Въ общемъ найденная палочка нѣсколько длиннѣе и толще тифозной. Она рѣзко отличается отъ послѣдней и отношеніемъ къ средѣ съ винограднымъ сахаромъ, который она приводитъ въ броженіе уже черезъ 24 часа, тогда какъ тифозная никогда сахара въ броженіе не приводитъ. Найденная палочка совершенно не выдѣляетъ кислоты въ молочной сывороткѣ, тогда какъ тифозная дѣлаетъ это, правда, въ слабой степени. Указанныхъ отличительныхъ признаковъ достаточно, чтобы не признавать найденной палочки за тифозную. Тѣмъ не менѣе мною была еще продѣлана реакція склеиванія: сыворотка тифозного больного, обнаружившая очень рѣзкія склеивающія свойства по отношенію къ тифозной палочкѣ, совершенно не оказала никакого дѣйствія на палочку, выдѣленную изъ селезенки больного, при разводкѣ 1:30. Небольшое склеивающее дѣйствіе обнаружила сыворотка тифозного больного лишь на палочку, прошедшую черезъ свинку № 120, и именно въ отношеніи 1:10 (разумеется, при провѣрочномъ наблюдѣніи съ разводкой безъ сыворотки).

Гораздо важнѣе рѣшить вопросъ, не представляетъ-ли найденная мною палочка *Gärtner*'овской бактеріи мясного яда, съ которою она имѣетъ всѣ общія свойства? Вопросъ этотъ рѣшается легко, если имѣть въ виду клиническую картину больного, въ которой указаній на кишечныя явленія не было вовсе, и болѣзнетворныя свойства выдѣленной микроба по отношенію къ животнымъ: сильную вирулентность выдѣленная палочка обнаружила лишь послѣ того, какъ прошла чрезъ тѣло морской свинки, и то лишь при зараженіи въ брюшную полость, между тѣмъ какъ *Gärtner*'овская палочка очень вирулентна съ самаго начала.

Такимъ образомъ единственная бактерія, съ которою выдѣленная мною палочка обнаруживаетъ наибольшее сходство, это — паратифозная палочка.

Паратифомъ, послѣ перваго сообщенія о немъ *Achard*'а и *Bensaude*'а <sup>1)</sup> въ 1896 г. принято называть форму заболѣванія, протекающую подобно брюшному тифу, но вызываемую не палочкой *Eberth*'а-*Gaffky*, а другою, отличающеюся отъ нея нѣкоторыми химическими реакціями. По клиническому проявленію паратифозныя заболѣванія, вторая всѣ припадки брюшного тифа, отличаются отъ него лишь легкимъ теченіемъ. До сихъ поръ описано уже довольно много случаевъ паратифозныхъ заболѣваній. Въ Германіи на нихъ впервые обратилъ вниманіе *Schottmüller* <sup>2)</sup>, описавшій нѣсколько такихъ случаевъ. Сводка всей литературы по этому предмету до 1903 г. имѣется въ бактеріологическомъ сборникѣ *Kolle* и *Wassermann*'а (т. II, стр. 279—283), а также въ лекціи о паратифѣ *Brion*'а <sup>1)</sup>. Наблюдались даже небольшія паратифозныя эпидеміи.

Палочка выращивалась изъ крови розеола и изъ испраженій больныхъ. Наблюдавшіеся случаи почти всѣ окончились выздоровленіемъ: изъ 66 собранныхъ *Brion*'омъ въ литературѣ случаевъ только 2 случая несомнѣннаго паратифа кончились смертельно \*). Въ одномъ изъ этихъ

случаевъ [*Longcope*'а <sup>1)</sup>] всѣ органы были въ состояніи паренхиматознаго набуханія, въ другомъ [*Sion-Negel*'а <sup>1)</sup>] найдены явленія гнилокровія: эндокардитъ, мозговья и почечныя эмболии. Ни въ томъ, ни въ другомъ случаѣ особыхъ измѣненій въ кишкахъ не было. И вышеописанный мною случай смертнаго исхода заболѣванія, вызваннаго палочкой съ характерными признаками паратифозной, показываетъ, что патолого-анатомическая картина этого заболѣванія отличается отъ тифознаго отсутствіемъ главнаго признака послѣдняго — пораженія кишекъ. Правда, не слѣдуетъ забывать, что и тифозная палочка *Eberth*'а-*Gaffky* можетъ вызывать гниlostныя заболѣванія безъ пораженія кишекъ. Такихъ случаевъ описано дов. много (см. у *Kolle* и *Wassermann*'а, у *Curschmann*'а въ Сборникѣ *Nothnagel*'а и въ упомянутой лекціи *Brion*'а, который приводитъ, между прочимъ, указанія *Henoch*'а, что при тифѣ у дѣтей только въ 16% въ кишкахъ наблюдаются язвы, а въ 46% въ нихъ даже нѣтъ вовсе никакихъ язвъ). Мнѣ самому пришлось наблюдать въ Одессѣ, гдѣ томъ 1904 г., небольшую эпидемію гниlostныхъ заболѣваній, вѣроятно, вызванныхъ тифозной палочкой.

Среди рабочихъ полей орошенія заболѣли одинъ за другимъ нѣсколько человѣкъ чрезвычайно тяжелой формой заразы съ очень высокой температурой, нѣкоторые — съ поносомъ, другіе даже съ желтухой; было нѣсколько случаевъ со смертельнымъ исходомъ. На вскрытіи во всѣхъ случаяхъ наблюдалась патолого-анатомическая картина сильнаго зараженія безъ характернаго мѣстоположенія заразнаго начала. Изъ крови и органовъ болѣею частью не удавалось выдѣлить болѣзнетворнаго микроба. Обнаруженіе въ испраженіяхъ кишечной палочки, конечно, мало рѣшало вопросъ о сущности болѣзни. Но въ одномъ случаѣ въ послѣднѣй изъ селезенки, печени и крови вскрытаго мною трупа молодого рабочаго выросла чистая разводка палочки, не разжижавшей желатинъ, не свертывавшей молока и не выдѣлявшей газовъ въ бульонѣ съ винограднымъ сахаромъ. Къ сожалѣнію, мой отъѣздъ изъ Одессы прервалъ дальнѣйшее изученіе этой палочки, но указанные признаки внушаютъ сильное подозрѣніе, что здѣсь имѣлось дѣло съ тифознымъ гнилокровіемъ.

Съ другой стороны, въ описываемомъ мною случаѣ, хотя и не было заболѣваній кишечника, но имѣлось сильное пораженіе брызжеечныхъ железъ, что дѣлаетъ вѣроятнымъ источникомъ заразы все-же кишечникъ. Очевидно, что, хотя въ данномъ случаѣ заразу и вызвала не-тифозная палочка, но сходство нѣкоторыхъ свойствъ обѣихъ бактерій служитъ причиной схода и клиническихъ картинъ, вызываемыхъ ими.

Источники: 1. *Brion*, Paratyphus. «Deutsche Klinik», 1903 г. *Achard et Bensaude*, *Longcope*, *Sion-Negel* — прив. по *Brion*'у Op. c. — 2. *Schottmüller*. «Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten», 1901 г., т. 36.

Изъ гистологической и эмбриологической лабораторіи въ В.-Медицинской Академіи.

Объ измѣненіяхъ яицъ въ запустѣвающихъ Грааф'овыхъ пузырькахъ (фолликулахъ).

Ч. пр. В. Я. Рубашкина.

(Окончаніе. См. № 32, стр. 982).

Еще въ стадіи, изображенной на рис. 1, можно было видѣть, что нѣкоторыя изъ хромозомъ отошли отъ экватора вмѣстѣ съ отщепившимися ахроматиновыми волокнами, т.-е. предъ нами имѣлось начало процесса разсѣиванія хромозомъ. Въ стадіи болѣе поздней (см. рис. 2) этотъ процессъ проявляется въ гораздо болѣе рѣзко выраженной формѣ. Фигура дѣльной яичъ въ этой стадіи оказывается сильно измѣненной по сравненію съ предыдущей. Большинство ахроматиновыхъ волоконъ уже отошло отъ веретена, и лишь немногія изъ нихъ сохранили прежнее меридіональное направленіе, отчего веретено кажется блѣднымъ и едва обозначеннымъ. Отъ полюсовъ веретена во всѣ стороны расходятся ахроматиновыя волокна, при чемъ вслѣдствіе чрезвычайнаго разнообразія въ ихъ направленіи не получается уже впечатлѣнія сколько-нибудь правильной лучистости, какъ это было въ предыдущихъ стадіяхъ. Нѣкоторыя изъ волоконъ отщепляются лишь на нѣкоторомъ

\*) Во всей новѣйшей литературѣ послѣ 1903 г., въ томъ числѣ и въ только что полученной мною книгѣ В. И. Бисалева — «Къ вопросу о сородіагнозѣ» («Труды бактеріологическаго Института Московскаго Университета», 1904 г., № 9), среди описываемыхъ случаевъ нѣтъ ни одного, который-бы окончился смертельно.

протяженіи, такъ что часть волокна остается въ связи съ веретеномъ; возникаютъ изогнутыя волокна, исходящія не изъ полюсовъ, а изъ какого-либо иного мѣста веретена, что придаетъ всей фигурѣ дѣленія еще болѣе запутанный видъ. Вмѣстѣ съ измѣненіемъ расположенія ахроматиновыхъ волоконъ, идетъ впередъ и измѣненіе въ распредѣленіи хромозомъ митоза. По мѣрѣ отщепленія отъ веретена ахроматиновыхъ волоконъ, и перемѣны ихъ направленія изъ меридіональнаго на тангенціальное, все больше и больше хромозомъ слѣдуетъ за своими волокнами; онѣ отходятъ отъ экватора веретена и распредѣляются по всей протоплазмѣ яйца. Получается весьма причудливой формы каріокинетическая фигура съ идущими повсюду направленіямъ ахроматиновыми волокнами и разсыянными повсюду хромозомами.



Рисунокъ 2.

Слѣдуетъ отмѣтить, что во все время теченія этихъ измѣненій происходитъ сближеніе обоихъ полюсовъ веретена. На 1-мъ веретенѣ это сближеніе полюсовъ видно недостаточно рѣзко вслѣдствіе неясной обозначенности самихъ полюсовъ. При описаніи измѣненій 2-го веретена мнѣ придется остановиться на этомъ явленіи, выраженномъ здѣсь въ болѣе рѣзкой формѣ.

Въ конечной стадіи, являющейся результатомъ этого разсыиванія хромозомъ, въ яйцѣ не оказывается уже и слѣдовъ какой-либо правильной каріокинетической фигуры. Въ различныхъ направленіяхъ проходятъ въ немъ ахроматиновыя волокна, располагающіяся безъ какой-либо опредѣленной системы, и повсюду лежатъ хромозомы или обособленно, или большими или меньшими группами.

*Kabl* и *Spuler*, изображавшіе митозы въ атрофическихъ яйцахъ, не видѣли, чтобы среди полярныхъ лучей этихъ митозовъ были разсыяны хромозомы. Дѣйствительно, сравнительно часто приходится наблюдать митозы съ ясно развитой лучистостью, но безъ разсыиванія хромозомъ. Это станетъ понятнымъ, если вспомнить, что далеко не во всѣхъ ахроматиновыя волокна веретена стоятъ въ связи съ хромозомами; многія изъ нихъ свободны, съ хромозомами не связаны. Повидимому, сперва можетъ наступать отщепленіе волоконъ этого рода, что ведетъ къ образованію лучистости безъ разсыиванія хромозомъ. Этимъ-же слѣдуетъ объяснить возникновеніе лучистости на направительныхъ веретенахъ яицъ въ самыхъ раннихъ степеняхъ атрофіи. Въ болѣе-же позднихъ стадіяхъ измѣненія веретена, которыя вообще наблюдаются не часто вслѣдствіе, надо думать, быстроты ихъ теченія, наступаетъ уже и отщепленіе ахроматиновыхъ волоконъ, связанныхъ съ хромозомами, т. наз. „Zugfasern“, увлекающихъ за собой хромозомы.

Описанныя выше наблюденія касаются яицъ, находящихся въ состояніи 1-го направительнаго дѣленія. Но атрофическій процессъ можетъ захватывать яйца и въ болѣе позднихъ стадіяхъ созрѣванія, а именно—послѣ выдѣленія 1-го направительнаго тѣльца. Мнѣ не пришлось наблюдать, чтобы атрофическія измѣненія начинались въ тотъ моментъ, когда яйцо только-что выдѣлило 1-ое тѣлце и когда 2-ое веретено не успѣло еще сформироваться. Повидимому, во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда 1-ое направительное дѣленіе совершилось, оставшаяся часть 1-го веретена продѣлываетъ тоже, что и при нормѣ, т. е. образуетъ 2-ое направительное веретено.

Соотвѣтственно много меньшему числу яицъ, достигающихъ 2-го направительнаго дѣленія, измѣненія яицъ содержащихъ 2-ое веретено, прослѣживаются много труднѣе, и ихъ не удастся прослѣдить съ тою же полнотой,

какъ яицъ 1-го рода. Но имѣющіяся въ моемъ распоряженіи данныя указываютъ, что и здѣсь измѣненія идутъ по тому-же самому плану и ведутъ къ тѣмъ-же самымъ результатамъ. Поэтому объ относящихся сюда наблюденіяхъ ограничусь лишь немногимъ, а именно—указаніемъ фактовъ.

Среди атрофическихъ яицъ, выдѣлившихъ 1-ое направительное тѣлце, встрѣчаются такія, у которыхъ каріокинетическая фигура оказывается расположенной въ центральныхъ частяхъ, что доказываетъ способность 2-го веретена опускаться вглубь яйца.

На такихъ центрально расположенныхъ веретенахъ образуется полярная лучистость, вполне соотвѣтствующая лучистости 1-го веретена. Она также неправильна; волокна ея не группируются точно у полюсовъ. На иныхъ волокнахъ видно, что они представляютъ загнутыя ахроматиновыя волокна веретена, совершенно аналогично тому, какъ это было описано относительно 1-го веретена. Начальныхъ фазъ разсыиванія хромозомъ наблюдать не пришлось, и въ имѣющихся у меня препаратахъ образованіе лучистости не сопровождалось отхожденіемъ хромозомъ отъ экватора. Надо думать, что въ попавшихъ подъ наблюденіе яйцахъ мы имѣемъ тѣ стадіи измѣненій веретена, когда отщепляются только «свободныя» волокна. Но что за отщепленіемъ этихъ волоконъ слѣдуетъ отщепленіе и «Zugfasern» съ ихъ хромозомами, говоритъ особенно то, что въ ближайшей слѣдующей стадіи имѣется тоже самое разсыиваніе хромозомъ, какъ и въ яйцахъ 1-го рода.

Яйцо на рис. 3 представляетъ весьма рѣдкій случай, показывающій сближеніе полюсовъ веретена при измѣненіи его. Здѣсь видны 2 близко другъ къ другу лежащихъ полюса, изъ коихъ каждый является центромъ расходящихся во всѣ стороны лучей. Соотвѣтственно измѣненію направленія ахроматиновыхъ волоконъ, хромозомы оказываются разсыянными по яйцу.



Рисунокъ 3.

Въ ближайшей стадіи оба полюса такъ близко располагаются одинъ возлѣ другого, что утрачивается уже возможность точно обозначить каждый изъ нихъ. Получается моноцентрическая форма митоза, у которой всѣ ахроматиновыя волокна выходятъ изъ одного центра, а хромозомы соотвѣтственно разсыяны по яйцу.

Изъ всего сказаннаго слѣдуетъ, что ходъ измѣненій яицъ, захваченныхъ атрофіей какъ въ состояніи 1-го, такъ и 2-го направительнаго дѣленія,—одинакъ и тотъ-же; въ обоихъ случаяхъ и начальные фазы измѣненій (образованіе центрального веретена, отщепленіе ахроматиновыхъ волоконъ), и конечные результаты (разсыиваніе хромозомъ) одинаковы.

Въ итогѣ на основаніи этихъ данныхъ можно составить себѣ слѣдующее общее представленіе о ходѣ тѣхъ измѣненій, которымъ подвергается веретено атрофическихъ яицъ. Въ основѣ всего процесса лежатъ постепенное сближеніе полюсовъ веретена и измѣненіе въ распредѣленіи ахроматиновыхъ его волоконъ. Полюсы веретена все ближе и ближе приближаются другъ къ другу, пока не сблизятся настолько, что станутъ налегать одинъ на другой. Ахроматиновыя волокна отщепляются отъ веретена, отходятъ въ стороны, мѣняютъ свое положеніе изъ меридіальнаго на тангенціальное; вслѣдствіе этого получается фигура одиночной сферы, моноцентрическаго митоза, который въ сущности представляетъ сплюсненное съ полюсовъ веретено. Сообразно этому перемѣщенію ахроматиновыхъ нитей веретена происходитъ и перемѣщеніе хромозомъ,

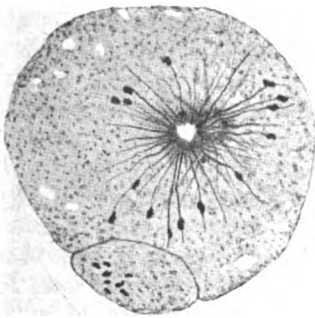
результатомъ чего является разсѣиваніе ихъ по всему яйцу.

Почему происходитъ это сближеніе полюсовъ, гдѣ причина, законность этого явленія, зависитъ-ли оно отъ отщепленія хроматинныхъ волоконъ, или, наоборотъ, отщепленіе является слѣдствіемъ сближенія полюсовъ—все это вопросы, которые приходится оставить безъ отвѣта. Быть можетъ, здѣсь имѣетъ значеніе то обстоятельство, что эти измѣненія ядра яйца сопровождаются также атрофическими, дегенеративными измѣненіями и протоплазмы яйца, вслѣдствіе чего ослабляется, а, быть можетъ, и уничтожается ея регулирующее участіе въ каріокинетическомъ процессѣ.

Отчего-бы ни зависѣло это измѣненіе ядра, геср. веретена яйца, можно установить то общее положеніе, что ни въ 1-мъ, ни во 2-мъ направительномъ веретенѣ атрофическихъ яицъ не происходитъ правильнаго дѣленія хромозомъ на 2 дочернія группы по обычному типу дѣленія, а во всѣхъ случаяхъ возникаетъ атипическая форма митоза съ лежащими обособленно или-же неравнобѣжными группами хромозомовъ.

Эта однородность измѣненій какъ 1-го, такъ и 2-го веретена подтверждается еще и тѣмъ, что, какъ будетъ видно ниже, послѣдующія измѣненія какъ яицъ, выдѣлившись, такъ и невыдѣлившись 1-ое направительное тѣло, будутъ протекать совершенно одинаково.

Слѣдующія измѣненія, которымъ подвергаются разсѣивающіяся по протоплазмѣ яйца хромозомы, будутъ въ общихъ чертахъ аналогичны тѣмъ процессамъ, которые происходятъ при образованіи дочернихъ ядеръ въ нормальномъ дѣленіи клѣтокъ. Какъ при нормальномъ дѣленіи клѣтокъ каждая дочерняя хромозома превращается въ маленькій ядерный пузырекъ, въ результатъ чего получается группа пузырьковъ, дающая новообразованному дочернему ядру форму «тутовой ягоды», такъ и въ разбираемомъ случаѣ ближайшей стадіей за разсѣиваніемъ хромозомъ будетъ превращеніе ихъ въ ядерные пузырьки. Въ зависимости отъ того, какъ располагаются разсѣивающіяся хромозомы, лежатъ-ли онѣ обособленно болѣе или менѣе далеко другъ отъ друга, или образуютъ неравнобѣжныя группы, возникаютъ или отдѣльно лежащія первичныя ядерные пузырьки, или болѣе или менѣе большія группы ихъ. Въ дальнѣйшемъ, соотвѣтственно нормальному процессу образованія ядра, т. наз. реконструкціи его, эти маленькіе ядерные пузырьки сливаются въ болѣе крупныя, а эти, въ свою очередь сливаясь вмѣстѣ, образуютъ крупныя ядерные пузыри (см. рис. 4). Но этой послѣдней стадіи, т. е. образо-



Рисунокъ 4.

ванія крупныхъ ядерныхъ пузырей, соотвѣтствующихъ дочернимъ ядрамъ при обычномъ дѣленіи клѣтокъ, достигаютъ далеко не всѣ первичныя и вторичныя ядерные пузырьки. Часть ихъ, именно тѣ, что лежатъ отдѣльно отъ другихъ и, слѣд., не имѣютъ по сосѣдству пузырьковъ, съ которыми могли-бы слиться, остается на начальной стадіи первичныхъ ядерныхъ пузырьковъ; другіе, образовавъ вторичные пузырьки, въ силу того-же удерживаются въ этомъ состояніи. Наконецъ третьи, не смотря на всѣ, повидимому, благоприятныя условія для образованія крупныхъ ядерныхъ пузырьковъ, все-таки не вступаютъ въ слияніе другъ съ другомъ. Такимъ образомъ въ концѣ этого процесса возникаютъ самыя разнообразныя формы. Въ

однихъ яйцахъ оказывается 2 большихъ ядра, въ другихъ—1 большое и нѣсколько маленькихъ, въ третьихъ—нѣсколько различныхъ по величинѣ ядерныхъ пузырьковъ.

Одновременно съ образованіемъ ядеръ, а иногда и раньше, начинается дробленіе яйца (фрагментация). Здѣсь наблюдаются самыя разнообразныя формы, соотвѣтствующія даннымъ указаннымъ выше авторомъ (*Janosik, Hengneguy, H. Rabl* и др.). Въ иныхъ случаяхъ дробленію подвергается лишь периферическая часть яйца, тогда какъ остальной болѣе большой участокъ его остается нераздробленнымъ. Въ большинствѣ же случаевъ яйцо раздробляется на нѣсколько частей, частью безъядерныхъ, частью содержащихъ ядра. Рѣже яйцо дѣлится на 2 симметричныя половины. Послѣдніе случаи представляютъ наибольшій интересъ, ибо въ существованіи яицъ, состоящихъ изъ 2-хъ равныхъ половинъ, видѣли доказательство способности атрофическихъ яицъ къ прогрессивному развитію (*H. Rabl, Spuler*). Подробное изученіе такихъ яицъ показывается, что эта симметрія ихъ далеко не всегда совершенна. Лишь весьма немногія изъ раздробившихся на 2 половины яицъ содержатъ въ каждой  $\frac{1}{2}$  по одному равному большому ядру. Такія яйца относятся къ исключеніямъ. Если-бы такое состояніе яйца было явленіемъ нормальнымъ, закономернымъ, т. е. если-бы результатомъ измѣненія ядра въ атрофическихъ яйцахъ всегда являлось дѣленіе его на 2 симметричныя части, то мы должны были-бы встрѣчать такія яйца много чаще, во всякомъ случаѣ не рѣже чѣмъ различныя другія формы. На самомъ-же дѣлѣ среди многихъ десятковъ атрофическихъ раздробленныхъ яицъ удастся найти 1—2 яйца съ 2-мя симметричными половинами. Въ большинствѣ случаевъ яйца, состоящія изъ 2-хъ половинъ, оказываются несимметричными какъ въ отношеніи величины обѣихъ половинъ, такъ и въ особенности въ отношеніи ихъ ядеръ. Приходится часто наблюдать, что одна изъ этихъ половинъ содержитъ большое ядро, другая-же—нѣсколько маленькихъ, или въ одной половинѣ окажется собранной большая часть ядерныхъ элементовъ, въ видѣ нѣсколькихъ большихъ и малыхъ ядерныхъ пузырьковъ, тогда какъ въ другой имѣется лишь 1 или 2 первичныхъ ядерныхъ пузырька. Наконецъ, попадаются случаи, гдѣ лишь одна  $\frac{1}{2}$  обладаетъ ядрами, 2-мя большими, или нѣсколькими различной величины, другая-же представляетъ часть яйца, лишенную ядра. Такое непостоянство въ распредѣленіи ядернаго вещества въ раздробившихся пополамъ атрофическихъ яйцахъ доказываетъ отсутствіе закономерности и въ образованіи яицъ съ симметричными половинами. Тоже самое относится цѣликомъ и къ яйцамъ, раздробившимся на нѣсколько частей. Эти части также могутъ быть весьма несимметричны, обладать ядрами разной величины и въ различномъ числѣ, а у иныхъ изъ частей и вовсе не будетъ ядра.

Если припомнить разнообразіе группировки ядерныхъ пузырьковъ, встрѣчающейся въ атрофическихъ яйцахъ, то станетъ яснымъ происхожденіе различныхъ формъ раздробленныхъ яицъ. Въ зависимости отъ того, имѣло-ли яйцо 2 большихъ ядерныхъ пузыря, располагались-ли послѣдніе близко другъ къ другу, или лежали на извѣстномъ разстояніи, было-ли въ немъ нѣсколько разсѣивающихся большихъ и малыхъ ядерныхъ пузырьковъ, при дробленіи яйца возникнуть формы съ симметричными, несимметричными половинами, съ большими, малыми ядрами или и вовсе безъ ядеръ; въ какомъ направленіи пройдетъ 1-ая линія дробленія, будетъ-ли она одиночной или ихъ сразу образуется нѣсколько, отъ этого будетъ зависѣть возникновеніе въ однихъ случаяхъ какъ-бы 2-кѣлочковой стадіи дробленія яйца, въ другихъ—многокѣлочковой, какъ-бы соотвѣтствующей т. наз. *morula*.

Такимъ образомъ всѣ разнообразныя формы, образующіяся при дробленіи яйца, нельзя разсматривать иначе какъ явленія случайныя, зависящія отъ того состоянія ядра, въ которомъ оно находилось при дробленіи яйца, и 2-кѣлочковая симметричная форма, которой придавалось столь большое значеніе, есть одна изъ такихъ-же формъ, совершенно аналогичная всѣмъ прочимъ несимметричнымъ и многокѣлочковымъ формамъ. Поэтому нельзя принять мнѣніе тѣхъ авторовъ, которые въ этой формѣ видятъ до-

казательство партогенетического развития яйца, за отвѣчающее истиннѣ, и приходится присоединиться къ тому взгляду, по которому дробленіе яйца въ яичникѣ есть явленіе регрессивное (*Sobotta, Bonnet*).

Остается непонятнымъ, какой-же смыслъ и значеніе имѣютъ всѣ предшествующія дробленію яйца измѣненія его ядернаго вещества, — измѣненія, весьма сложные и, безспорно, характера жизненнаго. Въ этомъ отношеніи трудно высказаться опредѣленно, можно сдѣлать лишь нѣкоторые предположенія, и это тѣмъ болѣе, что здѣсь мы имѣемъ дѣло съ видоизмѣненіемъ несомнѣннаго полярнаго дѣленія, механизмъ котораго вообще еще не вполне выясненъ. Такъ какъ измѣненія полярнаго веретена въ атрофическихъ яйцахъ наступаютъ послѣ перерожденія пузырьковаго эпителия, то можно думать, что имѣютъ предшествуютъ извѣстныя измѣненія въ самой протоплазмѣ яйца. Какъ было замѣчено еще *Pflüger*омъ, а затѣмъ подтверждено *Retzius*омъ, у нормальныхъ яицъ въ *Graaf*овыхъ пузырькахъ имѣется тѣсная, нитимная связь между яйцомъ и эпителиальными клѣтками лучистаго вѣнца. Связь эта, какъ принимаютъ многіе, можетъ имѣть значеніе питательнаго прибора для яйца, съ нарушеніемъ котораго наступаетъ разстройство нормальной жизнедеятельности послѣдняго. Въ атрофическихъ яйцахъ такой связи нѣтъ вслѣдствіе разрушенія эпителия лучистаго вѣнца. Отъ одного-ли нарушенія этой связи, или еще отъ какихъ-либо другихъ причинъ, но протоплазма атрофическихъ яицъ всегда обнаруживаетъ извѣстныя явленія перерожденія. Эти послѣднія преимущественно выражаются въ образованіи пустотъ, число и величина которыхъ могутъ быть въ иныхъ случаяхъ значительны. Вслѣдствіе нарушенія нормальнаго состоянія протоплазмы отпадаетъ или ослабляется ея регулирующее значеніе для теченія каріокинетического процесса, вообще большое при нормальныхъ условіяхъ. Вслѣдствіе этого начавшійся каріокинетическій процессъ заканчивается беспорядочнымъ, атипическимъ образомъ и ведетъ къ образованію не 2-хъ клѣтокъ (2-хъ бластомеръ, или овоцита и полярнаго тѣльца), а одной многоядерной, уже вторично подвергающейся дробленію.

Подводя итогъ всѣмъ этимъ даннымъ, придемъ къ слѣдующимъ выводамъ:

Каріокинетическая фигура, наблюдаемая въ атрофическихъ яйцахъ, есть фигура полярнаго дѣленія, а не дробленія яйца. Яйца въ запусѣвающихся пузырькахъ, захваченныя атрофическимъ процессомъ въ состояніи полярнаго дѣленія, заканчиваютъ это дѣленіе атипическимъ образомъ, при чемъ результатомъ является разсѣиваніе хромозомъ и образованіе нѣсколькихъ ядеръ въ яйцѣ.

Послѣдующее раздробленіе яйца на 2 или на нѣсколько частей не можетъ считаться явленіемъ партогенеза, а должно рассматриваться, какъ фрагментация его, быть можетъ, посмертнаго характера.

Въ заключеніе—нѣсколько словъ вообще о способности яйца млекопитающихъ къ партогенетическому развитію, что представляетъ немалый интересъ и въ практическомъ отношеніи. До настоящаго времени извѣстны лишь 2 наблюденія въ этомъ отношеніи, оба старыя и не вполне достовѣрныя. 1-ое принадлежитъ *Bischoff*у<sup>12)</sup>, 2-ое—*Hensen*у<sup>13)</sup>. *Hensen* нашелъ въ 1 случаѣ атрофіи рога матки у кролика въ трубѣ около 100 яицъ, которыя были раздроблены на нѣсколько частей, частью содержащихъ ядра. *Bischoff* сдѣлалъ подобное-же наблюденіе у свиньи, содержащейся отдѣльно отъ самца. Яйца оказались раздробленными на нѣсколько неравныхъ частей, повидимому, содержащихъ ядра. *Bischoff* сводитъ свой случай къ партогенетическому дробленію яйца, тогда какъ *Hensen* рассматриваетъ дробленіе наблюдавшихся имъ яицъ, какъ пассивный процессъ вторичнаго характера. Относительно этихъ наблюденій, не проверенныхъ подробнымъ изслѣдованіемъ яицъ, слѣдуетъ имѣть въ виду, что здѣсь яйца могли возникнуть тѣмъ-же способомъ, какъ возникаютъ раздробленныя яйца въ яичникѣ. На эту возможность указывали уже *Janosik* и *Bonnet*. За такое предположеніе говорить 2 моихъ наблюденія надъ мышью, содержащейся безъ самца въ теченіи нѣсколькихъ дней послѣ овуляціи (родовъ). Въ трубѣ оказалось нѣсколько яицъ, содержа-

щихъ многочисленныя ядерныя пузырьки и въ общемъ соотвѣтствовавшихъ описанной выше многоядерной стадіи атрофическихъ яицъ. Въ подробностяхъ этотъ процессъ мною еще не прослѣженъ, почему я и ограничиваюсь лишь указаніемъ на это наблюденіе, подтверждающее взглядъ *Janosik*'а и *Bonnet* на происхожденіе раздробившихся яицъ въ случаяхъ *Hensen*'а и *Bischoff*'а.

Литература: 1. *Flemming*. Ueber die Bildung von Richtungsfiguren in Säugetiereiern bei Untergang Graafischer Follikel. «Archiv f. Anatomie und Physiologie» отдѣлъ анатоміи 1885 г.—2. *Kölliker*. Ueber corpora lutea atretica bei Säugetieren. «Verhandlungen d. anatom. Gesellschaft», Kiel. 1898 г.—3. *Völker*. Ueber die Eierstöcke der Säugetiere und des Menschen. Leipzig 1863 г.—5. *Schulin*. Zur Morphologie des Ovariums. «Archiv f. mikroskopische Anatomie», XIX, 1881 г.—6. *Henneguy*. Sur la fragmentation parthénogénétique des ovules des mammifères pendant l'athrésie des follicules de Graaf. «Comptes rendus hebdomad. de la faculté d. sciences», т. 116, «Comptes rendus hebdomad. de la société de biologie», септ IX, т. V, 1893 г.—7. *Rubli*. Zur Kenntnis der Richtungsspindeln in degenerierenden Säugetiereiern. «Sitzb. d. k. Akademie d. Wissenschaften», 106, 1898 г.—8. *Spuler*. Ueber die Teilungserscheinungen der Eizellen in degenerierenden Follikeln des Säugerovariums. An. Hefte. 1906 г.—9. *Janosik*. Die Atrophie der Follikel und ein seltsames Verhalten der Eizelle. «Archiv f. mikroskop. Anatomie», т. 48, 1896 г.—10. *Sobotta*. Ueber die Bedeutung der mitotischen Figuren in den Eierstöcken der Säugetiere. «Festschrift d. phys. med. Ges. Würzburg. 1899 г.—11. *Bonnet*. Gibt es bei Wirbeltieren Parthogenesis. 1900 г. IX.—12. *Bischoff*. Sur la maturation et la chute periodique de l'oeuf и пр. «Annales des sciences natur.», 1844 г.—13. *Hensen*. Ueber die Züchtung unbefruchteter Eier. «Centralblatt f. d. med. Wissenschaften», 1869 г.—14. *Sobotta*. Die Befruchtung und Forschung des Eies der Maus. «Archiv f. mikroskop. Anatomie», 1895 г.—15. *Рубашкинъ*. Ueber die Reifungs- und Befruchtungsprozesse des Meerschweincheies. An. Hefte 1905 г.

Изъ пропедевтической терапевтической клиники проф. А. П. Фавицкаго въ В.-Медицинской Академіи.

Изъ клиническихъ наблюдений надъ дигаленомъ.

З. Ф. Орловскаго.

(Продолженіе. См. выше, № 32, стр. 984).

Перехожу теперь къ собственнымъ наблюденіямъ, производившимся мной съ сентября 1905-го года на подходящихъ больныхъ пропедевтической терапевтической клиники. Больные—сердечные—выбирались главнымъ образомъ въ періодѣ разстройства уравниванія сердечной дѣятельности. Прежде, чѣмъ назначать больному дигаленъ, я, смотря по тяжести его состоянія, выдерживалъ его болѣе или менѣе долго на безразличномъ лѣченіи и такимъ образомъ опредѣлялъ вліяніе на теченіе болѣзни одного болѣзненнаго режима; въ то-же время я слѣдилъ за вѣсомъ тѣла больного, за состояніемъ его внутреннихъ органовъ вообще и сердца въ частности, за пульсомъ, дыханіемъ, кровянымъ давленіемъ и мочеотдѣленіемъ. Кровяное давленіе опредѣлялось сфигмоманометромъ *Riva-Rocci*, всегда при однихъ и тѣхъ-же условіяхъ; кривая пульса снималась сфигмографомъ *Jaquet*. Больные все время содержались на мясомолочной діетѣ, при чемъ большое вниманіе обращалось на то, что-бы количество выпиваемой жидкости было, по возможности, одинаково. Что касается дозировки, то дигаленъ назначался обыкновенно по 20—30 капель, 3 раза въ день; подкожныя впрыскиванія дѣлались по 1 шприцу 3 раза въ день.

Наблюденіе 1. Сердечная астма. Недостаточность 2-створчатой заслонки. Г. П., 38 л., мѣщанинъ, поступилъ въ клинику 14/х 1905 г. съ жалобами на сильную одышку, отеки ногъ и полныхъ органовъ, сердцедобіе и кашель. 10 лѣтъ назадъ перенесъ острый суставный ревматизмъ. Съ тѣхъ поръ всегда была небольшая одышка, особенно при усиленной ходьбѣ, работѣ и т. д., но въ общемъ чувствовалъ себя хорошо. 2 года назадъ впервые стали появляться отеки, одышка по временамъ рѣзко усиливалась. При соответственномъ лѣченіи и содержаніи всѣ эти болѣзненные припадки обыкновенно скоро проходили, такъ что больной могъ заниматься своимъ дѣломъ. Настоящее состояніе началось недѣли 4 назадъ и заставило больного лечь въ клинику, такъ какъ, не смотря на лѣченіе дома, состояніе его все ухудшалось. Сифилис отрицателъ; пилъ умеренно.

Средняго роста и питанія. Синюха на губахъ, ушахъ, кистяхъ



рукъ, ступняхъ, голенихъ. Нижнія конечности на всемъ протяжении, особенно голени, отеки; сильно отеки лопатки, область крестца и подкожная клетчатка, нижней части живота. Верхушечный толчокъ подъ 6-мъ ребромъ, на 2 пальца вправо отъ соска; вправо сердечное заглушение простирается до правой грудной линии, вверху начинается съ верхняго края 4-го ребра. У верхушки сердца—ясный систолическій шумъ трубаго характера и хлопающий 1-ый звукъ; на аортѣ слышны 2 звука; ударение на 2-мъ звукѣ легочной артеріи. Пульсъ слабого напряжения, аритмичный, одновременный на обоихъ лучевыхъ артеріяхъ, синхронизенъ съ діятельностью сердца, 108 ударовъ въ 1 мин. Кровяное давление 100. Въ грудной клеткѣ справа подъ лопаткой заглушение звука, слегка ослабленное дыханіе; на всемъ вообще протяжении грудной клеткѣ слышны разсѣанные сухіе хрипы, а подъ лопатками и мелкопузырчатые хрипы выстъ съ крепитацией въ небольшомъ количествѣ. Дых. 54 въ 1 мин. Печень выходитъ изъ-подъ края реберъ пальца на 2, плотна, болѣзненна. Селезенка не прощупывается. Животъ рѣзко выпяченъ; въ немъ, начиная пальца на 3 ниже пупка, опредѣляется скопленіе жидкости. На низѣ крѣпится. Моча за сутки 300 к. стм., уд. в. 1,022, со слѣдами бѣлка; сахара и другихъ неорганическихъ составныхъ частей въ ней не найдено. Утр. 36,4, веч. 36,8. Вѣсъ тѣла 68000 грм. Состояніе больного очень тяжелое: онъ все время сидитъ въ креслѣ, задыхается, не спитъ уже 4-ую ночь подъ рѣдъ. Назначенъ растворъ алтейнаго корня изъ 5,0 на 200,0, по столовой ложкѣ, 3 раза въ день.

15/х: Мочи за сутки 400 к. стм., уд. в. 1,022. Вѣсъ 68200. П. 102, аритмичный; дых. 54. Давленіе крови по *Riva-Rocci* 100. На низѣ 1 разъ. Температура нормальная. Состояніе больного очень тяжелое; въ виду этого назначенъ дигаленъ по 20 капель, 3 раза въ день.

16/х: Положеніе безъ перемѣнъ. П. 108, аритмичный, дых. 54. Давленіе крови 106. Мочи за сутки 200 к. стм., уд. в. 1,023. На низѣ 1 разъ. Вѣсъ 68400. Всю ночь просидѣлъ въ креслѣ, задыхался. Назначенъ дигаленъ подъ кожу, по  $\frac{1}{2}$  шприца, 3 раза въ день.

17/х: Одышка меньше, вслѣдствіе чего ночь провелъ спокойно. Послѣ 6 безсонныхъ мучительныхъ ночей это была 1-ая спокойная ночь. Кашель меньше; самочувствіе лучше. Мочи за сутки 400 к. стм., уд. в. 1,023. П. 96, гораздо ровнѣе и лучшаго наполненія и напряженія; дых. 36. Давленіе крови 112. Температура нормальная. На низѣ 1 разъ. Вѣсъ 68550. Мѣста уколовъ слегка болѣзненны, но красноты нѣтъ.

18/х: Ночь спалъ спокойно; одышка, кашель гораздо меньше; синюха тоже меньше. Правая граница сердечнаго заглушенія простирается только до срединной линіи; сверху и слѣва—границы тѣже. Звукъ сердца асѣе; систолическій шумъ на верхушкѣ рѣзче. П. 94; дых. 30. Давленіе крови 115. Мочи за сутки 650 к. стм., уд. в. 1,022. На низѣ 2 раза. Вѣсъ 68200.

19/х: Спалъ всю ночь; кашель меньше. Мочи 750 к. стм., уд. в. 1,016; бѣлка не содержитъ совсѣмъ. П. 94, аритмичный, умѣреннаго наполненія; дых. 30. Давленіе крови 125. На низѣ 2 раза. Температура нормальная. Вѣсъ 68000. Назначенъ дигаленъ по 1 шприцу подъ кожу, 3 раза въ день.

20/х: Чувствуетъ себя удовлетворительно. Спалъ спокойно. Синюха незначительная. Отеки на ногахъ уменьшаются. Животъ мягче. Область печени менѣе болѣзненна. Мочи за сутки 750 к. стм., уд. в. 1,010; бѣлка не содержитъ. П. 90, хорошаго наполненія, слегка аритмичный; дых. 28. Давленіе крови 132. Температура нормальная. На низѣ 2 раза. Вѣсъ 67400.

21/х: Чувствуетъ себя удовлетворительно. Спалъ хорошо. Границы сердечнаго заглушенія безъ измѣненій. Верхушечный толчокъ сильнѣй, подъ 6-мъ ребромъ. На верхушкѣ рѣзкій систолическій шумъ; звука сердца асѣе. При выслушиваніи грудной клеткѣ хриповъ гораздо меньше; подъ правой лопаткой звукъ при постукиваніи асѣе, дыхательные шумы слышатся лучше. П. 86, правильный, ритмичный, напряженія выше средняго; дых. 26. Давленіе крови 140. Мочи 1700 к. стм., уд. в. 1,010. На низѣ 2 раза. Температура нормальная. Вѣсъ 66600. Жалуетса на небольшую болѣзненность на мѣстѣ послѣдняго вирыскаванія, хотя красноты здѣсь и незамѣтно.

22/х: Вѣсъ 66200. Мочи за сутки 1200 к. стм., уд. в. 1,014. П. 88, правильный; дых. 28. Давленіе крови 135.

23/х: Чувствуетъ себя хорошо. Спалъ спокойно. Одышки и кашля почти нѣтъ. Отеки на ногахъ гораздо мягче. Отечность области крестца и подкожной клетчатка нижней части живота исчезла; держится еще отечность половыхъ органовъ. Животъ мягкій. Область печени при окупываніи безболѣзненна. Сердечное заглушеніе справа—со срединной линіи; верхушечный толчокъ рѣзкій, подъ 6-мъ ребромъ, на  $1\frac{1}{2}$  пальца вправо отъ соска; здѣсь-же выслушиваются 1-ый звукъ и систолическій шумъ; на остальныхъ мѣстахъ звуки сердца чисты и слышны отчетливо. П. 66, ритмичный, очень напряженный; дых. 26. Кровяное давление 138. Дыхательные шумы въ груди при выслушиваніи почти чисты. Мочи 1200 к. стм., уд. в. 1,014. Температура нормальная. На низѣ 2 раза. Вѣсъ 65800. Мѣста вирыскаваній дигалена чуть-чуть болѣзненны. Дигаленъ оставленъ. Назначенъ настой горчицѣта изъ 5,0 на 200,0, по столовой ложкѣ, 3 раза въ день.

24/х: Вѣсъ 65500. Мочи 1150 к. стм., уд. в. 1,013. П. 72, правильный; дых. 28. Давленіе крови 125. На низѣ 2 раза.

25/х: Чувствуетъ себя хуже; ночь не спалъ; жалуетса опять на одышку. П. 84, съ перебоями; дых. 32. Давленіе крови 115. Мочи за сутки 1500 к. стм., уд. в. 1,013. На низѣ 2 раза. Тем-

пература нормальная. Вѣсъ 64300. Сверхъ горчицѣта назначенъ диуретикъ, по 0,3, 3 раза въ день.

26/х: Чувствуетъ себя немножко лучше. Спалъ сносно. Одышка меньше. Отеки на ногахъ гораздо меньше. Со стороны сердца явленія тѣже. Мочи 1800 к. стм., уд. в. 1,013. П. 84, слегка аритмичный; дых. 30. Давленіе крови 110. На низѣ 2 раза. Вѣсъ 64000.

27/х: Въ 8 $\frac{1}{2}$  час. утра 38 $^{\circ}$ ,1. Въ 9 час. утра скоростижно скончался. За эти сутки мочи выдѣлено 850 к. стм. уд. в. 1,017. Вѣсъ передъ смертью 63800.

Протоколъ вскрытія (проз. Л. В. Соболевъ). Ростъ 168 стм., вѣсъ 60100 грм. Трупъ средняго сложения и питанія. Кожные покровы блѣды. Ноги и половые органы отеки. При вскрытіи черепной полости изъ кожныхъ вонъ и изъ продольной пазухи выдѣлилось дов. много темной жидкой крови. Твердая мозговая оболочка безъ особыхъ измѣненій; мягкая—умѣренно полнокровна и отека, отъ мозга отдѣляется легко. Вещество мозга драблѣе обычнаго, безъ особыхъ измѣненій. Брюшная полость свободна отъ ненормальнаго содержимаго; сывороточный покровъ ея гладкій. Печень на 3 пальца выстаетъ изъ-подъ края реберъ. Куполъ грудобрюшной преграды справа на 4-мъ, слѣва на 5-мъ межреберьяхъ. Въ полости правой плевры нѣсколько болѣе 1 литра красноватой, мало прозрачной жидкости. Правое легкое свободно; лѣвое сплошь срослено съ грудной клеткой старыми ложными перепонками. Сердце на пространствѣ ладони не прикрито легкими; край лѣваго легкаго слегка сросенъ съ его сорочкой; оба листка послѣдней на передней поверхности сердца спаяны между собой многочисленными нитевидными фиброзными перемычками; соответственно этому внутренностный листокъ перикардіа фиброзно утолщенъ. Поперечникъ сердца 15, длинникъ 12,5 стм. Правое предсердіе желудочковое отверстіе пропускаетъ верхушки 4-хъ пальцевъ, лѣвое предсердіе рѣзко растянuto; лѣвое отверстіе пропускаетъ верхушки 3-хъ пальцевъ; заслонки аорты плохо держатъ воду; полость праваго сердца растянута сравнительно мало; заслонки и эндокардіи безъ особыхъ измѣненій. Лѣвый желудочекъ значительно растянuto; верхушка мѣшковидна; паруса 2-створчатой заслонки, особенно переднеправый, увеличены; сухожильныя нити утолщены, перекадены плоски. Заслонки аорты ригидны, утолщены, имѣютъ видъ чашечекъ, подающихся лишь дов. значительному давленію. Внутренняя оболочка дов. широкихъ вѣнечныхъ артерій склерозирована, съ отложеніемъ извести; внутренняя оболочка восходящей аорты особыхъ измѣненій не представляетъ. Толщина стѣнки лѣваго желудочка 6—11, праваго 4—5 мм. Плевра праваго легкаго на значительномъ пространствѣ лишена блеска, бѣловата. Ткань обоихъ легкихъ полнокровна, повсюду проходила для воздуха. Селезенка 15×8×4,5 стм.; оболочка ея мутна, напряжена; ткань дов. плотна, сплошь чернокраснаго цвѣта. Печень 28×18—15×8 стм.; сумка ея прозрачна; край дов. острый; ткань желтоватокрасная, слегка мускатна, плотнѣе обычнаго. Желчные пути проходимы; въ желчномъ пузырьѣ немного свѣтлой, жидкой желчи. Почки умѣренной величины; сумки ихъ снимаются съ нѣкоторымъ трудомъ. Ткань полнокровна, плотнѣе обычнаго. Слизистая оболочка лоханокъ и мочевого пузыря блѣдная. Желудокъ дов. большой; слизистая оболочка его гладкая. Слизистая оболочка толстыхъ и тонкихъ кишокъ безъ особыхъ измѣненій. Вѣсъ мозга 1230, сердца 760, легкаго праваго 720, лѣваго 700, печени 1900, селезенки 360, почки правой 260, лѣвой 270. Эпикризъ: Суженіе съ недостаточностью заслонокъ аорты. Гипертрофія сердца съ расширеніемъ полостей его. Синюшное злотеніе селезенки, печени и почекъ.

Въ этомъ случаѣ обращаетъ на себя вниманіе несоотвѣтствіе прижизненнаго и посмертнаго распознаванія. Прижизненное распознаваніе гласило недостаточность 2-створчатой заслонки, посмертное—недостаточность и суженіе заслонокъ аорты. Что при недостаточности заслонокъ аорты нерѣдко діастолическій шумъ не олышится вовсе, это общеизвѣстно. Въ вышеописанномъ случаѣ створки аорты—ригидныя, утолщенные, но цѣлыя—все-же уступали значительному давленію, такъ что условій для образованія при жизни недостаточности ихъ resp. діастолическаго шума, пожалуй, и дѣйствительно не было. Систолическій шумъ на верхушкѣ, помимо расширенія сердечныхъ полостей, можетъ быть удовлетворительно объясненъ утолщеніемъ сухожильныхъ нитей и увеличеніемъ паруса (переднеправаго) 2-створчатой заслонки [*Jürgen-sen* <sup>42)</sup>]. Утолщенные сухожильныя нити, къ тому-жъ, могли и плохо работать. Одновременное увеличеніе размѣровъ сердечнаго заглушенія вправо, зависящее, съ одной стороны, отъ смѣщенія праваго сердца вправо вслѣдствіе расширения лѣваго желудочка [*Schwalbe* <sup>50)</sup>], а съ другой—отъ расширения и гипертрофіи праваго желудочка, и удареніе на 2-мъ звукѣ легочной артеріи давали полное право поставить распознаваніе недостаточности 2-створчатой заслонки, тѣмъ болѣе, что другихъ явленій, характерныхъ для недостаточности заслонокъ аорты, въ родѣ особаго пульса, звучанія артерій и т.д., не было.

Наблюденіе 2. Распознаваніе: Суженіе лѣваго вѣннаго отвер-

казательство партогенетического развития яйца, за отвѣчающее истиннѣ, и приходится присоединиться къ тому взгляду, по которому раздробленіе яйца въ яичникѣ есть явленіе регрессивное (*Sobotta, Bonnet*).

Остается непонятнымъ, какой-же смыслъ и значеніе имѣютъ всѣ предшествующія дробленію яйца измѣненія его ядернаго вещества, — измѣненія, весьма сложные и, безспорно, характера жизненнаго. Въ этомъ отношеніи трудно высказаться опредѣленно, можно сдѣлать лишь нѣкоторые предположенія, и это тѣмъ болѣе, что здѣсь мы имѣемъ дѣло съ видоизмѣненіемъ несомнѣннаго полярнаго дѣленія, механизмъ котораго вообще еще не вполне выясненъ. Такъ какъ измѣненія полярнаго веретена въ атрофическихъ яйцахъ наступаютъ послѣ перерожденія пузырьковаго эпителия, то можно думать, что имъ предшествуютъ извѣстныя измѣненія въ самой протоплазмѣ яйца. Какъ было замѣчено еще *Pflüger*-омъ, а затѣмъ подтверждено *Retzius*-омъ, у нормальныхъ яицъ въ *Graaf*-овыхъ пузырькахъ имѣется тѣсная, интимная связь между яйцомъ и эпителиальными клѣтками лучистаго вѣнца. Связь эта, какъ принимаютъ многіе, можетъ имѣть значеніе питательнаго прибора для яйца, съ нарушеніемъ котораго наступаетъ разстройство нормальной жизнедѣятельности послѣдняго. Въ атрофическихъ яйцахъ такой связи нѣтъ вслѣдствіе разрушенія эпителия лучистаго вѣнца. Отъ одного-ли нарушенія этой связи, или еще отъ какихъ-либо другихъ причинъ, но протоплазма атрофическихъ яицъ всегда обнаруживаетъ извѣстныя явленія перерожденія. Эти послѣднія преимущественно выражаются въ образованіи пустотъ, число и величина которыхъ могутъ быть въ иныхъ случаяхъ значительны. Вслѣдствіе нарушенія нормальнаго состоянія протоплазмы отпадаетъ или ослабляется ея регулирующее значеніе для теченія каріокинетического процесса, вообще большее при нормальныхъ условіяхъ. Вслѣдствіе этого начавшійся каріокинетическій процессъ заканчивается беспорядочнымъ, атипическимъ образомъ и ведетъ къ образованію не 2-хъ клѣтокъ (2-хъ бластомеръ, или овоцита и полярнаго тѣльца), а одной многоядерной, уже вторично подвергающейся дробленію.

Подводя итогъ всѣмъ этимъ даннымъ, приходимъ къ слѣдующимъ выводамъ:

Каріокинетическая фигура, наблюдаемая въ атрофическихъ яйцахъ, есть фигура полярнаго дѣленія, а не дробленія яйца. Яйца въ запусѣвающихъ пузырькахъ, захваченныя атрофическимъ процессомъ въ состояніи полярнаго дѣленія, заканчиваютъ это дѣленіе атипическимъ образомъ, при чемъ результатомъ является разсѣиваніе хромозомъ и образованіе нѣсколькихъ ядеръ въ яйцѣ.

Послѣдующее раздробленіе яйца на 2 или на нѣсколько частей не можетъ считаться явленіемъ партогенеза, а должно рассматриваться, какъ фрагментация его, быть можетъ, посмертнаго характера.

Въ заключеніе — нѣсколько словъ вообще о способности яйца млекопитающихъ къ партогенетическому развитію, что представляетъ немалый интересъ и въ практическомъ отношеніи. До настоящаго времени извѣстны лишь 2 наблюденія въ этомъ отношеніи, оба старыя и не вполне достовѣрныя. 1-ое принадлежитъ *Bischoff*-у<sup>12)</sup>, 2-ое — *Hensen*-у<sup>13)</sup>. *Hensen* нашелъ въ 1 случаѣ атрофіи рога матки у кролика въ трубѣ около 100 яицъ, которыя были раздроблены на нѣсколько частей, частью содержащихъ ядра. *Bischoff* сдѣлалъ подобное-же наблюденіе у свиньи, содержащейся отдѣльно отъ самца. Яйца оказались раздробленными на нѣсколько неравныхъ частей, повидимому, содержащихъ ядра. *Bischoff* сводитъ свой случай къ партогенетическому дробленію яйца, тогда какъ *Hensen* рассматриваетъ дробленіе наблюдавшихся имъ яицъ, какъ пассивный процессъ вторичнаго характера. Относительно этихъ наблюденій, не проверенныхъ подробнымъ изслѣдованіемъ яицъ, слѣдуетъ имѣть въ виду, что здѣсь яйца могли возникнуть тѣмъ-же способомъ, какъ возникаютъ раздробленные яйца въ яичникѣ. На эту возможность указывали уже *Janosik* и *Bonnet*. За такое предположеніе говорить 2 моихъ наблюденія надъ мышью, содержащейся безъ самца въ теченіи нѣсколькихъ дней послѣ овуляціи (родовъ). Въ трубѣ оказалось нѣсколько яицъ, содержащихъ

многочисленные ядерные пузырьки и въ общемъ соотвѣтствовавшихъ описанной выше многоядерной стадіи атрофическихъ яицъ. Въ подробностяхъ этотъ процессъ мною еще не прослѣженъ, почему я и ограничиваюсь лишь указаніемъ на это наблюденіе, подтверждающее взглядъ *Janosik*'а и *Bonnet* на происхожденіе раздробившихся яицъ въ случаяхъ *Hensen*'а и *Bischoff*'а.

Литература: 1. *Flemming*. Ueber die Bildung von Richtungsfiguren in Säugetiereiern bei Untergang Graafischer Follikel. «Archiv f. Anatomie und Physiologie» отдѣлъ anatomia 1885 г. — 2. *Kölliker*. Ueber corpora lutea atretica bei Säugetieren. «Verhandlungen d. anatom. Gesellschaft», Kiel. 1898 г. — 3. *Völker*. «Archiv f. Anatomie und Physiologie», 1905 г. — 4. *Pflüger*. Ueber die Eierstöcke der Säugetiere und des Menschen. Leipzig 1863 г. — 5. *Schulin*. Zur Morphologie des Ovariums. «Archiv f. mikroskopische Anatomie», XIX, 1881 г. — 6. *Henneguy*. Sur la fragmentation parthénogénésique des ovules des mammifères pendant l'athrésie des follicules de Graaf. «Comptes rendus hebdomad. de la faculté d. sciences», т. 116, «Comptes rendus hebdomad. de la société de biologie», серия IX, т. V, 1893 г. — 7. *Rabl*. Zur Kenntniss der Richtungsfiguren in degenerierenden Säugetiereiern. «Sitzb. d. k. Akademie d. Wissenschaften», 106, 1898 г. — 8. *Spyler*. Ueber die Teilungserscheinungen der Eizellen in degenerierenden Follikeln des Säugetierovariums. An. Hefte. 1906 г. — 9. *Janosik*. Die Atrophie der Follikel und ein seltsames Verhalten der Eizelle. «Archiv f. mikroskop. Anatomie», т. 48, 1896 г. — 10. *Sobotta*. Ueber die Bedeutung der mitotischen Figuren in den Eierstockseiern der Säugetiere. «Festschrift d. phys. med. Ges. Würzburg. 1899 г. — 11. *Bonnet*. Gibt es bei Wirbeltieren Parthogenesis. 1900 г. IX. — 12. *Bischoff*. Sur la maturation et la chute périodique de l'oeuf и пр. «Annales des sciences natur.», 1844 г. — 13. *Hensen*. Ueber die Züchtung unbefruchteter Eier. «Centralblatt f. d. med. Wissenschaften», 1869 г. — 14. *Sobotta*. Die Befruchtung und Forschung des Eies der Maus. «Archiv f. mikroskop. Anatomie», 1895 г. — 15. *Рубашкинъ*. Ueber die Reifungs- und Befruchtungsprozesse des Meerschweincheieies. An. Hefte 1905 г.

Изъ пропедевтической терапевтической клиники проф. А. П. Фавицкаго въ В.-Медицинской Академіи.

### Изъ клиническихъ наблюдений надъ дигаленомъ.

З. Ф. Орловскаго.

(Продолженіе. См. выше, № 32, стр. 984).

Перехожу теперь къ собственнымъ наблюденіямъ, производившимся мной съ сентября 1905-го года на подходящихъ больныхъ пропедевтической терапевтической клиники. Больные — сердечные — выбирались главнымъ образомъ въ періодъ разстройства уравниванія сердечной дѣятельности. Прежде, чѣмъ назначать больному дигаленъ, я, смотря по тяжести его состоянія, выдерживалъ его болѣе или менѣе долго на безразличномъ лѣченіи и такимъ образомъ опредѣлялъ вліяніе на теченіе болѣзни одного болѣзненнаго режима; въ то-же время я слѣдилъ за вѣсомъ тѣла больного, за состояніемъ его внутреннихъ органовъ вообще и сердца въ частности, за пульсомъ, дыханіемъ, кровянымъ давленіемъ и мочеотдѣленіемъ. Кровяное давленіе опредѣлялось сфигмоманометромъ *Riva-Rocci*, всегда при однихъ и тѣхъ-же условіяхъ; кривая пульса снималась сфигмографомъ *Jaquet*. Больные все время содержались на мясомолочной діетѣ, при чемъ большое вниманіе обращалось на то, что-бы количество выпиваемой жидкости было, по возможности, одинаково. Что касается дозировки, то дигаленъ назначался обыкновенно по 20—30 капель, 3 раза въ день; подкожныя выпрыскиванія дѣлались по 1 шприцу 3 раза въ день.

**Наблюденіе 1. Сердечная астма. Недостаточность 2-стопчатой заслонки.** Г. П., 38 л., мѣщанинъ, поступилъ въ клинику 14/х 1905 г. съ жалобами на сильную одышку, отеки ногъ и половыхъ органовъ, сердечное и кашель. 10 лѣтъ назадъ перенесъ острый суставный ревматизмъ. Съ тѣхъ поръ всегда была небольшая одышка, особенно при усиленной ходьбѣ, работѣ и т.д., но въ общемъ чувствовалъ себя хорошо. 2 года назадъ впервые стали появляться отеки, одышка по временамъ рѣзко усилилась. При соответствующемъ лѣченіи и содержаніи всѣ эти болѣзненные припадки обыкновенно скоро проходили, такъ что больной могъ заниматься своимъ дѣломъ. Настоящее состояніе началось недѣли 4 назадъ и заставило больного лечь въ клинику, такъ какъ, не смотря на лѣченіе дома, состояніе его все ухудшалось. Сифилисъ отрицаетъ; пилъ умѣренно. Средняго роста и питанія. Саяуха на губахъ, ушахъ, кистяхъ

рукъ, ступней, голенихъ. Нижнія конечности на всемъ протяжении, особенно голени, отеки; сильно отеки лопатки, область крестца и подкожная клетчатка, нижней части живота. Верхушечный толчекъ подъ 6-мъ ребромъ, на 2 пальца вправо отъ соска; вправо сердечное заглушение простирается до правой грудной линии, вверху начинается съ верхняго края 4-го ребра. У верхушки сердца—ясный систолическій шумъ грубого характера и хлопающий 1-й звукъ; на аортѣ слышимъ 2 звука; ударение на 2-мъ звукѣ легочной артерій. Пульсъ слабого напряжения, аритмичный, одновременный на обоихъ лучевыхъ артеріяхъ, синхрониченъ съ дѣятельностью сердца, 108 ударовъ въ 1 мин. Кровяное давление 100. Въ грудной клеткѣ справа подъ лопаткой заглушение звука, слегка ослабленное дыханіе; на всемъ вообще протяжении грудной клеткѣ слышимъ разсѣянные сухіе хрипы, а подъ лопатками и мелкопузырчатые хрипы вышѣ съ крепитацией въ небольшомъ количествѣ. Дых. 54 въ 1 мин. Печень выходитъ изъ-подъ края реберъ пальца на 2, плотна, болѣзненна. Селезенка не прощупывается. Животъ рѣзко выпяченъ; въ немъ, начиная пальца на 3 ниже пупка, определяется скопление жидкости. На низѣ крѣпится. Моча за сутки 300 к. стм., уд. в. 1,022, со слѣдами бѣлка; сахара и другихъ ненормальныхъ составныхъ частей въ ней не найдено. Утр. 36,4, веч. 36,8. Вѣсъ тѣла 68000 грм. Состояніе больного очень тяжелое: онъ все время сидитъ въ креслѣ, задыхается, не спитъ уже 4-ую ночь подъ рядъ. Назначенъ растворъ алтейнаго корня изъ 5,0 на 200,0, по столовой ложкѣ, 3 раза въ день.

15/х: Мочи за сутки 400 к. стм., уд. в. 1,022. Вѣсъ 68200. П. 102, аритмичный; дых. 54. Давленіе крови по *Riva-Rocci* 100. На низѣ 1 разъ. Температура нормальная. Состояніе больного очень тяжелое; въ виду этого назначенъ дигаленъ по 20 капель, 3 раза въ день.

16/х: Положеніе безъ перемѣнъ. П. 108, аритмичный, дых. 54. Давленіе крови 106. Мочи за сутки 200 к. стм., уд. в. 1,023. На низѣ 1 разъ. Вѣсъ 68400. Всю ночь просидѣлъ въ креслѣ, задыхался. Назначенъ дигаленъ подъ кожу, по 1/2 шприца, 3 раза въ день.

17/х: Одышка меньше, вслѣдствіе чего ночь провелъ спокойно. Послѣ 6 безсонныхъ мучительныхъ ночей это была 1-ая спокойная ночь. Кашель меньше; самочувствіе лучше. Мочи за сутки 400 к. стм., уд. в. 1,023. П. 96, гораздо ровнѣе и лучшаго наполненія и напряженія; дых. 36. Давленіе крови 112. Температура нормальная. На низѣ 1 разъ. Вѣсъ 68550. Мѣста уколовъ слегка болѣзненны, но красноты нѣтъ.

18/х: Ночь спалъ спокойно; одышка, кашель гораздо меньше; сонуха тоже меньше. Правая граница сердечнаго заглушенія простирается только до срединной линіи; сверху и слѣва — границы тѣже. Звукъ сердца ясный; систолическій шумъ на верхушкѣ рѣзче. П. 94; дых. 30. Давленіе крови 115. Мочи за сутки 650 к. стм., уд. в. 1,022. На низѣ 2 раза. Вѣсъ 68200.

19/х: Спалъ всю ночь; кашель меньше. Мочи 750 к. стм., уд. в. 1,016; бѣлка не содержитъ совсѣмъ. П. 94, аритмичный, умереннаго наполненія; дых. 30. Давленіе крови 125. На низѣ 2 раза. Температура нормальная. Вѣсъ 68000. Назначенъ дигаленъ по 1 шприцу подъ кожу, 3 раза въ день.

20/х: Чувствуетъ себя удовлетворительно. Спалъ спокойно. Сонуха незначительная. Отеки на ногахъ уменьшаются. Животъ мягче. Область печени менѣе болѣзненна. Мочи за сутки 750 к. стм., уд. в. 1,010; бѣлка не содержитъ. П. 90, хорошаго наполненія, слегка аритмичный; дых. 28. Давленіе крови 132. Температура нормальная. На низѣ 2 раза. Вѣсъ 67400.

21/х: Чувствуетъ себя удовлетворительно. Спалъ хорошо. Границы сердечнаго заглушенія безъ измѣненій. Верхушечный толчекъ сильнѣе, подъ 6-мъ ребромъ. На верхушкѣ рѣзкій систолическій шумъ; звукъ сердца ясный. При выслушиваніи грудной клеткѣ хриповъ гораздо меньше; подъ правой лопаткой звукъ при постукиваніи ясный, дыхательные шумы слышатся лучше. П. 86, правильный, ритмичный, напряженія выше средняго; дых. 26. Давленіе крови 140. Мочи 1700 к. стм., уд. в. 1,010. На низѣ 2 раза. Температура нормальная. Вѣсъ 66600. Жалуются на небольшую болѣзненность на мѣстѣ послѣдняго выписыванія, хотя красноты здѣсь и незамѣтно.

22/х: Вѣсъ 66200. Мочи за сутки 1200 к. стм., уд. в. 1,014. П. 88, правильный; дых. 28. Давленіе крови 135.

23/х: Чувствуетъ себя хорошо. Спалъ спокойно. Одышки и кашля почти нѣтъ. Отеки на ногахъ гораздо мягче. Отечность области крестца и подкожной клетчатки нижней части живота исчезла; держится еще отечность половыхъ органовъ. Животъ мягкій. Область печени при ощупываніи безболѣзненна. Сердечное заглушеніе справа—со срединной линіи; верхушечный толчекъ рѣзкій, подъ 6-мъ ребромъ, на 1 1/2 пальца вправо отъ соска; здѣсь же выслушиваются 1-ый звукъ и систолическій шумъ; на остальныхъ мѣстахъ звуки сердца чисты и слышимы отчетливо. П. 66, ритмичный, очень напряженный; дых. 26. Кровяное давление 138. Дыхательные шумы въ груди при выслушиваніи почти чисты. Мочи 1200 к. стм., уд. в. 1,014. Температура нормальная. На низѣ 2 раза. Вѣсъ 65800. Мѣста выписыванія дигалена чуть-чуть болѣзненны. Дигаленъ оставленъ. Назначенъ настой горичавта изъ 5,0 на 200,0, по столовой ложкѣ, 3 раза въ день.

24/х: Вѣсъ 65500. Мочи 1150 к. стм., уд. в. 1,013. П. 72, правильный; дых. 28. Давленіе крови 125. На низѣ 2 раза.

25/х: Чувствуетъ себя хуже; ночь не спалъ; жалуются опять на одышку. П. 84, съ перебоями; дых. 32. Давленіе крови 115. Мочи за сутки 1500 к. стм., уд. в. 1,013. На низѣ 2 раза. Тем-

пература нормальная. Вѣсъ 64300. Сверхъ горичавта назначенъ дигаленъ, по 0,3, 3 раза въ день.

26/х: Чувствуетъ себя немного лучше. Спалъ сносно. Одышка меньше. Отеки на ногахъ гораздо меньше. Со стороны сердца явленія тѣже. Мочи 1800 к. стм., уд. в. 1,013. П. 84, слегка аритмичный; дых. 30. Давленіе крови 110. На низѣ 2 раза. Вѣсъ 64000.

27/х: Въ 8 1/2 час. утра 38°, 1. Въ 9 час. утра скорострѣжно скончался. За эти сутки мочи выдѣлено 850 к. стм. уд. в. 1,017. Вѣсъ передъ смертью 63800.

Протоколъ вскрытія (проз. Л. В. Соболевъ). Ростъ 168 стм., вѣсъ 60100 грм. Трупъ средняго сложения и питанія. Кожные покровы блѣдны. Ноги и половые органы отеки. При вскрытіи черепной полости изъ кожныхъ вѣвъ и изъ продольной пазухи выдѣлилось дов. много темной жидкой крови. Твердая мозговая оболочка безъ особыхъ измѣненій; мягкая—умѣренно полнокровна и отека, отъ мозга отдѣляется легко. Вещество мозга драблѣе обычнаго, безъ особыхъ измѣненій. Брюшная полость свободна отъ ненормальнаго содержимаго; сывороточный покровъ ея гладкій. Печень на 3 пальца выстаетъ изъ-подъ края реберъ. Куполъ грудобрюшной преграды справа на 4-мъ, слѣва на 5-мъ межреберьяхъ. Въ полости правой плевры нѣсколько болѣе 1 литра красноватой, мало прозрачной жидкости. Правое легкое свободно; лѣвое сплошь срослено съ грудной клеткой старыми ложными перепонками. Сердце на пространствѣ ладони не прикрыто легкими; край лѣваго легкаго слегка сросенъ съ его сорочкой; оба листка послѣдней на передней поверхности сердца спаяны между собой многочисленными нитевидными фиброзными перемычками; соответственно этому внутренностный листокъ перикардіа фиброзно утолщенъ. Поперечникъ сердца 15, длинникъ 12,5 стм. Правое предсердіе желудочковое отверстіе пропускаетъ верхушки 4-хъ пальцевъ, лѣвое предсердіе рѣзко растянuto; лѣвое отверстіе пропускаетъ верхушки 3-хъ пальцевъ; заслонки аорты плохо держатъ воду; полость праваго сердца растянута сравнительно мало; заслонки и эндокардіи безъ особыхъ измѣненій. Лѣвый желудочекъ значительно растянутъ; верхушка мѣшковидна; паруса 2-створчатой заслонки, особенно переднеправый, увеличены; сухожильныя нити утолщены, перекадены плоски. Заслонки аорты ригидны, утолщены, имѣютъ видъ чашечекъ, подающихся лишь дов. значительному давленію. Внутренняя оболочка дов. широкихъ вѣнечныхъ артерій склерозирована, съ отложеніемъ извести; внутренняя оболочка восходящей аорты особыхъ измѣненій не представляетъ. Толщина стѣнки лѣваго желудочка 6—11, праваго 4—5 мм. Плевра праваго легкаго на значительномъ пространствѣ лишена блеска, бѣловата. Ткань обоихъ легкихъ полнокровна, повсюду проходима для воздуха. Селезенка 15×8×4,5 стм.; оболочка ея мутна, напряжена; ткань дов. плотна, сплошь чернокраснаго цвѣта. Печень 28×18—15×8 стм.; сумка ея прозрачна; край дов. острый; ткань желтоватокрасная, слегка мускатна, плотнѣе обычнаго. Желчные пути проходимы; въ желчномъ пузырьѣ немного свѣтлой, жидкой желчи. Почки умѣренной величины; сумки ихъ снимаются съ нѣкоторымъ трудомъ. Ткань полнокровна, плотнѣе обычнаго. Слизистая оболочка лоханокъ и мочевого пузыря блѣдная. Желудокъ дов. большой; слизистая оболочка его гладкая. Слизистая оболочка толстыхъ и тонкихъ кишокъ безъ особыхъ измѣненій. Вѣсъ мозга 1230, сердца 760, легкаго праваго 720, лѣваго 700, печени 1900, селезенки 360, почки правой 260, лѣвой 270. Эпикризь: Суженіе съ недостаточностью заслонокъ аорты. Гипертрофія сердца съ расширеніемъ полостей его. Сильное уплотненіе селезенки, печени и почекъ.

Въ этомъ случаѣ обращаетъ на себя вниманіе несоотвѣтствіе прижизненнаго и посмертнаго распознаванія. Прижизненное распознаваніе гласило недостаточность 2-створчатой заслонки, посмертное—недостаточность и суженіе заслонокъ аорты. Что при недостаточности заслонокъ аорты нерѣдко диастолическій шумъ не олышится вовсе, это общеизвѣстно. Въ вышеописанномъ случаѣ створки аорты—ригидныя, утолщенные, но цѣльныя—всеже уступали значительному давленію, такъ что условій для образованія при жизни недостаточности ихъ resp. диастолическаго шума, пожалуй, и дѣйствительно не было. Систолическій шумъ на верхушкѣ, помимо расширенія сердечныхъ полостей, можетъ быть удовлетворительно объясненъ утолщеніемъ сухожильныхъ нитей и увеличеніемъ паруса (переднеправаго) 2-створчатой заслонки [*Jürgen-сен* 42)]. Утолщенные сухожильныя нити, къ тому-жъ, могли и плохо работать. Одновременное увеличеніе размѣровъ сердечнаго заглушенія вправо, зависящее, съ одной стороны, отъ смѣщенія праваго сердца вправо вслѣдствіе расширения лѣваго желудочка [*Schwalbe* 50)], а съ другой—отъ расширенія и гипертрофіи праваго желудочка, и удареніе на 2-мъ звукѣ легочной артерій давали полное право поставить распознаваніе недостаточности 2-створчатой заслонки, тѣмъ болѣе, что другихъ явленій, характерныхъ для недостаточности заслонокъ аорты, въ родѣ особаго пульса, звучанія артерій и т.д., не было.

Наблюденіе 2. Распознаваніе: Суженіе лѣваго вѣннаго отвер-

стля. К. М., 24 л., крестьянинъ, поступилъ 25/1 1906 г. съ жалобами на сердцебиение, сильную одышку и небольшие отеки на ногахъ. Считаетъ себя больнымъ уже 2 года, когда впервые лежалъ въ больницу съ какой-то «сердечной болѣзней». Лѣтъ 8 назадъ болѣлъ брюшнымъ тифомъ. Лѣтомъ 1905 г. отекали ноги, но подъ вліяніемъ лѣченія отеки эти скоро прошли. Болѣе подробнаго анамнеза собрать не удалось.

Средняго роста, умѣреннаго сложенія и питанія. Снявша губъ, кистей; небольшой отекъ голени. Ясный сердечный горбъ. Верхушечной толчокъ подъ 6-мъ ребромъ, на 2 пальца вправо отъ соска. Сердечное заглушеніе вправо простирается на 1 палецъ вправо отъ правой грудной линіи, влево — на 2 пальца влево отъ соска, вверхъ до 3-го межреберья. При ощупываніи на верхушкѣ сердца опредѣляется слабое кошачье мурлыканье; при выслушиваніи — 2 звука, изъ коихъ 1-ый съ удареніемъ, и слабый предсистолическій шумъ. На аортѣ и легочной артеріи 2 звука; 2-ой звукъ на легочной артеріи слегка усиленъ. П. 108, малый, слабого напряженія, аритмичный, одно-временный на обоихъ лучевыхъ артеріяхъ, синхроничный съ дѣятельностью сердца. Кровяное давленіе 105 мм. ртутнаго столба. Со стороны органовъ дыханія ничего особеннаго; лишь мѣстами слышны сухіе хрипы. Печень увеличена пальца на 3, болѣзненная, плотна. Селезенка не прощупывается. Со стороны остальныхъ органовъ ничего ненормальнаго. На низѣ 1 разъ. Вѣсъ 50600. Утр. 36°6, вѣч. 37°. Общее состояніе сравнительно удовлетворительно. Спитъ плохо изъ-за одышки. Назначенъ отваръ алтейнаго корня изъ 5,0 на 200,0, по столовой ложкѣ, 3 раза въ день.

25/1: Спалъ плохо. Мочи за сутки 1000 к. стм., уд. в. 1,026; сахара бѣлка и другихъ ненормальныхъ составныхъ частей нѣтъ. П. 108, малый, аритмичный; дх. 36. Давленіе крови 105. На низѣ 1 разъ. Температура нормальная.

26/1: Мочи за сутки 1000 к. стм., уд. в. 1,020. П. 106; дх. 36. Давленіе крови 105. Вѣсъ 50400. Назначенъ дигаленъ по 20 капель, 3 раза въ день.

27/1: Мочи 1500 к. стм., уд. в. 1,010; бѣлка не содержитъ. П. 88, аритмичный; дх. 32. Давленіе крови 115. Вѣсъ 50000.

28/1: Мочи 2080 к. ст., уд. в. 1,009. П. 78, аритмичный, полнѣе; дх. 28. Кровяное давленіе 115. Вѣсъ 50000. Снявша меньше. Отеки на голенихъ незначительны.

29/1: Мочи за сутки 2030 к. стм., уд. в. 1,012. П. 78, менѣе аритмичный; дх. 24. Кровяное давленіе 118. Чувствуетъ себя лучше; отековъ на голенихъ и у лодыжекъ нѣтъ.

30/1: Мочи 1600 к. стм., уд. в. 1,012. П. 60, хорошаго наполненія, слегка аритмичный; дх. 24. Кровяное давленіе 118. Вѣсъ 50100.

31/1: Мочи 1500 к. стм., уд. в. 1,013. Вѣсъ 50200. Чувствуетъ себя удовлетворительно; снижши нѣтъ, отеки на ногахъ исчезли. Область печени безболѣзненная; сама печень выходитъ изъ-подъ края реберъ пальца на 2. Сердечное заглушеніе вправо простирается до срединной линіи. Предсистолическій шумъ на верхушкѣ слышенъ рѣзче. Звукъ сердца слышны отчетливѣе. П. 60, все еще аритмичный, хотя и гораздо меньше; дх. 24. Кровяное давленіе 122. Дигаленъ оставленъ. Назначенъ опять отваръ алтейнаго корня, который больной принималъ съ 1/п по 6/п. Кровяное давленіе сейчасъ же стало падать — 110 (1/п), 105 (2/п и 3/п), 100 (4/п, 5/п, 6/п). Пульсъ участился до 96 (6/п) и опять сдѣлался рѣзко аритмичнымъ и неправильнымъ. Мочеотдѣленіе все время держалось на высокихъ цифрахъ (1500—2200 въ сутки).

6/п: Назначенъ дигаленъ по 1 шприцу, 3 раза въ день, подъ кожу.

7/п: Мѣста впрыскиваній покраснѣли, слегка инфилтрированы и болѣзненны. П. 72, неправильный, но лучше чѣмъ въ прошлые дни; дх. 24. Давленіе крови 115. Звукъ сердца глуховаты. Мочи за сутки 2100 к. стм., уд. в. 1,010. Отековъ нѣтъ. Вѣсъ 51000. Самочувствіе удовлетворительное.

8/п: Мочи 2500 к. стм., уд. в. 1,010. П. 72, полный, напряженный, слегка аритмичный; дх. 24. Кровяное давленіе 120. Мѣста вчерашнихъ впрыскиваній слегка болѣзненны.

9/п: Мочи 1500 к. стм., уд. в. 1,010. П. 60, правильный, ритмичный; дх. 24. Кровяное давленіе 125. Самочувствіе хорошее; беспокоятъ лишь мѣста впрыскиваній. Дигаленъ оставленъ; назначенъ опять отваръ алтейнаго корня (5,0—200,0), который больной принималъ 10/п, 11/п, 12/п. Кровяное давленіе уже на слѣдующій день упало до 118 (10/п), 110 (11/п), 105 (12/п); опять появились аритмія, синюха, одышка, сердцебиеніе.

13/п: Назначенъ настой изъ листьевъ наперстянки (0,5 на 200), по столовой ложкѣ, 4 раза въ день.

14/п: Одышка меньше. П. 73, аритмичный; дх. 24. Давленіе крови 95. Мочи 2000 к. стм., уд. в. 1,010. Вѣсъ 50300.

15/п: Мочи 2250 к. стм., уд. в. 1,011. П. 84, аритмичный; дх. 24. Давленіе крови 95.

16/п: Мочи 3100 к. стм., уд. в. 1,008. П. 78, менѣе аритмичный; дх. 24. Давленіе крови 103. Чувствуетъ себя лучше; одышка меньше; синюха тоже меньше. Границы сердечнаго заглушенія безъ измѣненій. Данныя выслушиванія тоже.

17/п: Мочи 2000 к. стм., уд. в. 1,013. П. 78, аритмичный; дх. 24. Кровяное давленіе 105. При удовлетворительномъ самочувствіи больной продолжалъ принимать наперстянку 18/п, 19/п, 20/п. Кровяное давленіе все время держалось на 105—110; п. 78—86; устранивъ аритмію не удалось. Дальнѣйшее наблюденіе прекращено.

Наблюденіе 3. Распознаваніе: Артеріосклерозъ. Миокардитъ. Недостаточность 2-створчатой заслонки (?). Сердечная астма. Циррозъ печени (?). Хроническій перитонитъ. Си-

филисъ (?). С. С., 66 л., крестьянинъ, поступилъ въ клинику съ жалобами на непрерывную сильную одышку, временами обостравшуюся до крайняго степеня, на отеки въ ногахъ на всѣхъ протяженіи, на увеличеніе живота и на кашель. Больнымъ себя считаетъ уже года 2, когда впервые стала появляться одышка, временами отеки на ногахъ, но при соответствующемъ лѣченіи всѣ эти болѣзненные явленія проходили дов. быстро. Теперешнее тяжелое состояніе началось 2 мѣс. назадъ. Не смотря на тщательное лѣченіе дома, при чемъ былъ перепробованъ весь обычный арсеналъ сердечныхъ средствъ, состояніе больного все болѣе и болѣе ухудшалось: отеки росли, одышка стала постоянной, при чемъ временами она усиливалась до степеня астмы. Мѣсяцъ назадъ сталъ увеличиваться и животъ, и съ тѣхъ поръ больной окончательно слегъ въ постель; послѣднія 2 недѣли онъ не можетъ уже и лежать, а все время сидитъ въ креслѣ. В. анамнезъ—алкоголизмъ и сифилисъ (?) 40 лѣтъ назадъ.

Средняго роста, умѣреннаго сложенія и питанія. Губы, кисти рукъ, голени синюшны; ноги сплошь отекомъ въ значительной степені; отеки область крестца и подкожная клетчатка нижней части живота; мочонка величиной въ дѣтскую головку. Животъ большой, напряженный; въ полости его—жидкость, почти до пупка. Границы сердечнаго заглушенія: справа—правая грудная линія, сверху—3-й межреберный промежутокъ; слева—на 2 пальца влево отъ соска; здѣсь же подъ 6-мъ ребромъ прощупывается очень слабый верхушечный толчокъ. Звукъ сердца глухъ; на верхушкѣ сердца, кромѣ нихъ, слышенъ слабый систолическій шумокъ. Дѣятельность сердца чрезвычайно неправильна и аритмична; число сердечныхъ сокращеній достигаетъ 160 въ 1 мин.; пульсъ же 114, слабый, легкосжимаемый, очень аритмичный, одновременный въ обоихъ лучевыхъ артеріяхъ, прощупываемыхъ и въ пульсовой волнѣ. Кровяное давленіе 100. Въ грудной клеткѣ при выслушиваніи повсюду разлитые сухіе хрипы; въ нижнихъ доляхъ легкихъ—крепитация; справа въ подопаточной области—пропотъ (съ угла лопатки). Дх. 42. Кашель большой; мокрота съ небольшою примесью крови; Кос'овскихъ палочекъ въ мокротѣ не оказалось. Область печени сильно болѣзненна; сама печень выходитъ изъ-подъ края реберъ (по сосковой линіи) пальца на 3, плотна, бугриста; край ея тупой; надъ ней выслушивается шумъ тренія бурсиса. Селезенку прощупать не удалось. На низѣ 1 разъ въ день. Температура нормальная. Положеніе больного очень тяжелое: онъ все время сидитъ въ креслѣ съ широко открытымъ ртомъ; по ночамъ не спитъ. Въ виду того, что С. С. уже дома безуспѣшно принималъ всѣ обычные сердечныя средства, и въ виду тяжести его состоянія, ему былъ сразу назначенъ дигаленъ подъ кожу, по 1 шприцу, 3 раза въ день; кромѣ того дыханіе кислорода и анисовыя капли для облегченія кашля.

4/п: Ночь не спалъ изъ-за сильнѣйшей одышки въ видѣ приступовъ. Мочи 250 к. стм., уд. в. 1,012, безъ бѣлка и сахара. Верхушечныхъ сердечныхъ толчковъ 150 въ 1 мин.; п. 114, аритмичный; дх. 38. Кровяное давленіе 103. На низѣ 1 разъ, послѣ промывательнаго. Мѣста, куда впрыснуть былъ дигаленъ, розоваго цвѣта, болѣзненны.

5/п: Ночью были 2 сильныхъ приступа астмы; въ промежуткахъ между ними одышка нѣсколько меньше. Мочи 350 к. стм., уд. в. 1,015. Сердечныхъ сокращеній 120 въ 1 мин., п. 102, очень аритмичный; дх. 34. Кровяное давленіе 115. Отеки растутъ. Мѣста впрыскиваній дигалена болѣзненны при надавливаніи, но красноты нѣтъ.

6/п: Положеніе больного какъ будто лучше; приступы астмы ночью были умѣренной силы. Сердечныхъ сокращеній 115, п. 78, аритмичный; дх. 30. Кровяное давленіе 120. Мочи за сутки 460 к. стм., уд. в. 1,014. На низѣ послѣ промывательнаго. Послѣднее впрыскиваніе дигалена было болѣзненно, и на его мѣстѣ остались краснота и небольшая припухлость.

7/п: Чувствуетъ себя лучше. Ночь—первую послѣ предыдущихъ ночей—спалъ хорошо; приступовъ астмы не было. Одышка гораздо меньше. П. 86, гораздо менѣе аритмичный, лучшаго наполненія; дх. 30. Кровяное давленіе 123. Мочи 520 к. стм., уд. в. 1,011. Не смотря на улучшеніе, положеніе больного все-таки очень тяжелое: явленія со стороны сердца безъ особыхъ измѣненій—передвинулась лишь влево на 1 1/2 пальца правая граница сердечнаго заглушенія; звукъ сердца глухъ; систолическій шумокъ на верхушкѣ держится; на голенихъ появились трещины вслѣдствіе громадныхъ отековъ.

8/п: Ночь спалъ хорошо въ кровати. Сердечныхъ сокращеній 115; п. 90, аритмичный; дх. 30. Давленіе крови 125. Мочи 600 к. стм., уд. в. 1,012. На низѣ 2 раза.

9/п: Ночь спалъ хорошо. Одышка меньше; самочувствіе лучше. Мѣста впрыскиваній до сихъ поръ болѣзненны. Сердечныхъ сокращеній 110; п. 90, аритмичный; дх. 30. Кровяное давленіе 136. Мочи 780 к. стм., уд. в. 1,011. Подкожныя впрыскиванія дигалена оставлены; назначенъ дигаленъ внутрь, по 20 капель, 3 раза въ день.

10/п: Ночь спалъ плохо, такъ какъ одышка опять усилилась; было 2 приступа астмы. П. 100, аритмичный, неправильный; дх. 34. Кровяное давленіе 115. Мочи 480 к. стм., уд. в. 1,015.

11/п: Ночь не спалъ, хотя всю ее провелъ въ кровати. Одышка усилилась. П. 120, рѣзко аритмичный; дх. 36. Дѣятельность сердца крайне неправильна; число его сокращеній 160 въ 1 мин. Кровяное давленіе 108. Мочи за сутки 450 к. стм., уд. в. 1,016. Состояніе больного очень тяжелое: рѣзкая синюха на губахъ, лицѣ; отеки предплечья; отеки на ногахъ достигли шахматъ. Животъ тугой, напряженный. Назначенъ, сверхъ дигалена, дигуретинъ, по 0,5, 3 раза въ день.



12/п: Въ 7 час. утра во время приступа астмы скончался.

Протоколъ вскрытія (проез. Л. В. Соболева). Ростъ 168 см., вѣсъ 71600. Трупъ среднего сложенія и питанія, ноги, половые органы и предплечья отечны. Покровы блѣдны. Животъ большой, свисаетъ въ сторону; въ полости его содержится около 2 1/2 литровъ желтоватой, прозрачной жидкости; сывороточная оболочка пристѣнная и отчасти на кишкахъ утолщена, блѣловатого цвѣта. Печень на 1 палецъ выстоитъ изъ-подъ края тупымъ, дов. плотнымъ краемъ. Большой сальникъ притянутъ къверху и спаянъ съ сывороточной оболочкой поперечной ободочной кишки, отчасти покрывая послѣднюю, и съ желчнымъ пузыремъ. Куполъ грудобрюшной преграды справа на 5 смъ ребръ, слева на 5 смъ межребрь. Хрящи окостенѣли. Сердце не прикрито легкими. Лѣвое легкое свободно; правое сращено съ грудной кѣткой; въ полости лѣвой плевры до 1 литра желтовато-буроватой, прозрачной жидкости. Въ полости перикардіа около 2-хъ столовыхъ ложекъ лимонно-желтой жидкости. Сердце свободно; въ полостяхъ его и большихъ сосудахъ значительное количество темной, жидкой крови и красныхъ и безцвѣтныхъ кровяныхъ сгустковъ; внутренностный листокъ перикардіа слегка мутенъ; поперечникъ сердца 14, длинникъ 11,5 см. Правое предсердіе—желудочковое отверстіе пропускаетъ верхушку 4-хъ пальцевъ, лѣвое 3-хъ. Заслонки аорты хорошо держатъ воду; полости сердца, особенно лѣваго желудочка, растянуты; эндокардій, выстилающій послѣдній, утолщенъ, блѣловатого цвѣта, струнчатый. Мышцы перикардіа частью округлы, частью значительно истончены. Внутренняя оболочка восходящей аорты склерозирована слегка, вѣнечныхъ артерій—въ значительной степени, просвѣтъ круглый, суженъ, суженъ. Мышца сердца излая, сѣровато-красная, пестраяго цвѣта, толщина стѣнки лѣваго желудочка у верхушки около 4, въ артеріальномъ конусѣ около 6 мм., стѣнки праваго желудочка 4—5 мм. Оба легкія дов. объемисты; ткань ихъ малокровна, отечна, повсюду протолкана для воздуха; стѣнки вѣтвей легочныхъ артерій утолщены диффузно. Околобронхиальныя железы дов. большія, пигментированы. Селезенка 8×6×2,5 см., оболочка ея утолщена; ткань умеренно плотна; фолликулы ясно видны на фонѣ черной красной макроты. Печень 2,05×16—9×9 см.; сумка ея на всемъ протяженіи утолщена, блѣловатого цвѣта, съ небольшими плоскими углубленіями и округлыми возвышеніями, по величинѣ соответствующими 1/2 лѣснаго орѣха; на разрывѣ ткань печени плотнѣе обычного, мускатна, съ дов. мелкими рисунками; въ толщѣ и главнымъ образомъ подъ сумкой—кисты съ прозрачнымъ, желтоватымъ, жидкимъ содержимымъ, величиной съ лѣсной орѣхъ, болѣе или менѣе округлой формы. При давленіи на желчный пузырь освобождается дов. густая, зеленоватая желчь. Почки умеренной величины, легко освобождаются отъ сумокъ; поверхность ихъ неровная, дов. крупно-зернистая; слева на ней замѣчаются прозрачныя кисты съ конопляное зерно; ткань почек нѣсколько плотнѣе обычного, рисунокъ выраженъ неясно. Слизистая оболочка лоханокъ и мочевого пузыря блѣдна. Слизистая оболочка желудка и толстыхъ кишокъ пигментирована по мѣстамъ, въ остальномъ, какъ и слизистая оболочка тонкихъ кишокъ, равно какъ и поджелудочная железа безъ особыхъ измѣненій. Внутренняя оболочка грудной и брюшной аорты склерозирована въ небольшой степени. Вѣсъ сердца 560, легкаго праваго 890, лѣваго 580, печени 1460, селезенки 120, почки правой 160, лѣвой 180. Эпикризъ: Общій артеріосклерозъ средней степени, вѣнечныхъ артерій—высокій. Хроническій миокардитъ съ расширеніемъ сердца. Брюшная водянка. Хроническій разлитой фиброзный перитонитъ. Застойная мускатная печень.

Наблюдение 4. Распознавание: Усталое сердце. И. Т., 45 л., крестьянинъ, швейцаръ, поступилъ въ клинику 5/п 1906 г. съ жалобами на одышку, кашель, увеличеніе живота, отеки ногъ на всемъ протяженіи. Считаетъ себя больнымъ 3 мѣс., хотя страдаетъ одышкой, особенно когда поднимается по лѣстницѣ и усиленно работаетъ, уже 17 лѣтъ. Въ послѣднемъ году временами стали появляться отеки на голенихъ, но скоро проходили при соответственномъ лѣченіи на дому. Послѣдній разъ отеки появились 3 мѣс. 3 вараздъ; одышка увеличилась и стала появляться и въ спокойномъ состояніи; мѣс. 2 назадъ стали увеличиваться животъ, а недѣли 3 назадъ стали отекаютъ голени, бедра, затѣмъ и половые органы; появился кашель. Лѣчение дома (принималъ горькаго, наперстанку и пр.) не приносило облегченія, и больной легъ въ клинику. Съ 18-го года жизни все время сильно пилъ; послѣдніе 2 мѣс. не пилъ совсѣмъ. Никогда ничѣмъ не болѣлъ.

Средняго роста, правильнаго сложенія, подорваннаго питанія. Сливуха на губахъ. Конечности холодны. На голенихъ, бедрахъ, крестцѣ, въ подкожной кѣтчатѣ нижней части живота, на половыхъ органахъ—значительные отеки. Животъ увеличенъ; на 3 пальца ниже пупка въ немъ опредѣляется скопленіе жидкости. Границы сердечнаго заглуженія: справа—срединная линія, слева—лѣвая сосковая, сверху—верхній край 4-го ребра. Верхушечный толчекъ слабый, подъ 5-мъ ребромъ по лѣвой сосковой линіи. Звукъ сердца глухъ; на верхушкѣ, кромѣ нихъ, слышенъ слабый систолическій шумокъ. Пульсъ 114, правильныи, ритмичныи, одновременныи на обоихъ лучевыхъ артеріяхъ, синхронныи съ ударами сердца. Кровяное давленіе 96 мм. ртутнаго столба. Въ полости правой плевры, начиная съ угла лопатки,—пропотъ (заглуженіе звука, ослабленіе голосовое дрожаніе и дыханіе). Въ бровяхъ разлитые сухіе хрипы въ небольшомъ количествѣ. Дых. 32. Печень выходитъ изъ-подъ края реберъ пальца на 3, плотна, слегка болѣзненна. Селезенка не прощупывается.

Мочи мало. Напитъ правильно. 36° 8. Вѣсъ 68200 грм. Положеніе большаго дов. тяжелое. Назначенъ отваръ алтейнаго корня изъ 5,0 на 200,0 воды, по столовой ложкѣ, 3 раза въ день.

7/п: Спалъ удовлетворительно. Положеніе безъ перемѣнъ. Мочи за сутки 500 к. стм., уд. в. 1,018, безъ бѣлка и сахара. П. 108, ритмичныи, легко сжимаемыи; дых. 30. Давленіе крови 104. Напитъ 1 разъ. Вѣсъ 68200.

8/п: Мочи 425 к. стм., уд. в. 1,020. П. 110; дых. 30. Кровяное давленіе 100. Напитъ 1 разъ. Вѣсъ 68100.

9/п: Одышка сильнѣе. Спалъ плохо. Отеки растутъ. Мочи 500 к. стм., уд. в. 1,020. П. 114; дых. 32. Давленіе крови 96. Вѣсъ 68100. Назначенъ дигаленъ по 25 капель, 3 раза въ день.

10/п: Спалъ хорошо. Въ общемъ—безъ перемѣнъ. Мочи 675 к. стм., уд. в. 1,021. П. 108; дых. 28. Кровяное давленіе 105. Вѣсъ 67500.

11/п: Спалъ хорошо. Одышка, кашель немного меньше. Мочи 850 к. стм., уд. в. 1,020. П. 102; дых. 26. Давленіе крови 105. Вѣсъ 67000. Назначенъ дигаленъ по 30 капель, 3 раза въ день.

12/п: Мочи 2040 к. стм., уд. в. 1,012. П. 100, полнѣе; дых. 22. Кровяное давленіе 105. Вѣсъ 65300. Спалъ хорошо. Самочувствіе удовлетворительное. Звукъ сердца ясный. Животъ небольшого маже.

13/п: Мочи 2100 к. стм., уд. в. 1,014. П. 98; дых. 22. Кровяное давленіе 108. Вѣсъ 64000. Одышка меньше. Правая граница сердечнаго заглуженія передвинулась на палецъ влѣво. Звукъ сердца ясны. Систолическій шумъ на верхушкѣ слабѣе. Отекъ на мошонкѣ меньше. Вѣдра маже.

14/п: Мочи 3100 к. стм., уд. в. 1,008. П. 96, полный, дов. напряженный; дых. 22. Давленіе крови 110. Вѣсъ 62300. Пропотъ въ полости правой плевры воссоединился. Область печени мало болѣзненна. Животъ мягкій; верхняя линія брюшной водянки на 1 1/2, пальца выше. Бедра и голени гораздо маже. Въ общемъ видимо поправляется.

15/п: Мочи 2675 к. стм., уд. в. 1,008. П. 22; дых. 92. Кровяное давленіе 110. Вѣсъ 60000. Печень безболѣзненна, плотна, выстоитъ пальца на 2 изъ-подъ края реберъ. На крестцѣ, въ подкожной кѣтчатѣ нижней части живота, на половыхъ органахъ отековъ нѣтъ. На бедрахъ отеки только въ нижнихъ частяхъ; голени мягкіе.

16/п: Мочи 2000 к. стм., уд. в. 1,014. П. 90, полный дов. трудно сжимаемыи; дых. 18. Кровяное давленіе 115. Кашля, одышки нѣтъ. Сливуха исчезла; верхняя граница брюшной водянки пальца на 2 надъ лобкомъ. Вѣсъ 59200.

17/п: Мочи 2200 к. стм., уд. в. 1,011. П. 88; дых. 18. Кровяное давленіе 118. Вѣсъ 57400. Считаетъ себя здоровымъ. Лишь у лодыжекъ небольшой отекъ. Границы сердечнаго заглуженія нормальны. Звукъ сердца ясны, чисты; систолическаго шума на верхушкѣ не слышно.

18/п: Мочи 2020 к. стм., уд. в. 1,014. П. 84; дых. 18. Давленіе крови 110. Вѣсъ 57100.

19/п: Мочи 2060 к. стм., уд. в. 1,013. П. 84; дых. 18. Давленіе крови 110. Вѣсъ 56200.

20/п: Мочи 1800 к. стм., уд. в. 1,015. П. 82, напряженный, трудно сжимаемыи. Давленіе крови 110. Вѣсъ 55800. На голенихъ отековъ нѣтъ.

21/п: Мочи 1800 к. стм., уд. в. 1,016. П. 74, напряженный, трудно сжимаемыи; дых. 18. Давленіе крови 108. Вѣсъ 55400.

22/п: Мочи 1500 к. стм., уд. в. 1,015. Вѣсъ 55300. П. 60, напряженный, временами неправильныи и аритмичныи; дых. 16. Давленіе крови 108. Чувствуетъ себя совершенно здоровымъ. Одышки, отековъ, брюшной водянки нѣтъ. Границы сердечнаго заглуженія нормальны; звукъ сердца чисты; систолическаго шума на верхушкѣ нѣтъ. Печень остается увеличенной пальца на 1 1/2, плотна. Дигаленъ оставленъ.

23/п: Мочи 1530 к. стм., уд. в. 1,015. Вѣсъ 55500. П. 72, правильный; дых. 16. Давленіе крови 105.

24/п: Выписался.

(Окончаніе слѣдуетъ).

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

Изъ наблюдений и впечатлѣній врача во время русско-японской войны.

Участвуя въ качествѣ полковаго врача въ теченіи года въ русско японской войнѣ, я успѣлъ испытать и узнать многое, о чемъ и считаю не бесполезнымъ поговорить печатно. По возможности буду избѣгать ненужныхъ эпизодовъ, бесполезныхъ подробностей. Цѣль моя—показать, какова была обстановка, въ которой находились врачи и раненые на передовыхъ перевязочныхъ пунктахъ во время боевъ, и какъ далеко эта обстановка не соответствовала даже скромнымъ требованіямъ. Имѣю основаніе думать, что одинаковую участь со мной дѣлили и врачи другихъ полковъ, одни въ большей, другіе въ меньшей мѣрѣ, и мы всѣ, вѣроятно, можемъ свидѣтельствовать, что дѣятель-

ность врачей на передовыхъ позиціяхъ была до крайности тягостна, а участь раненыхъ въ такой же мѣрѣ печальна. То и другое зависѣло отъ 2-хъ причинъ: 1) наши передовые перевязочные пункты организованы были преимущественно для наступательной войны и 2) они не рассчитаны были на оказаніе помощи большому числу раненыхъ, между тѣмъ, русско-японская война въ дѣйствительности была для насъ все время войной отступательной, и во всѣхъ бояхъ мы несли огромныя потери ранеными.

Какъ извѣстно, задача передового перевязочнаго пункта сводится къ возможно болѣе скорой выноскѣ всѣхъ раненыхъ изъ сферы огня, оказанію имъ первой помощи и быстрой эвакуаціи ихъ на 2-ой перевязочный пунктъ, называемый дивизионнымъ лазаретомъ. Какими-же средствами располагалъ передовой пунктъ для осуществленія своей задачи? Для выноски раненыхъ изъ сферы огня въ каждой ротѣ было по 8 чел. носильщиковъ. По совершенно непонятнымъ соображеніямъ носильщики въ нашей арміи вооружены были ружьями, патронами и прочими предметами военно-походной надобности, наравнѣ со строевыми солдатами, отъ которыхъ отличались во время похода лишь бѣлой повязкой съ краснымъ крестомъ на рукавѣ, да торчавшими за спинами палками и полотнищами отъ носилокъ. Для эвакуаціи раненыхъ при перевязочномъ пунктѣ имѣлось 16 повозокъ, устроенныхъ такъ, что больше 2-хъ раненыхъ уложить на каждую было нельзя. О другихъ неудобствахъ повозокъ и вообще непригодности ихъ для перевозки раненыхъ говорить не буду. Предположите теперь, что передовой перевязочный пунктъ находится не дальше 1½ верстъ отъ боевой линіи (обстрѣливаніе японцами ближайшихъ площадей въ тылу нашихъ позицій наблюдалось, какъ постоянное явленіе). Отсутствіе дорогъ, неровность и гористость мѣстности въ Манчуріи, нераціональное обмундированіе нашего солдата, тяжеловѣсность носилокъ—все это вело къ тому, что для выноски 1-го раненаго требовалось участіе 4-хъ ротныхъ носильщиковъ. Допустивъ, что носильщики — люди огромной физической силы, выносливости и рѣдкой добросовѣстности, попробуемъ разсчитать, сколько раненыхъ могутъ вынести всѣ 8 ротныхъ носильщиковъ, работая неустанно цѣлый день? За цѣлый день они не успѣютъ сдѣлать больше 5—6 курсовъ: вѣдь, носильщики часто дѣлаютъ раненому и легкую перевязку, а по пути къ перевязочному пункту требуется сдѣлать не продолжительный привалъ для отдыха. Такимъ образомъ 8 ротныхъ носильщиковъ въ день могутъ вынести максимумъ 10—12 раненыхъ. Такую работу носильщиковъ можно признать удовлетворительной лишь въ рѣдкихъ, исключительно благоприятныхъ условіяхъ. Въ бояхъ-же во время русско-японской войны раненыхъ всегда бывало во много разъ больше, и въ дѣйствительности изъ боевой линіи выносились ихъ гораздо больше, а для этого приходилось офицерамъ отпускать изъ ротъ строевыхъ солдатъ въ помощь носильщикамъ. Это, несомнѣнно, наносило огромный вредъ боевой способности ротъ, и противъ этого вставало военное начальство. Такъ, послѣ Мукденскихъ боевъ мнѣ довелось читать приказъ главнокомандующаго, составленный съ цѣлью разяснить, чѣмъ вызвано было наше пораженіе подъ Мукденомъ; въ числѣ причинъ видное мѣсто отведено тому обстоятельству, что строевые солдаты, вынося во время боя раненыхъ, ослабляли тѣмъ боевую силу ротъ. Но этимъ, конечно, не устранится зло: одними мѣрами запрещенія не заставите солдата быть равнодушнымъ къ раненому товарищу. Съ другой стороны, для боевого одушевленія ротному начальству выгодноѣ возможно скорѣе удалять съ позиціи своихъ раненыхъ. Поэтому всякіе запрещенія и приказы до тѣхъ поръ будутъ оставаться мертвой буквой, пока не придумаютъ болѣе рациональный способъ для скорѣйшаго удаленія раненыхъ съ позиціи. Опытъ участниковъ русско-японской войны, нужно думать, дастъ въ послѣдствіи много матеріала, пользуясь которымъ, можно будетъ достигнуть улучшенія во всѣхъ вопросахъ, касающихся участіи раненыхъ.

Исходя изъ этой точки зрѣнія, я и позволю себѣ подѣлиться здѣсь съ читателями своими впечатлѣніями и наблюденіями, вынесенными за время этой войны. Пятаю надежду, что и изъ нихъ, быть можетъ, можно будетъ

почерпнуть кое-что, что окажется небезполезнымъ для будущей реформы въ дѣлѣ подачи помощи раненымъ при нительно къ потребностямъ современныхъ войнъ. А реформа въ этомъ дѣлѣ требуется не только со стороны военного вѣдомства, но и со стороны Общества Краснаго Креста и общественныхъ благотворительныхъ учрежденій.

### Бой на р. Шахъ.

146-ой пѣхотный Царицынскій полкъ, въ которомъ я провѣлъ всю кампанію, впервые вступилъ въ бой днемъ 28/ix 1904 г. Полку приказано было занять сопку съ кумирней и прилегающіи сѣрава сопки. Соответственно этому, мнѣ было приказано выдѣлять часть санитарнаго обоза и медицинскаго персонала для сформирования 2-хъ перевязочныхъ пунктовъ: однимъ заправлялъ я съ *М. С. Талемъ*, а другимъ—*П. И. Постыловъ* съ класснымъ медицинскимъ фельдшеромъ. Пункты наши были развернуты на открытомъ полѣ, въ разстояніи не болѣе версты другъ отъ друга и нѣсколько впереди сопки, занятыхъ полкомъ.

Раненые скорѣе-же стали прибывать. Сначала приносили раненыхъ Тамбовскаго и Пензенскаго полковъ, занимавшихъ позицію на сопкахъ съ утра. Это были по большей части очень трудные раненые. Ихъ подносили непрерывно на самодѣльныхъ носилкахъ: солдаты для этой цѣли привязывали вдоль полотнищъ отъ палатокъ по винтовкѣ. Раненаго несли на такихъ носилкахъ 4 солдата. Скорѣе-же намъ стали стѣкаться раненые и нашего полка. Время незамѣтно подвигалось къ вечеру, и мы за работой и не замѣтили, какъ стало уже совсѣмъ темно. Чтобы продолжитъ работу, пришлось зажечь фонари. Хотя съ наступленіемъ темноты стрѣльба и стала постепенно утихать, однако доставка раненыхъ не прекращалась еще долго. О томъ, гдѣ находится полкъ, остались онъ на ночь на позиціи или отошелъ назадъ, намъ ничего не было извѣстно. Мы продолжали свою работу, принимали раненыхъ, перевязывали ихъ и, разостлавъ чумизную солому, укладывали ихъ послѣ перевязки на открытомъ полѣ. Наступившая кругомъ тишина позволила напоить раненыхъ чаемъ. Быстро зашумѣли костры, появился кипятокъ съ чаемъ, и раненые съ жадностью поглотили его.

Между 10—11 час. ночи пріѣхалъ ко мнѣ адъютантъ полка, и передалъ, что мнѣ слѣдуетъ поторопиться уйти въ ближайшую деревню, въ разстояніи 1½—2 версты, такъ какъ полкъ оставилъ позицію и направился по тому-же направленію. Мы стали собираться. Часть раненыхъ уложили на повозки, часть согласилась идти пѣшкомъ, часть пришлось нести на носилкахъ; при всемъ томъ оставалось еще чел. 20 раненыхъ, забрать которыхъ съ собою у меня не было никакихъ средствъ. Въ тяжеломъ раздумьи стоялъ я передъ разрѣшеніемъ этой трудной задачи, еще болѣе отличавшейся тѣмъ, что раненые, видя, что для нихъ нѣтъ мѣста, пришли въ отчаяніе при мысли, что ихъ бросаютъ на произволъ судьбы. Душу раздражающими стонами они уносили меня о томъ, чтобы я не оставлялъ ихъ. Я рѣшилъ поступить такъ: оставить при раненыхъ служителей лазарета и, устроившись съ другими ранеными въ деревнѣ, пріѣхать за ними послѣ съ повозками. Оставшихся раненыхъ я успокоилъ обѣщаніемъ вернуться за ними. Только мы тронулись съ мѣста, какъ надъ нашими головами стали со свистомъ проноситься пули. Оказалось, что фонари и костры, а, можетъ быть, и громыханіе нашего обоза привлекли вниманіе японцевъ, которые и открыли въ этомъ направленіи ружейный огонь. Къ счастью, мимо проѣзжалъ казачій разъѣздъ; казаки охотно согласились принять оставшихся раненыхъ и усадили ихъ на своихъ лошадей.

Сопровождаемый выстрѣлами, я, погнавъ фонари, медленно подвигался съ обозомъ къ деревнѣ. Скорѣе туда прибылъ со своими ранеными и *П. И. Постыловъ*, который подвергся еще худшей участи, попавъ подъ сильный огонь непріятеля, и ему лишь съ трудомъ удалось вывести раненыхъ изъ-подъ обстрѣла. Присоединеніе ко мнѣ д-ра *Постылова* произошло, какъ выяснилось потомъ, случайно. Дѣло въ томъ, что съ момента открытія перевязочнаго пункта и вплоть до присоединенія ко мнѣ *П. И. Постыловъ* не имѣлъ никакой связи съ полкомъ и, забытый имъ, оставался съ ранеными въ полѣ, пока японскія пули не заставили его уйти; на удаѣ онъ направился на ближайшую деревню.

Часть раненыхъ мы размѣстили въ фанзѣ, а часть оставалась на дворѣ. Услужливый хозяинъ-китаецъ приготовилъ намъ чай, и мы могли вновь предложить его раненымъ. Впереди занятой нами деревни всю ночь слышны были стрѣльба пачками и трескотня пулеметовъ; время отъ времени доносились до насъ неясные крики «Ура!». По объясненію находившихся у насъ 2-хъ раненыхъ офицеровъ эта стрѣльба производилась полкомъ нашей бригады, которому дана была задача выбить японцевъ изъ окоповъ ночной атакѣ.

Стало свѣтло. Вдругъ въ фанзу вбѣжалъ одинъ изъ фельдшеровъ и ввзволнованно заявилъ, что на дворѣ фанзы залетаютъ пули, и показалъ одну японскую пулю, поднятую имъ на дворѣ. Это показалось намъ страннымъ и неотвѣчающимъ нашимъ предположеніямъ о происхожденіи ночной стрѣльбы. Прошло еще ¼—½ часа недоумѣнія; залетаніе пуль во дворъ участилось. Къ этому времени еще болѣе разсвѣло, и мы вышли изъ фанзы посмотреть, въ чемъ дѣло? Какъ разъ въ это время высоко надъ фанзой разорвался прапильный снарядъ. Не оставалось сомнѣнія, что намъ надо покинуть деревню, або было очевидно, что она стала предметомъ вниманія японцевъ.

Наскоро собрались мы, кое-какъ устроились съ ранеными и

выступили из деревни по направлению на Сѣверъ. Пока мы двигались по галяновымъ и чумизнымъ полямъ, надъ нашими головами, разрывая воздухъ зловѣщимъ гуломъ, проносились артиллерійскіе снаряды. Пройдя такимъ образомъ 2 1/2—3 версты, мы настѣгли свой полкъ, направлявшійся навстрѣчу намъ, чтобы занять новую позицію. Тутъ же пришлось на ходу сдѣлать нѣсколько порывовъ раненымъ, которые на нашихъ глазахъ сдѣлались жертвами шрапнелъныхъ пуль. Въ тылу полка мы на время остановились около какой-то деревушки. Необходимо было отъправитъ скопившихся раненыхъ въ дивизионный лазаретъ. О томъ, гдѣ онъ находился, мы не имѣли ни малѣйшаго представленія, и его удалось найти лишь послѣ долгихъ исканій. Но онъ уже успѣшно снимался и не могъ принять раненыхъ по недостатку перевозочныхъ средствъ. Пришлось отъправитъ весь санитарный обозъ съ ранеными въ полевой госпиталь и почти на цѣлый день (29/ix) мы остались безъ обоза.

29/ix и 30/ix перевозочный пунктъ то и дѣло мѣнялъ свое мѣсто въ зависимости отъ того, что полкъ переходилъ съ одной позиціи на другую. Вслѣдствіе этого же и связь между пунктомъ и полкомъ нѣсколько разъ прерывалась на болѣе или менѣе продолжительное время. Къ счастью, въ эти дни полкъ не имѣлъ серьезныхъ столкновеній съ непріятелемъ, и раненыхъ было очень мало.

На 1/х ожидался большой бой. Полкъ занималъ позицію на Янтушанскихъ высотахъ. Чтобы прочнѣе установить связь между полкомъ и перевозочнымъ пунктомъ, а съ наступленіемъ темноты подѣлать на позицію и въ точности нарисовать адъютанту полка, расположеніе деревни, гдѣ намѣревался основать перевозочный пунктъ. Деревня эта была известна адъютанту и командѣ полка, и выборъ мой былъ одобренъ. Деревня была въ разстояніи не болѣе 1 1/2 верстъ отъ позиціи полка. До 2 1/2 час. ночи я оставался въ этой деревнѣ; раненыхъ съ вечера прибыло немного, чел. 12, а съ часу ночи на перевозочномъ пунктѣ воцарилось полное спокойствіе. Однако, оно продолжалось не долго. Въ 2 1/2 часа ночи фельдшеръ доложилъ мнѣ, что меня спрашиваетъ какой-то генералъ, остановившійся на дорогѣ, недалеко отъ фанзы. Я вышелъ. Ночь была темная. Предо мной у воротъ стояли 2 человѣческихкія фигуры; одна изъ нихъ держала зажженный фонарь; разглядѣвъ ихъ лица и одежду мнѣ не удалось. Я назвалъ себя. Человѣкъ, державшій фонарь, спросилъ: «какого полка здѣсь передвѣзочный пунктъ?». Я отвѣтилъ.

«Вамъ надо уйти отсюда,—продолжалъ онъ,—остаться здѣсь очень опасно. Пропустите сперва мой обозъ и конвой и слѣдуйте за мною въ дер. Эрдогу». Я спросилъ, съ кѣмъ имѣю честь говорить? «Я—ген. М. Ц—скій полкъ въ моемъ распоряженіи. Я знаю, что Ц—скій полкъ, дѣйствительно, былъ въ распоряженіи этого генерала, почему исполнить его приказаніе было для меня обязательно.

Пока я устраивалъ раненыхъ на повозкахъ, обозъ и конвой генерала успѣли пройти. Я послѣдовалъ за ними; но видя, что до дер. Эрдогу еще далеко, я остановился, не дойдя до нея, такъ какъ опасался слишкомъ удалиться отъ полка, не будучи убѣжденъ, знаетъ-ли полкъ объ отданномъ мнѣ ген. М. распоряженіи. Вслѣдствіи оказалось, что моя опасенія оправдались.

Настало утро 1/х. Перевозочный пунктъ я развернулъ въ дер. Тазитунъ, гдѣ въ это время успѣшно снимался дивизионный лазаретъ какой-то дивизіи. Дер. Тазитунъ расположена на возвышенномъ берегу р. Шахъ. Часть нашего санитарнаго обоза была съ утра отослана съ ранеными въ ближайшій госпиталь; другая же часть находилась при пунктѣ. Начавшійся съ раннего утра бой, постепенно разгораясь, достигъ сильнѣйшаго напряженія послѣ полудня. Раненые стекались огромными массами; большинство ихъ послѣ перевязки уходило. Только трудно раненые оставались на перевозочномъ пунктѣ. Такъ какъ къ полудню отвозившая раненыхъ часть обоза вернулась, то особенно затрудненія въ накопленіи трудно раненыхъ не предвидѣлось. Чтобы взятъ ихъ, можно было считать имѣвшійся на лицо обозъ достаточнымъ. Утро было ясное; но къ 4—5 час. веч. погода рѣзко измѣнилась; подчалась гроза, небо покрылось свинцовыми тучами, стало сумрачно, громъ сливался съ гуломъ оружія въ выстрѣлахъ, молнія и блескъ отъ разрыва снарядовъ чередовались другъ съ другомъ. Пошелъ крупный, сильный градъ, бившій съ такой силой, что даже лошади вздрагивали отъ боя и металась. Градъ вскорѣ смѣнился сильнѣйшимъ дождемъ. Вмигъ съ горъ потекли стремительные потоки; земля мѣстами глубоко скрылась подъ водой; рѣчки и ручьи раздвинулись и расширялись съ каждой минутой; вездѣ стояла липкая и глубокая грязь. По всему нашему фронту началось отступленіе; снаряды японской артиллеріи все ближе и ближе ложились въ деревни, занятыя нашими перевозочными пунктами.

Войска отступали по направлению на Сѣверъ къ дер. Эрдогу. Туда же двинулись и мы съ перевозочнымъ пунктомъ. Со всѣхъ ближайшихъ и отдаленныхъ сопокъ группами и въ одиночку случались раненые: кто шель, безпомощно опираясь на ружье и останавливаясь послѣ каждаго шага; кто двигался, поддерживаемый истомленнымъ товарищемъ, а кто просто ползъ по грязи, водоча раненую ногу и аща помощи по сторонамъ потукивъ-лявъ взоромъ. Многихъ раненыхъ несли солдаты на полотнищахъ отъ палатки. Трудно было сказать, кто болѣе страдалъ, раненый-ли, или тѣ, кто его несли. Это были люди истомленные до крайности, люди, которые 4—5 дней провели въ бою безъ сна и отдыха, а временами и безъ пищи, при чрезвычайномъ напряженіи физическихъ и духовныхъ силъ. Счастливыми

казались въ этой доли Человѣческаго страданія и тѣ, раненые въ руку, въ плечо или въ голову, которые, не лишаясь ни струи крови, прорывавшейся сквозь повязки и давяща, могли двигаться безъ сторонней помощи. А ночная тьма, сущаясь все болѣе и болѣе, надвигалась на сопки и на долины; дождь то усиливался, то нѣсколько стихалъ, но совсѣмъ не прекращался; дороги съ каждой минутой становились все болѣе и болѣе непроходимыми. Нельзя было шага сдѣлать безъ того, чтобы Вася не останавливалъ въ безсиліи плетущійся раненый, либо неспѣшно тажедо раненаго и сами изнемогавшіе солдаты. Они отказывались продолжать свой путь. Стояло лишь взглянуть на ихъ исхудалыя, блѣдныя лица, выражавшія безысходную тоску, чтобы тотчасъ же повѣрить имъ и самому проникнуться болѣзненной горечью отъ сознанія преступности Вашего безсилія. Едва Вы остановились, чтобы помочь имъ, вмигъ же окружаютъ Васъ цѣлыя толпы другихъ такихъ же страдальцевъ. Всѣ молятъ объ одномъ: «Не могу идти дальше; нѣтъ мочи. Поблизости доберитесь до деревни!» Приходилось обращаться къ командамъ отступавшихъ полковъ съ просьбой помочь донести раненыхъ до ближайшей деревни. Печальная процессія искалѣченныхъ, недавно еще здоровыхъ, людей медленно двигалась по грязи, при темнотѣ ночи, къ дер. Эрдогу. Раненыхъ было около 200 чел. Въ деревнѣ ихъ пришлось размѣстить въ нѣсколькихъ фанзахъ. Случайно у насъ нашелся мѣшокъ сухарей въ нѣсколько пудовъ; къ утру его уже не стало: раненые вмигъ уничтожили его съ чаемъ.

Весь слѣдующій день былъ употребленъ на перевозку раненыхъ въ дивизионные лазареты, отступившіе за Хуаньшанскій перевалъ, верстъ за 5—8 отъ дер. Эрдогу. Бой уже затихъ, снѣжности никакой не требовалось, а потому дѣло это не представляло особыхъ затрудненій.

Было-бы навѣрно думать, что при вышеописанной организаціи помощи раненымъ изъ боевой линіи вышли или были вынесены они всѣ. Много ихъ неминуемо должно было остаться въ окопахъ и на сопкахъ. И остались, конечно, въ безпомощномъ положеніи по преимуществу тяжело раненые. Сколько ихъ осталось и какова была ихъ судьба, о томъ знаютъ Манчжурскіе сопки да, пожалуй, японцы, занявшіе оставленныя нами позиціи. Одну исторію оставленнаго на полѣ брани раненаго я правую себѣ разсказать здѣсь.

Какъ я уже упоминалъ, послѣ 2/х бой на Шахъ кончился. Полкъ расположился въ дер. Эрдогу и сталъ изъ-за наступавшихъ холодовъ и морозныхъ ночей зарываться въ землянки. 12/х утромъ казаки доставили въ полкъ раненаго въ бою 1/х солдата, на котораго они случайно наткнулись во время развѣдки. Раненый лежалъ на носилкахъ и дрожалъ всѣмъ тѣломъ; полуоткрытые глаза его глубоко осѣли въ орбиты; ввалившіяся, темно-сизыя щеки плотно обтянули скуловые кости; синія губы съ грязнымъ налетомъ прижаты были къ зубамъ и, когда раненый дѣлалъ попытки говорить, судорожно сжимались и дрожали; голосъ былъ едва слышенъ; одеревенѣлый языкъ съ трудомъ повиновался; руки неподвижно покоились по сторонамъ туловища. На одной изъ щекъ, на шеѣ, на груди, на животѣ и на бедрахъ имѣлись коготыя раны съ краями, расходившимися въ видѣ ромба. На лѣвомъ предплечьѣ была сквозная пулевая рана. Лѣвая голень была сильно опухшая, темнаго цвѣта (омертвѣніе); въ серединѣ ея находилась сквозная пулевая рана съ переломомъ большеберцовой кости, нижній конецъ которой торчалъ наружу. Отогрѣвшись и подкрѣпившись чаемъ и куреніемъ (отъ всего остального онъ упорно отказывался), вотъ что разсказалъ намъ этотъ страдалецъ. 1/х онъ былъ раненъ въ ногу, пролежалъ нѣкоторое время въ окопѣ и здѣсь вновь былъ раненъ въ руку. Видя, что рота его отступаетъ, онъ крѣпко выбрался изъ окопа и поползъ, испытывая неимоверныя боли въ раненой ногѣ. Роту свою онъ однакоже сразу потерялъ изъ вида. Съ наступленіемъ темноты добрался до галяноваго поля. Дальше ползти не было силъ. Здѣсь онъ и пролежалъ до 12/х, т. е. 11 дней. Колотыя раны, говорилъ онъ, нанесены ему были уже раненому мародерами, съ цѣлымъ ограбленіемъ. «Мимо меня проходили роты японскихъ солдатъ; никто меня не тронулъ. Думали, вѣрно, что я уже убитъ. Только попозже подошли ко мнѣ 4 по виду японца и стали штыками колоть меня; обшарили карманы, отобрали кошелекъ съ деньгами и табакъ и ушли». Какой-то сострадательный катаетъ, случайно набрѣвшій на него, первые дни приносилъ ему воду и раза 2 принесъ поѣсть. Потомъ онъ уже болѣе не приходилъ, и все остальное время раненый пролежалъ одинъ въ полѣ, защищаясь отъ холодныхъ октябрьскихъ ночей солдатской шинелью, насквозь мокрой отъ дождей, да пропитанной кровью рубахой....

И. Крайндель.

(Окончаніе слѣдуетъ).

## Новое физиологическое отдѣленіе Неаполитанской зоологической станціи.

Въ планѣ этой замѣтки не входитъ обсужденіе вопроса о значеніи и задачахъ сравнительной физиологіи; цѣль ея чисто практическая: познакомить соотечественниковъ, интересующихся этою областью, а въ частности физиологіей морскихъ животныхъ, со средствами новаго, только-

что заканчивающегося оборудованіем, физиологическаго отдѣленія Неаполитанской зоологической станціи и съ условіями работы въ немъ.

Старое физиологическое отдѣленіе, существовавшее со времени основанія Неаполитанской станціи, т. е. съ 1872 г., не только по тѣснотѣ помѣщенія (3—4 комнаты для физиологіи и физиологической химіи), но и по отсутствію многихъ физиологическихъ и химическихъ приборовъ не отвѣчало современнымъ требованіямъ. Однако, только въ самое послѣднее время, директору станціи, проф. А. Dohrn'у удалось получить отъ Германскаго правительства субсидію въ 300000 фр. на постройку физиологической лабораторіи (этихъ денегъ не вполне хватило, поэтому отпущено дополнительно еще 10000 фр.).

Новый физиологическій корпусъ, представляющій собою 3-этажное зданіе (33,8 л. длины, 23,7 м. ширины), соединяется съ главнымъ зданіемъ станціи посредствомъ 2-хъ крыльевъ, ограничивающихъ внутренній дворъ. Какъ въ этихъ крыльяхъ, такъ и въ новомъ корпусѣ нѣкоторыя комнаты отведены для зоологовъ и ботаниковъ. Собственно физиологическая лабораторія занимаетъ 2-ой этажъ зданія и часть 1-го; другая часть этого послѣдняго занята механической мастерской. 3-ій этажъ предназначенъ для химической лабораторіи.

Въ физиологическомъ отдѣленіи съ лестницы входъ ведетъ въ большую залу, предназначенную для работъ съ пишущими приборами. (Въ ближайшемъ будущемъ лабораторія будетъ располагать «пантокимографомъ» *Engelmann'a*, большимъ кимографомъ, построеннымъ по принципу *Hering'a*; подобный же приборъ, но меньшихъ размѣровъ, имѣется въ лабораторіи уже въ настоящее время, какъ кимографъ *Straub'a* и пр.). Здѣсь, кромѣ необходимыхъ столовъ, этажерокъ для препаратовъ и книгъ и пр. находятся 2 большихъ бассейна (2 м. длины, 1 м. ширины и 50 см. высоты; бассейны стеклянные въ металлической рамѣ; дно ихъ мраморное); одинъ бассейнъ—нѣсколько меньшихъ размѣровъ и одинъ совсѣмъ небольшой (1 м. длины и по 40 см. ширины и высоты). Этотъ послѣдній предназначенъ для работъ съ ядовитыми веществами: вода изъ него стекаетъ въ общій водопроводный стокъ, а не поступаетъ, какъ изъ остальныхъ бассейновъ станціи, въ машинное отдѣленіе, откуда, уже насыщенная воздухомъ, она снова распределяется по всему аквариуму (станція обходится одной и той же водой до 3-хъ недѣль). Кромѣ того, если бы для фармакологическихъ работъ потребовались животныя болѣе крупныхъ размѣровъ, для которыхъ только-что описанный бассейнъ былъ бы малъ, то отъ каждаго изъ большихъ бассейновъ, находящихся въ этомъ залѣ, морская вода можетъ быть отведена въ общій стокъ. Стоящія здѣсь же препаровальные столы выложены кафелемъ, что даетъ, конечно, возможность держать ихъ въ образцовой чистотѣ.

4-ая комната проходная; тутъ же подъемная машина, идущая черезъ всѣ этажи.

Въ 5-ой комнатѣ, отчасти предназначенной для служителей (но квартира, таковыхъ на станціи, вообще нѣтъ), находится одинъ бассейнъ для фармакологическихъ работъ, подобный описанному выше, и другой безъ проточной воды, но съ приспособленіемъ для ея продуванія, если желаютъ пользоваться въ специальныхъ цѣляхъ той же водой болѣе или менѣе продолжительное время.

Изъ залы для графическихъ работъ дверь ведетъ въ операционную со свѣтомъ, падающимъ сверху. Отъ лестницы операционная отдѣлена стеклянной стѣной; впрочемъ, въ этой послѣдней есть на лестницу двери. Въ этой большой комнатѣ стоятъ 2 большихъ бассейна (величина та же, что и бассейновъ въ залѣ 3-й) и 2 операционныхъ стола. Столы обиты свиномъ, имѣютъ высокие края и стокъ для воды, пропускаемой при искусственномъ дыханіи. Что касается разнообразныхъ ставковъ, употребляемыхъ въ физиологическомъ отдѣленіи Неаполитанской станціи для перевязыванія во время операций различныхъ видовъ морскихъ животныхъ, то ихъ описаніе желающіе могутъ найти въ книгѣ *v. Uexküll'a*: *Leitfaden in das Studium der experimentellen Biologie der Wassertiere*. Wiesbaden, 1905 г. (стр. 81 и сл.).

6-ая и 7-ая комнаты предназначены для завѣдующаго физиологическимъ отдѣленіемъ; 8-ая—проходная. 9-ая—со шкафами; здѣсь хранятся различные физиологическіе приборы и, кромѣ того, находится небольшая бібліотека (наиболѣе необходимыя справочныя книги). Комнаты 10-ая, 11-ая, 12-ая, 13-ая, 14-ая и 15-ая предназначены для занимающихся. Комнаты 16-ая, 17-ая и 20-ая въ распоряженіи зоологовъ. Каждая изъ нихъ имѣетъ двойной бассейнъ: верхній, стеклянный, въ металлической рамѣ, нижній, деревянный, обитый свиномъ; края съ морской и прѣсной водой, газъ. Освѣщеніе, какъ и по всей станціи, электрическое. Кромѣ того, здѣсь имѣется необходимая мебель, какъ то: письменный столъ, небольшой простой столъ, этажерка для книгъ и пр.

Съ 2-хъ сторонъ только-что описанный этажъ зданія опоясанъ балкономъ (*Loggia*); высота его равняется 2-мъ этажамъ; такимъ образомъ онъ отнимаетъ нѣкоторую часть помѣщенія и у физиологическаго, и у химическаго отдѣленія.

Часть 1-го этажа, какъ уже было упомянуто, также принадлежитъ физиологической лабораторіи, въ распоряженіи которой здѣсь имѣется 6 комнатъ. 1 изъ нихъ предназначена для работъ съ гальванометромъ, 2-ая отведена подъ приборъ *Zuntz'a* <sup>1)</sup> для

изслѣдованія газоваго обмѣна у водныхъ животныхъ, 3-ья—для калориметрическихъ работъ съ морскими животными и, наконецъ, 2 послѣднія специально приспособлены для капиллярнаго электрометра.

Перечисленіе всѣхъ приборовъ, имѣющихся въ распоряженіи физиологическаго отдѣленія, заняло бы слишкомъ много мѣста и не вполне отвѣчало бы цѣли, такъ какъ отдѣленіе еще не закончено устройствомъ, въ планъ котораго входитъ и увеличеніе числа приборовъ. Со временемъ предполагается издать описъ инструментовъ; въ настоящее же время администрація станціи проситъ обращаться съ запросами къ завѣдующему отдѣленіемъ д-ру *Burian'у* <sup>1)</sup>. Кромѣ того, нужно имѣть въ виду, что станція не отказывается отъ выписки или изготовленія (въ распоряженіи физиологической лабораторіи есть специалистъ-механикъ) и новыхъ приборовъ, согласно желанію занимающихся, если только стоимость ихъ не заставитъ выходить лабораторію изъ бюджета. Но при годовомъ бюджетѣ Неаполитанской зоологической станціи болѣе чѣмъ въ 250000 фр. и при искреннемъ желаніи ея администраціи имѣть въ своемъ распоряженіи отъчастию современнымъ требованіямъ физиологическую лабораторію, едва ли въ этомъ направленіи могутъ встрѣтиться серьезныя препятствія.

Что касается препаровальныхъ и хирургическихъ инструментовъ, то таковые должны быть приобретаемы самими занимающимися (самое лучшее привозить инструменты съ собой: въ Италіи они гораздо дороже, чѣмъ, напр., въ Германіи). Макроскопъ нужно имѣть также свой.

Станція озабочена въ настоящее время изготовленіемъ специально для физиологическаго отдѣленія соответственныхъ микроскопическихъ препаратовъ и рисунковъ. Избраны тѣ животныя, на которыя замѣчается среди физиологовъ наибольшій спросъ (*Eledone*, *Sipunculus* и др.).

Весъ 3-й этажъ отведенъ подъ химическое отдѣленіе, приспособленное какъ для физиолого-химическихъ, такъ и для чисто-химическихъ работъ. Расположеніе комнатъ здѣсь то же, что и во 2-мъ этажѣ.

Въ большой залѣ находятся 3 двойныхъ химическихъ стола, рассчитанные каждый на 4 чел., а всего, слѣд., на 12 занимающихся. Здѣсь же помѣщаются 2 вытяжныхъ шкафа и вдоль наружной стѣны 3 длинныхъ стола для работъ съ болѣе громоздкими приборами.

Комната 4-ая—проходная. 5-ая—для химическихъ вѣсовъ (лабораторія имѣетъ ихъ 2 пары). 6-ая предназначена для перегонки подъ уменьшеннымъ давленіемъ. 7-ая—для анализова газова крови. 8-ая—для перегонки и титрованія при опредѣленіи азота по *Kjeldahl'ю*; сжиганіе же веществъ при опредѣленіи азота по *Kjeldahl'ю* или для другихъ цѣлей производится въ соседней комнатѣ (9-й), гдѣ находятся 2 вытяжныхъ шкафа; въ этой же комнатѣ производится элементарный органическій анализъ. Комнаты 10-ая и 11-ая для завѣдующаго отдѣленіемъ. 12-ая, 14-ая и 15-ая—для занимающихся. Обстановка въ нихъ, включая и двойные бассейны, та же, что и въ соответствующихъ помѣщеніяхъ физиологическаго отдѣленія. Комната 13-ая предназначена для физико-химическихъ изслѣдованій. 16-ая—для оптическихъ приборовъ. Въ комнатѣ 17-ой находятся термостаты и качательные приборы. Комнаты 18-ая и 19-ая—химическая кладовая; 20-ая—для служителей. Комната 2-ая, приходящая надъ операционной физиологическаго отдѣленія, не имѣетъ крыши и представляетъ своего рода внутренній дворъ, предназначенный для работъ съ аммиакомъ, стѣнной кислотой и т. п.

Большую часть реагентовъ химическая лабораторія предоставляет въ распоряженіе занимающихся безплатно. Однако, немалѣнко высокая пошлина даже на самыя обыкновенныя вещества (напр., 4 фр. 25 с. килгр. зеира, на тоже количество алкоголя 2 фр. 25 с. и азотно-кислаго серебра—5 фр.) заставляютъ лабораторію ограничивать количество нѣкоторыхъ изъ отпускаемыхъ веществъ. Такъ, въ мѣсяцъ на каждаго занимающагося выдается по 2 килгр. безводнаго и 90% алкоголя и зеира, по 1 килгр. наиболѣе обыкновенныхъ органическихъ растворителей, какъ-то: бензола, хлороформа и пр., и только 5 гр. хлористого платины, 3 гр. хлористаго золота, 50 гр. азотнокислаго серебра и т. д. Дорого стоящіе органическіе препараты приобретаются самими занимающимися. Посуда и приборы выдаются безплатно. Относительно подробностей слѣдуетъ обращаться къ завѣдующему химическимъ отдѣленіемъ д-ру *Henze*.

Что касается животныхъ и ихъ выбора, то въ настоящее время по поводу этого необходимо предварительно списаться или съ завѣдующимъ соответствующимъ отдѣленіемъ, или съ консерваторомъ станціи д-ромъ *Lo Bianco*. Надо имѣть въ виду, что въ доставкѣ занимающимся животнымъ станція ставитъ нѣкоторыя ограниченія, которыя, естественно, касаются только физиологовъ и физиолого-химиковъ, часто требующихъ для своихъ работъ большое количество животныхъ, а именно: только въ совершенно исключительныхъ случаяхъ расходъ по животнымъ можетъ достигать 100 фр. въ мѣсяцъ; все, что будетъ истрачено станціей сверхъ этого, относится на счетъ работающаго. Эта мѣра вызвана тѣмъ, что многія формы животныхъ, на которыя замѣчается спросъ у физиологовъ, вообще рѣдки; другія въ опредѣленное время года почти не ловятся, или доставка ихъ обходится станціи слишкомъ дорого; третьи выживаютъ въ неволѣ, въ особенности послѣ операций, только въ опредѣленную эпоху года и т. д. Поэтому необходимо согласовать выборъ животнаго, а также свой пріездъ въ Неаполь со всѣми этими указаніями.

<sup>1)</sup> *Zuntz*, N. Ein Respirationsapparat für Wassertiere. «Archiv für Anatomie und Physiologie», 1901 г., стр. 543.

<sup>1)</sup> Адресъ станція: Napoli. Stazione zoologica.



Со временемъ станція намѣрена издать для физиологовъ каталогъ животныхъ, въ которомъ будутъ приведены свѣдѣнія относительно того, очень-ли рѣдокъ тотъ или другой видъ животного, рѣдокъ-ли онъ, или обыкновененъ, въ какое время года его легче всего достать и пр. Этимъ несомнѣнно облегчится для желающихъ работать въ Неаполѣ заглавный выборъ того или иного животного для опытовъ.

Русское правительство арендуетъ у проф. *Dohrn*'а 4 стола (ежегодная стоимость каждого 2500 фр.). Распределеніемъ ихъ (на самые разнообразныя сроки) заведуетъ Министерство народнаго просвѣщенія.

Изъ сдѣланнаго краткаго описанія физиологическаго отдѣленія Неаполитанской зоологической станціи видно, какимъ богатымъ, образцово-устроеннымъ научнымъ пособиемъ обогатилась физиологія и какъ широко можетъ быть поставлено здѣсь—сравнительно—физиологическое изслѣдованіе. Успѣху дѣла, несомнѣнно, будетъ способствовать и то, что отдѣленіе имѣетъ достаточный ученый персоналъ: д-ръ *Burian*—ч. пр. физиологіи, д-ръ *Hense*—ч. пр. химіи; кромѣ того д-ръ *Burian* имѣетъ еще помощника, и въ его же распоряженіи состоитъ специалистъ-механикъ; при отдѣленіи состоятъ 3 служителя. По всей вѣроятности физиологическое отдѣленіе Неаполитанской станціи останется въ Европѣ единственнымъ въ своемъ родѣ.

Сколько мнѣ извѣстно, ни одна изъ нашихъ 3-хъ станцій [Севастопольская, Мурманская и Вилла-Франкская на Средиземномъ морѣ <sup>1)</sup>] не приспособлена для физиологическихъ работъ. Единственная возможность вести на нихъ физиологическія изслѣдованія—это привозить на станцію всѣ необходимые приборы съ собой, что нѣкоторыми физиологами и дѣлается. Однако, неудобство этого способа и непримѣнимость его во многихъ случаяхъ очевидны сами собой. Если о физиологическомъ отдѣленіи по образцу Неаполитанской станціи нашимъ русскимъ станціямъ въ настоящее время бесполезно и мечтать, то нѣкоторыя, хотя-бы небольшія, а, слѣд. и не дорого стоющія начинанія въ этомъ направленіи были-бы болѣе чѣмъ желательны.

Б. Бабкинъ.

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

Физиологія и общая патологія. 452. Д-ръ *Richard C. Cabot* (Boston) указываетъ на нѣкоторыя не общепринятныя причины исхуданія. Такъ, напр., потеря вѣса (постепенная или внезапная) часто наблюдается какъ одно изъ проявленій старости у лицъ, перешедшихъ за средній возрастъ. Этотъ видъ исхуданія часто сочетается съ артерioskлерозомъ и, быть можетъ, обуславливается имъ или-же сопутствуетъ ему, какъ слѣдствіе еще какой-либо 3-ей (неизвѣстной) причины. Быстрый приростъ вѣса, часто наблюдающійся у растущихъ дѣтей и у выздоравливающихъ отъ истощающихъ болѣзней, не стоитъ въ непосредственной связи съ избыткомъ питаніемъ и можетъ происходить даже, когда подвозъ пищи бываетъ далеко ниже нормы. Приростъ въ этомъ случаѣ долженъ быть отнесенъ къ необычайно быстрому росту кѣловокъ, зависящему на первомъ мѣстѣ отъ повышенной энергіи роста *въ самихъ клеткахъ*. Что причины, связанныя съ половыми органами, также могутъ оказывать вліяніе на питаніе, это доказываютъ измѣненія въ объемѣ тѣла и фигурѣ послѣ родовъ и прекращенія мѣсячныхъ. Примѣрами важной роли *внутреннихъ отдѣленій* въ поддержаніи правильнаго питанія или нарушеніи его служатъ: исхуданіе при *Graves*'овой болѣзни, увеличеніе вѣса при *слизистомъ отека* и особенно мѣстныя гипертрофіи при акромегалии и болѣзни *Paget*'а. На возможное вліяніе *бесконницы* на вѣсъ тѣла наводитъ наблюдающееся нерѣдко исхуданіе при анеміяхъ, когда больной почти совсѣмъ не можетъ спать изъ-за болей, въ то время, какъ позывъ на ѣду остается сохраннымъ (The Journal of the American Medical Association, № 11).

В. Дитманъ.

<sup>1)</sup> По богатству фауны Вилла-Франкская станція подходитъ къ Неаполитанской; Севастопольская гораздо бѣднѣе ея; Мурманская же располагаетъ богатой и своеобразной фауной.

453. Э. И. Смирловскій изслѣдовалъ *дѣйствіе соляной кислоты на разныя бѣлковыя вещества* (желатину, свернутые сухіе и влажные бѣлки лошадиной сыворотки, казеинъ коровьяго молока, кристаллическій гемоглобинъ лошадиной крови и альбумозы, выдѣленные изъ пептона *Witte*) и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ.

При продолжительномъ настанаваніи этихъ бѣлковъ съ 0,5% HCl при 36°—38° Ц. въ противоположной средѣ и безъ доступа протеолитическихъ энзимъ они гидролизуются, подобно тому, какъ это бываетъ съ ними подъ вліяніемъ дѣйствія пепсина при кислой реакціи, именно съ полученіемъ въ итогѣ простѣйшихъ продуктовъ бѣлковаго распада, какъ, напр., моно-аминокислотъ. Гидролизъ бѣлковъ, производимый одной HCl, можетъ быть болѣе или менѣе глубокой: свернутые альбуминъ и глобулинъ лошадиной сыворотки послѣ 100-дневнаго дѣйствія HCl дали такое количество продуктовъ гидратации типа моно-аминокислотъ, что въ нихъ находилось около 20% N по отношенію къ N всего взятаго вещества; гемоглобинъ-же лошадиной крови далъ около 35% N моно-аминокислотъ. При такомъ гидролизѣ получаются какія-то соединенія моно-аминокислотъ, не осаждающіяся или плохо осаждающіяся фосфорно-вольфрамовой кислотой (въ противоположность полипептидамъ *E. Fischer*'а) и очень легко расщепляющіяся, съ образованіемъ свободныхъ моно-аминокислотъ, при кипяченіи ихъ съ 20% H<sub>2</sub>SO<sub>4</sub> или HCl. Гидролитическое дѣйствіе 0,5% HCl на различныя бѣлковыя вещества различны по силѣ: такъ, напр., при 150-дневной гидратации желатинъ не было получено вовсе свободныхъ моно-аминокислотъ. Высушивание свернутыхъ бѣлковъ ускоряетъ начальныя стадіи гидролиза и не вліяетъ на быстроту дальнѣйшихъ его стадій. При перевариваніи бѣлковъ пепсиномъ въ присутствіи HCl послѣдняя является самостоятельнымъ гидролитическимъ началомъ, при чемъ такое дѣйствіе въ сильной степени усиливается бродиломъ, какъ катализаторомъ. Опыты автора подтверждаютъ сообщенныя раньше данныя *Fr. Goldschmidt*'а и проф. *Д. М. Лаврова* относительно дѣйствія HCl на бѣлки при температурѣ тѣла и значенія этого дѣйствія при перевариваніи бѣлковъ пепсиномъ (къ вопросу о дѣйствіи разведенной соляной кислоты на бѣлковыя тѣла. Юрьевская диссертация, 1906 г.). В. Б.

Физиологія. 454. *Georg Assmann* предлагаетъ *новый способъ окраски крови и тканей эозиновокислой метиленовой синькой*, представляющей то преимущество, что онъ даетъ какъ при окраскѣ крови, гноя, мокроты, мочевыхъ осадковъ, такъ и срѣзовъ тканей всегда равномерно и хорошо окрашенные препараты. Окраска намазанныхъ препаратовъ производится слѣдующимъ образомъ:

1) Предметное стекло съ намазаннымъ тонкимъ слоемъ матеріала помѣщается въ чистую чашку *Petri*; на него наливаютъ 40 капель обываго раствора краски *May* и *Grünwald*'а (насыщенный растворъ эозиновокислой метиленовой синьки въ метиловомъ спиртѣ) такъ, чтобы краски не переливались черезъ край предметнаго стекла. Для закрѣпленія и окраски оставляютъ краску дѣйствовать 3 минуты. 2) Препараты затѣмъ обливаютъ 20-ю к. стм. перегнанной воды, къ которой заранее прибавлено было 5 капель 0,1% раствора углекислаго калия; жидкость въ чашкѣ перемѣшиваютъ встряхиваніемъ до тѣхъ поръ, пока не получится прозрачная, не содержащая осадка сѣтло-фиолетовая жидкость; въ послѣдней препаратъ остается 5 минутъ. 3) Препараты вынимаютъ, сушатъ (безъ ополаскиванія) и закрѣпляютъ. Окраска срѣзовъ производится такъ, что краску не оставляютъ дѣйствовать 3 минуты, а сейчасъ же прибавляютъ воды, къ которой вмѣсто углекислаго калия прибавляютъ 5 капель 0,1% раствора уксусной кислоты, и вмѣсто 5 минутъ красятъ 15 минутъ. Срѣзы затѣмъ вынимаютъ, ополаскиваютъ безводнымъ спиртомъ, затѣмъ ксилоломъ, включаютъ въ нейтральный канадскій балзамъ. Примѣняемый для этой цѣли абсолютный алкоголь долженъ поддерживать безводнымъ при помощи слоя прокаленной сѣрнокислой мѣди.

Этотъ способъ окраски представляетъ еще то преимущество, что нейтрофильная зернистость получается отчетливѣе, чѣмъ при окраскѣ по *May* и *Grünwald*'у (Münchener medicinische Wochenschrift, № 28). А. Коварскій.

Фармація. 455. Проф. *W. Jaworski* (Краковъ) предлагаетъ пользоваться *бараньимъ саломъ, какъ масляной массой*. Въ клиникѣ на 52 больныхъ авт. убѣдился, что эти пилюли вовсе не раздражаютъ желудка. Въ водѣ и желудочномъ содержимомъ баранья пилюля плаваютъ на поверхности, а потому быстро съ жидкимъ содержимымъ переходятъ изъ желудка въ кишки. Онѣ не растапливаются и не растворяются въ желудкѣ, такъ какъ въ 11 случаяхъ авт. добылъ ихъ неизмѣненными спустя 1/2—1 час. изъ желудка. Лѣкарства, заключенныя въ бараньихъ пилюляхъ, переходятъ изъ кишекъ въ организмъ. Авт. назначалъ въ бараньихъ пилюляхъ іодистый натрій (4 сл.), сѣрнокислый атропинъ (6 сл.), салициловую кислоту (4 сл.), равно какъ и другія; каломель, подофилинъ, ялапу, гумми-гутти (18 сл.). Во всѣхъ случаяхъ

иода открывался въ мѣстѣ спустя 1—2 час., салициловая кислота тоже чрезъ 1—2 час., расширение зрачковъ наступало чрезъ 2—10 час. Средства, которые слѣдуетъ назначать въ бараньихъ пилюляхъ для того, чтобы онѣ проходили, не раздражая желудка, слѣдующія: препараты мышьяка, ртути, калція, цинка, алюминія, желтый фосфоръ, даже органическія соединенія: бензойная, карболовая, салициловая, дубильная кислоты, коньяскій бальзамъ, кубеба, гуаяколъ и т. д. При прописываніи бараньихъ пилюль слѣдуетъ точно обозначать на рецептѣ точку плавленія, сада—45° Ц., такъ, какъ въ аптекахъ берутъ обыкновенный жиръ, легко растапливающійся въ желудкѣ, въ дѣйствиіе чего лекарство освобождается уже въ желудкѣ. Въ 1 пилюль должно быть не болѣе 0,1 бараньяго сала и лаврового не болѣе такого же количества. Къ пилюлямъ, въ которыхъ входитъ мало лекарствъ, напр. 0,01, хорошо прибавить для лучшаго изготовленія нѣсколько стгрм. безразличнаго порошка (жженая магнезія, порошокъ солодчанаго жорна). Во избѣжаніе спазма пилюль не надо прибавлять порошка (плауна, жженой магнезіи) для посыпанія ихъ (Przeglad lekarski, 4 августа).

**Гигіена.** 456. Д-ръ Roberts (Winchester) обращаетъ вниманіе на возможность вреднаго вліянія подземныхъ электрическихъ проводовъ на водопроводную воду. Авт. наблюдалъ случаи отравленія свинцомъ, при чемъ въ водѣ взятой изъ водопроводнаго крана дома (стояваго особняка), найдено было 0,14 грм. свинца въ 1 галлонѣ (4,54 метра), вода была слегка мутновата. Въ сосѣднихъ домахъ и вообще въ мѣстѣ расположенія той-же сѣти водопроводныхъ трубъ вода была совершенно прозрачна и не содержала слѣдовъ свинца. Внутренняя поверхность свинцово-водопроводной трубы дома, гдѣ жилъ больной, была какъ бы изъѣдена и покрыта толстымъ налетомъ рыхлаго порошка углекислаго свинца. При разслѣдованіи причинъ этого явленія выяснилось, что надъ поврежденной трубой въ 18 дюймахъ проходитъ кабель расположенной близъ электрической станціи, на которой электротехниками была замѣчена потеря электрической энергіи (The British Medical Journal, 20 января).

**Внутреннія болѣзни.** 457. Отмѣчая, что у больныхъ, страдающихъ упорными головными болями, появляющимися утромъ и длящимися нѣсколько часовъ, свертываемость крови понижена, д-ръ Ross (London) совѣтуетъ прибѣгать въ подобныхъ случаяхъ соли калція. Авт. пользовался съ хорошимъ успѣхомъ 48 больныхъ «головными болями лимфатическаго типа» главнымъ образомъ молочно-кислымъ калціемъ, назначая его по 15 гранъ на приемъ 3 раза въ день, передъ ѣдой, въ порошокъ или въ 1 унціи хлороформной воды съ  $\frac{1}{2}$  напай 1-гае сарсиса. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные принимали хлористый калцій также по 15 гранъ въ унціи камфорной воды. Необходимо устранять закрѣпляющее дѣйствіе калція на кишечникъ соевыми слабительными или вытяжкой коры американской крушины. Хотя головныя боли прекращаются уже на 4—10-ый день лѣченія, приемы известковыхъ солей слѣдуетъ продолжать въ легкихъ случаяхъ 3, а въ болѣе тяжелыхъ до 6 недѣль. Авт. замѣтилъ, что и при нѣкоторыхъ другихъ страданіяхъ у лицъ съ пониженной свертываемостью крови, напр. при нейралгіяхъ, соли калція также оказываютъ хорошее вліяніе (The Lancet, 20 января).

458. Проф. Einhorn (New-York) 2 года назадъ предложилъ для опредѣленія двигательной способности желудка и кишечника пользоваться стеклянными шариками (бусами), проглатываемыми больными, а въ настоящее время пользуется бусами для опредѣленія пищеварительной способности желудка и поджелудочнаго сока. Съ этою цѣлью Е. приготовляетъ 6 бусъ (разнаго цвѣта), съ вложенными въ нихъ катгуттомъ, рыбьими костями, сырнымъ мясомъ, картофелемъ съ кожей (варится 2 мин.), бараньимъ жиромъ и зобной железой; послѣдній шарикъ обатывается кусочкомъ марли. Всѣ 6 бусъ помѣщаются въ желатиновую оболочку, которая проглатывается больнымъ вскорѣ послѣ завтрака и обѣда. Испражнения промываются

на ситѣ; найденные шарики обмываются водой, и содержимое ихъ тщательно изслѣдуется. Остатки зобной железы изслѣдуются подъ микроскопомъ на присутствіе ядеръ, исчезающихъ подъ вліяніемъ нормальнаго сока поджелудочной железы. Рыбьи кости (дѣлкомъ перевариваются желудочнымъ сокомъ; если онѣ остались неизмѣненными, у больного—ахилія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ выдѣленія послѣднихъ шариковъ приходится ждать 50—60 часовъ (The Medical Record, 10 февраля).

**Л. Старокадомскій.**  
459. Разбирая вопросъ о вліяніи *уадака* сердечной деятельности у больныхъ дифтеріей, д-ръ Bolton (London) указываетъ на красавку, какъ на лѣчебное вещество, не имѣющее должнаго примѣненія въ этомъ случаѣ. Возбуждающія не приносятъ большой пользы, задерживающія же въ препаратахъ красавки атрофируютъ дѣйствіе раздражающихъ образцовъ на окончанія блуждающаго нерва въ сердечной мышцѣ, устраняя его замедляющее дѣйствіе. Число сокращеній сердца подъ вліяніемъ красавки увеличивается, періодъ систолы удлиняется, а диастолы укорачивается. Одновременно необходимо соблюденіе строгого покоя (The Lancet, 3 февраля).

**Л. Старокадомскій.**  
460. Д-ръ Miesowiczъ примѣнилъ въ Краковской клиникѣ проф. Janowsk'а въ 10 случаяхъ фибринознаго воспаленія легкаго съворотку Römer'a. Послѣдній приготавливаетъ сыворотку, являющуюся смѣсью сыровотки, полученной изъ крови лошадей и барановъ, одѣланныхъ цесарскими члвками къ заболѣванію разными прививками двоеккохъ воспаленія легкаго. Въ 7 случаяхъ авт. выписываетъ сыворотку 1 разъ, въ 3 сл.—по 2 раза. Наибольшая разовая доза — 40, наименьшая — 10 к. стм. Мѣстныхъ разстройствъ въ мѣстѣ выписыванія онъ не наблюдалъ ни разу. Никогда не наблюдалъ рѣзкаго ухудшенія общаго состоянія. Инфильтраты въ отдельныхъ доляхъ легкихъ обычно не измѣнялись. Ни разу авт. не подмѣтилъ благоприятнаго вліянія сыровотки на дѣятельность сердца; напротивъ, въ 3 сл. послѣ выписыванія сыровотки наступили синюха, удушье и неравномерность пульса. Яснаго вліянія сыровотки на температуру тѣла также не подмѣчено. Въ итогъ авт. полагаетъ, что лѣчебное дѣйствіе сыровотки Römer'a при фибринозномъ воспаленіи легкихъ непостоянно; быть можетъ, она окажется полезной въ начальной ступени болѣзни (Przeglad lekarski, 28 июля и 4 августа).

**Хирургическія болѣзни.** 461. Д-ръ Shaw горячо совѣтуетъ хирургамъ пользоваться при производствѣ операций особыми *стальными кольцами*, надѣваемыми на среднія фаланги обоихъ указательныхъ пальцевъ. Кольца снабжены цитовидной пластинкой, покрывающей наружную поверхность фаланги. Движеніямъ пальцевъ при этомъ не мѣшаетъ. Наибольшее значеніе кольца имѣютъ при зашиваніи швовъ и лигатуръ, предохраняя пальцы отъ порѣзовъ нитями. Кроме того, кольца облегчаютъ удерживаніе скользящихъ внутренностей, отдѣленіе срощеній и работу иглой безъ иглодержателя (The Medical Record, 10 февраля).

**Л. Старокадомскій.**  
462. Д-ръ Van d. Hedgesъ наблюдалъ 6-лѣтняго ребенка, проглотившаго упавшую въ его ротъ *открытую* безопасную булавку въ  $1\frac{1}{4}$  д. длины и  $\frac{1}{2}$  д. ширины въ раскрытомъ видѣ. Тотчасъ послѣ происшествія дѣвочка Roentgen'a булавка была обнаружена въ желудкѣ больного; черствастыяскія движенія поворачивали ее. Болѣзненныхъ припадковъ не было. На 5-ый день булавка была видна въ нисходящей ободочной кишкѣ, а на 6-ой день выдѣлилась съ полужидкимъ каломъ. Упомянутыя 2-хъ подобныхъ случаевъ, наблюдавшихся у дѣтей болѣе старшаго возраста, авт. высказываетъ мнѣніе, что при подобныхъ обстоятельствахъ не слѣдуетъ прибѣгать къ хирургическимъ мѣшательствамъ, особенно если есть возможность производить изслѣдованія к-лучами (The Medical Record, 10 марта).

**Л. Старокадомскій.**  
463. Д-ръ Kruszkowski (Львовъ) предлагаетъ *иодонъ* и *хитинонъ*. Иодонъ представляетъ изъ себя желтоватую маслянистую жидкость съ содержаниемъ 80% чистаго іода, легко растворимъ въ алкоголѣ, согревъ и

реформит, труднее — въ прованскомъ маслѣ (1: 2) и въ глицеринѣ (1: 20) и почти не растворимъ въ водѣ. Iодіонъ годенъ только для наружнаго употребленія въ количествѣ 2—4 грм. въ сутки. Втертый въ кожу, онъ вызываетъ опухоль кратковременнаго жженія; отчасти утоляетъ боль. Въ случаяхъ съ температурой выше 38° Ц., гдѣ рожа проявляла склонность къ распространенію, авт. поступалъ слѣдующимъ образомъ. По тщательномъ опорожненіи пицевыхъ путей и обеззараживаніи входныхъ воротъ заразы онъ назначалъ мѣстою холодные компрессы, а внутрь, убѣдившись, что нѣтъ особой чувствительности, давалъ хинина до 0,25 черезъ 6 час. Бude до истеченія сутокъ температура тѣла не понижалась, а рожа распространялась дальше, мѣста, пораженные рожистымъ процессомъ, онъ легко натиралъ ватнымъ тампономъ, пропитаннымъ слѣдующей смесью: Iодіона 25,0, глицерина 5,0, алкоголя 100,0. Въ большинствѣ случаевъ приходилось повторять смазыванія еще 1—2 раза; тогда для возбужденія раздраженія кожи авт. употреблялъ въ 2 раза болѣе слабый раствор Iодіона. Во всѣхъ 15 случаяхъ уже послѣ 1—3 смазываній Iодіономъ при одновременномъ внутреннемъ приложеніи хинина пораженные мѣста блѣднѣли, отечность уменьшалась, и рожа переставала распространяться. Больные въ среднемъ оставались въ больницѣ 10—15 дней. Авт. ни разу не видалъ ни хирургическихъ осложнений, ни отравленій Iодомъ либо хининомъ. 1 случай кончился смертью, при чемъ причиною послѣдней было фибринозное воспаленіе легкаго. По мнѣнію автора, способъ этотъ заслуживаетъ дальнейшей проверки (Lwowski Tygodnik lekarski, 9 августа). С. Островскій.

**Глазные болѣзни.** 464. Д-ръ Pollatzek сообщаетъ Видавельскому Обществу врачей (15/IV 1905 г.) случай воспаления обоихъ зрительныхъ нервовъ, излеченный операцией въ носу.

Возникъ 32 л., за недѣлю до поступленія въ больницу заболѣлъ лихорадочной болѣзью съ сильными головными болями. Всплывъ въ этомъ присоединился тяжелый насморкъ, и въ правой ноздри показался злокачественный гной; головная боль сдѣлалась постоянной. На 4-ый день болѣзни стало падать зрѣніе, и черезъ недѣлю болѣзнь совершенно ослѣпла. Исслѣдованіе глазного дна показало воспаление соска (papillitis) въ обоихъ зрительныхъ нервахъ съ переходомъ въ атрофію. Въ лѣвой ноздрѣ оказался обильный, злокачественный, желтоватый гной. По описанію полости носа, показавшейся гноемъ въ обонятельной щели. Удаливъ заднюю стенку раковины, вскрыли и высосали острой ложечкой заднюю клетку решетчатой кости, оказавшаяся наполненной злокачественнымъ гноемъ; на другой день вскрыли и клиновидную пазуху, изъ которой также выдѣлился гной. Дальнѣйшее леченіе состояло въ сухомъ обеззараживаніи полостей. Тамъ же временно стало восстанавливаться зрѣніе, и черезъ 3 недѣли почти полная острота зрѣнія поднялась на правый глазъ до  $\frac{1}{12}$ , а на лѣвый — до  $\frac{1}{20}$ .

Д-ръ Babinъ указываетъ на то, что подобные случаи обыкновенно происходятъ съ разсѣиваніемъ мозговой опухоли, такъ какъ известно, что въ 90% двусторонняго воспаления соска зрительнаго нерва причиною болѣзни является опухоль мозга, и болѣе предоставляется своей участи. Необходимо, стало-бытъ, во избежъ такихъ случаевъ застояваго соска, гдѣ несомнѣнныхъ признаковъ опухоли мозга нѣтъ на лицо, искать нагноенія въ придаточныхъ полостяхъ носа (P-ster medizinisch-chirurg. Presse, № 2; Woch. f. Ther. u. Hyg. des Auges, 1 февраль). Р. Кауцъ.

465. Д-ръ Rad указываетъ на внезапную слѣпоту отъ злокачественнаго воспаления зрительнаго нерва, какъ на ранній примѣдокъ множественнаго склероза, ссылаясь на наблюденія Bruns'a, Frank'a, Oppenheimer'a и E. Müller'a и приводя изъ своихъ собственныхъ наблюденій слѣдующіе 4 случая.

1. У больной, 28 л., 8 лѣтъ назадъ совершенно внезапно ослѣпо въ значительной степени зрѣніе на обоихъ глазахъ. Въ глазной клиникѣ было распознано тогда злокачественное воспаление зрительныхъ нервовъ. Черезъ 14 дней наступило существенное улучшеніе зрѣнія. 8 лѣтъ послѣ того она была здорова и работоспособна, и лишь затѣмъ у нея появились двоеніе, головные боли, головокруженіе и затрудненіе въ ходбѣ. Произведеніе тѣмъ временемъ роды быстро ухудшили состояніе больной. Исслѣдованіе обнаружило на обоихъ глазахъ атрофію зрительнаго нерва, преимущественно височной его части, судорожный парезъ ногъ, потерю брюшнораскрывныхъ рефлексовъ и недержаніе мочи.

2. 27-лѣтняя дѣвушка внезапно перестала видѣть лѣвымъ глазомъ, а дней 2 послѣ — и правымъ. Исслѣдованіе обнаружило центральную слѣпоту въ полѣ зрѣнія обоихъ глазъ; распознано было злокачественное воспаление зрительныхъ нервовъ. Черезъ  $\frac{1}{2}$ -

года наступили головные боли, головокруженіе и быстрая утомляемость ногъ. Исслѣдованіе показало въ обоихъ глазахъ легкое поблѣднѣніе височной части зрительно-нервныхъ сосковъ, при небольшомъ наставѣ; рѣчь была нѣсколько замедлена, ноги слегка парализованы, коленные рефлексы и рефлексы стопы повышены. Брюшныхъ рефлексовъ не получалось вовсе. Мочеиспусканіе затруднено.

3. У 37-лѣтней женщины произошло 2 быстро слѣдовавшее другъ за другомъ упадка зрѣнія на обоихъ глазахъ, при чемъ распознано было злокачественное воспаление зрительныхъ нервовъ. 2 года спустя появились уже признаки множественнаго склероза въ сочетаніи съ истерическими явленіями. Исслѣдованіе, произведенное черезъ 5 лѣтъ послѣ наступленія зрительныхъ расстройствъ, показало сильное поблѣднѣніе сосковъ зрительныхъ нервовъ при дов. хорошемъ зрѣніи, ясно стандартизовану рѣчь, резко выраженное дрожаніе при произвольныхъ движеніяхъ, судорожный парезъ ногъ съ повышенными рефлексами колѣна и стопы и признаки Babinsk'аго. Имѣлось также легкое недержаніе мочи. На лѣвой сторонѣ всѣ явленія были выражены сильнѣе. Брюшныхъ рефлексовъ не было.

4. 25-лѣтняя дѣвушка внезапно ослѣпла на лѣвый глазъ, а потомъ и на правый. Слепота была полная, въ глазномъ же днѣ измѣненій не оказалось. Распознано было злокачественное воспаление зрительныхъ нервовъ. Нѣсколькими днями спустя явилось умопомѣшательство съ своеобразнымъ расстройствомъ рѣчи (словесной слѣпотой). Черезъ 6 дней умопомѣшательство исчезло; расстройство же рѣчи продержалось еще 2 недѣли. Мало по малу стало улучшаться зрѣніе, и черезъ 2 мѣс. оно на правомъ глазу поднялось до нормы, а на лѣвомъ — до  $\frac{1}{4}$ , противъ нормы. Исслѣдованіе глазнымъ зеркаломъ обнаружило въ обоихъ глазахъ начинающуюся атрофію сосковъ; въ полѣ зрѣнія оказались центральныя скотомы. Годъ спустя больная жаловалась на головные боли, головокруженіе и тягостныя парестезіи въ правой  $\frac{1}{2}$  тѣла, а черезъ  $\frac{1}{2}$ -года послѣ того оказались уже и временное затрудненіе въ мочеиспусканіи, и сильная утомляемость въ правой ногѣ, и повышеніе коленныхъ рефлексовъ, при почти полномъ отсутствіи брюшныхъ. Исслѣдованіе глазъ обнаружило къ этому времени уже ясно выраженную атрофію зрительныхъ нервовъ. Острота зрѣнія на правомъ глазу понизилась до  $\frac{1}{12}$ , на лѣвомъ — до  $\frac{1}{24}$ . Поле зрѣнія концентрически сужено; скотомъ не оказалось.

Приведенными случаями подтверждается и наблюденіе Peters'a, по которому злокачественное воспаление зрительныхъ нервовъ, какъ ранній примѣдокъ множественнаго склероза, наступаетъ преимущественно у женщинъ, въ возрастѣ 15—35 л. (München. med. Woch., № 4; Woch. f. Ther. u. Hyg. des Auges, 22 февраля). Р. Кауцъ.

466. Д-ръ Mills сообщаетъ случай V-образнаго разрыва сосудистой оболочки въ области желтаго пятна съ сохраненіемъ нормальной остроты зрѣнія.

Молодой человекъ, 19 л., получилъ ударъ въ правый глазъ при игрѣ въ мячъ. 2 дня спустя исслѣдованіе показало умѣренное налитіе сосудовъ вокругъ роговицы, расширеніе зрычка и кровоизлияніе въ нижней  $\frac{1}{3}$  передней камеры. Въ стекловидномъ тѣлѣ плавали обильныя мутности, и отъ зрѣнія сохранилось лишь количественное свѣтоощущеніе. При лѣченіи атропиномъ, повязкой и Iодистымъ калѣмъ, состояніе глаза стало постепенно улучшаться, и годъ спустя исслѣдованіе зеркаломъ обнаружило совершенно прозрачныя среды. На днѣ глаза видѣлись разрывъ сосудистой оболочки въ видѣ буквы V; между ножками которой помѣщалась незадѣтое желтое пятно. Острота зрѣнія оказалась нѣсколько выше  $\frac{20}{30}$  — почти такой-же, какой она была до поврежденія [Archiv f. Augenheilkunde, LII, 3; по сокращенному переводу съ англ. изданія]. Р. Кауцъ.

467. Д-ръ Stirling описываетъ случай слѣпоты на оба глаза отъ сильной потери крови послѣ извлеченія зуба.

Произошелъ этотъ случай съ 4-лѣтнимъ ребенкомъ, который, какъ въслѣдствіе вывиха, былъ одержимъ кровоточивостью. Сильное кровотеченіе, наступившее у него послѣ извлеченія зуба, продолжалось нѣсколько дней и чуть было не кончилось смертью. Когда къ ребенку вернулось сознаніе, обнаружилась полная слѣпота на оба глаза. Черезъ 2 недѣли зрѣніе возстановилось, но въ незначительной степени. Такии-же или почти такии оно оказалось и 2 года спустя, когда исслѣдованіе показало на обоихъ глазахъ способность считать пальцы лишь съ разстоянія 6 дюймовъ. Поле зрѣнія было сужено до 15°—20°. Цвѣта не различались. Зрачки были широки и почти совершенно не отвѣчали на свѣтъ. Зрительно-нервные соски были блѣды и частично атрофированы, со слѣдами бывшаго воспаления. Мальчикъ имѣлъ видъ малокровнаго (Ophthalmic Review, 1904; Archiv für Augenheilk. LII, 4). Р. Кауцъ.

468. Д-ръ Bichelonne сообщаетъ рѣдкій случай воспаления обоихъ зрительныхъ нервовъ послѣ острой катаральной жабы у молодого человека, 22 л. Слепота длилась 6 мѣс., послѣ чего зрѣніе стало возстановляться, и въ 1  $\frac{1}{2}$  мѣс. наступило полное выздоровленіе. Въ литературѣ описаны лишь 4 случая воспаления зрительныхъ нервовъ при катаральной жабѣ (Annales d'oculistique, CXXXII, Arch. f. Aug., LII, 4). Р. Кауцъ.

469. На Съездѣ глазныхъ врачей въ Heidelberg'ѣ д-ръ *Nedden* сдѣлалъ сообщеніе о проясненіи известковыхъ и свинцовыхъ помутнѣній роговой оболочки. Подобно *Guilley*, авт. наблюдалъ значительное улучшеніе отъ хлористаго аммоніа: изъ 7 случаевъ, известковыхъ отложений такое улучшеніе дали 2. Еще большее улучшеніе авт. получалъ отъ виннокислосинюслаго аммоніа: въ 1 случаѣ отъ ежедневнаго примѣненія этой соли, 3 раза въ день по  $\frac{3}{4}$  часа, почти совершенно прояснилось густое помутнѣніе роговой оболочки отъ свинцовыхъ отложений, и острота зрѣнія значительно повысилась (По отчету въ *Archiv für Aug.*, LII, 4).

*P. Kauff.*

## ОТЧЕТЫ

### изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденци.

#### 2-ой Съездъ отечественныхъ психіатровъ въ Киевѣ.

(Продолженіе; см. выше, № 30, стр. 937).

Засѣданіе 9-го сентября — вечернее, подъ предсѣдательствомъ д-ра *П. Д. Максимова*.

Проф. *И. А. Сикорскій* и д-ръ *Н. П. Каменевъ* прочли отъ имени 30 членовъ Съезда слѣдующее заявленіе: «Положеніе дѣла призрѣнія душевно-больныхъ въ Киевѣ находится въ печальномъ состояніи. Домъ для умалишенныхъ, построенный по плану *И. М. Балинскаго* на 120 больныхъ, въ настоящее время включаетъ въ себя до 600 и болѣе больныхъ. Зданіе первоначально было проектировано по опредѣленному плану и штатамъ, но затѣмъ этотъ планъ былъ измѣненъ безъ вѣдома *И. М. Балинскаго*; штатъ служащихъ съ директоромъ во главѣ и съ выдѣленіемъ психіатрическаго отдѣленія въ самостоятельное учрежденіе не былъ осуществленъ и, вмѣсто того, все было оставлено въ вѣдѣніи старшаго врача мѣстныхъ богоугодныхъ заведеній по типу приказныхъ больницъ. Постройка Винницкой окружной больницы еще болѣе ухудшила положеніе психіатрическаго отдѣленія въ Киевѣ, такъ какъ заботы *М. В. Д.* окончательно перешли отъ Киева къ Винницѣ и другимъ городамъ. Предполагаемое и обѣщанное словесно и письменно бывшимъ директоромъ медицинскаго Департамента *Л. Ф. Рагозинымъ* улучшеніе психіатрическаго отдѣленія въ Киевѣ осталось не исполненнымъ. Деревянные павильоны психіатрическаго отдѣленія, выстроенные въ 1874 г., вслѣдствіе отсутствія капитальнаго ремонта въ теченіи почти 30 лѣтъ, пришли въ настоящее время почти въ полное разрушеніе. При отсутствіи Земства въ Киевской губ. (оно только введено) дѣло призрѣнія душевно-больныхъ стоитъ печально. Независимо отъ сказаннаго, въ Киевѣ не существуетъ никакой организаціи для подачи амбулаторной помощи. Столь печальное положеніе дѣла въ большомъ городѣ побуждаетъ нижеподписавшихся членовъ Съезда обратиться къ Съезду съ просьбой взять на себя инициативу учрежденія въ Киевѣ «Общества попеченія о душевно-больныхъ». Авторитетъ столь высокаго Собранія, какъ 2-ой Съездъ отечественныхъ психіатровъ и фактъ участія членовъ въ учрежденіи самого Общества можетъ оказать самое благотворное вліяніе какъ на частно-общественный починъ и участіе, такъ равно не можетъ не оказать воздѣйствія и на административныя сферы. Въ этихъ видахъ нижеподписавшіеся просятъ Съездъ стать во главѣ учрежденія названнаго благотворительнаго Общества. Въ случаѣ согласія просятъ избрать организаціонный Комитетъ для выработки устава и сбора пожертвованій».

Собраніе единогласно приняло слѣдующее постановленіе: «2-ой Съездъ отечественныхъ психіатровъ, видя съ тяжелымъ чувствомъ прискорбія, что Киевскія городское и земское Управленія оставляютъ нужды призрѣнія и леченія душевно-больныхъ безъ надлежащаго вниманія, вслѣдствіе чего это дѣло въ первопрестольной столицѣ крайне отстало въ своемъ развитіи отъ положенія его въ другихъ губерніяхъ, — принимаетъ съ величайшимъ сочувствіемъ предложеніе проф. *И. А. Сикорскаго* относительно учрежденія въ г. Киевѣ Общества попеченія о душевно-больныхъ Киевской губерніи, и всѣ члены Съезда единодушно вступаютъ въ число его учредителей, надѣясь, что независимый починъ общественныхъ силъ побудитъ органы Киевскихъ земскаго и городского Управленій къ энергичной дѣятельности на поприщѣ организаціи леченія и призрѣнія душевно-больныхъ».

Ч. пр. *Н. Н. Баженовъ* (Москва). О законодательствѣ о душевно-больныхъ. Съездъ психіатровъ, не смотря на выдвигаемые жизнью другіе важные общественные вопросы, когда даже нѣтъ должнаго законодательства о правопорядкѣ здоровыхъ, долженъ разсмотрѣть вопросъ о законодательствѣ для душевно-больныхъ. Недостатокъ законодательства о душевно-больныхъ даетъ себя чувствовать врачамъ-психіатрамъ на каждомъ шагѣ. При разсмотрѣніи законодательства должно быть установлено право психически-больныхъ на призрѣніе и леченіе, должны быть обезпечены имущественные интересы ихъ и выработаны

точные правила управленія больницами, о приѣмѣ, содержаніи и выпискѣ больныхъ. Необходимо также увеличеніе кредитовъ на расширеніе больницъ и призрѣніе психически-больныхъ, чтобы устранить переполненіе и недостатокъ лѣчебницъ. Докладчикъ предложилъ избрать особую Комиссію для выработки проекта законодательства для душевно-больныхъ, провѣсть этотъ проектъ во всѣхъ психіатрическихъ Обществахъ для обсужденія, полученные такимъ путемъ матеріалы вновь внести на обсужденіе психіатрическихъ Обществъ, а затѣмъ уже внести его въ Государственную Думу.

Проф. *В. П. Сербскій* (Москва). Законодательство о душевно-больныхъ. Положеніе: 1) Желательно скорѣйшее введеніе 39 ст. новаго Уголовнаго Уложенія, хотя 2-ая половинка ея, касающаяся постановленія суда о принудительномъ помѣщеніи въ больницу, редактирована неудачно. 2) Вопросъ о способности ко вѣдѣнію входить въ непосредственную задачу психіатрической экспертизы. 3) Введеніе въ судебную практику понятія объ уменьшенной вѣняемости нежелательно. 4) Необходимо дѣйствительныя мѣры для предотвращенія просмотра на судѣ психическаго разстройства и осужденія несомнѣнныхъ душевно-больныхъ. 5) Смертная казнь должна быть изъята изъ употребленія. 6) Психологическое мѣрило является необходимымъ при обсужденіи какъ вопроса о способности ко вѣдѣнію, такъ и гражданской дѣеспособности о душевно-больныхъ. 7) Дѣла о назначеніи опеки по поводу душевной болѣзни должны быть передаваемы въ вѣдѣніе судебныхъ учреждений. 8) Помимо полной опеки, желательно установленіе неполной опеки въ видѣ судебного попечительства. 9) Охрана личности и правовыхъ интересовъ должна простирается на всѣхъ душевно-больныхъ. Принятіе такихъ охранительныхъ мѣръ осуществимо только въ связи съ общей организаціей призрѣнія душевно-больныхъ.

*П. П. Тутышкинъ* (Харьковъ). Къ вопросу о законодательствѣ о душевно-больныхъ и психіатрическихъ учрежденіяхъ. 1) Неудовлетворительность законовъ касательно душевно-больныхъ вызываетъ неотложную потребность возбудить передъ правительствомъ ходатайство объ ихъ коренномъ пересмотрѣ и выработкѣ особаго психіатрическаго законодательства. 2) Исходя изъ основнаго принципа, что дѣятельность органовъ мѣстнаго самоуправленія должна касаться всѣхъ сторонъ жизни и всѣхъ интересовъ мѣстнаго населенія, забота о душевно-больныхъ должна быть полностью передана въ вѣдѣніе земствъ и городовъ, при условіи матеріальнаго содѣйствія государства. 3) Дѣло психіатрической помощи населенію, переданное всецѣло органамъ мѣстнаго самоуправления, для земствъ является обязательнымъ, а для городовъ — факультативнымъ или ихъ правомъ. При отсутствіи или недостаточности психіатрической помощи, организованной городами, нужда въ ней удовлетворяется земствомъ, а города лишь уплачиваютъ стоимость содержанія душевно-больныхъ горожанъ. Правительственные окружныя лѣчебницы поэтому также должны быть переданы въ полное вѣдѣніе земствъ, какъ только будутъ введены земскія учрежденія въ соответствующихъ областяхъ Россіи; именно, существующія общерусскія окружныя лѣчебницы, обслуживающія нѣсколько губерній, пока полностью не будутъ проведена въ жизнь реформа психіатрическихъ учреждений, должны быть переданы тѣмъ земствамъ, на территоріи которыхъ онѣ окажутся, при условіи предоставленія права связнымъ заинтересованнымъ земствамъ замѣщать известное число коекъ и участвовать въ контролѣ постановки дѣла, а также съ обязательностью участія въ расходахъ. Исходя изъ указаннаго общаго принципа, органамъ мѣстнаго самоуправления должно быть передано тюремное психіатрическое дѣло и, стало быть, вообще забота о психически-больныхъ преступникахъ. Мѣстному же самоуправленію долженъ принадлежать и контроль надъ психіатрическими отдѣленіями университетскихъ клиникъ, а также надъ всѣми частными лѣчебницами для душевно-больныхъ, въ формѣ организаціи постоянныхъ попечительныхъ Совѣтовъ изъ выборныхъ представителей мѣстнаго самоуправления и другихъ лицъ по ихъ приглашенію; въ свою очередь и общественныя психіатрическія больницы должны быть открыты для университетовъ. Поскольку мѣстное самоуправленіе будетъ выполнять общегосударственныя функціи въ дѣлѣ психіатрическаго призрѣнія, правительство должно субсидировать земства и города. 4) Согласно вышеизложенному, широкой общественный контроль и дѣятельность органовъ мѣстнаго самоуправления касается не только всѣхъ видовъ призрѣнія душевно-больныхъ, но также всей практики ихъ условной отвѣтственности и гражданской правоспособности и дѣеспособности. 5) Въ интересахъ правильной постановки уголовно-психіатрической экспертизы, необходимо слѣдующее: I. Регулярное посѣщеніе тюремъ предварительнаго заключенія врачами мѣстныхъ психіатрическихъ учреждений (земскихъ и городскихъ). II. Обязательное предварительное испытаніе лицъ, подлежащихъ освидѣтельствованію въ общественныхъ психіатрическихъ заведеніяхъ, при чемъ судъ доставляетъ всѣ данныя свѣдѣнія и содѣйствуютъ въ дѣлѣ личнаго распроса свѣдѣтелей врачами-психіатрами въ интересахъ полноты анализа. III. Психіатръ, наблюдавшій испытуемаго въ заведеніи, является обязательнымъ экспертомъ при освидѣтельствованіи въ числѣ другихъ врачей, приглашаемыхъ по выбору судебной власти. IV. Всѣ расходы земствъ и городовъ, связанныхъ съ приѣмомъ испытуемыхъ въ психіатрическія заведенія, возмѣщаются правительствомъ. 6) Въ виду того, что всѣ виды преступленій слѣдуетъ относить къ обширной области уклоненій въ моральной сферѣ (болѣзненныхъ?) и что между здоровымъ (?) преступникомъ и лицомъ, страдающимъ выраженнымъ нравственнымъ помѣшательствомъ можно найти рядъ переходныхъ ступеней; въ



виду того, что уголовному законодательству будущаго слѣдуетъ постепенно усваивать врачебно-предупредительную, а не карательную точку зрѣнія на преступленіе — въ виду всего этого болышная обстановка для преступника, принимая въ расчетъ хорошо организованное психіатрическое учрежденіе, не является болѣе чуждой, чѣмъ тюремная, и не превращаетъ больницъ въ «институтъ общественной безопасности», а врача-психіатра въ судебного чиновника. 7) «Элементъ грубости и безнравственности» наблюдается при самыхъ разнообразныхъ душевныхъ расстройствахъ и отнюдь не можетъ служить основаниемъ для дифференцировки преступленія и помѣтательства; съ другой стороны, отнюдь нельзя основывать различія между преступленіемъ и помѣтательствомъ на различномъ воздѣйствіи на то и другое мѣрѣ репрессивныхъ или врачебно-психіатрическихъ. Поэтому врачу вовсе нѣтъ надобности скорбѣть, что въ больницѣ нельзя примѣнять репрессіи противъ грубаго элемента преступниковъ и что онъ совершенно безоруженъ передъ ихъ безнравственными насиліемъ, какъ говорить д-ръ П. И. Якобъ въ своей запискѣ, приложенной къ докладу Харьковскаго губернской земской Управы земскому Собранію 1904 г. 8) На основаніи предыдущаго нѣтъ надобности устранивать отдѣльныхъ заведеній для душевно-больныхъ преступниковъ; нѣтъ даже безусловной надобности создавать въ земскихъ и городскихъ общественныхъ учрежденіяхъ особые отдѣлы для этой цѣли отдѣленій. Между болышными преступниками можетъ быть столько-же индивидуальныхъ различій, сколько и между остальными психиками, и вопросъ о плохомъ вліяніи однихъ категорій душевно-больныхъ на другія долженъ получить свое разрѣшеніе въ дѣлѣ организаціи призрѣнія душевно-больныхъ и безъ необходимости выделять въ особую группу не менѣе разнородный матеріалъ лицъ, формально зарегистрированныхъ, какъ преступники. 9) Вопросъ о гражданской правоспособности и дѣеспособности душевно-больного тѣсно связанъ съ вопросомъ о помѣщеніи его въ психіатрическое заведеніе. Акты помѣщенія больного въ психіатрическое заведеніе нѣтъ 2 важныхъ сторонъ: а) лишеніе свободы и б) своевременное оказаніе врачебной помощи. Увлеченіе той стороной вопроса, которая касается гарантіи личной свободы и неприкосновенности личности, можетъ привести къ болѣе серьезному вопросу — лишенію свободы физиологической влѣдствіе несвоевременной подачи врачебной помощи; поэтому необходимо, чтобы законъ разрѣшалъ: I. Принимать больного въ психіатрическое заведеніе, по его личной просьбѣ, безъ всякихъ предварительныхъ формальностей. II. Принимать больного безъ всякихъ предварительныхъ формальностей, кѣмъ бы онъ ни былъ доставленъ, разъ врачъ психіатрическаго заведенія признаетъ, что дальнѣйшее пребываніе больного въ болышничной обстановкѣ можетъ вредно отразиться или на самомъ больномъ, или на его окружающихъ; при этомъ, конечно, врачъ-психіатръ несетъ отвѣтственность передъ закономъ за свой поступокъ. Что касается соблюденія условія гарантіи личной неприкосновенности, т. е. того положенія, чтобы не создавать законовъ, противорѣчащихъ основному требованію, по которому право лишенія свободы должно принадлежать только суду, то въ этомъ отношеніи необходимо слѣдующее: а) О помѣщеніи больного должно быть сообщено въ теченіе сутокъ судебной власти, а кромѣ того органу мѣстнаго самоуправленія и правительственной врачебной инспекціи. б) Письменный или устный протестъ больного долженъ быть въ тотъ-же срокъ доставленъ судебной власти. III. Огражденіе имущественныхъ интересовъ душевно-больныхъ должно входить въ задачи судебной власти, но крайне желательно, чтобы законъ предоставлялъ возможность проявляться и общественной самодѣтельности въ смыслѣ охраны интересовъ своихъ членовъ. Желательна организація попечительства о душевно-больныхъ, подъ контролемъ органовъ мѣстнаго самоуправления; при чемъ такимъ попечительствамъ должно принадлежать право охраны интересовъ психически заблужденныхъ лицъ, прежде чѣмъ состоится соответствующее судебное постановленіе, а въ дальнѣйшемъ право участія въ установленной надъ болышными опеѣ. 10) Право пользоваться психіатрической помощью опредѣленнаго земства обуславливается: а) мѣсторожденіемъ больного, б) мѣстомъ постоянного жительства или в) если болѣзнь обнаруживается либо обостряется на территоріи этого земства. Только такимъ путемъ устранятся пагубныя послѣдствія дальнихъ и несвоевременныхъ перевозокъ душевно-больныхъ. Конечно, расходы на леченіе и транспортировку болышныхъ при болѣе благоприятныхъ для нихъ обстоятельствахъ падаютъ на земство или городъ, къ которому долженъ быть причисленъ данный больной. Прим. Слѣдуетъ точно опредѣлить въ законѣ и понятіе «мѣста постоянного жительства», напр. при условіи проживанія больного въ данной мѣстности не менѣе 3-хъ лѣтъ, либо владѣнія недвижимымъ имуществомъ, либо службы не менѣе года въ мѣстныхъ общественныхъ или правительственныхъ учрежденіяхъ. Вышеизложенными соображеніями опредѣляются права душевно-больныхъ на специальную помощь, а также права и обязанности мѣстнаго самоуправления въ дѣлѣ оказанія такой помощи. 11) Психіатрическая помощь населенію должна быть бесплатной. Платныя улучшенныя отдѣленія (пансіонаты) могутъ быть устраиваемы для желающихъ. 12) Что касается самой организаціи психіатрическаго призрѣнія, а, стало быть, и установленія соответствующаго законодательства, то слѣдуетъ исходить изъ общераспространеннаго теперь положенія о приближеніи психіатрической помощи къ населенію, или о децентрализаціи. Первымъ шагомъ къ тому должно быть перенесеніе центра тяжести въ этомъ дѣлѣ съ губернскихъ земствъ на уѣзды. Не предпрѣлая вопроса о возможныхъ различныхъ ти-

пахъ простѣйшихъ психіатрическихъ учрежденій (лѣчебницъ, богадѣленъ, рабочихъ домовъ, земледѣльческихъ колоній, патронажей и пр.), необходимо, чтобы каждое изъ такихъ учрежденій стояло въ тѣсной связи съ мѣстными обслуживаемымъ населеніемъ, при условіи мѣстнаго общественнаго контроля. Въ каждой территоріи характеръ организаціи (простыхъ или сочетанныхъ) долженъ быть приспособленъ къ мѣстнымъ потребностямъ, а не опредѣляться заранее намѣченнымъ шаблономъ, каковая ошибка была, напр., сдѣлана при устройствѣ окружныхъ лѣчебницъ. Поэтому слѣдуетъ создать участковую психіатрію и участковыя психіатры. Размѣры участковъ будутъ опредѣляться, соображаясь съ средней продуктивностью работы одного врача-психіатра и условіями мѣстности. 13) Завѣдываніе дѣломъ психіатрической помощи населенію въ уѣздѣ слѣдуетъ поручить особымъ попечительствамъ о душевно-больныхъ, организуемымъ уѣздными земствами съ привлеченіемъ къ работѣ лицъ изъ мѣстнаго населенія; постоянными членами такихъ попечительствъ могли-бы быть: 1) по крайней мѣрѣ одинъ изъ членовъ уѣздной земской Управы; 2) одинъ или болѣе гласныхъ уѣзднаго земскаго Собранія по выбору послѣдняго; 3) представитель отъ уѣзднаго города, по выбору Думы; 4) представитель уѣзднаго санитарнаго Совѣта и 5) врачъ или врачи-психіатры. Общій врачебный контроль принадлежитъ уѣзднымъ санитарнымъ Совѣтамъ, которые должны быть пополнены выборными гласными отъ земскихъ Собраній; въ составъ ихъ войдутъ и врачи-психіатры. 14) Уже существующія болѣе крупныя психіатрическія учрежденія должны быть реорганизованы въ административномъ отношеніи въ цѣляхъ уничтоженія ихъ бюрократическаго строя и привлеченія къ работѣ общественнаго элемента, а сообразно съ этимъ должно быть и выработано законодательство о психіатрическихъ учрежденіяхъ. I. Каждое такое учрежденіе должно быть раздѣлено на нѣсколько отдѣленій, самостоятельны въ врачебно-административномъ отношеніи, съ самостоятельно работающими въ нихъ психіатрами. Должности директоровъ, ихъ помощниковъ, старшихъ и младшихъ ординаторовъ и прочія іерархическія степени подлежатъ упраздненію. Каждый врачъ-психіатръ является въполнѣ отвѣтственнымъ за постановку дѣла въ своемъ отдѣленіи передъ мѣстнымъ самоуправленіемъ, правительствомъ и обществомъ въ широкомъ смыслѣ. II. Общее завѣдываніе такими учрежденіями въ цѣляхъ взаимнаго согласованія интересовъ его отдѣленій и общей гармоніи въ постановкѣ дѣла должно принадлежать попечительному Совѣту, въ составъ котораго входятъ всѣ врачи-психіатры и выборные гласные отъ земства или города, съ участіемъ и представителя Управы. Выборные председатели такихъ Совѣтовъ, а равно и вышеупомянутыхъ уѣздныхъ попечительствъ, не подлежатъ никакому утвержденію, и являются исключительно руководителями засѣданій и исполнителями постановленій Совѣта, а отнюдь не начальниками учреждений. III. Для практическаго изученія психіатріи долженъ быть учрежденъ Институтъ интерновъ, т. е. оканчивающіе курсъ молодые врачи принимаются на службу въ психіатрическія учрежденія для работы подъ руководствомъ врачей-психіатровъ на срокъ не болѣе 3-хъ лѣтъ, по истеченіи котораго могутъ быть оставлены на службѣ только въ качествѣ самостоятельныхъ земскихъ работниковъ, равноправныхъ со своими бывшими руководителями. IV. Всѣ должности въ психіатрическихъ учрежденіяхъ замѣщаются попечительными Совѣтами, а не земскими Управами, которымъ принадлежитъ только контроль, такъ какъ представители мѣстнаго самоуправления должны уже входить въ составъ такихъ Совѣтовъ въ количествѣ, опредѣляемомъ земскими Собраніями и Думами. V. Делегатъ попечительнаго Совѣта изъ числа врачей-психіатровъ долженъ получить право, по крайней мѣрѣ, совѣтательнаго голоса въ земскомъ Собраніи или Думѣ съ правомъ лично докладывать и ходатайствовать о нуждахъ учрежденія. 15) Общее руководство постановкой психіатрическаго дѣла въ губерніи должно принадлежать губернскому психіатрическому Совѣту, въ составъ котораго входятъ всѣ врачи психіатры губерніи и представители губернскаго земства и губернскаго города, а также представители врачебно-санитарныхъ организаціи губерніи. *Заключеніе.* 1) Желательно возбудить отъ имени 2-го Сѣзда отечественныхъ психіатровъ слѣдующія ходатайства передъ правительствомъ: I. О коренномъ пересмотрѣ законовъ касательно душевно-больныхъ и выработкѣ спеціальнаго полнаго законодательства о душевно-больныхъ, съ привлеченіемъ къ участію въ его разработкѣ Сѣзда отечественныхъ психіатровъ. II. О передачѣ полностью дѣла призрѣнія душевно-больныхъ въ вѣдѣніе органовъ мѣстнаго самоуправления, гдѣ оно существуетъ, а въ остальныхъ мѣстахъ Имперіи одновременно съ его введеніемъ, просить также о субсидіи со стороны правительства для возмѣщенія расходовъ по организаціи и веденію судебно-психіатрическаго дѣла. 2) Кромѣ того, желательно, чтобы Сѣздъ теперь же избралъ Комиссію для подробной разработки проекта будущаго спеціальнаго законодательства о душевно-больныхъ, а также обратился къ спеціальнымъ Обществамъ—психіатрическимъ и юридическимъ въ столицахъ и другихъ крупныхъ центрахъ—выработать совместно соответственные проекты и передать въ эту Комиссію для сводки, чтобы доложить о результатахъ слѣдующему 3 му Сѣзду отечественныхъ психіатровъ.

II. В. Петровский (Кіевъ): Смертная казнь, примѣняемая къ уголовнымъ преступникамъ, является сама преступленіемъ, противорѣчащимъ основнымъ принципамъ нравственности. Тѣмъ болѣе ужасна смертная казнь, назначаемая за политическія преступленія: вѣдь, политическій преступникъ не нарушаетъ обще-

ственныхъ интересовъ въ свою пользу; онъ, наоборотъ, жертвуетъ всѣмъ, что имѣетъ, для блага общества, какъ онъ это благо понимаетъ. Революционеръ, убивающій министра, совершаетъ преступление, но еще большее преступление совершаетъ министръ, предающій революционера смертной казни. Первый изъ этихъ лицъ для себя лично ничего не выигрываетъ, а второй получаетъ крупныя оклады и чины при полной безопасности. И именно въ этомъ преступлении не правительство, а мы, все общество. Если бы всѣ 120 миллионовъ населенія, не говоря, скажемъ, а только бы подумали—«ахъ!»—и смертная казнь не принималась бы никогда. Видъ, повторю, смертной казни не можетъ быть ничего, и намъ нужно смыть съ себя этотъ позоръ. Я предлагаю такую резолюцію: «2-ой Съездъ отечественныхъ психиатровъ полагаетъ, что смертная казнь есть актъ, позорящій то правительстве, которое ее принимаетъ, то общество, которое ее терпитъ, всѣхъ людей, которые противъ нея не протестуютъ».

**К. Р. Баграфовъ** (Певза): Если мы зададимся цѣлью пересмотрѣть все законодательство, то пока эта работа будетъ происходить въ Комиссіяхъ, жизнь опередитъ результаты этихъ трудовъ. Необходимо выдѣлать на обсужденіе наиболее безотлагательныя нужды законодательства, пополнить пробѣлы его, опубликовать ихъ и добиться проведенія ихъ въ жизнь. Пробѣлы новаго проекта уголовного уложенія, который скоро станетъ закономъ, совершенно не гарантируютъ правъ больной личности. Въ этомъ провѣстѣ не упоминается объ освобожденіи заключенныхъ судомъ душевно-больныхъ преступниковъ, вслѣдствіе чего они обречены на вѣчное заточеніе. Другой пробѣлъ въ нашемъ законодательствѣ—отсутствіе законеній объ огражденіи имущественныхъ правъ душевно-больныхъ. Имущество больного, до вложенія опеки, можетъ быть расхищено, неправильно употреблено, или пострадать отъ недосмотра и т. д. Необходимо пополнить эти пробѣлы законодательства и теперь же составить для этого формулы. При этомъ врачамъ-психиатрамъ, на попеченіе которыхъ попадаютъ больные, слѣдовало-бы предоставить право возбуждать вопросъ объ охранѣ имущества больного съ правомъ немедленнаго распоряженія въ соответствующихъ случаяхъ. Наконецъ, многое нужно исправить въ постановкѣ предварительнаго слѣдствія. Приглашеніе врача-специалиста къ участію въ нѣкоторыхъ дѣйствіяхъ судебного слѣдователя крайне необходимо. Защитники смертной казни указываютъ на ея устрашающее вліяніе на другихъ. Странно ихъ опровергать, когда этика требуетъ, чтобы личность человека не была цѣлью, а считалась самоцѣлью.

**А. А. Голосица** (Екатеринославъ): Нѣкоторые изъ нашихъ Земствъ уже ходатайствовали о пересмотрѣ законодательства о душевно-больныхъ, исходя изъ того положенія, что законодательство смотритъ на душевно-больныхъ, какъ на бремя общества; больные рассматриваются съ точки зрѣнія представляемой ими опасности и очень мало съ точки зрѣнія ихъ собственнаго блага; психиатрическія заведенія приравниваются къ домамъ заключенія и т. д. Ходатайства эти не были удовлетворены; поэтому намъ необходимо, въ виду приближающихся всестороннихъ реформъ, употребить всѣ силы на то, чтобы вопросъ о законодательствѣ былъ поставленъ на первую очередь.

**П. П. Ращенко** (Москва): Поддерживаю предложеніе о необходимости пополненія 39-й статьи Уг. Ул. указаніемъ на прекращеніе срока заключенія больного преступника въ лѣчебницѣ. По вопросу о смертной казни я хотѣлъ-бы указать на громадное деморализующее вліяніе тѣхъ массовыхъ убійствъ мирныхъ жителей, которые происходили лѣтомъ на Кавказѣ, и на тѣ строгія мѣры, которыми подавляется всякое проявленіе общественного самосознанія. Предлагаю Съезду обобщить нашъ протестъ противъ ужасовъ, переживаемыхъ Россіей, вслѣдствіе противодѣйствія ей росту со стороны приказнаго строя, и поручить Бюро выработку соответствующей резолюціи, представить ее на утвержденіе Съезду.

**Л. С. Аринштейнъ** (Петербургъ): Отрицательное отношеніе къ смертной казни усвоено почти всѣми представителями юридической науки, и серьезнаго вниманія заслуживаетъ двусмысленное поведение нашихъ криминалистовъ при рѣшеніи этого вопроса. Отрицая ее въ принципѣ, наши криминалисты, редактировавшіе новое Уголовное Уложеніе, условно оставили ее для преступленій государственныхъ, предоставивъ окончательное сужденіе Государственному Совѣту. И смертная казнь была утверждена для государственныхъ преступниковъ. Когда снова поднятъ вопросъ о смертной казни, мнѣ кажется, мы должны подчеркнуть некорректность тѣхъ лицъ, осмѣлившихся авторитетомъ науки поддерживать правительственные эшафоты. Обязательныя посѣщенія врачами-психиатрами домовъ предварительнаго заключенія раскрыли-бы потрясающія картины, но такой психиатрическій надзоръ теперь является паллиативомъ и не достигаетъ цѣли, особенно въ отношеніи т. наз. «политическихъ преступниковъ». Единственно правильнымъ рѣшеніемъ вопроса было-бы вычеркнуть ихъ совершенно изъ уголовного кодекса, какъ сдѣлалъ это Западъ. Видъ, за одно короткое управленіе Плеве привлечено къ отвѣтственности 5590 «политическихъ преступниковъ», разрѣшено о нихъ дѣл—1522, произведено дознаній о 5450, выдано—1502 и т. д. и т. д. Если посчитать, что каждый изъ нихъ просиживаетъ мѣсяцы, а то и годы въ одиночномъ заключеніи, то не трудно понять, какое вліяніе оказываетъ этимъ на психику русскихъ гражданъ. Болѣе 1 мѣс. въ Австріи сидятъ въ тюрьмахъ 16%, а у насъ—99%; болѣе 6 мѣс. у насъ сидитъ 51%, въ Бельгіи—1%, а въ Австріи и Англіи ни одного. Таково положеніе дѣлъ при

веденіи ихъ судебнымъ порядкомъ, а что же дѣлается при веденіи ихъ жандармеріей? Просидѣть 2—3 года въ предварительномъ заключеніи—самая обычная вещь. А извѣстна-ли судьба тѣхъ несчастныхъ, которые посажены въ монастырскія тюрьмы? Видъ, многие изъ нихъ сидятъ по 20, 30 и даже 35 лѣтъ, и преступленія ихъ самыя незначительныя. А Петропавловская крѣпость и Шлиссельбургъ? Люди, сидящіе тамъ, не видятъ никто изъ близкихъ, не слышатъ человѣческаго голоса, живутъ погребеными... Я не сомнѣваюсь, что Съездъ въ своемъ постановленіи потребуетъ прекращенія преслѣдованій за политическія убійства, но, какъ-бы рѣко онъ ни выразился, какой-бы суровый приговоръ ни произнесъ, онъ не опятъ въ достаточной мѣрѣ тотъ позоръ и то преступленіе, которое совершается надъ русскими народомъ.

**Ч. пр. В. А. Муромовъ** (Тамбовъ) указалъ на противорѣчіе § 3 и § 8 доклада проф. **В. П. Сербскаго**: Если докладчикъ не отрицаетъ уменьшенную вѣнчанность, то едва-ли допустима ограниченная дѣеспособность § 8. Докладчикъ, повидимому, различаетъ способъ и границы примѣненія закона въ процессѣ гражданскомъ и уголовномъ. Я говорю это потому, что проф. **В. П. Сербскій** не опровергнулъ моего замѣчанія по поводу предвѣщающаго доклада. Введеніе понятія о неполной вѣнчанности мнѣ кажется очень желательнымъ, тѣмъ болѣе, что оно можетъ оградить интересы людей вырожденныхъ и неуравновѣженныхъ, для которыхъ больница является тяжелымъ наказаніемъ, но которые не подлежатъ и обыкновенной карѣ по всей строгости закона.

**Е. И. Амишуловъ** (Покровское-Мещерское): О смертной казни, совершаемой, правда, «по суду», хотя и очень «скоро», говорили много, но почти были оушентъ другой видъ смертной казни—это массовыя убійства. Мы, врачи, должны особенно противиться этому позорному явленію, и я предлагаю-бы такую резолюцію: «Съездъ признаетъ ненормальными и преступными тѣ массовыя убійства, какія совершались и совершаются по городамъ и селамъ Россіи, гдѣ рѣкою льется русская кровь безоружныхъ и беззащитныхъ женщинъ и дѣтей, какъ яркое проявленіе грубаго произвола, царящаго въ нашемъ многогосударственномъ отечествѣ».

**А. Б. Гуревичъ** (Кіевъ): Смертная казнь является скорѣе всего вопросомъ морали и этики, чѣмъ вопросомъ политическимъ. Она не только позорна и преступна, но и вредна съ юридической и социальной точки зрѣнія, дѣйстви деморализующе на психику и широкихъ народныхъ массъ и отдѣльныхъ личностей.

**Ч. пр. П. А. Останковъ** (Петербургъ): Недавно напечатана статья земскаго дѣятеля **Д. Н. Жбанкова**—«Трагическая эпидемія», въ которой онъ указываетъ, что въ переживаемый періодъ Россія охвачена эпидеміей убійствъ; причину ея можно видѣть въ остромъ психическомъ разстройствѣ, во время котораго и совершаются жестокости. Были случаи, что въ вагонѣ одинъ сосѣдъ дѣлалъ «характеры» другому за несогласіе по мнѣніямъ. Въ Курскѣ офицеръ зарубаетъ связаннаго уже солдата, а толпа считаетъ офицера въ вагонѣ. Частыя смертныя казни приучаютъ, какъ показалъ опытъ исторіи, народъ къ виду крови, и потому я предлагаю-бы такую резолюцію: «2-ой Съездъ отечественныхъ психиатровъ считаетъ своимъ долгомъ высказать мнѣніе о необходимости немедленнаго прекращенія смертной казни, такъ какъ она безусловно не достигаетъ, какъ учтъ опытъ исторіи всего человѣчества, той цѣли, ради которой она производится, но еще служить въ настоящее время у насъ однимъ изъ этиологическихъ моментовъ той трагической эпидеміи, которой охвачена теперь Россія».

**Ч. пр. К. М. Лепинскій** (Кіевъ): Законъ для богоугодныхъ заведеній, данный Екатериной, заставлялъ, кажется, всѣхъ душевно-больныхъ принимать въ лѣчебницы и обращаться съ ними бережно; теперь-же, когда эти заведенія перешли къ земству, попасть туда очень трудно, нужна протекція, и жалобы на это раздаются со всѣхъ сторонъ. Я ставлю вопросъ: кто виноватъ—врачи, неисполняющіе закона, или хозяева больницъ? Просту внести этотъ вопросъ въ Комиссію или ходатайствовать объ отиѣнъ приведеннаго закона, или просить врачей исполнять его и побудить земцевъ расширить заведенія для душевно-больныхъ.

**Н. П. Каменевъ** (Тула) протестуетъ противъ пересылки въ Москву на родину больныхъ чернобоячихъ, по паспортамъ туляковъ, калужанъ, рязанцевъ и т. д., уже по одному тому, что всякому должна быть оказана помощь тамъ, гдѣ это нужно, не говоря о томъ, что уплата больничнаго сбора чернобоячими даетъ имъ право на лѣченіе въ Москвѣ. Петербургское городское Управленіе значительно меньше Московскаго практикуетъ высылку больныхъ на родину—высылку, которой долженъ противиться земства, болѣе всего страдающія отъ этихъ пересылокъ.

**Проф. И. А. Сикорскій** (Кіевъ): При обсужденіи указанный вопросъ и предложеній, требующихъ совмѣстнаго обсужденія врачей и юристовъ, совѣщательные члены Съезда—юристы, столь-же компетентные въ сужденіи по этимъ вопросамъ, какъ и психиатры, не могли принять участія въ обсужденіи, такъ какъ участіе ихъ было отклонено Съездомъ, вопреки постановленію самого Съезда. Обстоятельство это дѣлаетъ невозможнымъ вѣрное освѣщеніе и рѣшеніе этихъ вопросовъ. Въ виду этого я считаю невозможнымъ дать по этимъ вопросамъ мое мнѣніе. Къ постановленію же Съезда по вопросу о смертной казни я присоединяюсь, такъ какъ по этому вопросу мнѣ извѣстны важнѣйшія мнѣнія криминалистовъ.

Изъ пространнаго отвѣта на возраженія проф. **В. П. Сербскаго**

привожу наиболее существенное. Д-ръ *Петровский* считаетъ мое положеніе о смертной казни недостаточно сильнымъ; но онъ забываетъ, что это не резолюція, а только положеніе и, какъ таковое, оно коротко и опредѣленно выражаетъ основную мысль. Я совершенно согласенъ съ *К. Р. Есграфовымъ*, что намъ не слѣдуетъ возбудить какихъ-либо ходатайствъ, и въ этомъ отношеніи не могу поддерживать *П. П. Тутмыкина*, который въ заключеніи своихъ положеній предлагаетъ возбудить сразу нѣсколько ходатайствъ. То, что въ новомъ законѣ ничего не сказано объ освобожденіи изъ больницы приговоренныхъ по суду, и я отмѣчаю въ своемъ докладѣ, какъ крупнѣйшій пробѣлъ 39 ст.; но я не рѣшаюсь сдѣлать выводъ, что этимъ самымъ больные осуждаются на вѣчное заключеніе—это былъ бы совершенный пошлѣкъ; скорѣе можно предположить, что составители закона не упоминаютъ о выздоровленіи, какъ необходимомъ условіи такого освобожденія, только потому, что, и помимо выздоровленія, въ цѣломъ рядѣ случаевъ больные могутъ быть освобождаемы. Во всякомъ случаѣ отсутствіе такого упоминанія объ условіяхъ освобожденія является такимъ крупнымъ недостаткомъ 39 ст., что необходимо до введенія ея въ дѣйствіе разъяснить возникающее недоразумѣніе. О необходимости для слѣдователя въ извѣстныхъ случаяхъ приглашать психіатра съ правомъ опроса свидѣтелей я въ своемъ докладѣ говорю, какъ обь одной изъ мѣръ, предложенныхъ Московскимъ юридическимъ Обществомъ противъ просмотра психическаго разстройства на предварительномъ слѣдствіи. Говоря, что смертная казнь не ведетъ къ цѣли, я, конечно, менѣе всего имѣлъ въ виду, что человѣческая жизнь можетъ служить какою-бы то ни было цѣлью. Я только становлюсь на точку зрѣнія защитниковъ смертной казни, которые, предлагая ее, очевидно, думаютъ, что при ея посредствѣ они могутъ достигнуть опредѣленной цѣли, и говорю имъ, что они ошибаются и поставленной ими цѣли не достигаютъ,—результатъ получается обратный тому, который они имѣли въ виду. *А. А. Говстеевъ* ставитъ мнѣ въ упрекъ, что я обхожу важный вопросъ: разъ въ совершенномъ преступленіи подозрѣвается душевно-больной, то судъ обыкновенно не рассматриваетъ, насколько справедливо это подозрѣніе, и не возбуждаетъ вопросъ о самомъ фактѣ. Этотъ вопросъ былъ уже мною поставленъ еще на 5-мъ Пироговскомъ Сѣздѣ въ 1893 г. (въ докладѣ о психіатрической экспертизѣ); я рассматриваю его и въ своей «Судебной Психопатологіи», а потому не считалъ нужнымъ снова возвращаться къ нему. Другу *Говстееву* не удалось докончить своего возраженія. Но я все-таки пользуюсь этимъ поводомъ, чтобы вернуться къ сдѣланному имъ мнѣ по другому докладу упреку, что я совершенно оставляю въ сторонѣ анализъ «ума, чувства и воли», а прямо желаю заняться вопросомъ о вѣнненіи. Думаю, что, выслушавъ настоящій докладъ, онъ возьметъ свой упрекъ обратно, такъ какъ психологическое мѣрило, на которомъ я такъ настаиваю, именно и требуетъ самаго тщательнаго анализа психическаго состоянія даннаго лица, анализа его ума, чувства и воли, и только этимъ анализомъ опредѣляется и способность къ вѣнненію. Я горячо сочувствую всѣмъ высказаннымъ здѣсь негодующимъ протестамъ противъ примѣненія тѣлесныхъ наказаній, массовыхъ убійствъ беззащитныхъ гражданъ, ужасовъ одиночнаго заключенія и монастырскихъ тюремъ, но не могу принять на себя упрека въ томъ, что не касаюсь въ докладѣ всѣхъ этихъ возмутительныхъ актовъ насилія. Какъ и по поводу доклада обь экспертизѣ, я опять скажу, что я имѣю въ виду исключительно законный судъ, который только одинъ и долженъ имѣть мѣсто, а не тѣ беззаконія, которыя творятся помимо всякаго суда и вопреки ему. *В. А. Муратовъ* усматриваетъ противорѣчіе, сопоставляя мои положенія (3 и 8) съ моимъ же стремленіемъ связать однимъ общимъ принципомъ дѣятельность экспертовъ на судѣ гражданскомъ и уголовномъ. Врядъ-ли можетъ быть сомнѣніе, что я вполне признаю различіе въ задачахъ гражданской и уголовной экспертизы, такъ же какъ и различіе въ деталяхъ ея осуществленія. Тѣмъ не менѣе я продолжаю утверждать, что по существу и та, и другая должна руководиться общимъ объединяющимъ принципомъ—именно психологическимъ мѣриломъ, безъ котораго гражданская практика не можетъ обойтись, какъ и уголовная. Меня удивляетъ доводъ, приведенный *В. А. Муратовымъ*, что на гражданскомъ судѣ нельзя считать съ тѣми или другими психическими аномаліями; по моему убѣжденію, съ ними нельзя считаться и на судѣ уголовномъ, или вѣрнѣе сказать, эти «психическія аномаліи» и тамъ, и здѣсь имѣютъ значеніе только въ томъ случаѣ, если они уничтожаютъ способность пониманія и руководства поступками; и тамъ, и здѣсь важны не отдѣльныя уклоненія въ психикѣ, а все психическое состояніе въ его цѣломъ, при анализѣ котораго рѣшающее значеніе принадлежитъ только психологическому мѣрилу. Другой доводъ, приводимый въ пользу различія уголовной и гражданской экспертизы, — относительно скоропреходящихъ разстройствъ — точно такъ-же основанъ на недоразумѣніи. Эти скоропреходящіе разстройства, напр., патологическій аффектъ, эпилептическія состоянія, дѣйствительно, важны только для уголовного суда; но это зависитъ исключительно отъ того, что эти состоянія въ большинствѣ случаевъ ведутъ къ столкновенію съ уголовнымъ закономъ и обыкновенно исключаютъ возможность гражданскихъ сдѣлокъ. Но, если эпилептикъ въ состояніи транса совершитъ хотя-бы дарственный актъ, отношеніе суда къ его поступку несомнѣнно должно быть такимъ же, какъ и къ тому или другому преступленію, совершаемому имъ въ томъ-же состояніи. Неполную опеку отнюдь нельзя приравнять къ уменьшенной вѣннености; она должна

имѣть мѣсто при *Корсаковской* болѣзни, гдѣ больной исполнѣ правильно (во многихъ случаяхъ) относится ко всему окружающему, но легко можетъ забыть про то или другое лицо или событіе, къ случаямъ апазіи, гдѣ больной затрудняется въ выраженіи своей воли только чисто внѣшними образами и пр. Если эти лица поддаются, скажемъ, чужой волѣ, они могутъ быть признаны отвѣтственными передъ закономъ; одинаково имъ нельзя отказать въ правѣ распоряжаться своимъ имуществомъ, при условіи, однако, если кѣмъ-либо будутъ корригироваться ихъ недостатки. Относительно уменьшенной вѣннености Вы сами даете мнѣ въ руки оружіе, указывая, что она должна имѣть мѣсто въ случаяхъ, гдѣ эксперты затрудняются придти къ опредѣленному заключенію. Вотъ здѣсь-то и зарыта собака. Когда въ *Société générale des prisons* (1904—1905 г.г.) возникъ вопросъ объ уменьшенной вѣннености, проф. *Garraud* указалъ на происхожденіе этого понятія. Если тяжелое преступленіе совершено лицомъ, относительно котораго возникаетъ сомнѣніе въ его психическомъ здоровьѣ, то судъ обращается къ экспертамъ; послѣдніе-же часто колеблются: если они признаютъ обвиняемаго больнымъ, онъ будетъ освобожденъ, если признаютъ здоровымъ, то ему предстоитъ смертная казнь. Отсюда они предпочитаютъ нѣчто среднее, не говорятъ ни да, ни нѣтъ и для того, чтобы замаскировать свое незнаніе, соглашаются на уменьшенную вѣнненость. Къ ней-же они прибѣгаютъ и въ другихъ, менѣе важныхъ случаяхъ, гдѣ «уменьшенная вѣнненость» выводитъ ихъ изъ затруднительнаго положенія. Но это затрудненіе основывается, вѣдь, на недостаткѣ знанія, а часто и на томъ, что эксперты не дали себѣ труда вникнуть, какъ слѣдуетъ, въ анализъ болѣзненнаго состоянія, если оно имѣется. И не намъ это поддерживать, тѣмъ болѣе, что и самый выходъ изъ затруднительнаго положенія только кажущійся и вслѣдъ за нимъ начинаются новыя еще большія затрудненія. Что же дѣлать съ этими лицами? Ихъ нельзя помѣстить въ больницу, такъ какъ они, не смотря на болѣзнь, все-таки должны отбывать наказаніе, хотя и въ особенной формѣ, ихъ нельзя заключить въ тюрьму, такъ какъ эксперты признаютъ ихъ больными. Остается нѣчто среднее—тюрьма-больница, —но опять, что должно преобладать: тюрьма или больница и гдѣ найти—если только это вообще возможно—должное соотношеніе? Въ результатѣ получается нѣчто несуровое, когда и наказаніе, и лѣченіе должны быть совмѣщены. Я отказываюсь понимать задачу и роль врача въ этихъ случаяхъ.

Затронутые въ докладахъ вопросы, имѣющіе отношеніе къ выработкѣ нормальнаго устава для психіатрическихъ заведеній рѣшено было передать въ избранную уже Коммиссію, специально законодательные—оставить для будущаго центрального Бюро. Для выработки-же окончательныхъ редакцій постановленій Сѣзда по вопросамъ о вліяніи современныхъ общественно-политическихъ событий и о смертной казни выбраны были 2 Коммиссіи, съ тѣмъ, чтобы онѣ представили свои заключенія къ слѣдующему засѣданію.

Ч. пр. *Б. Грейденбергъ*.

(Продолженіе слѣдуетъ).

## РИЦЕНЗИИ И БИБЛІОГРАФІЯ

Частная лечебница для душевно-больныхъ воиновъ. Отчетъ съ 19 мая 1905 г. по 1 янв. 1906 г. ч. пр. Московскаго Университета *М. Ю. Лахтина*. Москва, 1906 г.

Едва-ли какая-либо изъ другихъ войнъ дала такое громадное количество душевныхъ заболѣваній, какъ послѣдняя русско-японская. Такая частота душевныхъ заболѣваній явилась для всѣхъ полной неожиданностью; и, если мы оказались неподготовленными къ тому, чего всѣ ждали, то по отношенію къ необходимымъ мы оказались совершенно безпомощными. Наскоро устроенные въ тылу арміи психіатрическіе лазареты, конечно, очень мало отвѣчали своему назначенію, да, кромѣ того, быстро переполнились больными далеко за предѣлы возможнаго. Въ Европейской Россіи, куда эвакуировались больные, дѣло было не лучше, чѣмъ въ Манчжуріи. Въ Московскомъ военномъ госпиталѣ при 35 мѣстахъ для психическихъ больныхъ число больныхъ дошло очень скоро до 120 и болѣе! На помощь правительству, не справившемуся со своими задачами, пришла—какъ и во многихъ другихъ случаяхъ—частная благотворительность. На призывъ д-ра *М. Ю. Лахтина* откликнулись многія лица, на пожертвованія которыхъ и была открыта «частная лечебница для душевно-больныхъ воиновъ». Всего за отчетный періодъ находилось въ ней на излѣченіи 83 чел., что обошлось въ 26000 р. слишкомъ. Для частной благотворительности цифры эти, конечно, велики, но громадный недостатокъ психіатрической помощи больнымъ воинамъ эта лечебница могла пополнить только въ ничтожной степени—лишнее доказательство, что никакая частная благотворительность не можетъ взять на себя задачи, лежащія на обязанности государства.

Кромѣ непосредственной помощи больнымъ воинамъ, лечебница поставила себѣ и очень симпатичную побочную цѣль—выяснить путемъ строго-клиническихъ наблюденій, какими особенностями отличаются психозы, возникшіе на войнѣ, отъ обычныхъ

формы психических болезней. Этот вопрос был разработан ч. пр. С. А. Сухановым. В общем оказалось, что «война не создала новых форм душевной болезни, но лишь дала поразительный перевес душевным болезням депрессивного характера». Вывод этот, впрочем, только сообщается в предисловии, подробной же разработки клинического материала отчет не содержит. Только небольшая часть историй болезни вошла в клинические лекции ч. пр. С. А. Суханова, которые он читал при лечении с целью широкой популяризации психиатрических знаний в интеллигентной части общества. Всего таких лекций прочтано 2—о первичном слабоумии взрослых, и 8—об острой спутанности. Лекции эти занимают большую часть отчета.

Н. В.

## ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ.

CLXVI. М. Г.! Не откажите поместить следующую

*Отчет казначей Всероссийского фонда оказания помощи врачам, потерпевшим в русско-японской войне, и их семьям за июль 1906 г.*

На 1-ое июля состояло 19042 р. 71 коп., из коих на хранение и текущему счету 18578 р. 89 коп. и на руках у казначей 463 р. 82 коп. В течении июля поступило: пожертвованное 66 р. 90 коп. и % с вкладов 171 р.

Исрасходовано: П. П. Самарину (суды) 200 р., О. М. Рашетинной-Салтановой (суды) 200 р., на администрацию 3 р. 62 коп.

На 1-ое августа состоит 18876 р. 99 коп., из коих на хранение и текущему счету 18178 р. 89 коп. и на руках у казначей 698 р. 10 коп.

В июль была выдана квитанционная книжка (№ 3) В. Ю. Явейну; возвращены кв. книжки №№ 233 и 234 В. Ю. Явейна (использованы).

В течении отчетного месяца казначеем выданы и высланы квитанции следующим лицам: № 551 на 55 р. В. Ю. Явейну, № 552 на 1 р. И. Д. Курченко, № 553 на 6 р. мед. чинам Гельсингфорсского местного военного лазарета и № 254 на 4 р. 90 коп. мед. чинам Одесского военного госпиталя.

Казначей А. Рутковский.

Петербург. 9-го августа 1906 г.

CLXVII. М. Г.! Не откажите дать место следующим строкам.

Я считаю себя в долгу перед читателем, не закончив до сих пор начатого мной слишком годь назад рассказа. Давно пора написать заключительные строки к тому скверному анекдоту, который учинили Саратовские городские участковые врачи Соколов (П. Н.), Матвеев, Николаев, Кассандров и Полимнестов (см. «Русский Врач», 1905 г., № 29).

Как известно, после того, как Саратовская городская Управа вынуждена была отменить свое постановление об увольнении меня за отказ от участия в правительственных санитарно-исполнительных (противохолерных) Комиссиях, а огорченный своей неудачей городской голова Немировский вызвал о помощи в борьбу со мной, — поименованные врачи пришли на помощь г. Немировскому и по его просьбе, в тайном Собрании под руководством alter ego Немировского—члена Управы Никольского, просили Управу уволить меня.

Поступок этих врачей, скорее похожий на скверный анекдот, чьм на действительность, требовал полного осуждения, и я сообщил о нем в медицинской печати, а затем обратился в местное физико-медицинское Общество с просьбой «сблать этого небывалый в истории русской общественной медицины факт предметом суждения Общества» (см. «Русский Врач», 1905 г., № 32, стр. ). О своем обращении в Общество я одновременно сообщал и этим врачам письмом на имя д-ра Соколова.

Заседание Общества для обсуждения этого дела было назначено тогда же (в августе прошлого года). Но и.и. Соколов и Полимнестов вовсе не явились на заседание, а и.и. Матвеев и Николаев категорически высказались против обсуждения этого дела в Обществе. Заседание не состоялось. Таким образом обвиняемые в предостудительных поступках не пожелали снять с себя обвинение; упомянутые мои сообщения о них в печати они также оставили без возражений, и других мѣр для своего обьявления они также не предприняли. Прошло уже больше года. Таков конец этого скверного анекдота.

Я думаю, нет надобности объяснять, почему г.г. Соколов, Матвеев, Николаев, Кассандров и Полимнестов так упорно отмазываются и уклоняются от выяснения их поведения. Понятно: им нечем оправдаться.

Но этого мало. Г.г. Соколов, Матвеев, Николаев, Кассандров и Полимнестов молчат потому, что отлично понимают, что всякая с их стороны возражения и выяснения поведут к широким разоблачениям. «Молчи! не то я правду о тебе расскажу такую, что хуже всякой лжи», ска-

вал Горичь Загорьичу. И Соколов, Матвеев, Николаев, Кассандров и Полимнестов придерживаются этого мудрого совета. Но они ошибаются. Их молчанье не спасет их. И в самом деле: почему они с такой великой охотой пришли на помощь «известному», с их стыду общества занимающему пост городского головы Немировскому в его желании уволить меня? На этот вопрос, имѣющий хотя малое, но несомненное общественное значение, я отвищу впоследствии. Здесь я только отмѣчу характерный курьез: когда просьба этих врачей о моем увольнении стала известна и они послали письмом в редакцию местной газеты отречение от меня, были уличены журналом этого тайного заседания, они собрались в Управу и стали передѣлывать журнал, но были уличены и в этом. Передѣлать по своему журнал им не удалось. Свидѣтельскими показаниями и взаимными противорѣчiami они были уличены. И вот замѣчательно: самым настойчивым образом уличал их... alter ego Немировского—член Управы Никольский, т. е. тот, для которого они-то и старались, в угоду которому они так «самоотверженно» действовали.

На мое мѣсто Управой назначен г. Матвеев.

И. Венер.

Саратов. 9-го августа 1906 г.

CLXVIII. М. Г.! Не откажите огласить нижеследующее постановление членов врачебного Совета Богодуховского уезда, принятое единогласно после обсуждения оригинального способа закрытия заседания Совета председателем его Н. К. Экк 29-го июля 1906 г. Способ этот состоял в том, что в разгар прений по вопросу о мотивах и причинах моего перемещения земской Управой из с. Рублевки в с. Большую Писаревку, без моего на то согласия, председатель Совета Н. К. Экк, захватив со стола бумаги, объявил, что он прекращает прения по этому вопросу, не допускает его для дальнейшего обсуждения и закрывает заседание.

«В Богодуховскую уездную земскую Управу.

Мы, нижеподписавшиеся, члены врачебного Совета Богодуховского уезда, обсудив отношение председателя врачебного Совета Н. К. Экк к Совету, происходившему 29-го июля 1906 г., при обсуждении вопроса о переводе Управой врача Соколовского, перемещенного из с. Рублевки в с. Большую Писаревку, без его на то согласия и без рассмотрения мотивов перевода во врачебном Совете, что предусматривается п. 8 д. проекта Устава Богодуховского врачебного Совета, утвержденного Богодуховским очередным земским Собранием сессии 1905 г., пришли к следующим единогласным заключениям:

1. Внезапное закрытие председателем заседания врачебного Совета в разгар прений по вышеизложенному вопросу и при том без мотивировки, мы считаем оскорбительным для врачебного Совета.

2. Причины перевода врача Соколовского в Писаревку для нас непонятны. Обвинения, выставленные против него, не вполне доказаны и недостаточны для примѣнения по отношению к нему такой мѣры, как перевод без его согласия на то.

Обсудив все это, мы рѣшили выразить по этому поводу Богодуховской земской Управѣ энергичный протест, огласить все вышеизложенное в печати и довести до свѣдѣния предстоящего земского Собрания о таком нарушении прав врачебного Совета и о таком крайне несправедливом отношении к врачу Соколовскому со стороны Управы. Июля 29-го 1906 г. Глазов, Геркевич, Ревковский, Козлов, Вилмановский, Мендельсон, Милославский, Жадиновский, Лисенко, Засядко, Брисенко, Монтанов, Земцов.

Постановление это с подлинными подписями в тот же день передано земской Управѣ.

Историю моего перевода Богодуховской земской Управой из одного участка в другой, без моего на то согласия и без рассмотрения причин к тому врачебным Советом, я постараюсь изложить подробно, когда получу из Управы копию журнального постановления о моем переводе, что обьядано мнѣ на словах членами Управы Н. К. Экк и Н. В. Смаковским. История эта, я думаю, не лишена общественного интереса, как примѣръ проведения в общественном дѣлѣ принципа—sic volo, sic jubeo.

Земский врач Н. Соколовский.

С. Рублевка. 8-го августа 1906 г.

CLXIX. В виду невозможности при местных условиях добиться справедливого разрѣшения инцидента, происшедшего между директором Абас-Туманских минеральных вод д-ром И. З. Гонпаде и студентом В. Медицинской Академии Начевичем, мы, группа студентов, обращаем к Вам, г. редактор, с просьбой не отказать предать на суд общества следующее.

1-го июня 1906 г. фельдшерскими учениками Абас-Туманского военного госпиталя была объявлена забастовка. Причиной ее было рѣшение главного врача госпиталя д-ра Гонпаде сдѣлать фельдшерских учеников банщиками и сторожами при ваннах, а также стремление его, вместо чтения лекцій с целью приготовить их к фельдшерской дѣятель-



ности, научить их мыть полы и чистить шваброй ванны в ванном здании. Поводом же к объявлению забастовки послужило недоказанное обвинение д-ром Гонадзе одного из них, Ларионова, в том, что он без билета пустил в номер посетителя, взяв за это 10 коп. Во время объяснения с фельдшерскими учениками д-р Гонадзе ругал их площадными словами и, заканчивая свою «речь», сказал: «Здесь, по Абастуману, шляются студенты В-Медицинской Академии. Я Вам покажу студентов! И из Вас сдѣлаю студентов и даже профессоров! Что именно подразумевал д-р Гонадзе под этими словами, — сказать трудно... Во всяком случае в этих словах мы усматриваем злобное надвѣвательство над нашими достоинствами и не можем на это не реагировать, тѣм болѣе, что слова эти были сказаны публично. Забастовка фельдшерских учеников не удалась, и принимавшие в ней участие понесли наказание въ различной степени.

В виду же того, что наибольшее наказание назначено было фельдшерскому ученику Ларионову, старшему фельдшера госпиталя, зная хорошія отношенія товарища Начевича съ врачами госпиталя, обратились къ нему съ просьбой переговорить съ ним и попросить их ходатайства передъ главнымъ врачомъ госпиталя о смягченіи участи лишшаго фельдшерской карьеры фельдшерскаго ученика. Врачи согласились и исполнили просьбу товарища Начевича. Д-р Гонадзе сперва склонился простить Ларионова, но, когда случайно узналъ, что врачи обратились къ нему не по своему почину, а по почину студ. Начевича, взбавокъ крамольника (Начевичъ сидѣлъ въ тюрьмѣ за участие въ освободительномъ движеніи и теперь находится подъ судомъ; въ военномъ госпиталѣ онъ находится на излѣченіи отъ легочной бугорчатки), то усмотрѣвъ въ этомъ крамолу и, въ цѣляхъ устранинія фельдшерскаго персонала, рѣшилъ не прощать Ларионова; при этомъ, во время своего съ нимъ объясненія произнесъ слѣдующую фразу: «Вмѣсто того, чтобы обратиться къ своему начальству, Ты посмѣлъ обратиться къ этому д-ку, высокому студенту». Когда же убѣдился, что товарищ Начевичъ узналъ объ этихъ словахъ, то немедленно, во избѣженіе ненужнаго свидѣтеля, выслалъ фельдшерскаго ученика Ларионова въ часть въ гор. Батумъ, присовокупивъ, что онъ «тамъ и одного часа не останется».

Узнавъ о бранныхъ словахъ, сказанныхъ д-ромъ Гонадзе, какъ по отношенію къ себѣ, такъ и вообще по отношенію къ студентамъ, товарищ Начевичъ, съ цѣлью узнать истину, обратился официально къ д-ру Гонадзе съ вопросомъ, правда ли, что онъ отзывался о немъ и вообще о студентахъ съ такою бранью? Но д-р Гонадзе совершенно отрекся отъ сказанныхъ передъ фельдшерскими учениками и Ларионовымъ словъ и заявилъ, что онъ отнюдь не обзывалъ ни Начевича, ни вообще студентовъ бранными словами. Этотъ отвѣтъ слышали 3 офицера, изъавшіе готовность подтвердить это лично. Фамиліи ихъ: шт-кап. Барановичъ, пор. Иванидій-Василенко и пор. Имяидій. Удовлетворившись объясненіемъ, даннымъ ему д-ромъ Гонадзе, товарищ Начевичъ считалъ инцидентъ исчерпаннымъ; но вскоре до его свѣдѣній дошло, что д-р Гонадзе при посредствѣ своихъ близкихъ знакомыхъ (какъ, напр., студ. Параконъ) продолжаетъ распускать всюду слухи, оскорбительные для Начевича. Тогда, по просьбѣ Начевича, къ д-ру Гонадзе обратился 2 студента (Пираловъ и Богомоловъ) съ просьбой высказать истинныя этихъ слуховъ. Въ отвѣтъ на это д-р Гонадзе заявилъ: «Да, я называлъ его д-комъ, такъ какъ онъ вышшеается не въ свое дѣло» и т. п., и, будучи переспрошенъ Богомоловымъ, повторилъ вышесказанное. Слѣд., мы видимъ, что въ личномъ объясненіи съ тов. Начевичемъ д-р Гонадзе побоялся признаться въ своей ругани, а въ его отсутствіи позволялъ себѣ его оскорблять, употребляя выраженія, поворащающія честь нашего товарища, и распространяя слухи, дискредитирующие его въ глазахъ мѣстнаго общества. Когда же тов. Начевичъ, съ цѣлью добиться расслѣдованія этого инцидента официальнымъ путемъ, подалъ рапортъ начальнику госпиталя ген. Микеладе, то послѣдній общилъ расслѣдовать это дѣло; но тутъ-то и высказался нравственный обликъ д-ра Гонадзе. Передъ генераломъ онъ опять отрекся отъ своихъ словъ, въ виду чего ген. Микеладе предложилъ Начевичу взять свой рапортъ обратно. Когда же послѣдній продолжалъ настаивать на расслѣдованіи инцидента, ему на слѣдующій день послѣ подачи рапорта была сдѣлана угроза дать ходъ откуда-то вдругъ появившемуся на него вѣстричному рапорту за № 39 отъ 28 июня поданному смотрителемъ госпиталя шт. кап. Толочко, въ которомъ Начевичъ обвинялся въ устройствѣ Собраній фельдшеровъ у себя въ палатѣ (!), т. е. въ офицерскомъ баракѣ, съ цѣлью пропаганды. Рапортъ этотъ былъ поданъ, по всей вѣроятности, заднимъ числомъ, такъ какъ чѣмъ же объяснить то обстоятельство, что рапорту въ теченіи 3-хъ недѣль не давали хода и не привлекали тов. Начевича къ отвѣтственности? Къ тому же въ предыдущихъ разговорахъ съ Начевичемъ ген. Микеладе ни разу не упоминалъ ни о какомъ, касающемся его, Начевича, рапортѣ. Слѣдуетъ замѣтить, что рапорту этому общино было данъ ходъ въ томъ лишь случаѣ, если Начевичъ не согласится взять свой рапортъ обратно. Не испугавшись угрозы, тов. Начевичъ настаивалъ на расслѣдованіи дѣла. Въ виду этого угроза была приведена въ исполненіе, и дознаніе не по поводу поданнаго Начевичемъ на Гонадзе рапорта, а по поводу вѣстричнаго рапорта поручено было подполк. Попову. Дознаніемъ была обнаружена полная неосновательность вводимыхъ на тов. Начевича обвиненій.

Въ виду этого, выяснивъ всю суть дѣла показаніями свидѣ-

телей и документальными данными, мы считаемъ поведеніе д-ра Гонадзе, употребляющаго такіа недостойныя средства борьбы по отношенію къ больному нашему товарищу и не останавливающагося для достиженія своей цѣли даже предъ клеветой, — поворнымъ и поворащимъ корпорацію врачей, къ которой онъ принадлежитъ.

Съ своей же стороны, г. Гонадзе, мы выражаемъ Вамъ свое негодованіе и заявляемъ, что нанесенное намъ, студентамъ, оскорбленіе мы не будемъ реагировать такъ, какъ реагировалъ извѣстный Вами въ юнѣ сего года извѣстникъ Гарешинъ Пижииковъ, т. е. судебнымъ порядкомъ<sup>1)</sup>, за что мировой судья г. Ахалцыха приговорилъ Васъ къ 10-дневному тюремному заключенію безъ замѣны штрафомъ, а предпочитаемъ предать Вашъ поступокъ гласности.

Студенты: медикъ 5 курса Кіевскаго Университета Чеславъ Вичъ, техникъ 3 курса Московскаго Техническаго Училища Яковъ Богомоловъ, ветеринаръ 3 курса Харьковскаго Ветеринарнаго Института Вячеславъ Романовъ, юристъ Харьковскаго Университета Николай Чейшвили, медикъ 2-го курса В-Медицинской Академіи Михаилъ Зуевъ, студентъ 1-го курса Московскаго Университета Дм. Чилинаровъ.

Абась-Туманъ. 3 го августа 1906 г.

СЛХХ. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ:

7-го сего августа старшій врачъ Больницы Путиловскаго завода Н. Н. Веселовзоровъ, пригласивъ меня, обратился ко мнѣ съ вопросомъ, не считаю-ли я, что при томъ положеніи, которое я занималъ, мнѣ неудобно оставаться врачомъ Путиловской больницы (я нахожусь на этомъ мѣстѣ болѣе года)? На мое крайнее на это изумленіе, онъ заявилъ, что я проявляю принципиальную оппозицію и что онъ поэтому рѣшилъ о необходимости моего ухода изъ больницы. На мое предложеніе указать на конкретные случаи моей оппозиціи онъ попытался указать на одинъ случай моихъ служебныхъ поступковъ (о записи въ больничныхъ листахъ), несогласныхъ съ его предположеніями; но какъ разъ этотъ случай былъ таковъ, въ которомъ Совѣщеніе всѣхъ товарищей врачей вмѣстѣ съ д-ромъ Веселовзоровымъ согласилось предоставить мнѣ вести дѣло, какъ я находилъ необходимымъ. Затѣмъ д-ръ Веселовзоровъ отмѣтилъ, что я не считаю его товарищемъ, а считаю лицомъ медицинской администраціи. Послѣ этого д-ръ Веселовзоровъ заявилъ, что вообще онъ рѣшилъ уже о моемъ уходѣ и что онъ хочетъ предложить мнѣ, не считу-ли я самъ необходимымъ это сдѣлать? Чтобы положить конецъ этому странному, по меньшей мѣрѣ, разговору, я высказалъ д-ру Веселовзорову, что, если онъ желаетъ обсуждать вопросъ о моей оппозиціи съ точки зрѣнія интересовъ больныхъ, то я готовъ съ нимъ говорить, но что, повидимому, онъ самовластно хочетъ уволить меня со службы, не желая терпѣть какихъ-либо возраженій, что я считаю это насиліемъ и что въ такомъ случаѣ намъ съ нимъ говорить не о чемъ; пусть онъ дѣлаетъ, какъ хочетъ. Послѣ этого я ушелъ. Когда я уходилъ, д-ръ Веселовзоровъ сказалъ, что о моемъ увольненіи отъ службы онъ будетъ говорить съ директоромъ завода. Найдя послѣ этого въ дежурной комнатѣ 2-хъ товарищей, врачей завода, я, крайне возмущенный, апеллировалъ черезъ нихъ ко всѣмъ врачамъ больницы и тутъ-же я узналъ, что товарищи-врачи никакого разговора о моемъ увольненіи не вѣдѣли и что д-ръ Веселовзоровъ имъ ничего объ этомъ не говорилъ. Обратился я также къ фельдшерскому персоналу больницы. 9-го августа одинъ изъ врачей мнѣ сообщилъ, что врачи больницы представили старшему врачу свое мнѣніе, что они не считаютъ правильнымъ единоличное рѣшеніе имъ вопроса о моемъ увольненіи, но д-ръ Веселовзоровъ съ ними не согласился. 10-го августа послѣ визитаціи своего отдѣленія и уже во время амбулаторнаго приема больныхъ я получилъ отъ директора завода краткое официальное заявленіе, что съ 10-го августа онъ освобождаетъ меня отъ занятій въ заводской больницѣ. Обратившись къ директору завода съ просьбой сообщить мнѣ о причинѣ моего увольненія отъ службы, я услышалъ, что д-ръ Веселовзоровъ заявилъ ему о моемъ постоянномъ противодействіи въ управленіи имъ больницы и что въ виду этого ему, директору завода, остается только считать мою службу въ больницѣ Путиловскаго завода невозможной. Тѣсно я и здѣсь старался выяснять факты моего противодействія; о нихъ я здѣсь не могъ узнать.

Обращаясь къ товарищамъ съ этимъ письмомъ, я долженъ сказать, что я возмущенъ не только тѣмъ, что отъ меня отнимается любимое мной дѣло, но и тѣмъ, что, не желая выслушивать никакихъ возраженій, д-ръ Веселовзоровъ проявилъ въ поступкѣ моего увольненія насиліе, основанное на самовластии

С. Галюнь.

Петербургъ. 12 го августа 1906 г.

<sup>1)</sup> Постановленіе мирового судьи Ахалцыхскаго мирового отдѣла по 119, 122, 121 Уст. Уг. Суд. и по 142 и 73 ст. Уст. о нак. д. с. почетный мировой судья д-ра Гонадзе фаворитика Гарешинъ Пижииковъ оштрафовалъ на 15 р., а за нанесеніе побоевъ тому же Пижиикову приговоренъ къ аресту при тюрьмѣ на 10 дней. Пижииковъ же по обвиненію повѣреннымъ д-ра Гонадзе по 73 и 142 ст. Ул. о нак. оправданъ. (Отъ 24/VI 1906 г. постановленіе) Уголовное дѣло за № 1906 Г.

## ХРОНИКА И МЕЛКИЕ ИЗВѢСТІЯ

1497. Бывшій профессоръ Харьковскаго Университета *И. И. Сковорода*, какъ сообщаетъ Харьковскія Вѣдомости (5 августа), допущенъ къ чтенію лекцій въ Киевскомъ Университетѣ въ качествѣ ч. преподавателя по предмету эпидемиологии.

1498. «Рѣчь» (11 августа) сообщаетъ, что Министерство народного просвѣщенія отклонило ходатайство Московскаго, Казанскаго и Харьковскаго Университетовъ объ освобожденіи отъ платы 30% студентовъ, вмѣстѣ прежнихъ 15%.

1499. Намъ сообщаютъ, что для сужденія о кандидатахъ, подавшихъ Московскому медицинскому факультету прошенія о допущеніи къ участію въ конкурсѣ, объявленномъ для замѣщенія свободной каведры факультетской терапевтической клиники, факультетомъ набрана Коммиссія изъ проф. *В. Д. Шеремискаго, Н. Ф. Голубова, Н. С. Кимкина, Н. С. Корсакова, Н. А. Митропольскаго, К. М. Павлинова, П. М. Цопова и А. Б. Фогта*. Прошенія поданы ч. пр. *Л. Е. Голубининымъ* (Москва), ч. пр. *Н. А. Кабановымъ* (Москва), ч. пр. *Н. Н. Кириковымъ* (Петербургъ), ч. пр. *Н. И. Кульбинымъ* (Петербургъ), ч. пр. *В. Е. Ледетчинскимъ* (Москва), проф. *Н. А. Савельевымъ* (Юрьевъ) и ч. пр. *П. С. Усовымъ* (Москва).

1500. Лекціи въ В. Медицинской Академіи въ предстоящемъ учебномъ году начнутся, какъ мы уже сообщали (см. выше, № 31, стр. 972), съ 1-го сентября и будутъ продолжаться до 15-го октября, послѣ чего семестръ учебного года будетъ считаться законченнымъ и будутъ произведены переходныя испытанія. Такимъ образомъ новый учебный годъ для 2-го семестра и для всѣхъ старшихъ курсовъ начинается съ 1-го ноября. Въ данное время въ Академіи числится около 900 студентовъ, изъ нихъ 300 на 1-мъ курсѣ («Око», 9 августа). По словамъ «Народа и Думы», «Понедѣльникъ» (14 августа), на 1-мъ курсѣ В. Медицинской Академіи принята 80 слушателей; прошеній было подано болѣе 600. Выпускъ врачей предполагается послѣ Рождества; такимъ образомъ 5-мъ курсъ будетъ пройденъ студентами въ 2 мѣс.

1501. Какъ мы уже сообщали (см. выше, № 26, стр. 816), приема въ Женскій Медицинскій Институтъ на первые 4 семестра, въ виду полного отсутствія вакансій, согласно постановленію Совѣта Института, въ текущемъ году не будетъ. Не смотря на то, что постановленіе это обнародовано было еще весной, прошенія съ просьбой о зачисленіи, хотя-бы въ качествѣ вольнослушательницъ, какъ передаетъ «Око» (10 августа), поступаютъ въ Институтъ въ большомъ количествѣ. О времени начала занятій въ Институтѣ пока еще ничего неизвѣстно. Институтъ былъ закрытъ министеромъ народного просвѣщенія, и отъ него зависитъ и его открытіе. Вопросъ объ открытіи Института выяснится, по всей вѣроятности, лишь послѣ Сѣзда директоровъ (см. выше, № 32, стр. 1004). Что касается выпускныхъ экзаменовъ, то аспетательная медицинская Коммиссія въ Институтѣ уже назначена (предсѣдатель ея—проф. *А. А. Лизачевъ*), и экзамены начнутся въ началѣ октября. Съ разрѣшенія министра народного просвѣщенія къ испытаніямъ будутъ допущены курсистки, прослушавшія только 9 семестровъ. Прошенія съ просьбой о зачисленіи въ число слушателей Института поступаютъ и отъ мужчинъ, окончившихъ курсъ среднихъ учебныхъ заведеній. Какъ извѣстно (см. «Русскій Врачъ», 1905 г., № 52, стр. 1627), въ прошломъ году въ качествѣ вольнослушателя былъ зачисленъ въ Институтъ 1 мужчина.

1502. «Русскія Вѣдомости» (5 августа) сообщаютъ, что канцелярія Московскаго Университета уже начала принимать прошенія отъ женщинъ, желающихъ поступить въ качествѣ вольнослушательницъ на всѣ факультеты Университета, кромѣ медицинскаго, на который женщины принимать не будутъ въ виду отсутствія какихъ-либо вакансій и существованія медицинскаго отдѣленія при Высшихъ Женскихъ Курсахъ.

1503. Въ Юрьевѣ на частномъ Совѣщаніи профессоровъ большинство высказалось за открытіе Университета; приема въ Университетъ на 1-мъ курсѣ медицинскаго факультета нѣтъ («Народъ и Дума», «Понедѣльникъ», 14 августа. «Рѣчь», 11 августа).

1504. Въ числѣ пострадавшихъ при взрывѣ на дачѣ министра внутреннихъ дѣлъ 12-го августа общія газеты (14 августа) называютъ д-ра *Фегнера* и ж. вр. *Иноземцеву*.

1505. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 8) со словъ «Восточнаго Курьера» сообщаютъ, что д-ру *А. Е. Нечаеву* воспрещается пребываніе въ уѣздахъ, объявленныхъ на военномъ положеніи въ предѣлахъ Иркутскаго генералъ-губернаторства, на весь срокъ дѣйствія этого положенія. На выѣздъ изъ мѣста жительства ему былъ назначенъ 3-дневный срокъ со дня объявленія ему этого постановленія.

1506. Намъ пишутъ, что 2-го августа арестованъ въ с. Талдомѣ, Калазинскаго уѣзда, Тверской губ., земскій врачъ *Н. А. Жаревскій* по обвиненію его въ разясненіи и распространеніи Выборгскаго воззванія. *Н. А.* арестованъ былъ мѣстнымъ приставомъ и со стражниками препровожденъ въ городскую тюрьму. Никакого предписанія объ арестѣ ему вручено не было, равно какъ и обыскъ въ его квартирѣ, не давшій никакихъ уликъ, приставъ произвелъ по собственному почину, безъ предьявленія предписанія высшаго полицейскаго начальства. Во время слѣдованія арестованнаго товарища при остановахъ для обѣда у сосѣдняго врача за столъ былъ посаженъ для надзора стражникъ; такъ, будто-бы, предписываетъ дѣйствовать мѣстной полиціи

одинъ изъ безчисленныхъ циркуляровъ. Вся эта исторія произошла изъ-за доноса одного изъ крестьянъ, которому не понравился частный разговоръ *Н. А.* съ кучкой крестьянъ послѣ амбулаторнаго приема. Приставъ—онъ пока исполняетъ обязанность пристава—пристегнулъ сюда совершенно голословное обвиненіе въ расклеивѣхъ воззваній и ретиво исполнилъ циркуляръ. Участокъ остался безъ врача въ разгарѣ тифозной и скарлатинной эпидеміи. Пока судъ да дѣло, а товарищъ, какъ и многіе тысячи, сидитъ за тюремной стѣной и рѣшаетъ загадочную картинку—гдѣ-же дарованныя «незыблемыя основы гражданской свободы на началахъ дѣйствительной неприкосновенности личности?»

1507. Д-ръ *И. Е. Козловъ*, редакторъ-издатель «Сибирскихъ Вѣстей», по распоряженію Иркутскаго ген.-губернатора 13-го іюля, высланъ въ с. Яланское, Енисейскаго уѣзда, а газета его закрыта. Не смотря на нѣсколько часовъ, данныхъ на сборы еще не вполне оправившемуся отъ тяжелой болѣзни *И. Е.*, провожать его собрались многіе изъ его знакомыхъ и друзей; грустные проводы отличались большою сердечностью. Сообщая объ этомъ, «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 8) выражаютъ со своей стороны пожеланіе уважающему товарищу поскорѣе вернуться съ запасомъ новыхъ силъ для продолженія той плодотворной общественной работы, которая такъ грубо была прервана.

1508. Изъ Новороссійска, какъ сообщаетъ «Баку» (1 августа), высланъ д-ръ *Раковичъ* по дѣлу крестьянскаго Союза.

1509. Намъ сообщаютъ, что въ Пензенскомъ уѣздѣ увеличилось земское Управою по требованію губернатора на основаніи 21 ст. положенія объ усиленной охранѣ врачъ *Кучинскаго участка Б. И. Фиммизъ*, прослужившій уѣздному Земству 6 лѣтъ. Жители с. Кучекъ прислали въ мѣстную газету «Перестрой» письмо съ выраженіемъ сожалѣнія объ его уходѣ.

1510. Агентскія телеграммы (отъ 10-го августа) сообщаютъ о поступившемъ въ Одесскій военный судъ дѣлѣ объ обнаруженной въ Одессѣ военной организаціи, при чемъ въ числѣ 14 чел., привлекаемыхъ къ суду, нѣтъ 3 врачѣ.

1511. Громкое Пятигорское дѣло о «Кавказской республикѣ», по которому привлекались къ отвѣтственности д-ра *А. А. Лобовицы, І. А. Горбуновъ* и др., какъ сообщаетъ «Баку» (3 августа), по распоряженію изъ Петербурга прекращено за отсутствіемъ состава преступленія.

1512. «Рѣчи» (10 августа) телеграфируютъ изъ Одессы, что мѣстный Отдѣлъ Всероссийскаго Союза медицинскаго персонала рѣшилъ остаться политическимъ Союзомъ въ интересахъ содѣйствія освободительному движенію.

1513. 3-го августа, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (4 августа), въ Московской центральной пересыльной тюрьмѣ произошли безпорядки. Находящіеся въ тюремной больницѣ политическіе арестованные утромъ потребовали немедленнаго перевода ихъ изъ больничнаго въ общія для здоровыхъ помѣщенія, отказавшись принимать лѣкарства. Вмѣстѣ съ тѣмъ они заявили, что, если ихъ требованіе не будетъ исполнено до 12 час. дня, то они произведутъ погромъ. Въ 12 час. дня въ тюрьмѣ началось волненіе. Первоначально въ больницѣ болѣе арестованные выбили стекла въ окнахъ, поломали обстановку, а затѣмъ къ нимъ присоединились и прочіе политическіе заключенные. Для подавленія волненія были вызваны войска, занявшія скоро тюремный дворъ и занявшія коридоры въ тюремныхъ зданіяхъ. По тюремнымъ помѣщеніямъ черезъ окна было произведено нѣсколько залповъ, при чемъ изъ заключенныхъ 2-ое были убиты и нѣсколько ранены. Волненіе послѣ этого улеглось.

1514. 23-го іюля въ Читинской войсковой больницѣ для умалишенныхъ, какъ сообщаетъ «Даль» (25 іюля), полиціей былъ произведенъ обыскъ: въ сѣнномъ сараѣ найдено около 3 пуд. типографскихъ принадлежностей. Арестованъ заведующій хозяйственной частью больницы фельдшеръ *А. Войлошниковъ*.

1515. Приводимое въ «Рѣчи» (10 августа), со словъ мѣстныхъ газетъ, описаніе крестьянскаго движенія въ различныхъ мѣстностяхъ Саратовской губ. оканчивается слѣдующими строками: «Почтово-телеграфное отдѣленіе (въ с. Елашевѣ), обитое корсиномъ и затѣмъ подожженное» сгорѣло до тла со всѣми деньгами, документами и имуществомъ. Достоинно вниманія то обстоятельство, что зданіе, занимаемое врачомъ и отдѣляющееся отъ зданія (почтового) отдѣленія одними воротами, также сгорѣло, но все имущество врача крестьяне вынесли».

1516. Слѣдственная Коммиссія по дѣлу о безпорядкахъ в Алафузовской больницѣ въ Петербургѣ (см. выше № 13, стр. 411, № 14, стр. 434, № 22, стр. 689 и № 28, стр. 880), какъ сообщаетъ «Рѣчь» (11 августа), закончила свои труды. Старшій врачъ больницы *Коганъ* признанъ виновнымъ въ несправедливомъ отношеніи къ низшему медицинскому персоналу, и Коммиссія признала необходимымъ, въ цѣляхъ предупрежденія волненій въ будущемъ, требовать его увольненія. Служителя *Г. Петрова*, уволеннаго д-ромъ *Коганомъ* по подозрѣнію въ организаціи матинговъ и забастовки, Коммиссія постановила принять на прежнюю должность въ больницу. Нѣкоторымъ изъ фельдшеровъ, признанныхъ виновными въ неаккуратномъ исполненіи своихъ обязанностей, рѣшено слѣвать выговоръ.

1517. Какъ сообщаетъ «Око» (6 августа), 9 служащихъ Алафузовской больницы по предписанію градоначальника отъ 30-го іюля, арестованы при полиціи, на 3 мѣс. каждый. Остальные служащіе рѣшили мѣста арестованныхъ объявить подъ бойкотомъ, работу за нихъ исполнять самими и причитающееся жалованье отдавать ихъ семьямъ. Къ м. о. предсѣдателю

больничной Комиссии д-ру А. Э. Бари 4-го августа, по словам газеты, являлась депутация от всех больниц с просьбой о личном его ходатайстве перед градоначальником о смягчении или совершенной отмене административного наказания, наложенного на этих 9 служащих, и о немедленном удалении 2-х матерей при Алафужской больнице. Последние по распоряжению г. Бари уже уволены.

1518. Главное врачебное Управление, как сообщает «Речь» (11 августа), уведомило администрацию Тобольской, Иркутской и Енисейской губ., что Министерство внутренних дел разрешило *ссылным врачам* заниматься в Сибири *частной практикой*, а также *служить* в госпиталях и больницах.

1519. В числе *распоряжений правительства*, перепечатанных в общих газетах (от 11-го августа), находим следующее: «По приговору Одесского в.-окружного суда приговоренный к запису чиновников военного ведомства *лжekarь Воюмолец* за преступления, совершенные им в бытность младшим врачом лазарета 4-ой стрелковой бригады и предусмотренных 128 и п. 1 ч. 1—129 ст. угол. улож., лишается прав состояния, исключается из военной службы и ссылается на поселение, с законными последствиями сего наказания».

1520. Одесское санитарное Бюро, согласно постановлению Сопредседателя врачей, расслало, как передает «Новое Обозрение» (4 августа), всем врачам для бдрых *циркулярное предложение* следующего содержания: «В виду участвовавших в последнее время случаев травматических повреждений от вандальных на улицах побоев признано необходимым регистрировать все подобные встречающиеся в практике врачей случаи с указанием как характера самих повреждений и обстоятельств, сопровождавших нанесение их, так и лиц и орудий, которыми были нанесены повреждения».

1521. На происходившем недавно в Одессе очередном *Съезде земских врачей Одесского уезда* прочитаны были доклады заведующим санитарным отделением Одесской земской Управы д-ром А. И. Улыбышевым о санитарном состоянии уезда за минувший год и земским врачом К. В. Фростом — о научной командировке его на земский счет за границу. В «Новом Обозрении» (6 августа), откуда мы заимствуем это известие, так передана сущность первого. «Из доклада видно, что в отчетном году эпидемически болзны в уезде развились с необыкновенной силой, при чем особенно свирепствовала натуральная оспа. Сильнее, чем в других мѣстах, оспа наблюдалась в Маринском и Зельском участках. *Съезд* врачей признал необходимым просить земскую Управу увеличить в этих участках фельдшерский состав и пригласить 2-х специалистов-оспопрививателей для подворного прививания осы всем, даже здоровым, жителям. В течение последнего месяца в Маринском и Зельском участках было занесено в списки свыше 160 случаев заболзанья натуральной оспой. Далее в отчете указывалось, что количество в отчетном году врачи подавали медицинскую помощь населению в несколько меньшем размире, чем в прошлом году. Объясняется это тем, что много врачей в уезде перемещались с одного мѣста на другое, находились под арестом и должности их, бывало, долго никак не замѣщались. С другой стороны, в деятельности фельдшеров отчет отмѣчает значительную интенсивность; вообще отмѣчено, что фельдшера и весь вспомогательный медицинский штат в течение минувшего года поработал очень много».

1522. «Народ и Дума». «Понедѣльник» (14 августа) сообщает, что министр путей сообщения предписал отчислить 0,1% со стоимости *выполненных* (курсив наш. Ред.) подрядчиками и радниками работ и поставок на образование *особого запасного фонда*, предназначенного исключительно на *удовлетворение* в экстренных случаях *нужды лечебных заведений казенных желѣзных дорог*. — Прежде всего мы не признаем за министром ни малѣйшаго права на какія отчисления с подрядчиков за выполненныя уже ими работы, хотя бы и на такое святое дѣло, как нужды лечебных заведений; это, вѣдь, посягательство на чужую собственность; да и самая святость этого дѣла, казалось-бы, требует, чтобы оно никим образом не зависло от случайных поступлений невольных жертвователей, а опиралось на ясно опредѣленную статью расхода самого Министерства.

1523. «Курортная дѣла Ялы» очень плохи. Приѣзжих крайне мало; магазины и квартиры пустуют; владельцы многих из них наканунѣ краха. Вѣсть с ними переживает тяжелое время и трудовая часть населения, лишенная заработка по той же причине, — вслѣдствие отсутствия публики. Автор письма в «Русских Вѣдомостях» (5 августа), откуда мы заимствуем это известие, следующим образом объясняет описанный кризис: «Курортный кризис в Ялѣ, конечно, находится в прямой связи с общим положением Россіи, хотя есть и спеціальныя причины на мѣстѣ; заключаются онѣ в систематическом заупреждении мѣстными «властями» приѣзжей публики происходившими послѣдніе 1½ г. митингами. Дѣлая изъ мирных митингов пугало, разговаривающее приѣзжих, мѣстная полиція расчитывала, что Ялтинское население изъ опасенія повредить курорту прекратит митинги; но вышло такъ, что иногородняя публика была дѣйствительно терроризована, а митинги не прекратились. Ялтинские домовладельцы и промышленники не донали в свое время того, что полиція своим провокационным образом дѣйствій губит Ялту и что единственно правильным образом дѣйствій было-бы не задушевливое непривычной части приѣзжих митингами, а, наоборот, приучение публики понимать, что митинги

не только не препятствуютъ всеобщей безопасности, но, наоборотъ, способствуютъ ей. В настоящее время налюбленной мечтой Ялтинских домовладельцев и купцовъ является стремление убедить всѣ слои Ялтинскаго населенія, что Ялта есть Всероссийская больница, что поэтому надъ ней долженъ быть водруженъ флагъ Краснаго Креста и что «политикой» здѣсь заниматься не слѣдуетъ. Очевидно, они приравливаютъ «политику» къ чему-нибудь въ родѣ игры въ винтъ, въ который, смотря по желанію, можно играть, а можно и неиграть».

1524. «Русскія Вѣдомости» (10 августа) печатаютъ следующую телеграмму, полученную ими изъ Сызрани 9-го августа: «Вчера вечеромъ здѣсь произошелъ печальный инцидентъ, по поводу котораго мною отправлена слѣдующая телеграмма Симбирскому губернатору: 8-го августа въ помѣщеніи Комитета помощи погорѣльцамъ гор. Сызрани передъ началомъ засѣданія *врачи отряда общеземской организаціи* безъ всякаго повода подверглись нападению со стороны Сызранскаго полицеймейстера, который, не довольствуясь этимъ, вышелъ къ толпѣ и внулъ ей, что врачи организаціи — евреи и что жиды борются съ полиціей револьверами и бомбами. Все вышеизложенное занесено въ протоколъ, подписанный присутствовавшими. Убѣдительно прошу В.-Пр-во возбудить противъ Сызранскаго полицеймейстера судебное преслѣдованіе и принять мѣры къ огражденію отъ агрессивныхъ дѣйствій полиціи членовъ общеземскаго отряда, мирно работающихъ на погорѣльцевъ въ Сызрани». Оглашая эту телеграмму, выражаю по поводу случившагося негодованіе всего отряда, привыкшаго относиться съ глубокимъ уваженіемъ къ д-ру *Котиму*, какъ работнику и человеку. Уполномоченный общеземской организаціи Тихонъ Полверъ».

1525. Въ № 7 «Свѣдѣній о заразныхъ болзняхъ и санитарно-врачебной организаціи Московской губ.» въ отчетѣ о засѣданіи Дмитровскаго санитарнаго Совѣта 21-го февраля 1906 г., первомъ послѣ перерыва, вызваннаго известнымъ нашимъ читателямъ конфликтомъ (см. выше, № 29, стр. 913 и другіе № №, здѣсь указанные), имѣются слѣдующія подробности о *мѣрахъ, принятыхъ этимъ Совѣтомъ для смягченія послѣдствій конфликта*. Въ засѣданіи присутствовали председатели Совѣта г. М. А. Олсуфьевъ, членъ Управы М. Н. Поляновъ, гласный земскаго Собранія В. А. Эрнстъ, земские врачи: Е. К. Иногасъ, В. А. Кирьяковъ, Н. А. Королевъ, В. И. Крыловъ, В. И. Мармевъ, И. В. Новожитовъ, К. Н. Харизомовъ, ветеринарные врачи: А. П. Бѣликовъ, Г. И. Земель, Н. И. Шмелль, врачъ воспитательнаго дома А. И. Ивановъ, временные врачи: С. И. Крыловъ, Козакъ; техники М. Н. Котовъ. Кромѣ того, присутствовали: врачъ Н. Н. Печкинъ, фельдшеръ А. М. Пуминская и студентъ-медики, временно работающій въ Рогачевской лѣчебницѣ, М. С. Галкина. Засѣданіе началось прочтеніемъ Н. И. Шмеллемъ слѣдующаго заявленія всѣхъ врачей, собравшихся на санитарный Совѣтъ: «Собравшись впервые на санитарный Совѣтъ послѣ долгаго перерыва изъ-за всѣхъ намъ известныхъ, но не всѣми одинаково понимаемыхъ и оцѣняемыхъ событий, считаемъ долгомъ выразить сожалѣніе по поводу всего происшедшаго, а также сочувствіе врачамъ, уволеннымъ земскимъ Собраніемъ 29-го ноября 1905 г. отъ занимаемыхъ должностей. Несомнѣнно, дѣло народной медицины въ Дмитровскомъ уездѣ за послѣдніе 4 мѣсяца потерпѣло много лишений; но въ данный моментъ дѣятельности врачебной организаціи имѣетъ возможность возстановиться, такъ какъ всѣ уволенные врачи могутъ быть снова нашими сочленами, и мы считаемъ нашимъ долгомъ сдѣлать все возможное къ тому, чтобы они, дѣйствительно, вернулись на службу Дмитровскаго Земства. Мы должны констатировать, что земское Собраніе и Управа нарушали права санитарнаго Совѣта, такъ какъ уволили врачей, не выслушавъ его мнѣнія, что и послужило одной изъ причинъ, нарушившихъ правильный ходъ медицинскаго дѣла въ уездѣ. Теперь — новый составъ Управы, и изъ переговоровъ съ нею мы вынесли впечатлѣніе искренности ея желаній уладить происшедшій конфликтъ, считаясь съ достоинствомъ какъ отдѣльныхъ членовъ, такъ и всей врачебной организаціи. Вполнѣ доверяя желанію Управы впредь въ дѣлѣ организаціи медицинской помощи населенію Дмитровскаго уѣзда идти рука объ руку съ санитарнымъ Совѣтомъ, не нарушая его инструкцій, мы считаемъ возможнымъ приступить къ своей обычной работѣ и прежде всего къ выборамъ врачей на вакантныя мѣста». Санитарный Совѣтъ, выслушавъ это заявленіе врачей и принявъ его къ свѣдѣнію, постановилъ приступить къ выборамъ врачей на вакантныя мѣста, при чемъ 2-мъ врачамъ въ Рогачевскую лѣчебницу была избрана А. Г. Гамбургеръ, ушедшая оттуда во время конфликта; врачей Н. А. Кудрявцева и В. И. Родина, ушедшихъ тогда-же, было постановлено просить вернуться на старыя мѣста. Къ И. Д. Глушицину-же также подавшему въ отставку и уже уѣхавшему изъ Тимоновской лѣчебницы, санитарный Совѣтъ не нашелъ удобнымъ обратиться съ такой-же просьбой, въ виду его категорическаго нежеланія возвращаться, заявленнаго имъ въ частномъ Совѣщаніи врачей, бывшемъ въ Москвѣ 7-го февраля сего года. Избравъ единогласно А. Г. Гамбургеръ на прежнее мѣсто, санитарный Совѣтъ счелъ необходимымъ дать объясненіе этому избранію, которое какъ будто противорѣчитъ постановленію земскаго Собранія о невозможности для врачей, оставившихъ свои лѣчебницы вслѣдствіе угрозы со стороны населенія возвратиться на прежнія мѣста. Земское Собраніе, сдѣлавъ свое постановленіе и не лишая возможности этихъ врачей обычнымъ порядкомъ занять другія мѣста въ уездѣ, мотивировало свое постановленіе тѣмъ, что на прежнихъ мѣстахъ нельзя ждать отъ врачей спокойной, а потому и продуктивной работы вслѣдствіе ненормальныхъ отноше-

## ХРОНИКА И МЕЛКИЕ ИЗВѢСТІЯ

1497. Бывшій профессоръ Харьковскаго Университета *И. И. Скорцова*, какъ сообщаетъ «Харьковскія Вѣдомости» (5 августа), допущенъ къ чтенію лекцій въ Киевскомъ Университетѣ въ качествѣ ч. преподавателя по предмету эпидемиологии.

1498. «Рѣчь» (11 августа) сообщаетъ, что Министерство народного просвѣщенія отклонило ходатайство Московскаго, Казанскаго и Харьковскаго Университетовъ объ освобожденіи отъ платы 30% студентовъ, вмѣсто прежнихъ 15%.

1499. Намъ сообщаютъ, что для сужденія о кандидатахъ, подавшихъ Московскому медицинскому факультету прошенія о допущеніи къ участію въ конкурсѣ, объявленномъ для замѣненія свободной каведры факультетской терапевтической клиники, факультетомъ набрана Коммиссія изъ проф. *В. Д. Шервинскаго*, *Н. Ф. Голубова*, *Н. С. Кимкина*, *Н. С. Корсакова*, *Н. А. Митропольскаго*, *К. М. Павлинова*, *П. М. Цокова* и *А. Б. Фогта*. Прошенія поданы ч. пр. *Л. Е. Голубининымъ* (Москва), ч. пр. *Н. А. Кабановымъ* (Москва) ч. пр. *Н. Н. Кириковымъ* (Петербург), ч. пр. *Н. И. Кулибнымъ* (Петербург), ч. пр. *В. Е. Ледетченскимъ* (Москва), проф. *Н. А. Савалевымъ* (Юрьевъ) и ч. пр. *П. С. Усовымъ* (Москва).

1500. Лекціи въ *В. Медицинской Академіи* въ предстоящемъ учебномъ году начнутся, какъ мы уже сообщали (см. выше, № 31, стр. 972), съ 1-го сентября и будутъ продолжаться до 15-го октября, послѣ чего семестръ учебного года будетъ считаться законченнымъ и будутъ произведены переходныя испытанія. Такимъ образомъ новый учебный годъ для 2-го семестра и для всѣхъ старшихъ курсовъ начинается съ 1-го ноября. Въ данное время въ Академіи числится около 900 студентовъ, изъ нихъ 300 на 1-мъ курсѣ («Око», 9 августа). По словамъ «Народа и Думы», «Понедѣльника» (14 августа), на 1-мъ курсѣ *В. Медицинской Академіи* принята 80 слушателей; прошеній было подано болѣе 600. Выпускъ врачей предполагается послѣ Рождества; такимъ образомъ 5-й курсъ будетъ пройденъ студентами въ 2 мѣс.

1501. Какъ мы уже сообщали (см. выше, № 26, стр. 816), пріема въ *Женскій Медицинскій Институтъ* на первые 4 семестра, въ виду полного отсутствія вакансій, согласно постановленію Совѣта Института, въ текущемъ году не будетъ. Не смотря на то, что постановленіе это обнародовано было еще весной, прошенія съ просьбой о зачисленіи, хотя-бы въ качествѣ вольнослушательницъ, какъ передаетъ «Око» (10 августа), поступаютъ въ Институтъ въ большомъ количествѣ. О времени начала занятій въ Институтѣ пока еще ничего неизвѣстно. Институтъ былъ закрытъ министромъ народного просвѣщенія, и отъ него зависитъ и его открытіе. Вопросъ объ открытіи Института выяснится, по всей вѣроятности, лишь послѣ Сѣзда директоровъ (см. выше, № 32, стр. 1004). Что касается выпускныхъ экзаменовъ, то аспытательная медицинская Коммиссія въ Институтѣ уже назначена (предсѣдатель ея—проф. *А. А. Лизачевъ*), и экзамены начнутся въ началѣ октября. Съ разрѣшенія министра народного просвѣщенія къ испытанію будутъ допущены курсистки, прославившія только 9 семестровъ. Прошенія съ просьбой о зачисленіи въ число слушателей Института поступаютъ и отъ мужчинъ, окончившихъ курсъ среднихъ учебныхъ заведеній. Какъ извѣстно (см. «Русскій Врачъ», 1906 г., № 52, стр. 1627), въ прошломъ году въ качествѣ вольнослушателя былъ зачисленъ въ Институтъ 1 мужчина.

1502. «Русскія Вѣдомости» (5 августа) сообщаютъ, что канцелярія Московскаго Университета уже начала принимать прошенія отъ женщинъ, желающихъ поступить въ качествѣ вольнослушательницъ на всѣ факультеты Университета, кромѣ медицинскаго, на который женщины принимать не будутъ въ виду отсутствія какихъ-либо вакансій и существованія медицинскаго отдѣленія при Высшихъ Женскихъ Курсахъ.

1503. Въ Юрьевѣ на частномъ Совѣщаніи профессоровъ болѣшинство высказалось за открытіе Университета; пріема въ Университетъ на 1-й курсъ медицинскаго факультета нѣтъ («Народъ и Дума», «Понедѣльникъ», 14 августа. «Рѣчь», 11 августа).

1504. Въ числѣ пострадавшихъ при взрывѣ на дачѣ министра внутреннихъ дѣлъ 12-го августа общія газеты (14 августа) называютъ д-ра *Фехнера* и ж. вр. *Иноземцеву*.

1505. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 8) со словъ «Восточнаго Курьера» сообщаютъ, что д-ру *А. Е. Нечаеву* воспрещается пребываніе въ уездѣхъ, объявленныхъ на военномъ положеніи въ предѣлахъ Иркутскаго генералъ-губернаторства, на весь срокъ дѣйствія этого положенія. На выѣздъ изъ мѣста жительства ему былъ назначенъ 3-дневный срокъ со дня объявленія ему этого постановленія.

1506. Намъ пишутъ, что 2-го августа арестованъ въ с. Талдомѣ, Калужнскаго уѣзда, Тверской губ., земскій врачъ *Н. А. Жардецкий* по обвиненію его въ развѣсненіи и распространеніи Выборскаго воззванія. *Н. А.* арестованъ былъ мѣстнымъ приставомъ и со стражниками препровожденъ въ городскую тюрьму. Никакого предписанія объ арестѣ ему вручено не было, равно какъ и обыскъ въ его квартирѣ, не давшій никакихъ уликъ, приставъ произвелъ по собственному почину, безъ предъявленія предписанія высшаго полицейскаго начальства. Во время слѣдованія арестованнаго товарища при остановкѣ для обѣда у сосѣдняго врача за столъ былъ посаженъ для надзора стражникъ; такъ, будто-бы, предписываетъ дѣйствовать мѣстной полици

однѣ изъ безчисленныхъ циркуляровъ. Вся эта исторія произошла изъ-за доноса одного изъ крестьянъ, которому не понравился частный разговоръ *Н. А.* съ кучкой крестьянъ послѣ амбулаторнаго пріема. Приставъ—онъ пока исполняетъ обязанность пристава—пристегнулъ сюда совершенно голословное обвиненіе въ расклеивѣхъ воззваній и ретиво исполнилъ циркуляръ. Участокъ остался безъ врача въ разгарѣ тифозной и скарлатинной эпидемій. Пока судъ да дѣло, а товарищъ, какъ и многіе тысячи, сидитъ за тюремной стѣной и рѣшаетъ загадочную картинку—гдѣ-же дарованныя «незыблемыя основы гражданской свободы на началахъ дѣйствительной неприкосновенности личности?»

1507. Д-ръ *И. Е. Розловъ*, редакторъ-издатель «Сибирскихъ Вѣстей», по распоряженію Иркутскаго ген.-губернатора 13-го июля высланъ въ с. Яланское, Енисейскаго уѣзда, а газета его закрыта. Не смотря на нѣсколько часовъ, данныхъ на сборы, онъ не вполнѣ оправившемуся отъ тяжелой болѣзни *И. Е.*, прощая его собрались многіе изъ его знакомыхъ и друзей; грустные проводы отличались большимъ сердечностью. Сообщая объ этомъ, «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 8) выражаютъ со своей стороны пожеланіе уважаемому товарищу поскорѣй вернуться съ запасомъ новыхъ силъ для продолженія плодотворной общественной работы, которая такъ грубо прервана.

1508. Изъ Новороссійска, какъ сообщаетъ «Баку» (1 августа) д-ръ *Раковичъ* по дѣлу крестьянскаго Союза.

1509. Намъ сообщаютъ, что въ Пензенскомъ уѣздѣ земскому Управою по требованію губернатора на основаніи 21 ст. положенія объ усиленной охранѣ врачъ Кучукъ участка *Б. И. Фиммани*, прослужившій уѣздному 6 лѣтъ. Жители с. Кучекъ прислали въ мѣстную газету письмо съ выраженіемъ сожалѣнія объ его уходѣ.

1510. Агентскія телеграммы (отъ 10-го августа) сообщаютъ поступившемъ въ Одесскій военный судъ дѣлѣ объ обвиненіи въ Одессѣ военной организаціи, при чемъ въ числѣ привлекаемыхъ къ суду, нѣтъ 1 врача.

1511. Громкое *Пятигорское дѣло о «Кавказской рессѣ»* по которому привлекались къ отвѣтственности д-ра *Д. А. Былина*, *Г. А. Горбуновъ* и др., какъ сообщаетъ «Баку» (10 августа), по распоряженію изъ Петербурга прекращеніемъ состава преступленія.

1512. «Рѣчь» (10 августа) телеграфируетъ изъ мѣстной Отдѣлы Всероссійскаго Союза медицинскаго рѣшилъ остаться политическимъ Союзомъ въ нѣ дѣйствіе освободительному движенію.

1513. 3-го августа, какъ сообщаетъ «Русскія Вѣдомости» (4 августа), въ Московской центральной пересылкѣ произошли безпорядки. Находящіеся въ тюрьмѣ политическіе арестованные утромъ потребовали перевода ихъ изъ болѣничнаго въ общія для заключенныхъ, отказавшись принимать лѣкарства. Вмѣстѣ заявили, что, если ихъ требованіе не будетъ исполнено въ 12 час. дня, то они произведутъ погромъ. Въ тюрьмѣ началось волненіе. Первоначально въ арестованные выбили стекла въ окнахъ, полъ и затѣмъ къ нимъ присоединились и прочіе заключенные. Для подавленія волненія были вызваны нѣсколько скоро тюремный дворъ и занявшіеся разрывомъ ремней зданіяхъ. По тюремнымъ помѣщеніямъ было произведено нѣсколько залповъ, при которыхъ 2-ое были убиты и нѣсколько ранены, этого улеглось.

1514. 23-го іюля въ Читинской войсковой уланьей бригадѣ, какъ сообщаетъ «Даль» (10 июля), былъ произведенъ обыскъ: въ сѣнномъ сараѣ 3 пуд. типографскихъ принадлежностей. Арестованной частью больничнаго фельдшера.

1515. Приводимое въ «Рѣчи» (10 августа) изъ газетъ, описаніе крестьянскаго движенія въ с. Саратовской губ. оканчивается словами: «Почтово-телеграфное отдѣленіе (въ с. Е. Е. синонѣ и затѣмъ подожженное) сгорѣло до основаній, что зданіе, занимаемое врачами и (почтового) отдѣленія одними воротами имуществу врача крестьянъ».

1516. Слѣдственная Коммиссія въ Алафузовской больницѣ (№ 14, стр. 434, № 22, «Рѣчь» (11 августа), ницы *Колганъ* признанъ виновнымъ въ преступленіи, требовать его д-ромъ *Колганъ* забастовки, виновность въ преступленіи рѣшенъ 1517. Алафузовской больницѣ 30-го августа Останковъ подожженъ, что



большинство. По мнению... газет, являясь... личном его... или совершенно... конного на... вахтеров при... ению г. Бар...

1518. Главная... (11 августа),... в Бенисейской... мало смыслим...

1519. В... изъ въ общи... лее: «По пригово... изъ запаса чино... и преступлен... чизъ лизарета 4-й... и 1 ч. 1—124... является изъ... шившими посл...

1520. Одесское... (4 августа),... следующаго со... днее время случа... сить на уличн... рмы въ подобн... в тазы: как... сивости, опроче...

1521. На... была... Губернатор... 1853 г.,... 1853 г.,... 1853 г.,...

1522. В... 1853 г.,... 1853 г.,... 1853 г.,...

1523. В... 1853 г.,... 1853 г.,... 1853 г.,...

1524. В... 1853 г.,... 1853 г.,... 1853 г.,...

1525. В... 1853 г.,... 1853 г.,... 1853 г.,...

1526. В... 1853 г.,... 1853 г.,... 1853 г.,...

1527. В... 1853 г.,... 1853 г.,... 1853 г.,...

... это король лѣнивый, король без... , но не дѣйствуетъ». Общественная... ния одного изъ ея членовъ (M. Gide),... безъ короны пониманіе своихъ... нностей». — Въ добрый часъ!  
1906 г. въ Genève'ѣ состоится 11-ый... по вопросамъ оздоровленія и сани... Цель Съезда — объединеніе врачей,... ровъ всѣхъ странъ общей задачей... зовой жилищъ для содѣйствія этимъ... поднятія благосостоянія всѣхъ слоевъ... Съезда и болѣе подробныя свѣдѣнія... Wuarin'a (Genève), Rue des Moulins, 1.  
«Deutsche Wochenschrift» 15-го (28) июля).  
«Medicinische Wochenschrift» 15-го... «Deutsche Zeitung» сообщаетъ, что д-ромъ... реорганизаторомъ преподаванія меди... омомъ по специальности, найдены **новый**... м. Во время послѣдняго посѣщенія... преграда д-ръ **Deucke-Pascha** показалъ... налѣченныхъ найденнымъ имъ сред... , противостоявшія до сихъ поръ вся... годаря облегчающему ихъ жирному... **Deucke**'овскимъ средствомъ, разру... злой.

«Du Nord» (5 августа), со словъ «Bul... о слѣдующемъ важномъ въ принци... становленіи Государственного Совѣта... у вдовы почтового чиновника, которой... графовъ было отказано въ пенсін... на службу здоровымъ и получившаго... мѣстной работы съ однимъ чахоточ... овымъ помѣщеніи, гдѣ уже до него... тѣмъ умерли 2-ое чиновниковъ. Полу... отъ министра почтъ и телеграфовъ,... ровала въ Государственный Совѣтъ, ... юня 1853 г., обеспечивающій пенсію... умираютъ отъ тяжелыхъ поврежденій... бизанностей, и на возможность прирав... поврежденіямъ и болѣзни ея мужа, ... деніи своихъ обязанностей въ вред... неніи. Государственный Совѣтъ согла... министра почтъ и телеграфовъ было... на пенсію. Это постановленіе Государ... тѣмъ, что устанавливаетъ *ответ...*  
*за антисанитарное состояніе его*

«Médical» (4 августа) сообщаетъ со... *необычный случай привлеченія врача*... подлежащій въ скоромъ времени судеб... февраль 1904 г. въ госпиталѣ Tenon, ... послѣдующей ринопластики, сдѣлалъ... чего взятаго у нея-же ребернаго хряща. ... операция ринопластики однако не сдѣ... обвиняя проф. **Berger** въ оставленіи ре... рація, требуетъ отъ суда обязать проф. ... операцию предполагавшейся ринопластики, ... водство другимъ врачомъ. Въ случаѣ же... ва операции она требуетъ уплаты проторей ... 100000 фр. На обвиненіе это проф. **Ber...** ... ными разъясненіями. Въ дѣйствительности... опредѣленнаго обязательства исправить... нка обвинительницы. Онъ просто взялся изу... нить все, что онъ найдетъ полезнымъ для нап... говъ, и сдержалъ слово. Безъ сомнѣнія, у него... чимъ, намѣреніе, проэкты, надежда приступить... моментъ и къ рѣшительному акту, если-бы... обсужденія онъ счелъ себя выравъ и обязаннымъ... то сдѣлать, но на этотъ счетъ онъ ничего не обѣ... какъ и не могъ ничего обѣщать. Фактъ остановки... нія первоначальныхъ плановъ, всегда предваритель... подлежащихъ измѣненію, ранѣе того пункта, на кото... предполагалось остановиться, не можетъ быть приравненъ... выполненію взятаго на себя обязательства и давать поводъ... гражданскому иску. Настоящій свой отказъ отъ перенесенія... пресадки съ руки на лицо проф. **Berger** считаетъ неправиль... нымъ оцѣнивать, какъ дѣлаетъ это обвинительница, какъ «остав... леніе болного во время операции». Онъ является только всегда... законнымъ отказомъ хирурга произвести операцию, признанную... имъ, при зрѣломъ обсужденіи, бесполезной, тяжелой или преж... девременной... Судъ потребовалъ экспертизы.

1546. Умерли: 1) Около Бѣлостока убитъ грабителями **Александръ Фридриховичъ Габерлингъ**, пользовавшийся, какъ чрезвычайно внимательный врачъ, огромною популярностью («Другъ», 4 августа). Покойникъ родился въ 1853 г., а званіе врача получилъ въ 1877 г. — 2) Умеръ **Адольфъ Марковичъ Грюнбаумъ**, родившійся въ 1849 г., а жившій въ 1874 г. — 3) Въ Lausanne'ѣ умеръ выдающійся физиологъ **Александръ Герценъ** («Рѣчь», 13 августа).

ний, возникших между медицинским персоналом Рогачевского, Богословского и Орудьевского участков и частью населения этих участков. Санитарный Совет, будучи знаком со всеми обстоятельствами оставления означенных лечебниц врачами, выяснившими на санитарных Советах, бывших в ноябре 1906 г., находить, что такая мотивировка не может быть приложена к врачу А. Г. Гамбургеру, так как она оставила лечебницу чрез недлю послѣ того, как часть персонала уехала под влиянием возникших для них опасностей. За это время по отношенію къ ней не было угрозы со стороны населения, и она въ то время не терала способности спокойно работать въ своемъ участкѣ. Поэтому настоящее постановление санитарнаго Совета, противорѣча по формѣ постановленію земскаго Собрания, не противорѣчитъ сущности тѣхъ мотивовъ, которыми руководилось земское Собрание, а по сему санитарный Советъ въ настоящій моментъ и находить возможнымъ сдѣлать означенное заключеніе, думая, что и Управа, и земское Собрание согласится съ мнѣніемъ санитарнаго Совета и не найдутъ въ возвращеніи А. Г. Гамбургера снова въ Рогачевскую лечебницу ничего такого, что могло-бы повлечь на спокойный ходъ работы въ Рогачевской лечебницѣ. На томъ-же засѣданіи постановлено было просить вернуться обратно на службу Дмитровскаго Земства и фельдшерскій персоналъ, подавшій въ отставку въ связи въ происшедшій конфликтъ, а Управу — предоставить имъ свободныя мѣста. Въ засѣданіи санитарскаго Совета 21-го февраля, по случайному промаху, въ постановленіи о предложеніи ушедшимъ врачамъ вернуться на службу въ Дмитровскій уѣздъ не было упомянуто о Н. П. Душуровѣ. Въ засѣданіи 13-го марта этотъ промахъ былъ исправленъ постановленіемъ просить Управу сообщить Н. П. Душурову объ имѣющихся свободныхъ мѣстахъ въ уѣздѣ и запросить его, не желаетъ-ли онъ занять которое-нибудь изъ нихъ?

1526. По поводу обвиненія авторомъ фельетона «Свеаборгское возстаніе» въ «ХХ Вѣкѣ» (см. выше, № 31, стр. 972) мѣстнаго протоіерея и врачей въ оставленіи крѣпости при началѣ канонады въ замѣнившей «ХХ Вѣкѣ» газетѣ «Око» (6 августа) находимъ письмо протоіерея Цитовича, въ которомъ онъ, опровергая взведенное на него обвиненіе, между прочимъ, пишетъ: «Ночь съ 18 на 19 іюля за невозможностью оставаться въ квартирѣ, которая провизывалась пулями, протоіерей провелъ на лѣстницѣ нижняго этажа дома своей квартиры вмѣстѣ съ д-ромъ Кричимъ...» — Опроверженія врачей мы пока нигдѣ не видали.

1527. Въ «Рѣчи» (10 августа) влечатава в. интересная справка о положеніи дѣла начальнаго образованія въ нашемъ отечествѣ, представленная Совету министровъ при обсужденіи проекта о введеніи у насъ всеобщаго начальнаго образованія. Вотъ ея краснорѣчивыя заключительныя слова: «По единогласному заявленію всѣхъ учебно-окружныхъ начальствъ наличныя образовательныя средства далеко не соответствуютъ возрастающему спросу населенія на начальное обученіе, а статистика показываетъ, что при населеніи въ 141.511.643 душъ 1 училище приходится на 1574 жителя, а 5.389.274 учащихся на 12.736.004 дѣтей школьнаго возраста».

1528. «Астраханскій Листокъ» (25 іюля) заимствуетъ изъ отчета главнаго Управленія неокладныхъ сборовъ, вѣдущаго, между прочимъ, и продажей «казенки», слѣдующія цифры о пьянствѣ въ Россіи. Больше всего въ Россіи пьютъ въ Черноморской области, гдѣ выпивается въ среднемъ по 1 ведру 11 бутылокъ и 2 сотки на душу; затѣмъ слѣдуютъ губерніи: Петербургская — по 1 ведру 11 бутылокъ, Московская — по 1 ведру 9 бутылокъ и 3 сотки, Екатеринославская — по 15 бутылокъ и 4 сотки, Тульская по 15 бутылокъ и 3 сотки; меньше всего пьютъ въ губерніяхъ Привислянскихъ: Пскопомъ — по 4 бутылки на душу, Ломжинской — по 4 бутылки и 3 сотки и Калужской — по 4 бутылки и 4 сотки. Больше всего Россія пьетъ въ октябрѣ, а также въ декабрѣ, апрѣлѣ и маѣ, меньше всего — во время великаго поста — въ мартѣ и въ іюнѣ и въ іулѣ — во время полевыхъ работъ.

1529. Въ Рыбинскомъ уѣздѣ, Ярославской губ., близъ с. Краснаго — мѣстности, плохо обезпеченной врачебною помощью, — къ осени текущаго года, какъ сообщаетъ «Вѣстникъ Ярославскаго Земства» (28 іюля), будетъ выстроена на частныя средства (г. г. Соболевыхъ) больница съ амбулаторіей при ней. Больница эта, закладка которой на приобретенномъ участкѣ въ 2 десятины уже состоялась 16-го іюля, перейдетъ въ вѣдѣніе Ярославскаго губернскаго Земства.

1530. Открытое письмо проф. М. Г. Курлова д-ру Н. С. Соловьеву въ № 7 «Сибирскихъ Врачебныхъ Вѣдомостей» (перепечатанное нами въ № 28 «Русскаго Врача», стр. 880) вызвало слѣдующій отвѣтъ д-ра Н. С. Соловьева въ № 8 этой газеты: По поводу открытаго письма проф. Курлова. — На мое предложеніе принять третейскій Судъ проф. Курловъ отвѣтилъ отказомъ («Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» № 7), опасаясь положить тѣнь на меня и на нѣкоторыхъ моихъ товарищей по клиникѣ. Не знаю, кого изъ товарищей имѣетъ въ виду профессоръ, и какъ они относятся къ его заботливости о чистотѣ ихъ репутаціи, но я лично въ правѣ отказаться отъ его любезности и настаивать на необходимости третейскаго разбирательства обстоятельствъ моего ухода изъ клиники. Это — единственный способъ установить фактическую сторону дѣла и получить правильные и небезынтересные для широкой публики выводы<sup>1)</sup>. Тотъ путь, который избралъ проф. Курловъ для выяс-

ненія степени своей правоты и моей виновности, я не могу назвать удачнымъ и ему не послѣдую. Оглашеніе фактической стороной дѣла, безъ проверки ея безпристрастными судьями, не можетъ дать читателю увѣренности въ томъ, что сообщеніе той или другой стороны не противорѣчитъ истинѣ, что подъ видомъ истинны ему не преподносятся клевета, извращенные факты и ссылки на несуществующіе или подложные документы. Поддерживать переписку въ газетѣ ради удовольствія положить на проф. Курлова тѣнь или наговорить ему какъ можно больше несправедливостей — я не могу. Для этого у меня не достаетъ соответствующихъ вкусовъ и привычекъ и нѣтъ достаточнаго элемента личнаго раздраженія. Моя исторія съ проф. Курловымъ для меня болѣе всего важна, какъ одинъ изъ дѣлѣго рода подобыхъ-же случаевъ съ другими представителями младшаго преподавательскаго персонала при Томскомъ Университетѣ, какъ иллюстрація невозможнаго положенія младшихъ преподавателей вообще, участь которыхъ далеко не всегда зависитъ отъ ихъ личныхъ качествъ в отношеніи къ дѣлу. И я надѣюсь, что, если проф. Курловъ продолжалъ уклоняться отъ третейскаго Суда, интересующее меня дѣло будетъ предметомъ товарищескаго обсужденія. Въ виду этого, я прошу товарищей къ имѣющемуся у нихъ материалу присоединить открытое письмо проф. Курлова ко мнѣ, а также и мое письменное объясненіе къ нему, которое доставлю по первому требованію.

1531. Въ «Волгарѣ» съ 28-го по 31-ое іюля включительно мы ежедневно встрѣчали то редакціонныя замѣтки, то письмо въ редакцію и сообщеніе о присоединеніи къ нему по поводу существованія принудительнаго сбора въ юродской Александровской бесплатной лечебницѣ въ Нижнемъ-Новгородѣ причетъ организаторомъ такого сбора выставлялся фельдшеръ Шитовъ; заставляющій-же лечебницей д-ръ Баулина обвиняется въ поблжжѣ первому. Г. Шитовъ далъ свои объясненія въ «Волгарѣ» 30-го іюля; опроверженія-же д-ра Баулина, къ сожалѣнію, мы до сихъ поръ не нашли, а между тѣмъ авторъ замѣтки въ «Волгарѣ» отъ 28-го іюля бросаетъ ему слѣдующее оскорбленіе: «Г. Баулинъ, состоящій на общественной службѣ, совершенно игнорируетъ интересы общества, ради поблжжж своему излюбленному ставленію. Общество въ правѣ сказать имъ обидно г. Шитову и его патрону: уходите вонъ! Это былъ-бы единственный правильный выходъ изъ настоящаго положенія.» — На такія оскорбленія отвѣтомъ должно быть привлеченіе къ суду.

1532. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 8) со словъ «Сибирской Жизни» сообщаютъ о преобразованіи съ 1-го іюля текущаго года Томской повивальной школы въ акушерско-фельдшерскую съ 4-лѣтнимъ курсомъ. Въ школу принимаются лица женскаго пола всѣхъ званій, не моложе 16 и не старше 28 л., представившія удостовѣреніе въ томъ, что онѣ успѣшно прошли курсъ женскихъ гимназій или 4-хъ классовъ женскихъ гимназій или другихъ среднихъ образовательныхъ учебныхъ заведеній, или имѣющія свидѣтельство на званіе домашней или начальной учительницы. Учащіяся раздѣляются на пансіонерокъ и приходящихъ. Пансіонерскихъ вакансій 20. Цѣль Томской акушерско-фельдшерской школы, по положенію о ней, образованіе фельдшерницъ-акушерокъ для службы преимущественно въ Томской губ.

1533. «Око» (9 августа), сообщаетъ, что вопросъ о Россійской пенсіонно-вспомогательной Кассѣ формацистовъ на двѣхъ снова (см. выше № 14, стр. 435 и № 15, стр. 467) служилъ предметомъ долгихъ обсужденій въ Бюро Союза служащихъ фармацевтовъ. По обсужденіи была вынесена слѣдующая резолюція: «По прежнему въ правленіи Россійской пенсіонно-вспомогательной Кассы фармацевтовъ продолжаютъ засѣдать люди, нѣкимъ непризнаваемые, непользующіеся ничѣмъ довѣріемъ. Частныя требованія о созывѣ общаго Собранія для выбора новаго Правленія отвергались этими лицами. Ихъ неоднократно изгоняли изъ Собраній съ требованіемъ сложить съ себя свои полномочія. Но они захватили въ свои руки кассовый инвентарь и съ упорствомъ, достойнымъ лучшаго примѣненія, продолжаютъ занимать насименныя мѣста. Эти люди продолжаютъ расточать деньги, собираемыя преимущественно изъ 5% отчисленій трудового заработка фармацевтовъ-служащихъ. Созвъ фармацевтовъ-служащихъ г. Петербурга выражаетъ свое глубокое презрѣніе членамъ Правленія Россійской пенсіонно-вспомогательной Кассы и рекомендуетъ товарищамъ, какъ Петербургскимъ, такъ и рабочимъ въ провинціи, воздерживаться отъ 5% отчисленій въ Кассу впредь до ея полной реорганизации».

1534. Въ Вильнѣ, по сообщенію агентскихъ телеграммъ (отъ 9-го августа), открывается на земскія средства центральная фельдшерская школа для Ковенской, Виленской, и Гродненской губб.; при школѣ будетъ интернатъ для 55 воспитанниковъ, которые будутъ приниматься бесплатно на полное содержаніе.

1535. Въ газетѣ «Око» (8 августа) намъ попало слѣдующее характерное объявленіе: «Письмо врача. (Выдержка) 18 мая 1906 г. «За Вашъ «Ланнъ» сердечное Вамъ спасибо: послѣ употребленія 3-хъ фл. мази на лицѣ экзема прошла, вотъ уже недѣля, какъ я мою лицо водою съ мыломъ, и мази болѣе не употребляю». Подписано желѣзнодорожн. врачъ Т. В. Бу-кинъ. За вѣрность этого письма ручаюсь и отвѣчаю, а оригиналъ можно видѣть у меня. — С. Ростенъ». Дальше идетъ обычное восхваленіе чудодѣйственнаго средства съ указаніемъ цѣны его и адреса изобретателя, написанное не безъ претензій даже на высокія чувства послѣдняго: «Дѣйствительно блѣдный (выдаю) совершенно бесплатно 5 банокъ въ день, отъ 11 до 12 ч. дня». Неужели

<sup>1)</sup> Я, къ сожалѣнію, не раздѣляю беззавѣтной вѣры профессора въ административный судъ, который онъ мнѣ настоятельно предлагаетъ. Н. С.

так прозрачно названный ж.-дорожный товарищ Т. В. Бу—кий не откажется печатно от какого-бы то ни было соучастия съ этим изобретательным благотворителем?.

1536. Старейшая прусская высшая школа — Greifswald'овский Университет 3—4-го августа (н. ст.) праздновал 450-летний юбилей своего существования (в St. Petersburgs medicinsche Wochenschrift 5 (18) августа).

1537. В *Berlin'sком Университете*, как сообщает St. Petersburgs medicinsche Wochenschrift 5 (18) августа со словъ общихъ немецкихъ газетъ, въ ближайшемъ будущемъ предстоятъ важныя перемены въ личномъ составѣ медицинскаго факультета. Нѣкоторые корифеи медицинскаго факультета, которыми могла особенно гордиться *Berlin'sкая* высшая медицинская школа, предполагаютъ оставить свою преподавательскую дѣятельность, побуждаемые къ тому не утраченной трудоспособностью, которую они сохранили во всей полнотѣ, а исключительно желаніемъ уступить мѣсто молодымъ выдвинувшимся силамъ. Уходитъ проф. *Leyden'a*, повидимому, рѣшенъ имъ окончательно. Такъ-же опредѣлены слухи объ оставленіи преподавательской дѣятельности проф. *Olshausen'омъ* уже въ текущемъ семестрѣ. Наконецъ, и проф. *E. v. Bergmann* выразилъ намѣреніе прекратить лекціи уже этой осенью, въ виду достиженія имъ 70-лѣтняго возраста, но, по слухамъ, его удалось уговорить остаться до предстоящаго мессю 25-лѣтняго юбилея руководимой имъ клиники.

1538. Проф. *Wilhelm Erb*, директоръ терапевтической клиники и ординарный проф. частной патологии и терапии въ *Heidelberg'sкомъ* Университетѣ, къ концу ближайшаго зимняго семестра *оставляетъ* объ должности. Проф. *Erb'у* въ ноябрѣ текущего года исполнился 66 лѣтъ (St. Petersburgs medicinsche Wochenschrift, 5 (18) августа).

1539. Число *участвующихъ* медицину въ 21 университетѣхъ *Германи* достигло въ текущемъ лѣтнемъ семестрѣ 6683 чел. (противъ 6080 въ послѣднюю зиму) при общемъ числѣ студентовъ въ 44964; изъ нихъ 211 женщины. Замѣченное за нѣкоторое время паденіе числа желающихъ изучать медицину, повидимому, приостановилось. Больше всего изучавшихъ медицину было въ 1890 г., а именно 8986; съ тѣхъ поръ до прошлаго года число изъ постоянно падало. Наибольшее число студентовъ-медииковъ приходится на *Berlin*, затѣмъ идутъ *München*, *Leipzig*, *Würzburg*, *Freiburg* и т. д. (St. Petersburgs medicinsche Wochenschrift, 22 июля (4 августа)).

1540. Какъ на примѣръ, заслуживающій подражанія, слѣдуетъ указать на стремленіе французскихъ врачей начать дѣятельную борьбу съ пьянствомъ. Парижское Общество больничныхъ врачей (La Société médicale des hôpitaux) въ засѣданіи 8-го іюня 1906 г. послѣ доклада д-ра *Jacquet* о вредѣ пьянства единогласно приняло слѣдующую резолюцію: «Общество больничныхъ врачей еще разъ утверждаетъ, что водка (absinthe)—одна изъ главныхъ причинъ истощенія и большой смертности и приглашаетъ общественныя власти воспретить выработку и продажу этого продукта». Въ числѣ пожеланій Съѣзда въ *Nancy* (Presse Médicale, 1906 г., 14 іюля) также имѣется пожеланіе о томъ, «чтобы продажа водки (absinthe) была запрещена во Франціи и французскихъ колоніяхъ». Въ «La Presse Médicale» (28 іюля), д-ръ *P. Desfosses*, напоминая объ этихъ постановленіяхъ Съѣзда въ *Nancy* и Парижскаго Общества больничныхъ врачей, горячо доказываетъ обязанность врачей энергично взяться за борьбу съ пьянствомъ: «Врачъ, достойный своего имени, говоритъ онъ, долженъ въ настоящее время сознавать свою общественную роль воспитателя народа. Теперь, когда столько честолюбцевъ пользуется народомъ, льстя его порокамъ и страстямъ, врачъ долженъ говорить народу правду и мужественно бороться противъ страстей, ведущихъ и отдаленныхъ лицъ, и цѣлыя націи къ вырожденію и смерти. Если врачи постоянно, при каждомъ случаѣ, будутъ безуставно повторять, что водка (absinthe)—опасный ядъ, они въ концѣ концовъ просвѣтятъ массы и спасутъ, безспорно, большое число человѣческихъ жизней. Несомнѣнно, противукалосная пропаганда уже значительно понизила потребление спирта въ достаточномъ классѣ». Авт. особенно настаиваетъ на необходимости внимательнѣйшей работы врачей, «такъ какъ возможно, даже впрямую, что общественныя власти не запретятъ производство и продажу водки (absinthe). Права на торговлю ею должны по праву правительства способствовать въ значительной мѣрѣ равновѣсію бюджета. Въ интересахъ финансовъ государства нужно, чтобы народъ пилъ много. И до настоящаго времени сохраняютъ все свое значеніе скорбное слово *Féfé*: «Когда законодатели являются продуктомъ кабака (émanations du cabaret), велья почти надѣяться, чтобы они предприняли что нибудь противъ него». Какой злободневный вопросъ и для нашей несчастной родины затронуть этой статьёй!

1541. Тотъ-же авторъ [*P. Desfosses* въ томъ-же № *Presse médicale*] (28 іюля) указываетъ на *обязанность для врачей бороться* всякими попытками *улучшенія условий существованія рабочаго класса* и отмѣчаетъ, какъ одну изъ такихъ попытокъ, вновь учрежденный *общественный Союзъ покупателей* (La Ligue sociale d'acheteurs), задавшійся цѣлью повсѣмъ заработокъ работниковъ и улучшить условия ихъ существованія и труда путемъ предъявленія въ этомъ отношеніи опредѣленныхъ требованій къ владѣльцамъ мастерскихъ, исполняющихъ ихъ заказы, съ предупрежденіемъ, что неисполненіе этихъ требованій поведетъ къ занесенію ихъ мастерскихъ въ черныя листы, разсылаемые всѣмъ членамъ въ цѣляхъ прекращенія въ нихъ заказовъ; наоборотъ мастерскія, выполнявшія по отношенію къ своимъ рабочимъ всѣ требованія Союза покупателей, будутъ внесены въ «бѣлыя листы» и рекламированы Союзомъ. «Потребитель—король

производства; но до сихъ поръ эти короли лѣнивы, короли безсознательны; онъ жаждетъ, но не дѣйствуетъ». Общественная лига покупателей по выраженію одного изъ ея членовъ (*M. Gide*), хочетъ дать этому королю безъ короны пониманіе своихъ правъ и сознаніе своихъ обязанностей.—Въ добрый часъ!

1542. 4—10-го сентября 1906 г. въ *Genève'ѣ* состоится 11-й *Международный Съѣздъ по вопросамъ оздоровленія и санитарной охраны жилищъ*. Цѣль Съѣзда—объединеніе врачей, гигиенистовъ и архитекторовъ всѣхъ странъ общей задачей улучшенія санитарныхъ условий жилищъ для содѣйствія этимъ путемъ охранѣ здоровья и поднятія благосостоянія всѣхъ слоевъ населенія. Программу Съѣзда и болѣе подробныя свѣдѣнія можно получать у г. *Albert'a Wuarin'a* (*Genève*), Rue des Moulins, 1. (St. Petersburgs medicinsche Wochenschrift 15-го (28) іюля).

1543. «St. Petersburgs medicinsche Wochenschrift» 15-го (28) іюля, со словъ «Schlesische Zeitung» сообщаетъ, что д-ромъ *Deucke-Pascha*, немецкимъ реорганизаторомъ преподаванія медицины въ Турціи, бактериологомъ по специальности, найденъ *новый способъ леченія проказы*. Во время послѣдняго посѣщенія проф. *v. Bergmann'омъ* Цареграда д-ръ *Deucke-Pascha* показалъ ему больныхъ проказою, излѣченныхъ найденнымъ имъ средствомъ. Палочки проказы, противостоявшія до сихъ поръ всякимъ воздѣйствіямъ, благодаря облегчающему ихъ жирному слою, будто-бы, убиваются *Deucke'овскимъ* средствомъ, разрушающимъ этотъ жирный слой.

1544. «L'Echo médical du Nord» (5 августа), со словъ «Bulletin médical», сообщаетъ о слѣдующемъ важномъ въ принципальномъ отношеніи постановленіи Государственнаго Совѣта (Conseil d'Etat) по дѣлу вдовы почтоваго чиновника, которой министромъ почтъ и телеграфовъ было отказано въ пенсіи послѣ мужа, поступившаго на службу здоровымъ и получившаго бугорчатку вслѣдствіе совместной работы съ однимъ чахоточнымъ въ крайне нездоровомъ помѣщеніи, гдѣ уже до него заболѣли бугорчаткой, затѣмъ умерли 2-ое чиновниковъ. Получивъ отказъ въ пенсіи отъ министра почтъ и телеграфовъ, упомянутая вдова апеллировала въ Государственный Совѣтъ, указывая на законъ 9-го іюня 1853 г., обеспечивающій пенсію вдовамъ тѣхъ, которые умираютъ отъ тяжелыхъ поврежденій при исполненіи своихъ обязанностей, и на возможность приравнять къ такимъ тяжелымъ поврежденіямъ и болѣзнь ея мужа, полученную имъ при исполненіи своихъ обязанностей въ вредномъ для здоровья помѣщеніи. Государственный Совѣтъ согласился съ ней. Рѣшеніе министра почтъ и телеграфовъ было отмѣнено, и вдова получила пенсію. Это постановленіе Государственнаго Совѣта важно тѣмъ, что устанавливаетъ *ответственность государства за антисанитарное состояніе его канцелярій*.

1545. «Le Progrès médical» (4 августа) сообщаетъ со словъ «Matin» слѣдующій *необычный случай привлеченія врача къ ответственности*, подлежащій въ скоромъ времени судебному разбирательству. Въ февралѣ 1904 г. въ госпиталѣ Тенон, проф. *Berger*, въ цѣляхъ послѣдующей ринопластики, сдѣлалъ дѣвчкѣ пересадку на плечо взятаго у нея-же ребернаго хряща. До настоящаго времени операція ринопластики однако не сдѣлана, и мать дѣвочки, обвиняя проф. *Berger* въ оставленіи ребенка до окончанія операціи, требуетъ отъ суда обязать проф. *Berger* или закончить операцію предполагавшейся ринопластикой, или оплатить ея производство другимъ врачомъ. Въ случай-же отказа отъ производства операціи она требуетъ уплаты проторей и убытковъ въ суммѣ 100000 фр. На обвиненіе это проф. *Berger* отвѣтилъ слѣдующими разъясненіями. Въ дѣйствительности онъ никогда не давалъ опредѣленнаго обязательства исправить операціей лицо ребенка обвинительницы. Онъ просто взялся изучить случай и сдѣлать все, что онъ найдетъ полезнымъ для наилучшихъ результатовъ, и сдержалъ слово. Безъ сомнѣнія, у него было, между прочимъ, намѣреніе, проектъ, надежда приступить въ опредѣленный моментъ и къ рѣшительному акту, если-бы послѣ зрѣлаго обсужденія онъ считъ себя вправѣ и обязаннымъ попытаться это сдѣлать, но на этотъ счетъ онъ ничего не обѣщалъ, такъ какъ и не могъ ничего обѣщать. Фактъ остановленія осуществленія первоначальныхъ плановъ, всегда предварительныхъ и подлежащихъ измѣненію, ранѣе того пункта, на которомъ предполагалось остановиться, не можетъ быть приравненъ къ невыполненію взятаго на себя обязательства и давать поводъ къ гражданскому иску. Настоящій свой отказъ отъ перенесенія пересадки съ руки на лицо проф. *Berger* считаетъ неправильнымъ опѣнывать, какъ дѣлаетъ это обвинительница, какъ «оставленіе больного во время операціи». Онъ является только всегда законнымъ отказомъ хирурга произвести операцію, признанную имъ, при зрѣломъ обсужденіи, безполезной, тяжелой или преждевременной.... Судъ потребовалъ экспертизы.

1546. Умерли: 1) Около Бѣлостока убитъ грабителями *Александръ Фридриховичъ Гадерлингъ*, пользовавшійся, какъ чрезвычайно внимательный врачъ, огромною популярностью («Другъ», 4 августа). Покойный родился въ 1853 г., а званіе врача получилъ въ 1879 г.—2) Въ Варшавѣ *Адолфъ Марковичъ Грюнбаумъ* («Gazeta lekarska», 18 августа), родившійся въ 1849 г., а званіе врача получившій въ 1874 г.—3) Въ *Lausanne'ѣ* на 67-мъ году жизни выдающійся фیزیологъ *Александръ Александровичъ Герценъ* («Рѣчь», 13 августа).



## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

## МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Нѣмецкіе.

Archiv für Augenheilkunde, 1906 г., т. 54, тетр. 1. 1. Wolfrum. Fünf Fälle von Tuberkulose des Auges unter der Behandlung mit Tuberculin T. R. Успѣшное лѣчение. 3. C. Hess und P. Römer. Experimentelle Untersuchungen über Antikörper gegen Netzhautelemente. I—Elective antihæmolytische Functionen des Pigmentepithels und der Retina. Экспериментальное исследование. 3. Они-же. Immunisatorisch erzeugte Antikörper gegen Netzhautstäbchen. 4. L. Caspar. Beobachtungen über einseitige reflectorische Pupillenspinne. Описание 7 случаевъ. 5. Otto Landmann. Ein Fall von symmetrischem angeborenem Mangel der Choroidea und der Retina ausserhalb der Maculargegend. 6. Ernst Wingenroth. Abducensparese in Folge von Menstruationsstörungen. Описание случая. 7. Проф. L. Bach. Ueber symmetrische Lipomatosis der Oberlider (Blepharochalosis?). 8. Seefelder. Ein anatomischer Beitrag zum Wesen der angeborenen Hornhauttrübungen. Гистологическое исследование случая.

Тетр. 2. 1. C. Hess und P. Römer. Experimentelle Untersuchungen über Antikörper gegen Netzhautelemente III Analyse der immunisatorisch erzeugten Antikörper gegen die Netzhautstäbchen. 2. Они-же. Ueber Hetero-, Iso- und Auto-Antikörper des normalen Serums gegen Netzhautstäbchen. 3. Проф. H. Sch. Ophthalmologische Miscellen. 4. Kornel Scholtz. Ein Fall von Echinococcus intraocularis. 5. Marcel Falta. Zur Pathologie des Pterygium. Описание 2-х случаевъ. 6. S. Türk. Zur Ausführung der Magnetoperation. Записка. 7. Bublitz. Pipetten-Augentropffläschchen. Описание стакана съ пипеткой. 8. A. Brückner. Spontane Reposition der ectopischen Linse mit nachfolgender erneuter Luxation. Описание случая. 9. Julius Fejer. Ueber neuropathische Zustände der Augen. 10. Treutler. Gekürzte Uebersetzungen aus der amerikanischen Ausgabe.

Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1906 г., т. LXXVIII, тетр. 1. 1. Проф. Sebastiano Giovanni. Ueber einen Fall universeller Alopecia areata in Verbindung mit Mycosis fungoides. 2. Leo Ritter von Zumbusch. Beitrag zur Pathologie und Therapie der Mykosis fungoides. Описание 5 случаевъ. 3. Leo Hauck. Ueber das Verhalten der Leucocyten im II Stadium der Syphilis vor und nach Einleitung der Quecksilbertherapie. (Не окончена). 4. Ichijiro Kokawa. Beitrag zur Kenntniss der Lungensyphilis der Neugeborenen und Erwachsenen. Гистологическое исследование. 5. Проф. Valentin. Zur Kasuistik der Epidermolysis bullosa hereditaria. Описание случая. 6. Joseph Polak. Die Atrophie bei multipler Neurofibromatose. Описание случая въ связи съ гистологическимъ исследованиемъ. 7. Hans Vörner. Ein Fall von Herpes zoster recidivus, Zoster dorso-abdominalis, in loco. Описание случая.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, т. 54, февраль, тетр. 3. 1. Julius Baer. Ueber das Verhalten verschiedener Säugetierklassen bei Kohlehydratentziehung. Исследования млекопитающихъ реагируютъ на удаление углеводовъ изъ пищи появлениемъ ацидоза и увеличеннымъ выделениемъ аммиака. 2. Schwenkenbecher und Inagaki. Ueber den Wasserwechsel des fiebernden Menschen. Обмѣнъ воды при лихорадкѣ. При тифѣ организмъ теряетъ воду. 3. M. Cloetta. Ueber die Ursache der Angewöhnung an Arsenik. Привычка къ мышьяку при внутреннемъ его примѣненіи зависитъ отъ меньшей его всасываемости; поэтому болѣе правильнымъ является подкожное примѣнение. 4. Albert Seelig. Ueber den Einfluss der Nahrung auf die Aetherglykosurie. Экспериментальное исследование на собакахъ. Выделение сахара послѣ эфирнаго наркоза зависитъ отъ времени приема пищи. 5. A. Schittenhelm und A. Bodony. Beiträge zur Frage der Blutgerinnung mit besonderer Berücksichtigung der Hirudinwirkung. Экспериментальное исследование о вліяніи Hirudin'a на свертываніе крови.

Archiv für die gesammte Physiologie des Menschen und der Thiere, 1906 г., т. 111, тетр. 1 и 2. 1. Wilh. Filehne und Ioh. Biberfeld. Beiträge zur Lehre von der Diurese. XI. Gibt es eine Filtration an tierischen Membranen. Авторы стѣчаютъ отрицательно на поставленный вопросъ. 2. O. Minkowski. Ueber die Zuckerbildung im Organismus beim Pankreasdiabetes, zugleich eine Entgegnung auf die wiederholten Angriffe von Eduard Pflüger. Полемическая статья. 3. Eduard Pflüger. O. Minkowski's neueste Vertheidigung seiner über den Pankreasdiabetes aufgestellten Lehren. Eine zweite Antwort. Возраженіе на предыдущую статью Минковского.

Тетр. 3 и 4. 1. Борисъ Вирковъ. Zur Theorie der Galvanotaxis. 2. Eduard Pflüger. Ueber die durch chirurgische Operationen angeblich bedingten Glycosurien. Дальнейшее возраженіе Минковскому. 3. B. Magnus. Versuche am überlebendem Dünndarm von Säugetieren. VI Mitteilung. 4. Ducceschi. Ueber die Refractärperiode der Magenmuskulatur von Warmblütern. Полемическая записка.

Archiv für Hygiene, т. 60, тетр. 1. 1. Albert Uffenheimer. Experimentelle Studien über die Durchgängigkeit der Wandungen des Magendarmkanals neugeborener Tiere für Bakterien und genuine Eiweissstoffe. Обширное экспериментальное исследование о проходимости стѣнокъ желудочно-кишечнаго тракта новорожденныхъ животныхъ для бактерій, бѣлковъ и токсиновъ.

Тетр. 2. 1. Claudio Fermi. Reagentien und Versuchsmethoden zum Studium der proteolytischen gelatinolytischen Enzyme. Самымъ чувствительнымъ реактивомъ для исцѣтанія растворяющихъ бродиль является желатина. 2. Riccardo Bianchini. Ueber die Feuchtigkeit verschiedener Mauerarten. Самыми сухими стѣнами являются тѣ, которыя построены изъ полого кирпича.

Archiv für Kinderheilkunde, т. 42, тетр. 5—6. 1. Н. Грамер. Gibt es eine vom Darm ausgehende septische Infection beim Neugeborenen? Описание 2-х случаевъ неожиданной смерти грудныхъ дѣтей вслѣдствіе гнилостнаго зараженія, исходнымъ мѣстомъ котораго послужилъ кишечникъ. 2. Leopold Moll. Ueber die Verwendung einer modificierten (alkalisierten) Buttermilch als Säuglingsnahrung. Авторъ съ пользою примѣнялъ подщелоченное обезжиренное пахтанье при вскармливаніи грудныхъ дѣтей. 3. Alfred Schlesinger. Ein Fall von doppelseitiger, umschriebener Gesichtsatrophie. Описание случая двухсторонней ограниченной атрофіи лица. 4. Emil Fuchs. Ein Beitrag zur Kasuistik der Micromelie. Описание случая. 5. Th. Leisewitz. Therapie bei den Magen- und Darmkrankungen im Säuglingsalter, mit besonderer Berücksichtigung der Dr. Theinardtschen löslichen Kindernahrung. Препаратъ Theinardt'a даетъ блестящіе результаты лишь при условіи постоянного врачебнаго наблюденія. 6. J. Bauer. Ueber die Durchgängigkeit des Magendarmkanals für Eiweiss- und Immunkörper und deren Bedeutung für die Physiologie und Pathologie des Säuglings. Современное положеніе вопроса о проходимости желудочно-кишечнаго канала для бѣлка и иммунныхъ тѣлъ. 7. Alexander Schoenberg. Beitrag zur Aetiologie des «Produzione sottolinguale». Описание 3-х случаевъ болѣзни, характеризующейся опухолью въ области связки языка. 8. K. Oppenheimer und J. Bauchwitz. Ueber den Blutdruck bei gesunden Kindern. Исследования о кровяномъ давленіи у здоровыхъ дѣтей. 9. A. Klautsch. Ueber die Verwendung des «Fortossan» im Säuglingsalter. Авторъ видѣлъ въ 5 случаяхъ пользу отъ примѣненія этого препарата фосфора у грудныхъ дѣтей.

Т. 43, тетр. 1, 2, 3 и 4. 1. Проф. Arthur Schlossmann. Ueber die Fürsorge für kranke Säuglinge unter besonderer Berücksichtigung des neuen Dresdener Säuglingsheimes. Подробное описание организаціи Дрезденскаго пріюта для больныхъ грудныхъ младенцевъ. 2. August Kohl. Ein Beitrag zur congenitalen Lungensyphilis. Описание случая. 3. Arthur Schlossmann. Ueber die Entstehung der Tuberculose im frühen Kindesalter. Бугорчатка въ раннемъ возрастѣ бываетъ не аэрогеннаго, а энтерогеннаго (изъ кишечника) происхожденія. 4. Eugen Binswanger. Ueber die Frequenz der Tuberculose im ersten Lebensjahre. Критическій очеркъ. 5. Онъ-же. Ueber probatorische Tuberculininjectionen bei Kindern. Пробныя инъекціи имѣютъ важное значеніе для распознаванія. 6. Engel. Zur Kenntniss der Urticaria pigmentosa. Описание случая. 7. August Kohl. Klinischer Beitrag zur Kenntniss der Barlow'schen Krankheit. Описание 3-х случаевъ. 8. Engel. Zur Methodik der Fettbestimmung in der Frauenmilch. Статья полемическаго характера. 9. Онъ же. Nahrungsfett und Milchfett. Жиръ пищи является источникомъ жира молока. 10. Eichelberg. Ueber das Colostralfett des Menschen. Небольшое химическое исследование. 11. Engel. Ueber die Quellen des Milch- und Colostralfettes und über die bei der Milchsecretion wirkende Kräfte. 12. W. Möllhausen. Beiträge zur Frage der Säuglingssterblichkeit und ihren Einflusses auf die Wertigkeit der Ueberlebenden. Статистическая работа. 13. Max Plaut. Klinische und anatomische Beobachtungen über einen Fall von primärem Lebercarcinom im frühesten Kindesalter.

## ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Нѣмецкіе.

Wiener medizinische Presse, 1906 г., 21 января. 1. Доц. H. Schur. Die Bedeutung der Harnsäure in der Pathologie des Stoffwechsels. Значеніе мочевой кислоты въ патологіи обмѣна веществъ. (Не окончена). 2. D. J. Preindlsberger. Ein seltener Befund bei stumpfem Trauma des Abdomen. 3. O. Novorka. (Окончаніе).

28 января. 1. Доц. A. Strasser. Zur Hydrotherapie des Fiebers und der Infektionskrankheiten. 2. Доц. H. Schur. (Окончаніе).

4 февраля. 1. Д. ц. K. Ewald. Die Indikationen zur chirurgischen Behandlung der Gallensteinkrankheit. Показанія къ хирургическому лѣченію желчно-каменной болѣзни. 2. J. Bogdanik. Eine neue Rippenschere. Новая реберная ножница. 3. J. Zwintz. Ueber Stovain.



# СХХІХ. Къ вопросу о заворотѣ S-образной кишки (S. Romani) <sup>1)</sup>.

Ч. пр. Ф. К. Вебера.

Получивъ отъ Конференціи В. Медицинской Академіи разрѣшеніе прочесть пробную лекцію по клинической хирургіи, я рѣшилъ выбрать себѣ тему изъ области кишечныхъ ущемленій.

Не смотря на то, что, благодаря анти-и асептикѣ, хирургія за послѣднія 20—30 лѣтъ такъ далеко ушла впередъ, успѣхи, которые достигнуты ею въ области кишечныхъ ущемленій, далеко еще нельзя назвать блестящими, и даже въ рукахъ самыхъ опытныхъ хирурговъ тяжелыя формы ущемленій даютъ еще высокій % смертности. Это отчасти зависитъ отъ тяжести основного заболѣванія, отчасти же отъ причинъ, до нѣкоторой степени устранимыхъ.

Мнѣ въ теченіи 13-лѣтней моей дѣятельности въ хирургическомъ отдѣленіи больницы св. Маріи Магдалины пришлось видѣть цѣлый рядъ самыхъ разнообразныхъ формъ кишечныхъ ущемленій, при чемъ большинство тяжелыхъ случаевъ оканчивались в. печально. Когда я входилъ въ критическое обсужденіе послѣднихъ, я невольно приходилъ къ заключенію, что, пожалуй, нѣкоторые изъ такихъ больныхъ при болѣе точной постановкѣ распознаванія, или при болѣе усовершенствованномъ наркозѣ, или, наконецъ, при измѣненіи оперативнаго пособія въ томъ или другомъ направленіи, могли-бы быть спасены. Во всякомъ случаѣ, въ этой области еще сдѣлано далеко не все, и для врача, работающаго научно и интересующагося успѣхами хирургіи, здѣсь открыто обширное поле для плодотворной дѣятельности.

Область кишечныхъ ущемленій слишкомъ обширна, и потому я остановлюсь на изложеніи лишь одного отдѣла, наиболѣе типичнаго и наиболѣе точно разработаннаго, — на заворотѣ S-образной кишки. Матеріаломъ для лекціи послужили мнѣ 9 собственныхъ наблюденій, въ которыхъ я или оказывалъ больнымъ оперативную помощь самъ, или помогалъ оперировавшему въ качествѣ ассистента, или же присутствовалъ на вскрытіи. 1 случай любезно предоставленъ мнѣ д-ромъ П. И. Симономъ. Кромѣ того, я изслѣдовалъ цѣлый рядъ труповъ младенцевъ и взрослыхъ, чтобы точнѣе изучить анатомическія отношенія въ области S-образной кишки и выяснитъ условія развитія заворота.

Различаютъ 3 формы заворота S-образной кишки: 1) вокругъ ея продольной кишечной оси, 2) вокругъ ея брызжейной оси и 3) заворотъ, когда S-образная кишка сама въ себѣ становится осью, вокругъ которой заворачивается одна изъ петель тонкихъ кишекъ. 1-я и 3-я формы заворота встрѣчаются крайне рѣдко; въ литературѣ онѣ описаны въ видѣ единичныхъ случаевъ и, стало быть, не имѣютъ большого практическаго значенія. Я остановлюсь на заворотѣ 2-й категоріи.

Чтобы заворотъ могъ развиваться, требуется наличность извѣстныхъ благоприятныхъ анатомическихъ условій, главнымъ образомъ приближеніе другъ къ другу обѣихъ ножекъ S-образной кишки и извѣстная длина ея самой.

Если попытаться искусственно произвести заворотъ S-образной кишки въ трупѣ новорожденнаго, то тотчасъ же можно убѣдиться, что этого сдѣлать невозможно. Это зависитъ оттого, что обѣ неподвижныя точки, т. е. то мѣсто, гдѣ низходящая ободочная кишка переходитъ въ S-образную, и то, гдѣ послѣдняя переходитъ въ прямую, находятся на слишкомъ большомъ разстояніи одна отъ другой. На трупѣ взрослого можно видѣть, что даже при совершенно нормальныхъ анатомическихъ отношеніяхъ обѣ эти точки значительно приблизились другъ къ другу. Д-ръ Сампсонъ, одинъ изъ учениковъ покойнаго проф. Валя, точно изучилъ эти анатомическія отношенія на цѣломъ рядѣ труповъ. Онъ показалъ, что брызжейка S-образной кишки въ цѣломъ не лежитъ въ одной плоскости. Брызжейка прямо-кишечной части S-образной кишки прикрѣпляется къ позвоночнику приблизительно по срединной

линии въ отвѣсномъ направленіи, начиная отъ 4-го поясничнаго позвонка и кончая уровнемъ 3-го крестцоваго; брызжейка же верхняго ея отдѣла прикрѣпляется къ задней брюшной стѣнкѣ по горизонтальной линіи, которая направляется отъ середины тѣла 4-го поясничнаго позвонка влѣво въ лѣвую подвздошную ямку. Такимъ образомъ обѣ части брызжейки образуютъ между собой приблизительно прямой уголъ, открытый внизъ и влѣво, при чемъ верхушка угла лежитъ въ области 4-го поясничнаго позвонка. Постепенно, благодаря тому, что, съ одной стороны, низходящая ободочная кишка, а, съ другой, нижняя часть S-образной все болѣе тѣсно прилегаютъ къ задней брюшной стѣнкѣ, обѣ неподвижныя точки приближаются другъ къ другу, и уголъ, образуемый брызжейкой, дѣлается все болѣе острымъ; при этомъ и обѣ стороны угла укорачиваются, и вершина его спускается съ 4-го на 5-й поясничный позвонокъ. Все это происходитъ, благодаря чисто физиологическому процессу, т. е. тому же самому, который наблюдается во время внутриутробной жизни плода. Какъ извѣстно, въ первое время внутриутробной жизни кишечника плода на всемъ протяженіи снабженъ свободною брызжейкой. Начиная съ 3-го мѣсяца, нѣкоторые участки кишечника, а именно 12-перстная кишка, восходящая и низходящая ободочныя, образуютъ нѣсколько изгибовъ, тѣсно прилегаютъ къ задней брюшной стѣнкѣ и постепенно, какъ это показалъ Toldt, срастаются съ задней пристѣночною брюшиной, утрачивая свою свободную брызжейку. Этотъ чисто физиологическій процессъ еще далеко не заканчивается ко времени рожденія ребенка и продолжается въ первые годы внѣутробной его жизни.

Помимо этихъ физиологическихъ причинъ, влияющихъ на оближеніе обѣихъ ножекъ S-образной кишки, существуютъ еще чисто патологическіе процессы, дѣйствующие въ томъ же направленіи. Еще Virchow указывалъ на хроническія измѣненія въ брызжейкѣ S-образной кишки, которыя онъ наблюдалъ у пожилыхъ людей, страдавшихъ упорными запорами, и которыя, обуславливая рубцовое сморщиваніе, вели въ концѣ концовъ къ значительному приближенію ножекъ S-образной кишки.

Съ особой тщательностью эти измѣненія изучилъ Graser. Онъ подробно изслѣдовалъ цѣлый рядъ S-образныхъ кишекъ и нашелъ, что особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больные долго страдали запорами и S-образная кишка была значительно растянута, въ этой послѣдней имѣлся цѣлый рядъ небольшихъ выпячиваній — дивертикуловъ, размѣщавшихся у мѣста прикрѣпленія брызжейки къ кишкѣ и развивавшихся въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ черезъ толщу кишечной стѣнки проходили расширенныя вены. При упорныхъ запорахъ въ этихъ дивертикулахъ застаивались комочки кала, которые и вели къ раздраженію и изъязвленію кишечной стѣнки, а при посредствѣ лимфатическихъ и кровеносныхъ сосудовъ — къ хроническимъ воспалительнымъ измѣненіямъ въ толщѣ брызжейки.

Нѣкоторые авторы указывали еще на травму лѣвой подвздошной области, какъ на причину, вызывающую хроническое воспаленіе въ брызжейкѣ S-образной кишки, и на хроническій аппендицитъ, при которомъ процессъ можетъ перейти по сосѣдству.

Проф. В. Г. Целе ф. Мантейфель на послѣднемъ хирургическомъ Сѣздѣ указалъ еще на одну причину, которая можетъ вызывать сморщиваніе брызжейки, а именно — въ одномъ случаѣ ему удалось найти рѣзкія артеріосклеротическія измѣненія въ сосудахъ брызжейки.

Какъ-бы то ни было, надо всегда имѣть въ виду, что въ брызжейкѣ S-образной кишки, подъ влияніемъ самыхъ разнообразныхъ причинъ, чаще всего упорныхъ запоровъ, часто наблюдаются хроническія воспалительныя измѣненія, постепенно приводящія къ сморщиванію брызжейки. Въ тяжелыхъ случаяхъ дѣло доходитъ до того, что брызжейка сморщивается почти совсѣмъ, и обѣ части S-образной кишки на всемъ протяженіи вплотную соприкасаются другъ къ другу, въ видѣ двустовки.

2-мъ условіемъ, важнымъ для развитія заворота, надо считать длину S-образной кишки. Понятно, что, чѣмъ длиннѣе кишечная петля, тѣмъ легче произойдетъ ея заворотъ. Извѣстно, что длина кишечника далеко неодинакова у раз-

<sup>1)</sup> Читано, какъ пробная лекція, предъ Конференціей В. Медицинской Академіи 25/II 1906 г.

личныхъ народовъ. Такъ, проф. *Киттнеръ*, *Груберъ* и др. установили, что кишечникъ вообще и S-образная кишка въ частности у русскихъ гораздо длиннѣе, чѣмъ у другихъ народовъ, вслѣдствіе того, что въ нихъ пищѣ преобладаютъ растительныя вещества; этимъ и объясняется, почему у русскихъ сравнительно чаще встрѣчаются тяжелыя формы заворотовъ съ образованіемъ узловъ.

Проф. *Кохъ* показалъ, что чрезмѣрная длина S-образной кишки можетъ обуславливаться ранней остановкой ея развитія. Какъ извѣстно, S-образная кишка у новорожденного относительно гораздо длиннѣе, чѣмъ у взрослого, и сплющъ и рядомъ своей верхушкой свободно достигаетъ печени и правой подвздошной области. При дальнѣйшемъ развитіи организма S-образная кишка обыкновенно нѣсколько отстаетъ въ ростѣ, почему длина ея относительно длины остальныхъ отдѣловъ кишечника постепенно уменьшается. Въ исключительныхъ случаяхъ, однако, можетъ не наступить этого замедленія роста, и S-образная кишка сохраняетъ оной зародышевый типъ, болѣе благоприятный для образованія заворота.

Кромѣ этихъ 2-хъ главныхъ условій, способствующихъ образованію заворота, имѣются еще и второстепенныя, а именно: вздутіе S-образной кишки и дряблость брюшныхъ покрововъ. Всѣ авторы указываютъ на то, что лица, быстро похудѣвшія, очень склонны къ завороту кишки; при этомъ, вслѣдствіе исчезновенія жира изъ брюшной полости и дряблости и податливости брюшныхъ покрововъ, брюшная полость дѣлается какъ бы слишкомъ объемистой для своего содержимаго, отчего оно легче можетъ перемѣщаться въ ней и принимать ненормальное положеніе. Кишечная петля, сильно раздутая газами, изъ-за своей удѣльной легкости еще болѣе склонна къ такимъ ненормальнымъ перемѣщеніямъ. Если всѣ эти условія имѣются на лицѣ, то часто бываетъ достаточно сильнаго кашля или рвотнаго движенія, натуживанія при испражненіи, поднятія тяжести и т. д. т. е. всего того, отчего получается быстрое судорожное сокращеніе мышцъ брюшного пресса, чтобы произошелъ заворотъ. Отсюда понятно, почему заворотъ S-образной кишки чаще встрѣчается у мужчинъ, у лицъ пожилыхъ, у людей рабочаго класса, исхудавшихъ, страдающихъ упорными запорами.

Не могу не упомянуть здѣсь о томъ патологическомъ состояніи S-образной кишки, которое выражается рѣзкимъ увеличеніемъ какъ длины, такъ и ширины ея и, повидимому, служить проявленіемъ порока развитія. Такъ какъ въ русской литературѣ я не встрѣтилъ указаній относительно этой неправильности въ S-образной кишкѣ, то я позволю себѣ нѣсколько подробнѣе остановиться на ней.

Первый, кто далъ подробное описаніе клинической картины этой болѣзни и выяснилъ патогенезъ ея, былъ *Hirschsprung*, хотя до него сообщено было о цѣломъ рядѣ отдѣльных случаевъ врожденнаго увеличенія S-образной кишки. Въ Германіи въ послѣднее время болѣзнь эта описывается подъ именемъ «болѣзни *Hirschsprung*'а». Сущность ея состоитъ въ рѣзкомъ удлиненіи S-образной кишки и въ расширеніи ея поперечнаго размѣра, при чемъ кишка эта можетъ достигнуть колоссальныхъ размѣровъ. Характерно для этого заболѣванія отсутствіе механическихъ причинъ въ видѣ суженія прямой кишки или нижняго отрѣзка S-образной, чѣмъ можно было бы объяснить такое рѣзкое раздутіе послѣдней. Если въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ напр., въ случаѣ *Perthes*'а, и говорится о заслонкѣ, образовавшейся на мѣстѣ перехода S-образной кишки въ прямую, то на заслонку эту слѣдуетъ смотрѣть, какъ на вторичное образованіе, обусловленное значительнымъ перегибомъ удлиненной кишки и воспалительными измѣненіями на его мѣстѣ. По *Hirschsprung*'у, такое рѣзкое удлиненіе S-образной кишки есть ничто иное, какъ порокъ развитія, и большинство авторовъ, которые потомъ писали объ этомъ (*Concetti*, *Duval*, *Mya*, *Genersich*), согласны съ нимъ въ томъ, что S-образная кишка у такихъ лицъ на всю жизнь сохраняетъ, слѣд., тотъ типъ, который онъ имѣетъ у плода. *Genersich* допускаетъ частичный гигантскій ростъ S-образной кишки, подобно тому, напр., какъ описано гигантское увеличеніе пищевола. *Mya* называютъ эту болѣзнь «*Megacolon congenitum*», французскіе авторы—«*dilatation dite idiopathique*

*du gros intestin*». Упомянутая кишечная петля легко образуетъ перегибы, вслѣдствіе чего мышечнымъ ея элементамъ приходится, чтобы протолкнуть содержимое, нести гораздо болѣе тяжелую работу, а потому здѣсь уже вторично очень быстро развивается гипертрофія и утолщеніе кишечныхъ стѣнокъ. Тѣ-же самые перегибы могутъ вызвать и задержку испражнений, которыя, заставаясь и разлагаясь, ведутъ къ значительному расширенію просвѣта кишки.

Совершенно понятно, что первые попавшіе въ печать случаи этого рода касались дѣтей; болѣею частью у ребенка уже вскорѣ послѣ рожденія наблюдались тяжелые болѣзненные припадки, выражавшіеся упорными запорами и рѣзкимъ вздутіемъ живота; въ послѣднемъ обыкновенно прощупывалась до крайности раздутая толстая кишка, стѣнка которой временами представляла отчетливыя перистальтическія движенія. Дѣти съ рѣзко выраженной аномаліей такого рода мало жизнеспособны; въ раздутой кишкѣ очень быстро начинаютъ развиваться тяжелые язвенные процессы, при которыхъ запоры обыкновенно смѣняются проливными, часто кровавыми, поносами, или-же въ зависимости отъ плохой дѣятельности кишечника у нихъ развивается тяжелое худосочіе. На вскрытіи у такихъ дѣтей находятъ всегда рѣзко расширенную S-образную кишку, стѣнки которой иногда бываютъ изъязвлены, даже съ прободеніемъ; механическаго препятствія въ томъ мѣстѣ, гдѣ заканчивается расширенная часть кишки, обыкновенно не находятъ.

*Hirschsprung* предполагалъ, что дѣти съ подобнымъ расширеніемъ S-образной кишки долго жить не могутъ, а потому у взрослыхъ этой аномаліи, будто-бы, не встрѣчается. Но это воззрѣніе оказалось неправильнымъ. *Kredel* собралъ въ литературѣ 6 случаевъ—всѣ они относятся къ взрослымъ,—гдѣ на вскрытіи или при операціи находили рѣзкое удлиненіе и расширеніе просвѣта S-образной кишки, въ то время, какъ остальные отдѣлы кишечника были величины нормальной; механическихъ препятствій, которыми можно-бы было объяснить такое расширеніе кишки, не было; во всѣхъ этихъ случаяхъ имѣлась рѣзкая гипертрофія стѣнокъ кишки. Объяснить такое рѣзкое удлиненіе и расширеніе кишки скопленіемъ въ ней большого количества разлагающагося содержимаго никоимъ образомъ нельзя, а потому приходится заключить, что и въ этихъ случаяхъ дѣло имѣлось съ порокомъ развитія. Дѣйствительно, анамнезъ въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ показывалъ, что больные съ самаго дѣтства страдали упорными запорами.

Чтобы при болѣзни *Hirschsprung*'а кишка могла справиться съ своей задачей и чтобы въ передвиженіи кишечнаго содержимаго не наступила задержка, что можетъ быстро повести къ роковому исходу, требуется, чтобы въ мышечныхъ элементахъ S-образной кишки развилась сильная гипертрофія. И, дѣйствительно, во всѣхъ случаяхъ аномаліи S-образной кишки типа *Hirschsprung*'а, наблюдавшихся въ зрѣломъ возрастѣ, всегда имѣлась рѣзкая гипертрофія стѣнокъ кишки. Характерно то, что всѣ случаи, описанные *Kredel*'емъ, гдѣ дѣло доходило до вскрытія, касались пожилыхъ людей; здѣсь слѣдуетъ предположить, что въ то время, пока эти больные были молоды, гипертрофированныя мышцы кишки справлялись съ своей задачей, въ старости-же, когда атрофируются всѣ мышцы, и мышцы кишки стали хуже исполнять свою работу, и наступили застой и разложеніе кишечнаго содержимаго, что и вызвало смертельный исходъ.

Работы послѣдняго времени *Kredel*'а, *Perthes*'а, *Delkeskamp*'а и др. показываютъ, что удлиненіе S-образной кишки типа *Hirschsprung*'а и въ зрѣломъ возрастѣ встрѣчается чаще, чѣмъ это принято думать. Надо полагать, что теперь, когда описанъ уже цѣлый рядъ подобныхъ случаевъ и когда врачи лучше познакомятся съ этимъ заболѣваніемъ, все чаще и чаще будутъ встрѣчаться сообщенія о немъ.

Что касается состоянія брызжейки при этой формѣ удлиненія S-образной кишки, то мнѣ не удалось найти на этотъ счетъ опредѣленныхъ указаній въ доступной мнѣ литературѣ. Понятно, однако-же, что при такой длинной кишкѣ, въ которой къ тому-же всегда задерживается кишечное

содержимое, создаются очень благоприятныя условія для развитія хроническаго воспаления и сморщиванія брызжейки. При наличности этихъ 2-хъ условій—удлиненія кишки и приближенія обѣихъ ея ножекъ—очень легко можетъ развиваться заворотъ. Но и безъ сморщивающаго процесса въ брызжейкѣ, при данномъ состояніи S-образной кишки можетъ произойти заворотъ, ибо кишка оказывается очень длинной и вслѣдствіе скопленія содержимаго и сильной гипертрофіи стѣнокъ—очень тяжелой, а удѣльно болѣе тяжелая кишка легче принимаетъ ненормальное положеніе, чѣмъ болѣе легкая.

За послѣдніе годы описанъ цѣлый рядъ случаевъ заворота S-образной кишки типа *Hirschsprung's*. Эта форма заворота имѣетъ свои особенности какъ въ теченіи, такъ и въ припадкахъ, которые онъ вызываетъ. О нихъ я скажу нѣсколько позже.

Среди разнообразныхъ кишечныхъ ущемленій различаютъ 2 большихъ группы—т. наз. обтурацій и странгуляцій. Подъ первыми разумѣютъ такіа ущемленія, когда нарушается только проходимость кишечника; при странгуляціяхъ-же, кромѣ закрытія просвѣта кишки, имѣется еще и нарушеніе питанія кишечной стѣнки пораженнаго участка вслѣдствіе сдавливанія или скручиванія сосудовъ брызжейки. Это подраздѣленіе особенно тщательно разрабатывалось покойнымъ Юрьевскимъ профессоромъ *Валемъ* и его школой и принесло желаемую пользу ученію о кишечныхъ ущемленіяхъ вообще. Но не слѣдуетъ забывать, что это дѣленіе—чисто схематичное, природа-же никакихъ схемъ не признаетъ, а посему слѣдуетъ допустить и цѣлый рядъ переходныхъ формъ отъ одной группы къ другой.

На заворотъ S-образной кишки обыкновенно принято смотрѣть, какъ на типичную форму ущемленій изъ группы странгуляцій: при немъ вслѣдствіе перекручиванія сосудовъ брызжейки всегда болѣе или менѣе страдаетъ и питаніе кишки. Ниже я постараюсь доказать, что, хотя и рѣдко, но попадаются формы заворота, гдѣ явленій странгуляцій почти не бываетъ вовсе, явленія-же обтурацій, обусловленныя закрытіемъ просвѣта кишки, вызываютъ тяжелые общіе припадки. Многіе авторы допускаютъ даже существованіе т. наз. физиологическаго заворота, при которомъ скручиваніе обѣихъ кишечныхъ петель совершенно ничтожно, и достаточно лишь усиленныхъ перистальтическихъ движеній, чтобы кишечныя петли расправились и проходимость кишечника возстановилась.

*Leichtenstern* описываетъ подобный заворотъ, достигшій 180°, который ему пришлось видѣть при вскрытіи молодого человѣка, умершаго отъ болѣзни, ничего общаго съ кишечникомъ не имѣвшей. При жизни у этого больного особыхъ расстройствъ со стороны кишечныхъ отправленій не наблюдалось, такъ что слѣдуетъ допустить, что нормальныхъ перистальтическихъ движеній кишки было достаточно, чтобы привести S-образную кишку въ нормальное положеніе.

Во всякомъ случаѣ при физиологическомъ заворотѣ мы имѣемъ дѣло съ самой легкой формой обтураціи; о странгуляціи здѣсь и рѣчи быть не можетъ, такъ какъ большее расстройство кровообращенія въ брызжейкѣ тотчасъ-же вызвалось-бы и на общемъ состояніи больного.

Разбирая клиническую картину этого заболѣванія, слѣдуетъ различать 2 формы ея—острую и хроническую. Острая обыкновенно начинается внезапно послѣ поднятія тяжести, кашлевого толчка или вообще быстрога напряженія брюшнаго пресса. Появляются рвота, сильныя боли въ животѣ безъ сосредоточенія въ какомъ-либо опредѣленномъ мѣстѣ, или отдающія въ лѣвую нижнюю часть живота и иногда носящія схваткообразный характеръ. Тотчасъ-же наступаетъ задержка газовъ и испраженій, и животъ постепенно вздувается. Клизма обыкновенно совершенно не удерживается. Брюшныя мышцы въ первое время бываютъ не особенно напряжены, и ощупываніе живота не усиливаетъ болей. Общее состояніе обыкновенно быстро дѣлается тяжелымъ, и выступаютъ всѣ явленія шока.

Шокъ обуславливается двоякаго рода причинами; во 1-хъ, онъ вызывается отраженнымъ путемъ, вслѣдствіе сдавленія брызжеечныхъ нервовъ; во 2-хъ,—отравленіемъ продуктами разложенія изъ полости ущемленной кишки.

блуждающаго и внутренностнаго нервовъ. Параличъ блуждающаго нерва порождаетъ крайнее ускореніе сердечной дѣятельности, параличъ-же внутренностнаго (п. splanchnici)—главнаго кишечнаго сосудодвигателя—сильный притокъ крови къ внутренностямъ брюшной полости и оттокъ ея отъ наружныхъ покрововъ, что клинически выражается крайней блѣдностью больного, похолодѣніемъ конечностей, особымъ видомъ лица—т. наз. *facies Hippocratica*, паденіемъ кровянаго давленія въ лучевой артеріи. Что касается отравленія кишечнымъ содержимымъ, то работами цѣлаго рода авторовъ доказано, что содержимое въ ущемленной кишечной петлѣ очень быстро принимаетъ тяжелыя отравляющія свойства. При острой формѣ кишечная стѣнка вслѣдствіе быстрого нарушенія питанія становится неприцѣпной для кишечныхъ бактерій, которыя обыкновенно и вызываютъ скоро-же общее воспаленіе брюшины. Изъ-за этого мѣстныя явленія въ области живота, по крайней мѣрѣ къ тому времени, когда больной попадаетъ къ врачу, не представляютъ уже болѣе ничего характернаго. Обыкновенно вслѣдствіе вторичнаго пареза всего кишечника наступаетъ вздутіе всего живота и, если въ-время не подоспѣетъ хирургическая помощь, больные очень быстро погибаютъ при явленіяхъ общаго воспаленія брюшины.

При хронической формѣ заворота всѣ явленія протекаютъ менѣе бурно; обуславливаемыхъ перитонитомъ вздутія и напряженія живота не бываетъ очень долго, такъ что врачъ имѣетъ возможность изучить болѣзненные измѣненія, наблюдаемыя въ полости живота. При внимательномъ изслѣдованіи у такихъ больныхъ почти всегда удается опредѣлить въ извѣстной части живота кишку неподвижную, лишенную всякой перистальтики, при ощупываніи оказывающую большее сопротивленіе, а при выстукиваніи дающую болѣе высокій барабанный звукъ. Еще прежніе авторы указывали на то, что при кишечныхъ ущемленіяхъ извѣстные отдѣлы кишечника представляются болѣе раздутыми и оказываютъ большее сопротивленіе; объяснялось это большимъ скопленіемъ газовъ и испраженій выше мѣста ущемленія. *Валь* первый далъ вѣрное объясненіе этому мѣстному вздутію кишокъ, которое онъ назвалъ «*Localmeteorismus*». Ученики его, проф. *Целе ф. Мантейфелъ* и въ особенности проф. *Kader* цѣлымъ рядомъ экспериментальныхъ работъ точно изучили условія возникновенія этого мѣстнаго вздутія, которое при заворотѣ и при всѣхъ видахъ странгуляцій исключительно зависитъ отъ расстройства кровообращенія въ брызжейкѣ. Перевязывая у животныхъ всѣ сосуды извѣстнаго участка брызжейки, проф. *Kader* получалъ омертвѣніе соотвѣтственнаго отдѣла кишки. Такого быстрого омертвѣнія у человѣка, насколько мнѣ извѣстно, не наблюдалось, такъ какъ даже при самыхъ тяжелыхъ формахъ странгуляцій брызжейка сдавливается не настолько, чтобы совершенно прекратиться притоку артеріальной крови. Обыкновенно сдавливаются только вены, притокъ-же артеріальной крови не прекращается. Вслѣдствіе затрудненія оттока веной крови кишечная стѣнка рѣзко отекаетъ и пропитывается кровью. Быстрѣ всего отлѣчается на такое тяжелое нарушеніе кровообращенія въ кишечной стѣнкѣ ея мышечный слой, въ которомъ послѣ весьма кратковременнаго судорожнаго сокращенія наступаетъ полный параличъ. Пораженная кишечная петля очень быстро вздувается иногда до громадныхъ размѣровъ. Вздутіе это обуславливается утолщеніемъ кишечной стѣнки, пропотѣваніемъ въ полость кишки кровянистой сыворотки изъ расширенныхъ венъ и скопленіемъ въ кишкѣ газовъ. Газы отчасти проникаютъ въ полость кишки изъ расширенныхъ сосудовъ стѣнки, главнымъ-же образомъ образуются путемъ усиленнаго разложенія кишечнаго содержимаго.

Проф. *Валь* и его ученики указывали на полное отсутствіе перистальтики, какъ на признакъ, при помощи котораго можно точно распознать, имѣется-ли дѣло съ странгуляціей или съ обтураціей? При послѣдней, какъ извѣстно, мышечный слой кишки, лежащей выше мѣста ущемленія, быстро гипертрофируется, а потому обыкновенно бываютъ замѣтны очень сильныя перистальтическія движенія.

Валл, безъ сомнѣнія, справедливъ; но въ единичныхъ случаяхъ слѣдуетъ допустить и отступленіе отъ этого правила.

Такъ, при заворотѣ S-образной кишки типа *Hirschsprung*'а почти всегда сохраняются очень рѣзкія перистальтическія сокращенія.

Вслѣдствіе сильной гипертрофіи кишечныхъ стѣнокъ S-образной кишки типа *Hirschsprung*'а и вслѣдствіе упругости этихъ стѣнокъ заворотъ ея рѣдко бываетъ полнымъ и почти никогда не превышаетъ 180°; при этомъ вслѣдствіе прилеганія стѣнокъ кишки получается полное закрытіе ея просвѣта, сдавленіе же сосудовъ брызжейки рѣдко бываетъ очень значительнымъ, такъ что нарушенія питанія стѣнки можетъ и не наступить. Мѣстный метеоризмъ, вызванный сдавленіемъ сосудовъ брызжейки, можетъ быть совершенно не выраженнымъ; перистальтическія движенія кишки, исчезаніе которыхъ такъ характерно для ущемленій типа странгуляцій, здѣсь не только не пропадаютъ, но, наоборотъ, рѣзко усиливаются; это объясняется, во 1-хъ, тѣмъ, что, благодаря ничтожному сдавленію брызжейки, пассивная гиперемія бываетъ здѣсь выражена слабо, а, во 2-хъ, тѣмъ, что кишечныя мышцы, преимущественно круговыя ихъ волокна, оказываются очень рѣзко гипертрофированными, а гипертрофированныя мышцы, понятно, не такъ быстро подвергаются параличу, какъ мышцы средняго питанія. Вслѣдствіе ничтожнаго нарушенія питанія кишки заворотъ при этой формѣ можетъ существовать много дней прежде, чѣмъ разовьются тяжелыя общія явленія.

Изъ 10 случаевъ заворота, которые я описываю, въ 2-хъ (сл. 3 и 8) я долженъ S-образную кишку причислить къ типу, описанному *Hirschsprung*'омъ. Въ обоихъ случаяхъ длина и ширина этого отдѣла кишечника достигала громадныхъ размѣровъ, при чемъ имѣлась рѣзкая гипертрофія стѣнокъ. Въ обоихъ случаяхъ кишка была повернута только на 180°; венный застой былъ выраженъ очень слабо и въ ущемленной кишкѣ до операціи отчетливо опредѣлялись перистальтическія движенія. Въ обоихъ случаяхъ, не смотря на то, что операція произведена въ одномъ на 10-й, а въ другомъ на 11-й день, общее состояніе оставалось весьма удовлетворительнымъ, и по расправленіи кишки и освобожденіи ея отъ содержимаго наступило быстрое выздоровленіе.

Если въ пораженной кишкѣ перистальтическія движенія наблюдаются крайне рѣдко, то въ отдѣлахъ кишечника, лежащихъ выше мѣста заворота, ихъ можно видѣть, разумѣется, гораздо чаще. Такимъ образомъ нельзя въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при изслѣдованіи живота въ извѣстномъ отдѣлѣ его опредѣляется перистальтика, совершенно исключать возможность странгуляціи.

Мнѣ пришлось наблюдать одинъ подобный случай, гдѣ S-образная кишка, повернутая на 180° и представлявшая всѣ признаки мѣстнаго метеоризма, была совершенно прикрыта крайне расширенной ободочной кишкой, въ которой временами и наблюдались отчетливыя перистальтическія движенія.

Мѣстное вздутіе при заворотѣ S-образной кишки можетъ достигать громадныхъ размѣровъ. При истонченныхъ брюшныхъ покровахъ иногда удается отчетливо видѣть громадную расширенную кишечную петлю, которая, изгибаясь, занимаетъ почти всю переднюю часть живота. Нѣкоторые авторы обращали вниманіе на характерное расположеніе этой петли, направляющейся отъ лѣваго подреберья въ правую подвздошную ямку, гдѣ она, изогнувшись въ видѣ колѣна, снова направляется вверхъ и влѣво. На основаніи собственныхъ случаевъ и наблюденій, собранныхъ изъ литературы, я не могу согласиться съ тѣмъ, чтобы расширенная S-образная кишка постоянно занимала такое положеніе. Последнее зависитъ отъ длины кишечной петли, расположенія ея брызжейки и главнымъ образомъ отъ состоянія выше лежащихъ отрѣзковъ кишечника.

*Kiwull* указалъ на признакъ, по его мнѣнію, характерный для заворота S-образной кишки. Онъ назвалъ его «признакомъ воздушнаго шара» («Ballonsymptom»). Если при заворотѣ выслушивать стетоскопомъ область живота надъ расширенной кишечной петлей и въ то же время ручкой молоточка ударять по плессиметру, наложенному

по сосѣдству съ стетоскопомъ, то получается характерный металлическій звукъ. Стѣнки ущемленной кишки вслѣдствіе скопленія въ ея полости большого количества совершенно замкнутыхъ газовъ находятся въ состояніи сильнаго напряженія; короткіе удары молоточкомъ приводятъ ихъ въ сотрясеніе, что и воспринимается ухомъ въ видѣ характернаго металлическаго звука. *Kiwull* экспериментально доказалъ, что для того, чтобы появиться этому признаку, требуется напряженіе стѣнокъ кишки, отсутствіе всякаго выхода газу изъ кишечной полости и извѣстный минимальный объемъ послѣдней. Изъ этого слѣдуетъ, что признакъ *Kiwull*'а можно получать лишь въ тѣхъ случаяхъ заворота S-образной кишки, гдѣ она расширена до громадныхъ размѣровъ. *Kiwull* отрицаетъ возможность появленія его признака при крайнемъ расширеніи желудка или тонкихъ кишокъ, такъ какъ въ первомъ случаѣ газы изъ желудка могутъ проникнуть въ пищеводъ или въ 12-перстную кишку, въ тонкихъ же кишкахъ діаметръ полости слишкомъ малъ. Разсуждая чисто теоретически, слѣдуетъ допустить возможность появленія признака *Kiwull*'а при заворотѣ слѣпой кишки, такъ какъ здѣсь расширеніе кишки можетъ достигать громадныхъ размѣровъ и газы находятся въ замкнутой со всѣхъ сторонъ полости.

Такъ какъ при заворотѣ S-образной кишки всегда получается закрытіе просвѣта въ нижнемъ отдѣлѣ толстой кишки, то неминуемо должно наступить расширеніе выше лежащаго отдѣла кишокъ, прежде всего толстыхъ — нисходящей, поперечной и восходящей ободочной. Болѣе рѣзко всегда выступаетъ расширеніе поперечной ободочной кишки, которое ведетъ къ значительному вздутію подчревной области и часто сопровождается исчезаніемъ печеночной тупости. При вздутіи восходящей и нисходящей ободочной кишокъ выпячиваются больше боковыя и заднія части брюшной полости («Flankenmeteorismus» *Nothnagel*'а). Обыкновенно при значительномъ расширеніи толстыхъ кишокъ вслѣдствіе недостаточности *Vauhin*'евои заслонки вздутіе постепенно распространяется и на тонкія кишки. Если же заслонка эта остается достаточною, а вздутіе толстыхъ кишокъ достигаетъ громадныхъ размѣровъ, то въ исключительныхъ случаяхъ могутъ наступить тяжелыя общія явленія.

Въ одномъ изъ наблюдавшихся мною случаевъ (сл. 4) дѣло шло о заворотѣ S-образной кишки, при чемъ явленія разстройства кровообращенія въ кишкѣ были ничтожны; но за то весь выше лежащій отдѣлъ толстой кишки былъ крайне рѣзко вздутъ; вздутіе это вслѣдствіе плотнаго замыканія *Vauhin*'евои заслонки не могло распространиться на тонкія кишки и повело къ омертвѣнію слѣпой, отчего очень быстро и наступила смерть. Больной погибъ въ данномъ случаѣ не отъ странгуляціи, которая была здѣсь выражена не рѣзко, а отъ обтураціи, т. е. отъ послѣдствій закрытія кишечнаго просвѣта \*).

Что касается лѣченія, то, не смотря на то, что произвольное расправленіе заворота въ легкихъ его формахъ, теоретически и допустимо, все же слѣдуетъ во всѣхъ случаяхъ, гдѣ заворотъ S-образной кишки распознать съ болѣею или меньшею точностью, прибѣгать къ операціи. Нѣкоторые авторы (*Naunyn*, *Riedel*) совѣтуютъ выжидать въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ анамнезѣ есть указаніе на подобные наблюдаемому припадки, окончившіеся безъ оперативнаго вмѣшательства, и гдѣ причина заворота кроется, по всей вѣроятности, въ сморщиваніи брызжейки. Такъ какъ заворотъ въ такихъ случаяхъ бываетъ небольшой, то иногда можно достигнуть успѣшныхъ результатовъ и простымъ припадочнымъ лѣченіемъ. Къ сожалѣнію, однако, всѣ тѣ случаи, гдѣ выздоровленіе наступало безъ оперативнаго вмѣшательства, нельзя признать безусловно доказательными, какъ какъ, лишь вскрывъ животъ, мы можемъ съ достовѣрностью сказать, съ чѣмъ имѣемъ дѣло.

Мнѣ пришлось потерять одного больного съ заворотомъ, у котораго, я, опираясь на авторитетъ *Naunyn*'а, не особенно настаивалъ на операціи, тѣмъ болѣе, что въ анамнезѣ у него было указаніе на подобные же припадки, которые прошли безъ операціи. Больной этотъ былъ доставленъ вечеромъ съ ясно выраженнымъ заворотомъ, но съ хорошимъ самочувствіемъ. Рано было выжидать до слѣдующаго утра. Ночью вдругъ наступило рѣзкое ухудшеніе, и къ 4 час. утра больной скончался.

\*) Этотъ случай подробно описанъ въ статьѣ «Объ омертвѣніи слѣпой кишки при служеніи въ нижнемъ отдѣлѣ толстыхъ кишокъ» («Хирургическій Архивъ», 1904 г.).



Операция состоитъ въ широкомъ вскрытіи брюшной полости по бѣлой линіи, чтобы имѣть возможность, какъ можно скорѣе, опознаться въ положеніи органовъ, и въ раскручиваніи завернувшейся кишечной петли, что обыкновенно удается безъ всякаго труда. Дальнѣйшія мѣропріятія зависятъ отъ того, нарушено-ли питаніе кишечной стѣнки или нѣтъ? Въ болѣе хроническихъ случаяхъ, гдѣ питаніе кишки не пострадало, можно ограничиться простымъ раскручиваніемъ, а затѣмъ зашить брюшную полость. Но, такъ какъ здѣсь причина, вызвавшая заворотъ, остается неудаленной, то очень легко можетъ наступить возвратъ.

Для предотвращенія возвратовъ предложены слѣдующіе оперативные приемы:

1) Способъ *Koch*. Этотъ авторъ совѣтовалъ производить колопексію, пришивая по раскручиваніи кишку или лишь ея брызжейку къ передней брюшной стѣнкѣ. Не слѣдуетъ забывать, что S-образная кишка при этомъ заболѣваніи обыкновенно бываетъ очень большой и тяжеловѣсной и сокращенія ея легко могутъ разорвать сращения. Если же получается прочная фиксація кишки, то въ брюшной полости образуются тяжи, которые могутъ стать источникомъ новыхъ ущемленій. Если при колопексіи захватывается сама кишка, питаніе которой большею частью бываетъ нарушено, то швы могутъ прорѣзаться и вызвать тяжелый прободной перитонитъ, какъ это и наблюдалъ проф. М. М. Кузнецовъ въ одномъ изъ своихъ случаевъ.

2) Способъ *Riedel*'а, предложенный имъ для тѣхъ случаевъ, гдѣ имѣется рѣзкое рубцовое сморщиваніе брызжейки. *Riedel* совѣтовалъ разрѣзывать отдѣльные рубцевые тяжи и разсѣкать рубцево-перерожденную брызжейку. Этотъ способъ опасенъ, такъ какъ, разсѣкая сращения, очень легко поранить сосудъ, питающій кишку. Онъ и нерационаленъ, ибо разсѣченная рубцевая ткань обыкновенно срастается еще болѣе плотнымъ рубцемъ. Можно, пожалуй, если уже пользоваться этимъ способомъ, разсѣкать поперекъ и сшивать вдоль по принципу пилоропластики.

3) Способъ *A. Bergmann*'а. Онъ состоитъ въ образованіи соустья между обѣими ножками S-образной кишки у самого ея основанія. При этомъ выключается большая часть S-образной кишки, которая постепенно уменьшается и сморщивается, чѣмъ и предотвращается возвратъ. Способъ этотъ рационаленъ, но далеко небезопасенъ.

4) Способъ *Eiselsberg*'а, состоящій въ изсѣченіи всей удлинненной кишки. Онъ даетъ коренное излѣченіе, такъ какъ послѣ сшиванія обохъ отрѣзковъ кишки образуются такіа анатомическія отношенія, при которыхъ образованіе возврата невозможно. Къ сожалѣнію, этотъ способъ далеко небезопасенъ, ибо изсѣченіе толстыхъ кишекъ до сихъ поръ еще даетъ довольно большой % смертности. Весьма рискованнымъ слѣдуетъ считать производство изсѣченія кишки тотчасъ же послѣ раскручиванія заворота, такъ какъ здѣсь, даже если заворотъ и былъ легкій, питаніе кишечной стѣнки вслѣдствіе веннаго застоя страдаетъ, а потому гладкое заживленіе кишечнаго шва далеко необеспечено. На этомъ основаніи я позволялъ-бы себѣ совѣтывать въ случаяхъ, гдѣ изъ-за значительной длины S-образной кишки и приближенія ея ножекъ можно ожидать скорого возврата, сдѣлать изсѣченіе кишки не тотчасъ же послѣ ея раскручиванія, а черезъ извѣстный промежутокъ времени, напр., чрезъ 3—4 недѣли, такъ сказать à froid, когда больной уже оправится отъ ущемленія и въ кишкѣ возстановится нормальное питаніе. Въ литературѣ описанъ цѣлый рядъ случаевъ (*Eiselsberg, Steinthal*), гдѣ изсѣченіе S-образной кишки при хроническомъ ея заворотѣ было произведено съ успѣхомъ.

При острыхъ формахъ заворота S-образной кишки, гдѣ вслѣдствіе сильнаго сдавливанія сосудовъ брызжейки быстро наступаетъ омертвѣніе кишки, очень быстро развиваются тяжелыя общія явленія, и операция лишь въ исключительныхъ случаяхъ можетъ спасти больного. Смерть наступаетъ здѣсь или отъ перитонита, или отъ отравленія продуктами разложенія кишечнаго содержимаго. Изъ 5 моихъ больныхъ съ острымъ заворотомъ и омертвѣніемъ кишки лишь 1, оперированный *П. И. Симомъ*, поправился, остальные умерли. Перивидное

изсѣченіе всей пораженной кишки съ сшиваніемъ остающихся концовъ едва-ли (когда даетъ успѣхъ, такъ какъ такіе больные обыкновенно находятся уже въ слишкомъ тяжеломъ состояніи, чтобы выдержать такую сложную операцию. У насъ въ больницѣ обыкновенно послѣ вскрытія брюшной полости и раскручиванія повернутой кишки извлекаютъ ее изъ брюшной полости, въ которую и вводятъ по всѣмъ направленіямъ отсасывающіе фитили. Чтобы уменьшить всасываніе отравляющихъ веществъ изъ полости ущемленной кишки, послѣдняя обыкновенно широко надрѣзается и опоражнивается отъ содержимаго.

Въ сл. 9 больная послѣ операции быстро оправилась, такъ что на слѣдующій день уже можно было, не сѣмъ, *lege artis*, произвести изсѣченіе омертвѣвшей кишки. Случай этотъ кончился выздоровленіемъ.

Въ послѣднемъ моемъ случаѣ (сл. 10) при 1-ой операциіи во время развѣртыванія омертвѣвшей кишки больная находилась въ коллапсѣ, и потому пришлось крайне спѣшить съ операцией; омертвѣвшая кишка была извлечена наружу и надрѣзана; брюшная же полость частью зашита, частью затампонирована. На слѣдующій день произведено изсѣченіе омертвѣвшей кишки, не смотря на то, что больная еще не вполне оправилась отъ шока. Изсѣченіе кишки на 2-ой день представило гораздо большія затрудненія, чѣмъ если-бы оно было сдѣлано въ 1-ый день, когда брюшная полость была широко раскрыта. Вслѣдствіе значительнаго рубцевого сморщиванія брызжейки омертвѣвшіе распространялись очень далеко въглубь, и потому какъ обкалываніе сморщенной брызжейки, такъ и вшиваніе здоровыхъ концовъ прямой и нисходящей ободочной кишокъ въ брюшную рану представлялось весьма затруднительнымъ, и приходилось снова вскрывать брюшную полость. Сшить оба оставшіяся конца кишки было невозможно въ виду очень тяжелого общаго состоянія больной. Черезъ 20 час. послѣ операции больная погибла отъ перитонита.

Можетъ быть, мнѣ удалось-бы спасти больную, если-бы я при 1-ой-же операциіи удалилъ всю омертвѣвшую кишку и вшилъ нижній отрѣзокъ нисходящей ободочной кишки и верхній отрѣзокъ прямой въ нижній конецъ брюшной раны. При 1-ой операциіи, благодаря широкому раскрытію брюшной полости, это можно было-бы сдѣлать гораздо легче, чѣмъ на слѣдующій день. Такъ какъ и въ 1-ый день больная, какъ я уже сказалъ, находилась въ коллапсѣ и приходилось очень торопиться съ операцией, то можно было-бы, захвативъ въ отдѣльные жомы нисходящую ободочную кишку, прямую кишку и брызжейку S-образной, сразу-же срѣзать всю омертвѣвшую кишку. Жомы, наложенные на брызжейку и на прямую кишку, можно было-бы оставить на нѣсколько дней; нижній-же отрѣзокъ нисходящей ободочной кишки слѣдовало-бы тотчасъ-же вшить въ нижнюю часть брюшной раны, а чтобы удобнѣе исполнить это безъ значительнаго натяженія кишечной стѣнки, слѣдовало-бы подрѣзать брюшину въ лѣвой подвздошной впадинѣ и отдѣлить немного нисходящую ободочную кишку отъ задней брюшной стѣнки. Если-бы больная оправилась послѣ этой операциіи, можно-бы было дней чрезъ 8—10 отдѣлить вшитый конецъ нисходящей ободочной кишки отъ брюшной стѣнки и сшить его съ оставшимся отрѣзкомъ прямой кишки.

Если мнѣ еще представится случай тяжелого заворота S-образной кишки съ омертвѣніемъ ея, я непременно произведу операцию по вышеизложенному способу, такъ какъ онъ, мнѣ кажется, имѣетъ цѣлый рядъ преимуществъ: омертвѣвшая кишка съ ея отравляющимъ содержимымъ удаляется; благодаря вшиванію въ брюшную рану приводящаго отрѣзка, опорожняются выше лежащіе отдѣлы кишечника, содержимое которыхъ при всасываніи также можетъ вызвать тяжелыя общія явленія; наконецъ наложеніе жомовъ на брызжейку даетъ возможность выполнить всю операцию весьма быстро.

(Окончаніе слѣдуетъ).

СХХХ. Замѣтка къ вопросу о желудочной секреціи при желтухахъ.

Чл.-пр. и ассистента академической терапевтической клиники проф. С. С. Боткина въ В.-Медицинской Академіи С. С. Зимницкаго.

Въ январѣ 1903 г. на страницахъ «Русскаго Врача» появилась моя замѣтка 1) относительно нѣкотопыхъ особен-

ностей желудочнаго пищеваренія при желтухахъ. Замѣтка эта служила продолженіемъ моей диссертационной работы<sup>2)</sup> въ томъ-же направленіи и содержала въ себѣ, между прочимъ, указанія на кое-какія разногласія въ моихъ изслѣдованіяхъ съ выводами, высказанными ч.-пр. *Н. Н. Кириковымъ*<sup>3)</sup> въ его работахъ. Естественно, я ожидалъ скорого отвѣта или разъясненія со стороны ч.-пр. *Н. Н. Кирикова*; но прошелъ годъ, 2-ой, наконецъ, 3-й, и еще  $\frac{1}{2}$  года, а возраженія не было. Приходилось думать, что *Н. Н. Кириковъ* или принципиально былъ согласенъ съ моими положеніями, или же, что онъ, принявъ во вниманіе мои замѣчанія, подвергнулъ затрагиваемый вопросъ лабораторному анализу съ тѣмъ, чтобы въ однихъ только теоретическими соображеніями, но фактами доказать торжество своихъ выводовъ и шаткость и несостоятельность моихъ. Этимъ желаніемъ *Н. Н. Кирикова* и объяснялась мной подобная медлительность въ отвѣтѣ, разъ первое мое допущеніе, что *Н. Н. Кириковъ* принципиально соглашался съ сдѣланными мной поправками было неправильно. Таковы были мои предположенія. Когда въ этомъ году на страницахъ «Русскаго Врача» появилась статья *Н. Н. Кирикова*<sup>4)</sup> по интересовавшему меня вопросу, я очень обрадовался тому, что могу познакомиться съ новыми частностями вопроса, безусловно проанализированнаго вновь въ лабораторіи и при томъ лицомъ заинтересованнымъ. Но, просмотрѣвъ статью, я остался неудовлетвореннымъ: ни единого новаго своего наблюденія, ни единого опыта, а только одни теоретическія соображенія.

Если такимъ образомъ мои ожиданія относительно того, что ушедшіе 3½ года были использованы моимъ оппонентомъ на лабораторные опыты, не оправдались, то, естественно и допущеніе, что именно такого рода разработка затрагиваемаго вопроса была причиной столь поздняго появленія статьи *Н. Н. Кирикова* въ печати, было сдѣлано мной тоже не кстати. Я охотно допускалъ цѣлый рядъ обстоятельствъ другого сорта, мѣшавшихъ уважаемому оппоненту обнародовать своевременно свои взгляды на мои труды по затрагиваемому вопросу. Но причина появленія этой статьи *Н. Н. Кирикова*, судя по характеру тона и, главное, по времени, совпавшему съ выборами въ Казанскомъ Университетѣ, объясняется, повидимому, не однимъ только стремленіемъ къ выясненію тѣхъ или другихъ истинъ и не одной случайностью. Отмѣтивъ это обстоятельство вскользь, я все-же считаю своимъ долгомъ сдѣлать съ своей стороны кое-какія примѣчанія къ этой статьѣ ч. пр. *Н. Н. Кирикова*.

Я не буду касаться вопроса о приоритетѣ въ разработкѣ тѣхъ или другихъ частныхъ въ ученіи о пищевареніи при желтухахъ, такъ какъ всякому, кто знакомъ съ этимъ отдѣломъ общей патологіи, извѣстно, что ни *Н. Н. Кирикову*, ни мнѣ нельзя претендовать на обширныя открытія; единственно мы причастны къ разработкѣ тѣхъ частныхъ, которыя непосредственно вытекали изъ изслѣдованій такихъ авторовъ (*Hayet*, *Л. В. Поповъ*), которые много удѣлили и своей опытности, и своего труда вопросамъ о желтухѣ вообще и отмѣтили нѣкоторые свойства дѣятельности при ней желудка, въ частности. Не буду затрагивать теперь, по недостатку времени, и частныхъ, не имѣющихъ большого значенія, а останавлиюсь лишь на 2-хъ пунктахъ главнаго разногласія въ моихъ взглядахъ съ выводами ч. пр. *Н. Н. Кирикова*.

*Н. Н. Кириковъ* высказываетъ ту мысль, что отмѣчаемая желудочная гиперсекреція при задержкѣ желчи въ организмѣ находится въ зависимости отъ раздраженія желчью (желчнокислыми солями) блуждающаго нерва и его центровъ. На основаніи этого онъ полагаетъ, что пока нельзя признавать существованія желтушной первичной «астеніи» желудочной клѣтки, а считаетъ ходъ и особенности секреціи желудочной клѣтки при желтухѣ проявленіемъ желтушной «нейрастеніи» ея<sup>5)</sup>.

Въ своей работѣ въ 1903 г. я указалъ, что не всегда задержка желчи въ организмѣ сопровождается характернымъ замедленіемъ пульса, хотя во многихъ случаяхъ это такъ и бываетъ. Мои наблюденія надъ животными съ перевязанными общими желчными протоками привели меня къ тому заключенію, что признать зависимость между со-

стояніемъ пульса и ходомъ желтухи нельзя. Я не привелъ цифровыхъ данныхъ въ своей работѣ потому, какъ я это и объяснилъ въ своей статьѣ, что мои наблюденія въ этомъ смыслѣ не отличались отъ изслѣдованій проф. *Г. М. Малкова*<sup>6)</sup>, изучавшаго спеціально и подробно измѣненія со стороны пульса, температуры и т. д. при желтухѣ у животныхъ на гораздо большемъ матеріалѣ. Такимъ образомъ сожалѣніе *Н. Н. Кирикова* объ отсутствіи подробностей въ моей работѣ напрасно: вѣдь, проф. *Г. М. Малковъ* на стр. 225 и 230 своего въ высшей степени обстоятельнаго труда (диссертациі) ясно говоритъ: «колебанія пульса имѣютъ мало характернаго», и «соотношенія между выдѣленіемъ желчныхъ кислотъ и пульсомъ не замѣчается». Ч. пр. *Н. Н. Кириковъ* не упоминаетъ объ этомъ заявленіи проф. *Г. М. Малкова*, а говоритъ просто: «если въ опытахъ и не наблюдалось замедленія пульса или вообще какихъ-либо положительныхъ соотношеній съ нимъ, то въ примѣненіи къ больнымъ это не должно насъ смущать. Мы, вѣдь, имѣемъ дѣло съ человѣкомъ, а не съ собакой»<sup>7)</sup>. Интересно было-бы узнать, когда и при какихъ обстоятельствахъ слѣдуетъ пользоваться тѣмъ, что дано намъ экспериментальная патологія? Я думаю, что факты, особенно повѣренныя, должны оставаться таковыми, а безусловно должны имѣть значеніе въ обсужденіи предмета, а не устраняться однимъ лишь мажореніемъ руки; нужно при этомъ добавить, что проф. *Г. М. Малковъ* въ своемъ трудѣ удѣлилъ много мѣста наблюденіямъ и надъ больными. На какомъ-же тогда основаніи *Н. Н. Кириковъ* позволяетъ себѣ пользоваться другими данными, также добытыми путемъ опыта надъ животными въ лабораторіи? Если *Н. Н. Кирикову* наблюденіе проф. *C. Gerhardt's*<sup>8)</sup> и изслѣдованія его ученика *Röhrig's*<sup>9)</sup> кажутся недостаточно убѣдительными, и даже, наоборотъ, несостоятельными, то изъ этого еще далеко не слѣдуетъ, что нужно признать, что замедленіе пульса при желтухѣ было бы прямымъ выраженіемъ раздраженія блуждающаго нерва. Даже приведенный имъ случай *Weintraud's*<sup>10)</sup>, гдѣ у больного съ катарральной желтухой атропінъ прекращалъ замедленіе пульса, не говоритъ окончательно, что замедленіе дѣятельности сердца зависѣло только отъ раздраженія блуждающаго нерва; вѣдь, и на самую мышцу сердца задержка желчи тоже оказываетъ извѣстное дѣйствіе, а какъ здѣсь исключить этотъ х? Что-же касается наблюденія *Schiff's*<sup>11)</sup>, то и здѣсь еще нѣтъ поразительнаго специфическаго доказательства въ пользу преимущественнаго значенія раздраженія блуждающаго нерва на секреторную дѣятельность желудочной клѣтки при желтухѣ: мы знаемъ, что атропінъ ограничиваетъ дѣятельность железистаго прибора вообще, а не желудка исключительно, хотя, безспорно, влияетъ на блуждающій нервъ. Далѣе, безизвѣстно, что нѣкоторые авторы даже вовсе не считаютъ съ значеніемъ раздраженія блуждающаго нерва при замедленіи пульса во время желтухи (*C. Gerhardt*); *Strümpell*, напр., отчетливо высказывается въ своемъ учебникѣ за непосредственное вліяніе задержанныхъ частей желчи на сердце; другіе-же признаютъ совокупность обоихъ вліяній на ритмъ сердца [*O. Minkowski*<sup>12)</sup>]. Вообще этотъ вопросъ пока далекъ отъ опредѣленнаго и окончательнаго рѣшенія, о чемъ говоритъ и *Stadelmann* — этотъ знатокъ въ ученіи о желтухѣ въ своемъ классическомъ трудѣ «*der Icterus*».

Въ опытахъ *Löwit's* и *Schiff's*<sup>13)</sup> указывается на то, что при однихъ условіяхъ вліяніе желчныхъ солей можетъ сказываться на функціи тормозящихъ волоконъ сердца (блуждающаго нерва), въ другихъ ее переживаетъ возбуждающихъ волоконъ его. Такимъ образомъ задержка желчи при желтухѣ можетъ въ зависимости отъ условій оказывать различное вліяніе на блуждающій нервъ. И, если это такъ, то естественно можно было ожидать и различныхъ колебаній въ дѣятельности желудочной клѣтки въ зависимости отъ состоянія пульса, какъ показателя, которымъ *Н. Н. Кириковъ* хочетъ пользоваться для опредѣленія раздраженія блуждающаго нерва.

Я уже говорилъ въ предыдущихъ своихъ работахъ, что опредѣленной зависимости между этими величинами, выражаясь абстрактно, уловить не удалось. Такъ, напр.,

собаки «Волчокъ»<sup>14)</sup>, у которой явленія холеміи развивались очень быстро, слѣд., отравленіе шло скорымъ темпомъ, при ускореніи пульса не наблюдалось пониженія дѣятельности желудочной клѣтки, наоборотъ, гиперсекреція возрастала: отдѣленіе на 200 грм. мяса на 8-ой день послѣ перевязки общаго желчнаго протока было 21,0 к. стм., а на 14-ый день оно достигло уже 38,5; на 200 грм. бѣлаго хлѣба было 11,3 к. стм. (9-ый день) и 16,6 к. стм. (12-ый); на 600 к. стм. молока—15,7 к. стм. (6-ой день) и 33,7 (15-ый день). Жила эта собака всего 17 дней и погибла отъ нарастающей холеміи.

Если *Н. Н. Кириковъ* указываетъ, что во многихъ случаяхъ удается установить извѣстный параллелизмъ между состояніемъ пульса и отправленіемъ желудка при желтухѣ, то при моихъ дальнѣйшихъ изслѣдованіяхъ я опять-таки не пришелъ къ такому заключенію. Пульсъ въ смыслѣ частоты можетъ колебаться какъ угодно, а дѣятельность желудка имѣетъ постоянную физиономію. *Н. Н. Кириковъ* относительно этого говоритъ такъ: «что касается случаевъ желтухи, гдѣ зависимость между степенью ея и явленіями со стороны пульса не устанавливаются съ положительностью или гдѣ соотношенія не характерны, то про нихъ можно лишь напомнить словами *Lepine'a*, что «отрицательные результаты не уничтожаютъ результатовъ положительныхъ». Позволю себѣ указать еще разъ на изслѣдованія проф. *Г. М. Малкова*, изучавшаго въ своей диссертациі вліяніе задержки желчи на пульсъ, температуру и т. д. не только у животныхъ, но и у людей. Онъ провѣрялъ клинику опытомъ, а опытъ клинкой, однако, какъ показываютъ приведенныя мною выше выдержки изъ его труда, не могъ установить никакой точной зависимости относительно колебаній пульса съ ходомъ желтухи.

Почему же при такомъ положеніи вопроса нужно отдавать предпочтеніе именно положительнымъ въ смыслѣ *Н. Н. Кирикова* результатамъ? Приведу, ради интереса, одинъ случай катарральной желтухи, гдѣ не было ни малѣйшаго намека на зависимость состоянія пульса отъ хода желтухи, а между тѣмъ дѣятельность желудочной клѣтки имѣла тѣ же отличительныя свойства, каковыя наблюдаются при этомъ состояніи.

Дѣло касается больного, 24 л., за 1½ дня до поступленія въ клинику съѣвшаго утромъ (въ 8 час.) 3 яйца съ недостаточно добротачественнымъ масломъ. Черезъ 2—3 часа послѣ этого больной почувствовалъ головную боль, и у него появились спазмы въ желудкѣ, рвота (повторная) и поносъ. На слѣдующій день онъ явился на пріемъ съ медленнымъ (52 въ 1 мин.) пульсомъ, обложеннымъ языкомъ и болью въ области желудка и былъ принятъ въ клинику. При изслѣдованіи никакихъ измѣненій въ состояніи органовъ не найдено; отмѣчена лишь небольшая чувствительность къ давленію подложечной области. Въ мочѣ, крѣпъ низкава и слѣдовъ уробилина, ничего не найдено. Испражнения были жидкія и окрашенныя. Назначены: молочная діета, софрвдвщій компрессъ и валеріановыя капли. Ночью больного прослабало 1 разъ. На слѣдующій день онъ чувствовалъ себя хорошо; языкъ по прежнему былъ обложенъ, но появился поносъ на яду; пульсъ былъ замедленъ до 50 ударовъ въ 1 мин. Послѣ пробнаго завтрака *Boas-Ewald'a* добыто черезъ 65 мин. около 45 к. стм. желудочнаго содержимаго со слѣдами слизи; свободной СІН 28; общая кислотность 46. На 4-е сутки (пульсъ въ предшествующіе дни—52,54 и 62) боли въ подложечной области усилились. Изслѣдованіе желудочнаго содержимаго дало: свободной СІН 40, общая кислотность 61. На 5-й день въ мочѣ опредѣлены желчные пигменты, а испражнения оказались частью обезвѣченны; пульсъ 72 въ 1 мин.; въ содержимомъ желудка свободной СІН 48, общая кислотность—69. На 8-й день желтуха появилась на покровахъ и особенно на склерахъ; испражнения были вполне обезвѣченны; въ мочѣ отчетливая реакція на желчные пигменты; пульсъ 80; въ желудочномъ содержимомъ (послѣ пробнаго завтрака) опредѣлено: свободной СІН 60, общая кислотность 82 (пульсъ на 6-й день 68, на 7-й и 76 въ 1 мин.). На 13-й день пульсъ держался около 80; въ содержимомъ желудка опредѣлено: свободной СІН 57, общая кислотность 82. На 26-й день (когда желтуха начала разрѣшаться—испражнения стали вполне окрашенными) пульсъ 62 въ 1 мин., въ содержимомъ желудка свободной СІН 42, общая кислотность 61. NB. температура все время держалась между 36,6 и 36,9.

Я привелъ этотъ случай еще и потому, что здѣсь невольно пришлось прослѣдить полную картину желтухи съ самаго начала ея появленія. Можно-ли въ этомъ случаѣ найти соотвѣтствіе между состояніемъ пульса и ходомъ желудочной гиперсекреціи? Мнѣ кажется, что здѣсь и намековъ на что-либо подобное не было.

причины такого измѣненія дѣятельности рабочей желудочной клѣтки при желтухѣ въ одномъ только раздраженіи блуждающаго нерва. Я, конечно, признаю его особенное участіе въ отдѣленіи т. наз. зомальнаго или психического сока. Лабораторія проф. *И. П. Павлова* установила это неизбѣжно. Но я все-же хочу кое-что, если уже не главную часть, въ этой желудочной гиперсекреціи при желтухѣ отнести и на долю самой клѣтки. Я думаю, что и *Н. Н. Кириковъ* признаетъ ея участіе въ ходѣ явленій, но не придаетъ этому рѣшающаго значенія, а суть вопроса видитъ въ раздраженіи блуждающаго нерва. Въ своей предъидущей работѣ онъ соглашался, что «ничто не препятствуетъ приписать первичную гиперхлоридрію желтухѣ, т. е. раздражающему вліянію составныхъ частей желчи на секреторный аппаратъ желудка—отдѣляющую клѣтку и нервные приборы». Онъ предполагалъ даже, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ, напр., у одного его больного, III., раздраженіе желчью можетъ вести къ размноженію обкладочныхъ клѣтокъ и гипертрофіи ихъ. Онъ признавалъ, что «задержка желчи является для нихъ весьма сильнымъ раздраженіемъ, потому-то и ведущимъ къ работѣ астенической». Изъ этихъ выдержекъ явствуетъ, что *Н. Н. Кириковъ* признавалъ патологическое состояніе самой клѣтки въ зависимости отъ непосредственнаго воздѣйствія задержанныхъ составныхъ частей желчи.

Въ послѣдней работѣ *Н. Н. Кириковъ*, повидимому, отзывается отъ признанія астениі желудочной клѣтки при задержкѣ желчи въ организмѣ и говоритъ: «гораздо осторожнѣе не вводитъ понятіе первичной «астениі клѣтки», а... считать такой ходъ сокоотдѣленія за проявленіе желтушной «нейрастениі» послѣдней. Таковая вполне соотвѣтствовала-бы и общей нейрастениі желтушныхъ больныхъ. Такое представленіе тѣмъ болѣе естественно, что съ понятіемъ объ истинной «астениі» отдѣляющей протоплазмы плохо вяжется фактъ нѣскольkokраткаго увеличенія валовой работы желудочныхъ железъ при желтухѣ». Мнѣ кажется, что *Н. Н. Кириковъ* придаетъ такое новое толкованіе установленному мною факту только потому, чтобы ярче подчеркнуть значеніе блуждающаго нерва и его раздраженія для желудочной гиперсекреціи при задержкѣ желчи въ организмѣ. Я все-же главную роль въ извращенности желудочнаго сокоотдѣленія при желтухѣ позволю себѣ поставить въ зависимость отъ состоянія рабочей клѣтки при этомъ заболѣваніи. Подъ астенией желудочной клѣтки мы подразумѣваемъ такое ея состояніе, когда клѣтка сразу сильно отвѣчаетъ на полученное ей физиологическое раздраженіе, а затѣмъ работа ея падаетъ рѣзко. Но изъ этого еще не слѣдуетъ, чтобы валовая работа ея была ниже нормы. Важнѣе гораздо то, что энергія ея настолько тратится на вліяющій импульсъ, что новое физиологическое раздраженіе или вовсе проходитъ безслѣдно, или не выражается въ такомъ масштабѣ, какъ при нормѣ. Вотъ эти-то свойства и были приняты для характеристики дѣятельности желудочной клѣтки при желтухѣ. Проф. *И. П. Павловъ* для выясненія состоянія желудочной клѣтки при желтухѣ посовѣтовалъ поставить слѣдующаго рода опытъ на животномъ.

Зная, что сокоотдѣленіе на хлѣбную пищу характеризуется высокими цифрами для 1-го часа (психическое отдѣленіе) и низкими для остальныхъ, я далъ желтушной собакѣ «Волчку» (см. диссертациі, стр. 152—153) 200 грм. бѣлаго хлѣба:

Отдѣл. за 1-й ч. по ¼ ч. = 3,4 к. стм.; 2,8; 0,9; 0,8—всего 7,9 к. стм.

2-й » » 0,3 » 0,3; 0,6; 0,5 » 1,7 »

Затѣмъ далъ еще 200 грм. такого-же хлѣба, разсуждая: если клѣтка астенична, то новое физиологическое, раздраженіе не скажется на ней рѣзко, другими словами не получитъ новой волны психического сока, какъ это бываетъ всегда у собаки здоровой. И дѣйствительно подъема кривой не замѣчалось; отдѣленіе шло въ такомъ порядкѣ:

3-й часъ. . . . . 0,4; 0,6; 0,6; 0,5 к. стм.

4-й » . . . . . 0,3; 0,5; 0,6; 0,5 »

Этотъ опытъ ясно указывалъ на особое состояніе железистой клѣтки желудка при желтухѣ. Такіе-же результаты были получены и на другой собакѣ «Рябкѣ». Эти опыты бесспорно доказываютъ, что главную роль въ характерѣ отдѣленія при желтухѣ приходится все-же отнести самой клѣткѣ, а не состоянію блуждающаго нерва, не его раздраженію. Въдѣ, мы знаемъ, что только психическая фаза отдѣленія желудочнаго сока стоитъ въ зависимости отъ

раздраженія блуждающаго нерва: въ периодъ химической фазы сказывается господствующее влияние ооцувствительнаго нерва. Естественно было-бы предполагать, что, если-бы участіе самой клѣтки въ ходъ и въ характеръ отдѣленія при желтухѣ было отрицательное, то новый физиологическій раздражитель (подкармливаніе или поддразниваніе) вносилъ-бы такой-же эффектъ въ кривую сокоотдѣленія всякій разъ, какъ и при нормѣ, дѣйствуя черезъ блуждающій нервъ. Оказывается, что такого вліянія нѣтъ, хотя, безспорно, раздраженіе черезъ блуждающій нервъ на клѣтку передается. Если принять во вниманіе ученіе Н. Н. Кирикова, что желудочная гиперсекреція при желтухѣ зависитъ единственно отъ раздраженія блуждающаго нерва задержанными частями желчи, то объясненіе этому явленію подыскать трудно. А это, по моему мнѣнію, говорить ясно за то, что не въ особомъ раздраженіи блуждающаго нерва кроется, повидимому, причина желудочной гиперсекреціи при желтухѣ, а въ состояніи самой желудочной клѣтки, обусловленномъ задержкой желчи въ организмѣ. Мнѣ кажется, что въ интересахъ науки слѣдуетъ всегда точно придерживаться завета Бэкона: non fingendum, aut excogitandum, sed inveniendum, quid natura faciat aut ferat, а не дѣлать обобщающихъ, не проверенныхъ опытами, чисто теоретическаго характера выводовъ. Такіе выводы передъ фактами теряютъ свой *raison d'être*.

**Литература:** 1. С. С. Зимницкій. «Къ вопросу о желудочномъ пищевареніи при желтухахъ». «Русскій Врачъ», 1903 г. №№ 1—2. 2. Онъ-же. Отдѣлительная работа желудочныхъ железъ при задержкѣ желчи въ организмѣ. Петербургская диссертация, 1901 г. — 3. Н. Н. Кириковъ. а) Объ измѣненіяхъ желудочнаго сока при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ печени и сахарномъ диабетѣ. Петербургская диссертация, 1894 г. — б) Къ вопросу о желудочномъ пищевареніи у больныхъ т. наз. гипертрофическимъ желтушнымъ циррозомъ печени (и у здоровыхъ). «Русскій архивъ патологіи» и пр., 1902 г., августъ. — 4. Онъ-же. Замѣтки по вопросу о желудочномъ пищевареніи при желтушныхъ заболѣваніяхъ. «Русскій Врачъ» 1906 г. № 17—19. 5. Статья въ «Русскомъ Врачѣ» за 1906 г. — 6) Проф. Г. М. Малковъ. Къ патологіи желтухи. Петербургская диссертация, 1897 г. — 7. См. статьи Н. Н. Кирикова, «Русскій Врачъ», 1906 г., № 17, стр. 506. — 8. C. Gerhardt. Ueber Icterus gastro duodenalis. «Sammlung klinischer Vorträge», 1871 г., Leipzig. — 9. Röhrig. «Archiv der Heilkunde», 1863 г. — 10—11. Прив. по Н. Н. Кирикову «Русскій Врачъ», 1906 г. № 17—19. — 12. O. Minkowski. Icterus und Leberinsuffizienz. Русскій пер. Изд. «Практической Медицины», 1906 г. — 13. Прив. по Н. Н. Кирикову. — 14. См. мою диссертацию, стр. 135.

Изъ пропедевтической терапевтической клиники проф. А. П. Фавицкаго въ В.-Медицинской Академіи.

### Изъ клиническихъ наблюдений надъ дигаленомъ.

З. Ф. Орловскаго.

(Окончаніе. См. № 33, стр. 1020).

**Наблюденіе 5.** Распознаваніе: Артеріосклерозъ Нефритъ (межпочечный). Астма мочекаменнаго происхожденія (?). Гипертрофія и расширеніе сердца. С. В., 63 л., крестьянинъ, поступилъ въ клинику 1/п 1906 г. съ жалобами на одышку, сильный кашель, особенно по ночамъ, и отеки въ ногахъ. Всю жизнь былъ здоровъ, никогда въ больницахъ не лежалъ. 3 мѣс. назадъ стали постепенно развиваться одышка и отеки въ ногахъ; общее состояніе все болѣе и болѣе ухудшалось, что и заставило больного лечь въ клинику. Сифилисъ отрицаетъ. Пилъ очень много.

Высокаго роста, средняго сложенія и питанія. Губы и конечности синюшны. Голені, бедра, область крестца, половые органы сильно отечны. Границы сердечнаго заглуженія: сверху—верхній край 4-го ребра, справа—срединная линія, слева—на 1 палецъ вѣско отъ соска; верхушечный точокъ—слабый, ощущается подъ 6-мъ ребромъ; звуки сердца глухи, на аортѣ—небольшой систолическій шумъ. П. 108, правильный, ритмичный, одновременный на обоихъ лучевыхъ артеріяхъ, синхроничный съ дѣятельностью сердца, нѣсколько напряженный. Лучевыя артеріи извилисты, прощупываются внѣ пульсовой волны. Кровяное давленіе 125. Въ полости правой плевры ниже угла лопатки—пропотъ. При выслушиваніи грудной клѣтки повсюду разлитые сухіе хрипы. Дых. 34. Область печени болѣзненна; сама печень выступаетъ изъ-подъ края реберъ пальца на 3, при ошупываніи плотна, болѣзненна. Селезенка не прощупывается. Въ полости живота скопленіе жидкости, верхняя граница котораго пальца на 2 ниже пупка. Мочи 700 к. стм., уд. в. 1,017, содержитъ бѣлокъ до 30‰, стекловидные цилиндры и изрѣдка зернистые. На низъ правильно.

360,9. Вѣсъ 75000. Состояніе больного очень тяжелое: особенно беспокоитъ его одышка, мѣшающая сну. Назначенъ отваръ алтейнаго корня изъ 5,0 на 200,0, по столовой ложкѣ, 3 раза въ день.

3/п: Ночью была сильная одышка; всю ночь провелъ въ креслѣ и не спалъ. Жалуются на сильную слабость. Мочи 380 к. стм., уд. в. 1,019; бѣлка 30‰. П. 100, нѣсколько напряженный; дых. 32. Давленіе крови 130. На низъ 1 разъ. Вѣсъ 75600. Назначенъ дигаленъ по 1 шприцу подъ кожу, 3 раза въ день.

4/п: Мочи 580 к. стм., уд. в. 1,013; бѣлка 2,5‰. П. 90; дых. 32. Кровяное давленіе 133. Вѣсъ 75200. Всю ночь не спалъ изъ-за одышки. На низъ 4 раза. На мѣстахъ выписыванія краснота, болѣзненность.

5/п: Мочи 750 к. стм., уд. в. 1,012; бѣлка въ ней 2,5‰. П. 90; дых. 30. Кровяное давленіе 135. Вѣсъ 75500. На низъ 2 раза. Мѣста выписываній болѣзненны, красны, слегка инфилтрированы. Утр. 360,9, вѣч. 370,2. Одышка держится; ноги мягче.

6/п: Мочи 1000 к. стм., уд. в. 1,013; бѣлка въ ней 2,0‰. П. 90, дых. 30. Кровяное давленіе 135. Вѣсъ 75000. Синюха на губахъ и на конечностяхъ меньше. Одышка много слабѣе, такъ что больной могъ спать всю ночь въ кровати. Печень гораздо мягче и менѣе болѣзненна.

7/п: Мочи 1500 к. стм., уд. в. 1,012, бѣлка въ ней 1,5‰. П. 88, правильный, хорошаго наполненія; дых. 28. Кровяное давленіе 128. Вѣсъ 75100. Одышки почти нѣтъ. Ночь спалъ хорошо. Животъ гораздо мягче; верхняя граница брюшной водянки на 1 1/2, пальца ниже; половые органы приняли нормальный видъ; ноги гораздо мягче. Правая граница сердечнаго заглуженія нормальна. Звуки сердца ясны. Печень почти безболѣзненна. Мѣста выписываній розоваго цвѣта, болѣзненны. Назначенъ дигаленъ 20 капель, 3 раза въ день, и ванны 29°R — 15 мин.

8/п: Мочи 1230 к. стм., уд. в. 1,013, бѣлка въ ней 2,5‰. П. 96, дых. 28. Кровяное давленіе 130. Вѣсъ 75000. Всю ночь не спалъ изъ-за тяжести въ области печени, которая опять стала нѣсколько болѣзненна.

9/п: Мочи 1100 к. стм., уд. в. 1,011, бѣлка въ ней 2,5‰. П. 96, напряженный; дых. 28. Кровяное давленіе 132. Общее состояніе безъ перемѣнъ. Вѣсъ 75400.

10/п: Мочи 950 к. стм., уд. в. 1,011, бѣлка въ ней 3‰. П. 90, дых. 30. Кровяное давленіе 130. Вѣсъ 76000. На низъ 2 раза. Ночью до 2 час. спалъ хорошо, потомъ проснулся изъ-за боли въ области печени.

11/п: Мочи 940 к. стм., уд. в. 1,011, бѣлка въ ней 3‰. П. 78, съ перебоями; дых. 32. Кровяное давленіе 140. Вѣсъ 77000. Одышка усилилась; изъ-за нея не спалъ всю ночь. Появились опять синюха на губахъ. Дигаленъ отмененъ. Назначенъ настой горькаго, изъ 5,0 на 200,0, 4 столовыхъ ложки въ день, и 2 ванны въ день.

12/п: Одышка увеличивается. Мочи 900 к. стм., уд. в. 1,013, бѣлка въ ней 3,5‰. П. 90, ритмичный; дых. 32. Кровяное давленіе 130. Звуки сердца глуховаты. Правая граница сердечнаго заглуженія передвинулась вправо на 1 палецъ.

13/п: Чувствую себя хуже. Ночь не спалъ изъ-за сильной одышки. Отеки на голеняхъ больше. Въ дальнѣйшемъ, состояніи все ухудшалось, особенно послѣ того, какъ появилось осложненіе въ видѣ правосторонней пневмоніи; 16/п больной скончался при явленіяхъ сердечной слабости и сильной одышки.

**Протоколъ вскрытія** (проз. Л. В. Соболевъ). Ростъ 172 стм., вѣсъ 77600. Трупъ средняго сложенія и питанія. Ноги, половые органы и кисти рукъ отечны. Покровы блѣды; эпидермисъ шелушится почти по всему тѣлу. Въ брюшной полости около 300 к. стм. прозрачной жидкости. Печень выстоитъ изъ-подъ края реберъ дов. плотнымъ, острымъ краемъ. При вскрытіи грудной клѣтки изъ полости правой плевры освобождена сывороточная желтоватая жидкость, въ количествѣ около 2-хъ съ небольшимъ литровъ. Въ отлогихъ частяхъ жидкость представлялась мутной, къ ней примѣшаны были дов. многочисленныя фибринозные хлопья. Оба легкія свободны. Въ полости перикардіа около 4-хъ столовыхъ ложекъ прозрачной сывороточной жидкости. Поперечникъ сердца 15, длинникъ 12 стм.; въ полостяхъ его и въ большихъ сосудахъ—значительное количество красныхъ кровяныхъ сгустковъ и темной жидкой крови. Отверстія и полости расширены; эндокардіи безъ видимыхъ измѣненій; 2-створчатая и аортальная заслонки слегка утолщены. Большіе сосуды и вѣнечныя артеріи дов. широки; внутренняя оболочка аорты слегка склерозирована. Мышца сердца дряблая, желтоватая, 9 и 3—4 мм. Оба легкія дов. объемисты; плевра праваго соответственно верхней долѣ мутна, покрыта легко удаляемыми фибринозными пленками; ткань верхней доли сывороточнаго цвѣта, уплотнена, безвоздушна, при скобленіи даетъ обильное количество сѣро-красной, мутной жидкости; въ остальныхъ частяхъ ткань легкіихъ полнокровна, отечна, проходима для воздуха. Селезенка 14×10×4; сумка ея утолщена, напряжена; ткань темно-красная, плотная, фолликулы и перекладины ясно замѣтны. Печень 26×18—14×6; сумка ея гладкая, прозрачна; край дов. острый; ткань уплотнена, желтоватаго цвѣта; рисунокъ въ ней сглаженъ. Въ желчномъ пузырьѣ дов. много зеленоватой желчи. Почка дов. большія; сумки ихъ снимаются легко; поверхность гладкая; ткань плотная, темно-красная; границы корковаго слоя мѣстами нерѣзко выражены. Слизистая оболочка лоханки и пузыри безъ особыхъ измѣненій. Внутренняя оболочка грудной и брюшной аорты слегка склерозирована; просвѣтъ ихъ широкій. Въ желудкѣ около пищевода по малой кривизнѣ—рядъ бугристыхъ опухолей на слизистой оболочкѣ такого же сѣраго цвѣта, величиной до мелкаго орѣха. Слизистая оболочка тонкихъ и толстыхъ кишечъ



безъ особыхъ измѣненій. Полость черепа оставлена безъ вскрытія. Вѣсъ сердца 750, легкаго праваго 1100, лѣваго 800, печени 1450, селезенки 280, почки правой 200, лѣвой 180. Эпикризъ: острое воспаленіе верхней доли праваго легкаго. Правосторонній острый сывороточно-фибринозный плевритъ. Расширеніе и перерожденіе сердца. Межпочечный нефритъ.

Микроскопически срѣзъ, проведенный отъ края до центральной части опухоли желудка, обнаружилъ развитіе железистыхъ трубокъ, рѣзко ограниченныхъ отъ подлежащей ткани и выставленныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ въ 1 рядъ.

**Наблюденіе 6.** Распознаваніе: *Артериосклерозъ. Усталое сердце.* I. Д., 52 л., крестьянинъ, поступилъ 9/ш 1906 г. съ жалобами на одышку, сердцебіеніе, кашель, особенно по ночамъ, отеки на голенихъ. Съ 19/х до 1/2 декабря 1905 г. лежалъ въ одной изъ больницъ съ фибринозной правосторонней пнеймоніей, осложнившейся плевритомъ. Вскорѣ послѣ выхода изъ больницы сталъ замѣчать отеки на голенихъ и чувствовать одышку; особой силы достигли эти явленія въ концѣ декабря и началѣ января, когда отеки распространились по всей нижней 1/2 туловища, при чемъ животъ тоже сталъ увеличиваться (водянка?). Подъ вліяніемъ соответственнаго лѣченія эти явленія постепенно прошли, но въ послѣднее время состояніе больного вновь ухудшилось, что и заставило его лечь въ клинику. Сифилис и алкоголизмъ отрицается.

Высокаго роста, умѣреннаго сложенія и питанія. На голенихъ отеки почти до коленъ. Границы сердечнаго заглушенія: сверху—верхній край 4-го ребра, справа—средняя, слѣва—сосковая линия. Верхушечный толчокъ не прощупывается. Звуки сердца очень глухи, но чисты. Пульсъ 108, правильный, ритмичный, одновременный на обоихъ лучевыхъ артеріяхъ, синхронный съ дѣятельностью сердца, слабого наполненія и напряженія. Лучевыя, плечевыя артеріи прощупываются вѣтъ пульсовой волнъ, плотны, извилисты. Кровяное давленіе 170. Звукъ при выстукиваніи грудной кѣтки ясный, легочный; въ правой подлопаточной области онъ имѣетъ слегка барабанный оттъокъ; подвижность краевъ праваго легкаго ограничена. При выслушиваніи повсюду чистое везикулярное дыханіе, слегка ослабленное въ правой подлопаточной области. Число дыханій 36. Печень выходитъ изъ-подъ края реберъ пальца на 1 1/2, плотновата, слегка болѣзненна. Селезенка не прощупывается. Брюшной водяникъ нѣтъ. На низѣ правильно. 36°8. Вѣсъ 65500. Назначенъ отваръ алтейнаго корня изъ 5,0 на 200,0 воды, по столовой ложкѣ, 3 раза въ день.

11/ш: Спалъ плохо изъ-за одышки. Ощущеніе тяжести по всему тѣлу. П. 108; дѣх. 36. Кровяное давленіе 170. Мочи 550 к. стм., уд. в. 1,028; бѣлка, сахара и другихъ ненормальныхъ составныхъ частей въ ней нѣтъ. Вѣсъ 65400. На низѣ 1 разъ.

12/ш: Спалъ плохо изъ-за одышки. П. 100; дѣх. 36. Кровяное давленіе 165. Мочи 540 к. стм., уд. в. 1,030. Вѣсъ 65600. На низѣ 1 разъ.

13/ш: Жалуется на одышку. П. 114, дѣх. 36. Кровяное давленіе 165. Мочи 540 к. стм., уд. в. 1,030. Вѣсъ 65400. Отеки на голенихъ растутъ. Назначенъ дигаленъ, по 25 капель, 3 раза въ день.

14/ш: Спалъ плохо, хотя чувствуетъ себя лучше. Мочи 1140 к. стм., уд. в. 1,016. П. 100; дѣх. 28. Кровяное давленіе 160. Вѣсъ 65100.

15/ш: Спалъ удовлетворительно. Одышка меньше; чувствуетъ себя лучше. Мочи 1000 к. стм., уд. в. 1,026. П. 86; дѣх. 28. Кровяное давленіе 155. Вѣсъ 64700. Отеки на голенихъ меньше.

16/ш: Мочи 1100 к. стм., уд. в. 1,020. П. 78, хорошаго наполненія и напряженія; дѣх. 24. Кровяное давленіе 150. Вѣсъ 64600. На одышку почти не жалуются. Правая граница сердечнаго заглушенія передвинулась на палецъ влѣво; звуки сердца яснѣе.

17/ш: Мочи 1050 к. стм., уд. в. 1,022. П. 78; дѣх. 24. Кровяное давленіе 150. Вѣсъ 64600. На низѣ правильно.

18/ш: Мочи 1080 к. стм., уд. в. 1,021. П. 80; дѣх. 24. Кровяное давленіе 150. Вѣсъ 64600.

19/ш: Мочи 1350 к. стм., уд. в. 1,017. П. 80; дѣх. 24. Кровяное давленіе 145. Вѣсъ 64200. Самочувствіе удовлетворительное. Небольшой отѣкъ у лодыжекъ еще держится. Границы сердечнаго заглушенія чуть-чуть увеличены вправо; верхушечный толчокъ подъ 5-мъ ребромъ, нѣсколько вправо отъ соска; звуки сердца ясны, чисты. Печень выступаетъ изъ-подъ края реберъ на 1 палецъ. Бессоница.

20/ш: Мочи 1250 к. стм., уд. в. 1,024. П. 76; дѣх. 24. Кровяное давленіе 140. Вѣсъ 63300. Спалъ лучше.

21/ш: Мочи 1150 к. стм., уд. в. 1,022. П. 74; дѣх. 22. Кровяное давленіе 140. Вѣсъ 63500. Отеки у лодыжекъ исчезли. Границы сердца нормальны.

22/ш: Мочи 1200 к. стм., уд. в. 1,024. П. 72; дѣх. 22. Кровяное давленіе 140. Вѣсъ 63400. Чувствуетъ себя хорошо.

23/ш: Мочи 1400 к. стм., уд. в. 1,017. П. 72; дѣх. 22. Кровяное давленіе 140. Вѣсъ 63500. Чувствуетъ себя хорошо. Дигаленъ оставленъ.

31/ш: Выписался, чувствуя себя совершенно здоровымъ. Количество мочи всю эту недѣлю было 1100—1000 въ сутки; пульсъ колебался между 74 и 86; кровяное давленіе нѣсколько поднялось (до 148).

**Наблюденіе 7.** Распознаваніе: *Эндокардитъ. Недостаточность (и суженіе) 2-створчатой заслонки.* В. А., 33 л., крестьянинъ, поступилъ въ клинику 20/х 1905 г. съ жалобами

на одышку и сердцебіеніе. Больнымъ себя считаетъ съ осени прошлаго года. Въ 1894 г. впервые былъ острый, суставный ревматизмъ; пролежалъ тогда въ больницѣ мѣсяцъ. Лѣтъ 6 назадъ ревматизмъ обострился; мѣс. 5 назадъ тоже лежалъ въ больницѣ изъ-за обострившагося ревматизма. Одышку и по временамъ сердцебіеніе чувствовалъ уже послѣ перваго заболѣванія суставовъ, но только съ осени прошлаго года эти явленія усилились до такой степени, что стали тревожить больного. Въ юлѣ были большіе отеки въ ногахъ, но при соответственномъ лѣченіи они исчезли. Сифилис и алкоголизмъ отрицается.

Мои наблюденія надъ больнымъ начались чрезъ 1 1/2 мѣс. по поступленіи его въ клинику, а именно съ 11/х 1905 г.—Высокаго роста, умѣреннаго сложенія, съ подорванными питаніемъ. Всѣ большіе суставы при ощупываніи болѣзненны, но ни красноты, ни припухлости не замѣчается. Отековъ нѣтъ. Границы сердечнаго заглушенія: сверху—верхній край 4-го ребра, справа—средняя линия, слѣва—на 1 палецъ влѣво отъ соска; здѣсь же подъ 5-мъ ребромъ—верхушечный толчокъ и небольшой fremitus catige. При выслушиваніи на верхушкѣ слышенъ душій систолическій шумъ и 2 звука; 1-ый изъ нихъ слегка усиленъ; на аортѣ и легочной артеріи—по 2 звука, при чемъ 2-ой звукъ на легочной артеріи съ удареніемъ. Пульсъ 114, слабого напряженія, аритмичный, одновременный на обоихъ лучевыхъ артеріяхъ, синхронный съ сердечными сокращеніями. Кровяное давленіе 100. Звукъ при постукиваніи грудной кѣтки повсюду ясный, легочный; края легкихъ подвижны; при выслушиваніи—небольшое количество сухихъ хриповъ. Дѣх. 32. Печень выступаетъ изъ-подъ края реберъ пальца на 3, плотна, болѣзненна. Селезенка не прощупывается. На низѣ правильно. Мочи 950 к. стм., уд. в. 1,023; бѣлка, сахара и другихъ ненормальныхъ составныхъ частей не содержитъ. Вѣсъ 56000. Утр. 37°, веч. 37°7. Начиная съ 10/х, больной получалъ отваръ алтейнаго корня. Мочи все время было 1200—1300 к. стм., уд. в. 1,014 1,013; пульсъ все время держался около 110, аритмичный; кровяное давленіе около 110.

14/х: Назначенъ дигаленъ по 20 капель, 3 раза въ день.

15/х: Мочи 1750 к. стм., уд. в. 1,012. П. 96, аритмичный; дѣх. 28. Кровяное давленіе 115. На низѣ 2 раза. Вѣсъ 55700. 36°8—37°3.

16/х: Мочи 2250 к. стм., уд. в. 1,008. П. 92, аритмичный; дѣх. 28. Кровяное давленіе 120. Вѣсъ 55700. Одышка держится. Температура нормальная.

17/х: Мочи 2600 к. стм., уд. в. 1,008. П. 88, аритмичный; дѣх. 28. Кровяное давленіе 122. Вѣсъ 55600. Одышка немного меньше. Явленія въ сердцѣ in statu quo. Назначенъ дигаленъ подъ кожу, по одному шприцу, 3 раза въ день.

18/х: Мочи 2800 к. стм., уд. в. 1,008. П. 84, гораздо ровнѣе и полнѣе; дѣх. 28. Давленіе крови 128. Вѣсъ 55500. 37°1—37°5. Одышка значительно легче; самочувствіе гораздо лучше. Границы сердечнаго заглушенія безъ особыхъ измѣненій.

19/х: Мочи 2600 к. стм., уд. в. 1,008. П. 84, аритмичный; дѣх. 28. Кровяное давленіе 138. Вѣсъ 55600. Мѣста выписки вѣны болѣзненны, инфильтрированы, красны. Температура нормальная.

20/х: Мочи 2800 к. стм., уд. в. 1,008. П. 78, хорошаго наполненія, изрѣдка аритмичный; дѣх. 24. Кровяное давленіе 135. Звуки сердца яснѣе; систолическій шумъ на верхушкѣ рѣзче; правая граница сердечнаго заглушенія передвинулась влѣво немного (на одинъ палецъ). Печень выступаетъ изъ-подъ края реберъ по сосковой линіи пальца на 2, менѣе болѣзненна. На низѣ 2 раза. Вѣсъ 55600. 36°5—39°2.

21/х: Мочи 2450 к. стм., уд. в. 1,008. П. 78, удовлетворительнаго наполненія, по временамъ аритмичный; дѣх. 20. Кровяное давленіе 136. Вѣсъ 55000. 37°8—38°3. Мѣста вчерашнихъ выпрыскиваній болѣзненны, красны, припухли; сами выпрыскиванія тоже болѣзненны. Одышка больной почти не чувствуетъ.

22/х: Мочи 2600 к. стм., уд. в. 1,006. П. 72, дѣх. 20. Давленіе крови 138. Вѣсъ 54900. 37°5—37°8.

23/х: Мочи 2000 к. стм., уд. в. 1,008. П. 72, хорошаго наполненія, слегка аритмичный; дѣх. 20. Кровяное давленіе 135. Температура нормальная. Чувствуетъ себя хорошо. Явленія со стороны сердца in statu quo. Мѣста выпрыскиванія болѣзненны; на мѣстѣ одного изъ нихъ плотный инфильтратъ. Положенъ согревающий компрессъ 1). Дигаленъ оставленъ; назначенъ настой горичвѣта изъ 5,0 на 200,0 воды, по столовой ложкѣ 3 раза въ день. Кровяное давленіе уже дня чрезъ 3 понизилось до 115; пульсъ опять сдѣлался аритмичнымъ, вновь появилась одышка; всѣ эти явленія, впрочемъ, не достигли тѣхъ степеней, какъ до лѣченія дигаленомъ. Мочеотдѣленіе, благодаря приѣмамъ горичвѣта, оставалось увеличеннымъ. Дальнѣйшее наблюденіе прекращено.

**Наблюденіе 8.** Распознаваніе: *Хроническое воспаленіе сердечной мышцы (миокардита).* В. В., 42 л., крестьянинъ, поступилъ въ клинику 23/х 1906 г. съ жалобами на сильную одышку, тяжесть въ груди, кашель. До 1/2 августа 1905 г. никогда ничѣмъ не болѣлъ; съ этого же времени сталъ замѣчать, что временами появляется одышка, которая постепенно усиливалась. Въ 1/2 января 1906 г. принужденъ былъ лечь въ больницу; пролежалъ въ ней 2 мѣс., поправился и опять вышелъ на службу (железнодорожный агентъ), но уже чрезъ 3 недѣли (въ началѣ апрѣля) опять появились одышка и большіе отеки на ногахъ;

1) Дня черезъ 3 всѣ мѣстныя явленія исчезли.

отеки подъ влияніемъ лѣченія (горчицы, наперстянка) прошли, одышка же лѣченію не поддавалась; въ виду этого поступили въ клинику. Сифилис, ревматизмъ отрицается. Раньше пилъ много, но уже года 3 не пьетъ ничего.

Средняго роста; умѣренного сложенія и питанія. На губахъ и конечностяхъ рѣзкая синюха. На голенихъ отековъ нѣтъ. Границы сердечнаго заглушенія: сверху—верхній край 4-го ребра, справа—правая грудная линія, слѣва—на 1 палецъ влѣво отъ соска, верхушечный толчокъ не виденъ и не прощупывается; дѣятельность сердца аритмична, неправильна; звука его глухи, неодинаковы по силѣ и неправильны по ритму; на верхушкѣ сердца—неопредѣленный шумокъ. Число сердечныхъ сокращеній достигаетъ 160 въ 1 мин., пульсъ 100—106, крайне аритмичный, неправильный, одновременный на обоихъ лучевыхъ артеріяхъ, слабого наполненія, легко сжимаемый. Кровяное давление 103. Въ грудной клѣткѣ—разлитые сухіе хрипы, особенно въ нижнихъ доляхъ. Дых. 36. Печень выходитъ изъ-подъ края реберъ пальца на 3, болѣзненна, плотна. На низѣ правильно. Мочи за сутки 1400 к. стм., уд. в. 1,009; бѣлка, сахара и др. ненормальныхъ составныхъ частей не содержитъ. Температура нормальная. Вѣсъ 50700. Назначенъ отваръ алтейнаго корня изъ 5,0 на 200,0, по столовой ложкѣ, раза 3 въ день.

26/iv: Мочи 1425 к. стм., уд. в. 1,009. П. 75, неправильный, аритмичный; сердечныхъ же сокращеній 150; дых. 32. Кровяное давление 98. Вѣсъ 50600. Спалъ плохо изъ-за одышки и боли въ области печени.

27/iv: Мочи 1800 к. стм., уд. в. 1,009. П. 108, въ высокой степени аритмичный, неправильный; сердечныхъ сокращеній 156; дых. 32. Кровяное давление 103. Общее состояніе безъ перемѣнъ. Вѣсъ 50000.

28/iv: Мочи 1550 к. стм., уд. в. 1,011. Общее состояніе тоже. Назначенъ дигаленъ по 30 капель, 3 раза въ день.

29/iv: Мочи 2100 к. стм., уд. в. 1,010. П. 88, неправильный, аритмичный; число сердечныхъ сокращеній 140; дых. 30. Кровяное давление 109. Вѣсъ 50500. Одышка держится in statu quo. Синюха по прежнему.

30/iv: Мочи 1750 к. стм., уд. в. 1,014. П. 92; число сердечныхъ сокращеній 140; дых. 28. Кровяное давление 115. Вѣсъ 49600. Одышка меньше. Чувствуетъ себя лучше.

1/v: Мочи 1950 к. стм., уд. в. 1,007. П. 76; аритмія выражена гораздо меньше; сердечныхъ сокращеній 120; дѣятельность сердца правильнѣе; дых. 28. Кровяное давление 118. Вѣсъ 48500. Одышка меньше; синюха тоже меньше: капля почти нѣтъ. Сердечное заглушеніе справа начинается со срединной линіи; звуки сердца яснѣе; на верхушкѣ шума не слышно.

2/v: Мочи 1950 к. стм., уд. в. 1,011. П. 66, аритмичный; отдѣльныя волны хорошаго наполненія и напряженія; число сердечныхъ сокращеній 102; дѣятельность сердца гораздо правильнѣе, чѣмъ въ предыдущіе дни; дых. 24. Кровяное давление 120. Вѣсъ 49000. Одышка незначительная; синюха едва замѣтна.

3/v: Мочи 2150 к. стм., уд. в. 1,008. П. 60, аритмичный; волны не одинаковаго напряженія и наполненія; число сердечныхъ сокращеній 96; дых. 24. Кровяное давление 117. Вѣсъ 49800. Границы сердечнаго заглушенія: справа срединная, слѣва сосковая линія; звуки сердца чисты, безъ шумовъ. Печень почти безболѣзненна. Синюхи нѣтъ. Спалъ хорошо. Самочувствіе вполне удовлетворительное.

4/v: Мочи 1800 к. стм., уд. в. 1,011. П. 62, аритмичный; сердечныхъ сокращеній 90; дых. 22. Кровяное давление 120. Вѣсъ 49500. Утромъ и вечеромъ *выпрыски* въ лодочки по 1 *милли* дигалена съ послѣдующимъ легкимъ массажемъ. Выпрыскиванія были слегка болѣзненны.

5/v: На мѣстахъ выпрыскиваній никакой реакціи, а только при давленіи ощущаетъ небольшую болѣзненность. Чувствуетъ себя хорошо. Мочи 2000 к. стм., уд. в. 1,010. П. 66, аритмичный, неправильный; сердечныхъ сокращеній 84; дых. 20. Кровяное давление 118. Вѣсъ 49600. Слѣвано опять 2 межмышечныхъ выпрыскиванія дигалена въ ягодичную область; выпрыскиванія были чуть-чуть болѣзненны.

6/v: Мочи 1100 к. стм., уд. в. 1,012. П. 64, аритмичный; отдѣльныя волны хорошаго наполненія, трудно сжимаемы. Сердечныхъ сокращеній 86; отдѣльныя сокращенія чрезвычайно слабы; дѣятельность сердца аритмична. Правая граница сердечнаго заглушенія немного заходитъ вправо (на 1 палецъ), лѣвая—на  $\frac{1}{2}$  пальца не доходитъ до сосковой (лѣвой) линіи. Дых. 22. Кровяное давление 120. Вѣсъ 49700. Печень выходитъ на 1 палецъ изъ-подъ 1-го ребра, безболѣзненна. Ночью въ теченіе 5 час. было сильное сердцебиеніе, вслѣдствіе чего спалъ плохо. Дигаленъ оставленъ.

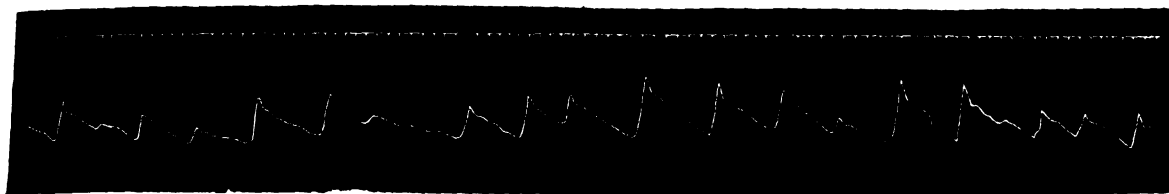
7/v: Чувствуетъ себя хорошо. П. 72; дых. 22. Сердцебиеніе не было. Дальнѣйшее наблюденіе прекращено.

Перейду къ анализу вышеприведенныхъ исторій болѣзни. Первое, что обращаетъ на себя вниманіе послѣ приѣмовъ дигалена, это—повышеніе кровяного давленія: въ однихъ

случаяхъ медленное (при внутреннемъ употребленіи), въ другихъ быстрѣе (при подкожномъ введеніи), но оно неуклонно и постепенно повышается, при чѣмъ повышеніе на высотѣ дѣйствія дигалена можетъ достигать значительныхъ цифръ, напр. 40 мм. ртутнаго столба на 7-ой день въ случ. 1., 30 мм. на 6-ой день въ случ. 7, 35 мм. въ случ. 3 и т. д. По прекращеніи приѣмовъ дигалена кровяное давленіе быстро падаетъ: такъ, въ случ. 1 оно уже на 3-ій день упало съ 125 до 110, въ случ. 2 уже на слѣдующій день съ 122 до 110 и т. д. Исключеніе составляетъ случ. 6, гдѣ подъ влияніемъ дигалена наступило совершенно обратное явленіе—паденіе кровяного давленія на 30 мм. ртутнаго столба. Сюда, пожалуй, можно отнести случ. 5, гдѣ кровяное давленіе осталось почти неизмѣненнымъ. Такъ какъ подобные случаи у меня единичны, то я не считаю возможнымъ вдаваться въ объясненіе этого явленія и ограничусь лишь заявленіемъ, что подобныя явленія были отмѣчены и другими авторами по отношенію къ наперстянкѣ и горчицѣ [П. И. Ципляевъ<sup>51</sup>], д-ръ Колосовъ<sup>52</sup>].

Если изслѣдовать границы сердечнаго заглушенія ежедневно, то первое время мы не найдемъ особыхъ измѣненій въ нихъ. Допустимыя для клиническаго опредѣленія измѣненія границъ начинаются только послѣ 4—5—6-го дня употребленія дигалена. Прежде всего передвигается влѣво правая граница и въ случаяхъ одного только растяженія сердечной мышцы на почвѣ усталости ея къ концу 1-ой и началу 2-ой недѣли можетъ принять свои нормальные размѣры (случ. 4 и 6.) При расширеніи-же на почвѣ миокардита правая граница сердечнаго заглушенія хотя и передвигается въ общемъ слѣва (случ. 8), но въ далеко замѣтныхъ случаяхъ это передвиженіе очень незначительно (случ. 3). Также самое надо сказать, и о лѣвой границѣ сердечнаго заглушенія. Наряду съ повышеніемъ кровяного давленія и измѣненіемъ границъ сердечнаго заглушенія идетъ и уменьшеніе частоты сердечныхъ сокращеній гесп. пульса; идетъ оно постепенно и достигаетъ нормы сплошь и рядомъ только на 5—6—7-ой день (случ. 1, 4 и др.), въ рѣдкихъ случаяхъ раньше (случ. 6). При длительномъ употребленіи дигалена число пульсовыхъ ударовъ падаетъ иногда ниже нормы (случ. 1, 4 и др.)—явленіе, отмѣченное и въ литературѣ (Reitter). Наполненіе лучевыхъ артерій въ этихъ случаяхъ бываетъ гораздо большее, и не рѣдко артеріи прощупываются гораздо болѣе плотными (случ. 1, 4 и др.). Въ случаяхъ, гдѣ до примѣненія дигалена наблюдалась аритмія и настолько неправильная и слабая дѣятельность сердца, что нѣкоторые его сокращенія не доносились до лучевыхъ артерій, такъ что число сердечныхъ сокращеній было гораздо болѣе числа пульсовыхъ ударовъ, отъ дигалена, на ряду съ уменьшеніемъ числа сердечныхъ сокращеній, наблюдалось значительное уменьшеніе этой разницы, но достигнуть полного уничтоженія ея не удалось (случ. 8; оставляю въ сторонѣ случ. 3, какъ тяжелый, гдѣ трудно было-бы ожидать особаго эффекта отъ какого-бы то ни было лѣченія). Въ обоихъ случаяхъ сердечная дѣятельность, хотя и значительно упорядочилась (въ случ. 8 число сердечныхъ сокращеній со 160 упало до 86, а число пульсовыхъ ударовъ со 106 до 64), звуки сердца слѣвались яснѣе, наполненіе лучевыхъ артерій улучшилось, но число сердечныхъ сокращеній все-таки оставалось больше числа пульсовыхъ ударовъ и аритмія продолжалась, хотя и гораздо меньшая, какъ это видно изъ прилагаемыхъ кривыхъ.

Гораздо легче уступала дигалену аритмія, наблюдаемая при суженіяхъ лѣваго вѣннаго отверстія (случ. 2 и 7). но и здѣсь съ прекращеніемъ приѣмовъ дигалена она быстро возвращалась вновь. Одновременно съ улучшеніемъ

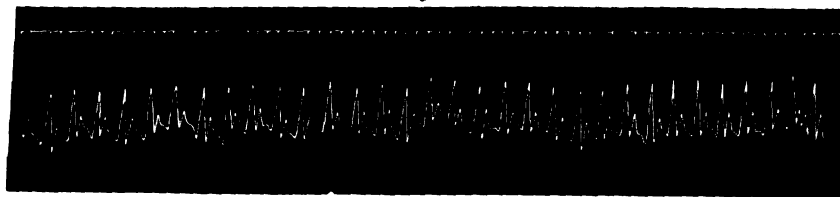


Кривая 2. Сл. 8. Кривая снята на 8-ой день (5/v) употребления дигалена.

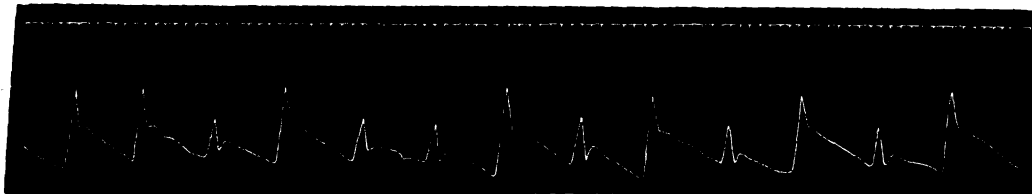
сердечной дѣятельности значительно уменьшаются, а иногда я вовсе проходятъ всѣ какъ субъективные, такъ и объективные признаки нарушеннаго уравновѣшенія сердечной дѣятельности: уже на 2—3-й день больные заявляютъ, что чувство тяжести, болѣзненность въ области печени у нихъ уменьшаются, но самое важное—то, что одышка, такъ сильно беспокоящая больныхъ, уже на 2—3-й день послѣ употребленія дигалена дѣлается меньшей; уменьшеніе одышки является однимъ изъ первыхъ признаковъ начинающагося дѣйствія дигалена, что наблюдалось даже въ тяжелыхъ случаяхъ (случ. 1, 3. Въ случ. 1. число дыханій съ 54 послѣ 6-дневнаго приѣма дигалена упало до 26 въ 1 мин.); вслѣдствіе этого уменьшается сныуха, кашель. Самочувствіе больныхъ значительно улучшается, особенно потому, что, благодаря уменьшенію одышки, они начинаютъ спать (такъ, въ случ. 1 уже на 3-й день больной сообщилъ, что онъ провелъ ночь спокойно и спалъ; это «1-ая ночь послѣ безсонныхъ ночей»; тоже самое было въ случ. 3 и т. т.) Огекъ полости и подкожной клетчатки уменьшаются и въ случаяхъ, доступныхъ излѣченію, совершенно проходятъ безъ употребленія мочегонныхъ; мочегонное дѣйствіе дигалена обуславливается, повидимому, улучшеніемъ сердечной дѣятельности. Что же касается почекъ, то, насколько можно судить по моимъ немногочисленнымъ наблюденіямъ надъ нефритиками, дигаленъ не дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ на почечную ткань: по крайней мѣрѣ, количество бѣлка и форменныхъ элементовъ въ мочѣ у нихъ не увеличивалось. Тамъ, гдѣ сердечная мышца сама по себѣ не по-

въ склероза сосудовъ безъ опредѣленныхъ клинически воспалительныхъ измѣненій въ самой сердечной мышцѣ и пораженія заслонокъ сердца (случ. 4, 5, 6); 2) вслѣдствіе порока сердечныхъ заслонокъ, но безъ миокардитическихъ явленій (случ. 1, 2, 3). Въ случаяхъ не только съ болѣе или менѣе рѣзко выраженными воспалительными измѣненіями въ самой сердечной мышцѣ, но даже въ случаяхъ умѣреннаго миокардита дигаленъ дѣйствуетъ хуже, такъ что упорядочить совсѣмъ сердечную дѣятельность имъ не удается (случ. 3, 8).

Среди моихъ наблюденій есть случаи (случ. 4, 8), гдѣ больные принимали дома наперстянку безъ особаго эффекта, между тѣмъ дигаленъ, примѣненный въ клиникѣ, далъ благопріятный результатъ. Мнѣ кажется, что отдавать на основаніи этого рѣшительное предпочтеніе дигалену предъ наперстянкой по степени дѣйствія—по крайней мѣрѣ, при внутреннемъ употребленіи—не приходится: и при внутреннемъ употребленіи дигалена дѣйствіе его развивается, повидимому, ничуть не быстрѣе дѣйствія листьевъ наперстянки. Скапливающагося дѣйствія дигалена, по моему, тоже отрицать нельзя: по крайней мѣрѣ, ничѣмъ инымъ, какъ именно скапливающимся дѣйствіемъ, я не могу объяснить себѣ появленія длительнаго сердцебіенія на 9-ый день употребленія дигалена (случ. 8) и появленія на 13 й день его употребленія небольшой неправильности пульса (случ. 4), которая исчезла, какъ только были прекращены приѣмы средства (№ 4). (См. сфигмограммы 3 и 4).



Кривая 3. Сл. 4. Кривая до употребленія дигалена.



Кривая 4. Сл. 4. Кривая на 13-ый день (24/ш 1906 г.) употребленія дигалена.

ражена, или, если и поражена, то мало, мочеотдѣленіе можетъ достигать значительныхъ цифръ; такъ, въ случ. 4 количество мочи уже на 4-ый день достигло 2040, на 6-ой—3100 к. стм. Количество мочи увеличивалось и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ до употребленія дигалена оно было почти нормально (случ. 2, 7); оно увеличивалось даже въ тяжелыхъ, безнадежныхъ случаяхъ (случ. 1, 3, 5), хотя все-же въ этихъ случаяхъ далеко не доходило даже до нормы, особенно если въ сердечной мышцѣ имѣлись значительныя воспалительныя измѣненія (случ. 3). Увеличеніе мочеотдѣленія идетъ не сразу, а постепенно, такъ, что небольшая цифра получается на 5—6—7-ой день, рѣдко раньше. По мѣрѣ уменьшенія отековъ мочеотдѣленіе тоже уменьшается, и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больной совсѣмъ поправляется, оно останавливается на нормѣ (случ. 4); застойный бѣлокъ въ мочѣ исчезаетъ (случ. 1 и др.), удѣлъ ея уменьшается.

Къ сожалѣнію, число моихъ наблюденій слишкомъ незначительно, чтобы на основаніи ихъ можно было придти къ окончательнымъ выводамъ о дигаленѣ, но кое-какія заключенія все-же сдѣлать можно.

Дигаленъ—хорошее сердечное средство, упорядочивающее дѣятельность сердца въ случаяхъ ея разстрой-

Преимущества дигалена по сравненію съ наперстянкой иного свойства: это именно—точность дозировки и полное отсутствіе какихъ-либо побочныхъ дѣйствій, въ видѣ напр., явленій раздраженія желудочно-кишечнаго канала. Ни одинъ изъ моихъ больныхъ не жаловался ни на что подобное. Крупнымъ преимуществомъ дигалена предъ наперстянкой является и то обстоятельство, что его можно вводить въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній; къ сожалѣнію, подкожныя впрыскиванія, какъ это отмѣчено большинствомъ авторовъ, нерѣдко бывають очень болѣзненны; послѣ нихъ нерѣдко наблюдаются мѣстная краснота, припухлость, болѣзненность (случ. 3, 5), иногда такія мучительныя, что приходится прекращать впрыскиванія (случ. 7). Все это будетъ сильно тормозить употребленіе дигалена именно въ этой формѣ. Нужно, впрочемъ, замѣтить, что эти явленія мѣстнаго раздраженія быстро проходятъ (дня черезъ 2—3) безъ всякаго лѣченія; лишь изрѣдка приходится прибѣгать къ согревающимъ компрессамъ (случ. 7). Къ счастью, межмышечныя впрыскиванія (въ ягодичную область), повидимому, переносятся хорошо. Я пользовался ими въ 1 случаѣ (случ. 8); болѣзненность при впрыскиваніи была умѣренная; мѣстной реакціи въ видѣ красноты или припухлости я ни разу не наблюдалъ. Нѣкая постоянная краснота и припухлость на мѣстѣ

говорить, что будущность дигалона—не во внутреннем его употреблении, а въ подкожныхъ (я-бы сказать въ межмышечныхъ), и во внутривенныхъ впрыскиванияхъ. На счетъ послѣднихъ я личнаго опыта пока не имѣю.

**Литература.** 1. *Schmiedeberg*. «Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmacologie», 1875 г. т. III, стр. 16—43.—2. *Kilian*. «Berichte der chemischen Gesellschaft», т. XXIV, стр. 339.—3. *Cloëtta*. «Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmacologie», 1898 г., т. XLI, стр. 421—427 и 1901 г., т. XLV, стр. 435—446.—4. *Focke*. «Zeitschrift f. klinische Medizin», 1902 г., т. 46, стр. 377—412.—5. *Fraenkel*. «Therapie der Gegenwart», 1902 г., т. 3, стр. 106—112 и «Zeitschrift f. klinische Medizin», 1902 г., т. 46.—6. *Mendel*. «Therapie der Gegenwart», 1905 г., стр. 399.—7. *Fraenkel*. Тамъ-же. 1902 г., т. 3.—8. *Ziegenbein*. «Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte», 1902 г., № 24, стр. 743.—9. *Bührer*. Тамъ-же. 1900 г., № 20.—10. *Schmiedeberg*. Grundriss der Pharmacologie, 1902 г., стр. 239.—11. *Cloëtta*. «Münchener medic. Wochenschrift», 1904 г., № 33.—12. *Fraenkel*. «Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmacologie», 1903 г., т. LI.—13. *Focke*. «Medizinische Klinik», 1905 г., № 31.—14. *Unger*. «Therapie der Gegenwart», 1906 г., № 1, стр. 6—16.—15. *Koppe*. Прив. по *H. II. Краковсу*. Основы фармакологии. 1905 г., ч. II, стр. 425.—16. *Cloëtta*. Op. cit.—17. *Schaerges*. «Pharmaceutische Centralhalle», 1905 г., № 2.—18. *Freund*. «Zeitschrift für experimentelle Pathologie und Therapie», 1905 г., т. I.—19. *Sasaki*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1905 г., № 26.—20. *Naunyn*. «Münchener mediz. Wochenschrift», 1904 г., № 31.—21. *Waltz*. «Deutsche Aerzte-Zeitung», 1904 г., № 20.—22. *Bibergeil*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1904 г., № 51.—23. *Kollick*. «Neue Therapie», 1905 г., т. 3, и «Prager medic. Wochenschrift», 1905 г., № 18.—24. *Hochheim*. «Centralblatt f. innere Medizin», 1905 г., № 22.—25. *Weinberger*. Тамъ-же. 1905 г., № 27.—26. *Thurnheim*. «Przeglad lekarski», 1905 г., № 33.—27. *Pesci*. «Centralblatt f. innere Medizin», 1905 г., № 44.—28. *Freund*. «Münchener medic. Wochenschrift», 1905 г., № 41.—29. *Reitter*. «Wiener medizinische Wochenschrift», 1905 г., № 47.—30. *Livierato*. «Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift», 1905 г., № 51—52.—31. *Grassmann*. «Münchener medic. Wochenschrift», 1905 г., № 3.—32. *Cecconi et Fornaca*. Прив. по «Врачебной Газетѣ», 1906, № 5, стр. 150.—33. *Baccarani*. Тамъ-же.—34. *Haberfeld*. Тамъ-же.—35. *Haffler*. «Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte», 1905 г., № 13—14.—36. *Treupel*. «Münchener medic. Wochenschrift», 1905 г., № 41.—37. *Klemperer*. «Therapie der Gegenwart», 1905 г., т. I.—38. *Eulenburg*. «Medizinische Klinik», 1906 г., № 6.—39. *Kottmann*. «Zeitschrift f. klinische Medizin», 1905 г., т. LVI, т. 1, 2.—40. *Winkelmann*. «Therapeutische Monatshefte», 1905 г., VII.—41. *Dennig*. «Jahrbuch der praktischen Medizin», 1905 г.—42. *de Renzi*. Прив. по «Врачебной Газетѣ», 1906 г., № 5, стр. 150.—43. *Leyden*. «Therapia», 1905 г., № 11, стр. 360.—44. *Eichhorst*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1905 г., № 2, стр. 51.—45. *Runnberg*. Тамъ-же. 1905 г., № 35.—46. *Kussmaul*. «Therapie der Gegenwart», 1900 г., № 1—2.—47. *Groedel*. «Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin», 1899 г.—48. *Naunyn*. «Therapie der Gegenwart», 1899 г., № 5.—49. *Jürgensen*. Прив. по *Nothnagel's* specielle Pathologie und Therapie, т. XV, ч. V, стр. 97.—50. *Schwalbe*. Прив. по *Ebstein* und *Schwalbe*. Руководство къ практической медицинѣ. Русск. перев. 1900 г., т. I, стр. 758.—51. *П. П. Миклашевскій*. О вліяніи наперстянки на кровяное давленіе (въ артеріяхъ, капиллярахъ, венахъ) у сердечныхъ больныхъ съ разстройствомъ компенсаціи. Петербургская диссертация, 1903 г.—52. *Колосовъ*. Къ вопросу объ измѣненіяхъ кровяного давленія у сердечныхъ больныхъ съ разстройствомъ компенсаціи подъ вліяніемъ горичива. Петербургская диссертация, 1903 г.

СХХХІ. Изъ акушерско-гинекологическаго отдѣленія Николаевскаго военного госпиталя, завѣдуемаго ч. пр. Д. Д. Поповымъ.

## Операционная родильная кровать.

П. П. Миклашевскаго.

Попытки устроить родильную кровать, удовлетворяющую различнымъ требованіямъ нормальнаго и оперативнаго родоразрѣшенія, существовали уже съ давнихъ поръ, и послѣднія модели операционныхъ кроватей, видѣнныхъ мною въ Россіи и заграничей сводятся къ слѣдующимъ 3-мъ главнымъ типамъ.

1. Ножная часть операционной кровати подвижна и можетъ быть вдвинута въ неподвижный корпусъ головной части. Модель, предложенная *И. И. Макашевскимъ* и пока еще не описанная, введена для оперативнаго родоразрѣшенія въ родильную комнату госпитальной акушерской клиники В.-Медицинской Академіи.

2. Ножная часть кровати, высокой и прочной, имѣетъ низкую спину, въ уровень съ матрацомъ, и больная сдвигается на этотъ свободный край до ягодицъ. Этотъ типъ кроватей предложенъ ч. пр. *Д. Д. Поповымъ*, и ими пользуются въ Нарвскомъ и 13-мъ городскомъ родильныхъ пріютахъ въ Петербургѣ.

3. Ножная и головная части кровати представляютъ 2 отдѣльныхъ корпуса, соединенныхъ крючками, и первая отодвигается отъ послѣдней, когда является надобность въ операционной кровати. Модель этой кровати находится въ Нарвскомъ городскомъ родильномъ пріютѣ, а также наиболѣе часто встрѣчается и въ другихъ госпиталяхъ, пріютахъ и родильныхъ домахъ какъ въ Россіи, такъ и заграничей.

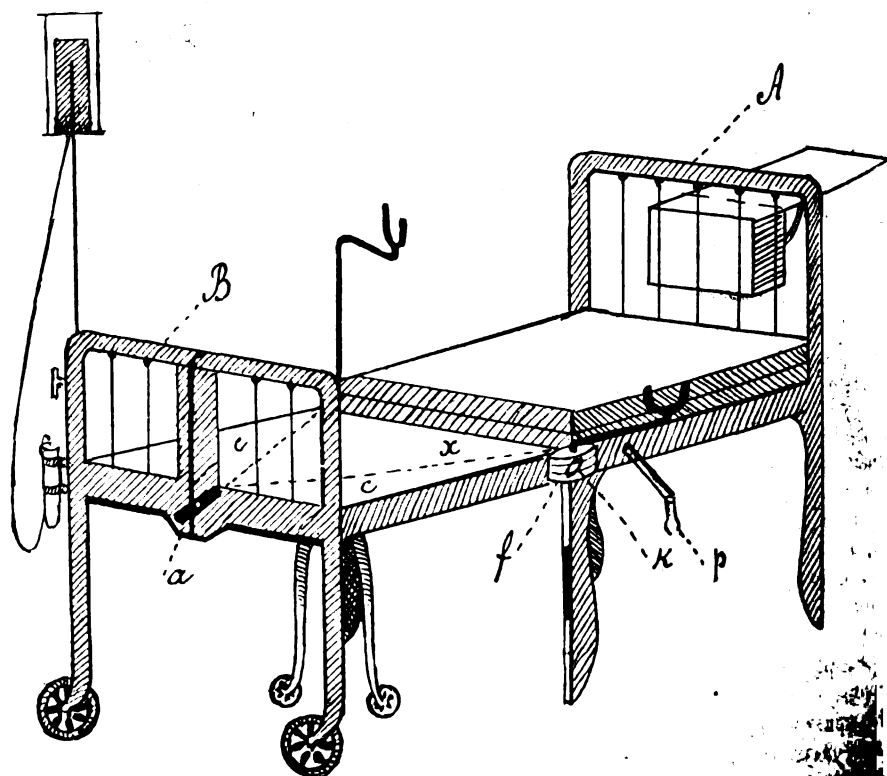


Рис. 1. Сомкнутая операционная родильная кровать.

Думается, что каждый изъ только-что указанныхъ типовъ родильныхъ кроватей, представляя извѣстныя выгоды, имѣетъ и свои неудобства, и главныя изъ нихъ слѣдующія: необходимость нѣсколькихъ помощниковъ, медленность измѣненія положенія больной и безпокойство послѣдней, съ этимъ связанное, напр.: при передвиженіи роженицы на край ножного конца необходимо устраивать стоки для крови и обеззараживающей жидкости: приходится подставлять ведро, поднимать тазъ больной для подтилки клеенки, устанавливать столы для инстру-



товъ и перевязочнаго матеріала. Въ тоже время съ развитіемъ акушерско-гинекологической оперативной техники вышеуказанные типы кроватей еще дальше стали отъ идеала: въ нихъ нѣтъ соответствующихъ приспособленій для операций въ *Trendelenburg*'овомъ положеніи съ приподнятымъ тазомъ, для чего, при современныхъ способахъ оперативной техники, приходится, кромѣ родильной кровати, заводить еще спеціальныя операционныя столы, значительно удорожающіе стоимость инвентаря.

Предлагаемая операционная родильная кровать, изображенная на рис. 1, состоитъ изъ неподвижнаго, массивнаго корпуса (А) кровати, имѣющаго въ высоту 75, въ ширину 72 и въ длину 100 см., къ которому присоединяется раздвижная часть (В), состоящая изъ 2-хъ продольныхъ половинъ (С.С.), замыкающихся рукояткой (а). Эти 2 послѣдніе отдѣла ножной части кровати соединены съ головной частью посредствомъ шарнировъ (Г), круглыхъ въ горизонтальномъ сѣченіи и допускающихъ полную подвижность ихъ въ соответствующія стороны (кнаружи). У неподвижной части (А) имѣется одинъ отдѣлъ шарнира, у подвижныхъ (ВВ)—2, между которыми входитъ первый. Стержень изогнутаго ногодержателя служитъ осью шарнира, а винтъ (к) закрѣпляетъ поднятые ногодержатели на известной высотѣ, соответственно поднятому коленному суставу больной. Дно кровати въ головной части представляетъ металлическую доску (см. рис. 2), головной отдѣлъ (s) которой укрѣпленъ, а ножной (t), длиною въ 60 см., соединенъ посредствомъ шарнира съ неподвижной частью дна; благодаря особому приспособленію—шестернѣ и зубчатымъ дугамъ—онъ можетъ быть посредствомъ вращенія рукоятки (р) поднять на высоту 45°. Такимъ образомъ получается положеніе съ приподнятымъ тазомъ.

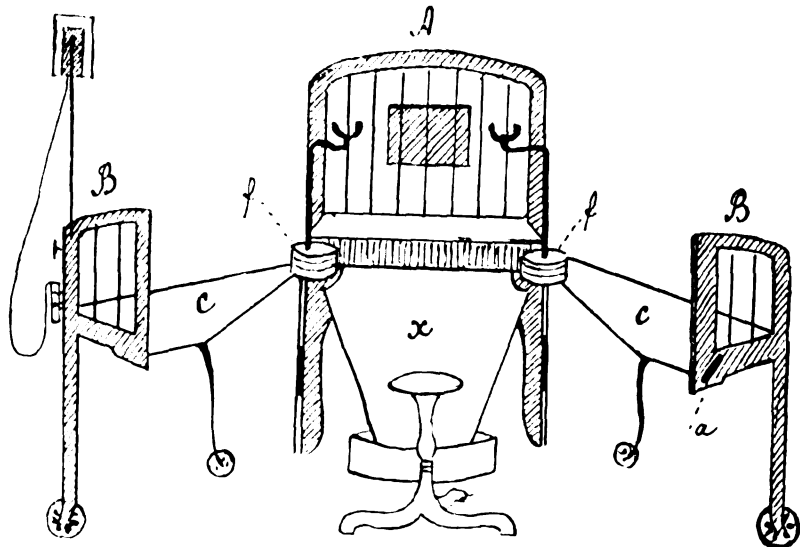


Рис. 3. Разомкнутая ножная часть кровати для акушерскихъ операций.

стать лицомъ къ изголовью у ножнаго конца) имѣется ручка, потягиваніе за которую выдвигаетъ доску, служащую полкой для установки сосудовъ съ растворами. Въ лѣвой колонкѣ ножной части кровати ходитъ стержень для кружки *Esmarch*'а, и здѣсь-же стаканъ для наконечника. Къ спинкѣ головной части прикрѣпленъ металлическій ящикъ, открывающійся сбоку. Внутренность его съ отдѣленіями рассчитана такъ, чтобы въ немъ помѣстились хлороформная маска, языкодержатель и роторасширитель, а также растворы кофеина, камфоры, сѣрно-кислаго эири и *Pravaz*'евскій шприцъ.

На головной части постели лежатъ 2 тонкихъ матраца, на ножной—1, который можно складывать пополамъ.

Описанная мной родильная кровать раздвижной системы даетъ такимъ образомъ возможность врачу-акушеру, особенно работающему въ провинціальномъ приютѣ, бѣдно обезпеченномъ низшимъ медицинскимъ персоналомъ, обходиться безъ помощниковъ въ случаяхъ, когда для оперативнаго родоразрѣшенія необходимо поперечное положеніе. Эта система кровати, кромѣ того, позволяетъ быстро, не тревожа больной, не перекладывая подушекъ и не подставляя табуретовъ для ногъ, однимъ размыканіемъ ножной части кровати получить соответствующее положеніе больной и сразу приступить къ операци.

Веденіе нормальнаго родового акта акушеркой на этой-же кровати представляетъ тоже существенныя удобства, ибо кровать эта имѣетъ приспособленія для помѣщенія тазовъ съ растворами, и кружку *Esmarch*'а съ регулируемой высотой, а, кромѣ того, позволяетъ производить тщательную уборку, не беспокоивъ напрасно больную, что имѣетъ свое значеніе при уходѣ за промежностью съ наложенными швами. При разомкнутой кровати достигается прекрасный стокъ, благодаря эмалированной желѣзной пластинѣ (х), которая, оставаясь связанной шарниромъ съ тазовой частью неподвижнаго корпуса (А), свободнымъ концомъ опускается вмѣстѣ съ клеенкой въ ведро.

Патологическіе роды и необходимость оперативнаго вмѣшательства всегда требуютъ поперечнаго положенія больной, и не рѣдки случаи, когда быстрота операции спасаетъ жизнь больной; въ тоже время перемѣщеніе больной при большихъ потеряхъ крови или угрожающихъ разрывахъ матки далеко нежелательно въ силу возможности усиленія кровопотери и увеличенія существующаго разрыва или даже возникновенія его при значительномъ истонченіи нижняго маточнаго сегмента съ высокимъ и выраженнымъ кольцомъ сокращенія (*Bandl*'а).

Устойчивое положеніе массивнаго отдѣленія кровати (А) позволяетъ примѣнить сильныя тракціи при высокихъ

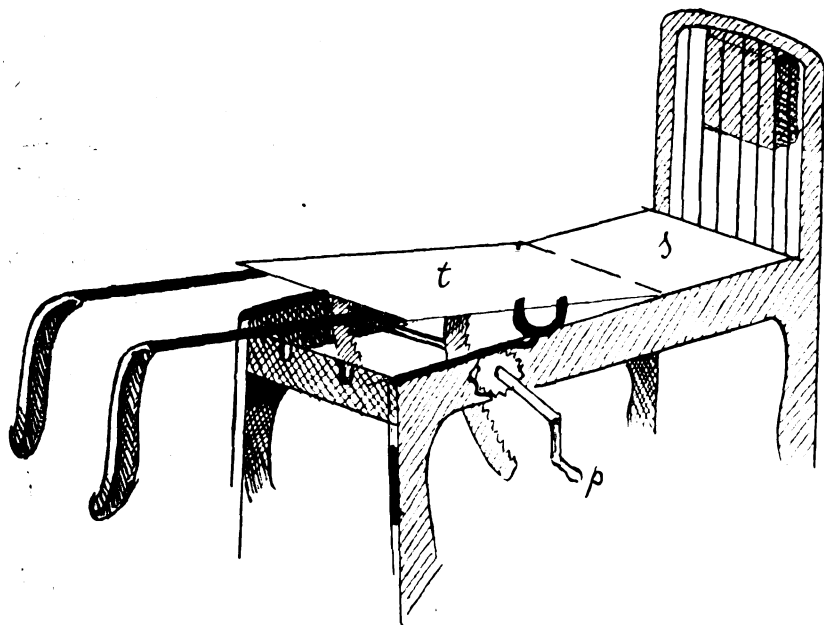


Рис. 2. Установка головной части кровати для чревосеченій.

Къ краю этой подвижной доски дна на шарнирѣ прикрѣплена 3-угольная пластинка (х), которая при соединеніи обоихъ отдѣловъ (А и ВВ) кровати ложится уже на ножномъ концѣ (ВВ), покрывая часть внутренне, скошенные края. При раздвиганіи кровати (см. рис. 3) желѣзный эмалированный 3-угольникъ тупой вершиной опускается въ ведро, имѣющееся подъ кроватью идвигающееся по 2-мъ рельсамъ.

У спинки ножной части находится рукоятка (а), замыкающая или размыкающая 2-ую половину кровати. Послѣдняя имѣетъ 4 ножки, изъ коихъ 2, массивныя прикрѣплены у наружныхъ угловъ ножной спинки, 2 другія, менѣе массивныя, у внутреннихъ тупыхъ угловъ каждаго подвижнаго отдѣла. Какъ тѣ, такъ и другія стоятъ на роликахъ, обтянутыхъ шиной. Съ лѣваго бока кровати (если

щипцах и извлеченіяхъ плода послѣ прободенія, не рискуя сдвинуть ни кровати, ни больной, ноги которой имѣютъ точки опоры на костыляхъ ногодержателей. Наконецъ, поднятіе тазовой части посредствомъ особаго приспособленія представляетъ большія удобства для производства влагалищаго кесарскаго сѣченія, зашиванія разрывовъ матки и т. п.

Кровать эта, съ перемѣной другой пары ногодержателей и отнятіемъ ножной части послѣ размыканія шарнировъ, можетъ вполне замѣнить собой и операционный столъ для брюшныхъ чревосѣченій въ желаемомъ положеніи (горизонтальномъ или *Trendelenburg*'овскомъ), а поднятіемъ на ней таза и ногъ больной можно послѣ большихъ кровопотерь избѣжать коллапса.

Опуская внизъ пластину (х), пользуясь матрацемъ съ отверстіемъ для нижней части кровати, закрывъ эту послѣднюю, мы имѣемъ возможность, благодаря удобству стока, пользоваться, въ случаѣ необходимости, и постояннымъ орошеніемъ, не рискуя подмочить больную, матрацы, бѣлье и пр. Въ раздвинутомъ положеніи подвижные отдѣлы кровати (В. В.) представляютъ изъ себя столы для помѣщенія тазовъ съ растворами, инструментами, перевязочнымъ матеріаломъ и пр. Раздвинувъ постель и опустивъ ноги больной, мы можемъ получить положеніе *Walcher*'а для увеличенія истинной конъюгаты таза.

И такъ, предлагаемая операционная кровать удовлетворяетъ слѣдующимъ требованіямъ:

- 1) она ограничиваетъ число помощниковъ;
- 2) даетъ возможность получить *Trendelenburg*'овское положеніе для оперативнаго вмѣшательства и для избѣжанія малокровія мозга послѣ большихъ кровопотерь;
- 3) она быстро можетъ быть измѣнена въ операционный столъ для акушерскихъ операцій;
- 4) позволяетъ съ удобствомъ примѣнять постоянное орошеніе;
- 5) разомкнутая, своими ножными концами она можетъ служить добавочными операционными столами;
- 6) представляетъ значительныя удобства при веденіи нормальнаго родового акта и при послѣдующихъ уборкахъ больной въ послѣродовомъ періодѣ (уходъ за промежуточными швами и выдѣленіемъ сгустковъ крови по *Zweifell* и т. п.).

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

Изъ наблюдений и впечатлѣній врача во время русско-японской войны.

(Окончаніе. См. выше, № 33, стр. 1023).

Принятая у насъ система помощи раненымъ въ бою заключается въ общихъ чертахъ въ слѣдующемъ. Ротные носильщики выносятъ раненыхъ изъ боевой линіи и доставляютъ ихъ на передовой перевязочный пунктъ полка. Отсюда врачи, оказавъ имъ необходимую помощь, отправляютъ ихъ дальше на 2-ой перевязочный пунктъ — въ дивизионный лазаретъ, а оттуда — въ полевые госпитали для болѣе продолжительнаго лѣченія. Въ случаѣ скопленія раненыхъ на передовомъ перевязочномъ пунктѣ вызываются носильщики дивизионнаго лазарета, которые и уносятъ ихъ отсюда. Эта система достигаетъ своей цѣли лишь тогда, когда война имѣетъ наступательный характеръ; въ противномъ случаѣ, какъ это и было въ русско-японскую войну, она раненыхъ обрекаетъ на тяжелую участь, а врачей ставитъ въ в. тяжелое положеніе. Какъ я уже упоминалъ, нѣкоторые раненые при нашемъ отступленіи во время боевъ на р. Шахе оставались на позиціи, передовой перевязочный пунктъ переполнялся ранеными; въ такой-же мѣрѣ переполнялись ими и дивизионные лазареты, которые поэтому не въ состояніи были оказывать помощь полковымъ перевязочнымъ пунктамъ.

Организація помощи раненымъ обязательно должна обладать гибкостью, чтобы, пользуясь ею, можно было

приспособляться къ разнымъ случайностямъ войны, будетъ-ли она наступательная или отступательная. Прежде всего слѣдуетъ разстаться съ давно вкоренившимся предразсудкомъ, будто главная суть помощи раненымъ на войнѣ заключается въ наложеніи повязокъ и въ прочихъ видахъ начальной помощи. Спросите любого солдата или офицера, чѣмъ они были озабочены, когда почувствовали себя ранеными? Каждый отвѣтитъ Вамъ, что первая его мысль была скорѣе выбраться изъ линіи огня и покинуть поле сраженія, и на второмъ уже планѣ у нихъ зарождалась забота о перевязкѣ раны. Это значитъ, что нужно имѣть такую организацію помощи, чтобы раненый немедленно послѣ раненія былъ удаленъ изъ линіи огня и возможно скорѣе доставленъ на перевязочный пунктъ, гдѣ онъ чувствовалъ-бы себя уже внѣ опасности — быть вновь раненымъ или убитымъ. Для осуществленія этого нужно, чтобы перевозочныя средства были придвинуты къ боевой линіи возможно ближе. Ротный носильщикъ долженъ вынести раненаго изъ огня и тутъ-же сдать его въ санитарную повозку, которая и доставитъ его на пунктъ. Носильщики будутъ меньше при этомъ уставать и успѣютъ вынести гораздо больше раненыхъ. На передовомъ перевязочномъ пунктѣ должны имѣть самыя точныя свѣдѣнія о томъ, откуда можно потребовать санитарный транспортъ съ необходимымъ числомъ повозокъ для эвакуаціи раненыхъ. По моему мнѣнію, раненыхъ съ передоваго перевязочнаго пункта слѣдуетъ непосредственно направлять въ полевую госпиталь, минуя совершенно лишній санитарный этапъ, именуемый дивизионнымъ лазаретомъ. Гораздо больше было-бы пользы раненымъ, если-бы по пути въ госпиталь они встрѣтили напр., питательный пунктъ, гдѣ-бы могли нѣсколько возстановить свои истощенныя силы и успокоиться. Какъ-же быть съ тѣми ранеными, которымъ нужно сдѣлать неотложную операцію, прежде чѣмъ отправить ихъ въ госпиталь? Во 1-хъ, такіе случаи — нечасты. Во 2-хъ, при тѣхъ условіяхъ, при какихъ, напр., въ русско-японскую войну приходилось работать дивизионнымъ лазаретамъ, задача которыхъ именно и состоитъ въ производствѣ подобныхъ неотложныхъ операцій, сомнительно, чтобы эти послѣднія выполнялись тамъ часто и во всѣхъ случаяхъ, когда къ нимъ имѣлись серьезныя показанія. Наконецъ, можно было-бы устроить одинъ операционный пунктъ для нѣсколькихъ полковъ специально съ цѣлью производства неотложныхъ операцій. Такая организація помощи раненымъ была-бы, мнѣ кажется, одинаково полезна и при отступательной, и при наступательной войнѣ. Она обезпечивала-бы перевязочному пункту и болѣе тѣсную связь съ полкомъ, чѣмъ какая устанавливается при нынѣшней системѣ. Упраздненіе дивизионныхъ лазаретовъ съ ихъ огромнымъ имуществомъ, большимъ штатомъ врачебнаго персонала и команды носильщиковъ должно освободить не малую толику денегъ, на которые и можно было-бы содержать санитарные транспорты. А что оказаніе помощи раненымъ во время боя въ томъ видѣ, какъ я это предлагаю, даетъ недурные результаты и на практикѣ, отчасти доказывається дѣятельностью нашего перевязочнаго пункта во время Мукденскихъ боевъ, къ описанію которой я и перехожу.

### Мукденскіе бои.

16/II 1905 г. нашъ полкъ послѣ 5-дневныхъ утомительныхъ переходовъ, при метеляхъ и снѣжныхъ буряхъ днемъ и трескучихъ морозахъ ночью, прибылъ къ Гаотулинскому перевалу, гдѣ тотчасъ-же и занялъ позицію. Фанзы ближайшей къ Гаотулину деревушки Пацзяцы всѣ были уже заняты перевязочными пунктами Сибирскихъ полковъ и чрезвычайно широко раскинувшись безъ особой къ тому надобности — Огдѣленіемъ Общества Краснаго Креста. Не было надежды пріютиться хотя-бы къ уголку фанзы, чтобы тамъ перевязывать раненыхъ. Пришлось по неволѣ развернуть цинковку на мерзлой, покрытой снѣгомъ землѣ, рядомъ съ неумолкавшими на минуту артиллерійскими орудіями. Раненыхъ прибывало къ намъ дов. много. Мы перевязывали ихъ на открытомъ воздухѣ и немедленно отправляли въ деревню, гдѣ находились хорошо оборудованный санитарный транспортъ: арбаны — для легко раненыхъ и больныхъ вообще и вычужны для трудно раненыхъ. О существованіи этихъ транспортовъ и предоставленіемъ всѣмъ полкамъ правъ пользоваться ими для раненыхъ меня любезно предупредилъ корпусной врачъ 3-го Сибирскаго корпуса *Digitized by Google*

Знать это было намъ тѣмъ болѣе пріятно, что нашъ перевозочный пунктъ въ то время располагалъ всего 8-ью санитарными повозками (6 повозокъ были отправлены до Мукденскихъ боевъ во Владивостокъ, а 2 были нагружены патронами по распоряженію войскового начальства). Проработавъ такимъ образомъ 2-ое сутокъ, мы, наконецъ, перебрались въ деревню, гдѣ, благодаря тому обстоятельству, что Отдѣленіе Краснаго Креста удалилось, намъ удалось занять дов. просторную фанзу. Здѣсь мы открыли перевозочный пунктъ на широкихъ началахъ, принимая раненыхъ даже изъ чужихъ полковъ и приспособивъ для нихъ нѣчто въ родѣ питательнаго пункта: котлы для чая у насъ грѣлись почти непрерывно, а отъ этого въ фанзѣ было и тепло. Раненые до отправки въ госпиталь успѣвали отогрѣться, пили чай, а при желаніи имъ выдавались и подогрѣтые мясные консервы.

Мы работали—оказывая при надобности и оперативную помощь—не торопясь, потому что были увѣрены, что во всякое время дня и ночи сможемъ при помощи санитарныхъ транспортовъ переправить своихъ раненыхъ въ госпитали. Наши собственные санитарныя повозки оказались для насъ совершенно лишними, и тутъ-то впервые возникла мысль использовать ихъ для скорѣйшей доставки къ намъ раненыхъ съ позицій и для того, чтобы уменьшить утомленіе носильщиковъ. Съ этой цѣлью мы привинули свои повозки ближе къ позиціи. Раненыхъ приносили съ Гаутулинскаго перевала, укладывали ихъ на повозки и тотчасъ-же увозили къ намъ. Такой порядокъ оказался въ высшей степени полезнымъ, еще и потому, что погода стояла нестерпимо холодная, особенно по ночамъ, когда возможность замерзнуть истощенному и изнуренному походомъ и непрерывными боями раненому, если его не подберишь въ теченіи 1—2 час. послѣ раненія, увеличивалась до крайней степени.

Санитарный транспортъ увозилъ нашихъ раненыхъ изъ деревни не въ дивизионныя лазареты, а прямо въ госпитали или на санитарныя поѣзда. Во всякомъ случаѣ, отсутствіе дивизионныхъ лазаретовъ не мѣшало успѣху дѣла и избавляло раненыхъ отъ лишняго мученія, немѣлочно сопряженныхъ съ перегрузкой ихъ съ однихъ повозокъ на другія.

И. Крайндель.

## Организація подачи медицинской помощи туземцамъ во французскихъ колоніяхъ.

(Письмо 1-ое).

За время моего путешествія въ качествѣ морскаго санитарнаго врача по побережью Туниса и Алжиріи и за 2 года пребыванія въ послѣдней я имѣла возможность ближе познакомиться съ организаціей медицинской помощи въ этихъ 2-хъ частяхъ французской Африки. Позволю себѣ подѣлиться здѣсь съ товарищами данными объ устройствѣ медицинской помощи туземному населенію какъ въ Алжиріи и Тунисѣ, такъ и въ нѣкоторыхъ другихъ французскихъ колоніяхъ. Попутно коснусь также и нѣкоторыхъ народныхъ способовъ лѣченія у мусульманъ.

Если Франція и не можетъ выдержать сравненія съ Соединенными Штатами, благодаря энергіи врачей и силъ и администраціи которыхъ желтая лихорадка исчезаетъ или уже почти исчезла въ побѣжденныхъ ими Филиппинахъ, все-же нужно отдать ей справедливость, что она стремится, по мѣрѣ возможности, улучшить гигиеническія условія и устроить на разумныхъ началахъ подачу медицинской помощи какъ туземцамъ, такъ и вообще бѣдной части населенія своихъ колоній. Задача въ большинствѣ случаевъ—далеко не легкая, если имѣть въ виду неблагоприятныя условія климата, невѣжество, в. низкій уровень развитія и религиозный фанатизмъ покоренныхъ массъ. До послѣднихъ 10-тилѣтій во французскихъ колоніяхъ практиковали исключительно, или почти исключительно, одни только военные и морскіе врачи. Само собой разумеется, что при этомъ условіи къ ихъ помощи могли прибѣгать только жители мѣстъ стоянокъ войскъ и болѣе или менѣе близкихъ къ нимъ округовъ. Неудивительно поэтому, что въ мѣстностяхъ болѣе отдаленныхъ тяжелый, а часто и губительный климатъ, съ одной стороны, и отсутствіе самыхъ элементарныхъ понятій о гигиенѣ, съ другой, разрушительно дѣйствовали какъ на туземное, такъ и на европейское населеніе. Вслѣдствіе этихъ неблагопріятныхъ условій представлялось очень труднымъ обрабатывать и вообще всесторонне использовать колоніи, въ особенности-же заселять послѣднія и находить охотниковъ отправляться въ эти далекія и негостепріимныя по климату земли. Нужно, впрочемъ, замѣтить, что французы и

вообще-то весьма неохотно покидаютъ насиженный уголокъ и питаютъ почти отвращеніе къ малѣйшему передвиженію за границы родины; даже кратковременное переселеніе изъ Франціи въ Алжиръ, находящійся на разстояніи 25 час. отъ Марсеиля (40 час. отъ Парижа), или въ Тунисъ (36 час. отъ Марсеиля), считается почти настоятельнымъ ex-patriation. Французскимъ врачамъ, однако, volens nolens пришлось рѣшиться на тяжелый для нихъ шагъ выѣхать изъ родины въ виду в. усиленнаго за послѣдніе годы переполненія кадровъ врачебной корпораціи, вслѣдствіе котораго приобрести во Франціи болѣе или менѣе солидную практику становилось задачей все менѣе и менѣе выполнимой. Уже бывшій деканъ Парижскаго медицинскаго факультета, проф. *Brouardel*, при каждомъ удобномъ случаѣ, пропагандировалъ въ публикѣ данныя о трудностяхъ и матеріальной небезопасности врачебной карьеры, съ цѣлью отклонить отъ нея готовящуюся къ университету молодежь. Съ другой стороны, чтобы дать возможность уже кончившимъ курсъ врачамъ обезпечить себѣ существованіе тотъ-же проф. *Brouardel* указывалъ имъ на колоніи, какъ на единственный исходъ изъ печальнаго положенія. Вмѣстѣ съ тѣмъ, чтобы привлечь туда врачей, правительство открыло въ колоніяхъ государственныя должности съ постояннымъ окладомъ.

Алжиріи принадлежитъ въ этомъ отношеніи первое мѣсто по давности организаціи подачи медицинской помощи. 1-ый декретъ этого рода относится къ 1853 г. Но послѣ многихъ измѣненій въ окончательной и полной существующей формѣ онъ былъ изданъ въ 1883 г.

Врачи колоній (*médecins de colonisation*) подвѣдомственны министру внутреннихъ дѣлъ; окладъ имъ выдается изъ суммъ спеціального бюджета Алжиріи. Назначаются они ген.-губернаторомъ колоніи, по предложенію префектовъ, къ которымъ и должны быть направлены прошенія. Въ настоящее время число кандидатовъ такъ велико, что вакансій нерѣдко приходится ждать 1½—2 года. Одно изъ условій пріема—имѣть менѣе 35 л. отъ роду. Жалованье колоніальныхъ врачей отъ 3000 фр. (5-ый классъ) до 5000 фр. (1-ый классъ). Кромѣ этого жалованія, они получаютъ еще либо квартиру, либо квартирныхъ 500 фр. и вознагражденіе какъ за лѣченіе пріемышей, помѣщаемыхъ учрежденіемъ общественнаго призрѣнія (*Assistance publique*) въ частныхъ домахъ, такъ и за успѣшное оспопрививаніе \*). Небольшое вознагражденіе (300 фр. въ годъ) выдается также въ видѣ поощренія, за знаніе арабскаго языка. Послѣ 25 лѣтъ службы выдается пенсія, которая, впрочемъ, ни въ какомъ случаѣ не можетъ превысить ¾ максимальнаго жалованья. Въ случаѣ смерти колоніальнаго врача вдова его имѣетъ право на ½ пенсіи, если бракъ былъ заключенъ, по крайней мѣрѣ, за 6 лѣтъ до дня смерти.

Таковы матеріальныя преимущества колоніальнаго врача. Посмотримъ теперь, въ чемъ состоятъ его обязанности. Онъ довольно многочисленны: бесплатное лѣченіе немущихъ европейцевъ и арабовъ, а также служащихъ и чиновниковъ, получающихъ менѣе 1500 фр. жалованія; засвидѣтельствованіе всѣхъ случаевъ смерти въ округѣ, подача помощи роженицамъ въ мѣстностяхъ, гдѣ нѣтъ акушерки, осмотръ и подача помощи по первому требованію городского головы, въ случаѣ тяжелыхъ ушибовъ и т. п.; посѣщеніе и амбулаторный пріемъ больныхъ, по крайней мѣрѣ, разъ въ недѣлю, поочередно, въ различныхъ селахъ и деревняхъ округа (преимущественно въ базарные дни); осмотръ дѣтей въ школахъ, по крайней мѣрѣ, разъ въ мѣсяцъ (главнымъ образомъ въ виду предупрежденія или пресѣченія дальнѣйшаго распространенія заразныхъ болѣзней, заблѣваній глазъ и кожи головы), а также для надзора за исполненіемъ оспопрививанія всѣмъ учащимся. Въ случаѣ жалобъ на небрежное исполненіе обязанностей врачъ подлежитъ дисциплинарному наказанію (выговоръ,

\*) Раньше выдавалось по 0,50 сант. за каждую успѣшную прививку; затѣмъ цифру эту постепенно уменьшили, и въ настоящее время выдается только по 0,20 сант., при чемъ maximum выдаваемой суммы—200 фр. въ годъ, каково-бы ни было число прививокъ (сверхъ 1000, конечно).

временное лишение жалованья, отставка съ запрещеніемъ оставаться въ бывшемъ подъ его вѣдомствомъ округѣ).

Какъ-бы тяжело ни было состояніе больного араба, за весьма рѣдкими исключеніями, его нельзя убѣдить поступить въ госпиталь. Госпитали, организованные на европейскій ладъ, съ европейской одеждой, европейскими, не понимающими арабскаго языка служителями, европейской пищей, къ которой онъ не привыкъ и которая можетъ быть приготовлена съ запрещенными кораномъ съдобными (свиннымъ мясомъ и жиромъ), для мусульманина являются страшилищемъ, и онъ предпочтетъ умереть дома, чѣмъ поступить туда. Кроме того, болѣе или менѣе строгая дисциплина, необходимая въ общемъ госпиталѣ, совершенно идетъ въ разрѣзъ съ привычками, образомъ жизни, характеромъ араба, которому чужды понятія о порядкѣ, и о подчиненіи. Въ виду этого, чтобы не лишать тяжело больныхъ арабовъ врачебной помощи, были созданы особыя спеціальныя лѣчебницы («infirmeries»), исключительно для неимущей части мусульманскаго населенія, и организованныя на туземный ладъ: само зданіе, пища, одежда, прислуга—все въ этихъ лѣчебницахъ арабское. Въ эти лѣчебницы, гдѣ арабы чувствуютъ себя какъ дома, гдѣ нѣтъ, кроме врача и его лѣкарствъ, никакого чуждаго элемента, туземцы идутъ весьма охотно.

Первой такого рода лѣчебницей нужно считать лѣчебницу Magnia <sup>1)</sup> (устроенную благодаря частному почину д-ра Foubert'a, военнаго врача въ Magnia). Последній, будучи однажды приглашенъ къ одному мароккейцу въ сосѣднемъ съ Magnia пограничномъ городкѣ, имѣлъ возможность войти въ болѣе близкія сношенія съ жителями городка, которые и стали все чаще и чаще обращаться въ нему при каждомъ его посѣщеніи. Вскорѣ тѣ изъ больныхъ, которые нуждались въ болѣе частомъ врачебномъ осмотрѣ, стали приходить къ нему въ Magnia. Такъ какъ, однако, между больными было не мало бѣдняковъ, то губернаторъ обратилъ вниманіе на бѣдственное положеніе этихъ несчастныхъ и предписалъ разсмотрѣть вопросъ объ устройствѣ небольшого помѣщенія для лѣченія туземцевъ. 6 мѣс. спустя была открыта въ Magnia первая лѣчебница для туземцевъ. Это былъ первый шагъ на этомъ пути, и скорѣ подобныя-же лѣчебницы были устроены мало по малу въ различныхъ мѣстахъ колоніи; въ настоящее время число этихъ infirmeries доходитъ до 60.

Я останавлиюсь нѣсколько болѣе подробно на внутреннемъ устройствѣ этихъ учрежденій, когда коснусь лѣчебницъ, исключительно приспособленныхъ въ нѣсколькихъ городкахъ для мусульманокъ. Пока же замѣчу, что больницы эти—небольшія, на 20—25 коекъ, изъ которыхъ 5—6 для женщинъ: послѣднія находятся по возможности въ отдѣльной части дома, для того, чтобы пребываніе ихъ въ лѣчебницѣ не шло въ разрѣзъ съ мусульманскимъ обычаемъ, запрещающимъ дѣвушкамъ или женщинамъ показываться въ присутствіи посторонняго мужчины. Служители—арабы. Нѣкоторыя изъ этихъ лѣчебницъ устроены въ арабскихъ домахъ, спеціально для этого приспособленныхъ. Госпитальная система упрощена до крайности, поскольку, конечно, это не противорѣчитъ главнымъ основамъ гигиены и лѣченія. Этими лѣчебницами завѣдуютъ колоніальныя врачи, получающіе за это 600 фр., сверхъ обычнаго жалованья. Спеціальной аптеки при лѣчебницѣ не имѣется. Лѣкарства, по списку завѣдующаго врача, доставляются по мѣрѣ надобности городской больницей сосѣдняго города, и врачъ роздаетъ ихъ самъ своимъ больнымъ, какъ находящимся въ лѣчебницѣ, такъ и приходящимъ.

Колоніальный врачъ вмѣстѣ съ народнымъ учителемъ является однимъ изъ главныхъ агентовъ распространенія между туземцами французскаго вліянія и европейской цивилизаціи въ ея лучшихъ проявленіяхъ. Задача «прирученія» туземнаго населенія—нелегкая. Не смотря на то, что вотъ уже 70 лѣтъ, какъ покорена Алжирія, алжирцы далеко еще не покорены, и бывшія нѣсколько лѣтъ назадъ кровопролитія въ Marguerite показали, какъ легко возбудить между ними возстаніе противъ побѣдителя, противъ иностранца, противъ «гошми», какъ съ презрѣ-

ніемъ обыкновенно арабы называютъ немусульманина. Французское правительство сперва стремилось, какъ и всякій побѣдитель въ побѣжденной странѣ ввести свои законы, обычаи, нравы, т. е. вполнѣ офранцузить, или по крайней мѣрѣ, оевропентъ жителей Алжиріи. Но, такъ какъ почти всѣ мусульманскіе обычаи и законы и все вообще до послѣднихъ мелочей обыденной жизни имѣютъ религіозную подкладку и основано на предвѣдннхъ для всѣхъ этихъ случаевъ предписаніяхъ корана, то проведеніе европейской цивилизаціи наталкивалось на рядъ препятствій и встрѣчало рѣзкій отпоръ въ крайнемъ фанатизмѣ мусульманъ. Само собой понятно, что при такихъ условіяхъ борьба становилась не легкой, и первый «марабу» (чудотворецъ) легко разжигалъ ненависть въ-рующихся противъ «гошми». Правительство, однако, скорѣ поняло свою ошибку и постепенно стало стремиться проводить европейскую цивилизацію среди мусульманъ, не нарушая основаній началъ магометанской религіи. Въ этой задачѣ, какъ было уже сказано выше, выдающееся значеніе имѣетъ народный учитель и колоніальный врачъ.

Не смотря на то, что въ исторіи арабовъ есть блестящее прошлое и между арабскими врачами среднихъ вѣковъ встрѣчаются такія имена какъ *Avicenna*, *Averoes* и друг., въ настоящее время медицины у арабовъ не существуетъ, если не считать, конечно, врачами, «марабу» (чудотворцевъ, имѣющихъ, правда, большую практику) и вообще шарлатановъ. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ народная медицина арабовъ даетъ плачевные результаты. Такъ, не смотря на то, что сифилисъ (по арабски: *adon* или *mid-el-kabir*, т. е. 6 разъ большая болѣзнь) давно извѣстенъ арабамъ и что имъ извѣстно лѣченіе его ртутью и сассапарилой, однако, о систематическомъ лѣченіи сифилиса и помину нѣтъ. Наконецъ, полное отсутствіе какихъ-бы то ни было понятій о гигиенѣ, а въ бѣдномъ классѣ и просто о чистоплотности, легко объясняетъ столь сильное распространеніе сифилиса, какъ и болѣзней кожи вообще и кожи головы въ частности, глазныхъ и заразныхъ заболеванийъ.

При такихъ условіяхъ европейскій врачъ, подающій бесплатно помощь и раздающій лѣкарство, не могъ не оказывать благотворнаго вліянія.

Осуществленіе разумной врачебной помощи оказываетъ однако далеко не легкой задачей, особенно въ виду крайней недовѣрчивости туземца къ «гошми», его презрѣнія къ послѣднему и ко всему, что исходитъ отъ него, а не отъ «марабу», а главное—въ виду всѣмъ извѣстнаго фанатизма мусульманъ. На совѣтъ принять мѣры противъ огня или града, какъ на совѣтъ привить оспу или обратиться къ врачу при тяжелыхъ родахъ получается всегда одинъ и тотъ-же отвѣтъ: «мактубъ», т. е. такъ на роду написано <sup>1)</sup>, а разъ такъ «написано» въ книгѣ судебъ, то преступно, противно корану всякое стремленіе войти въ борьбу съ богомъ и стремиться избѣжать того, что «написано»; да и напрасный трудъ: разъ «написано», то никакія лѣкарства и никакія мѣры не помогутъ. И потому мусульманинъ принимаетъ всѣ бѣдствія спокойно и равнодушно и не имѣетъ ни малѣйшаго стремленія пальцемъ пошевелить, чтобы избѣжать ихъ. При такихъ условіяхъ не легко конечно было врачу добиться результатовъ. Естественнo возникаетъ мысль попытаться воздѣйствовать на арабовъ при помощи женщины—матери, жены и, благодаря ихъ вліянію въ семьѣ, повліять и на мужское населеніе.

Тутъ-то и оказались на высотѣ своей задачи женщины-врачи <sup>2)</sup>, о которыхъ долгое время принято было говорить только съ улыбкой. Правда, женскій вопросъ, значительно подвинувшійся впередъ за послѣдніе годы, почти не существовалъ въ эпоху, о которой я говорю, точнѣе онъ едва нарождался. Не смотря на то, что первая женщина-врачъ во Франціи была французенка, г-жа Brès,

<sup>1)</sup> Мнѣ передавали, что арабы, присутствовавшіе однажды при раскопкахъ древнихъ кладбищъ, указывали на швы череповъ, какъ на слѣды «надписи».

<sup>2)</sup> Въ недавно отправившейся въ Марокко французской спеціально женской миссіи участвуютъ, между прочимъ, также учительницы и женщины-врачи.

<sup>1)</sup> Военный центръ вблизи Мароккской границы.



принятая на медицинский факультет благодаря протекции императрицы Евгении, и получившая дипломъ еще въ 1875 г., притѣмъ этотъ долгое время не находилъ себѣ подражателей. Нѣтъ никакого сомнѣнія, что постоянное присутствіе русскихъ женщинъ на французскихъ (главнымъ образомъ Парижскомъ) факультетахъ играло немалую роль въ развитіи между французскими женщинами стремленія къ университетскому образованію. Во время моего пребыванія на Парижскомъ медицинскомъ факультетѣ на 15—20 женщинъ едва насчитывались. 2—3 француженки, да и то не на каждомъ курсѣ; теперь же если ихъ все-же меньше, чѣмъ прочихъ національностей, во всякомъ случаѣ число ихъ годъ отъ году увеличивается.

И такъ, явилась мысль о благотворномъ влияніи, которое могла-бы оказать ж.-врачъ на мусульманскую среду въ дѣлѣ распространенія цивилизаціи, оздоровленія и гигиены, а вмѣстѣ съ тѣмъ попутно и въ дѣлѣ сближенія съ покореннымъ племенемъ. Мысль эта, впрочемъ, впервые была выражена еще въ 1863 г. д-ромъ *Potin*омъ, директоромъ медицинской школы въ г. Алжирѣ. Но до 1902 г. она оставалась безъ осуществленія, если не считать официального порученія, даннаго съ 1895 г. ж.-вр. *Chellier*, которой предложено было правительствомъ изслѣдовать патологію арабской женщины и изыскать способы придти ей на помощь. Г-жа *Chullier* посѣтила многіе центры Алжира, познакомилась съ жизнью арабской женщины, ея заболѣваніями и способами лѣченія и въ 2-хъ докладахъ изложила результаты своихъ наблюденій. Послѣ ея докладовъ была сдѣлана первая попытка организовать помощь туземнымъ роженицамъ въ видѣ назначенія акушерки при лѣчебницѣ для туземцевъ, о которой я упоминала выше. Попытка эта оказалась тщетной, такъ какъ мусульманки предпочитаютъ рожать дома, а не въ лѣчебницѣ.

Первый опытъ организаціи разумной помощи мусульманкамъ относится къ 1902 г. и принадлежитъ почину ж.-вр. *Legey* (уроженки города Constantine). Овъ состоялъ въ устройствѣ амбулаторнаго приѣма специально для арабскихъ женщинъ и дѣтей. Вслѣдствіе удовлетворительнаго результата этого опыта мѣстнымъ ген.-губернаторомъ вскорѣ были устроены исключительно завѣдываемые ж.-врачами амбулаторные приѣмы въ городахъ, а въ 3-хъ изъ нихъ было присоединено и устройство небольшихъ лѣчебницъ специально для женщинъ и дѣтей. Замѣчу тутъ-же, что въ числѣ 7 такихъ должностей 5 заняты ж.-врачами (въ гор. Bone *Maurin-Sухистовская* <sup>1)</sup>), въ гор. Blida: *Каминская*, въ гор. Miliana: *Эмльшева*, въ гор. Mostagoneмъ тоже русская ж.-врачъ, фамилія которой мнѣ, къ сожалѣнію, неизвестна; наконецъ въ гор. Constantine авторъ этого письма.

Алжирія. Constantine.

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

Фармакологія. 470. Д-ръ *Karl Kroner* (Berlin) полагаетъ, что вредное послѣдствіе *стоваина* и *кокаина* при поясничномъ обезболиваніи зависитъ главнымъ образомъ отъ того, что только часть вприснутого обезболивающего вещества входитъ въ химическое соединеніе съ нервнымъ веществомъ, а другая часть остается въ свободномъ не связанномъ состояніи и обнаруживаетъ свое вредное дѣйствіе. Чтобы избѣжать вреднаго дѣйствія этого остатка кокаина или стоваина, можно прибѣгнуть къ 2-мъ средствамъ: 1) послѣ того какъ обезболиваніе наступило, промыть, какъ это дѣлаетъ *Meltzer*, позвоночный каналъ повторно физиологическимъ растворомъ поваренной соли; 2) черезъ нѣсколько минутъ послѣ вприскиванія опять выпустить жидкость. 1-ый способъ неудобенъ, потому что для промыванія приходится дѣлать

<sup>1)</sup> Нѣсколько мѣсяцевъ назадъ она подала въ отставку, и ее замѣняетъ француженка.

проколъ вторично. Авт. поэтому испробовалъ 2-ой способъ въ 3-хъ случаяхъ и получилъ хорошій результатъ. Техника способа заключается въ томъ, что послѣ вприскиванія раствора стоваина съ супрарениномъ игла и шприцъ остаются въ томъ-же положеніи (не вынимаются), а черезъ 2—5 мин. (когда наступило обезболиваніе) шприцъ снимается съ иглы и выпускается 5—10 к. стм. спинно мозговой жидкости. Во всѣхъ 3-хъ случаяхъ никакихъ вредныхъ дѣйствій наблюдать не приходилось; степень, область распространенія и продолжительность обезболиванія нисколько не пострадали (*Theorie der Gegenwart*, июль).

А. Коварскій.

471. В. К. Шульцъ изслѣдовалъ составъ формалина, приготовленный 6-ю различными заводами и на основаніи своихъ аналізовъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ. Формалина нейтральной реакціи или со слабой реакціей на лакмусъ въ продажѣ совсѣмъ не существуетъ. Реакція на лакмусъ не можетъ служить мѣриломъ пригодности испытываемаго формалина. Формалинъ, содержащій 0,23% Н.СОН, можно считать совершенно удовлетворительнымъ. Въ продажѣ нѣтъ вовсе формалина крѣпостью въ 40%, а имѣется лишь болѣе слабый (Архивъ биологическихъ наукъ, т. XII, вып. 2).

В. Б.

Внутреннія болѣзни. 472. Случай, когда въ мочѣ находятъ кристаллическій стрнокислый кальцій, рѣдки. Д-ръ *S. Lapiński* (изъ клиники проф. *Jaworski*го въ Краковѣ) описываетъ подобный случай.

Больной—11 лѣтъ. Клиническое распознаваніе; опухоль мозга; анатомическое: киста правой лобной доли съ кровоизлияніемъ. Больной находился въ клиникѣ съ 23/хп 1905 г. по 20/х 1906 г., и въ началѣ моча больного была нормальна. 7/х авт. замѣтилъ, что свѣже выпущенная моча мутна. Осадокъ подъ микроскопомъ состоялъ изъ многочисленныхъ иголокъ и розетокъ, образованныхъ изъ тонкихъ иголъ. Съ того времени стрнокислый кальцій появлялся въ мочѣ вплоть до 14/х. Моча всегда была сильно кислой реакціи уд. вѣса 1,018—1,020. За послѣдніе 5 дней изслѣдовать мочу было нельзя, такъ какъ больной мочился подъ себя. Этотъ кристаллическій осадокъ не растворялся въ алкоголѣ, аммиакѣ и стрной кислотѣ, растворялся же въ разбавленной (1:100) соляной кислотѣ. Въ этомъ послѣднемъ растворѣ послѣ подкисливанія и прибавленія щавелевокислого аммонія получался кристаллическій, въ видѣ конвертовъ, осадокъ изъ щавелевокислого кальція.

Появленіе стрнокислого кальція въ мочѣ въ кристаллическомъ видѣ зависитъ, вѣроятно, отъ уменьшенія щелочности мочи, а именно вслѣдствіе того, что количество щелочей не достаточно для связыванія всего количества стрной кислоты на ряду съ хлоромъ и фосфорной кислотой. Причины появленія гипса въ мочѣ не ясны; оно указываетъ лишь на большее или меньшее истощеніе организма (*Przegląd lekarski*, 18 августа). С. Островскій.

473. Д-ра *Pope* и *Garrod* сообщаетъ случай *охряной болѣзни* (*ochronosis*) и приводитъ краткій обзоръ ранѣ описанныхъ 10 случаевъ этой рѣдкой болѣзни.

47-лѣтняя женщина при поступленіи въ больницу представляла слѣдующія болѣзненные измѣненія. Кожа лица — темнокоричневого цвѣта; черноватые пятна на внутренней поверхности губъ; на ушахъ и кистяхъ рукъ синеватая окраска кожи. Отложенія синеовато-чернаго красящаго вещества на обонихъ глазныхъ яблокахъ въ видѣ пятенъ внутри роговицы. Кожа ладоней и ручныхъ пальцевъ мѣстами черноватого цвѣта. Бугорчатка легкихъ съ образованіемъ пещеры въ правой верхушкѣ. Обширная язва на правой ногѣ, существующая 12 лѣтъ и непрерывно пользовавшаяся крѣпкими растворами карболовой кислоты. Моча почти чернаго цвѣта, даетъ обильный темнокоричневый осадокъ отъ прибавленія 1½-хлористаго желѣза и небольшой бѣлый осадокъ отъ бромной воды; сахара или восстанавливающихъ мѣдъ веществъ не содержитъ. Ненормальная окраска кожи существуетъ 5 лѣтъ. Больная погибла черезъ нѣсколько дней отъ истощенія, при появленіи омертвѣвшихъ пальцевъ ногъ. На вскрытіи найдено: легочная бугорчатка, затвердѣніе и темная окраска надпочечниковъ, синеовато-черное окрашиваніе реберныхъ хрящей, особенно въ центральныхъ частяхъ, синеовато-черное окрашиваніе ушныхъ хрящей, отложеніе пигмента въ поверхностныхъ слояхъ бѣлочной оболочки глазъ. Микроскопическое изслѣдованіе кожи ручныхъ пальцевъ показало, что пучки волокнистой ткани собственно кожи какъ-бы пропитаны черной краской, при чемъ зернистаго пигмента не замѣчалось. (Крайне недостаточное описаніе случая нѣсколько восполняется приложенными къ статьѣ 6 цвѣтными рисунками. Реф.) (*The Lancet*, 6 января).

Л. Старокадомскій.

474. Очень рѣдкій случай *мишечнаго расщиренія тонкой кишки* наблюдалъ д-ръ *Caytley* (London). Дѣвочка, 2½, родѣль отъ роду, больна съ 3-го дня жизни.

послѣ каждого кормленія наступаетъ рвота; вскорѣ присоединился поносъ. Въ правой сторонѣ живота, на уровнѣ пупка выдается опухоль въ куриное яйцо, подвижная, упругая, дающая при постукиваніи то глухой, то громкій звукъ, по времени совершенно исчезающая. Ребенокъ умеръ 5 недѣль, при чемъ за время лѣченія бывали промежутки, свободные отъ болевыхъ припадковъ. На вскрытіи найдено кистообразное расширение тонкой кишки, размѣрами въ  $3 \times 2 \times 1$  д., выступавшее подъ краемъ печени, впереди поперечной части ободочной кишки. Киста сообщалась съ полостью кишечника узкимъ отверстиемъ на 15 дюймовъ ниже привратника. Стѣнка мѣшка по строенію была продолженіемъ кишечной стѣнки, отличаясь значительнымъ развитіемъ мышечнаго слоя. 12-перстная кишка и часть тощей кишки до отверстия, ведущаго въ полость мѣшка, были значительно растянуты и гипертрофированы.

Происхождение описанной неправильности развитія остается невыясненнымъ (The Lancet, 17 апрѣля). Л. С.

**Хирургическія болѣзни.** 475. Д-ръ Rörig II (Willingen) выступаетъ защитникомъ операціи Bottini при лѣченіи гипертрофіи предстательной железы. По его мнѣнію, отрицательный результатъ операція даетъ только тогда, когда она дѣлается въ случаяхъ, гдѣ имѣется лишь незначительная степень гипертрофіи и гдѣ поэтому операція вообще не показана. Но при болѣе позднихъ степеняхъ болѣзни она всегда устраняетъ самые тягостные для больного припадки: задержаніе мочи, натуги, затрудненіе катетеризаціи и т. п. Для больного она является наиболѣе удобной и пріятной операціей, и лишь тогда, когда повторное выполненіе ея оказывается безуспѣшнымъ, слѣдуетъ, по мнѣнію автора, прибѣгнуть къ вылученію железы. Авт. сдѣлалъ операцію по Bottini въ 203-хъ случаяхъ и только въ 1 получилъ смертельный исходъ. Распределеніе случаевъ по ступенямъ развитія болѣзни показываетъ, что наибольшій % излѣченій (92) получился въ случаяхъ съ полнымъ задержаніемъ мочи, а наименьшій (0) въ случаяхъ съ незначительной гипертрофіей. Возвратовъ послѣ излѣченія авт. не видѣлъ. Онъ оперируетъ при стоячемъ положеніи больного, такъ какъ когда при пустомъ пузырьѣ предстательная железа лучше вдается во входъ въ пузырь и этимъ облегчается разрѣзываніе ея. Усыплять больного онъ не совѣтуетъ, такъ какъ при этомъ ослабляются стѣнки пузыря и железа получаетъ другую форму. Застойныя явленія послѣ операціи часто мѣшаютъ катетеризаціи, и случается, что моча не выходитъ, не смотря на то, что конецъ катетера находится въ пузырьѣ. Это препятствіе удается часто устранить употребленіемъ длинныхъ катетеровъ съ двойнымъ загипомъ или большой кривизной, у которыхъ отверстіе находится на вогнутой сторонѣ. При своихъ операціяхъ авт. примѣнялъ прижигатель Bottini въ его первоначальномъ видѣ (Münchener med. Wochenschrift, № 23). А. Коварскій.

476. Въ виду того, что при чревосѣченіяхъ наибольшій % зараженій получается при тѣхъ операціяхъ, гдѣ ранится наибольшее количество крупныхъ лимфатическихъ и кровеносныхъ сосудовъ, д-ръ Theilhaber предлагаетъ принимать особыя мѣры предосторожности передъ перевязкой ножки опухолей съ цѣлью предупрежденія зараженія. Особенно нужны эти мѣры при вылученіи яичниковыхъ опухолей, миомъ и другихъ опухолей на ножкахъ. Сущность ихъ заключается въ томъ, что для перевозки примѣняются неупотреблявшіеся еще инструменты, а операторъ вновь обеззараживаетъ руки. Для этого иглодержатель, иглы, швы, кровоостанавливающіе пинцеты, ножницы и тампоны обезпложиваются въ отдѣльномъ сосудѣ, въ которомъ они и остаются вплоть до того времени, когда приходится перевязывать ножку опухоли; передъ перевязкой хирургъ и всѣ его ассистенты вновь тщательно обеззараживаютъ свои руки. Брюшная рана въ теченіи тѣхъ нѣсколькихъ минутъ, пока происходитъ обеззараживаніе, закрываются такъ, что края ея придерживаются при помощи нѣсколькихъ пинцетовъ. Послѣ этого ножка обмывается нераздражающей брюшину обеззараживающей жидкостью, перевязывается при помощи неупотреблявшихся еще иглъ и лигатуръ, перерѣзывается ножницами и погружается въ полость живота; послѣ этого брюшная рана зашивается. Авт. примѣняетъ этотъ способъ сравнительно недавно, такъ что опыта большого въ этомъ отношеніи у него еще нѣтъ, но въ виду безвредности и ожидаемаго уменьшенія числа зараженій онъ на-

стоятельно совѣтуетъ испытать его въ большихъ размѣрахъ (Münchener med. Wochenschrift, № 23). А. К.

477. Д-ръ J. Vatter Vaughan (Detroit, Америка) разбираетъ вопросъ объ орошеніи брюшной полости съ бактериологической точки зрѣнія. Смертность отъ воспаленія брюшины зависитъ отъ 2-хъ условій: 1) вредности заразы и 2) площади, занятой заболѣваніемъ. Изъ 25 первоклассныхъ американскихъ хирурговъ 15 высказались за орошеніе при остромъ разлитомъ гнойномъ воспаленіи брюшины, 10—противъ. Сторонники орошенія полагаютъ, что имъ удаляются ядовитыя вещества, которыя иначе всасывались-бы, противники-же основываются на меньшей смертности, получаемой безъ орошенія. Изученіе роста бактерій въ послѣдніе годы показало, что, помимо стерильности среды, первымъ условіемъ для обильнаго роста зародышей является равномерное распределеніе содержащаго ихъ вещества въ видѣ тонкаго слоя на поверхности среды. Полость брюшины при обычныхъ условіяхъ представляетъ изъ себя широкую стерильную поверхность, но, когда угрожаетъ опасность въ видѣ прободенія червеобразнаго отростка и т. п., она пытается защитить себя путемъ образованія сращеній, которыми ограничивается площадь произрастанія зародышей. Если-же прободеніе происходитъ раньше, чѣмъ успѣютъ образоваться сращения, то происходитъ разлитое воспаленіе брюшины. Сторонники орошенія хотятъ выполоскать заразное вещество изъ брюшной полости. Но что они дѣлаютъ на самомъ дѣлѣ? Они взвѣшиваютъ зародышей въ водѣ и заставляютъ ихъ во взвѣшенномъ состояніи проникать во всѣ точки брюшной полости, вызывая этимъ навѣрное общее воспаленіе брюшины, весьма рѣдкое и даже невозможное при отсутствіи такого способа распространенія. Брюшная полость анатомически такъ хорошо раздѣлена на части, что не допускаетъ всеобщаго зараженія всей ея поверхности даже при самомъ внезапномъ прободеніи. Зараженная область, несомнѣнно, будетъ обширна, но образующіяся сращения составляютъ авангардъ для защиты, въ резервѣ-же остаются естественныя анатомическія препоны для прекращенія доступа заразы. Въ грубыхъ чертахъ полость брюшины можетъ быть раздѣлена на 3 части: тазъ и области ниже и выше поперечной ободочной кишки; послѣдняя опять можетъ быть раздѣлена на область желчнаго пузыря и область желудка. У женщинъ область таза счастливымъ образомъ еще болѣе рѣзко отдѣлена отъ живота, чѣмъ у мужчинъ; S-образная кишка составляетъ линію раздѣла, и сращения ея съ окружающими тканями въ 90% случаевъ предупреждаютъ переходъ зараженія изъ таза въ собственно брюшную полость. При прободеніяхъ червеобразнаго отростка или прободеніи кишки во время тифа поперечная ободочная кишка составляетъ преграду для распространенія зараженія вверхъ. Неужели слѣдуетъ омытъ вышележащую часть взвѣшеннымъ растворомъ каловыхъ массъ и заразнаго вещества путемъ орошенія? Въ случаяхъ прободенія желчнаго пузыря или язвы желудка и 12-перстной кишки заражается верхній участокъ полости, расположенный надъ ободочникомъ, а ни одна часть брюшной полости не имѣетъ столь выраженныхъ преградъ для заразы, какъ именно область желчнаго пузыря и привратника. Кто бы могъ рѣшиться путемъ орошенія перенести гной въ сосѣдную полость? То-же правило остается въ силѣ и для любой другой части брюшной полости. Огромная смертность при промываніи брюшной полости во время остраго разлитого нагноенія брюшины навела Ochsner'a на мысль лѣчать это заболѣваніе полнымъ покоемъ безъ оперативнаго вмѣшательства. Патологія учитъ, что выпотъ вначалѣ бываетъ сывороточный, затѣмъ дѣлается фибринознымъ. Этимъ зараза и задерживается на мѣстѣ, и происходитъ образованіе нарыва. Поэтому удалитъ выпотъ не слѣдуетъ. Въ этомъ выпотѣ наблюдается большое количество бѣлыхъ тѣлецъ, и, хотя еще и не вполне выяснено, какую роль они играютъ въ дѣлѣ сопротивленія организма заразы, все-же извѣстно, что роль ихъ весьма существенная. Волѣдъ за орошеніемъ нарыва брюшной полости наблюдается значительное повышеніе температуры тѣла, зависящее отъ усиленія всасыванія вслѣдствіе удаленія запищающаго выпота, который затѣмъ долженъ образоваться

вновь. Данные низшіе организмы, заключенные въ одной и той-же пробиркѣ, могутъ уже вымереть; но, если постоянно прибавлять новой среды и дѣлать частыя перепрививки, они могутъ жить очень долго. И такъ орошение брюшной полости съ бактериологической точки зрѣнія совершенно противопоказано. Оттокъ лучше всего достигается продырявленной резиновой или стеклянной трубкой. Большинство хирурговъ, однако, предпочитаетъ марлевые тампоны. Это повѣрно, такъ какъ марля способствуетъ образованию сросевій. Но по прошествіи 3—4-хъ дней такой тампонъ превращается въ пробку и долженъ быть замѣненъ трубкой, такъ какъ орошенія къ этому времени уже успѣваютъ образоваться (The Journal of the American Medical Association, № 11).

В. Дитманъ.

**Глазные болѣзни.** 478. Д-ръ Н. Becker (Dresden) сообщилъ Heidelberg'скому Съѣзду глазныхъ врачей случай 4-недельнаго опаснаго для жизни кровотеченія отъ излеченія старческой катаракты.

70-лѣтняя старческая катаракта извлекалась изъ праваго глаза у 37-лѣтняго купца, имѣвшаго порокъ сердца. Кровотеченіе началось въ то мгновеніе, когда радужная оболочка была захвачена пинцетомъ, чтобы сдѣлать надрѣзъ ея. На 6-ой день, когда кровотеченіе изъ разрыва роговицы, главнымъ образомъ артерійное, все еще продолжалось, не смотря на давящую повязку, покой, пузырь со льдомъ, жидкую вытяжку спорыньи, желатину и пр., и жизни больного стала грозить опасность, пришлось подъ хлороформомъ опорожнить глазъ. Черезъ 3 дня удаленъ былъ іодоформный тампонъ, введенный послѣ опорожненія глазного яблока въ бѣлоноболоочечный мѣшокъ, и кровотеченіе началось снова. Успили больного еще разъ хлороформомъ, термokaутеромъ Pasquelin'a произвели струпу на центральной артеріи сѣтчатки, въ полость бѣлочной оболочки ввели іодоформный тампонъ, а самую полость закрыли 3-мя швами. Кровотеченіе все же продолжалось. Безуспѣшными оказались и впрыскиванія желатинъ въ бѣдра, адреналинъ, какъ и присыпки іодоформомъ и ксероформомъ. Прекратилось кровотеченіе лишь послѣ того, какъ полость глаза была выполнена разжиженной и отвердѣвшей вслѣдъ за тѣмъ обезжелезованной желатиной Merck'a.

Исключая въ данномъ случаѣ кровотоичивость, глаукому, близорукость, сифилисъ, ненормальность въ прохожденіи глазной артеріи и общее оплотнѣніе артерій, авт. признаетъ здѣсь мѣстный артеріосклерозъ, охватившій сонную артерію и развѣтвленія ея, главнымъ образомъ глазную артерію и ея вѣтви—сосуды радужной оболочки и центральную артерію сѣтчатки.—Проф. Fuchs видѣлъ подобный случай, приведшій къ смерти. Онъ совѣтуетъ, при вѣдичности артеріосклероза, давать больному передъ операцией какое-нибудь средство, понижающее кровяное давленіе, лучше всего бромистый калий, и какъ во время операціи, такъ и послѣ нея оставлять больного въ сидячемъ положеніи.—Deutschmann, Purtscher и Eversbusch упоминали о такихъ-же случаяхъ изъ своей практики и подтвердили исключительность подобнаго осложненія (По отчету въ Arch. f. Augenh., LII, 4).

Р. Кауцъ.

479. Д-ръ Reis (изъ глазного отдѣленія проф. Machek'a въ Lemberg'ской больницѣ) приводитъ случай нагноенія всего глаза съ нарывомъ въ мозгу и смертельнымъ воспаленіемъ мозговыхъ оболочекъ, какъ примѣръ того, что и при сохраняющемъ тѣченіи паннофтальмита можетъ получиться смертельный исходъ, какъ и при вылуценіи глаза.

37-лѣтній чернорабочій получилъ ударъ палкой въ лѣвый глазъ. Обратился онъ въ больницу недѣлю спустя, когда паннофтальмитъ былъ уже въ полномъ разгарѣ. Передній отдѣлъ глазного яблока, сильно выпяченнаго, неподвижнаго и чрезвычайно опухшаго, представлялъ собою сплошную гнойную массу, въ серединѣ которой видѣлось отверстіе, закупоренное безформенными остатками сосудаго прибора. Отверстіе это расширяли разрывомъ, а для уменьшенія все еще продолжавшихся болѣе въ глазъ назначили примочку изъ Burow'ской жидкости. Улучшенія, однако же, не наступило; появились жестокая боль въ головѣ, температура поднялась до 39,5, показались судорога затылка, больной потерялъ сознаніе и умеръ — черезъ 5 дней послѣ поступленія въ больницу. Вскрытіе обнаружило въ лѣвой лобной доль мозга нарывъ, прорвавшійся въ лѣвый боковой желудочекъ. Распространеніе воспаления къ мозговымъ оболочкамъ обнаружено было и по влаглялищамъ зрительнаго нерва; но эти измѣненія были незначительны и относились къ позднѣйшей ступени болѣзни. Смертельное воспаление мозговыхъ оболочекъ обуславливалось не этими измѣненіями, а мозговымъ нарывомъ, который, очевидно, привелъ-бы къ смерти и въ томъ случаѣ, если-бы глазное яблоко было вылушено (Archiv für Augenheilkunde, LIII, 2).

Р. Кауцъ.

480. Д-ръ Galsowski сообщилъ Paris'скому Обществу глазныхъ врачей случай нагноенія глазничной кѣтчатки съ воспаленіемъ глазного яблока и воспаленіемъ зрительнаго нерва отъ воспаления верхнелестничной ветви, вызваннаго косторѣд-

ными зубомъ. Вслѣдъ за трепанацией Highmor'овой полости по способу Luc'a, острота зрѣнія въ 14 дней поднялась съ 1/4 до нормы (По передачѣ въ Arch. f. Aug., LIII, 1).

Р. Кауцъ.

481. Д-ръ Ray видѣлъ 2 случая засоренія глаза осколками котировальнаго карандаша (англинсваго). Въ одномъ изъ этихъ случаевъ получилась очень тяжелая реакція, кончившаяся помутнѣніями роговой оболочки и сросеніемъ вѣка съ главнымъ яблокомъ (Ophthalm. Record, январь 1905; Arch. f. Aug., LIII, 1).

482. Д-ръ Rohrer наблюдалъ въ 2-хъ случаяхъ неприятыя послѣдствія для глаза при впрыскиваніяхъ парафина для исправленія носа. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ больная при 5-мъ или 6-мъ впрыскиваніи внезапно почувствовала сильную боль въ лѣвомъ глазу и въ тоже время перестала видѣть этимъ глазомъ. Изслѣдованіе, произведенное годъ спустя, показало обширныя полосы старыхъ кровоизліяній въ области ооска зрительнаго нерва и желтаго пятна, а также и атрофію кровеносныхъ сосудовъ, ставшихъ почти совершенно незамѣтными. Глазъ былъ слѣпъ по прежнему. Основываясь на означенной картинѣ глазного дна, говорившей за закупорку сѣтчаточныхъ вѣтъ, авт. разсматриваетъ осложненіе со стороны глаза въ подобныхъ случаяхъ, какъ слѣдствіе попаданія парафина въ венный сосудъ и распространенія его къ глазу по лицевой, угловой и глазной венамъ. Во избѣжаніе такихъ осложненій, авт. совѣтуетъ примѣнять парафинъ съ точкой плавленія въ 41° или 42°, впрыскивать заразъ не больше 1 или 1,5 см. и пальцами одного или нѣсколькихъ помощниковъ отграничивать область, подлежащую исправленію, придавливая въ тоже время угловую вену (Annales d'oculistique, CXXXIV; Archives d'ophtalmologie, февраль).

Р. Кауцъ.

483. Приводя 2 случая, въ которыхъ иридектomia противъ затяжной глаукомы сопровождалась острымъ приступомъ глаукомы, въ значительной степени ухудшавшимъ состояніе глаза, д-ръ Orie предостерегаетъ противъ злоупотребленія этой операціей. Авт. считаетъ иридектию противопоказанной при простой глаукомѣ, при которой она, по его мнѣнію, всегда бесполезна, а иногда и можетъ показаться губительной, а также при затяжной глаукомѣ съ значительнымъ суженіемъ поля зрѣнія, при которой большой подвергается риску отъ острой глаукомы, вызванной операціей, потерять въ нѣсколько дней и послѣдній остатокъ зрѣнія (Archives d'ophtalm., февраль).

484. Среди матеріала Tübingen'ской глазной клиники д-ръ Schmidthäuser собралъ 20 случаевъ, въ коихъ пигментное перерожденіе сѣтчатки сочеталось съ глаукомой. Въ 6 изъ нихъ больные были не старше 41 г. 60% составляли мужчины, 40% женщины. Среди всѣхъ случаевъ пигментнаго ретинита въ Tübingen'ской клиникѣ осложненные глаукомой составляли 2,78% (Tübingen'ская диссертация, 1904; Arch. f. Aug., LII, 4).

Р. Кауцъ.

485. Проф. Nuël сообщаетъ свои дальнѣйшія наблюденія надъ сочувственной амблиопіей, описанной имъ въ 1897 г. и встрѣченной имъ въ 22-хъ случаяхъ. Это ослабленіе зрѣнія безъ измѣненій въ глазномъ днѣ можетъ наступить черезъ мѣсяцы или годы послѣ поврежденія другого глаза. Начинается оно небольшимъ пониженіемъ остроты зрѣнія при головной боли, свѣтобоязни и легкомъ суженіи поля зрѣнія. Съ теченіемъ времени, послѣ нѣкоторыхъ колебаній въ состояніи глаза, острота зрѣнія еще больше падаетъ, поле зрѣнія сильнѣе суживается, слѣпое пятно увеличивается, и, наконецъ, начинаютъ замѣчаться и атрофическія измѣненія въ сосѣдъ зрительнаго нерва. Сочувственная амблиопія имѣетъ большое значеніе въ судебномедицинскомъ отношеніи, такъ какъ въ началѣ ее можно принять за притворство. Работоспособность даже при незначительномъ пониженіи остроты зрѣнія бываетъ ослаблена въ высокой степени или равна 0. Только въ началѣ страданія можно надѣяться на полное выздоровленіе, каковое Nuël наблюдалъ лишь въ 3-хъ случаяхъ (Poli-clinique de Bruxelles, 1904; Arch. f. Augenh., LII, 4).

486. Д-ръ Feilchenfeld наблюдалъ у 39-лѣтняго спинносухоточнаго своеобразную атаксію глазныхъ мышцъ. Оба глаза свободно двигались во всѣхъ направленіяхъ, если направленіе имъ указывалось какимъ-либо предметомъ; если-же направленіе указывалось на словахъ, то они судорожно сводились къ носу. Последнее явленіе авт.

послѣ каждого кормленія наступаетъ рвота; вскорѣ присоеди-  
нилась поносы. Въ правой сторонѣ живота, на уровнѣ пупка  
выдается опухоль въ куриное яйцо, подвижная, упругая, дающая  
при постукиваніи то заглушенный, то громкій звукъ, по време-  
намъ совершенно исчезающая. Ребенокъ умеръ 5 недѣль, при  
чемъ за время лѣченія бывали промежутки, свободные отъ бо-  
лезненныхъ припадковъ. На вскрытіи найдено кистообразное  
расширеніе тонкой кишки, размѣрами въ  $3 \times 2 \times 1$  д., выступав-  
шее подъ краемъ печени, впереди поперечной части ободочной  
кишки. Киста сообщалась съ полостью кишечника узкимъ отвер-  
стіемъ на 15 дюймовъ ниже привратника. Стѣнки мѣшка по  
строению были продолженіемъ кишечной стѣнки, отличааясь зна-  
чительнымъ развитіемъ мышечнаго слоя. 12-перстная кишка и  
часть тощей кишки до отверстія, ведущаго въ полость мѣшка,  
были значительно растянуты и гипертрофированы.

Происхожденіе описанной неправильности развитія  
остается невыясненнымъ (The Lancet, 17 апрѣля). Л. С.

**Хирургическія болѣзни.** 475. Д-ръ Rörig II (Wil-  
dungen) выступаетъ защитникомъ операціи Bottini при  
лимфеній гипертрофій предстательной железы. По его  
мнѣнію, отрицательный результатъ операція даетъ только  
тогда, когда она дѣлается въ случаяхъ, гдѣ имѣется  
лишь незначительная степень гипертрофіи и гдѣ поэтому  
операція вообще не показана. Но при болѣе позднихъ  
степеняхъ болѣзни она всегда устраняетъ самые тягост-  
ные для больного припадки: задержаніе мочи, натуги, за-  
трудненіе катетеризаціи и т. п. Для больного она являет-  
ся болѣе удобной и пріятной операціей, и лишь тогда,  
когда повторное выполненіе ея оказывается безуспѣш-  
нымъ, слѣдуетъ, по мнѣнію автора, прибѣгнуть къ вылу-  
щенію железы. Авт. сдѣлалъ операцію по Bottini въ  
203-хъ случаяхъ и только въ 1 получилъ смертельный  
исходъ. Распределеніе случаевъ по степенямъ развитія  
болѣзни показываетъ, что наибольшій % излеченій (92)  
получился въ случаяхъ съ полнымъ задержаніемъ мочи, а  
наименьшій (0) въ случаяхъ съ незначительной гипер-  
трофіей. Возвратовъ послѣ излеченія авт. не видѣлъ. Онъ  
оперируетъ при стоячемъ положеніи больного, такъ какъ  
когда при вѣдомъ пузырѣ предстательная железа лучше  
вдаётся во входъ въ пузырь и этимъ облегчается разрѣ-  
зываніе ея. Успокоить больного онъ не совѣтуетъ, такъ  
какъ при этомъ ослабляются стѣнки пузыря и железа по-  
лучаетъ другую форму. Застойныя явленія послѣ опера-  
ціи часто мѣшаютъ катетеризаціи, и случается, что моча  
не выходитъ, не смотря на то, что конецъ катетера нахо-  
дится въ пузырь. Это препятствіе удается часто устранить  
употребленіемъ длинныхъ катетеровъ съ двойнымъ заги-  
бомъ или большой кривизной, у которыхъ отверстіе находит-  
ся на вогнутой сторонѣ. При своихъ операціяхъ авт. при-  
мѣнялъ прижигатель Bottini въ его первоначальномъ ви-  
дѣ (Münchener med. Wochenschrift, № 23). А. Коварскій.

476. Въ виду того, что при чревосѣченіяхъ наибольшій  
% зараженій получается при тѣхъ операціяхъ, гдѣ ра-  
нится наибольшее количество крупныхъ лимфатическихъ  
и кровеносныхъ сосудовъ, д-ръ Theilhaber предлагаетъ  
принимать особыя мѣры предосторожности передъ пере-  
вязкой ножки опухоли съ цѣлью предупрежденія зара-  
женія. Особенно нужны эти мѣры при вылушеніи яични-  
ковыхъ опухолей, миомъ и другихъ опухолей на ножкахъ.  
Сущность ихъ заключается въ томъ, что для перевозки  
примѣняются неупотреблявшіеся еще инструменты, а  
операторъ вновь обеззараживаетъ руки. Для этого игло-  
держатель, иглы, швы, кровеостанавливающіе пинцеты,  
ножницы и тампоны обезпложиваются въ отдѣльномъ со-  
судѣ, въ которомъ они и остаются вплоть до того времени,  
когда приходится перевязывать ножку опухоли; передъ  
перевязкой хирургъ и всѣ его ассистенты вновь тщатель-  
но обеззараживаютъ свои руки. Брюшная рана въ теченіи  
тѣхъ нѣсколькихъ минутъ, пока происходитъ обеззаражи-  
ваніе, закрываются такъ, что края ея придерживаются  
при помощи нѣсколькихъ линцевъ. Послѣ этого ножка  
обмывается нераздражающей брюшину обеззараживаю-  
щей жидкостью, перевязывается при помощи неупотреб-  
лявшихся еще иглъ и лигатуръ, перерѣзывается ножни-  
цами и погружается въ полость живота; послѣ этого  
брюшная рана зашивается. Авт. примѣняетъ этотъ спо-  
собъ сравнительно недавно, такъ что опыта большого въ  
этомъ отношеніи у него еще нѣтъ, но въ виду безвредно-  
сти и ожидаемаго уменьшенія числа зараженій онъ на-

стоятельно совѣтуетъ испытать его въ  
мѣрахъ (Münchener med. Wochenschrift, № 23).

477. Д-ръ J. Valter Vaughan (Detroit, Mich.) ставитъ  
вопросъ объ орошеніи брюшной полости  
логической точки зрѣнія. Смертность отъ воспа-  
ленія зависитъ отъ 2-хъ условій: 1) вредности  
2) площади, занятой заболѣваніемъ. Изъ 15  
случаевъ американскихъ хирурговъ 15 высказы-  
ваютъ свое мнѣніе при остромъ разлитомъ гнойномъ воспа-  
леніи, 10—противъ. Сторонники орошенія по-  
нимаютъ удаляющія ядовитыя вещества, которые на-  
мѣнились-бы, противники-же основываются на  
смертности, получаемой безъ орошенія. Изъ  
бактерій въ послѣдніе годы показало, что, по-  
мимо среды, первымъ условіемъ для обильнаго  
развитія является равновѣсное распределе-  
ніе ихъ вещества въ видѣ тонкаго слоя въ  
среде. Полость брюшины при обычныхъ ус-  
ловіяхъ представляетъ изъ себя широкую стерильную полость,  
когда угрожаетъ опасность въ видѣ прободен-  
наго отростка и т. п., она пытается защититься  
образованіемъ сращеній, которыми ограничиваетъ  
произрастаніе зародышей. Если-же про-  
бодить раньше, чѣмъ успѣютъ образоваться сращения,  
происходитъ разлитое воспаленіе брюшной  
полости, орошеніе хотя бы вымываетъ заразу изъ  
брюшной полости. Но что они дѣлаютъ?  
Они взвѣшиваютъ зародышей въ водѣ, въ  
возвѣшенномъ состояніи проникаютъ въ  
полость, вызывая этимъ нагноеніе брю-  
шины, весьма рѣдкое и даже неслѣд-  
ствіи такого способа распространенія  
анатомически такъ хорошо раздѣленнаго  
пространства, пускаетъ всеобщаго зараженія всѣхъ  
при самомъ внезапномъ прободеніи  
несомнѣнно, будетъ обширна, но  
составляютъ авангардъ для за-  
щиты естественныя анатомическія  
препятствія доступа заразы. Въ грубыхъ  
случаяхъ можетъ быть раздѣлена на 3  
части: 1) верхнюю, 2) среднюю и 3) нижнюю.  
Каждая изъ нихъ можетъ быть раздѣлена на 2  
части: 1) лѣвую и 2) правую. Въ области желудка.  
У женщинъ образъ еще болѣе рѣзко от-  
личается отъ мужчинъ; S-образная кишка со-  
ставляетъ 1/3 и орошеніе ея съ окружающими  
предупреждаютъ переходъ заразы въ  
брюшную полость. При  
отростка или прободенія кишки  
нижняя ободочная кишка состав-  
ляетъ 1/3 и орошеніе зараженія квер-  
ху, выходящую часть взвѣши-  
вающей массы и заразнаго веще-  
ства, прободенія желчнаго  
12-перстной кишки зара-  
женный расположенный надъ обод-  
очной полостью не имѣетъ с-  
сращеній, какъ именно обод-  
очная. Кто бы могъ рѣши-  
тъ, что въ сосѣднюю полость  
и для любой другой  
на смертность при про-  
бодѣ остраго разлитого  
на мысль лѣчить  
оперативнаго  
значалъ бы  
познымъ. З-  
исходить  
слѣд-  
ствіи  
ка-



(Журналъ нейропатологии и психіатріи имени С. С. Корсакова, 1905 г., книга 6). Ч. пр. Б. Грейденбергъ.

495. Проф. *Umber* (Altona) съ большимъ успѣхомъ лѣчилъ упорные случаи нейральный сѣдалищнаго нерва при помощи перинеурального пропитыванія по *Lange*. Способъ этотъ предложенъ былъ его изобрѣтателемъ въ 1904 г. и тѣхъ случаевъ, которые не поддаются никакому другому лѣченію. По *Lange*, слѣдуетъ поступать такъ: на внутренней поверхности бедра, соответствующемъ мѣсту выхода сѣдалищнаго нерва изъ сѣдалищнаго отверстия, при соблюденіи всѣхъ правилъ обезпложиванія, впрыскивается, по *Meisch's*, въ кожу растворъ эйкаина до образованія волдыря; затѣмъ сюда вкалываютъ длинную (въ 10 см.) иглу Грицца и, постоянно выпуская обезболивающую жидкость, вводятъ кондомъ иглы до самаго нервнаго ствола, имѣющаго здѣсь въ ширину около 1,25 см. Въ тотъ моментъ, когда остріе иглы доходитъ до нервнаго ствола, кончикъ содрогается, какъ отъ электрическаго удара, а потомъ и узнаютъ, что направленіе иглы взято вѣрно. Послѣ этого впрыскиваютъ дов. быстро 70—100 к. стм. жидкости [обезпложенный растворъ поваренной соли (8 на 1000), содержащій 1 на 1000 эйкаина]. Авт. примѣнилъ это лѣченіе въ 10 застарѣлыхъ случаяхъ, въ 9 изъ нихъ успѣхъ былъ достигнутъ послѣ 1-го же впрыскиванія. Въ 1-мъ случаѣ, гдѣ болѣзнь развилась на почвѣ сифилиса, улучшения не получалось и послѣ 3-хъ впрыскиваній. Эффектъ отъ лѣченія получается поразительный. Изъ побочных дѣйствій *Umber* видѣлъ только кратковременныя повышенія температуры, зависящія не отъ зараженія при впрыскиваніи. Онъ могъ, далѣе, убѣдиться, что тотъ-же результатъ получается, если вмѣсто эйкаина, впрыскивать просто физиологическій растворъ поваренной соли. Дѣйствіе тутъ, очевидно, зависитъ отъ введенія большого количества жидкости въ окрестность нерва, т. е. отъ болѣе механическаго характера. Авт. вводилъ отъ 100 до 170 к. стм. жидкость (*Therapie der Gegenwart*, апрѣль).

**Болѣзни носа, уха и горла.** 496. Результаты примѣненія *Bier*'овскаго способа лѣченія застойной гипереміеи и гнойныхъ процессахъ средняго уха оказались въ наблюденіяхъ д-ра *Fleischmann*'а (въ клиникѣ *Politzer*'а) гораздо болѣе утѣшительными, чѣмъ въ рукахъ *Keppeler*'а. Материаломъ для наблюденія служили автору 24 больныхъ—9 съ острымъ гнойнымъ воспаленіемъ средняго уха безъ осложнений, 12 съ такимъ-же воспаленіемъ, осложненнымъ мастоидитомъ, 2 съ хроническимъ гнойнымъ воспаленіемъ средняго уха и острымъ мастоидитомъ и 2 съ воспаленіемъ надхрящницы. Изъ 1-ой категоріи у 6 больныхъ произошло излѣченіе послѣ 10—23-дневнаго примѣненія *Bier*'овскаго способа, у остальныхъ 3-хъ излѣченіе было достигнуто лишь послѣ перехода отъ *Bier*'овскаго къ обычнымъ способамъ лѣченія на 10—20-ый день. Въ смыслѣ продолжительности лѣченія авт. для этого рода болѣзней не видитъ никакого преимущества въ *Bier*'овскомъ способѣ передъ другими. Изъ 12 больныхъ съ острымъ воспаленіемъ сосцевиднаго отростка 8 къ примѣненію застойной гипереміи не представляли никакихъ показаній къ оперативному вмѣшательству. Изъ 4-хъ достигнуто излѣченіе въ теченіи 7—18 дней, у другихъ 4-хъ состояніе настолько ухудшилось, что была необходима операція, открывшая обширныя костныя полости. Остальные 4, подлежавшіе уже въ моментъ начала операціи, не избѣгли ея и послѣ примѣненія *Bier*'овскаго способа, при чемъ выяснилось, что во всѣхъ случаяхъ отсрочка операціи имѣла весьма неблагоприятное вліяніе на ходъ процесса. Въ обоихъ случаяхъ острого воспаленія сосцевиднаго отростка съ острымъ мастоидитомъ и гнойная гиперемія дала отрицательный результатъ въ томъ смыслѣ, что острый процессъ сосцевиднаго отростка перешелъ въ хроническій, потребовавшій коренной операціи. Наконецъ, въ 2-хъ случаяхъ надхрящницы *Bier*'овскій способъ не далъ никакихъ результатовъ. На основаніи всѣхъ этихъ наблюденій авт. приходитъ къ заключенію, что въ области отита средняго уха *Bier*'овскому способу нужно относиться съ осторожностью, такъ какъ изъ-за него нерѣдко пропускаютъ время, когда необходима хирургическому вмѣшательству. *В. В. В.*



разсматриваетъ, какъ состояніе равновѣсія внѣглазныхъ мышцъ, предполагая ослабленіе наружныхъ прямыхъ мышцъ послѣ временнаго ихъ паралича: при отсутствіи побужденія къ движению со стороны зрительныхъ ощущеній глаза оставались неподвижными, принимая то положеніе, какое вызывалось нарушеніемъ равновѣсія между наружными и внутренними прямыми мышцами. (Zeitschr. f. klin. Medicin, LVI, 3 и 4; Arch. f. Aug. LIII, 1).

487. Принимая во вниманіе освѣжающее дѣйствіе *муравьинокислаго натра* на утомленные мышцы тѣла, д-ръ *Jacquem* сталъ применять это средство и *противъ утомленія глазъ*—«безислія зрѣнія» (астенопіи) отъ недостаточности приспособленія и сведенія. Результаты получились благоприятныя, особенно при недостаточности сведенія (внутреннихъ прямыхъ мышцъ); иногда тотчасъ-же получалась возможность работать нѣсколько часовъ подрядъ безъ всякаго чувства усталости въ глазахъ. Что тутъ дѣйствовало не внушеніе, видно изъ того, что улучшеніе наступало иногда лишь черезъ нѣсколько дней послѣ начала лѣченія и держалось еще нѣсколько дней послѣ окончанія его. Выбиралось, однако-же, случай съ одной лишь функциональной астиопіей, безъ ненормальности въ преломленіи глазъ. Примѣнялся муравьинокислый натръ въ видѣ глазныхъ капель, въ растворѣ 1:30 или 1:50, при чемъ въ оба глаза впускалось по нѣсколько капель, 3 раза въ день. Неприятныхъ ощущеній эти капли не вызывали; лишь иногда больные жаловались на жженіе въ глазу и слезотеченіе, что, вѣроятно, зависѣло отъ недостаточной чистоты раствора (Lyon méd., 1905, № 38; Wiener klin. therap. Wochenschr., 1905, № 46; Woch. f. Ther. und Hyg. des Auges, 11 января). *P. Kaуz.*

488. Послѣ извлеченія катаракты, какъ извѣстно, обыкновенно оказывается обратный астигматизмъ, который, въ виду высокой цѣны очковъ съ сочетанными стеклами, большей частью остается неисправленнымъ. Между тѣмъ такой астигматизмъ можно исправить однимъ лишь *наклономъ сферическихъ стеколъ*. Д-ръ *Percival* обращаетъ вниманіе на это извѣстное обстоятельство, вычисляя то цилиндрическое дѣйствіе, которое получается отъ наклона верхняго края стекла кпереди на то или другое число градусовъ. Отъ наклона стекла въ 10 D на 15° получается такое дѣйствіе, какъ будто къ этому стеклу приставили цилиндрическое, съ горизонтальной осью, въ 0,7 D (сферическое дѣйствіе стекла также измѣняется при этомъ, повышаясь на 0,25 D); а отъ наклона такого стекла на 20° получается цилиндрическое дѣйствіе въ 1,38 D, при чемъ сферическое его дѣйствіе повышается на 0,4 D (The Ophthalm., 1905, № 6; Arch. f. med. Literatur, 1905, ноябрь; Woch. f. Ther. u. Hyg. des Auges, 18 янв.). *P. K.*

489. Проф. *F. de Lapersonne* указываетъ на роль сифилиса въ *нарастающей и злокачественности близорукости*. При насѣжденіи сифилисъ паренхиматозное воспаленіе роговой оболочки можетъ уже и само по себѣ вызвать близорукость, а измѣненія сосудистой и сѣтчатой оболочки могутъ сообщить близорукости ея злокачественный характеръ, обуславливая пониженіе остроты зрѣнія, не исправляемое стеклами. Вліяніе приобрѣтеннаго сифилиса (или другого разстройства въ общемъ состояніи) на теченіе близорукости слѣдуетъ заподозривать во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ близорукость начинаетъ принимать нарастающій и злокачественный характеръ уже послѣ 25 лѣтъ жизни—послѣ того возраста, въ которомъ нарастаніе близорукости обыкновенно прекращается. Авт. приводитъ нѣсколько примѣровъ того, какъ внутриглазныя измѣненія, свойственныя злокачественной близорукости, могутъ обуславливаться сифилисомъ и поддаваться противосифилитическому лѣченію. Измѣненія эти заключаются либо въ атрофическомъ воспаленіи сосудистой оболочки съ плавающими мутностями въ стекловидномъ тѣлѣ, либо въ воспаленіи сосудистой и сѣтчатой оболочекъ вокругъ соска, либо въ кровоизліяніяхъ въ желтомъ пятнѣ, либо въ отслойкѣ сѣтчатки (Клиническая лекція. Presse médicale, 27 декабря 1905; Archives d'ophtalm., январь). *P. Kaуz.*

490. Приводя нѣсколько случаевъ успѣшнаго примѣненія *сшиванія вѣкъ при тяжелыхъ поврежденіяхъ глазного яблока*, д-ръ *Monthus* (изъ глазной клиники Hôtel-Dieu)

разбираетъ, прежде всего, показанія и преимущества этого способа. Показуется онъ при проникающихъ ранахъ роговицы, бѣлка или роговично-бѣлочной границы. Особенно показуется онъ при поврежденіяхъ глаза у ребенка. Испробованъ онъ можетъ быть и при самыхъ значительныхъ поврежденіяхъ, даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ единственно показуемымъ кажется вылушеніе глаза, такъ какъ и здѣсь онъ позволяетъ разсчитывать, по крайней мѣрѣ, на косметическій результатъ. Обуславливая почти непосредственное прекращеніе болѣзненныхъ явленій, сшиваніе вѣкъ сокращаетъ продолжительность лѣченія, позволяя обходиться безъ повязки (на первые 2—3 дня все же слѣдуетъ ее наложить), оно въ тоже время даетъ возможность наблюдать за состояніемъ глазного яблока и примѣнять соответственное лѣченіе. Произвести сшиваніе вѣкъ необходимо возможно скорѣе послѣ пораненія, убѣдившись лишь, конечно, въ томъ, что въ глазу нѣтъ посторонняго тѣла. Изъ способовъ сшиванія вѣкъ авт. отдастъ предпочтеніе частичному, срединному (по *Panas'y*), но достаточно обширному, не доходящему на 4—5 мм. до наружнаго угла вѣкъ и на 3—4 мм. до слезныхъ точекъ. Швы можно снять на 5-ый день; оставлять-же вѣки шпильками необходимо по меньшей мѣрѣ 15 дней (Archives d'opht., январь). *P. Kaуz.*

491. Д-ръ *Schwartz* сообщаетъ *случай излеченія бугорчатки соединительной оболочки сывороткой Marmorek'a*. Болѣзнь походила на трахому; лишь микроскопическое изслѣдованіе вылушенной частицы обнаружило бугорчатку. Это-же распознаваніе подтверждено было и прививочными опытами. Приступивъ послѣ этого къ *выприскиваніямъ означенной сыворотки*, авт. производилъ ихъ черезъ день подъ кожу живота. По *выприскиваніи* 276 к. см. сыворотки наступило полное исцѣленіе (Deutsche med. Wochenschr., 1905, № 34; Arch. f. Aug., LIII, 3 и 4). *P. K.*

**Дѣтскія болѣзни.** 492. Д-ръ *Heliodor Schiller* (Chicago) на основаніи 11 наблюденій описываетъ *особо заразное заболѣваніе шейныхъ железъ съ типичными местными и общими явленіями*, которое, однако, нѣсколько отличается отъ т. наз. «железистой лихорадки» *Pfeiffer'a*. Наиболее выдающійся и характерный признакъ заболѣванія состоитъ въ внезапномъ опуханіи извѣстныхъ шейныхъ железъ, иногда появляющемся рапѣ всякой боли въ нихъ. Железы представлялись твердыми; воспаленія окружающихъ ихъ тканей не наблюдалось. Чаще всего опухали железы, расположенныя спереди, сзади и подъ верхнимъ концомъ грудиноключичнососковой мышцы. Въ 1 случаѣ болѣзнь началась ознобомъ, головной болью, рвѣзо въ животѣ, болью въ поясницѣ и рвотой. Во всѣхъ случаяхъ были жалобы на нѣкоторую боль въ горлѣ, но эта боль была меньше, чѣмъ при жабѣ. У 3-хъ больныхъ болѣзнь осложнилась острымъ геморрагическимъ воспаленіемъ почекъ, появившимся на 5-ый, 7-ой и 11-ый день болѣзни, когда остальные явленія уже исчезли и опуханіе железъ уже прошло. Въ 1 изъ этихъ случаевъ, кромѣ небольшихъ количествъ бѣлка, въ мочѣ были найдены бѣлые и красные кровяные шарики и кубическій эпителий. Слѣды бѣлка были найдены почти во всѣхъ случаяхъ даже при низкой температурѣ. Селезенка и печень были нѣсколько увеличены во всѣхъ случаяхъ,—селезенка настолько, что ее можно было опухать, печень—на 1 дюймъ изъ-подъ реберъ. Боль въ животѣ наблюдалась часто, а запоръ составлялъ постоянный признакъ. Въ 5 случаяхъ были найдены аденоидныя разрожденія. Характернымъ для всѣхъ случаевъ было то, что опуханіе железъ держалось долго и рассасываніе шло медленно. Въ 3 случаяхъ наступило нагноеніе железъ. Во всѣхъ случаяхъ была лихорадка постоянного типа (отъ 100° до 104° F.=37,5—40° C.) и только въ 1 случаѣ выше 105° F.=40,5° C.), оканчивавшаяся лихорадкой. Въ гноѣ были найдены: въ одномъ случаѣ—чистыя разводки палочки гриппа, въ другомъ—вмѣстѣ съ цѣпкоками, въ третьемъ—одни цѣпкоки. Въ зѣвѣ были найдены цѣпкоки, гроздечки, двоекочки и палочки гриппа. Предсказаніе болѣзни благоприятное. (The Journal of the American Medical Association, № 16). *В. Дитманъ.*

493. Проф. *Comby* разбираетъ *вопросъ о недержаніи мочи у дѣтей*. Къ часто примѣняемымъ мѣропріятіямъ

нужно отнести способъ *Guyon'a*, состоящій въ фарадизаціи жома (анодъ на подчревьѣ, катодъ на промежности; сеансы продолжительностью въ 5 мин., 3 раза въ недѣлю). Результаты этого лѣченія: изъ 40 больныхъ у 22 наступило излѣченіе, у 10—улучшеніе, а у 8 оно оказалось безуспѣшнымъ. Гораздо лучшіе результаты (75% выздоровленій) получилъ *Cathelin*, впрыскивавшій черезъ каждые 8 дней по 10—20 к. стм. физиологическаго раствора либо 1%-наго раствора кокаина въ спинномозговую каналъ (эпидуральное впрыскиваніе). Наблюденія *Masmonteil'a*, *Kapsamer'a* и *Sanlas'a* подтверждаютъ данныя *Cathelin'a*. *Sanlas*, однако, утверждаетъ, что кокаинъ дѣйствуетъ несравненно вѣрнѣе и умѣстнѣе при лѣченіи не только недержанія мочи, но и частью мочеиспусканія. Изъ внутреннихъ средствъ полезна жидкая вытяжка *Rhois agomaticeae*, которую авторъ прописываетъ такъ: жидкой вытяжки *Rhois* 10,0, апельсиноваго сиропа 20,0, перегнанной воды 80,0; дѣтямъ до 5 лѣтъ 3 раза въ день по 1 чайной, до 10 л. столько-же разъ по десертной ложкѣ. Это средство даетъ до 73% выздоровленій. Также полезной оказывается волчья ягода, которую назначаютъ въ видѣ настойки, по 3 капли, 3 раза въ сутки, увеличивая съ каждымъ днемъ дозу на 1 каплю, пока не дойдутъ до 15 капель заразъ. Буде не получается успѣха, то назначаютъ атропинъ со стрихниномъ: стрихнокислаго атропина 0,04, азотнокислаго стрихнина 0,02, перегнанной воды 10,0; начинаютъ съ 1 капли и съ каждымъ днемъ увеличиваютъ дозу на 1 каплю, пока не обнаружатся признаки отравленія или улучшенія. Авторъ назначаетъ одинъ атропинъ въ 1%-номъ растворѣ до 15 капель, 1 разъ въ день, дѣтямъ отъ 2—5 лѣтъ. При почти недержаніи мочи атропинъ даютъ передъ сномъ. Кроме лѣкарствъ при лѣченіи недержанія мочи назначаютъ соответствующую діету (меньше мяса), запрещаютъ кофе, чай, острые приправы, спиртные напитки; количество жидкостей ограничиваютъ. Нужно также помнить объ изслѣдованіи мочи, чрезвычѣнная кислотность которой нерѣдко бываетъ причиной упомянутой болѣзни; въ этихъ случаяхъ назначаютъ въ изобиліи щелочи. Не слѣдуетъ также забывать водолѣченіе, общее укрѣпляющее лѣченіе, жесткую постель (*Archives de médecine des enfants*, январь). *C. O.*

**Нервные и душевные болѣзни.** 494. Ч. пр. *А. Е. Ямшевскій* сообщаетъ—изъ Одесской клиники нервныхъ болѣзней проф. *Н. М. Попова*—случай *гемиплегіи*, обусловленной множественнымъ *нейритомъ* на почвѣ отравленія угаромъ.

26-лѣтній слесарь явился въ амбулаторію клиники съ жалобой на параличъ правой руки и слабость правой ноги. Изъ разспросовъ оказалось, что болѣзнь продолжается уже болѣе года и началась послѣ того, какъ больной угорѣлъ, проведя болѣе 2-хъ сутокъ въ помѣщеніи, гдѣ топились антрацитомъ печь. Товарищъ больного, спавшій съ нимъ въ этомъ помѣщеніи, умеръ. Исслѣдованіе обнаружило параличъ правыхъ конечностей съ участіемъ обѣихъ вѣтвей лицеваго нерва, при чемъ отсутствіе повышенія сухожильныхъ рефлексовъ и мышечныхъ сведеній, съ одной стороны, исключало возможность предположенія черепномозгового поврежденія, а, съ другой стороны, цѣлый рядъ признаковъ—равное участіе въ параличѣ верхней вѣтви лицевого нерва, вялость сокращенія мышцъ при раздраженіи гальваническимъ токомъ нижней вѣтви этого нерва, болѣзненность при давленіи на нервные стволы, боли по ходу нервовъ, атрофія мышцъ съ реакціей перерожденія, ослабленіе мышечнаго тонуса, расстройство чувствительности отчасти по периферическому типу, отчасти по ходу нервныхъ стволовъ—съ положительностью указывалъ на периферическій характеръ заболѣванія, въ формѣ множественнаго пораженія нервовъ, множественнаго *нейрита*.

Среди параличей, вызываемыхъ отравленіемъ угарнымъ газомъ, полупараличи вслѣдствіе множественнаго *нейрита* описаны въ очень рѣдкихъ случаяхъ, и авт. могъ найти въ литературѣ не болѣе 5—6 такихъ случаевъ. Причину, почему множественные *нейриты*, развивающіеся на почвѣ отравленія угаромъ, въ этихъ немногихъ случаяхъ такъ грубо нарушаютъ обычный типъ этой болѣзни, проявляясь въ несвойственной ей формѣ полупаралича, авт. склоненъ видѣть въ томъ обстоятельстве, что обыкновенно угарному отравленію люди подвергаются во время сна, когда многіе лежатъ на одномъ боку, чѣмъ создаются условія для развитія пораженія нервовъ отъ давленія. Такъ, между прочимъ, было и въ описанномъ случаѣ и подтвержда-лось своеобразнымъ распределеніемъ двигательныхъ и чувствительныхъ расстройствъ по пораженной 1/2 тела.

(Журналъ нейропатологии и психіатріи имени *С. С. Корсакова*, 1905 г., книга 6). Ч. пр. *Б. Грейденбергъ*.

495. Проф. *Umber* (Алтона) съ большимъ успѣхомъ лѣчилъ упорные случаи *нейралгій сѣдалищнаго нерва* при помощи *перинеуральнаго пропитыванія по Lange*. Способъ этотъ предложенъ былъ его изобрѣтателемъ въ 1904 г. для тѣхъ случаевъ, которые не поддаются никакому другому лѣченію. По *Lange*, слѣдуетъ поступать такъ: на участкѣ кожи, соответствующемъ мѣсту выхода сѣдалищнаго нерва изъ сѣдалищнаго отверстія, при соблюденіи всѣхъ правилъ обезболиванія, вырывается, по *Schleich'u*, въ кожу растворъ эйканна до образованія волдыря; затѣмъ сюда вкалываютъ длинную (въ 10 стм.) иглу шприца и, постоянно выпуская обезболивающую жидкость, доходятъ концомъ иглы до самаго нервнаго ствола, имѣющаго здѣсь въ ширину около 1,25 стм. Въ тотъ моментъ, когда остріе иглы доходитъ до нервнаго ствола, коленность содрагается, какъ отъ электрическаго удара, а поэтому и узнаютъ, что направленіе иглы взято вѣрно. Послѣ этого впрыскиваютъ дов. быстро 70—100 к. стм. жидкости [обезбоженный растворъ поваренной соли (8 на 1000), содержащій 1 на 1000 эйканна]. Авт. примѣнилъ это лѣченіе въ 10 застарѣлыхъ случаяхъ, въ 9 изъ нихъ успѣхъ былъ достигнутъ послѣ 1-го же впрыскиванія. Въ 10-мъ случаѣ, гдѣ болѣзнь развилась на почвѣ сифилиса, улучшенія не получалось и послѣ 3-хъ впрыскиваній. Эффектъ отъ лѣченія получается поразительный. Изъ побочных дѣйствій *Umber* видѣлъ только кратковременныя повышенія температуры, зависящія не отъ зараженія при впрыскиваніи. Онъ могъ, далѣе, убѣдиться, что тотъ-же хороший результатъ получается, если вмѣсто эйканна, впрыскивать просто физиологическій растворъ поваренной соли. Дѣйствіе тутъ, очевидно, зависитъ отъ введенія большого количества жидкости въ окрестность нерва, т. е. оно болѣе механическаго характера. Авт. вводилъ отъ 100 до 170 к. стм. жидкость (*Therapie der Gegenwart*, апрѣль).

**Болѣзни носа, уха и горла.** 496. Результаты примѣненія *Bier'овскаго* способа *лѣченія застойной гипереміи при гнойныхъ процессахъ средняго уха* оказались въ наблюденіяхъ д-ра *Fleischmann'a* (въ клиникѣ *Politzer'a*) гораздо менѣе утѣшительными, чѣмъ въ рукахъ *Keppler'a*. Материаломъ для наблюденія служили автору 24 больныхъ—9 съ острымъ гнойнымъ воспаленіемъ средняго уха безъ осложненій, 12 съ такимъ-же воспаленіемъ, осложненнымъ мастоидитомъ, 2 съ хроническимъ гнойнымъ воспаленіемъ средняго уха и острымъ мастоидитомъ и 2 съ воспаленіемъ надхрящницы. Изъ 1-ой категоріи у 6 больныхъ наступило излѣченіе послѣ 10—23-дневнаго примѣненія *Bier'овскаго* способа, у остальныхъ 3-хъ излѣченіе было достигнуто лишь послѣ перехода отъ *Bier'овскаго* къ обычнымъ способамъ лѣченія на 10—20-ый день. Въ смыслѣ сокращенія продолжительности лѣченія авт. для этого рода процессовъ не видитъ никакого преимущества въ *Bier'овскомъ* способѣ передъ другими. Изъ 12 больныхъ съ острымъ воспаленіемъ сосцевиднаго отростка 8 къ началу примѣненія застойной гипереміи не представляли еще никакихъ показаній къ оперативному вмѣшательству. Изъ нихъ у 4-хъ достигнуто излѣченіе въ теченіи 7—18 дней, а у другихъ 4-хъ состояніе настолько ухудшилось, что потребовалась операція, открывшая обширныя костныя разрушенія. Остальные 4, подлежавшіе уже въ моментъ поступленія операціи, не избѣгли ея и послѣ примѣненія *Bier'овскаго* способа, при чемъ выяснилось, что во всѣхъ этихъ случаяхъ отсрочка операціи имѣла весьма неблагоприятное вліяніе на ходъ процесса. Въ обѣихъ случаяхъ хроническаго гнойнаго отита съ острымъ мастоидитомъ застойная гиперемія дала отрицательный результатъ въ томъ смыслѣ, что острый процессъ сосцевиднаго отростка перешелъ въ хроническій, потребовавшій коренной операціи. Наконецъ, въ 2-хъ случаяхъ воспаления надхрящницы *Bier'овскій* способъ не далъ никакихъ результатовъ. На основаніи всѣхъ этихъ наблюденій авт. приходитъ къ заключенію, что въ области отитовъ къ этому новому способу нужно относиться съ осторожностью, такъ какъ изъ-за него нерѣдко пропускаютъ настоящій моментъ къ хирургическому вмѣшательству. На последнѣмъ, однако,

сомнѣнію, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ Bier'овскій способъ лѣченія даетъ благоприятные результаты, но до тѣхъ поръ, пока этотъ вопросъ не будетъ рѣшенъ, можно, на ряду съ хорошими результатами, натолкнуться и на неблагоприятные исходы (Monatsschrift für Ohrenheilkunde, г. XL, тетр. 5).

Л. Левинъ.

497. Связь заболѣваній глаза съ болѣзнями носа давно уже извѣстна въ ринологіи и всесторонне освѣщена въ многочисленныхъ специальныхъ работахъ. Но во всѣхъ почти сообщенныхъ случаяхъ дѣло шло о хроническихъ заболѣваніяхъ глаза, въ зависимости отъ такихъ-же процессовъ носа и его придаточныхъ полостей. Между тѣмъ, не подлежитъ сомнѣнію, что и острая болѣзнь носа и его придаточныхъ полостей въ состояніи вызвать острую же заболѣванія глаза—обстоятельство, потому часто ускользавшее отъ наблюденія, что въ подобныхъ случаяхъ какъ болѣзнями, такъ и врачами естественно обращается больше вниманія на болѣе чувствительные припадки со стороны глазъ, чѣмъ на едва замѣтные и скоро преходящіе явленія со стороны носа. Фактъ этотъ находить подтвержденіе въ цѣломъ рядѣ интересныхъ наблюденій, которыя приводитъ *Egmont Baumgarten* (въ Будапештѣ).

1. У 8-лѣтней дочери врача появляется вслѣдъ за легкимъ гриппомъ сильная отечность и exophthalmus лѣваго глаза, а черезъ 2 дня и праваго. Глазнымъ врачомъ, не нашедшимъ со стороны глазъ достаточно данныхъ для объясненій этихъ явленій, болѣзнь была направлена къ автору, который, опредѣливъ при изслѣдованіи носа сильное увеличеніе передняго конца лѣвой средней раковины, тутъ-же удалил этотъ кончикъ. Черезъ полчаса болѣзнь уже въ состояніи открыть глазъ, черезъ день исчезаетъ и отечность обоихъ глазъ; но такъ какъ выпячиваніе и подвижность глазъ не улучшается, то на 6-ой день удаляются также и среднія рѣшетчатые кѣтки, послѣ чего уже на слѣдующій день глазное яблоко принимаетъ нормальное положеніе.

2. Сильная отечность праваго глаза, верхнее вѣко сильно припухше и красно, больной не можетъ открыть глаза. Въ носу слѣва нормально, справа на перегородкѣ спереди и сверху сѣроватая язва, величиной въ фасоль, сифилитическаго происхожденія. Прижиганія язвы 30% молочной кислотой и большія дозы іодистаго калия приводятъ въ короткое время къ полному излеченію глазной болѣзни.

3. Своего рода упісис. У 30-ти-лѣтней женщины съ парезомъ правостороннихъ мышцъ (внутренней прямой и нижней косой) найденъ лишь сухой катарръ носа. Изслѣдованіе полостей *Hightmore*овой, лобной и рѣшетчатыхъ кѣтокъ приводитъ къ отрицательному результату. При зондированіи-же передней стѣнки клиновидной полости удается легкимъ надавливаніемъ вскрыть эту полость, и изъ нея выдѣляется кровянистая жидкость. Въ ту-же минуту болѣзнь заявляетъ, что она опять видитъ нормально. Парезъ исчезъ навсегда.

4. Послѣ вскрытія зондомъ небольшого гнойника на переднемъ концѣ правой средней раковины сразу исчезаютъ нестерпимыя боли въ правомъ глазу и въ правой надглазничной области, которыми болѣзнь страдаетъ въ теченіи нѣсколькихъ дней.

5. 18-лѣтняя болѣзнь страдаетъ нѣсколько дней сильно выраженнымъ выпячиваніемъ лѣваго глазного яблока, во всѣхъ остальныхъ отношеніяхъ глазъ здоровъ. Двусторонній хроническій гипертрофическій катарръ носа. Всѣ придаточныя полости носа, за исключеніемъ клиновидной, найдены здоровыми. Послѣдняя полость вскрывается вдавливаніемъ зонда въ ее переднюю стѣнку, при чемъ опорожняется много кровянистой жидкости. Болѣзнь тутъ-же заявляетъ, что она почувствовала, какъ глазъ ея принялъ обычное положеніе. Exophthalmus исчезъ навсегда (Monatsschrift für Ohrenheilkunde, годъ 15-ый, тетр. 5).

Л. Левинъ.

498. Д-ръ *Chevalier Jackson* (Pittsburg) сообщаетъ случай фибромы носоглоточнаго пространства, излеченной операцией съ горлосеченіемъ и перевязкою наружной сонной артерій.

У 14-лѣтняго S. D. въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ все увеличивалось суженіе носа. Неоднократно были удалены части «полипа», что каждый разъ сопровождалось сильными кровотечениями, но дыханіе отъ этого не облегчалось и, наконецъ, больной могъ едва дышать только съ широко открытымъ ртомъ. Родители боялись, что онъ задохнется, и каждый разъ когда мальчикъ засыпалъ, онъ просыпался отъ ощущенія задушенія. Угрожала голодная смерть. Кровотеченія изъ носа бывали часто, головная боль и боль въ ухѣ постоянно. Правая носовая полость была выполнена твердой опухолью, отодвинувшей перегородку до лѣвой стѣнки носа, такъ что оба хода были совершенно заложены. Небная занавѣска была прижата къ языку. Вся носоглотка была выполнена твердой блестящей опухолью настолько, что пальцемъ можно было ощущать только видимую часть ея. Двоеніе въ глазахъ и пучеглазіе указывали на давленіе на глаз-

ницу. Распознава фиброма, исходящая изъ правой хоаны. Въ виду невозможности принять обычное общее обезболиваніе, предварительно подъ кожаномъ сдѣлано горлосеченіе и затѣмъ начато хлороформированіе черезъ горлосѣчную рану. Въ предупрежденіе кровотеченія сдѣлана перевязка правой наружной сонной артерій между язычной и верхней щитовидною артеріями. Тонкій зондъ съ ушкомъ и вѣткою въ него шелковой нитью проведенъ черезъ правый носовой ходъ и просунутъ между опухолью и туго натянutoй небной занавѣской, сквозь которую его можно было прощупать, когда его направили книзу. Когда ушко зонда достигло края занавѣски, нитку захватили пинцетомъ и вытянули достаточный кусокъ ея черезъ ротъ, а зондъ извлекли обратно черезъ носъ. Къ носовому концу шелка была привязана проволочная петля и протянута черезъ носъ до глотки, затѣмъ обведена вокругъ опухоли; концы проволоки продѣты черезъ прямую канюлю, и опухоль срѣзана въ одинъ приемъ, захвачена щипцами и извлечена. Кровотеченіе было приблизительно такое, какъ при срѣзываніи т. наз. железистыхъ разрозненій. Введены тампоны, удаленные черезъ 48 час. Горлосѣчная трубка была тотчасъ-же удалена. Вѣсъ опухоли былъ 1270 гр. (около 80 гр.); по строенію она оказалась чистой фибромой. Больной выздоровѣлъ (The Journal of the American Medical Association, № 7).

В. Дитманъ.

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 499. Д-ръ В. Стерлингъ (Варшава) описываетъ случай сифилитическаго пораженія челюстного сустава.

16/III 1906 г. поступилъ въ больницу больной, 25 л., съ жалобой на затрудненное раскрываніе рта и невозможность принимать твердую пищу, продолжающееся уже 4 недѣли. Затрудненіе это развивалось постепенно; въ началѣ болѣзнь почувствовалъ боли въ области лѣваго челюстного сочлененія, а недѣлю 2 спустя—и въ области праваго. 5 лѣтъ назадъ заразился сифилисомъ и послѣ появленія сыпи прошелъ курсъ специфическаго лѣченія; болѣе не лѣчился и никакихъ проявленій сифилиса не замѣчалъ. Годъ назадъ заболѣлъ переломомъ, отъ котораго вылѣчился; 1/2 года спустя заразился вторично, а мѣсяца 2 назадъ заболѣлъ переломомъ въ 3-й разъ.—Средняго сложенія, хорошаго питанія. Паховыя железы съ обѣихъ сторонъ умѣренно увеличены. Въ области скуловой кости и скуловой дуги, равно какъ и въ нижней части височной области и челюстного сустава слѣва возвышеніе; при ощупываніи обнаруживается ясное утолщеніе лицевой кости и дуги въ сравненіи съ правой стороной. При наибольшемъ раскрываніи рта между верхними и нижними зубами съ трудомъ проходитъ мизинецъ. Боли появляются въ обѣихъ суставахъ при движеніяхъ. Внутренніе органы нормальны. Въ мочѣ нѣтъ ни бѣлка, ни сахара; количество мочевой кислоты не увеличено. Изслѣдованіе половыхъ частей показало подострое перелойное воспаленіе передней части мочеиспускательнаго протока. Изъ здоровой семьи. Подъ вліяніемъ специфическаго сипланнаго лѣченія болѣзненность быстро исчезла, утолщеніе суставныхъ концовъ уменьшалось и больной могъ все свободнѣе открывать ротъ. Нѣкоторое утолщеніе суставныхъ концовъ все-же осталось, вслѣдствіе чего до полного раскрыванія рта дѣло, вѣроятно, не дойдетъ.

Случай этотъ—крайне рѣдкій: авт. въ доступной ему литературѣ не нашелъ ни одного подобнаго (Gazeta lekarska, 28 іюля).

С. Островскій.

## ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

2-ой Съѣздъ отечественныхъ психіатровъ въ Киевѣ. (Окончаніе. См. выше, № 33, стр. 1030).

Засѣданіе 10-го сентября—утреннее, подъ предѣлательствомъ ч. пр. Н. Н. Баженова.

Проф. В. П. Сербскій прочелъ списокъ членовъ 1-го Съѣзда отечественныхъ психіатровъ, скончавшихся въ теченіи протекшихъ со времени его 18 лѣтъ. Память ихъ почтена была встаніемъ.

Предложеніе бюро о посылкѣ приветственной телеграммы отъ членовъ 2-го Съѣзда отечественныхъ психіатровъ предѣлтелю 1-го Съѣзда проф. И. П. Мерзеевскому, съ выраженіемъ сожалѣнія объ его отсутствіи, принято было при всеобщемъ шумномъ одобреніи.

По обсуждавшимся на прошломъ засѣданіи вопросамъ о законодательствѣ о душевно-болѣзняхъ принято предложеніе Н. Н. Баженова въ слѣдующей формулировкѣ: «Поручить существующему Бюро озаботиться организаціей специальной Комиссіи изъ психіатровъ и юристовъ для выработки проекта законодательства о душевно-болѣзняхъ. Законопроектъ этотъ долженъ быть разосланъ въ соответственные ученые Общества, психіатрическія больницы и всѣмъ членамъ Союза психіатровъ. По получе-



ни отъ указанныхъ мѣстъ и лицъ указаній, замѣчаній и исправленій и послѣ окончательной сводки и редакціи ихъ, законопроектъ этотъ долженъ быть размѣщенъ на нарочито для этого созванномъ Сѣздѣ психіатровъ и направленъ въ Государственную Думу.

Прис. пов. А. Д. Марюлинъ (Кіевъ). Тезисы проф. В. П. Сербскаго по поводу уголовного законодательства о душевно-больныхъ съ точки зрѣнія 10-го Сѣзда Международнаго Союза криминалистовъ. Терминъ «вмѣненіе» все больше и больше входитъ въ обиходъ психіатрической терминологіи. Проф. В. П. Сербскій вслѣдъ за Kraft-Ebing'омъ и многими другими говоритъ о «способности къ вмѣненію», какъ о вопросѣ, который входитъ въ задачу психіатрической экспертизы. Между тѣмъ понятія о вмѣненіи и о способности къ нему—чисто юридическія. Когда-то люди наказывали даже неодушевленные предметы и стихійныя силы за претерпѣваемый отъ нихъ вредъ. Всѣмъ извѣстенъ персидскій царь, который приказалъ выскѣ море, потопившее его корабль. Въ средніе вѣка люди наказывали животныхъ, сжигали птицъ, вѣшали четвероногихъ, приговаривали къ смѣли саравчу. Наконецъ, постепенно кругъ всего того, на что обрушивался гнѣвъ потерпѣвшаго, общества и государства, сузился, наказанія стали примѣняться только къ людямъ, болѣе того—начались безконечныя поиски для научнаго обоснованія и оправданія примѣненія кары по адресу правонарушителя. Изъ этихъ поисковъ и возникли понятія о «вмѣненности и вмѣненіи», которыя сводятся на практикѣ къ вопросу о томъ, долженъ ли правонарушитель понести наказаніе или нѣтъ? Наказаніе—явленіе социальное; въ немъ заинтересованы потерпѣвшій, общество и юристы, дѣйствующіе въ качествѣ замѣстителей, уполномоченныхъ отъ общества. Но психіатръ, какъ таковой, тутъ не при чемъ. Для него есть люди нормальные и душевно-больные; онъ различаетъ состояніе сознательное и безсознательное и т. д. По этимъ вопросамъ, по опредѣленію всѣхъ болѣзненныхъ и аномальныхъ уклоненій отъ средней нормы того, что называется нормальнымъ состояніемъ, юристъ долженъ безусловно выслушать заключеніе врача. Къ счастью, современное человечество уже отказалось отъ примѣненія наказанія къ лицамъ психически-ненормальнымъ. Случилось это весьма недавно: «Еще въ прошломъ столѣтіи», говоритъ Dubuisson, освобожденіе преступника отъ уголовной ответственности по поводу его психической ненормальности было явленіемъ совершенно исключительнымъ». Къ счастью, эта категорія «преступниковъ» завоевана врачами у судей. Пускай-же психіатры рѣшаютъ вопросы о болѣзни и лѣченіи, но не о вмѣненности и наказаніи, тѣмъ болѣе, что даже среди юристовъ, въ лицѣ представителей новаго позитивнаго направленія въ уголовномъ правѣ, наблюдается неуклонное стремленіе совершенно упразднить метафизическія построенія о вмѣненіи, замѣнивъ его вопросомъ о примѣненіи предупредительныхъ мѣръ въ смыслѣ охраны общества отъ правонарушителей психически-нормальныхъ (или, говоря житейски, здоровыхъ) и лѣченія лицъ психически-ненормальныхъ. Только что закончившійся въ Hamburg'ѣ 10-й Сѣздъ Международнаго Союза криминалистовъ единогласно высказался за полное упраздненіе понятія «вмѣненіе». На Сѣздѣ уже не говорили ни о вмѣненности, ни о невмѣненности, ни о т. наз. уменьшенной вмѣненности. Бельгія, говоря о разнородности правонарушителей съ точки зрѣнія психіатрической, употребляли на Сѣздѣ термины: «погмаухъ», «апогмаухъ» и «defectueux». Для 1-ой группы примѣнены наказанія; 2-ая группа направляется въ больницы или въ мѣста specialнаго надзора; что же касается 3-й группы—defectueux, или, какъ ихъ называли нѣмцы—«geistesminderwertige», то для нихъ, какъ для не вполне нормальныхъ, но въ то-же время и не вполне ненормальныхъ, необходимы specialныя мѣры. Проф. В. П. Сербскій возражаетъ противъ введенія въ наше законодательство понятія объ уменьшенной вмѣненности. Въ этомъ случаѣ, въ видѣ возраженія, опять-таки интересное всего привести свѣжія постановленія Hamburg'скаго Сѣзда криминалистовъ, касающіяся вышеозначеннаго вопроса: 1) Для лицъ не вполне нормальныхъ (съ уменьшенной отвѣтственностью по причинамъ внутренняго порядка), совершившихъ уже преступное дѣяніе, или нѣтъ, но представляющихъ опасность для самихъ себя, для окружающей среды или для общества, законодатель долженъ создать мѣры предупрежденія, защиты (specialный надзоръ, убѣжища для охраны и т. п.). 2) Для лицъ не вполне нормальныхъ, опасныхъ или неопасныхъ, но совершившихъ преступное дѣяніе, необходимо ввести specialное наказаніе или-же specialный режимъ лѣченія. Эти постановленія—превосходный отвѣтъ со стороны юристовъ на запросы психіатрической науки. Общество, все еще обуреваемое жаждой мести по адресу т. наз. нормальныхъ здоровыхъ правонарушителей, уже достигло той культурной зрѣлости, чтобы наряду съ совершенно психически-ненормальными людьми признавать группу людей не совсемъ нормальныхъ, куда входятъ всѣ посредствующія ступени между 2-мя крайними полюсами—съ одной стороны, состояніемъ психической ненормальности, съ другой состояніемъ нормальнымъ. Для этой средней группы Van-Hamel, Prince и многіе другіе ученые правовѣды предложили устроить specialныя заведенія (Anstalten) на началѣхъ лѣченія и гуманнаго обособленія съ цѣлью огражденія общества отъ опасности и безъ всякой примѣсы возмездія или воздаяній. Огромная масса правонарушителей-падучихъ, алкоголиковъ, истериковъ, неврастениковъ, морфинистовъ и т. п. категорій «не вполне нормальныхъ» должна быть исторгнута изъ рукъ карающей Немезиды и предоставлена попеченію specialныхъ надзирателей и лѣченію врачей. Въ виду вышеизложен-

наго было-бы желательно, чтобы настоящій или ближайшій Сѣздъ психіатровъ вошелъ въ обсужденіе резолюцій Hamburg'скаго Сѣзда криминалистовъ по вопросу о «не вполне нормальныхъ въ психическомъ отношеніи лицахъ». Вопросъ о психологическомъ мѣрилѣ—весьма сложный. Проф. Тагаццевъ справедливо отмѣчаетъ непригодность его въ обрисовкѣ метафизической. Все это отголоски ученія о свободѣ воли. Принтіомъ такого рода обрисовки психологическаго мѣрила можетъ служить § 51 германскаго угод. уложенія, гдѣ говорится о «freie Willensbestimmung». Несомнѣнно, что предпочтительнѣе положительная, чисто житейская, обрисовка психологическаго мѣрила, какъ, напр., въ 39 ст. нов. угод. улож. Но настоящее рѣшеніе вопроса заключается въ полномъ упраздненіи психологическаго мѣрила. Вообще всѣ ученые психіатры должны всѣми силами содѣйствовать уничтоженію старыхъ понятій о преступленіи и наказаніи. Уже для большинства ясно, что преступленіе есть ничто иное, какъ продуктъ тѣхъ или иныхъ наслѣдственныхъ и социальныхъ условій; необходимо рассмотреть съ этой точки зрѣнія и наказаніе, необходимо развѣ навсегда сознаться, что наказаніе, какъ причиненіе страданія правонарушителю во имя воздаянія, есть ни что иное, какъ проявленіе мести. Когда мы обнимаемъ это истинное зерно, это основаніе наказанія, тогда поневолѣ смягчимся, тогда намъ станетъ стыдно самихъ себя, и мы станемъ все болѣе и болѣе приближаться къ уничтоженію карательной дѣятельности и къ замѣнѣ ея предупредительными и охранительными мѣрами.

Проф. В. П. Сербскій: Термины «вмѣненіе», «способность къ вмѣненію»—не мои; они всецѣло принадлежать юристамъ, и, если послѣдніе найдутъ необходимымъ отбросить ихъ или замѣнить другими, то и я буду вынужденъ принять новыя обозначенія. Но до тѣхъ поръ я обязанъ считаться съ существующими терминами, а затѣмъ, какъ бы они ни были замѣнены, тѣ понятія, которыя ими обозначаются, все-же останутся. Меня до крайности удивляетъ, что юристъ смѣшиваетъ совершенно различныя юридическія понятія: вмѣненіе и способность къ вмѣненію. Способность къ вмѣненію есть ни что иное, какъ извѣстное душевное состояніе даннаго лица, а вмѣненіе обозначаетъ умственный актъ представителей Суда. Способность къ вмѣненію—это фактическое обстоятельство, которое должно быть уже признано для того, чтобы судьи могли приступить къ вмѣненію. Въ приведенномъ докладчикомъ примѣрѣ царь выскѣ море; онъ тѣмъ самымъ произвелъ актъ вмѣненія; но не сдѣлалъ предвѣрительнаго анализа способности къ вмѣненію. Если-бы такой анализъ былъ имъ произведенъ, то онъ убѣдился-бы, что море, какъ стихія неодушевленная, не можетъ быть объектомъ вмѣненія, и на этомъ основаніи онъ долженъ былъ-бы воздержаться отъ совершеннаго имъ неразумнаго акта. Спутывать эти 2 совершенно различныхъ понятія для юриста непозволительно. Въ психологическомъ мѣрилѣ способности къ вмѣненію Вы усматриваете метафизическій принципъ, такъ какъ у нѣмцевъ онъ вылился въ обозначеніи «freie Willensbestimmung» («свободное волеопредѣленіе»); однако дѣлаете мнѣ нѣкоторое снисхожденіе въ виду того, что у меня онъ имѣетъ «житейскій» характеръ. Вопросъ о психологическомъ мѣрилѣ долгое время обсуждался и у насъ, и у нѣмецкихъ авторовъ. Изъ книгъ В. Х. Канди-скаго и Kraft-Ebing'a Вы убѣдитесь, что и терминъ «свободное волеопредѣленіе» не заключаетъ въ себѣ ничего метафизическаго, а имѣетъ тотъ-же житейскій характеръ; это понятіе требуетъ прежде всего анализа ума, чувства и воли, на основаніи котораго только и можно сказать, понимаетъ-ли человѣкъ, что онъ дѣлаетъ, и можетъ-ли руководить своими поступками. Вотъ эту способность руководить своими поступками—при отсутствіи какова-либо насилія внѣшняго или внутренняго (въ силу болѣзни)—нѣмецкіе комментаторы и подразумѣваютъ подъ «свободнымъ волеопредѣленіемъ». Вы говорите, что терминъ «уменьшенная вмѣненность» не долженъ употребляться, и въ тоже самое время ставите мнѣ въ вину, что я, совершенно согласно съ Вами, считаю необходимымъ не вводить этого понятія. Но Вы замѣняете его другимъ названіемъ—«defectueux», и тутъ я совершенно не могу съ Вами согласиться. Можно возразить и противъ дѣленія на «погмаухъ» и «апогмаухъ» старымъ вопросомъ: гдѣ разниа между ними, гдѣ граница между здоровьемъ и болѣзностью? А съ промежуточнымъ звеномъ, съ своимъ defectueux криминалисты садятся между 2-хъ стульевъ, что всего яснѣе обнаруживается изъ предлагаемыхъ ими мѣръ борьбы съ ними. Одни говорятъ: сначала накажи, потомъ лѣчи; другіе утверждаютъ, что въ одно и тоже время надо и наказывать, и лѣчить не то въ тюрьмахъ, не то въ больницахъ, не то въ особыхъ «сторожевыхъ домахъ» («casa di custodia» итальянцевъ). Этого совмѣщенія наказанія и лѣченія («traitement spécial», «reine adouc» и пр.) я рѣшительно не понимаю и въ качествѣ врача протестую противъ него.

К. Р. Евграфовъ (Пенза): Мнѣ совершенно неясно, чѣмъ предполагаетъ докладчикъ замѣнить терминъ психологическое мѣрило при введеніи новыхъ общихъ неопредѣленныхъ терминовъ: погмаухъ, апогмаухъ, defectueux?

Докладчикъ: Я не смѣшиваю понятій о «вмѣненіи» и «способности къ вмѣненію». По вопросу о наказаніи и лѣченіи резолюціей Hamburg'скаго Сѣзда рѣшено такъ, что судья назначаетъ лишь минимальный срокъ содержанія въ specialномъ заведеніи. Вопросъ объ этомъ срокѣ въ будущемъ долженъ принадлежать врачамъ. Различать нормальныхъ, ненормальныхъ и не вполне нормальныхъ должны психіатры, мнѣніе которыхъ обязательно для Суда.

Н. А. Вурубовъ (Воронежъ). О показаніяхъ къ примѣненію

**посемейная призрѣнія душевно-больныхъ.** Положения: 1) За послѣднее время наблюдается чрезвычайно напряженное примѣненіе системы посемейнаго призрѣнія душевно-больныхъ. 2) Это ведетъ къ эвакуаціи въ семьи больныхъ съ далеко незавершенными процессомъ или съ слишкомъ значительными недочетами въ духовной жизни. 3) Послѣднее обстоятельство вызываетъ рядъ нежелательныхъ случаевъ, страдательными лицами въ которыхъ являются какъ больные, такъ особенно население, ихъ призрѣвающее. 4) Какъ способъ, активно способствующій восстановленію психическаго здоровья и ведущій такимъ путемъ къ возвращенію въ условія обычной жизни, посемейное призрѣніе имѣетъ относительно небольшое значеніе. 5) Посемейное призрѣніе по преимуществу есть видъ только призрѣнія хроническихъ душевно-больныхъ съ совершенно законченными психическими процессомъ и пригоденъ лишь для ограниченаго числа душевно-больныхъ. 6) Въ отношеніи границъ примѣненія посемейнаго призрѣнія я полагаю, что слѣдуетъ вернуться къ формулировкѣ, данной покойнымъ проф. С. С. Корсаковымъ: «Нужно отдавать въ семьи больныхъ совершенно спокойныхъ, чистоплотныхъ, не требующихъ особаго ухода, совершенно безопасныхъ, не имѣющихъ половыхъ влеченій, а для женщинъ, перешедшихъ за періодъ климактерическій».

**А. А. Говстевъ** (Екатеринославъ): Помимо указанных докладами условий, влияющихъ на движеніе больныхъ въ патронажъ, имѣетъ значеніе еще и пребываніе врача среди призрѣваемыхъ больныхъ, дающее ему возможность предупреждать поводы къ возвращенію ихъ въ патронажъ въ лѣчебницу. Уменьшить число возвращающихся и устройство амбулаторной лѣчебницы для пріема въ ней призрѣваемыхъ въ патронажъ. Значеніе патронажа особенно интересно въ смыслъ подготовленія поправляющихся больныхъ къ жизни на свободѣ, въ какомъ-то смыслѣ патронажъ часто и примѣняется въ Берлинѣ. Въ странахъ съ широко развитымъ капиталистическимъ строемъ существуетъ стремленіе изгнать, по возможности, всѣхъ душевно-больныхъ изъ населенія съ цѣлью освободить рабочія руки. Для осуществленія этого устраиваютъ многочисленныя обширныя колоніи для душевно-больныхъ. У насъ-же, въ мало развитой капиталистической странѣ, послѣ ожидаемаго крушенія буржуазнаго строя, должны наступить благоприятныя условія для прикрѣпленія крестьянъ къ своей землѣ, а это создастъ благоприятныя условія для патронажа.

**В. А. Ропосовъ** (Самбирскъ) считаетъ для земледѣльской Россіи самой разумной въ лѣчебницѣ и экономическомъ отношеніяхъ системой призрѣнія душевно-больныхъ—систему колоніальную. Патронажъ-же, устроенный безъ ущерба для больныхъ, безъ опасностей и вреда для окружающаго населенія, съ обезпеченіемъ должнаго врачебнаго надзора будетъ стоить гораздо дороже, чѣмъ призрѣніе въ нашихъ колоніяхъ, а по качеству своему онъ ниже колоніальнаго призрѣнія. Самая исторія возникновенія у насъ патронажа представляетъ собою лишній доводъ за несостоятельность этого вида призрѣнія душевно-больныхъ. До 80-хъ годовъ прошлаго столѣтія, до періода глубокой реакціи въ русской общественной жизни, Земствами были устроены рядъ колоній для душевно-больныхъ. Въ реакціонные 80-е и 90-е годы въ жизни нашихъ Земствъ наступила задержка, отразившаяся, между прочимъ, и на пріостановкѣ въ дальнѣйшемъ расширеніи психіатрическихъ колоній. Между тѣмъ существующія больницы быстро переполнялись душевно-больными, и врачамъ пришлось вести тяжелую борьбу изъ за невозможности помѣстить ту массу больныхъ, помѣщенія которыхъ требовали привозившіе ихъ крестьяне, не имѣвшие возможности держать ихъ дома, а потому часто оставлявшие ихъ у воротъ лѣчебницъ. Такихъ «подкидышей» врачи принуждены были класть на полъ въ проходныхъ корридорахъ или переполненныхъ спальняхъ. Вслѣдствіе этого, Земства стали искать выхода и вспомнили о патронажахъ. Первымъ защитникомъ ихъ выступилъ **Н. Н. Баженовъ** въ 80-хъ годахъ, указавъ соблазнительную дешевизну содержанія душевно-больныхъ въ крестьянскихъ семьяхъ, безъ необходимости строить новыя лѣчебницы. Дешевизна эта оказалась, однако, призрачною: средняя стоимость больнаго въ патронажѣ Нижегородскаго Земства была 181 р. 29 к., въ лѣчебницахъ-колоніяхъ-же 200 р., а въ лучшихъ колоніяхъ-лѣчебницахъ содержаніе больныхъ въ дѣйствительности почти ничего не стоить Земству. Годные для патронажа больные—это тотъ кадръ больныхъ колоній, который своимъ производительнымъ трудомъ приблизительно покрываетъ все свое скромное содержаніе въ колоніяхъ. Указанія на казарменно-подавляющій режимъ жизни въ болѣе колоніяхъ основаны на незнаніи этой жизни. Со стороны административнаго наблюденія за больными самый идеально-устроенный патронажъ не можетъ сравниться съ колоніей. Въ виду всего этого я думаю, что посемейное призрѣніе душевно-больныхъ не имѣетъ никакого будущаго у насъ, въ Россіи, и предлагаю земцамъ обратить должное вниманіе на правильную организацію колоніальной системы, а не увлекаться устройствомъ патронажей.

**В. В. Радзевичъ** (Воронежъ): Пока среди нашего населенія будетъ зауряднымъ явленіемъ голодъ, недоѣданіе, умственная тѣма, до тѣхъ поръ патронажъ нужно будетъ считать явленіемъ весьма отрицательнымъ. Больные, долго жившіе хоть въ нѣсколько благоустроенной больницѣ, сплошь и рядомъ просятся о переводѣ обратно въ больницу при помѣщеніи ихъ въ патронажъ, жалуются при этомъ на грязь патронажа, на плохую пищу и т. д. Вернувшись на содержаніе больныхъ крестьянскихъ семей поэтому-то и не любятъ мало-мальски сознательныхъ больныхъ, прося давать полумумныхъ «дурачковъ», съ которыми имъ легче

жить. Развитие патронажа пагубно отражается на болѣе полезномъ типѣ призрѣнія душевно-больныхъ—на колоніяхъ. Въ патронажъ уводятъ именно тѣхъ больныхъ колоній, которые очень выгодны для нея своимъ рабочимъ трудомъ, удешевляющимъ содержаніе колоній.

**А. Л. Верболюмскій** (Владимір): Здѣсь говорятъ, что патронажное содержаніе больныхъ тѣсно для окружающаго населенія, что только бѣдностью крестьянъ можно объяснить желаніе брать больныхъ. Я-же утверждаю, что такой родъ заработка крестьяне считаютъ легкимъ; на ряду съ бѣдными патронажными призрѣніемъ занимаются и богатые крестьяне.

**И. С. Лебедевъ** (Кострома): Некультурные крестьяне примѣняютъ къ содержащимся у нихъ больнымъ самыя дикія шуты, напр., обливаніе кипяткомъ. Поэтому патронажъ слѣдуетъ сконцентрировать, чтобы наблюдающій призрѣваемыхъ больныхъ врачъ могъ успѣшнѣе предупреждать такого рода дикія выходки. Удаленіе больныхъ въ патронажъ изъ колоній-лѣчебницъ не можетъ увеличить стоимость содержанія лѣчебницъ, потому что хорошихъ рабочихъ изъ больныхъ въ колоніяхъ-лѣчебницахъ очень немного.

**И. С. Германъ** (Орелъ) на основаніи личнаго опыта съ патронажными призрѣніемъ больныхъ въ Орловской губ. утверждалъ, что эта форма призрѣнія имѣетъ чрезвычайно много положительныхъ достоинствъ. Въ Орловскомъ патронажѣ больные размѣщены по 3-мъ окраинамъ города, малолюднымъ, тихимъ, съ массою зелени, съ домами городского характера, гдѣ и живутъ въ отдѣльныхъ, чистыхъ, свѣтлыхъ комнатахъ. Пища больныхъ вполне удовлетворительная. 2 раза въ день ихъ навѣщаетъ отдѣльная надзирательница, имѣющая въ своемъ вѣдѣніи извѣстную часть патронажа, а развѣ въ недѣлю пріѣзжаетъ врачъ. Постель и бѣлье выдаютъ изъ больницы. Въ одну квартиру помѣщаются по нѣсколько человекъ; плата 8 р. за каждаго больнаго. Многие изъ больныхъ чувствуютъ себя въ семьѣ гораздо спокойнѣе, чѣмъ въ больницѣ, и переводъ изъ патронажа обыкновенно считаютъ наказаніемъ. Въ патронажѣ работаютъ 2 мастерскихъ—швейная и портняжная, куда больные приходятъ работать. Выселятъ въ патронажъ можно обыкновенно около 20% больныхъ. Стоимость больнаго въ патронажѣ около 12 р. въ мѣсяцъ.

**Ж.-вр. В. С. Яковенко** (Херсонъ): Изъ лѣчебницъ можно переводить въ патронажъ не болѣе 10—12% больныхъ. Успѣхъ патронажнаго призрѣнія зависитъ отъ подбора больныхъ. Въ патронажъ нужно помѣщать только больныхъ спокойныхъ, съ законченными кругомъ душевной болѣзни и съ небольшими недосладами личности, способныхъ участвовать въ работѣ и интересахъ призрѣвающей ихъ семьи. Призрѣвающая ихъ семья не должна тяготѣться ими, а, наоборотъ, дорожить участіемъ больныхъ въ работѣ семьи. Колонія и патронажъ дополняютъ другъ друга: въ колоніи помѣщаются выздоравливающіе; тѣ-же изъ больныхъ, которые переходятъ въ разрядъ хрониковъ или выздоровленіе которыхъ затягивается, попадаютъ въ колонію въ патронажъ. Патронажъ, стоя Земству дешевле лѣчебницъ, оказываетъ чрезвычайно благотворное вліяніе на больныхъ, приученіемъ ихъ къ обиходу здоровой семьи и семейной обстановкѣ.

**Е. И. Алтшулеръ** (Покровское-Мешерское): Рѣшать вопросъ о патронажѣ спѣшно нельзя. Нужно освѣтить вопросъ съ точки зрѣнія интересовъ больнаго, лѣчебнаго вліянія, а также и культурнаго воздѣйствія патронажа на окружающее населеніе. Больное мѣсто патронажа составляетъ гигиеническая обстановка жизни больныхъ: они живутъ въ тѣсотѣ, въ необходимости подчиняться часто несообразнымъ требованіямъ хозяевъ.

**К. Р. Евграфовъ** (Пенза): При обширности нашего отечества, при громадной разницѣ культурныхъ и экономическихъ условій быта народонаселенія, понятно, результаты примѣненія патронажа, на которые здѣсь ссылаются, будутъ различны, и никакихъ общихъ выводовъ на основаніи ихъ сдѣлать нельзя. Важнѣйшимъ мѣриломъ для своевременности введенія системы патронажа можетъ быть только %-ное отношеніе между числомъ душевно-больныхъ, находящихся въ психіатрическихъ учрежденіяхъ и остающихся среди населенія. Если призрѣвается 75—80%, то, понятно, есть настоятельная нужда въ примѣненіи системы патронажа. Совсѣмъ не то, если цифра призрѣваемыхъ равняется 15—20%, или даже еще меньше. Важнѣе и способъ примѣненія патронажа: одно дѣло—концентрированный патронажъ съ врачом-психіатромъ и пріемными покоями или патронажъ безъ нихъ. Наиболѣе естественное возникнутъ патронажу у воротъ больницъ, при чемъ кормилицами призрѣваемыхъ будутъ бывшіе служащіе больницъ. Система патронажа, наблюдаемая въ Орлѣ, гдѣ больные изъ загородной колоніи переводятся въ патронажъ въ городъ, въ высокой степени ненормальна.

Членъ Харьковской губернской Земской Управы **С. А. Задонскій**: Намъ, земскимъ дѣятелямъ, хотѣлось-бы услышать категорическое мнѣніе Съѣзда, считаетъ-ли онъ патронажную систему призрѣнія хорошимъ способомъ лѣченія душевно-больныхъ и не оказываютъ-ли призрѣваемые больные дегенеративнаго воздѣйствія на призрѣвающее ихъ населеніе?

**С. А. Бобочинъ** (Кіевъ): Необходимо выяснить, какъ относиться къ патронажу съ точки зрѣнія интересовъ населенія? Самое больное мѣсто этой стороны вопроса составляютъ интересы дѣтской части населенія. Пробываніе душевно-больныхъ среди дѣтей, можетъ быть, и оказать на нихъ хорошее вліяніе;

дѣти дѣлаются какъ-бы маленькими психіатрами; у нихъ развивается та вдумчивость и сердечность, какая свойственна психіатрамъ, но, съ другой стороны, беззащитность слабоумнаго можетъ способствовать развитію жестокости, которая такъ свойственна имъ дѣтямъ, особенно въ нѣкоторые періоды. Кромѣ того, въ умственно развитой средѣ дѣти развиваются обыкновенно лучше, а въ атмосферѣ неинтеллигентности, недомыслия, они значительно отстаютъ въ своемъ развитіи. Вполнѣ возможно допустить, что пребываніе въ селѣ большого числа слабоумныхъ вредно отзовется на умственномъ развитіи дѣтскаго населенія. Если-же все это такъ, то мы безусловно должны присоединиться къ предложенію д-ра Котосова о необходимости ассенизировать населеніе, а не вводить въ него душевно-больныхъ, не только принося при этомъ въ жертву экономическія выгоды, но даже и поступаясь возможными небольшими преимуществами этой формъ призрѣнія для самихъ душевно-больныхъ. Вообще эта сторона вопроса должна быть строго изслѣдована, чтобы не сдѣлать непоправимаго вреда населенію.

А. Л. Вербуновскій (Владимір) указалъ на одно важное, благоприятное для крестьянскихъ дѣтей, условіе патронажной жизни: въ лѣтнее время, когда все взрослое населеніе уходитъ на полевую работу, дѣти остаются обыкновенно совершенно безъ присмотра. При существованіи-же въ данной семьѣ призрѣнаго больного, въ домѣ (по заключаемому во Владимірѣ условію) непремѣнно долженъ быть взрослый, который, наблюдая за больнымъ, присматриваетъ и за оставленными дѣтями.

С. И. Штейнбергъ (Саратовъ): Какое вліяніе имѣетъ патронажъ на окружающую среду? Въ деревняхъ, гдѣ есть патронажъ, я встрѣчалъ множество идіотовъ и могу объяснить себѣ это только дурнымъ вліяніемъ больныхъ на здоровыхъ. Человѣкъ, особенно въ ранніе періоды жизни, не можетъ не подражать окружающимъ, не можетъ не перенимать отъ нихъ извѣстныхъ навыковъ. Чему-же можетъ научиться населеніе у душевно-больныхъ? Ничему, кромѣ худого. Я считаю преступнымъ распространять душевно-больныхъ въ темной массѣ. Соображеніями о дешевизнѣ патронажа руководиться нельзя. Крестьяне берутъ больныхъ изъ выгоды, а потому и плохо содержатъ ихъ. Тѣ тихіе и способные работать больные, каковыхъ предлагаютъ отдавать въ патронажъ, свою работой въ колоніяхъ покрываютъ расходъ на другихъ больныхъ.

М. М. Лучинскій (Екатеринославъ) глубоко убѣжденъ, что существованіе у насъ патронажа поддерживается той ужасной нишетою русскаго деревенскаго люда, которая съ каждымъ годомъ увеличивается.

Ч. пр. Н. Н. Баженовъ (Москва): Всѣ выслушанныя здѣсь возраженія противъ патронажа можно свести къ 2-мъ главнѣйшимъ положеніямъ: 1) задача психіатровъ заключается въ освобожденіи населенія отъ душевно-больнаго элемента, для чего нужно уединить душевно-больныхъ въ лѣчебницахъ; 2) патронажъ плохъ тѣмъ, что примѣняется неумѣло, неправильно, неосторожно. По поводу 1-го положенія я долженъ указать, что у насъ въ Россіи, въ больницахъ лѣчатся только 10—20% душевно-больныхъ, а остальные 80—90% остаются среди населенія, въ деревнѣ, дома, въ семьѣ. Если-бы у насъ былъ выборъ между готовою больницей для всѣхъ нуждающихся, съ одной стороны, и патронажемъ, съ другой, то было-бы понятное отрицаніе патронажа. На самомъ же дѣлѣ у насъ нѣтъ мѣстъ для огромнаго большинства душевно-больныхъ, остающихся среди населенія. Надежды на измѣненіе этого явленія быть не можетъ, такъ какъ для этого потребовались-бы милліоны, о которыхъ, мы и мечтать не смѣемъ. Вслѣдствіе переполненія больницъ за воротами лѣчебницъ сплошь и рядомъ остаются такіе больные, для которыхъ лѣчебница необходима и полезна. Поэтому нужно сдѣлать больницу рѣшетомъ, чрезъ которое должно просѣиваться психіатрическое населеніе, по возможности, все: одни при этомъ останутся въ больничныхъ отдѣленіяхъ, другіе попадутъ въ колонію, третьи, наконецъ, въ патронажное призрѣніе, подъ наблюденіе все-таки психіатра. Въ отвѣтъ на 2-ое положеніе я могу представить перечень несчастныхъ случаевъ въ очень благоустроенныхъ закрытыхъ больницахъ со скученнымъ душевно-больнымъ населеніемъ. Всякое дѣло, если въ него вложено много осторожности, вниманія и любви, будетъ развиваться хорошо. Для того, чтобы безъ особаго труда слѣдить за питаніемъ больныхъ, довольно завести въ домъ для ежедневнаго опредѣленія вѣса больного: это будетъ самое вѣрное повѣрочное средство. Едва-ли патронажный больной ставитъ жалѣть о переполненной больницѣ, гдѣ даже ночной отдыхъ не обезпеченъ отъ шумнаго драчливаго сосѣда. Здѣсь еще не говорилось о лѣчебномъ значеніи патронажа, и я хочу указать, что въ литературѣ уже выяснено чрезвычайно благотворное значеніе патронажнаго призрѣнія для извѣстныхъ категорій больныхъ. Помимо указанныхъ здѣсь спокойныхъ больныхъ, по моему, въ патронажъ должны попадать и болѣе формы циркулярными, періодическими, прогрессивные паралитики, словомъ тѣ, кому тяжело постоянно жить въ больницѣ, хотя періодами они и должны тамъ проводить нѣкоторое время. Я предлагаю признать за системой патронажа то значеніе, какое призналъ за нимъ 8-ой Пироговскій Сѣздъ, т. е. какъ необходимый звено въ общей системѣ призрѣнія душевно-больныхъ, рядомъ съ больницей, колоніей и другими службами для той-же цѣли учрежденіями.

Докладчикъ: я все-же остаюсь при мнѣніи, что патронажъ поддерживается у насъ, въ Россіи, оскуденіемъ населенія и съ измѣненіемъ экономическихъ условій крестьянскаго быта едва-ли продолжитъ свое существованіе. % больныхъ, помѣщаемыхъ въ патронажъ, сравнительно невеликъ (12—25), а потому потребуются

уже не такое большое расширеніе лѣчебницъ и колоній, чтобы удерживать этихъ больныхъ тамъ. Я считаю нормальнымъ такой порядокъ лѣченія, когда больной помѣщается сначала въ лѣчебницу, потомъ въ колонію, и, наконецъ, въ патронажъ. Постановленіе 8-го Пироговскаго Сѣзда является той предпосылкой, которая имѣлась мною въ виду при составленіи доклада. Н. Н. Баженовъ говорилъ, что среди населенія остаются 80% больныхъ; но этотъ фактъ нисколько не говоритъ за то, что патронажъ—хорошая форма призрѣнія душевно-больныхъ, и нисколько не оправдываетъ тѣхъ несчастныхъ случаевъ, которые бывають въ патронажѣ. Существованіе патронажа въ настоящее время объясняется все-таки только крайней нуждою тѣхъ крестьянъ, которые берутъ на призрѣніе душевно-больныхъ, и мы должны стремиться къ скорѣйшему уничтоженію такого порядка.

Въ виду слишкомъ рѣзкаго раздѣленія мнѣній, Собраніе рѣшило воздержаться отъ присоединенія къ постановленію 8-го Пироговскаго Сѣзда относительно примѣненія системы патронажа въ дѣлѣ призрѣнія душевно-больныхъ въ Россіи до дальнѣйшаго накопленія практическихъ наблюденій по этому вопросу.

Засѣданіе 10-го сентабря — вечернее, подъ предсѣдательствомъ ч. пр. Г. И. Россолимо.

Ч. пр. Л. С. Миноръ (Москва). О лѣчебницахъ для лицъ, потерпѣвшихъ отъ несчастныхъ случаевъ. Вслѣдъ за провозглашеніемъ принципа отвѣтственности предпринимателя за рабочихъ выросло такое огромное количество исковъ, что удовлетвореніе ихъ всѣхъ безъ разбора было-бы совершенно не под силу предпринимателямъ; помимо того, что въ основѣ многихъ изъ нихъ лежала явная недобросовѣстность истца, рассчитывавшаго воспользоваться новымъ закономъ ради легкой наживы. Съ другой стороны, новый законъ явился результатомъ упорнаго нежеланія предпринимателей поступиться частью своего благосостоянія въ пользу рабочихъ, трудами которыхъ это благосостояніе въ большой мѣрѣ и достигнуто. Такимъ образомъ теперь, какъ и прежде, приходится имѣть дѣло со множествомъ спорныхъ вопросовъ и для рѣшенія ихъ прибѣгать къ судебному разбирательству, которое роковымъ образомъ вынуждено въ вопросахъ здоровья опираться на медицинскую экспертизу. Къ сожалѣнію, обычная врачебная экспертиза оказалась въ огромномъ числѣ случаевъ не на высотѣ своей новой отвѣтственной задачи, частью изъ-за неподготовленности, особенно въ провинціи, врачебнаго персонала къ данной специальной задачѣ, частью изъ-за отсутствія одного изъ важнѣйшихъ условій для правильной экспертизы — возможности нѣкоторое время наблюдать пострадавшаго отъ несчастнаго случая. Последнее необходимо не только для подробнаго разбора больного ради возможнаго раскрытія притворства и агграваци, но и по той причинѣ, что точное опредѣленіе степени потери работоспособности возможно лишь послѣ тщательной, оставленной всѣми специальными средствами продолжительной попытки — за счетъ предпринимателя-же — исправить полученное поврежденіе и только по истеченіи опредѣленнаго срока правильнаго лѣченія опредѣлить, сколько осталось неисправныхъ извѣнговъ и во сколько эти извѣнги слѣдуетъ оплѣнить. Сама жизнь показала, что ни члены врачебныхъ управъ (Kreisphysikus'ы въ Германіи), ни фабричныя, ни городскія больницы, ни даже университетскія клиники, преслѣдующія совершенныя имѣя цѣли, непригодны для этого дѣла, для котораго требуются совершенно специальные учрежденія съ специально подготовленнымъ персоналомъ и инструментаріемъ. Опередившая насъ въ дѣлѣ рабочаго законодательства Германія вызвала раньше насъ въ жизни и подобнаго рода учрежденія. «Травматическія» лѣчебныя заведенія, осмотрыныя докладчикомъ, представляли въ общемъ 4 типа: 1) настоящая, большая, общая для всѣхъ родовъ заболѣваній больница, выстроенная на средства одного какого-либо фабричнаго или промышленнаго Союза изъ взносовъ, дѣлаемыхъ одновременно и ежегодно каждымъ членомъ предпринимателемъ пропорціонально числу рабочихъ на фабрикѣ; 2) помѣщеніе больницы не представляетъ собственно какаго-либо Союза, но одинъ или нѣсколько Союзовъ заключаютъ по контракту соглашеніе съ какимъ-либо существующимъ уже готовымъ больничнымъ учрежденіемъ, чаще всего больницей при Обществѣ сестеръ или братьевъ милосердія, и снимаютъ ее цѣликомъ для своихъ больныхъ; 3) частныя большія лѣчебницы, устраиваемыя на акціонерныхъ началахъ нѣсколькими специалистами-врачами, болѣею частью хирургомъ, ортопедомъ и невропатологомъ, для лѣченія и экспертизы несчастныхъ случаевъ, при чемъ въ этой лѣчебницѣ абонируются на койки различныя Союзы, страховыя Общества и присылаются болѣе изъ суда для экспертизы; 4) устраиваемыя фабричными Союзами лѣчебницы для пострадавшихъ исключительно въ одномъ отношеніи рабочихъ, напр., въ отношеніи нервной системы. Во всѣхъ этихъ лѣчебницахъ успѣхъ огромный, и достигается онъ тѣмъ, что сами рабочіе, прежде боявшіеся строгихъ отрицательныхъ экспертизъ въ этихъ учрежденіяхъ и потому вначалѣ избѣгавшіе ихъ, убѣдились, что они не только выходятъ оттуда болѣе способными къ труду, но что и экспертиза, не смотря на ея точность и строгость, въ концѣ-концовъ выпадаетъ для нихъ благожелательнѣе, чѣмъ въ общихъ больницахъ или при разовой экспертизѣ на судѣ, гдѣ страхъ ошибиться развиваетъ излишнее недоверіе. Такъ, въ отчетахъ Вонп'ской больницы отмѣчено тотъ замѣчательный фактъ что съ ея учрежденіемъ число разсознанныхъ притворствъ упало съ 6½% на 2%. Докладчикъ представилъ затѣмъ описаніе осмотрынныхъ имъ «травматическихъ» лѣчебницъ въ Berlin'ѣ и др. городахъ, сопровождающаго свое изложеніе



многочисленными свѣтописными снимками, таблицами, планами и пр.

**А. А. Говсисъ** (Екатеринославъ): Екатеринославское Общество фабрично-заводскихъ врачей сдѣлало попытку помочь рабочимъ въ дѣлѣ экспертизы устройствомъ Бюро для изслѣдованія рабочихъ, пострадавшихъ отъ несчастныхъ случаевъ во время работы на фабрикахъ. Однако, это оказалось недостаточнымъ, такъ какъ вслѣдствіе громаднаго количества больныхъ рабочихъ на пріемъ каждого больного оказалось возможнымъ удѣлить лишь нѣсколько минутъ, что не представляетъ достаточной гарантіи для правильной экспертизы. Посылка рабочихъ для спеціальной нейропатологическаго изслѣдованія въ психіатрическое отдѣленіе губернской земской больницы вызываетъ тоже жалобы и несогласіе со стороны испытываемаго рабочаго. Ненормальное положеніе у насъ судебно-медицинской экспертизы будетъ продолжаться до тѣхъ поръ, пока рабочіе по образцу Западной Европы не соединятся въ профессиональные Союзы. Только дѣйствительное участіе самихъ рабочихъ въ организаціи дѣла экспертизы создастъ необходимое довѣріе къ врачамъ со стороны свидѣтельствуемыхъ. Образование такихъ рабочихъ Союзовъ невозможно при существующемъ бюрократическомъ строѣ. Это осуществится только тогда, когда, наконецъ, рабочіе завоюютъ болѣе общія политическія права.

**Л. С. Аринштейнъ** (Петербургъ): Помимо увѣщій, нужно помнить о правѣ рабочихъ взыскивать съ фабриканта за т. наз. профессиональныя болѣзни. До настоящаго времени ни однимъ законодательнымъ актомъ не затронутъ и видѣ еще не былъ поднятъ вопросъ объ ответственности предпринимателя за профессиональныя болѣзни рабочихъ на его фабрикахъ рабочихъ. Число же пострадавшихъ въ нѣкоторыхъ производствахъ въ связи съ предметомъ обработки чрезвычайно велико; напр., на фабрикахъ фосфорныхъ спичекъ изъ 100 рабочихъ ежегодно заболѣваютъ омертвѣніемъ челюстей 10—15 чел.; работа со свинцомъ также связана съ болѣзнями числомъ профессиональных заболѣваний свинцовымъ отравленіемъ. Вопросъ объ увѣщаніи и профессиональных болѣзняхъ тѣсно связанъ съ вопросомъ о государственномъ страхованіи рабочихъ, которое одно только можетъ обезпечить рабочихъ. Необходимо потребовать отъ правительства при выработкѣ закона о государственномъ страхованіи рабочихъ обратить самое серьезное вниманіе на т. наз. профессиональныя заболѣванія рабочихъ.

**Докладчикъ:** Формулировать и постановить здѣсь резолюцію нѣтъ времени, но способъ экспертизы указанныхъ больныхъ совершенно неправиленъ и, мнѣ кажется, слѣдовало-бы высказаться за устройство въ мѣстахъ промышленныхъ центровъ хотя бы частныхъ больницъ, куда можно было бы помѣщать такихъ больныхъ на мѣсяцъ и, слѣд., ставить правильную экспертизу. Мнѣ кажется, что такую частную больницу должны будутъ поддерживать и фабриканты, и страховыя Общества, потому что даже частному эксперту страховыхъ Обществъ не всегда бываетъ безразлично, воевать-ли съ рабочимъ безконечное время, или сразу рѣшить дѣло правильной экспертизой.

**П. П. Кащенко** (Москва): Затронутый докладчикомъ вопросъ настолько важенъ, обширенъ и сложенъ, что разрѣшить его въ настоящемъ Собраніи, принявъ во вниманіе недостатокъ времени вообще, не представляется никакой возможности. Поэтому необходимо передать этотъ вопросъ во вновь учреждаемое Съездомъ Бюро для дальнѣйшей разработки.

**К. Р. Евграфовъ** (Певза) предложилъ сдѣлать указанные вопросы программными на будущемъ 3-мъ Съездѣ нейропатологовъ и психіатровъ.

Оба предложенія приняты единогласно.

Послѣ перерыва засѣданіе продолжалось подл предсѣдательствомъ ч. пр. **Б. С. Грейденберга**.

**О. А. Чечотта** (Петербургъ) прочелъ докладъ Комиссіи, избранной Съездомъ для разсмотрѣнія предложенной Москвитскимъ Обществомъ нейропатологовъ и психіатровъ *классификаціи нервныхъ болѣзней*. Выработанная Комиссіей классификація слѣдующая: I. Острые психозы. 1) Меланхолия—Melancholia. 2) Манія—Mania. 3. Острая спутанность—Amentia (острое безсмысліе—Dysnoia). 4. Острая паранойя—Paranoia acuta (въ эту форму слѣдуетъ вносить острые состоянія съ систематизированнымъ бредомъ). 5. Изъ формъ меланхоліи и маніи можно выдѣлать формы *vesaniae*: меланхолическое помѣшательство и маниакальное помѣшательство. 6. Изъ формъ острой спутанности можно выдѣлать кратковременное состояніе спутанности при физическихъ заболѣваніяхъ (delirium febrile et infectiosum, e collapso, ex inanitione etc.). 7. Исходныя состоянія общихъ психозовъ: вторичное слабоуміе—Dementia secundaria. II. Хроническіе психозы и состоянія вырожденія. 8. Хроническая паранойя (Paranoia chronica) съ подраздѣленіями и состояніемъ послѣдовательнаго ослабленія. 9. Dementia praecox съ подраздѣленіями и состояніемъ послѣдовательнаго ослабленія. 10. Периодическіе психозы (Psychoses periodicae). Между ними должно выдѣлать: а) маниакально-депрессивный психозъ, б) paranoia acuta periodica, в) круговое помѣшательство (psychosis circularis). 11. Дегенеративныя состоянія, не достигшія степени развитого психоза: а) психозы навязчивыхъ состояній, б) резонирующее помѣшательство, в) половая психопатія, г) импulsive помѣшательство (кломанія и т. п.), д) бредовыя состоянія дегенерантовъ. III. Нейропатическіе психозы. 12. Эпилептические психозы (psychoses epilepticae) съ подраздѣленіями: а) психическіе эквиваленты эпилепсіи, б) затяжной эпилептический бредъ, в) эпилептическое слабоуміе. 13. Истерическіе психозы (psychoses hystericae) съ подраздѣленіями: а) прападожное состояніе истерическаго бреда, б) затяжные психическіе психозы, в) состоянія одержимости (obsessiones hystericae). 14. Психическія разстройства при другихъ нейрозахъ, какъ-то: а) при нейрастеніи, б) при травматическихъ сотрясеніяхъ нервной системы (травматическіи психо-нейрозы), в) хоревъ, г) тикахъ (судорожныя подергиванія), д) дрожательномъ параличѣ, е) Basedow'ой болѣзни, ж) и при другихъ нейрозахъ. IV. Токсическіе психозы. 15. Алкогольные психозы (psychoses alcoholicae) съ подраздѣленіями: а) патологическое опьяненіе, б) алкогольная дегенерация (хроническій алкоголизмъ), в) бѣлая горячка (delirium tremens), г) затяжной алкогольный бредъ (delirium alcoholicum protractum), д) подострая алкогольная паранойя (paranoia alcoholica subacuta), е) запой (dipsomania), ж) алкогольный ложный параличъ (pseudoparalysis alcoholica). 16. Другіе токсическіе психозы: а) морфинизмъ, б) кокаианизмъ, в) хлорализмъ, сульфонализмъ, г) свинцовыя отравленія, сатурнизмъ, д) угарные психозы, е) эрготизмъ, ж) пеллагра а) и другіе виды наркоманіи. V. Органическіе психозы. 17. Прогрессивный параличъ (paralysis progressiva s. taboparalysis). 18. Старческое слабоуміе (Dementia senilis. Melancholia senilis). 19. Другіе виды психозовъ на почвѣ органическаго пораженія головного мозга: а) острый бредъ (delirium acutum), б) полинейритическій психозъ (Корсаковская болѣзнь), в) артеросклерозъ головного мозга, г) сифилисъ мозга (lues cerebri), д) травматическіе психозы на почвѣ органическаго пораженія мозга (psychoses traumaticae), е) слабоуміе при очаговыхъ пораженіяхъ мозга (при аполексіи, при новообразованияхъ), ж) психозы при другихъ органическихъ заболѣваніяхъ центральной нервной системы (при tabes'ѣ, разстѣянномъ склерозѣ и т. д.). VI. Состоянія психическаго недоразвитія. 20. Идиотизмъ и кретинизмъ, тугоуміе, нравственное недоразвитіе (Idiotismus et cretinismus, imbecillitas, insanitas moralls). VII. Особыя формы: lyssa, meningitis et encephalitis acuta et alia. VIII. Случаи, форма болѣзни въ коихъ еще не опредѣлена. IX. Психическіе здоровые: эпилептики, нейрастеніки; испытанные, оказавшіеся по испытанію здоровыми.

Послѣ замѣчанія **Н. П. Постовскаго**, что Комиссія нѣсколько вышла изъ границъ даннаго ей Съездомъ порученія, такъ какъ, кромѣ поправки и дополненій къ первоначальной Московской классификаціи, внесла въ нее и нѣкоторыя новыя сокращенія группъ психозовъ, что требуетъ новаго обсужденія, и возраженій **О. А. Чечотта** и проф. **В. М. Бестерева**, вопросъ о пріемлестности представленной Комиссіей классификаціи былъ поставленъ на баллотировку и большинствомъ всѣхъ противъ 3 рѣшенъ въ положительномъ смыслѣ.

**С. И. Штейнбергъ** сообщилъ выработанныя Комиссіей «Основныя положенія для нормальнаго устройства психіатрическихъ заведеній». Послѣ цѣлаго ряда редакціонныхъ поправокъ и замѣненій (**В. А. Копосовъ**, **А. Г. Розенель**, **С. И. Ляссъ**, **В. П. Петровскій**, **К. Р. Евграфовъ**, **П. Д. Максимовъ**, **Е. А. Алешинъ**, **П. А. Остапковъ**, **П. П. Тумишкитъ**, **П. П. Кащенко**, **С. А. Лебедевъ**, **А. Ф. Мальцевъ**, **И. М. Райтеръ**) «Положенія» приняты Съездомъ въ слѣдующей формулировкѣ: 1) Въ основаніи отношеній психіатрическихъ учрежденій къ содержащимъ ихъ вѣдомствамъ или общественнымъ самоуправленіямъ долженъ быть положенъ принципъ аутономіи. 2) Психіатрическія учрежденія должны быть аутономны во всѣхъ областяхъ своей дѣятельности въ предѣлахъ смѣты и постановленій подлежащихъ вѣдомствъ. 3) Въ основаніе управленія психіатрическихъ учрежденій долженъ быть положенъ принципъ коллегиальности. 4) Аутономное управленіе психіатрическихъ учреждений сосредоточивается въ его Совѣтѣ. 5) Всѣ вопросы, касающіеся психіатрическихъ учреждений и подлежащіе разсмотрѣнію того органа, въ вѣдѣніи котораго находится учрежденіе, вносятся на предварительное заключеніе Совѣта, при чемъ при разсмотрѣніи этихъ вопросовъ въ (вѣдающемъ) учрежденіи участвуетъ представитель Совѣта. 6) Во главѣ Совѣта стоитъ врачъ, избранный Коллегіей на опредѣленный срокъ, которому принадлежитъ исполнительная власть и представительство. 7) Каждый душевно-больной, нуждающійся въ больничномъ лѣченіи, долженъ быть принятъ въ психіатрическое учрежденіе. 8) При пріемѣ въ психіатрическое учрежденіе врачъ долженъ руководиться исключительно состояніемъ больного. 9) Въ основаніе способа пригнанія врачей въ психіатрическое учрежденіе долженъ быть положенъ конкурсъ. 10) Увольненіе врачей отъ службы можетъ состояться не иначе, какъ по представленію губернскаго врачебнаго Совѣта, или, гдѣ нѣтъ такового, соотвѣтственнаго ему по своимъ функциямъ учрежденія, или по суду.

Проф. **В. И. Сербскій** прочелъ *постановленіе* выработанное Комиссіей по вопросу объ *алкоголизмѣ*: «2-ой Съездъ отечественныхъ психіатровъ, выслушавъ докладъ **О. Е. Рыбакова** «О лѣченіи алкоголиковъ» и **А. Г. Розенеля** «Значеніе гипноза при лѣченіи и нервныхъ болѣзней вообще и въ частности алкоголизма» и послѣдующія за ними пренія, пришелъ къ заключенію: 1) что алкоголики, какъ больные, должны подлѣжать индивидуальному лѣченію всѣми признанными современной медициной, наиболѣе пригодными для этого мѣрами, каковы суть: а) временныя убѣжища для лицъ, находящихся въ состояніи острого опьяненія; б) амбулаторія для алкоголиковъ, которые могутъ пользоваться на ходу гипнозомъ и другими физикотерапевтическими и фармацевтическими средствами; в) лѣчебницы для стационарныхъ больныхъ. 2) Что этимъ отнюдь не разрѣшается общій основной вопросъ о борьбѣ съ алкоголизмомъ, какъ народнымъ зломъ, и что для послѣдней цѣли главнѣйшей правильной мѣрой является отказъ правительства отъ пользованія виномъ для фискальных цѣлей, а съ другой—проведеніе въ жизнь самыхъ широкихъ социальныхъ реформъ и поднятіе благосостоянія массъ путемъ



приобщения ихъ ко всѣмъ плодамъ современной европейской культуры. Последнее же возможно въ нашемъ отечествѣ при коренномъ измѣненіи настоящаго государственнаго строя путемъ фактическаго предоставленія всѣмъ безъ исключенія гражданамъ Россіи всѣхъ политическихъ и гражданскихъ правъ, на стражъ которыхъ должно стоять избранное отъ всего населенія полномочное Законодательное Собрание.

По предложенію Бюро Съезда, постановлено собранные во время товарищеской бесѣды 114 р. 97 к. передать Пироговскому Обществу въ пользу голодающихъ и 405 р.—предсѣдателю участковыхъ Попечительствъ о бѣдныхъ г. Кіева.

Проф. В. М. Бехтеревъ прочелъ 2 слѣдующія, выработанныя Комиссіей, резолюціи: 1) «2-ой Съездъ отечественныхъ психіатровъ полагаетъ своимъ научнымъ и общественнымъ долгомъ заявить, что въ этиологии нервно-психическихъ заболѣваній значительное мѣсто занимаютъ социальныя и политическіе факторы, дѣйствующіе угнетающимъ образомъ на условія личнаго и общественного существованія. Поправленіе правъ человѣческой личности всегда отражается тягостнымъ образомъ на нервно-психическомъ состояніи человѣка, но, когда это поправленіе достигаетъ такой степени, что личность не гарантирована отъ внезапнаго обрыва и ареста по одному лишь подозрѣнію въ политической неблагонадежности, когда человѣкъ изъ-за своихъ убѣжденій можетъ быть направленъ въ ссылку или возвращенъ въ тюрьму съ окончательнымъ заключеніемъ, въ которыхъ калѣчатся его духовныя силы, когда практикуются даже тѣлесныя наказанія, вопреки августовскому манифесту 1904-го года и когда происходятъ на глазахъ всѣхъ массовыя убійства на улицахъ съ нѣтъ виновными жертвами, то нервно-психическое здоровье населенія подвергается тяжкому испытанію, приводящему къ увеличенію числа нервныхъ и душевныхъ заболѣваній въ населеніи страны. Признавая такой порядокъ вещей глубоко ненормальнымъ и въ тоже время вытекающимъ непосредственно изъ условій общаго государственнаго режима. Съездъ высказывается, во 1-хъ, въ пользу безотлагательнаго устраненія административно-полицейскаго произвола и предоставленія населенію основныхъ правъ человѣка и гражданина, въ видѣ обезпеченія свободы личности, печати и слова, собраний, союзовъ и, во 2-хъ, за немедленное освобожденіе борцовъ за идею въ лицѣ т. наз. политическихъ обвиненныхъ изъ мѣстъ ихъ заключенія. Съездъ выражаетъ въ тоже время увѣренность, что съ установленіемъ прочнаго правопорядка на началахъ истиннаго представительства, явленія, подобныя вышеуказаннымъ, не могутъ происходить нигдѣ въ Россіи, не исключая и наиболѣе отдаленныхъ ея окраинъ». 2) «Признавая актомъ величайшаго позора для чело-вѣчества смертную казнь, 2-ой Съездъ отечественныхъ психіатровъ выражаетъ свое негодованіе и протестъ противъ примѣненія ея въ Россіи».

Всѣ приведенныя постановленія и резолюціи приняты были присутствующими единогласно, при шумныхъ выраженіяхъ одобренія.

Засѣданіе закончилось выраженіемъ благодарности устроителю Съезда предсѣдателю распорядительнаго Комитета проф. И. А. Сикорскому, всѣмъ другимъ членамъ этого Комитета, членамъ Бюро, затѣмъ—Кіевскому городскому управленію, Кіевскому Обществу, представителямъ печати и пр.

3-е торжественное засѣданіе для закрытія Съезда состоялось 11-го сентября въ большомъ залѣ Кіевского купеческаго Соборна въ присутствіи многочисленной публики. Заявленная на это засѣданіе рѣчь проф. В. К. Рота: «Общественное призваніе нервно-больныхъ», за его болѣзнь, не могла быть прочитана.

Предсѣдатель проф. В. П. Сербскій отъ имени 2-го Съезда отечественныхъ психіатровъ выразилъ благодарность всѣмъ лицамъ и учрежденіямъ, принимавшимъ участіе какъ въ подготовительныхъ работахъ къ устройству Съезда, такъ и въ его занятіяхъ и трудахъ, перечисливъ затѣмъ главнѣйшіе вопросы, по которымъ были заслушаны на Съездѣ доклады или сдѣланы постановленія, при чемъ прочелъ всѣ приведенныя выше резолюціи. Особенно привѣтствовалъ проф. В. П. Сербскій, что членамъ Съезда удалось, наконецъ, столковаться объ учрежденіи «Русскаго Союза психіатровъ и нейропатологовъ», въ задачу котораго входитъ, между прочимъ, устройство періодическихъ Съездовъ въ разныхъ городахъ Россіи.

Проф. И. А. Сикорскій сказалъ слѣдующую заключительную рѣчь: «2-ой Съездъ отечественныхъ психіатровъ заканчивается послѣ 8 дней чрезвычайной напряженной работы. Работы Съезда, доклады и постановленія, бывшія на немъ по разнообразнымъ научнымъ и практическимъ вопросамъ, изложены сейчасъ передъ Вами предсѣдателемъ Съезда проф. В. П. Сербскимъ. Я же могу сказать нѣсколько словъ о нравственномъ значеніи заканчивающагося Съезда. Съездъ оставляетъ по себѣ одно изъ самыхъ отрадныхъ впечатлѣній. Члены Съезда принесли съ собою свои знанія, свою глубокую опытность, свою горячую любовь и преданность благородному дѣлу попеченія о душевно-больныхъ; эти высокія достоинства сказались во всемъ и наложили свою печать на всю дѣятельность Съезда. Основными, нравственными чертами, которыми былъ запечатлѣнъ Съездъ, является горячее стремленіе къ истинѣ и правдѣ, спокойствіе, уваженіе къ личности всѣхъ и каждого и свобода духа. Свобода духа выразилась болѣе всего въ истинно-альтруистическомъ направленіи всѣхъ работъ Съезда. Участники Съезда были оу-щелены стремленіемъ отдать свои силы на исполненіе профессиональнаго долга психіатра, послужить во время Съезда своими знаніями и всей своей личностью дѣлу попеченія о душевно-больныхъ и здравоохранительнымъ работамъ по отношенію къ

населенію нашего дорогого отечества. Поднятый на 1-мъ Съездѣ отечественныхъ психіатровъ вопросъ о больничномъ и патронажномъ леченіи душевно-больныхъ былъ разобранъ на настоящемъ Съездѣ въ особомъ докладѣ, вызвавшемъ горячія дѣлительныя пренія, при чемъ вопросъ этотъ получилъ самое широкое, всестороннее освѣщеніе съ практическими соображеніями о способахъ его проведенія въ жизни. Было обращено вниманіе какъ на пользу патронажнаго призрѣнія для призрѣваемыхъ больныхъ, такъ и на то вліяніе, какое могутъ оказать душевно-больные на психическое здоровье окружающихъ, особенно, на здоровье воспримчиваго къ добрымъ и злымъ вліяніямъ дѣтскаго населенія. Просматривая планы устройства психіатрическихъ лечебницъ въ учрежденіяхъ земскихъ и правительственныхъ и ознакомившись съ ходомъ дѣла въ тѣхъ и другихъ, мы окончательно убѣдились, что только привлеченіе къ дѣлу призрѣнія живыхъ общественныхъ силъ можетъ послужить надежнымъ основаніемъ для постановки этого дѣла на ту необходимую и должную высоту, на какую оно не можетъ быть поставлено при казенномъ управленіи. Дѣло призрѣнія душевно-больныхъ Кіева получило во время Съезда новый толчекъ для своего развитія, благодаря учрежденію въ Кіевѣ Общества попеченія о душевно-больныхъ, въ составъ котораго вошли всѣ члены Съезда по единодушному и единогласному рѣшенію. И какъ необходимъ былъ этотъ толчекъ! Вѣдь, въ Кіевѣ не только нѣтъ амбулаторій для душевно-больныхъ, нѣтъ патронажа, но даже и существующая психіатрическая больница представляетъ печальный видъ почти развалины! Разбирая тѣ статьи русскаго законодательства, которыя затрагиваютъ дѣятельность психіатра, какъ эксперта, члены Съезда, проникаясь идеями высшей чело-вѣчности, высказались въ широко-формулированной резолюціи за отмену превышающаго всякую чело-вѣческую вину наказанія—смертной казни. Исследуя этиологию тѣхъ нервно-психическихъ эпидемій, которыя все болѣе и болѣе распространяются въ нашемъ отечествѣ, члены Съезда придали значеніе ряду нравственныхъ причинъ, которыя становятся болѣе и болѣе дѣлательными по мѣрѣ развитія общества. Не былъ обойденъ на Съездѣ и вопросъ о страшномъ бичѣ Россіи—алкоголизмѣ. Вопросъ этотъ послужилъ темой широкаго обмѣна мыслей. Много потребовалось времени, чтобы перечислить все, что было сдѣлано настоящимъ Съездомъ. Работы Съезда, обмѣнъ мыслей, заслушанные доклады, свидѣнія объ эпизодахъ профессиональнаго долга показали намъ величавый образъ русскаго психіатра, который созрѣлъ на радости и пользу всей Россіи. Да здравствуютъ русскіе психіатры! Объявляю 2-ой Съездъ отечественныхъ психіатровъ закрытымъ».

Ч. пр. Б. Грейденбергъ.

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФИЯ.

*Отчетъ Голицинской больницы въ Москвѣ за 1903 и за 1904 г. Составленъ врачами больницы подъ редакціей главн. директора С. Дерюжинскаго. Москва, 1906.*

Обширный томъ, содержащій около 600 стр. Въ небольшомъ предисловіи дается общій цифровой отчетъ о дѣятельности больницы. Тутъ же торжественнымъ стилемъ описывается посѣщеніе больницы 30/1 1904 г. в. кн. Сергіемъ Александровичемъ и в. кн. Елисаветой Ѳеодоровной. 3/4 книги занимаютъ краткія исторіи болѣзни больныхъ, лѣчившихся въ больницѣ за отчетный періодъ, при чемъ болѣе подробно описаны болѣзны хирургическіе. Всего хирургическихъ больныхъ было 860; операций было сдѣлано 571. Ежедневно врачами больницы устраивались медицинскія совѣщанія съ научными докладами. Отчетъ объ этихъ совѣщаніяхъ занимаетъ послѣднюю часть книги. Изъ докладовъ отмѣчу. «О послѣоперационной пневмоніи», С. Ѳ. Дерюжинскаго, «О случаѣ амилоиднаго перерожденія вѣка и соединительной оболочки», А. В. Натансона, «О случаѣ Erythema li exudativi» Н. Н. Некрасова. Въ концѣ отчета помѣщена обширная работа Н. А. Бибикова о сахарномъ мочеизнуреніи, бывшая также предметомъ доклада на одномъ изъ Совѣщаній врачей больницы.

Н. В.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦИЮ.

СЛXXI. М. Г.! Не откажите мнѣ въ интересахъ врачебнаго быта и дѣла ознакомить товарищей чрезъ посредство «Русскаго Врача» съ слѣдующимъ эпизодомъ, характеризующимъ своеобразное пониманіе нѣкоторыми коллегами «врачебной этики» вообще и «товарищеской» въ частности.

Устраиваясь по возвращеніи съ войны въ Петербургъ, я въ поискахъ за квартирой нашелъ, наконецъ, одну, удовлетворяющую моимъ условіямъ. Однако, хозяинъ дома (Демидовъ пер. № 2), узнавъ, что я врачъ, заявилъ мнѣ, что онъ охотно сдѣлаетъ мнѣ эту квартиру, но, что онъ связанъ словеснымъ условіемъ съ другомъ Н. А. Михайловымъ, живущимъ въ томъ же домѣ, —хотя и съ другой улицы (Мойка, 62),—что онъ, хо-

занимать, «ни одного врача въ свой домъ не пустить», и предложилъ мнѣ обратиться къ д-ру Н. А. Михайлову за согласіемъ.

Предполагая какое-либо недоразумѣніе, я обратился къ д-ру Михайлову съ слѣдующимъ письмомъ: «Многоуважаемый Товарищъ, Николай Александровичъ! При наймѣ мною квартиры въ домъ № 2 по Демидову пер. хозяиномъ дома мнѣ было заявлено, что безъ Вашего согласія сдать эту квартиру онъ мнѣ, какъ врачу, не можетъ, ибо при въѣздѣ Вашемъ въ тотъ же домъ съ Мойки 62 Вами было обусловлено, что онъ «врача въ домъ не пуститъ». На этомъ основаніи я позволяю себѣ просить Васъ не отказывать въѣзду мнѣ, и къ тому же дѣйствительно, какія-либо препятствія съ Вашей стороны? Съ полнымъ уваженіемъ Н. Фастрицкий». На другой же день я получилъ слѣдующій отвѣтъ: «Многоуважаемый товарищъ! Къ сожалѣнію, я долженъ, согласно данному мнѣ слову, отказаться въ Вашей просьбѣ: до переѣзда въ д. И. Ф. Якимова я, живя въ одномъ домѣ съ врачами, перетерпѣлъ мною неприятностей, что меня заставило съ добрымъ Иваномъ Федоровичемъ заключить такое условіе. Уважающій Васъ товарищъ Н. А. Михайловъ».

Петербургъ. 19-го августа 1906 г.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ

1547. Петербургское агентство разослало общимъ газетамъ (отъ 16-го августа) слѣдующую телеграмму: «Особое Совѣщаніе изъ ректоровъ и директоровъ высшихъ учебныхъ заведеній Имперіи, подъ предсѣдательствомъ министра народнаго просвѣщенія, въ засѣданіи 14-го августа высказалось, какъ мы слышали, за *желательность и возможность открытія занятій въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ* съ наступленіемъ учебнаго года». Г. О. Ф.—бъ, подтверждая въ «Рѣчи» (18 августа) это отрядное извѣстіе, добавляетъ, что «исключеніе въ этомъ отношеніи сдѣлано для Варшавскихъ Университета и Политехническаго Института, которые, по мнѣнію представителей этихъ учебныхъ заведеній, функционировать далѣе при настоящемъ положеніи не могутъ. Въ Варшавскій Университетъ въ текущемъ семестрѣ подано не болѣе 32-хъ прошеній о приѣмѣ. Затѣмъ онъ сообщаетъ слѣдующее о тѣхъ жгучихъ вопросахъ, которые служили предметомъ обсужденія Совѣщанія въ теченіе всего 2-го дня его занятій и разрѣшенія которыхъ съ повѣреннымъ нетерпѣніемъ ждетъ вся интеллигентная Россія: «какія мѣры могутъ быть приняты Совѣтами Университетовъ для поддержанія «порядка» въ высшей школѣ и въ чемъ можетъ заключаться содѣйствіе имъ Министерства? Приводимъ сообщаемое въ дословной передачѣ: «Присутствовавшіе представители учебныхъ заведеній высказались въ томъ смыслѣ, что постановка подобнаго рода вопросовъ со стороны центральной власти Совѣтамъ Университетовъ является по крайней мѣрѣ странной: ясно, что у Совѣта нѣтъ ни физической, ни какой иной силы для воздѣйствія на правильность ходъ академической жизни, что является прямымъ слѣдствіемъ общаго настроенія общества и политики переживаемаго момента; правильнымъ являлась-бы по этому вопросу, обращенный Совѣтами высшей школы къ центральной власти, вопросъ о томъ, что намѣрена она предпринять для того, чтобы сдѣлать возможнымъ нормальное теченіе академической жизни? Для этого, по единодушному мнѣнію присутствовавшихъ, необходимо прежде всего скорѣйшій созывъ Государственной Думы и объявленіе о срокѣ созыва ея, по возможности, до открытія высшихъ учебныхъ заведеній; это должно внести, безъ сомнѣнія, значительное успокоеніе въ умы студенчества. Необходимыми являются, далѣе, въ вѣдѣхъ успокоенія общества отъ военнаго положенія, усиленной охраны и т. п. чрезвычайныхъ мѣръ, установленіе свободы Собраній, при которой разрѣшалось-бы устраивать Собранія въ другихъ мѣстахъ и ораторы пользовались-бы той-же свободой слова и неприкосновенностью, что и на Собраніяхъ, происходящихъ въ Университетѣ. Необходимо является затѣмъ отъмена репрессивныхъ мѣръ, предпринятыхъ въ прошломъ по отношенію къ отдѣльнымъ лицамъ изъ состава профессоровъ и преподавателей и восстановленіе ихъ въ прежнихъ правахъ. Отъ установленія общихъ правилъ для функционирования высшихъ учебныхъ заведеній центральная власть должна отказаться, и Совѣтамъ должно быть предоставлено широкое право самостоятельно руководить ходомъ академической жизни, своею властью закрывать и вновь открывать учебныя заведенія, назначать сроки открытія ихъ и т. п. Административная власть не должна принимать какихъ-бы то ни было мѣръ по отношенію къ университетской жизни и университетскимъ событіямъ, не смѣшисъ предварительно съ университетскими властями. Безусловно должно быть запрещено администраціи принимать какія-нибудь мѣры на основаніи свѣдѣній, которыя она не считаетъ возможнымъ сообщить университетскимъ властямъ, какъ это было, напр., въ Юрьевѣ, гдѣ на запросъ университетскихъ властей о причинѣ закрытія студенческой столовой, администрація отвѣтила, что причина этого закрытія—«скрежетъ, не подлежащій оглашенію». При выполненіи вышеназванныхъ условій возможно болѣе или менѣе правильное функционированіе высшей школы».—Подписываясь подъ этими словами обѣими руками, мы можемъ лишь

пожалѣть, что авторитетное Совѣщаніе и на этотъ разъ—увильнуло—держалось рутинны и нашло возможнымъ обойтись въ такомъ важномъ дѣлѣ, какимъ занималось оно, безъ запроса представителей студенчества—сторонъ, во всякомъ случаѣ не менѣе ректоровъ и директоровъ заинтересованной въ открытіи дверей нашей уже цѣлые годы молчавшей высшей школы и въ правильной и спокойной работѣ въ ней. Неужели не думали услышать отъ нихъ что-либо путное?

1548. Казанскимъ Университетомъ объявленъ конкурсъ на каѳедру *патологической анатоміи*. Срокъ подачи заявленій—1-ое ноября 1906 г. («Харьковскія Вѣдомости», 11 августа).

1549. Ч. пр. В. Медицинской Академіи В. П. Осиповъ назначенъ *экстраординарнымъ профессоромъ* Казанскаго Университета по каѳедрѣ психіатріи («Вѣдомости Петербургскаго Градоначальства», 12 августа).

1550. На медицинскій факультетъ Томскаго Университета подано въ этомъ году, какъ сообщаетъ «Сибирскій Листокъ» (6 августа), 39 прошеній.

1551. Въ «Рѣчи» (15 августа) напечатано: «Министерство народнаго просвѣщенія уведомило попечителей учебныхъ округовъ и ректоровъ Университетовъ, что лица женскаго пола, имѣющія дипломы на степень *д-ра медицины* одного изъ иностранныхъ Университетовъ, по прежнему должны допускаться къ экзаменамъ на степени *мкларя* въ медицинскіхъ испытательныхъ Комиссіяхъ при русскихъ Университетахъ, а также въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ по предъявленіи слѣдующихъ документовъ: 1) диплома на степень доктора медицины иностраннаго Университета, 2) свидѣтельства объ окончаніи полнаго курса русской женской гимназіи или другого равнаго по правамъ средняго учебнаго заведенія и 3) свидѣтельства о выдержаніи испытанія изъ латинскаго языка въ объемѣ 8 классовъ мужской гимназіи. Эти требованія восстановлены на срокъ по 1910—1911 уч. годъ, послѣ чего вступаютъ въ силу правила, выработанныя Министерствомъ согласно ст. 33 Высочайше утвержденнаго мнѣнія Государственнаго Совѣта о преобразованіи Женскаго Медицинскаго Института, согласно которымъ будетъ требоваться, кромѣ упомянутыхъ документовъ, свидѣтельство о выдержаніи дополнительныхъ экзаменовъ по нѣкоторымъ предметамъ курса мужскихъ классическихъ гимназій. Появленіе означеннаго министерскаго распоряженія вынуждено тѣмъ обстоятельствомъ, что новыя требованія стали-было предъявляться уже съ весны сего года».

1552. Какъ сообщаетъ «Даль» (4 августа), медицинскій факультетъ Томскаго Университета возбудилъ ходатайство о разрѣшеніи допустить въ сколько *студентовъ* заграничныхъ Университетовъ къ слушанію лекцій на медицинскомъ факультетѣ съ зачетомъ выслушанныхъ ими за границей семестровъ.

1553. «Оку» (17 августа) сообщаютъ изъ Москвы объ ожидаемомъ громадномъ наплывѣ слушательницъ на Высшіе Женскіе Курсы въ Москвѣ. Ни одно медицинское отдѣленіе подано до 1000 прошеній, между тѣмъ свободныхъ вакансій нѣмется всего 150. Было предположеніе расширить медицинское отдѣленіе, но, за невозможностью расширить анатомическій театръ, мысль эта пока оставлена.

1554. «Рѣчи» (15 августа) сообщаютъ слѣдующее объ *арестѣ бывшаго депутата д-ра С. Р. Френкеля*. «Обвиненіе къ д-ру Френкелю предъявляется по 129 ст., хотя прокуратура затрунуетъ еще въ подысканіи должнаго пункта. Въ связи съ арестомъ С. Р. Френкеля надо поставить также производящееся съ необыкновенной для русскіхъ судовъ скоростью дознаніе о с. Коржовой. Мѣстная администрація склонна, какъ видно, «бунтъ» коржевцевъ приписать г. Френкелю. Это обвиненіе однако ни на чемъ не основано. Г. Френкель виновенъ только въ томъ, что отправилъ телеграмму на имя депутата Шольца».

1555. Въ Вильнѣ, какъ телеграфируютъ «Рѣчи» (18 августа), арестованъ военный врачъ Гусаровъ (О. В.), причастный, будто бы, къ Кронштадтскимъ событіямъ; въ Бердянскѣ—земскій врачъ Минухинъ, который препровожденъ въ Мариупольскую тюрьму.

1556. По словамъ «Харьковскихъ Вѣдомостей» (13 августа), «Свѣдѣнія о *врачебно-санитарной организаціи и эпидемическихъ заболеванияхъ* въ г. Харьковѣ» за помѣщеніе въ XI—XII выпускъ «Свѣдѣній» извѣстны, изображающіе декабрьскія событія въ Харьковѣ, «въ тенденціозномъ направленіи и въ явно противоправительственномъ духѣ», на основаніи ст. 19. правилъ о мѣстностяхъ, объявленныхъ на военномъ положеніи, изданіемъ *пріостановлены*.

1557. «Сибирскій Листокъ» (10 августа) передаетъ, что посланный изъ Ярославля д-ръ С. Г. Талиевъ назначенъ врачомъ въ с. Завьялово, Тарскаго уѣзда. Кромѣ того, назначены д-ръ Д. Н. Донской въ с. Баженовское, Тюкалинскаго уѣзда, д-ръ Волковъ въ с. Крутинское, д-ръ Калитинскій въ г. Сургутъ. Предстоитъ еще нѣсколько назначеній.

1558. На состоявшемся 11-го августа въ гор. Балахнѣ, Нижегородской губ., засѣданіи мѣстнаго земскаго врачебнаго Совѣта, какъ пишутъ «Волгарю» (16 августа), обсуждалось сообщеніе д-ра Н. А. Ливанова о *постановкѣ* въ заведеніи имъ земской больницы у больного К. Н. Вѣлева *вооруженнаго караула*. Н. А. Ливановъ заявилъ, что военный постъ учрежденъ былъ въ больницу по распоряженію судебного слѣдователя, безъ разрѣшенія врача. Совѣтъ, какъ и слѣдовало ожидать, высказался въ томъ смыслѣ, что вооруженный караулъ среди больныхъ съ медицинскою точки зрѣнія слѣдуетъ признавать безусловно вреднымъ для больныхъ и недопустимымъ въ больницахъ. Затѣмъ, д-ръ Ливановъ внесъ заявленіе, что тяжело больной Вѣлевъ, безъ вѣдома врача, унесенъ былъ изъ больницы на носилкахъ по распоряженію полиціи, которая прислала бумагу о разрѣше-

ни взять больничного фельдшера для сопровождения больного до Н. Новгорода на пароходе. Обсудив эти заявления, врачебный Совет постановил довести о них до сведения прокурора Нижегородского окружного Суда, от которого и запросить разъяснение, на сколько действия власти в этом случае были законными?

1559. «Товарищ» (17 августа) сообщает, что 16-го августа около 6 час. веч. в Семеновском военном госпитале в Петербурге была поднята тревога: во дворе госпиталя явился офицер с солдатами и *требовал от больницы указать, куда скрылся какой-то штатский*. На самом деле никакого штатского послышательного розыска в госпитале не оказалось.

1560. По сообщению агентских телеграмм (от 17-го августа), в Екатеринбургскую земскую больницу *ворвалась группа вооруженных лиц*, вывела политическую преступницу, усадила ее на авошника и скрылась.

1561. «Речь» (15 августа) сообщает из Житомира, что «приглашенный ординатором местной земской губернской больницы популярный здесь хирург *Стратиевский*, бывший главным врачом Житомирской еврейской больницы, не утверждаясь в должности *губернатором по той причине, что он еврей*».

1562. Глубокоуважаемый *М. С. Добровольский*, старшина *Петербургского Собрания врачей*, где, как известно, происходит заседание и некоторых научных врачебных Обществ Петербурга, просит нас сообщить, что с начала текущего года Собрание это, занимавшее прежде помещение по Владимирскому проспекту в д. № 16, перешло в дом Палкина на углу Невского и Владимирского проспектов. Выход с Невского, рядом с рестораном Палкина.

1563. Намя получен 2-ой выпуск «Трудов временного медицинского Общества на Дальнем Востоке в г. Харбин», весьма разнообразный по содержанию, как свидетельствует следующий перечень входящих в него докладов: 1) «Земские отряды» — *Т. П. Полтора*; 2) «Общеземский склад на Дальнем Востоке» — *Б. И. Ионова*; 3) «Къ вопросу о земских этапных лазаретах» — *С. Трабичако*; 4) «Объ этапах» — *М. А. Кожушко*; 5) «Атмосферные осадки и температура воздуха в г. Харбине» — *П. А. Павлова*; 6) «1-ый рейс из Харбина в Хабаровск 1-го каравана баржей Красного Креста, как эвакуационного транспорта» — *А. Стратиевский*; 7) «Краткий очерк деятельности баржей и караванов Красного Креста в 1904 г. и проект пользования ими в 1905 г.» — *Е. Ю. Жук*; 8) «О тибетской и китайской медицине, о развитии и состоянии медицинского дела в Японии» — *Н. В. Кирилова*; 9) «Наблюдения при брюшных поранениях в начал русско-японской войны» — *Л. В. Борнштадт*; 10) «Обзор 2-ой партии раненых в числ 135 в Волжском лазарете Красного Креста» — *Д. С. Морозов*; 11) «Обзор деятельности Тельнинского медицинского Общества» — *Н. В. Залодович*; 12) «О возможном применении в организации полкового перевозочного пункта» — *Д. Розенберг*; 13) «Травматические нейроты и их объективные признаки» — *Е. С. Борнштадт*; 14) «О главнейших заразных заболеваниях в г. Харбине по данным центральной больницы К. В. ж. д. за 1903—1904 г.» — *Н. Н. Клодницкая*; 15) «Вопрос о травматическом нейротизме на войне» — *А. М. Станиловская*; 16) «О первых этапах борьбы с сыпным тифом» — *Л. А. Яковсон*; 17) «Эвакуация душевно-больных с театра военных действий» — *Л. М. Станиловская*. Здесь же находим и протоколы заседаний, на которых обсуждались эти доклады. В выпуске этом напечатаны также «Схемы для истории болезни раненых», разработанные хирургической Комиссией при временном медицинском Обществе на Дальнем Востоке в Харбине, в состав которой входили: *Е. С. Борнштадтский, П. В. Борнштадт, К. А. Вальтер* (председатель Комиссии), *А. А. Гамбаровский, Б. С. Розовский, С. И. Литвинев, М. И. Поляков, П. А. Розов и М. С. Толмачев*. Общее направление трудов Общества охарактеризовано его председателем *М. С. Толмачевым*, при оставлении им, по болезни, председательства, в следующих выражениях: «Обществом главным образом руководило желание изыскания путей к возможно широкому, равному удовлетворению насущных нужд больных и раненых на войне, устранение вредных формальностей, внешности и рекламы, быющей на эффект и мшающей разглядеть неприглядную действительность». В речи товарища председателя *П. А. Розова*, произнесенной в последнем заседании временного Харбинского Общества врачей, отмечается, что указанная деятельность Общества не осталась безрезультатной..... «В 1-ый раз, исторически в 1-ый раз», говорил *П. А. Розов*, «возникло на войне Общество врачей, имевшее свою целью вопросы медицины на войне. Казалось, что каким чудом среди лихорадочной жизни войны, среди неумолимых ее требований, среди условий, выходящих и уклоняющихся от обычных рамок жизни, может существовать какое-то академическое обсуждение вопросов потребностей (войны), хладнокровное и точное их решение? Наконец, как практически провести на войне коллективное решение, когда здесь-то, казалось-бы, и нужна только одна личная творческая сила и власть? Но опыт нашего Общества за год показал, что это не так. С первых-же шагов оно пошло прямо и твердо на встречу всем нуждам войны. Это был организм, который чуток ко всему прислушивался; сотни глаз следили и наблюдали за всем происходящим; и коллективный ум подсказывал решения правильные единоличных вдохновений. И скоро всюду и везде поняли, что в Обществе раздается свободные и независимые голоса сочленов-медиков. Было ясно, что в своих суждениях они только стремятся к

истинѣ, они только заботились о томъ, чтобы облегчить участь раненаго, участь больного на войнѣ. Когда всюду писалось и говорилось, что эвакуация раненыхъ прекрасна, Общество сказало: Нѣтъ, она далека отъ идеаловъ; нужно ея улучшение и вотъ какое! Когда администраторъ говорилъ: «Вотъ польза летучихъ отрядовъ», Общество сомнительно качало головою. Когда казалось, что нѣтъ эпидеміи, Общество говорило, что это ошибка, — эпидемія на лицѣ! Все это говорилось, указывалось ясно, доказательно, при открытыхъ дверяхъ. Невѣрующему Ому можно было сказать: иди и послушай! И все меньше и меньше дѣлался кругъ такихъ невѣрующихъ. Всемъ приходилось считаться съ сужденіями Общества и принимать и признавать правильность его рѣшеній. А потому они сами изъ себя проходили въ жизнь, переходили въ практическое осуществленіе. Мы не нужны примѣры для доказательства этой мысли. Откройте любую страницу «Трудовъ», изданныхъ Обществомъ, и сравните ихъ съ возникновеніемъ практическихъ мѣропріятій на войнѣ, и увидите, что они возникали подъ влияніемъ нашихъ корпоративныхъ сужденій..... Знакомство съ протоколами засѣданій Общества убѣждаетъ, что, обсуждая общія практическія мѣропріятія, оно не забывало и чисто научныхъ вопросовъ.

1564. В общей печати нередко приходилось встречать указания врачамъ на ихъ обязанность, если они желаютъ обезпечить себя ночной покой, организовать ночные дежурства, которыми, обезпечивая населенію помощь въ ночное время, лишали-бы его въ тоже время права требовать къ себѣ ночью другихъ врачей, кромѣ дежурныхъ. Попытка Петербургскаго Общества врачей-специалистовъ в этомъ направленіи не увѣчалась успѣхомъ: организованная имъ лѣтъ 7 назадъ ночная дежурства пришлось чрезъ 2 года закрыть, такъ какъ платой, получавшейся съ больныхъ, не возмѣщались даже затраты на наемъ помѣщенія. На дняхъ намъ присланъ *отчетъ о деятельности Общества ночныхъ дежурствъ врачей въ Харьковѣ за 1905 г.* Знакомство съ этимъ отчетомъ убѣждаетъ въ благотворительной по преимуществу дѣятельности «пункта ночныхъ дежурствъ» и этого Общества, не смотря на то, что 1-го января 1906 г. исполнилось уже 9 лѣтъ его официального существованія (неофициально оно существуетъ уже съ 1-го сентября 1895 г.) Общее число больныхъ, обращавшихся на пунктъ за медицинскою помощью въ теченіи 1905 г., было 914 (въ 1904 г. — 823); изъ нихъ 215 или 23,5% (въ 1904 г. 29,8%) помощь оказана бесплатно. Даже получая субсидію отъ городского Управленія въ 1000 р., Общество сводитъ концы съ концами, только увеличивая свой долгъ запасному капиталу. Къ 1-му января 1906 г. долгъ этотъ выразился въ суммѣ 1517 р. 65 к. Долгъ Общества, по заявленію ревизіонной Комиссіи, неминуемо долженъ увеличиваться, такъ какъ Общество, обслуживая бѣднѣйшую часть населенія г. Харькова, не въ состояніи оплачивать дежурную ночь, какъ это до сихъ поръ дѣлалось, даже 3-мя рублями. «Такой большой городъ, какъ Харьковъ», говорится въ отчетѣ названной Комиссіи, «съ его кипучей жизнью, имѣетъ единственное учрежденіе, которое готово подать жителю его врачебную помощь на его квартирѣ въ такое время, когда каждый занимающійся практической дѣятельностью врачъ запасается силами для работы въ теченіи дня; все-же матеріальная сторона этого учрежденія болѣе, чѣмъ скромна. Ни болѣе или менѣе уютной обстановки для врача, ни собственнаго экипажа, самый скромный инструментарій, черная лѣстница въ глубинѣ двора, далеко ночистый дворъ, словомъ — вся внѣшность нашего учрежденія говоритъ о томъ, что оно не пользуется, какъ и большинство врачебныхъ некоммерческихъ предпріятій, должнымъ почетомъ у своихъ согражданъ». Мы привели эту выдержку, какъ свидетельство того, что не роскошь обстановки является причиной дефицита. Причина эта — въ матеріальной необезпеченности больницы обращающихся за помощью въ пріемные ночные дежурствъ. Ищетъ по ночамъ врачей бѣднота. Состоятельные больные обыкновенно имѣютъ своего врача, который не откажетъ имъ въ помощи и ночью. Слѣд., характеръ дѣятельности организаціи, подобныхъ названнымъ, всегда будетъ благотворительный. И долгъ обезпеченія имъ населенія лежитъ на городскихъ Управленіяхъ. Къ счастью, въ Петербургѣ городскимъ Управленіемъ организовано уже нѣсколько пунктовъ ночныхъ дежурствъ.

1565. 7-го августа Новочеркасские врачи *чествовали* д-ра *А. В. Транезникова*, убавшаго къ мѣсту новой службы въ психіатрическую больницу въ Ташкентъ («Приазовскій Край», 9 августа).

1566. Въ концѣ декабря текущаго года, какъ сообщаетъ «Товарищъ» (22 августа), въ Петербургѣ предполагается созывъ *Всероссійскаго Съѣзда воспитателей и учителей музыкальных дѣтей*.

1567. Въ Варшавѣ основалось *одонтологическое Общество* («Kronika dentystyczna», августъ).

1568. Редакторомъ «Зубоврачебнаго Вѣстника» въ настоящее время состоитъ д-ръ *Ф. А. Зятковскій* («Kronika dentystyczna», августъ).

1569. Въ «Око» (16 августа) помѣщено слѣдующее *открытое письмо врачу Алафузовской больницы г. Дедюрино* служащихъ въ аптеку этой больницы: «М. Г., г. Дедюрино! Мы, служащие аптеки городской Алафузовской больницы, требуемъ отъ Васъ, какъ отъ докладчика, дать объясненіе, на основаніи какихъ фактовъ Вы, дѣлая докладъ слѣдственной Комиссіи о постановкѣ вообще больничнаго дѣла, касаясь вопроса объ аптекѣ, заявили, что «аптечное дѣло ведется плохо, хѣтарства, особенно мази и decocty, приготавливались неаккуратно», и тѣмъ самымъ Вы рисковали бросить тѣнь исключительно на слѣ

жащих фармацевтов? Принимаемъ отвѣтъ исключительно въ прессѣ».

1570. Намъ присланъ № «Русскаго Слова» (отъ 12-го августа), въ которомъ помѣщена пространная выдержка изъ доставленнаго въ редакцію этой газеты г. Скрипникоу письма, «покрытаго нѣсколькими подписями больныхъ Липецкаго курорта». Письмо содержитъ *обвинение* приглашеннаго администратіей курорта на нынѣшній сезонъ въ качества спеціалиста по нервнымъ болѣзнямъ *д-ра П. П. Тутышкина въ мздоимствѣ*. Къ сожалѣнію, мы не имѣли возможности прослѣдить, отвѣчали-ли что-нибудь товарищи на это письмо; думаемъ, что оно никоимъ образомъ не могло остаться безъ отвѣта.

1571. «Товарищъ» (22 августа) напечаталъ письмо 63-хъ больныхъ *Алафузовской больницы* въ Петербургѣ, содержащее обвиненіе старшаго врача больницы *д-ра Кошана* въ рядѣ неблагоприятныхъ въ отношеніи ихъ поступковъ до насильственной выписки включительно. Правда, *д-ръ Кошанъ* призналъ слѣдственной Комиссіей, разбиравшей дѣло о безпорядкахъ въ Алафузовской больницѣ, подлежащимъ увольненію (см. выше, № 33, стр. 1006); но это обстоятельство все-же, думается, не должно служить мотивомъ оставить это письмо безъ отвѣта.

1572. Въ № 7 «Врачебно-санитарной хроники Саратовской губ.» въ статьѣ—«Сюзъ Обществъ помощниковъ врачей» *фра П. А. Калинина* нѣются слѣдующія подробности о бывшемъ въ истекшемъ юліѣ въ Москвѣ *Съездѣ делегатовъ отъ фельдшерско-акушерскихъ Обществъ* (см. выше, № 29, стр. 915). Съездъ, открытый предсѣдателемъ Московскаго фельдшерскаго Общества *А. А. Пудкевичемъ*, отнесся съ горячимъ сочувствіемъ къ высказанному тотчасъ-же послѣ пріѣздившей рѣши предсѣдателя предложенію почтить вставаніемъ память товарищей, павшихъ въ борьбѣ за свободу, а товарищамъ, томившимся въ ссылкѣ и тюрьмахъ,—послать пріѣздивше отъ Съезда. На 1-мъ-же засѣданіи Съезда возникъ, далѣе, вопросъ о переживаемомъ всей Россіей остроумъ политическомъ моментѣ, и послѣ жаркихъ и долгихъ преній, изъ которыхъ выяснилась политическая фیزیономія большинства собравшихся, было постановлено—послать пріѣздивше отъ Съезда въ Государственную Думу на имя трудовой группы и социаль-демократической фракціи. Много преній вызвалъ вопросъ объ изданіи Сюзомъ своего печатнаго органа. Нѣкоторыми было указано на нежелательность направленія, принятаго газетою «Фельдшеръ»; заявлялось, что газета эта перестала удовлетворять запросамъ многихъ товарищей; указывалось, какого содержанія и направленія долженъ быть союзный органъ. Постановлено: издавать свой органъ подъ названіемъ «Фельдшерскій Вѣстникъ», который «долженъ вестись въ строго выдержанномъ «ридикальномъ» направленіи. По поводу заслуживающаго доклада *д-ра Маломыкова*—«Объ организаціи медицинской помощи пролетариату» и по поводу другихъ внесенныхъ на Съездъ заявленій о существующемъ правовомъ положеніи помощниковъ врачей и объ отношеніи делегатскій Съезда къ самостоятельной дѣятельности фельдшеровъ было единогласно принято слѣдующее постановленіе: «Сознавая всю необезпеченность населенія медицинской помощью при существующемъ социально-экономическомъ строѣ, 3-ій делегатскій Съездъ фельдшерскихъ Обществъ вынесъ слѣдующую резолюцію: 1) необходимо узаконить самостоятельную дѣятельность фельдшеровъ и фельдшерницъ, какъ уже существующій фактъ; 2) стремиться къ расширенію медицинскіхъ познаній этихъ лицъ путемъ широкой организаціи повторительныхъ курсовъ и 3) реорганизовать существующія фельдшерскія школы въ средне-медицинскія съ правомъ перехода изъ нихъ въ высшую, т. е. въ Университетъ». «Своимъ постановленіемъ о необходимости узаконить самостоятельную дѣятельность фельдшеровъ и фельдшерницъ Съездъ всталъ въ рѣзкую оппозицію по отношенію къ постановленіямъ не только врачебныхъ Съездовъ, но и отдѣльныхъ фельдшерскихъ Обществъ. Напомнимъ, между прочимъ, петицію земскихъ фельдшеровъ Камышинскаго уѣзда Саратовской губ. (см. «Русскій Врачъ», 1905 г. № 26, стр. 854), въ которой, между прочимъ, ходатайствуется объ «уничтоженіи развѣдной системы и самостоятельныхъ фельдшерскихъ пунктовъ съ замѣной ихъ врачебными стационарными» (курсивъ нашъ. *Ред.*) и, наконецъ, недавно высказанный по этому вопросу взглядъ редакціи «Медицинской Вѣстны» (въ №№ 2—3 этого журнала), издаваемой *Воронежскимъ Обществомъ помощниковъ врачей*, заявившей, что, «стоя за самую энергичную борьбу фельдшеровъ за свои права, какъ гражданина и человека, она склоняется лишь въ сторону терпимости, вызванной крайнимъ обидѣніемъ народныхъ массъ, но ни въ какомъ случаѣ не желательности самостоятельнаго фельдшеризма». (Курсивъ нашъ. *Ред.*) Взглядъ сторонниковъ самостоятельнаго фельдшеризма весьма полно выразился въ статьѣ *Г. П. Зидера*, помѣщенной въ № 6 «Медицинской Вѣстны» и являющейся отвѣтомъ на приведенное выше заявленіе редакціи этой газеты. «Съ полною ясностью редакція новаго фельдшерскаго журнала», говоритъ *г. Зидеръ* (называющій себя «апологетомъ права фельдшеровъ на самостоятельную медицинскую дѣятельность»), «заявила, что самостоятельный фельдшеризмъ—терпимое зло». Редакция, конечно, понимаетъ, какое въ ея устахъ имѣетъ значеніе это признаніе старой формулы фельдшерофобовъ. Въ нашей памяти еще свѣжо заявленіе коллегіума врачей, что никакимъ «тревогамъ и опасеніямъ» не должно быть мѣста при предоставленіи фельдшерамъ права Съездовъ, такъ какъ фельдшера на этихъ Съездахъ говорятъ о необходимости не расши-

ренія, а ограниченія ихъ спеціальныхъ правъ, признають свою малую полезность и необходимость замѣны себя врачами. По мнѣнію «Журнала Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*» (№ 2, 1903 г.) подобныя постановленія фельдшерскихъ Съездовъ даже крайнимъ «скептикамъ» изъ врачей должны доказать полную несостоятельность ихъ «тревогъ и опасеній». Въ фельдшерствѣ, своими резолюціями утѣшающагося «тревоги и опасенія» врачей, самостоятельнымъ фельдшеризмъ долженъ видѣть, такъ сказать, своихъ внутреннихъ враговъ и выставить противъ нихъ энергичную защиту. Получается расколъ и борьба въ своей семьѣ и по весьма кардинальному вопросу». (Курсивъ нашъ. *Ред.*) Однако, ознакомившись съ статьями защитниковъ фельдшеризма—*г. Зидера*, *г. Горбачева* (тамъ-же) и др., приходится убѣдиться, что всѣ ихъ доводы не идутъ далѣе доказательствъ «неизбѣжности» существованія фельдшеровъ, какъ самостоятельныхъ *врачевателей*, «въ виду неблагоприятно сложившихся исторически социально-экономическихъ условій жизни страны», по выраженію также выступившаго защитникомъ самостоятельнаго фельдшеризма *Совѣта Екатеринбургскаго Общества фельдшеровъ* въ его постановленіи, перепечатанномъ нами въ № 42 «Русскаго Врача» за 1905 г., (стр. 1332), и намъ остается только повторить то, что мы высказали уже тогда по поводу этого постановленія *Екатеринославскаго Совѣта*: «Интересы корпораціи не могутъ оправдывать сохраненія ненормальнаго положенія, обусловленнаго неблагоприятно сложившихся исторически социально-экономическими условіями жизни страны». Особенно страннымъ кажется постановленіе Съезда делегатовъ фельдшерскихъ Обществъ, между прочимъ, и потому, что оно состоялось въ связи съ обсужденіемъ вопроса «объ организаціи медицинской помощи пролетариату». Пролетаріатъ, выступая съ своими требованіями при тѣхъ или другихъ обстоятельствахъ, всегда выставлялъ и требованіе правильной организаціи медицинской помощи и имѣть основанія признавать для себя достаточную помощь фельдшерскую. Въ заключеніе—два слова относительно выходовъ по адресу врачей, въ родѣ приводившихся нами изъ статьи *г. Зидера*. Подобными-же, и гораздо болѣе рѣзкими, полны статьи другихъ авторовъ (между прочимъ, упомянутого *г. Горбачевича*). Въ основѣ ихъ лежатъ то-же смѣшеніе понатій, о которомъ мы говорили по поводу постановленія *Совѣта Екатеринбургскаго Общества фельдшеровъ*: борьба съ фельдшеризмомъ принимается какъ борьба съ фельдшерами. Грустно это!

1573. Въ желѣзнодорожной больницѣ въ пос. Прушковѣ, Варшавской губ., *служителя устроили забастовку* («Kronika lekarska», 15 августа).

1574. 17-го ноября въ Берлинѣ, какъ сообщаетъ «Евентс-никъ ушнихъ, горловыхъ и носовыхъ болѣзней» (августъ), будетъ праздноваться 70-лѣтній юбилей извѣстнаго ларинголога, проф. *Fraenkel*'а. Наканунъ юбилея (16-го ноября) состоится очередное засѣданіе Берлинскаго ларингологическаго Общества (отъ торжественнаго засѣданія юбиляр отказался), на которомъ проф. *Fraenkel* сдѣлаетъ докладъ и во время котораго ему будетъ поднесенъ поздравительный адресъ и будутъ выражены пріѣздившія. 17-го ноября въ честь юбиляра будетъ открыта выставка, устраиваемая его ассистентами.

1575. «Le Progrès médical», со словъ «Apotheker Zeitung», сообщаетъ случай смертельнаго отравленія вероналомъ: отравившаяся съ цѣлью самоубійства приняла 15,0 веронала; чрезъ 20 мин. послѣ пріема она потеряла сознание; дыхательныя движенія ослабли, лицо посинѣло, затѣмъ появились рвота, охлажденіе конечностей и служеніе зрачковъ. Въ общемъ явленія были сходны съ наблюдаемыми при отравленіи морфіемъ. Врачъ сдѣлалъ промываніе желудка и назначилъ выпрыскиванія атропина, въ количествѣ 0,5 магм., каждыя 1/2-часа. Больная много потѣла и выдѣлила мочу кислой реакціи, не содержащую ни сахара, ни бѣлка, ни желчныхъ пигментовъ. Смерть наступила чрезъ 20 час. послѣ отравленія. Трупъ представлялъ зеленовато-желтую окраску. Изъ 100 к. стм. мочи удалось выдѣлать 0,35 веронала.

1576. Въ Краковѣ Судъ присудилъ *д-ра Czajkowski*'а къ штрафу въ 100 кронъ за то, что тотъ во время своего дежурства въ больницѣ св. Лазаря не оказалъ помощи больной, входившей въ той-же больницѣ и умершей отъ кровоточенія послѣ операціи на щитовидной железн («Kronika lekarska», 15 августа).

1577. Умерли: 1) Въ Москвѣ, 15-го августа, *Левъ Матвѣевичъ Кожинъ* («Русскія Вѣдомости», 17 августа), родившійся въ 1869 г., а званіе врача получившій въ 1893 г.—2) Въ Отвоцкѣ (около Варшавы) *Антонъ Осиповичъ Кожновскій* («Kronika lekarska», 15 августа), родившійся въ 1870 г., а званіе врача получившій въ 1893 г.—3) Въ с. Дурлоштахъ *Константинъ Сазонтовичъ Поруцкій* («Бессарабецъ», 9 августа), родившійся въ 1856 г., а званіе врача получившій въ 1883 г.

Всѣ рукописи, предназначенныя для почта (усердная просьба—писать четко, на одной сторонѣ листа, оставляя поля и придерживаясь принятой въ газетѣ транскрипціи фамилій иностранныхъ авторовъ), просить, впредъ до особаго о томъ извѣщенія, адресовать исключительно на имя *д-ра С. В. Владиславскаго* (Петербургъ, Ивановская ул., 2). *Ред.*



## ПРИЛОЖЕНИЕ.

### Краткое содержание журнальной литературы.

#### МЕСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

##### Намечки.

Archiv für klinische Chirurgie, т. 79. 1. König. Die Tuberkulose der Thoraxwand. Обь оперативномъ лѣченіи бугорчатка ребра. 110 случаевъ. 2. Brewitt. Untersuchungen über die Spätergebnisse nach complicirtem Schädelbrüchen. Отчетъ о послѣдовательныхъ въ 72 случаяхъ измѣненіяхъ послѣ осложненнаго перелома костей черепа. 3. Colmers. Die Enterokystome und ihre chirurgische Behandlung. О мѣшчатыхъ опухоляхъ ductus ophthalmicus. 4. Schumburg. Versuche über Händedesinfektion. Опытами доказываетъ прекрасное обеззараживающее дѣйствіе смеси спирта съ эвиромъ (2:1) съ прибавленіемъ  $\frac{1}{2}\%$  азотной кислоты. 5. Sprengel. Die intermediär-Operation bei acuter Appendicitis. Считаетъ коренную операцію въ т. наз. промежуточномъ періодѣ (3, 4, 5-й день болѣзни) аппендицита вполнѣ показанной. 6. Klose. Zur Technik der intravesicalen Operationmethode. Къ техникѣ операціи на мочевомъ пузырь. Описание способа удаленія доброкачественныхъ опухолей внутривушнымъ путемъ. 7. Gross. Die Lymphangiectasie der Leiste und andere Folgeerscheinungen der Lymphstauung. Обширная монографія о распріеніяхъ лимфатическихъ сосудовъ (adenolymphose). Подробная литература и критика существующихъ взглядовъ. 8. Antonelli. Ueber einen seltenen Fall von Enterocoele. Случай ограниченного слѣпчавого воспаления кишечныхъ петель въ грыжевомъ мѣшкѣ съ исеченіемъ на мѣстѣ срощенія сывороточнаго покрыва. Излѣченіе. Выздоровленіе. 9. Ekehorn. Ein einfaches Verfahren zur approximativen Bestimmung des Chlorgehalts im Urin. Описание прибора для опредѣленія хлора въ мочѣ. 10. Stieda. Die angeborenen Fisteln der Unterlippe. О причинахъ образованія врожденныхъ свищей нижней губы. Эмбриологическій очеркъ. 11. Hoffmann. Ueber Myelomatose, Leukämie und Hodgkinsche Krankheit. Патолого-анатомическое опредѣленіе названныхъ болѣзней. 12. Helsted. Experimentelle Beiträge zur Lehre des Verbrennungstodes. Экспериментальное изслѣдованіе о причинахъ смерти отъ ожоговъ. 13. Neuhäuser. Das hypernephroide Carcinom und Sarkom. 9 случаевъ злокачественныхъ опухолей надпочечныхъ железъ. Патолого-анатомическое изслѣдованіе. 14. Voswinkel. Ueber operativ behandelte subcutane Verletzungen des Magen-Darmcanals. 14 случаевъ операціи при разрывѣ желудочно-кишечнаго канала съ благоприятнымъ исходомъ только въ 2-хъ случаяхъ. 15. Frisch. Beitrag zur Behandlung peripherer Aneurysmen. Обстоятельное описаніе 19 случаевъ расширеній периферическихъ сосудовъ. 16. А. Т. Кабуловъ. Beitrag zur Kasuistik des Echinococcus der verschiedenen Organe und Gewebe des menschlichen Körpers. 10 случаевъ. 17. Eiselsberg. Ueber schiefe Biss in Folge Arthritis eines Unterkieferknochens. 2 случая смѣщенія нижней челюсти въ сторону вслѣдствіе воспалительнаго увеличенія головки. Выздоровленіе послѣ изсѣченія головки. 18. Auffenberg. Osteoplastische Verlängerung des Unterkiefers bei Mikrognathie. 3 случая костеобразовательнаго удлиненья недоразвившейся нижней челюсти. 19. Ekehorn. Experimentelle Erhöhung der molekularen Concentration des Blutes. Отмѣчаетъ повышеніе точки замерзанія крови вслѣдствіе кормленія сухою пищей у лицъ съ болѣзнями почек. 20. Berndt. Ueber Muskelverköcherung nach einmaligem Trauma. 2 случая ограниченаго окостенѣнія мышцъ вслѣдствіе одиночной травмы. 21. Krönlein. Ueber die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs. О хирургическомъ лѣченіи язвы желудка на основаніи 101 случая. 22. Clairmont. Beiträge zur Nierenchirurgie. Обстоятельный отчетъ о 86 случаяхъ операціи на почкахъ изъ клиники проф. Eiselsberg'a. 23. Karsammer. Ueber die Bedeutung der Phloridzinmethode. О значеніи флоридзиновой пробы при заболѣваніяхъ почек. 24. Kocher. Ueber ein drittes Tausend Kropfexstirpationen. Краткій отчетъ о 3-ей тысячѣ случаевъ операціи воба. 25. Offergeld. Experimentelle Beiträge zur internen Therapie des Darmverschlusses. Выводъ: внутреннее лѣченіе кишечной непроходимости (физиостигминъ, пилокарпинъ, стрихнинъ, атропинъ) имѣетъ смыслъ при динамическихъ формахъ. 26. Fibich. Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Gastroenteroanastomose auf das Ulcus ventriculi. Экспериментальное доказательство благоприятнаго вліянія желудочно-кишечнаго соустья на искусственно вызванныхъ у собакъ язвъ желудка. 27. Tansini. Ueber mein neues Verfahren bei Amputation des Mammacarcinoms. Недостачу послѣ усѣченія раковой грудной железы закрываетъ доскутомъ со спины, пятаемымъ а. scapulari circumflexa. 28. Schaefer, Svenson und Ostensacken. Ueber die Wirkung der japanischen Kriegswaffen im mandschurischen Feldzuge. Обстоятельный очеркъ дѣйствія японскихъ снарядовъ на характеръ и теченіе ранъ. 29. Stubenrauch. Ueber plastische Anastomosen zwischen Gallenwegen und Magendarmkanal. О пластическихъ соустьяхъ между желчными

путями и желудочно-кишечнымъ каналомъ для заживленія наружныхъ желчныхъ свищей. Описание случая. 30. Putti. Die primären Muskelangiome als Ursache von Deformitäten. 2 случая первичныхъ мышечныхъ сосудистыхъ опухолей. 31. Colmers. Erfahrungen über die Therapie bei Schussfracturen der Extremitäten. О лѣченіи огнестрѣльныхъ ранъ конечностей. Небольшая замѣтка. 32. Hammerschlag. Behandlung der Trigeminalgie mit Perosmiumsäure. На 9 случаевъ нейралгій тройничнаго нерва въ 1 отъ впрыскиваній осміевоы кислоты получилось улучшеніе, въ 8 — исеченіе болѣе въ теченіи нѣсколькихъ дѣтъ. 33. Henle. Ueber Kriessverletzungen der peripherischen Nerven. Описание 35 случаевъ огнестрѣльныхъ раненій периферическихъ нервовъ. 34. Brenner. Radicaloperationen bei Leistenhernien. Отчетъ о 2000 коренныхъ операціи грыжи на 1080 больныхъ. 35. Göbell. Ueber Herzschussverletzungen. Случай зашиванія огнестрѣльной раны легкаго и сердца съ благоприятнымъ исходомъ. 36. Donati. Ueber die acute und subakute Osteomyelitis purulenta der Wirbelsäule. Обстоятельный литературно-клинический очеркъ объ остромъ и подостромъ воспаленіи костнаго мозга позвонковъ. 37. Daberauer. Ueber die Todesursache bei acuter Pankreatitis. На основаніи опытовъ (удаленіе, перевязка и перерѣзка поджелудочной железы) видятъ причину смерти при остромъ воспаленіи железы въ образующихся въ ней ядовитыхъ веществахъ. 38. Schachner. Ligaturkasten, Operationstisch und Operationskleid. Описание новаго операціоннаго стола, прибора для храненія и обезпложиванія шелка и платя для оперированія.

Archiv für Laryngologie und Rhinologie, т. 18, тетр. 1. 1. Mader. Ueber Röntgentherapie in den oberen Luftwegen. Описание техники и результатовъ лѣченія. 2. Arthur Haeblerlin. Der anatomische Bau des Nervus recurrens beim Kaninchen. Гистологическое изслѣдованіе. 3. К. М. Menzel. Beitrag zur Kenntniss der leukämischen Veränderungen in der Schleimhaut der oberen Luft- und Digestionswege. Описание случая. 4. G. Lennhoff. Zur Tamponade der Nase und des Nasenrachensraumes. Терапевтический очеркъ. 5. К. Menzel. Chronisch ödematöse Veränderungen der Kehlkopfschleimhaut als Folge von Kompression durch Struma. Описание 10 случаевъ. 6. Georg Cohn. Klinische Beobachtungen im Jahre 1904. Описание наиболѣе интересныхъ случаевъ изъ практики. 7. Henrici. Indicationen zur kurativen Tracheotomie bei der Kehlkopf-tuberculose. Очеркъ. 8. A. Kuttner. Kritische Betrachtungen über den augenblicklichen Stand der Recurrensfrage. 9. Theodor J. Flatau und Herrmann Gutzmann. Die Stimme des Säuglings. Изслѣдованія о голосѣ младенца. 10. Otto Freer. Die submucöse Fensterresektion der Nasensecheidewand, nach eigener Methode ausgeführt. Описание операціи по способу автора. 11. Levinger. Gestielte maligne Geschwulst der Tonsille (Endothelom). Описание случая. 12. Hugo Sternfeld. Spontane Austossung einer Zahnmurzel aus der Kieferhöhle durch die Nase 14 Jahre nach dem Auftreten eines acuten Kieferhöhlen-Empyems; nebst Bemerkungen über Fremdkörper in den Nebenhöhlen. Описание случая. 13. A. Schoenemann. Sauerstoff-Gasglühlicht. Описание лампы. 14. Проф. А. Onodi. Eine neue Spritze zum Gebrauch für starres Paraffin. Описание шприца. 15. Internationaler Laryngo-Rhinologen-Kongress. Türk Czermack Gedenkfeier. Wien 1908. Объявленіе о съѣздѣ.

Archiv für mikroskopische Anatomie und Entwicklungsgeschichte, т. 67, тетр. 3. 1. E. S. London und D. J. Pesker. Ueber die Entwicklung des peripheren Nervensystems bei Säugetieren (weissen Mäusen). Эмбриологическое изслѣдованіе. 2. F. Krauss. Der Zusammenhang zwischen Epidermis und Cutis bei Sauriern und Krokodilen. Гистологическое изслѣдованіе. 3. N. K. Koltzoff. Studien über die Gestalt der Zelle. I. Untersuchungen über die Spermien der Decapoden, als Einleitung in das Problem der Zellengestalt. Изслѣдованіе о строеніи сперматозоидовъ въ связи съ ученіемъ о клѣткѣ вообще. Archiv für Ohrenheilkunde, т. 67, тетр. 1. 1. Th. Heilmann. Ein Fall von akuten otitischen Schläfenlappeneabszess. Описание случая. 2. Александръ Ивановъ. Zur Technik und Kasuistik der Bulbusoperation. 3. Martin Magnus. Bericht über die otologische Abteilung im Jahre 1904. Отчетъ о Кенигсбергской ушной клиникѣ проф. Gerber'a. 4. Behm. Ein Fall von Syphilis hereditaria tarda bei dem Ohrenlabyrinth. Описание случая.

Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie, т. IV, тетр. 1 и 2. 1. Menne. Ueber subkutane Verletzungen des Magens und deren Folgezustände gutartiger Natur nach Einwirkung stumpfer Gewalten und körperlicher Anstrengungen mit besonderer Berücksichtigung des Unfallversicherungsgesetzes. Очень подробная клиническая и экспериментальная работа о травматическихъ поврежденіяхъ желудка. 2. Chlumsky. Ueber die abnorme Innenrotation der Beine. Авторъ нашелъ у дѣлаго ряда дѣтей болѣе или менѣе выраженную ротацию одной или обѣихъ нижнихъ конечностей внутрь. Причина не выяснена. Механическое лѣченіе даетъ улучшеніе или излѣченіе. 3. Raubitschek. Zur Kasuistik der Trichterbrust. Описание 3-хъ случаевъ воронкообразной грудной клѣтки въ связи съ разборомъ вопроса объ этиологіи этой неправильности скелета. 4. Voltz. Ueber die Beziehungen der Arteriosklerose der unteren Extremitäten zur traumatischen Arthritis des Hüftgelenkes nebst einem Fall von lokaler traumatischer Arteriosklerose. О связи артеросклероза съ воспаленіемъ голеностопнаго сочлененія на основаніи

7 случаев. Кроме того описан случай артериосклероза после ожога.

Archiv für Protistenkunde, т. 7, тетр. 1. 1. G. Keysseltz. *Generations- und Wirtswechsel von Trypanoplasma borreli Laveran et Mesnil*. 2. Olaw Schroeder. *Beiträge zur Kenntniss von Campanella umbellaria L. sp. (Epistylis flavicans+grandis Ehrbg.)*. 3. V. Dogiel. *Beiträge zur Kenntniss der Gregarinen. I Cystobia Chiridotae nov. sp.* 4. W. J. Perrin. *Researches upon the Lifehistory of Tripanosoma balbiani (Cerles)*. 5. Schaudinn. *Protozoen-Literatur*. Литературный перечень.

Archiv für soziale Medizin und Hygiene (бывшая Monatsschrift für soziale Medizin), 1906 г., т. 1, тетр. 1. 1. Häberlin. *Die Einführung von Tarifklassen in die Krankenversicherung*. О новом уставе кассы в Цюрихе. 2. K. Jaffé. *Die Vereinheitlichung der Arbeiterversicherung vom ärztlichen Standpunkte*. О реформах в организации страхования на случай болезни. 3. J. Klumker. *Ueber die Bedeutung der Berufsvormundschaft im besonderen für die Bekämpfung der Kindersterblichkeit in Deutschland*. О необходимости введения опекунского надзора над незаконнорожденными детьми. 4. H. Tjaden. *Die Bekämpfung der Tuberkulose in Bremen*. (Не окончена).

Тетр. 2. 1. Leopold Katscher. *Versicherung armer Wöchnerinnen*. О необходимости устройства кассы для страхования бедных родильниц. 2. Bluth. *Die Honorarverhältnisse der Kassendärzte*. Новый способ платы врачебного труда кассовых врачей. 3. Hahn. *Eine Nährwertdarstellung in praktischer Form*. Способ изображения питательного значения пищевых средств. 4. H. Tjaden. *Die Bekämpfung der Tuberkulose in Bremen*. Подробное изложение организации борьбы с буторчаткой в Бремене.

Archiv für Verdauungs-Krankheiten mit Einschluss der Stoffwechselpathologie und der Diätetik, т. 12, тетр. 1. 1. Rubow. *Die Hyperazidität des Magensaftes und ihre Bestimmung mittels der Sahli'schen Probemahlzeit*. Пробный обед по Sahli не может доказать наличия чрезмерной кислотности. 2. Einhorn. *Eine neue Methode, die Funktionen des Verdauungsapparates zu prüfen*. Переваривающая способность различных отделов пищеварительного тракта определяется через исследование проглоченных больными желатиновых капсул с различными составными частями пищи. 3. Sadger. *Die Hydratik der nervösen Dyspepsie und der organischen Magenaffektionen*. Автор хвалит действие водолечения при болезнях желудка. 4. Байбаков. *Zur Frage des Einflusses des Argentum nitricum auf die Zusammensetzung des Magensaftes und die motorische Kraft des Magens bei Kranken*. Липия, вопреки общепринятому мнению, усиливает отделение соляной кислоты.

Archiv Virchow's für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin, 1906 г., т. 183, тетр. 1. 1. Проф. Липинский. *Zur Frage über die Beteiligung der Nervenstämmе der hinteren Extremität an der vasomotorischen Innervation der distalen Gebiete derselben und über die Veränderung der vasomotorischen Elemente sowie der Gefäße selbst der Hinterfüße nach Beschädigung des N. ischiadicus*. Экспериментальное исследование. 2. H. W. Freund und R. Thomé. *Eierstockschwangerschaft*. Случай яичниковой беременности. 3. M. Simmonds. *Ueber Frühformen der Samenblasentuberculose*. 4. Umbreit. *Ueber einen Fall von Leberveinen und Pfortadertuberculose*. 5. Ed. Menne. *Zur Kenntniss der Myelomzellen*. 6. Spartaio Minelli. *Primärer melanotischer Gehirntumor*. Гистологическое исследование опухоли мозга. 7. Arnold Fuchs. *Ueber ein primäres Sarkom des Magens*. Описание случая. 8. Schminke. *Zur Kasistik primärer Multiplicität maligner Tumoren*. Случай первичного рака желчного пузыря и саркомы матки. 9. Joseph Wiesel. *Ueber Befunde am chromaffinen System bei Hitzschlag*. Случай солнечного удара, при котором найдено недоразвитие надпочечника.

Тетр. 2. 1. Beitzke und Neuberg. *Zur Kenntniss der Antifermente*. Экспериментальная работа. 2. Kum'ji Iasaki. *Untersuchungen über die elektrische Leitfähigkeit der Ascitesflüssigkeit bei experimentell erzeugter Niereninsuffizienz*. Электропроводимость асцитической жидкости. 3. Проф. Lubarsch. *Ueber die Bedeutung der pathologischen Glykogenablagerungen*. Большая работа по вопросу о патогенезе сахарной болезни и об отложении гликогена.

Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie, т. VII, тетр. 12. 1. Wolfgang Pauli. *Untersuchungen über physikalische Zustandsänderungen der Kolloide. Fünfte Mitteilung. Die elektrische Ladung von Eiweiss*. Физико-химическое исследование. 2. Emil Mayr. *Ueber den Einfluss von Neutralsalzen auf Färbbarkeit und Fixierung des nervösen Gewebes (Ein Beitrag zur Kenntniss der Kolloide)*. 3. Leo Langstein und Franz Steinitz. *Laktase und Zuckerausscheidung bei magendarmkranken Säuglingen*. У тяжело-больных кишечными расстройствами грудных детей часть молочного сахара выделяется с мочой. 4. L. B. Stookey. *Zur Kenntniss der Eiweisspeptone*. Химическое исследование.

Beiträge zur Geburtshilfe und Gynaekologie, т. X, тетр. 2. 1. O. v. Franqué. *Ueber tödliche Affektionen der Magen- und Darmschleimhaut nach Laparotomien, nebst Bemerkungen zur Melaena neonatorum*. 2 случая, при которых произошло отравление вследствие обеззараживания сулемой. 2. F. A. Kehler.

*Die okzipito-sakralen Vorder und Hinterscheitelagen*. 3. H. Schmaus. *Ueber einen Ovarialtumor mit chorionepitheliomatigen Metastasen im Peritoneum*. Описание случая. 4. F. Kermanner. *Placenta praevia cervicalis*. Описание случая (в литературе до сих пор описано 3 подобных). 5. K. Hegar. *Ueber Infantismus und Hypoplasie des Uterus*. Клинический очерк. 6. Kownatzki. *Blutuntersuchungen bei Puerperalfieber*. Подробная работа со множеством таблиц; сильное увеличение лейкоцитов и уменьшение красных кровяных шариков неблагоприятно для предсказания; бесловно неблагоприятно появление поликлицитоза, полихромазии и ядросодержащих красных. 7. K. Frankenstein. *Ueber die künstliche Blasenfüllung bei gynäkologischen Operationen als Mittel zur Verhütung der Harnverhaltung und Ausschaltung toter Räume im Becken*. Наполнение пузыря является целесообразной мѳрой. 8. H. Hellendall. *Bakteriologische Beiträge zur puerperalen Wundinfektion*. Бактериологическое исследование.

Тетр. 3. 1. A. Blau. *Ueber die Erfolge der vaginalen Uterusexstirpation wegen Karzinom*. Статистика из клиники Chrobak'a в Вѳне. 2. H. Jockers. *Untersuchungen über die Decidua basalis bei manuell gelösten Placenten*. Анатомо-гистологическое исследование. 3. V. Neujean. *Bakteriologische Untersuchungen des Genitalsekretes neugeborener Mädchen*. Отделяемое влагалища остается безплодным 12 часов после рождения; отделяемое срамной щели 7—8 часов. Купание ускоряет появление микроорганизмов. 4. H. Sellheim. *Anatomische experimentelle und klinische Untersuchungen zur operativen Erweiterung des Beckens*. Основания анатомические для расширения таза. 5. R. Birnbaum. *Ueber die Anwendung der Tuberkulinpräparate, speziell den diagnostischen Wert des alten Tuberkulin bei Genitaltuberculose*. В 17 случаях польза от применения туберкулина для распознавания. 6. H. Haas. *Beitrag zur Lehre von den Zysten der Nabelschnur*. О кистах пупочного канатика. 7. H. Petersen. *Ueber den Sitz des Fruchtkuchens und die Bedeutung dieses Sitzes für die Geburt*. Разбор различных положений плода. 8. J. Bäcker und K. Minich. *Ein Fall von Sarcoma hydropicum papillare*. Описание случая. 9. J. Hofbauer. *Zur Steigerung der Widerstandskraft des Organismus durch künstliche Leukotose*. Полемическая статья.

Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie (Ziegler), т. XXXVIII, тетр. 2. 1. Проф. K. Buday. *Zur Pathogenese der gangränösen Mund und Rachenentzündungen*. 2. Проф. Алекс. Максимов. *Beiträge zur Histologie der eiterigen Entzündung*. Подробное гистологическое исследование гнойного воспаления. 3. Edward L'Engle. *Ueber Fibrinbildung in der Stauungsleber*. Образование фибрина в застойной печени. 4. T. Hayami. *Ueber die chronische Stauungsleber*. О хронической застойной печени. 5. Walter Schultze. *Ueber zwei Aneurismen von Baueingeweidearterien, zugleich ein Beitrag zur Aetiologie der Pankreasblutungen*. Аневризмы артерий поджелудочной железы могут служить причиной кровотечения в эту железу. 6. Wätzold. *Ein Perithelium des Plezus Choroides des linken Seitenventrikels*. Описание случая. 7. Luigi Tomellini. *Ueber die pathologische Anatomie der akuten und chronischen Natriumnitrit-Vergiftung. Experimentelle Untersuchungen*. Экспериментальное исследование относительно патолого-анатомических изменений при остром и хроническом отравлении азотисто-кислым натрием. 8. Julius Arnold. *Die Morphologie der Milch- und Colostrum-Secretion, sowie deren Beziehung zur Fettsynthese, Fettphagozytose, Fettsecretion und Fettdegeneration*. Морфология отделения молока и молозива и отношение его к синтезу и разложению жира к поглощению послѣднего фагоцитами и к отделению жира.

## ЕЖЕНЕДЕЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

### Нѳмекіе.

Wiener medizinische Presse, 1906 г., 11 февраля. 1. H. Stadelmann. *Die degenerative Anlage als Grund der Psychosen*. 2. F. Zahradnicko. *Die Luxation der Semilunarknorpel des Kniegelenkes*. Вывих полунных хрящей коленного сустава. 3. G. Hauffe. *Ueber den Zusammenhang zwischen Ischiasschmerzen und Luftdruckschwankungen*. О связи между сидальными болями и колебаниями воздушного давления.

Medicinische Woche (с приложением «Balneologische Centralzeitung»), 1906 г., 1 января. 1. A. Vossius. *Die Bedeutung der Pupillenuntersuchung für die Diagnostik einseitiger Erblindung durch Sehnervenläsion*. 2. Проф. Sommer. *Kliniken für psychische und nervöse Krankheiten*. 3. Проф. A. Ott. *Einiges über Klima*.

8 января. 1. A. Dührssen. *Der praktische Arzt und Uteruscarcinom*. 2. A. Ott. Окончание статьи о климате.

15 января. 1. Проф. A. Hoffa. *Der Einfluss des Alters auf orthopädische Massnahmen*. Влияние возраста на ортопедическую мѳроплатию.

Редакторы (Д-ръ С. В. Владиславлев.  
Проф. В. В. Подвысоцкий.)

СХХХII. Изъ амбулатории для алкоголиковъ при Московской психиатрической клиникѣ.

# Главнейшія нервно-психическія входящія алкоголизма въ ихъ статистическомъ отношеніи.

Ч. пр. О. Е. Рыбакова.

Предлагаемая ниже вниманию товарищей работа является результатомъ разработки того статистическаго матеріала, который накопился у меня въ теченіи послѣднихъ лѣтъ. Матеріалъ этотъ собранъ мною главнымъ образомъ въ амбулаторіи Московской психиатрической клиники. Число всѣхъ случаевъ, записанныхъ съ надлежащей точностью, равняется 600. Запись производилась посредствомъ особыхъ, специально для того выработанныхъ бланковъ.

Прежде, чѣмъ, однако, приступить къ изложенію своихъ наблюденій, считаю нужнымъ сказать нѣсколько словъ о формахъ пьянства. Я раздѣляю алкоголиковъ на 3 категории: случайные, привычные (хроническіе) и запойные. Не стану останавливаться на описаніи этихъ категорій, такъ какъ объ этомъ я говорилъ уже не разъ. \*) Замѣчу лишь, что изъ числа привычныхъ пьяницъ я счелъ нужнымъ выдѣлить особую подкатегорію — «привычные съ перерывами». Сдѣлавъ я это по чисто практическимъ соображеніямъ, которыя будутъ понятны впослѣдствіи. Эта подкатегорія стоитъ какъ-бы на границѣ между привычными и случайными, приближаясь, однако, болѣе къ первымъ, чѣмъ ко вторымъ. Этого рода пьяницы хотя и пьютъ постоянно, но иногда, подъ вліяніемъ тѣхъ или иныхъ случайныхъ обстоятельствъ, отрѣшаются отъ вина на нѣсколько дней и болѣе. Отличается эта подкатегорія отъ запойныхъ и близкихъ къ нимъ формъ тѣмъ, что свѣтлые промежутки здѣсь невелики по сравненію съ періодами пьянства, да и наступленіе этихъ промежутковъ обуславливается скорѣе случайными внѣшними причинами, чѣмъ какими-либо внутренними условіями организма; предвѣстниковъ, столь характерныхъ для запоя, здѣсь также не бываетъ.

Кромѣ того, я счелъ нужнымъ выдѣлить еще особую группу — «смѣшанную форму пьянства». Въ эту группу попали всѣ тѣ случаи, гдѣ я не зналъ, куда отнести даннаго пьяницу — къ привычнымъ или запойнымъ. Такимъ образомъ, «привычные съ перерывами» стоятъ на границѣ между привычными и запойными.

Самособою разумѣется, что эти второстепенныя подраздѣленія имѣютъ чисто условное значеніе и сдѣланы мною для того, чтобы имѣть хотя какую-нибудь точку опоры при оцѣнкѣ степени алкоголизаціи больного; кромѣ того, они даютъ нѣкоторую возможность не прибѣгать къ слишкомъ большимъ натяжкамъ при оцѣнкѣ основной формы пьянства.

Перехожу теперь къ изложенію своихъ наблюденій.

Всѣхъ алкоголиковъ, какъ уже было упомянуто, у меня насчитывается 600 чел.; изъ нихъ мужчинъ 551, женщинъ — 49. Слѣд. отношеніе женщинъ къ мужчинамъ равно 1:11. Отношеніе это едва ли соответствуетъ дѣйствительности, такъ какъ женщины, въ силу своего общественнаго положенія, болѣе склонны скрывать свое болѣзненное влеченіе, чѣмъ мужчины, и потому рѣже обращаются къ врачу. По даннымъ д-ра Корюкина <sup>1)</sup>, взятымъ изъ отчетовъ, въ городскія больницы Москвы за время 1888—1897 г.г. поступило алкоголиковъ: женщинъ 899, мужчинъ 7093, т.е. вышеуказанное отношеніе равно 1:8.

По д-ру Григорьеву <sup>2)</sup> средняя ежегодная цифра поступленій въ Петербургскія больницы (1886—1897 г.г.) для женщинъ 223, для мужчинъ 1771, т.е. отношеніе равно 1:8.

Такимъ образомъ мои наблюденія нѣсколько не согласуются съ наблюденіями другихъ авторовъ. Причина этого, можетъ быть, лежитъ въ особомъ составѣ больныхъ.

По формѣ пьянства мои алкоголики распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

	мужчинъ.	женщинъ.	всего.
случайныхъ пьяницъ	30=5,4% **)	1=2,0% ***)	31=5,2% ***)

	мужчинъ.	женщинъ.	всего.
привыч. съ перерыв.	123=22,3%	4=8,2%	127=21,2% 61,7%
привычныхъ	220=40,0%	23=46,9%	243=40,5%
смѣшанныхъ	44=8,0%	4=8,2%	48=8,0%
запойныхъ	134=24,3%	17=34,7%	151=25,1%
всего	551	49	600

Изъ таблицы этой видно, что наибольшую группу составляютъ привычные алкоголики (61,7%). Случайные пьяницы составляютъ очень небольшой % (5,2); но это еще не указываетъ на то, что послѣдніе и въ дѣйствительности встрѣчаются рѣдко. Въ виду того, что случайное пьянство, по характеру своего проявленія, рѣдко приводитъ больного въ пріемную врача, скорѣе нужно думать обратное, а именно, что случайное пьянство въ дѣйствительной жизни встрѣчается очень часто (безъ сомнѣнія, гораздо чаще, чѣмъ привычное). Запойные пьяницы составляютъ приблизительно 1/4 общаго числа больныхъ (25,1%). Какъ видно изъ таблицы, запой среди женщинъ встрѣчается гораздо чаще (34,7%), чѣмъ среди мужчинъ (24,3%). Можетъ быть, это объясняется тѣмъ, что запой есть выраженіе болѣе глубокой степени алкогольнаго вырожденія, а женщины, какъ существа съ болѣе нѣжной организаціей нервной системы, легче подвергаются такому вырожденію.

Перехожу теперь къ разсмотрѣнію собственно нервно-психическихъ явленій алкоголизма. При разпросѣ больныхъ я всегда обращаю вниманіе на слѣдующіе пункты: 1) не страдалъ-ли больной бѣлой горячкой или вообще алкогольными галлюцинаціями? 2) не имѣлъ-ли онъ со времени злоупотребленія спиртными напитками припадковъ падучей? 3) не замѣчалось-ли у него признаковъ алкогольнаго слабоумія? 4) не обнаруживалось-ли у него признаковъ какого-либо иного душевнаго расстройства алкогольнаго происхожденія? и 5) не было-ли у него периферическихъ расстройствъ нервной системы (алкогольнаго нейрита)?

## Алкогольныя галлюцинаціи.

Алкогольныя галлюцинаціи остраго типа и бѣлая горячка отмѣчены мною въ анамнезѣ у 229 больныхъ, т.е. въ 38,2% общаго числа алкоголиковъ, при чемъ у однихъ больныхъ эти явленія наблюдались всего 1 разъ, у другихъ повторялись 2, 3 и даже нѣсколько разъ. Подъ галлюцинаціями остраго типа я разумѣю скоропреходящія галлюцинаторныя явленія, вызванныя алкоголемъ, не доходящія, однако, до степени настоящей бѣлой горячки (критическое отношеніе больного къ галлюцинаціямъ сохраняется). Галлюцинаціи эти носятъ чаще всего зрительный характеръ и наблюдаются преимущественно по ночамъ. Я отличаю ихъ также отъ т. наз. «затяжнаго алкогольнаго бреда», о которомъ будетъ рѣчь ниже. Для меня онѣ являются ничѣмъ инымъ, какъ слабо и недостаточно развитою формой бѣлой горячки. Изъ числа упомянутыхъ 229 случаевъ настоящая бѣлая горячка (delirium tremens) съ болѣе или менѣе опредѣленнымъ затуманеніемъ сознанія наблюдалась въ 113, т.е. почти у 19% общаго числа больныхъ.

Громадное число галлюцинантовъ среди пьяницъ служитъ нагляднымъ доказательствомъ того, что *алкоголь есть сильный нервный ядъ и при томъ ядъ, дѣйствующій главнымъ образомъ на центральную нервную систему.*

По формамъ пьянства галлюцинанты распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

среди случайн. пьяницъ	1 чел. т.е.	3,2%	общаго числа пьяницъ соответственной категоріи.
» привыч. съ перер.	69 »	54,3%	
» привычныхъ	52 »	21,4%	
» смѣшанныхъ	21 »	43,7%	
» запойныхъ	86 »	57,0%	
всего	229 чел., т.е.	38,2%	общаго числа больныхъ.

Отсюда видно, что громадное большинство галлюцинантовъ встрѣчается среди запойныхъ (57%) и близкихъ къ нимъ категорій пьяницъ (43,7%); среди привычныхъ же они попадаются преимущественно у тѣхъ, которые пьютъ съ болѣе или менѣе частыми перерывами (54,3%). Это обстоятельство невольно заставляетъ думать, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ галлюцинаціи у алкоголиковъ являются отвѣтомъ на быстрое прекращеніе злоупотребленія спиртными напитками. Т.е. результатомъ злоупотребленія спиртными напитками. Т.е. результатомъ злоупотребленія спиртными напитками.

\* См. Алкоголизмъ и послѣдственность. «Русскій Врачъ», 1906 г.

\*\*) Отношеніе взято къ общему числу больныхъ соответствующаго пола.

\*\*\*) Отношеніе

ляющаго дѣйствія алкоголя на организмъ, ослабленный внезапнымъ прекращеніемъ привычнаго возбудителя.

Что касается пола, то у женщинъ галлюцинаціи въ общемъ встрѣчаются рѣже, чѣмъ у мужчинъ, а именно: изъ числа мужчинъ (551 чел.) галлюцинаціи наблюдались у 216, т. е. въ 39,2%, изъ числа-же женщинъ (49 чел.)—у 13, т. е. въ 26,5%. Такимъ образомъ по моимъ наблюденіямъ женщины заболѣваютъ галлюцинаціями и бѣлой горячкой въ 1½ раза рѣже, чѣмъ мужчины. Объясняется это, вѣроятно, отчасти тѣмъ, что женщины чаще скрываютъ этого рода болѣзненные явленія, отчасти-же, можетъ быть, и тѣмъ, что ежедневная порція вина у женщинъ въ общемъ меньше, чѣмъ у мужчинъ.

Затяжной алкогольный бредъ, т. е. хроническая галлюцинаторная форма алкогольнаго психическаго расстройства наблюдался только у 6 больныхъ, т. е. у 1% общаго числа алкоголиковъ. Изъ этихъ 6 больныхъ половина падаетъ на запойныхъ пьяницъ, 1—на смѣшанную категорию и 2—на привычныхъ, пьющихъ съ перерывами. Отсюда нужно полагать, что эта форма психическаго расстройства развивается по преимуществу у запойныхъ пьяницъ или близкихъ къ нимъ категорій. Часто употребляемое для этой формы названіе «запойный бредъ», повидимому, имѣетъ свое логическое основаніе.

#### *Алкогольная эпилепсія.*

Изъ числа моихъ больныхъ эпилептиформные припадки отмѣчены (считая со времени злоупотребленія спиртными напитками) у 59, что составляетъ почти 10% общаго числа алкоголиковъ. Слѣд., эпилепсія встрѣчается у алкоголиковъ почти въ 4 раза рѣже, чѣмъ галлюцинаціи. Нужно поэтому полагать, что алкоголь дѣйствуетъ сначала на чувствующіе, а затѣмъ уже на двигательные центры головного мозга.

По отношенію къ формѣ пьянства имѣвшіе эпилептиформные припадки распределяются такъ:

	мужчинъ.	женщинъ.	всего.
случайныхъ пьяницъ . . .	—	—	—
привычныхъ съ перерыв. .	10	—	10=7,9%
привычныхъ . . . . .	29	2	31=12,8%
смѣшанныхъ . . . . .	4	1	5=10,4%
запойныхъ . . . . .	13	—	13=8,6%
всего	56=10,2%	3=6,1%	59=9,8%

т. е. эпилептиформные припадки встрѣчаются чаще всего среди привычныхъ пьяницъ (12,8%) и рѣже всего—среди запойныхъ и той категоріи привычныхъ, которые пьютъ съ болѣе или менѣе значительными перерывами. Отношеніе, слѣд., получается какъ разъ обратное тому, которое мы видѣли касательно алкогольныхъ галлюцинацій. Обстоятельство это невольно заставляетъ думать, что эпилептиформные припадки являются результатомъ хроническаго отравленія мозга алкоголемъ (если-бы эти припадки являлись результатомъ алкогольнаго воздержанія, то наибольшій % падучихъ наблюдался-бы среди запойныхъ и вообще пьющихъ съ перерывами). Интересно при этомъ отмѣтить, что среди случайныхъ пьяницъ не наблюдалось ни одного случая падучей.

Что касается пола, то изъ вышеприведенной таблицы видно, что женщины страдаютъ эпилептиформными припадками гораздо рѣже, чѣмъ мужчины: у мужчинъ припадки отмѣчены въ 10,2%, у женщинъ—въ 6,1%, т. е. женщины подвергаются въ 1½ раза меньшей опасности заболѣть припадками падучей, чѣмъ мужчины (отношеніе тоже, что и при галлюцинаціяхъ). Объясняется это, вѣроятно, тѣми-же обстоятельствами, какъ и въ случаяхъ бѣлой горячки.

#### *Алкогольное слабоуміе.*

Характерными признаками алкогольнаго слабоумія я считаю рѣзкое ослабленіе памяти и соображенія, утрату нравственнаго чувства, упадокъ работоспособности и вообще распадленіе личности.

Случаи, гдѣ отмѣчалось одно лишь ослабленіе памяти или одно только пониженіе работоспособности, я не относилъ къ алкогольному слабоумію, а выдѣлялъ въ особую категорію, которая, въ качествѣ перваго звена въ цѣпи

явленій умственнаго паденія личности, также имѣетъ для насъ важное вспомогательное значеніе.

Характерное алкогольное слабоуміе отмѣчено мною въ 5 случаяхъ, т. е. приблизительно у 1% общаго числа больныхъ. Всѣ эти лица относятся къ категоріи привычныхъ пьяницъ. Это обстоятельство невольно заставляетъ думать, что алкогольное слабоуміе развивается, если не всегда, то, по крайней мѣрѣ, въ большинствѣ случаевъ, при хроническомъ злоупотребленіи спиртными напитками. Насколько запойное пьянство можетъ вести къ алкогольному слабоумію,—вопросъ остается открытымъ.

Чтобы подтвердить справедливость только-что высказаннаго соображенія, обращусь къ вспомогательнымъ признакамъ.

Рѣзкое пониженіе работоспособности отмѣчено мною въ 22 случаяхъ, т. е. почти у 4% общаго числа больныхъ. По формамъ пьянства эти случаи распределяются такъ:

случайные пьяницы . . . . .	—	—	—
привычные . . . . .	17	чел.	= 4,6%
смѣшанные . . . . .	4	»	= 8,3%
запойные . . . . .	1	»	= 0,7%

т. е. пониженіе работоспособности наблюдается главнымъ образомъ при привычномъ пьянствѣ и въ смѣшанныхъ категоріяхъ. Большой % случаевъ съ пониженіемъ работоспособности въ смѣшанныхъ формахъ объясняется, съ одной стороны, близостью этихъ формъ къ привычному пьянству, а, съ другой—и это самое главное—тѣмъ обстоятельствомъ, что категорія смѣшанныхъ пьяницъ, какъ увидимъ впоследствии, состоитъ главнымъ образомъ изъ дегенерантовъ, т. е. лицъ, у которыхъ пьянство является лишь однимъ изъ припадковъ въ ряду другихъ уклоненій въ психической сферѣ, среди коихъ пониженіе работоспособности составляетъ очень нерѣдкое явленіе.

Ослабленіе памяти (считая, конечно, со времени начала злоупотребленія спиртными напитками) отмѣчено мною въ 196 случаяхъ, т. е. почти у 33% общаго числа больныхъ (сюда зачислены случаи не только съ сильнымъ, но и съ слабымъ ослабленіемъ памяти).

По формамъ пьянства эти случаи распределяются такъ:

случайные пьяницы . . . . .	5	чел.	= 16,1%
привычные . . . . .	135	»	= 36,5%
смѣшанные . . . . .	13	»	= 27,1%
запойные . . . . .	43	»	= 28,5%

т. е. ослабленіе памяти наблюдается опять-таки чаще всего при привычномъ пьянствѣ.

Такимъ образомъ разборъ вспомогательныхъ признаковъ лишь подтверждаетъ мое положеніе, что алкогольное слабоуміе развивается главнымъ образомъ при привычномъ пьянствѣ. Если такіе частичные признаки слабоумія, какъ пониженіе работоспособности и ослабленіе памяти, и встрѣчаются иногда при запойныхъ формахъ, то это ничуть не противорѣчитъ вышеуказанному моему выводу, ибо запойное пьянство очень часто развивается изъ привычнаго, т. е. въ моментъ развитія запоя указанные признаки могли уже быть налицо.

#### *Алкогольный трансъ.*

Алкогольный трансъ отмѣченъ мною въ 13 случаяхъ, т. е. приблизительно въ 2% изъ нихъ 6 случаевъ относятся къ привычной формѣ (1,6%) и 7 къ запойной (4,6%).

#### *Алкогольный нейритъ.*

Алкогольный нейритъ наблюдался въ 12 случаяхъ, т. е. у 2% общаго числа больныхъ. Нужно замѣтить, что я отмѣчалъ лишь тѣ случаи нейрита, гдѣ онъ имѣлся налицо въ моментъ обращенія больного за совѣтомъ или же гдѣ относительно вѣрности анамнестическихъ показаній не могло быть никакого сомнѣнія (характерные признаки, больничное распознаваніе и пр.).

По формамъ пьянства эти случаи распределяются такъ:

случайные пьяницы . . . . .	—	—	—
привычные . . . . .	9	чел.	= 2,4%
смѣшанные . . . . .	1	»	= 2,1%
запойные . . . . .	2	»	= 1,3%



Малое число наблюдавшихся случаев, конечно, не дает нам права на окончательные выводы; но все-же, основываясь на полученных данных, я считаю дозволенным высказать кое-какие соображения по этому предмету. Соображения эти, как видно из вышеприведенной таблицы, сводятся к следующему: 1) при случайном пьянстве нейрита не наблюдается, а, если он и наблюдается, то, впрочем, очень редко (из моих 600 случаев ни в одном не отмечено случая нейрита), и 2) при привычном пьянстве нейрит наблюдается чаще, чем при запойном (по моим наблюдениям—почти вдвое).

Исходя из этих соображений, нужно думать, что нейрит является, если не всегда, то, по крайней мере, в большинстве случаев результатом хронического отравления алкоголем и при том развивается по преимуществу в тех случаях, где ежедневное количество потребляемого алкоголя очень велико; из числа моих нейритиков 3-е пили ежедневно по 1 бут. водки, 4-е по 2 бут., 1 по 3 бут., 1 по 4 бут. и 2-е по 5 бут. ежедневно, т. е. только 3-е из нейритиков пили менее 2 бут., остальные же 8 по 2 бут. и более в день (относительно одного большого количества выпиваемой водки осталось неизвестным).

Таким образом по частоте алкогольный нейрит в ряду других нервно-психических составных алкоголизма стоит на 3-м месте: чаще всего у алкоголиков, как было сказано, встречаются галлюцинации (38,2%), затем эпилепсия (10%) и лишь потом уже следует нейрит (2%). Обстоятельство это невольно заставляет прийти к заключению, что периферическая нервная система более устойчива по отношению к разрушающему влиянию алкоголя, чем центральная.

В заключение скажу еще несколько слов о дегенерантах.

Среди моих больных записаны 34, которые, помимо влечения к алкоголю, обладали еще резко выраженными психическими признаками врожденного (не алкогольного) вырождения. Признаки эти столь замтно бросались в глаза, что я счел-бы большим упущением не обратить на эти случаи особое внимание. В числе этих 34-х лиц значатся: 22 крайне неуравновешенных и страдающих навязчивыми и импульсивными влечениями, 7 истеричных, 1 хореик, 1 тяжелый ипохондрик, 2 морфиниста и 1 подверженный круговому психозу. Все эти лица по формам пьянства распределяются так:

случайных пьяниц	3 чел.	= 9,7%
привычных »	14 »	= 3,8%
сифилитичных »	12 »	= 25,0%
запойных »	5 »	= 3,3%

34 чел.

Отсюда видно, что громадное большинство дегенерантов принадлежит к категории сифилитичных и случайных пьяниц. Причину этого нужно, повидимому, искать в том, что у дегенерантов влечение к алкоголю является не болезнью sui generis, а лишь более или менее резко выраженным припадком в ряду других уклонов в психической области, а потому по большей части и не носит типического определенного характера. Наклонность к пьянству большею частью проявляется у них в совершенно своеобразной картинке, которая не подходит ни под одну из известных нам категорий пьянства, а потому огромное большинство их и попало в категорию пьяниц сифилитичного типа.

Резюмирую все сказанное.

1. Пьянство встречается гораздо чаще среди мужчин, чем среди женщин.

2. Наибольшее число алкоголиков, обращавшихся за советом в амбулаторию для них при Московской психиатрической клинике, составляют привычные пьяницы (более 60%), затем идут запойные (25%) и, наконец, случайные (5%).

3. Запой среди женщин, по моим наблюдениям, встречается сравнительно чаще, чем среди мужчин. Объясняется это, впрочем, тем обстоятельством, что запой есть выражение более глубокой степени алкогольного вырождения, каковому женщины, как существа с более

нужным устройством нервной системы, подвергаются легче.

4. Алкоголь есть сильный нервный яд, разрушающему влиянию которого периферическая нервная система противостоит сильнее, чем центральная.

5. Блная горячка и вообще галлюцинации встречаются, по моим наблюдениям, более, чем у 1/2 всех алкоголиков.

6. Среди запойных пьяниц галлюцинации встречаются гораздо чаще (57%), чем среди привычных; а из числа привычных галлюцинаторным явлениям чаще всего подвержены те, которые пьют с более или менее частыми перерывами.

7. У женщин галлюцинации встречаются реже, чем у мужчин. Это объясняется, с одной стороны, большею наклонностью женщин скрывать эти явления от врача, а, с другой—несколько меньшими ежедневными дозами выпиваемого ими алкоголя.

8. Эпилептиформные припадки встречаются, по моим наблюдениям, приблизительно у 10%, всех алкоголиков.

9. Эпилептиформные припадки у привычных пьяниц встречаются гораздо чаще, чем у запойных. Причину их нужно искать в хроническом отравлении мозговой коры алкоголем.

10. Характерное алкогольное слабоумие встречается, по моим наблюдениям, у 1% всех алкоголиков, и при том почти исключительно у пьяниц привычных. Частичные признаки, служащие предвестниками наступающего алкогольного слабоумия,—понижение работоспособности и ослабление памяти—встречаются очень часто.

11. Алкогольное слабоумие есть результат хронического отравления центральной нервной системы алкоголем.

12. Алкогольный множественный нейрит встречается, по моим наблюдениям, у 2% всех алкоголиков и при том у привычных пьяниц гораздо чаще, чем у запойных.

13. Множественный нейрит есть результат хронического отравления нервной системы алкоголем и развивается по преимуществу у лиц, пьющих очень много.

14. Дегенеранты, по формам пьянства, чаще всего стоят как-бы на границе между привычными и запойными пьяницами. Это обуславливается тем, что их влечение к алкоголю является не болезнью sui generis, а лишь более или менее резко выраженным припадком в ряду других уклонов в психической области.

Источники. 1. Корovin. Доклад городскому благотворительному Совету. 25/II 1901 г. Москва.—2. Григорьев. Алкоголизм и преступления в Петербурге. Петербург. 1900 г.

СХХХIII. Изъ Одесской городской больницы и лаборатории при акушерско-гинекологической клинике проф. В. Н. Орлова.

## О лечении гонорреи у женщин метиленовой синькой.

Ч. пр. Ф. В. Вукоемского.

Просматривая современные способы лечения гонорреи, мы встречаемся с целым рядом лекарственных средств, между которыми главную роль играют препараты серебра, начиная от азотнокислой его соли (ляпис), затем соединения серебра с бромом и другими веществами. Укажу вкратце на некоторые.

Протаргол, химическое соединение серебра с бромом, приготовляемое впервые Eichengrün'ом; аморфный, сирожелтый порошок, растворяющийся в воде, содержит 8,3% серебра. Neisser<sup>1)</sup>, а также его школа весьма хвалят этот препарат в виде 1—2% растворов. Проф. В. Н. Орлов<sup>2)</sup> с успехом применял протаргол на шейке матки в виде растворов от 5% до 20%; для внутриматочных впрыскиваний употребляется 1—3% ный раствор. Результат—удовлетворительный; у 3-х больных наступил возврат болезни.

Аргентум-казеин; получается из азотнокислого серебра путем прибавления к нему казеина натрия и осаждения спиртом. Белый порошок, легко растворимый в го-

рачей водѣ. Примѣняемые растворы (1—2%) не раздражаютъ слизистыхъ оболочекъ (Niesse 9).

**Аргентаминъ**, прозрачная безцвѣтная жидкость, 8%-ый растворъ фосфата серебра въ этилендиаминѣ. *Kytsch* 4) советуетъ употреблять слабые растворы его—1—1/2: 1000. Онъ же хвалитъ соединеніе серебра съ нитроломъ—нитратомъ; для спринцеванія влагалища,—растворы его 1—2: 1000.

**Имполь**—лимонно-кислая соль серебра, трудно растворимая въ водѣ. Примѣнялась *per se* въ порошокъ и въ мазахъ 1—2% (*Werler* 5).

**Альбаринъ**—желатоза серебра; растворимый желтоватый порошокъ, содержитъ 15% серебра, очень прочно связаннаго съ бланкомъ. *Bornemann* 6) советуетъ 1—10%-ый растворъ его для спринцеванія.

**Коллароль**, коллоидное серебро, предложено *K. Klein* 7-мъ.

Изъ прочихъ средствъ упомяну о *крупинѣ* (хлороидъ-висмутъ-родонатъ). По *Jacobi* 8) средство это въ видѣ 1—2%-го раствора является специфическимъ противъ гонококковъ. Затѣмъ предложены: галлобромоль, оксиданная ртуть, формалинъ, алюминъ, хлористый цинкъ.

Изъ всѣхъ этихъ средствъ,—я привелъ ихъ лишь небольшую часть,—одинъ только протарголъ примѣняется чаще другихъ.

Въ послѣднее время въ клиникѣ проф. *Marschalko* (Венгрія, *Kolozsvár*) ассистентъ его *Frans Paradi* 9) произвелъ опыты надъ леченіемъ гонорреи у проститутокъ *Natrium lygosinatum*.

*Natrium lygosinatum* полученъ проф. *Fabinyi* (тамъ-же) при помощи конденсаціи салициловаго альдегида съ ацетономъ. Сгущеніемъ съ крѣпкой натрѣвой щелочью образуется натровая соль діартокумароваго ацетона. Кристаллизуется съ 7-ю частями воды въ зеленныя блестящія призмы. Легко растворяется въ водѣ.

Результаты получились весьма удовлетворительныя. Исслѣдовавъ бактеріеубивающія свойства *Natri lygosinati*, *Paradi* нашелъ, что растворы его (1:2000) сильно понижаютъ жизнѣдѣтельность разводовъ гонококковъ и убиваютъ ихъ черезъ 10 мин. Результаты эти еще не проверены.

Не смотря на предложенный длинный рядъ средствъ, мы все-же не имѣемъ еще специфическаго средства противъ гонорреи и можемъ лишь содѣйствовать естественному ея исцѣленію. Въ острой ступени болѣзни мы устраняемъ всѣ вредныя причины и примѣняемъ припадочное леченіе; въ хроническихъ случаяхъ, при помощи бактеріеубивающихъ средствъ, примѣняемыхъ мѣстно, и укрѣпленія организма можемъ помогать тканямъ въ борьбѣ съ гонококкомъ (*Klein* 9), *Bumt* 10).

Главной задачей кореннаго леченія гонорреи первыхъ путей (мочеиспускательный каналъ, влагалище и шейка матки) мы должны ставить немедленное уничтоженіе гонококковъ на всѣхъ мѣстахъ, гдѣ они поселились и могутъ быть обнаружены, примѣняя при томъ такіа средства, которыя, убивая гонококковъ, не раздражали-бы ткани и не причиняли-бы вреда слизистымъ оболочкамъ. Въ виду раздражающаго и прижигающаго ткани свойства вышеупомянутыхъ средствъ, *Bumt* (ор. с., стр. 14) говоритъ, что къ мѣстному леченію можно приступить лишь тогда, когда острыя явленія стихнутъ, т. е. черезъ нѣсколько недѣль. «Напрасно думаютъ, что какимъ-либо обеззараживающимъ средствомъ можно сразу уничтожить всѣ гонококковыя гнѣзда въ зараженной слизистой оболочкѣ. Слизистая оболочка шейки и тѣла матки въ остромъ періодѣ не выносятъ крѣпкихъ растворовъ и отвѣчаютъ раздраженіемъ со стороны брюшины. Не имѣетъ смысла добиться у женщины съ перелойнымъ воспаленіемъ шейки или полости матки временнаго уменьшенія выдѣленій и вызвать у нея за то сальпингитъ».

Растворы, примѣняемые, какъ бактеріеубивающіе, напр., протарголъ въ 10—20%, вызываютъ раздраженіе (проф. *В. Н. Орловъ*, ор. с., стр. 6, отд. отт.).

Относительно предложенія не лечитъ гонорреи въ ступени острой, а лишь спустя нѣсколько недѣль, невольно возникаетъ вопросъ, не будетъ-ли выжидательное, слѣд. безразличное леченіе способствовать распространенію гонококковъ вглубь половыхъ органовъ, по протяженію? Гонококки могутъ пройти и вглубь ткани, гдѣ они привились, и изъ влагалища, шейки—въ полость матки и дальше. Это тѣмъ болѣе вѣроятно, что есть наблюденія, указывающія на подвижность гонококковъ: д-ръ *Вержебицкій* 11), *Altman*, *Lassar* видѣли движеніе гонококковъ въ гноѣ, разбавленномъ перегнанной водой: они двигаются какъ-бы

въ водоворотѣ, то приближаясь къ гнойнымъ клѣткамъ, то удаляясь отъ нихъ. Хотя гонококкъ, какъ микробъ паразитарнаго приспособленія, можетъ развиваться только въ человѣческомъ организмѣ, а вырабатываемый искусственно быстро погибаетъ, также и на открытомъ воздухѣ (патна гнойныя на бѣлѣ), что мѣшаетъ его распространенію, но самъ гонококкъ имѣетъ то опасное свойство, что проникаетъ глубоко въ ткани, даже чрезъ неподвижный эпителий, и упорно долго держится тамъ. Его находили въ мышечномъ слое матки. Это обстоятельство заставляетъ искать такое лечебное средство, которое проникло-бы глубоко въ ткань, не раздражая ея, но убивая микробовъ.

Общепринятое мнѣніе относительно распространенія гонококковъ въ половыхъ органахъ женщины и клиническаго теченія заразы такое, что въ то время, какъ у одной больной дѣло ограничивается пораженіемъ мочеиспускательнаго канала, влагалища и шейки, у другой развивается картина тазового перитонита съ пораженіемъ трубъ, яичниковъ,—словомъ, т. наз. восходящая гоноррея (*gonorrhoea ascendens*); дѣло зависитъ отъ большей или меньшей способности организма сопротивляться гонококкамъ. Что никакой невосприимчивости у человека, ни врожденной, ни приобретенной, къ гонококкамъ нѣтъ, доказываетъ теченіе гонорреи у мужчинъ, у которыхъ процессъ иногда тянется очень много лѣтъ.

На громадномъ матеріалѣ (12000 пріемовъ въ годъ) я убѣдился, что лишь у тѣхъ женщинъ развивается пораженіе трубъ и яичниковъ, восходящая гоноррея вообще, которыя—конечно, нехотя—сами тому способствуютъ. Сожительство съ больнымъ мужемъ послѣ его зараженія, отсутствіе обычной опрятности и туалета половыхъ органовъ вообще способствуютъ проникновенію гонококковъ въ верхніе половые пути. Всякая женщина въ первое время сожительства съ больнымъ мужчиной заболѣваетъ уретритомъ (90%), или вагинитомъ (15%), или катаромъ шейки (22%), или тѣмъ и другимъ и, если немедленно обращается за помощью, то можетъ быть излечена совершенно. У тѣхъ изъ нихъ, которыя обращаются къ врачу спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ заболѣванія (молодыя новобрачныя), если онѣ изъ предохранительныхъ или чисто гигиеническихъ побужденій примѣняли спринцеванія и наружныя обмыванія, дѣло почти безъ исключенія ограничивается лишь заболѣваніемъ первыхъ путей; наоборотъ, тѣ, которыя уже имѣли заболѣванія трубъ и яичниковъ, какъ оказывается, никогда не знали ирригаціи и вообще ухода за половыми органами. Частота половыхъ сношеній также имѣетъ существенное значеніе. Эти соображенія и приводятъ къ мысли, что разъ гонококки попали на слизистую оболочку, они немедленно должны быть уничтожены. Въ метиленовой синькѣ мы имѣемъ средство, быстро и вѣрно убивающее гонококковъ на слизистыхъ оболочкахъ половыхъ органовъ и, что самое главное, нисколько не раздражающее послѣднія даже въ крѣпкомъ водномъ растворѣ.

Синька примѣнялась въ гинекологіи очень мало. *D'Aulmo* 12) сообщилъ наблюденія надъ 100 женщинами въ больницѣ *St.-Lazare*, страдавшими гонорройными уретритами и вагинитами. Сначала онъ давалъ ее внутрь, въ капсулахъ по 0,25, по нѣсколько разъ въ день, но, не получивъ особыхъ результатовъ, сталъ примѣнять ее мѣстно. Растворомъ 1:200 воды съ прибавленіемъ 1,5 спирта и 2,0 поташа пропитывался ватный тампонъ и вводился на 2-ое сутокъ во влагалище. Результаты получились хорошіе.

*Chaleix* и *Kohler* 13) примѣняли синьку при перелой влагалища, при послѣродовыхъ процессахъ, метрозидометрикахъ и эрозіяхъ шейки. Употреблялась она какъ въ порошокъ, такъ и въ видѣ насыщеннаго раствора, которымъ смазывалась полость матки. Сущность ея дѣйствія въ сосудоуживающемъ и бактеріеубивающемъ ея свойствѣ. Результаты получились тоже очень хорошіе. При леченіи синькой заболѣванія придатковъ принимали болѣе благоприятное теченіе.

*Mary* 14) описалъ примѣненіе синьки какъ у мужчинъ при перелойномъ уретритѣ, такъ и у женщинъ при вагинитѣ. Онъ приводитъ 3 случая вагинита, гдѣ синька при-

мнялась на тампонахъ, по предписанію *D'Aulnoy*. Предварительно влагалище промывалось слабымъ растворомъ сулемы, затѣмъ въ него вводился на 2-ое сутокъ тампонъ съ растворомъ синьки. Результаты получились очень хорошіе (приведены, очень сжато, 2 исторіи болѣзни).

Цѣлый рядъ авторовъ—я не привожу ихъ трудовъ, такъ какъ это не относится къ моей работѣ,—примѣняли синьку внутри при болотной лихорадкѣ. Чужезадняя этой болѣзни быстро окрашивались синькой, погибали, и болѣзнь излѣчивалась часто даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ хининъ оказывался неэффективнымъ.

Я примѣняю насыщенный водный растворъ синьки (4,45%) уже 4 года и на большомъ гинекологическомъ матеріалѣ убѣдился въ прочности полученныхъ результатовъ (систематическая записъ ведена была на 1-й сотнѣ больныхъ, когда лѣчение синькой введено было мною для постоянного примѣненія).

Лѣчение начинается въ томъ самомъ періодѣ, въ какомъ болѣзнь является въ амбулаторію, хотя-бы въ остромъ. Гной, покрывающій наружные половые органы, входитъ во влагалище и т. д., смывается слабой струей 1:2000 раствора формалина; затѣмъ тонкимъ зондомъ, обмотаннымъ ватой, смазываются синькой мочеиспускательный каналъ, шейка, ея полость и, наконецъ, влагалище. Смазываніе производится ежедневно, или 3 раза въ недѣлю, и такъ обильно, что органы принимаютъ темносиній цвѣтъ. Синька при обильной смазкѣ тѣмъ легче проникаетъ вглубь слизистой оболочки, чѣмъ острѣе процессъ, т. е. чѣмъ разрыхленнѣе слизистая оболочка. Раздраженія при этомъ не получается никакого, что лучше всего доказывается тѣмъ, что маленькія дѣвочки, которымъ приходилось дѣлать такіе смазыванія, нисколько не сопротивлялись имъ. Если у больной имѣется поврежденіе и слизистой оболочки полости матки, то, такъ какъ при этихъ формахъ метроэндометрита внутренній зѣвъ бываетъ нѣсколько расширенъ, смазывается и полость матки, но я никогда не расширяю при этомъ предварительно шейку. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ зондъ толщиной въ № 1 *Hegar*'а, слегка обмотанный ватой, такъ что толщина его не превышаетъ №№ 2—2½, *Hegar*'а, свободно проходитъ черезъ внутренній зѣвъ, смазывается и полость матки, и это дѣлается ежедневно; послѣ 3—4-хъ смазываній внутренній зѣвъ начинаетъ пропускать такой обмотанный ватой зондъ уже съ трудомъ. Для смазыванія мочеиспускательнаго канала и влагалища у дѣтей 1—10 л. я не примѣняю металлическихъ зондовъ, а скручиваю изъ ваты турунду, толщину въ обыкновенную спичку и ею, помощью пинцета, смазываю синькой мочеиспускательный каналъ и влагалище.

У громаднаго числа больныхъ я отмѣтилъ болеутоляющее дѣйствіе синьки; объ этомъ, конечно, заявляли онѣ сами. Чувство жженія въ наружныхъ половыхъ органахъ и въ мочеиспускательномъ каналѣ исчезало почти совсѣмъ послѣ 1—2-хъ смазываній. При поврежденіи придатковъ, гдѣ въ большинствѣ случаевъ имѣется отдѣленіе изъ полости матки и влагалища, предъ примѣненіемъ колюмнизации \*) смазываются синькой влагалище и полость матки. Многочисленные больныя заявляли мнѣ, что колюмнизация съ предварительнымъ смазываніемъ синькой гораздо болѣе успокаиваетъ боли. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больныя, согласно совѣту, совершенно воздерживались отъ половыхъ сношеній, результатъ получался превосходный. Послѣ 3-хъ смазываній выдѣленіе гноя смѣнялось прозрачнымъ слизистымъ отдѣленіемъ, и клиническая картина рѣзко мѣнялась: краснота, опухлость и припухлость, особенно наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала, рѣзко уменьшались. Слизистыя оболочки представлялись окрашенными въ блѣдносиній цвѣтъ. Если больная за время лѣченія не дѣлала влагалищныхъ впрыскиваній, то окраска въ синій цвѣтъ была болѣе рѣзкая.

Предъ началомъ лѣченія синькой у каждой больной микроскопически изслѣдовалось отдѣляемое изъ мочеиспускательнаго канала или изъ полости шейки, послѣ предварительнаго ея очищенія, и въ расчетъ принимались лишь тѣ случаи, гдѣ найдены были гонококки. Не находили го-

нококковъ лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, конечно, при извѣстной клинической картинѣ. Послѣ 3—4-хъ смазываній слизь изъ тѣхъ-же мѣстъ изслѣдовалась снова, и ни въ одномъ случаѣ гонококковъ уже найдено не было.

Въ 10 случаяхъ, взятыхъ на пробу, гной изъ мочеиспускательнаго канала и изъ шейки матки предъ лѣченіемъ засѣянъ былъ на асцитъ-агаръ, и въ каждомъ выросли гонококки въ сообществѣ съ другими микробами—главнымъ образомъ—стрептококкомъ и стафилококкомъ. Послѣ-же послѣ нѣсколькихъ смазываній давалъ очень слабый ростъ разныхъ микробовъ, кромѣ гонококковъ. Получивъ отъ посѣва съ половыхъ органовъ совмѣстную разводку гонококка съ другими микробами, я пробовалъ пересѣивать ее на агаръ-асцитъ. Микробы росли при этомъ роскошно, но гонококка не удалось найти ни разу.

Чтобы сдѣлать болѣе замѣтной степень проникновенія синьки въ ткани, было произведено 10 опытовъ на кроличихъ, которыми смазывалось влагалище насыщеннымъ растворомъ синьки, одѣтъ—ежедневно, другимъ—черезъ день. Послѣ 3—5 смазываній животное хлороформировалось, и слизистая оболочка его изслѣдовалась подъ микроскопомъ. Срѣзы дѣлались замораживающимъ микротомомъ. Окрашивание получалось сплошное,—черезъ слизистую и подслизистую ткань. Послѣ прекращенія смазываній окраска держалась около 3-хъ дней и потомъ начинала исчезать.

3-мъ животнымъ растворъ синьки былъ выпрыснутъ подъ очень слабымъ давленіемъ въ опорожненный мочевой пузырь, при чемъ синька немедленно-же была выпущена обратно. Опытъ повторенъ былъ на слѣдующій день. Спустя 2 дня животное было убито хлороформомъ, и на вскрытіи мочевого пузыря у него оказался окрашеннымъ въ слабый синій цвѣтъ; покрывающая пузырь брюшина, какъ и ближайшія петли кишекъ, тоже были окрашены синькой.

На особое сродство синьки къ нѣкоторымъ тканямъ указалъ *Ehrlich*. Онъ нашелъ, что метиленовая синька, впрыснутая животнымъ въ кровь или подъ кожу, отлагается у нихъ въ нѣкоторыхъ органахъ (въ печени, селезенкѣ) и главнымъ образомъ въ осевыхъ цилиндрахъ нервовъ, совершенно какъ на гистологическихъ препаратахъ. Тогда у него зародилась мысль, не можетъ-ли это отложеніе краски въ нервахъ оказывать какое-либо дѣйствіе на нервную систему вообще? Совмѣстно съ *Leppmann*'омъ <sup>15)</sup> *Ehrlich* произвелъ опыты надъ 40 больными въ *Berlin*'ской больницѣ *Moabit*. Авторы примѣняли сначала синьку подкожно, по 0,01, увеличивая дозу до 2½-го раствора, по 1 грм., и никакихъ неприятныхъ побочных явленій не наблюдали; только у 2-хъ больныхъ замѣчена была рвота, но и то при исключительныхъ условіяхъ, а именно—у одного сердечнаго и малокровнаго больного и у другого съ катарромъ желудка. Примѣнялась синька съ успѣхомъ при нейритахъ, ревматическихъ поврежденіяхъ мышцъ, суставовъ и сухожильныхъ влагалищъ. Съ равнымъ успѣхомъ она примѣнялась и внутри, по 0,1 на приемъ: послѣ 1—2 приемовъ боль утихала. Приведена исторія болѣзни 25-лѣтняго больного съ типичнымъ воспаленіемъ сѣдалищнаго нерва. Лѣчение продолжалось отъ 12/II по 23/V; наступило полное выздоровленіе.

*Max Einhorn* <sup>16)</sup>, изъ *New-York*'а, работавшій у *Ehrlich*'а, наблюдалъ болеутоляющее дѣйствіе синьки и сталъ примѣнять ее при циститахъ. Синька быстро проникала въ кровь, все равно, давали-ли ее внутрь или вводили черезъ прямую кишку, и окрашивала мочу. Если больнымъ въ теченіи нѣсколькихъ дней давали по 0,2 синьки, 2 или 3 раза въ день, то моча въ теченіи 3-хъ недѣль не загнивала и не давала неприятнаго запаха. При посѣвѣ на бульонъ-желатину никакихъ колоній не развивалось. Если-же посѣять на ту же среду обыкновенную мочу, то чрезъ 4—5 дней получаютъ обильныя колоніи микробовъ. Это наблюденіе и послужило *M. Einhorn*'у основой для примѣненія синьки при циститахъ, и онъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: вслѣдствіе сродства съ нервными центрами синька имѣетъ болеутоляющее дѣйствіе; проходя чрезъ почки, краска эта оказываетъ несомнѣнно противугниостное дѣйствіе. Успѣхъ въ его случаяхъ получился полный.

Чтобы лучше выяснитъ дѣйствіе синьки, я сдѣлалъ нѣсколько опытовъ, опредѣляющихъ бактеріеубивающую способность разныхъ растворовъ метиленовой синьки по отношенію къ гонококку, стрептококку, стафилококку и

\*) Объ этомъ способѣ лѣченія сообщено мною въ «Журналѣ акушерства и женскихъ болѣзней». 1903 г., стр. 170.

кишечной палочкѣ. Въ литературѣ объ этомъ имѣется нѣсколько заявленій.

*Eduard и Hugoneng* <sup>17)</sup> \*) нашли, что синька задерживаетъ развитіе микробовъ и ослабляетъ ихъ ядовитость, но лишь въ насыщенномъ растворѣ и дѣйствуетъ дов. долго.

*Chaliez-Vivie* <sup>18)</sup> сообщилъ, что, получивъ хорошіе результаты отъ примѣненія крѣпкого раствора синьки (4 грм. на 100—50) при леченіи метритовъ, онъ пожелалъ убѣдиться въ бактерицидномъ дѣйствіи этого средства. Опыты сдѣланы надъ стафилококкомъ, стрептококкомъ, кишечной и вѣжной (*bac. subtilis*) палочками.

Къ пробиркѣ, содержавшей 10,0 пептонъ-бульона, онъ прибавлялъ 10 капель насыщеннаго раствора синьки и засѣвалъ по 5 капель бульонныхъ разведений бактерій. Спустя 24 часа пробирки съ кишечной палочкой оказались обезцвѣченными, съ другими микробами цвѣта не смѣнились. 2 посѣва на желатину съ 2-мя и 3-мя каплями синьки дали отрицательный результатъ для кишечной палочки, стрептококка и стафилококка; впрочемъ, кишечная палочка терпѣла свою жизнеспособность на 4-ый день.

Что касается вліянія синьки на морфологію бактерій, то стафилококкъ, стрептококкъ и кишечная палочка быстро становятся отъ нея неузнаваемыми; кишечная палочка сохраняетъ свой палочкообразный видъ до 5-го дня, но самая палочка дѣлается тоньше.

Если въ пробирку съ 10 к. стм. бульона прибавить 2,0 синьки и затѣмъ по 10 к. стм. каждой разводки, то по истеченіи 24 час. не замѣчается никакого роста; только вѣжная палочка, пересѣянная на желатину, слабо произрастаетъ.

Выводъ: Насыщенный растворъ метиленовой синьки въ количествѣ 10 капель на 10,0 бульона задерживаетъ развитіе обыкновенныхъ влажнѣющихъ бактерій.

Свои опыты я началъ съ наименьшихъ количествъ насыщеннаго раствора синьки, 3‰ и 2‰.

Къ 10,0 бульона или агара я прибавлялъ по 1—2 капли того или другого раствора и засѣвалъ стрептококкъ, стафилококкъ и кишечную палочку. На поверхность агара наливался 2 капли такъ, чтобы вся поверхность среды была смочена растворомъ. Смѣшивать синьку съ агаромъ можно, или расплавляя предварительно агаръ на водяной банѣ и прибавляя синьку, или поливая этой послѣдней поверхность среды. Такъ какъ при большихъ количествахъ синьки (0,5—2,0) тотъ и другой способъ разницы не давалъ, то я остановился на 2-мъ способѣ, менѣе хлопотливомъ, чѣмъ расплавление среды, тѣмъ болѣе, что при прибавленіи 0,5 раствора поверхность агара почти мгновенно пропитывается синькой на 1—2 мм. вглубь, а спустя 24 часа вся масса среды оказывается окрашенной въ темносиній цвѣтъ.

1-ый рядъ опытовъ—прибавленіе къ средѣ 1—2 капель растворовъ синьки—не далъ никакихъ результатовъ. Бактеріи росли какъ на бульонѣ, такъ и на агарѣ, такъ же пышно, какъ и въ повѣрочныхъ пробиркахъ. Кишечная палочка совершенно обезцвѣчивала среду, а среда другихъ бактерій оставалась слабо окрашенной. Гонokokкъ въ видѣ чистой разводки посѣянъ былъ на асцитъ-агаръ, политый 2-мя каплями насыщеннаго раствора синьки, и роста не далъ никакого ни чрезъ 12 час., ни чрезъ сутки.

2-ой рядъ опытовъ состоялъ въ прибавленіи къ средѣ по 0,5 растворовъ синьки разной крѣпости, т. е., если прибавить 0,5 5‰-го раствора, то крѣпость синьки въ средѣ равна 1/4 ‰, при 2‰-мъ растворѣ—1/10 ‰ и т. д. Посѣвы дѣлались на агаръ и на бульонъ; гонококки засѣвались на асцитъ-агаръ, приготовленный по *Kiefer*'у. Даже съ 2‰-мъ растворомъ гонококки не дали ни малѣйшаго признака роста: поверхность среды чрезъ сутки осталась такой-же гладкой и блестящей, какой была и до посѣва. Повѣрочный посѣвъ изъ той-же разводки на чистую среду далъ хорошій ростъ. Опытъ былъ повторенъ нѣсколько разъ, и всегда получалось одно и то же.

У другихъ микробовъ, напр. у кишечной палочки, прибавленіе растворовъ синьки вліяло до 5‰-го не дало замѣтнаго измѣненія въ ростѣ. Нѣсколько разъ при прибавленіи 5‰-го раствора \*\*) налетъ разводки на средѣ оказывался гораздо тоньше и не такимъ густымъ, какъ обыкновенный, а сами палочки были и тоньше, и короче; жизнеспособность ихъ, слѣд., ослабѣла. Если-же такую большую разводку перевести на обыкновенную среду, то опять получается при 1-ой перевивкѣ почти нормальнаго

вида и разводка, и бактеріи, а при 2-ой перевивкѣ уже не замѣчается никакой разницы съ повѣрочнымъ образцомъ. Если такая ослабленная синькой разводка перевивалась на агаръ даже спустя 10—15 дней послѣ перваго посѣва на синьку, то всякій разъ жизнеспособность бактерій возвращалась.

Стрептококкъ и стафилококкъ отвѣчали на прибавку (0,5) синьки рѣзче. Стафилококкъ, напр., отъ 5‰-го раствора росъ не сплошнымъ желтоватымъ густымъ налетомъ, а отдѣльными кучками, величиною отъ просыного до макового зерна, отдѣльными маленькими колоніями. Подъ микроскопомъ не всѣ кокки оказывались окрашенными одинаково рѣзко [тонинъ (1‰) въ 5‰-мъ растворѣ карболовой кислоты съ прибавкой 10‰ спирта — лучшая краска для быстрого окрашиванія бактерій]; нѣкоторые особи были окрашены очень слабо и представлялись какъ-бы набухшими. Если такую колонію, маленькую, ослабленную, перевести на агаръ, то чрезъ сутки опять выросла пышная разводка. Стрептококкъ при этомъ опытѣ растетъ, но слабо. При 0,5 5‰-го раствора развиваются не маленькія, похожія на каплю росы, круглыя просвѣчивающія колоніи, занимающія сплошь всю косую поверхность среды, а чрезвычайно тонкій матовый налетъ, замѣтный лишь при падающемъ свѣтѣ. Микроскопъ показываетъ тѣ же хорошо окрашивающіяся цѣпочки, но болѣе короткія, лишь по нѣсколько (3—5) зеренъ, между тѣмъ какъ повѣрочная разводка даетъ цѣпи длинныя, по 15—20 коковокъ.

Я дѣлалъ опыты съ посѣвомъ тѣхъ-же бактерій, кромѣ гонококковъ, и на бульонъ; но на послѣднемъ картина развитія разводки получалась совершенно неясная для стрептококковъ и стафилококковъ, не обезцвѣчивавшихъ среды. Степень развитія бактерій, количественно, весьма неясная. Если въ бульонѣ засѣвалась петля, то въ каплѣ разводки чрезъ сутки оказывалось немного бактерій сравнительно съ повѣрочной бульонной разводкой, примѣрно меньше разъ въ 10. При посѣвѣ 1,0, даже 0,5 бульонной разводки въ тотъ-же бульонъ и последованіи немедленномъ тотчасъ послѣ прививки и послѣ суточного пребыванія разводки въ термостатѣ опознаться было нелегко, но количество бактерій, повидимому, не было замѣтно больше. Вообще ростъ колоній въ бульонѣ съ синькой идетъ неизмѣримо слабѣе; синька въ этой средѣ дѣйствуетъ на бактеріи гораздо разрушительнѣе, чѣмъ при ростѣ на агарѣ. Кишечная палочка обезцвѣчиваетъ бульонъ, даетъ на дни пробирки муть, но ростъ ея — достаточно обильный.

Въ 3-мъ рядѣ опытовъ я прибавлялъ большія количества синьки—2,0 грм. При прибавленіи 5‰ раствора синьки въ средѣ будетъ 1‰, при прибавленіи 2‰-го въ 2 1/2 раза меньше, т. е. 2—5‰.

По сообщенію д-ра *Журавовскаго* <sup>19)</sup> растворъ синьки 1:50000, а по *Chaliez-Vivie* 1‰-ный растворъ ея вполнѣ задерживаетъ ростъ кишечной палочки и бактерій вообще. Я расхожусь, однако, и съ тѣмъ, и съ другимъ, такъ какъ, по моимъ наблюденіямъ, даже при 1‰-мъ содержаніи синьки жизнеспособность кишечной палочки лишь ослабляется; такъ, спустя 1-ыя сутки на агарѣ видно лишь легкое помутнѣніе поверхности среды, а чрезъ 48 часовъ показывается бѣловатый, жирный налетъ, въ 1/2 ногтя величиной; подъ микроскопомъ кишечная палочка представляется болѣе короткой и тонкой. Если эту разводку перевести на чистый агаръ, то чрезъ сутки получается почти нормальная разводка, а 2-ая перевивка вполнѣ восстанавливаетъ жизнеспособность бактерій.

Стрептококкъ и стафилококкъ даютъ при крѣпости раствора синьки въ 1‰ едва замѣтное помутнѣніе поверхности среды, геср. потерю прозрачности этой послѣдней; подъ микроскопомъ обнаруживаются блѣдныя, почти не окрашивающіеся, разбухшіе кокки въ ничтожномъ количествѣ. При пересѣвѣ ихъ на свѣжую среду роста не получается никакого.

Если къ 10,0 бульона прибавить 2,0 5‰-го раствора синьки (содержаніе синьки 1‰) и затѣмъ чистой бульонной разводки стрептококка 0,5—1,0, то, изслѣдуя немедленно послѣ смѣшенія, можно видѣть (подъ микроскопомъ въ нѣкоторыхъ поляхъ зрѣнія (въ другихъ ихъ вовсе нѣтъ)

\*) Я не могъ достать оригинальной ихъ работы и пользовался рефератами, а потому подробности мнѣ неизвѣстны.

\*\*) Для краткости я обозначу насыщенный растворъ 5‰-мъ.



пѣпочки по нѣскольку штукъ, длинныя, по 10—15 зеренъ, т. е. тоже, что и въ повѣрочной разводкѣ. Спустя сутки стоянія въ термостатѣ количество микробовъ получается тоже, но пѣпочки оказываются разорванными, по 2—3 зерна въ каждой, окрашиваются очень слабо и при пересѣвѣ на свѣжій бульонъ, какъ и на агаръ, роста не даютъ. Въ заключеніе на основаніи всего вышеизложеннаго позволю себѣ высказать нѣсколько общихъ положеній.

Изъ всѣхъ изслѣдованныхъ мною микробовъ вполне уничтожается слабымъ растворомъ синьки (1:1000—1:10000) только гонококкъ, остальные же 3 вида микробовъ растутъ благополучно. Лишь содержаніе въ средѣ 1% синьки убиваетъ стрептококковъ и стафилококковъ, кишечная же палочка при этомъ лишь ослабляется въ своей жизнѣдѣтельности. Насыщенный растворъ, примѣняемый на больныхъ, т. е. съ содержаніемъ въ средѣ 4,5% синьки, несомнѣнно, убиваетъ всѣ перечисленные виды микробовъ.

Метиленовая синька оказываетъ особенно сильное дѣйствіе на гонококковъ, уничтожая ихъ даже при наименьшемъ ея содержаніи въ растворѣ, а, такъ какъ ее можно примѣнять и въ растворѣ насыщенномъ, нисколько не раздражая тканей, и такъ какъ она глубоко проникаетъ въ слизистую оболочку и тамъ тоже убиваетъ гонококковъ, то ее можно признать специфическимъ средствомъ противъ гонорреи.

Гонококкъ быстро и сильно окрашивается синькой, даже слабыми ея растворами.

При хроническихъ формахъ гонорреи смазыванія половыхъ органовъ слѣдуетъ дѣлать ежедневно, чтобы синька могла глубже и скорѣе проникнуть въ ткань слизистой оболочки и тамъ уничтожить гонококковые гнѣзда.

Синьку должно примѣнять даже въ остромъ періодѣ заболѣванія наружныхъ половыхъ органовъ.

Обыкновенныя бактеріи, встрѣчающіяся въ половыхъ органахъ, убиваются насыщенными растворами синьки.

Литература. 1. *Neisser*. Zur Behandlung d. akuten Gonorrhoe и пр. «Dermatologisches Centralblatt», 1898 г. стр. 1.—2. *В. Н. Орлов*, проф. Лѣченіе протарголомъ перелойныхъ заболѣваній слизистой оболочки шейки и тѣла матки. «Русскій Врачъ», 1903 г. № 31.—3. *Niessen*. Versuche mit einigen neueren Ersatzmitteln des Argent. Nitric. in der Tripperbehandlung. «Münchener med. Wochenschrift», 1898 г. № 12.—4. *Fritsch*. Женскія болѣзни. Петербургъ, 1902 г.—5. *Werler*. Ueber d. Anwendung des Citronen-silber (Zitrol) bei der Behandlung der Gonorrhoe. «Dermatol. Zeitschrift», 1895 г.—6. *Bornemann*. Ueber Gonorrhoe Beh. mit Gelatose Silber (Albargin). Centralblatt f. Geburtshilfe u. Gynaekologie, 1901 г.—7. *Jacobi*. Chinolinvismuthodonat... als Antigonorrhoeum. «Deutsche med. Wochenschrift», 1901 г. № 52.—8. *Franz Paradé*. О лѣченіи гонорройныхъ поражений матки у проститутокъ. Москва 1904 г.—9. *Klein Gustav*. Перелой у женщинъ. Перев. съ нѣм. Петербургъ, 1901 г.—10. *Bumm*. Клиническія лекціи. Перев. *М. Блюменгау*. О перелой у женщинъ и его лѣченіи.—11. *Верещацкий*. О внутриклеточной и межклеточной локализациіи гонококковъ. «В.-Медицинскій журналъ», 1899 г. IX.—12. *D'Aulnoy*. Du bleu d. Methyl. comme traitement dans différentes maladies infectieuses et particulièrement dans la vaginite purulente d'origine blennorrhagique, Paris, 1893 г. Bulletin général de thérapeutique.—13. *Chaleix et Kohler*. Technique nouvelle de l'emploi du bleu de méthylène dans le traitement des métrites. «Revue mensuelle de gynécologie et d'obstétrique et pédiatrie de Bordeaux», 1900 г. № 7.—14. *Mary*. Du bleu de méthylène dans le traitement de l'urethrite et de la vaginite blennorrhagique. Парижская диссертация, 1899 г.—15. *Ehrlich u. Leppmann*. Ueber die schmerzstillende Wirkung des Methylenblau. «Deutsche med. Wochenschrift», 1890 г. № 23.—16. *Einhorn*. Ueber die Anwendung des Methylblau bei Cystitis, Pyelitis und Carcinom. (Тамъ же, 1891 г., стр. 620).—17. *Eduard u. Hugonenk*. Action des certains couleurs d'aniline sur le développement et la virulence de certains microbes. («Lyon médical, 1891 г.). Прив. по дисс. *Mary*.—18. *Chaleix-Vivie*. De l'action bactericide du bleu de méthylène («Comptes rendus hebdom. des séances et mémoires de la Société de biologie», 1900 г., стр. 674. Засѣданіе 7-го іюля.—19. *Журавовскій*. «Gazeta lekarska», 1903 г. 18 августа.

## Къ вопросу о заворотѣ S-образной кишки (S. Romani).

Ч. пр. Ф. К. Вебера.

(Окончаніе. См. выше, № 34, стр. 1011).

Позволю себѣ привести вкратцѣ исторіи болѣзни въ моихъ 10 случаяхъ, послужившихъ мнѣ матеріаломъ для этой лекціи.

1. *Острый заворотъ S-образной кишки*. Чревосѣченіе. Полное омертвѣніе S-образной кишки. Заворотъ расправленъ. Брюшная полость затампонирована. Смерть въ коллапсѣ. М. К., 40 л., взвѣсикъ, поступилъ въ больницу 6/ви 1896 г. Захворалъ за день до поступленія, внезапно, послѣ погрѣшности въ їдѣ. Доставленъ въ коллапсѣ, съ жалобами на сильныя боли въ животѣ. Рвота рѣдка. Животъ сильно вздутъ, при чемъ сверху справа вздутіе рѣзче. По срединѣ живота не ясно прощупывается напряженная, неподвижная кишка, косо направляющаяся къ печени. Черезъ 1½ часа по поступленіи и приблизительно черезъ сутки отъ начала заболѣванія—чревосѣченіе. Напряженная кишка, прощупывавшаяся до операціи, оказалась S-образной, которая была вздута ad maximum, темно-синяго цвѣта и совершенно утратила упругость. Она была повернута вокругъ брызжеечной оси на 360°. Заворотъ былъ легко расправленъ. Изъ кишки черезъ разрѣзъ удалено много темнокровянистой жидкости. Брюшная рана отчасти зашита; въ глубину введены фитили. Черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи больной скончался въ коллапсѣ.

2. *Острый заворотъ S-образной кишки*. Чревосѣченіе. Рѣзкія измѣненія кишки. Расправленіе заворота и проколъ кишки. Тампонада брюшной полости. Смерть черезъ 24 часа при явленіяхъ перитонита. А. А., 43 л., крестьянинъ, ломовой извозчикъ, поступилъ въ больницу 10/х 1895 г. Заболѣлъ за нѣсколько часовъ до поступленія, внезапно. Общее состояніе тяжелое; конечности холодны; пульсъ учащенный; нѣсколько разъ рвало. Весь животъ вздутъ, напряженъ, слегка болѣзненъ; отдѣльных вздутыхъ или напряженныхъ частей кишечника прощупать не удается; повсюду барабанный звукъ. Грудобрюшная преграда крайне приподнята; дыханіе учащено, поверхностно, синюха. Жалуются на сильнѣйшія боли. Чревосѣченіе приблизительно черезъ 15 час. отъ начала заболѣванія. Въ брюшной полости—обширный кровавистый выпотъ. S-образная кишка вздута ad maximum и повернута вокругъ оси брызжеекн на 360°. Кишка темнокрасная, мѣстами чернаго цвѣта; брызжеека геморрагически инфильтрирована. Заворотъ расправленъ. Изъ кишки проколомъ выпущено жидкое содержаніе, послѣ чего она вслѣдствіе дряблости стѣнокъ совершенно спалась. Частичная тампонада брюшной полости. Послѣ операціи больной на время оправился; было обильное жидкое испражненіе. Черезъ 24 часа—смерть въ коллапсѣ. На вскрытіи—перитонитъ. Омертвѣніе кишки не было.

3. *Врожденное увеличеніе ободочной кишки (Megacolon congenitum)*. Хроническій заворотъ S-образной кишки. Чревосѣченіе. Расправленіе заворота; освобожденіе кишки отъ содержимаго. Черезъ 10 мѣс. возвратъ; неполный заворотъ. Colostomia. Выздоровленіе. Каловой свищъ закрылся произвольно.—М. Г., 72 лѣтъ, мѣшанинъ, поступилъ въ больницу 25/х 1900 г. Выписанъ 21/х 1901 г. Водный старикъ крѣпкаго сложенія. Съ дѣтства страдаетъ запорами, которые за послѣдніе годы усилились. Около недѣли—полная задержка испражнений. Общее состояніе удовлетворительное; пульсъ хорошій; рвоты не было. Животъ сильно, но неравномѣрно вздутъ; черезъ истонченные брюшныя покровы видны крайне расширенныя петли толстыхъ кишокъ, въ которыхъ временами отчетливо замѣтны перистальтическія движенія. Высокое промывательное немедленно же выливается обратно. На 11-й день отъ начала запоровъ—чревосѣченіе (*P. В. Бумизъ*). Брюшной водянки не было. S-образная кишка найдена раздута до невѣроятныхъ размѣровъ: она занимала чуть-ли не ¼ брюшной полости; верхушка ея петли почти доходила до печени; діаметръ обѣихъ ножекъ былъ приблизительно 14—16 см. Стѣнки кишки оказались крайне гипертрофированными; имѣлась легкая перистальтика; сывороточный покровъ кишки блестящій; сосуды не налиты. Брызжеека не отечна, не инфильтрирована. Имѣлся заворотъ на 180°, при чемъ одна петля въ силу своей тяжести какъ-бы перекалывалась черезъ другую. Брызжеека S-образной кишки у основанія была сжата, но разстояніе между ножками осталось и здѣсь въ 6 см. Заворотъ расправленъ. Изъ кишки черезъ разрѣзъ выпущено огромное количество кашицеобразнаго кала; рана кишки зашита (Толщина стѣнки кишки болѣе 1 см.). Послѣ этого кишка спалась, но сохранила свою упругость. Рана покрововъ зашита на глухо. На слѣдующій день—обильное испражненіе. Черезъ нѣсколько дней безпокойство и буйство, какъ результатъ отравленія продуктами кишечнаго броженія. По снятіи швовъ часть раны разошлась и зажила путемъ образованія грануляцій. Выписался здоровымъ.

Черезъ 10 мѣс.—возвратъ. Въ промежутки чувствовалъ себя хорошо, но запоры не прекращались. Последнее испражненіе за 6 дней до поступленія въ больницу. Острого начала не было; состояніе ухудшалось постепенно. Боли схваткообразнаго характера. Въ сильно раздутую животъ прощупывалась расширенная кишка и въ ней перистальтическія движенія. Рвоты нѣтъ, но частая икота. Температура нормальная. Общее состояніе хорошее; пульсъ полный; дыханіе свободное.

10/х 1902 г., на 8-ой день послѣ послѣдняго испражненія—

операция. Подъ кожаномъ сдѣланъ разрѣзъ въ лѣвой нижней части живота. Брюшина оказалась блестящей; выпота не было. Тотчасъ же обнаружилась крайне расширенная S-образная кишка; явления веннаго застоя выражены въ ней весьма слабо. Кишка укрѣплена въ ранѣ и черезъ 2 дня вскрыта, при чемъ выдѣлилось множество жидкаго кала и газовъ; животъ постепенно спалъ. Черезъ 3 дня послѣ операции—обильное испражнение, естественнымъ путемъ, послѣ чего боли въ животѣ совершенно исчезли. Въ теченіи нѣсколькихъ дней снова наблюдались явления возбужденія вследствие самоотравленія. Испражнения стали болѣе правильными; количество кала изъ свища постепенно убывало. 14/ш 1902 г., т. е. черезъ 2 мѣс. послѣ операции, выписанъ съ небольшимъ свищемъ, который затѣмъ произвольно закрылся.

4. *Подострый заворотъ S-образной кишки.* Смерть отъ омертвѣнія слѣпой кишки (слизистой ея оболочки) вследствие ея перерастаженія. К. 40 л., слуга въ чайной, поступилъ въ больницу 7/ix 1903 г. въ 4 часа дня; умеръ 8/ix рано утромъ. Хорошаго сложенія. 5 лѣтъ страдалъ припадками острыхъ болей въ животѣ, повторявшимися нѣсколько разъ въ годъ; при этомъ наступали рвота, вздутие живота, задержка газовъ и испражнений. Припадки обыкновенно длились не болѣе сутокъ. На этотъ разъ припадокъ начался за 8 час. до поступления въ больницу. Дов. удовлетворительное общее состояніе и пульсъ. Сильныя боли въ животѣ, безъ схватокъ и безъ опредѣленнаго мѣстоположенія. Испражнения и газы задержаны. Животъ сильно вздутъ; черезъ напряженные брюшные покровы прощупывались и отчасти видны были глазомъ раздутыя, неподвижныя кишечныя петли, не дававшія перистальтическихъ движеній. Промывательныя тотчасъ же выливались обратно. Такъ какъ подобные припадки раньше всегда кончались благополучно, то рѣшено было выждать до утра. Къ вечеру состояніе больного ухудшилось. Животъ вздулся еще болѣе; появилось значительное выпячиваніе его, по преимуществу въ верхней части; прощупать отдѣльныя расширенныя петли уже не удавалось такъ отчетливо; но пульсъ оставался полнымъ, и общій видъ не внушалъ серьезныхъ опасеній. Ночью, однако, совершенно неожиданно наступилъ коллапсъ, и больной скончался около 4 час. утра, приблизительно черезъ 20 час. отъ начала припадка.

Вскрытіе: Брюшина безъ всякихъ признаковъ воспаленія. S-образная кишка крайне удлинена и расширена и повернута вокругъ брызжеечной оси на 180°; венный застой въ ущемленной кишкѣ выраженъ крайне слабо. Вслѣдствіе закрытія здѣсь просвѣта кишки выше лежащаго толстого кишки рѣзко вздута, но вздутие это, благодаря плотному замыканію Bauhin'евой заслонки, не распространяется на тонкія кишки. Отъ крайняго перерастаженія слѣпой кишки наступило разлитое омертвѣніе слизистой ея оболочки. Кромѣ того, имѣлась еще бурная атрофія сердечной мышцы.

Смерть, слѣд., произошла здѣсь не отъ самаго заворота и связаннаго съ нимъ расстройства кровообращенія въ пораженной кишкѣ, а отъ закрытія просвѣта S-образной кишки и вызваннаго этимъ омертвѣнію кишки слѣпой (слизистой ея оболочки).

5. *Острый заворотъ S-образной кишки.* Чревосѣченіе. Смерть при явленияхъ начинающагося перитонита.—Г. С., 50 л., крестьянинъ, поступилъ 15/iv, умеръ 16/iv 1903 г. Раньше страдалъ частыми запорами. Болея со вчерашней ночи: появилась сильная боль въ животѣ, затѣмъ рвота; на низѣ не было. Наканунѣ слышны недоброкачественную свиному. Животъ сильно вздутъ; повсюду на немъ барабанный звукъ. Рвота. Мочевой пузырь слегка растянутъ; моча выведена катетеромъ. Пульсъ удовлетворительный. Не смотря на принятые мѣры, никакого улучшения не послѣдовало. Животъ вздулся еще болѣе. Очертанія S-образной кишки ясно выступали на животѣ. Верхняя часть его сильно вздулась. Промываніе желудка; промыванія жидкостью оказались совершенно чистой. Операция черезъ 1½ сутокъ отъ начала заболѣванія. Подъ мнороформомъ разрѣзъ по средней линіи. По вскрытіи брюшины выдѣлилось много темной, слегка кровянистой жидкости съ рѣзкимъ запахомъ кала. Тонкія кишки сильно вздуты; пареза нѣтъ. Слѣва лежала толстая кишка, сильно раздутая; сывороточный покровъ ея былъ совершенно зеленый, мѣстами съ темными пятнами, безъ естественнаго блеска. При проколѣ изъ кишки выдѣлилось много газовъ и кала. Подъ этой кишкой лежала другая, сильно раздутая, тоже зеленого цвѣта и тоже мѣстами покрытая темными пятнами. При извлеченіи обѣихъ петель оказалось, что эти части представляли собой ножки S-образной кишки, перекрученныя у основанія, гдѣ онѣ лежали очень близко одна отъ другой; на брызжейкѣ имѣлись рубцовыя спайки, повидимому, отъ прежде бывшаго здѣсь воспалительнаго процесса. Сама S-образная кишка была повернута вокругъ своей оси, такъ что правая часть ея лежала спереди и слѣва отъ лѣвой части, приходившейся сзади и вправо. Вся омертвѣвшая часть S-образной кишки была выведена наружу; содержимое ея выпущено чрезъ проколы. Брюшная полость промыта. Фитили вокругъ омертвѣвшей кишки. Часть раны зашита. Послѣ операции пульсъ на время поднялся. Смерть черезъ нѣсколько часовъ послѣ операции.

6. *Подострый заворотъ S-образной кишки.* Чревосѣченіе. Расправленіе заворота. Гладкое выздоровленіе. Черезъ 2½ года возвратъ. Новое чревосѣченіе; омертвѣніе S-образной кишки. Излѣченіе омертвѣвшей кишки. Смерть черезъ 10 час. послѣ операции.—Д., 66 л., портной умѣреннаго питанія. За послѣдніе годы, когда сталъ страдать запорами, замѣтно похудѣлъ. Забо-

лѣлъ 22/ii 1902 г. безъ всякой видимой причины, внезапно, болями въ животѣ; послѣ этого наступила задержка газовъ и испражнений; рвоты не было. Послѣ пріема слабительнаго боли въ животѣ значительно усилились. При дов. хорошемъ общемъ самочувствіи животъ постепенно сталъ раздуваться; промывательныя тотчасъ же вылились обратно. 26/ii, т. е. черезъ 4 дня отъ начала заболѣванія, найдено слѣдующее: общее состояніе сравнительно удовлетворительное; пульсъ 112; конечности теплыя; рвало 1 разъ; животъ сильно и неравномерно вздутъ; черезъ истонченные, не напряженные брюшные покровы ясно опредѣляется крайне раздутая, напряженная, неподвижная толстая кишка, совершенно лишенная перистальтическихъ движеній и лежащая косвенно по направленію отъ лѣвой подвздошной ямки сверху къ печени; надъ этой кишкой—не ясно выраженный призывъ *Kymil's*. Промывательныя безъ результата. На слѣдующій день состояніе больного ухудшилось: животъ вздулся сильнѣе и сталъ болѣе напряженнымъ; очертанія раздутой кишки стали менѣе отчетливы; количество индикана въ мочѣ значительно увеличилось. 27/ii мною произведена операция. Разрѣзъ по средней линіи, начиная на 10 см. выше пупка книзу до лобка. Въ полости живота оказалось немного совершенно прозрачной жидкости. Брюшина найдена блестящей, слегка залитой кровью. Кишка, прощупывавшаяся раньше черезъ брюшные покровы, оказалась S-образной кишкой, перекрученной вокругъ своей брызжеечной оси на 360°. Явленія веннаго застоя въ ней выражены были въ средней стѣнѣ; брюшина ея найдена тоже блестящей, стѣнки—отечно утолщенными, отчасти гипертрофированными. Кишка въ цѣломъ сохранила свою упругость. Верхушка ея только на 5 поперечныхъ пальцевъ не доходила до печени; ширина обѣихъ колѣнъ 12 см. Перистальтическихъ движеній въ ней не было. Заворотъ легко былъ расправленъ, и кишка не обнаруживала никакой наклонности завернуться снова. Брызжейка и ножки S-образной кишки на мѣстѣ перекрученія не представляли тяжелыхъ явленій сжатія. Брызжейка не была рубцовой сморщена; ширина ея у основанія 6 см.; она была слегка отечна и на мѣстѣ перегиба кишка сильнѣе залита кровью; въ остальныхъ отдѣлахъ питаніе кишки пострадало мало. Нисходящая и поперечная ободочная кишка особенно сильно вздута не представляла. Рана живота зашита наглухо глубокими швами. Послѣоперационное теченіе гладкое. За ночь черезъ длинную дренажную трубку выдѣлилась масса жидкаго зловоннаго кала. На слѣдующій день было произвольное обильное жидкое испражнение. Черезъ 2 недѣли больной сталъ ходить. Ежедневныя испраженія безъ помощи слабительныхъ; первое время была даже наклонность къ поносамъ.

Болѣе 2-хъ лѣтъ оперированный чувствовалъ себя хорошо и запорами,—по крайней мѣрѣ, сильными, не страдалъ. Въ августѣ 1904 г. у него повторился такой-же приступъ. За мѣсяцъ отсутствія, онъ обратился къ одному извѣстному хирургу, который и сдѣлалъ ему, если не ошибаюсь, на 6-ой день отъ начала приступа, чревосѣченіе. При этомъ оказалась заворотъ S-образной кишки на 360° и полное ея омертвѣніе. Омертвѣвшая кишка была изсѣчена; и оба конца кишки сшиты. Черезъ 10 час. послѣ операции наступила рвота, коллапсъ и больной скончался.

7. *Хроническій заворотъ S-образной кишки, перемѣщенной въ правую часть живота. Неполный заворотъ слѣпой кишки.* Чревосѣченіе на 12-ый день отъ начала болѣзни. Раскручиваніе кишечекъ и опорожненіе ихъ. Гладкое выздоровленіе.—М. Б., 46 л., крестьянка, поступила въ больницу 3/iv, выписалась 27/iv 1904 г. Лѣтъ 18 страдаетъ параличемъ правыхъ руки, ноги и лицевого нерва и полной афазіей. Запоры бывали часто; припадками желудочныхъ болей не страдала никогда; заболѣла 26/iv, за 8 дней до поступленія, внезапно, поднимаясь съ постели: наступили сильныя боли въ животѣ, схватки, запоръ; рвоты не было. Съ тѣхъ поръ полное отсутствіе испраженій и газовъ. Всѣ дни ничего не ѣла. Животъ постепенно вздувался; боли были схваткообразныя. 4/iv: Общее состояніе удовлетворительное; пульсъ полный. Животъ сильно и неравномерно вздутъ. Ощупываніе живота безболѣзненно; брюшные покровы истончены, не напряжены; брюшной водянки нѣтъ. Лѣвая боковая часть живота выпячена рѣзче (лѣвосторонній *Flankmeteorismus*); подложечная область совершенно не выпячена. Въ средней части живота слѣва отъ пупка прощупывается и опредѣляется глазомъ раздутая, какъ-бы оплотнѣлая толстая кишка, лишенная перистальтическихъ движеній, не мѣняющая своего положенія, но болѣзненная, дающая при выстукиваніи высокой звукъ. Въ правой части живота прощупывается плотная, расширенная кишечная петля, тоже не мѣняющая своего положенія и направляющаяся изъ правой подвздошной области вверхъ, гдѣ и теряется подъ печенью. Ощупываніе этой кишки вызываетъ схваткообразныя боли, а вслѣдствіе наступающихъ при этомъ перистальтическихъ сокращеній кишка дѣлается болѣе плотной и упругой. *Flankmeteorismus* съ правой стороны не выраженъ. Промывательныя тотчасъ же выливаются обратно неокрашенными. Изслѣдованіе черезъ влагалище и черезъ прямую кишку дало отрицательный результатъ. Распознаваніе сложилось въ пользу заворота S-образной кишки, хотя картина была неясная: крайне расширенную петлю толстой кишки слѣва отъ пупка я считалъ за S-образную, напряженную же кишку въ правой части живота—за слѣпую и восходящую ободочную, находящуюся въ состояніи перистальтическаго напряженія. Немного страннымъ мнѣ казались слишкомъ рѣзкая перистальтика для тонкостѣнной слѣпой кишки и то обстоятельство, что кишка очень низко спускалась въ подвздошную ям-

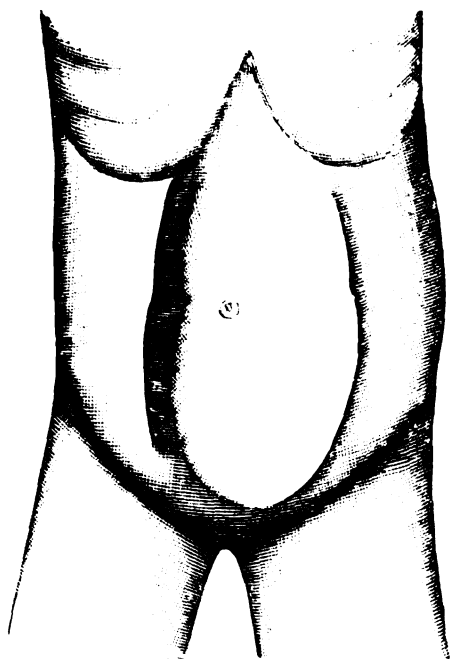


Рис. 1.

5/у мною произведена операція, при чемъ найдено слѣдующее: кишка, лежавшая по срединѣ живота и отчасти слѣва отъ пупка, оказалась крайне расширенной слѣпой кишкой, діаметромъ около 20 см.; стѣнки ея не были истончены; перистальтики въ ней не было. Дов. сильное налитіе венъ слѣпой и восходящей ободочной кишки. Обѣ послѣднія имѣютъ совершенно свободную брызжейку, такую длинную, что слѣпая кишка свободно перегибается вѣтло за пупокъ; кишка при этомъ такъ повернута вокругъ своей оси, что наружно-задняя поверхность ея смотритъ впередъ. Вагини́ева заслонка свободно проходима; не смотря на это, тонкія кишки растянуты сравнительно мало. Сильное растяженіе слѣпой кишки можно объяснить мѣстнымъ вздутіемъ (Localmeteorismus), обусловленнымъ сдавленіемъ со стороны ея брызжейки. Нисходящая ободочная кишка также имѣетъ хорошо выраженную брызжейку и также дов. сильное вздутіе; во въ стѣнкѣ ея никакихъ признаковъ разстройства кровообращенія нѣтъ. S-образной кишки на нормальномъ мѣстѣ не оказалось. Справа отъ слѣпой кишки обнаружены 2 раздутыхъ петли, направившихся изъ правой подвздошной ямки вверхъ и терявшихся подъ печенью (См. рис. 2). Рукою, введенною въ глубину, легко удалось вывести эти петли наружу, при чемъ оказалось, что это была крайне удлиненная S-образная кишка, ножки которой скрестились въ области правой безименной линіи и повернулись вокругъ своей оси на 180° по направленію часовой стрѣлки. Длина петли S-образной кишки, измѣренная отъ лѣвой подвздошной области до верхушки петли, равнялась приблизительно 65 см. Обѣ половинны петли были равномерно вздуты (около 14 см.). Стѣнки кишки были до крайности гипертрофированы и представляли отчетливыя перистальтическія движенія. Венная гиперемія стѣнокъ была выражена крайне слабо для 11-дневнаго существованія заворота.

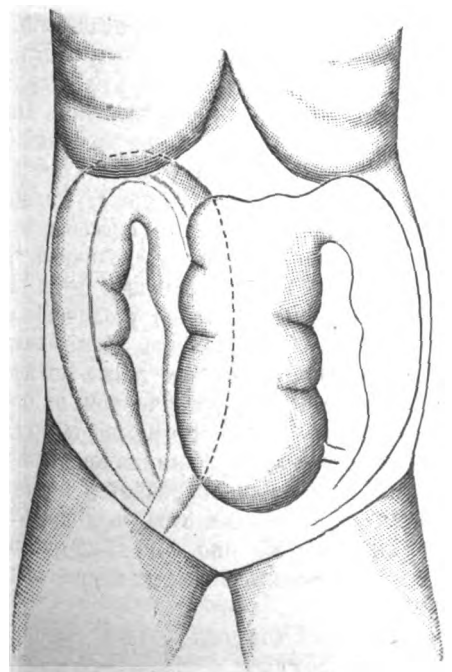


Рис. 2.

Даже самыя мѣста перегиба представляли весьма слабыя измѣненія. Брызжейка S-образной кишки была хорошо выражена; ширина ея у основанія около 15 см.; рубцевыхъ измѣненій она не представляла. S-образная кишка всею своею тяжестью давила на длинную брызжейку слѣпой кишки. Заворотъ легко былъ расправленъ. Черезъ дренажъ, введенный въ прямую кишку, выпущена масса газовъ и жидкаго содержимаго, послѣ чего кишки спались и были обратно уложены въ брюшную полость. Рана зашита на-глухо. Операція длилась 35 мин. Скоро послѣ операціи наступили очень обильныя жидкія испраженія, слегка кровавистыя.

Послѣоперационный періодъ протекъ безъ осложненій; только 1-ю недѣлю замѣчалась наклонность къ поносамъ и временами было легкое повышеніе температуры. Черезъ 12 дней сняты всѣ швы, а черезъ 22 дня М. Б. выписана здоровой.

8. Подострый заворотъ S-образной кишки. Беременность на 6-мъ мѣсяцѣ. Чревостѣненіе. Расправленіе заворота и проколъ кишки. Преждевременные роды. Гладкое выздоровленіе.—М. М., 22 л., крестьянка, поступила въ больницу 2/п 1904. Хорошаго сложенія. Беременна 5 мѣс., въ 3-й разъ. Первые беременности протекали благополучно. Всегда страдала запорами; приступовъ болей въ животѣ не бывало. Заболела внезапно, безъ видимой причины, 1/п, схваткообразными болями въ животѣ, преимущественно справа; слабо послѣ того всего 1 разъ. 3/п: Боли усилились; рвота участилась; животъ сталъ вздуваться сильно. Не смотря на повторныя промывательныя, не слабитъ и вѣтры не отходятъ. 4/п: Больная не производитъ впечатлѣнія больной тяжелой. Небольшая свѣжость щекъ. Учащенное дыханіе грудного типа (28). Пульсъ полный, не учащенный. Рвота рѣдка. Боли не особенно сильныя, временами схваткообразныя. Жалуется на напряженіе живота. Животъ сильно, но неравномерно вздутъ: больше выпячивается правая боковая (Flankometeorismus) и верхняя части (поперечная ободочная кишка). Кромя того, слѣва отъ пупка неясно опредѣляется болѣе плотная на ошупь неподвижная, крайне растянутая кишечная петля, которая и принята была за перекрученную S-образную. Мышцы брюшной стѣнки не напряжены и ошупываніе живота нечувствительно. Не совсѣмъ отчетливо обозначается матка на 6-мъ мѣсяцѣ беременности. При выстукиваніи надъ S-образной кишкой барабанный звукъ дов. высокаго напряженія. Промывательное тотчасъ-же выливается обратно. Исцѣдованіе чрезъ прямую кишку даетъ отрицательный результатъ, чрезъ влагалище опредѣляетъ 5-мѣсячную беременность. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ надъ расширенными кишечными петлями ограниченное мѣстное зыбленіе; волна передается однако лишь въ известномъ направленіи и вызывается обильнымъ жидкимъ кишечнымъ содержимымъ. 4/п, т. е. черезъ 3-е сутокъ отъ начала болѣзни, мною произведена операція. По вскрытіи брюшины изъ полости ея вытекло немного сывороточной жидкости. Тотчасъ-же выперлась наружу крайне расширенная поперечная ободочная кишка, которая въ видѣ выпуклой книзу дуги проходила немного выше пупка. Это и была та кишка, что отчетливо обрисовывалась черезъ брюшныя покровы и накануне давала неясно выраженныя перистальтическія движенія; она была неподвижна, расширена въ діаметрѣ до 15 см.; стѣнки ея были немного утолщены; имѣлось налитіе венъ самой кишки и ея брызжейки; брюшина была блестящая. Когда поперечная кишка была приподнята вверхъ, въ лѣвой части живота найдена 2-ая расширенная кишечная петля—S-образная кишка, оказавшаяся повернутой вокругъ своей оси на 180°. Высота петли равнялась приблизительно 40 см. Застойныя явленія въ S-образной кишкѣ были выражены нѣсколько сильно, чѣмъ въ поперечной ободочной, но діаметръ ея былъ меньше. Кишечныя стѣнки были утолщены, но не лишены упругости; брюшина нѣсколько не потеряла въ своемъ блескѣ. Заворотъ легко былъ расправленъ, при чемъ оказалось, что у основанія обѣ ножки кишки приблизились до 2 см. Брызжейка и мѣсто перекручиванія на кишкѣ не представляли болѣе рѣзкихъ застойныхъ явленій, чѣмъ остальная часть кишки. Нисходящая ободочная кишка была растянута гораздо меньше. Выдавить содержимое S-образной кишки въ прямую не удалось. Ножомъ сдѣланъ проколъ S-образной кишки и выпущены газъ и немного жидкаго содержимаго, послѣ чего кишечная ранка зашита. Тоже самое продѣлано и съ поперечной ободочной кишкой. Попытка ввести черезъ прямую кишку въ S-образную дренажъ не удалась: помѣхою служила беременная матка. Тонкія кишки не растянуты, съ хорошо выраженными перистальтическими движеніями. Восходящая ободочная кишка и слѣпая были умеренно вздуты и спались послѣ прокола поперечной. Брюшная рана на глухо зашита глубокими швами. Черезъ часъ послѣ операціи поставлено промывательное, послѣ чего вышло много газовъ и содержимаго.

Въ 12 час. ночи появились схватки, и больная быстро родила 5-мѣсячнаго ребенка. Послѣоперационное теченіе было совершенно гладкое, безлихорадочное. Рвоты не было ни разу; со стороны кишечника въ теченіи 2-хъ недѣль замѣчалась наклонность къ поносамъ. Брюшная рана зажила гладко, и 2/п М. М. выписана здоровой. Въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ мнѣ пришлось еще слѣдить за нею: никакихъ ненормальныхъ явленій со стороны кишечника у нея не наблюдалось.

9. Киста лѣваго яичника. Перекручиваніе ея ножки и заворотъ S-образной кишки. Полное омертвѣніе послѣдней. Удаленіе кисты; выведеніе наружу омертвѣвшей кишки. На слѣдующій день излѣченіе послѣдней. Гладкое выздоровленіе.—М. Л., 43 л., крестьянка, поступила въ больницу 15/х, выжила.

29/х 1906 г. Заболела за 2 дня до поступления, без всякой видимой причины, сильными болями внизу живота слева. Съесть поре задержка испражнений; рвоты не было; была лишь тошнота. Общее состояние удовлетворительное; в больницу пришла сама. Живот сильно вздут, напряжен. В правой подвздошной ямке прощупывается неясная, более плотная, чем окружающая часть, мало подвижная опухоль. 16/х, т. е. через 3-е суток от начала заболевания, чревоистечение (П. И. Симе). По вскрытии брюшины из полости ее вытек мутноватый выпот. Опухоль в правой подвздошной ямке оказалась левосторонней, сильно измененною кистой яичника на длинной ножке, перекрученной на 360°. При закручивании ножка кисты прихватила и совершенно сдавила очень удлиненную петлю S-образной кишки, которая оказалась таким образом тоже перекрученной и совершенно омертвела. По раскручивании ножки киста яичника, с голову доношенного ребенка, была легко удалена. Ввиду слабости больной решено иссечение омертвевшей кишки отложить. Кишка эта была лишь выведена наружу, а брюшная полость кругом защищена тампонами. Зашита была лишь верхняя часть брюшной раны.

На следующий день, когда больная оправилась от коллапса, произведено было иссечение омертвевшей кишки. Омертвевшие охватили почти всю крайне удлиненную S-образную кишку и начиналось немного выше места перехода ее в прямую и в низходящую ободочную; брызжейка ее была сморщена, так что ножки S-образной кишки очень близко прихлослись одна к другой. Иссечение произведено без особых затруднений. Концы перерезанных кишек сшиты 2-мя рядами шелковых швов. Брюшная полость кругом изсеченной кишки зашита. Операцию больная перенесла прекрасно. На следующий день отошли газы. Через 4 суток после операции 1-ое испражнение. Через 6 дней удалены глубокие тампоны. На 13-ый день зашитый верхний отделе брюшной раны, нижняя же часть ее заживала через грануляционный процесс. Через 2 мес. после операции М. Л. выписалась с совершенно зажившей раной и с хорошо работавшим кишечником. Длина иссеченной кишки приблизительно 35 см.

10. *Острый заворот S-образной кишки с омертвением ее.* Иссечение кишки; образование калового свища. Смерть через 20 час. после операции от перитонита.—В. Н., 35 л., поступила в больницу 23/х, умерла 30/х 1906 г. Хорошего сложения. Не рожала и не болела женскими болезнями. Частые запоры. Приступов болей в живот никогда не было. Заболела за 24 часа до поступления, внезапно, сильными болями в живот; рвоты не было. После этого наступила задержка газов и испражнений. При поступлении производила впечатление очень тяжелой больной; конечности покрыты холодным потом; пульс малый крайне учащенный (130); дыхание чрезвычайно учащенное и поверхностное. Жаловалась на сильные боли в живот без определенного местоположения. Живот крайне, но неравномерно вздут; поперечная область (поперечная ободочная кишка) резко выпячивается; ниже пупка через слегка напряженные брюшные стенки прощупывается крайне раздутая, неподвижная толстая кишка. Ощупывание нижней части живота болезненно (начинающийся перитонит). Промывательное тотчас же выводится обратно не окрашенным. Язык суховат. Распознавание: заворот S-образной кишки; начинающийся перитонит. Немедленная операция. Разрез по средней линии. Сначала оказалась раздутая мало измененная поперечная ободочная кишка; из-под нее извлечена длинная, омертвевшая петля S-образной кишки, которая оказалась повернутой вокруг брызжеечной оси на 360° против направления часовой стрелки. Длина петли от верхушки до левой подвздошной впадины приблизительно 40 см.; ширина обеих ножек одинаковая (12 см.). Цвет кишки зеленоваточерный; она совершенно утратила свою упругость. Брызжейка с явлениями тяжелой веной гиперемии, отчасти тоже омертвела, рубцево утолщена и с плотными тяжами. Соответственно средней S-образной кишки брызжейка шириной в 8—10 см., у основания же она совершенно сморщена, так что обе ножки ее почти соприкасаются. Омертвевшие доходят до самого перехода S-образной кишки в низходящую ободочную и в прямую. Заворот расправлен. Через дренаж, введенный в прямую кишку, выпущено масса жидкого кала и газов, после чего как S-образная, так и поперечная ободочная кишка спались. Ввиду тяжелого общего состояния больной верхняя часть раны живота зашита, а через нижнюю выведена омертвевшая кишка, которая и подрезана. Кругом фитили. Большая после операции была в коллапсе. Под кожу вырывают физиологический раствор соли; клизмы из раствора соли с наперстянкой и вином.

Ночь после операции больная спала. Боли исчезли; рвоты не было. Пульс малый, легко сжимаемый; крайне учащенный. На следующее утро, когда больная немного оправилась, произведено иссечение омертвевшей кишки. Производство этой операции было очень трудным, ибо омертвевшие распространились далеко вглубь и ножки S-образной кишки у основания ее совершенно сходились. Кишка срывается после обкалывания брызжейки; прямокишечный ковец ее пришлось срывать в пределах омертвевших. Оба конца кишки шиты затем в нижний угол раны. Кругом фитили во все направления. В приводящую кишку введен толстый дренаж, который через повязку и выведен наружу.

После операции больная 3 часа сразу крепко проспала. К вечеру она стала заговариваться; появились явления пареза кишек, и через 20 час. после операции она скончалась при яв-

лениях сердечной слабости. На вскрытии найдено: начинающийся перитонит; острое перерождение печени и сердечной мышцы.

Длина удаленной кишки в расправленном состоянии—около 75 см. Разлитое омертвевшее кишки и брызжейки. Вены брызжейки затромбированы; артерии проходимы. Брызжейка рубцево-изменена, инфильтрирована; под нею тянутся отдельные рубцевые тяжи.

СХХХIV. Из госпитальной терапевтической клиники проф. К. Э. Вагнера в Киевском Университете.

К вопросу о частоте увеличения селезенки у больных и у здоровых.

И. В. Студзинского.

В клиниках нередко попадают больные с увеличенной селезенкой, при чем весьма важно бывает знать, находится ли это увеличение в связи с заболеванием, имевшимся в данное время у больного, или оно было раньше и отношения к данному заболеванию не имеет?

Особое значение имеет увеличение селезенки, как клинический признак, при некоторых заболеваниях, сопровождающихся лихорадкой, напр., при брюшном тифе, болевой лихорадке, возвратной горячке и др. На основании прощупываемой селезенки нередко можно поставить отличное распознавание в неясных формах длительных лихорадочных заболеваний, напр., брюшного тифа в отличие от гриппа и т. д.

Имея в виду сказанное, глубокоуважаемый мой учитель, проф. К. Э. Вагнер, предложил мне заняться вопросом, как часто вообще у больных и у здоровых людей определяется увеличенная селезенка?

Наблюдения мои сделаны отчасти на материал терапевтической клиники Киевского Университета в 1900—1903 гг. (во время заведывания ею проф. К. Э. Вагнера), отчасти на материал Каневской городской больницы в 1903—1904 г., отчасти на новобранцев в г. Канев в 1903 г., отчасти на нижних чинах 132-го пех. Бендерского полка в 1905 г. в Киев, отчасти на казаках 2-ой пехоты Кубанской Пластунской бригады в Манчжурii (во время последней войны в 1904—1905 г. я состоял при этой бригаде военным врачом) и отчасти на материал Киевского военного госпиталя (госпитальной терапевтической клиники проф. К. Э. Вагнера, 3-х терапевтических и ушного отделений) в 1906 г.

Увеличение селезенки, как известно, определяется 2-мя способами: помощью постукивания и помощью ощупывания. Постукивание селезенки—способ, мало точный, ибо границы ее, получаемые при его помощи, находятся в зависимости от многих посторонних условий со стороны окружающих органов, напр., положения легочного края, большего или меньшего вздутия желудка, кишек и т. д. Другой способ—ощупывание—нужно считать более удовлетворяющим точности исследования. Ощупывание производилось, во 1-х, в положении на спине при покойном и при глубоком дыхании и, во 2-х, в положении на правом боку при покойном и при глубоком дыхании. Примечая всякий раз указанные способы, можно быть уверенным, что, раз селезенка увеличена, увеличение это не ускользнет от ощупывающей руки. Поэтому я принимал во внимание лишь такое увеличение селезенки, которое определялось ощупыванием. Нужно заметить, что селезенка может прощупываться также вследствие смещения ее вниз, и не будучи увеличенной, в особенности у сильно истощенных людей. Возможность подобной случайности была принята мною во внимание. Известно однако, что смещение селезенки встречается почти исключительно у женщин и представляется в общем явлением довольно редким; притом же оно определяется проверкой постукиванием в связи с различными положениями тела исследуемого.

При исследовании в каждом случае обращалось внимание на следующие данные:

1) Больные ко времени исследования.



- 2) Возрастъ.
  - 3) Мѣстожителство.
  - 4) Болотная лихорадка: когда была, какъ долго, какого типа и сколько разъ повторялась?
  - 5) Другія заразные заболѣванія.
  - 6) Какъ прощупывался край селезенки:
  - I) Въ положеніи на спинѣ: { а) при покойномъ дыханіи?  
б) при глубокомъ дыханіи?
  - II) Въ положеніи на правомъ боку: { а) при покойномъ дыханіи?  
б) при глубокомъ дыханіи?
  - 7) Форма края и степень плотности селезенки.
  - 8) Верхній и передній край селезенки при постукиваніи.
- Всего изслѣдованы мною 6315 чел.

Изъ нихъ:  
А. 390 больныхъ пропедевтической клиники. Селезенка найдена увеличенной у 118, а именно:

Болезнь.	Число больныхъ.	Изъ нихъ се- лезенка про- щупывалась у
Тифъ брюшной . . . . .	21	19
" возвратный . . . . .	5	5
" сыпной . . . . .	2	2
Переменная лихорадка . . . . .	1	1
Болезнь <i>Weill</i> . . . . .	1	1
Фибринозное воспаление легкихъ . . . . .	25	6
Гриппъ . . . . .	10	6
Органический порокъ сердца . . . . .	22	7
Хроническое воспаление сердечной мышцы . . . . .	5	—
Воспаленіе околосердця . . . . .	1	—
Саркома средостѣнія . . . . .	3	—
Аневризма аорты . . . . .	4	—
Артеросклерозъ . . . . .	2	1
Выпячивающій запускъ энтеритъ . . . . .	1	—
Гемоглобинурия . . . . .	1	1
Болезнь <i>Werthofa</i> . . . . .	1	—
Рейматическая пурпура . . . . .	1	1
Малокровіе . . . . .	2	—
Вѣдокровіе . . . . .	2	2
Вугорчатка легкихъ . . . . .	52	6
Расширеніе " . . . . .	11	5
Омертвѣніе " . . . . .	4	1
Катарральное воспаленіе легкихъ . . . . .	3	—
Хроническій бронхитъ . . . . .	9	—
Бронхиальная астма . . . . .	1	—
Расширеніе бронха . . . . .	1	—
Постороннее тѣло въ бронхѣ . . . . .	1	1
Хроническое воспаленіе гортани . . . . .	1	—
Воспаленіе подреберной плевы . . . . .	17	3
Катарральная жаба . . . . .	2	1
Хроническій катарръ желудка . . . . .	11	3
Ахилія . . . . .	1	1
Сокотеченіе . . . . .	2	1
Опушеніе . . . . .	1	—
Круглая язва . . . . .	6	—
Ракъ . . . . .	7	—
Ракъ пищевода . . . . .	6	—
Ракъ толстой кишки . . . . .	3	1
Вугорчатка слѣпой кишки . . . . .	1	—
Катарръ кишки . . . . .	11	4
Воспаленіе червеобразнаго отростка . . . . .	4	—
Кровавый поносъ . . . . .	1	—
Кишечныя глисты . . . . .	1	—
Саркома забрызжечныхъ железъ . . . . .	1	—
Воспаленіе сывороточныхъ оболочекъ . . . . .	1	1
Циррозъ печени . . . . .	7	5
Ракъ печени . . . . .	7	4
Желчные камни . . . . .	3	2
Воспаленіе мочевого пузыря и почеч- ныхъ лоханокъ . . . . .	5	2
Перелой . . . . .	2	—
Сифилисъ . . . . .	4	2
Сахарное мочензуреніе . . . . .	4	2
Хроническое воспаленіе почекъ . . . . .	23	2
Хроническая болотная лихорадка . . . . .	6	6
Рейматизмъ суставовъ и мышцъ . . . . .	17	6
Перелойное воспаленіе сустава . . . . .	2	—
Вугорчатка тазовой кости . . . . .	1	—
Остеосаркома . . . . .	1	1
Вугорчатка железъ . . . . .	1	—
Нейрастенія . . . . .	25	2
Воспаленіе сѣдалищнаго нерва . . . . .	3	—
Параличъ возвратнаго нерва . . . . .	1	—
Старческое слабоуміе . . . . .	1	—
Старческое истощеніе . . . . .	1	—
Отравленіе свинцомъ . . . . .	2	2
Нарывъ предстательной железы и на		

Изъ этого перечня видно, что на 65 случаевъ остро-разныхъ лихорадочныхъ заболѣваній селезенка наблюдалась увеличенной въ 40, т. е. въ 61,5% (въ частности при брюшномъ тифѣ изъ 21 случая въ 19, при фибринозномъ воспаленіи легкихъ изъ 25 случаевъ въ 6 и при гриппѣ изъ 10 случаевъ въ 6). Въ остальныхъ 325 случаяхъ неострозаразныхъ лихорадочныхъ заболѣваній селезенка была найдена увеличенной въ 78, т. е. въ 24%. А въ общемъ на всѣ 390 изслѣдованныхъ случаевъ селезенка наблюдалась увеличенной въ 118, что составляетъ 30%.

По возрастамъ 78 больныхъ съ хронически увеличенной селезенкой распредѣлялись такъ:

Возрастъ.	Число случаевъ.	Возрастъ.	Число случаевъ.
11 — 20 л.	7	41 — 50 л.	10
21 — 30 „	23	51 — 60 „	7
31 — 40 „	29	61 — 70 „	2

Такимъ образомъ увеличенная селезенка чаще всего встрѣчалась въ возрастѣ 31—40 л., а затѣмъ 21—30 л.

По мѣсту жительства больные принадлежали главнымъ образомъ къ жителямъ Кіева и Кіевской губ. (289 чел.), затѣмъ Черниговской (20), Волынской (16), Подольской (15), Полтавской (9) и т. д.

Изъ этихъ 78 больныхъ съ хронически увеличенной селезенкой 40 не могли указать въ прошломъ ни на перенесенную болотную лихорадку, ни на какую-либо другую заразную болѣзнь.

Б. 370 коечныхъ больныхъ Каневской городской больницы:

Болезнь.	Число больныхъ.	Изъ нихъ се- лезенка про- щупывалась у
Оспа . . . . .	1	—
Скарлатина . . . . .	2	—
Болотная лихорадка . . . . .	4	4
Тифъ брюшной . . . . .	6	5
Фибринозное воспаленіе легкихъ . . . . .	2	2
Гриппъ . . . . .	14	2
Холерина . . . . .	1	—
Органический порокъ сердца . . . . .	4	2
Артеросклерозъ . . . . .	1	—
Малокровіе . . . . .	8	2
Вугорчатка легкихъ . . . . .	2	1
Хроническій бронхитъ . . . . .	8	3
Воспаленіе подреберной плевы . . . . .	7	2
Катарральная жаба . . . . .	5	—
Острый желудочно-кишечный катарръ . . . . .	30	2
Воспаленіе червеобразнаго отростка . . . . .	2	—
Круглая язва желудка . . . . .	1	—
Кишечныя глисты . . . . .	1	—
Хроническое воспаленіе почекъ . . . . .	1	—
Рейматизмъ . . . . .	9	—
Вугорчатка железъ . . . . .	2	1
Перелой . . . . .	27	—
Мягкій шанкръ . . . . .	8	—
Сифилисъ первичный и вторичный . . . . .	123	6
Паховая грыжа . . . . .	3	1
Воспаленіе костнаго мозга . . . . .	4	2
Саркома глаза . . . . .	1	—
Нейрома . . . . .	2	—
Флегмона . . . . .	2	—
Язвы голени . . . . .	7	—
Экзема . . . . .	19	—
Псоріазъ . . . . .	1	—
Чесотка . . . . .	27	—
Раны огнестрѣльные и отъ холоднаго оружія . . . . .	21	—
Переломы . . . . .	6	—
Ожоги . . . . .	1	—
Отравленіе алкоголемъ . . . . .	2	1
Слабоуміе . . . . .	1	1
Трахома . . . . .	4	—

Здѣсь на 29 острозаразныхъ лихорадочныхъ случаевъ селезенка прощупывалась въ 13, т. е. въ 45%, а въ остальныхъ 341 случаѣ—въ 24, т. е. 7%; на всѣ же 370 случаевъ—въ 37, что составляетъ 10%. По сравненію съ числомъ случаевъ хронически увеличенныхъ селезенки, которое было найдено у больныхъ пропедевтической клиники (24%), число случаевъ съ такими селезенками въ Каневской больницѣ сравнительно мало (7%), хотя г. Ка-

пу я склоненъ объяснить тѣмъ обстоятельствомъ, что въ Каневскую больницу поступало особенно много больныхъ венерическими, хирургическими и кожными болѣзнями; терапевтическіе-же больные составляли гораздо меньшее число (около  $\frac{1}{3}$ ).

По возрасту больные съ хронически увеличенной селезенкой распредѣлялись такъ:

Возрастъ.	Число больныхъ.	Возрастъ.	Число случаевъ.
11 — 20 л.	2	31 — 40 л.	9
21 — 30 „	10	41 — 60 „	3

Всѣ эти больные были жители Каневского уѣзда. Интересно, что изъ тѣхъ, у кого прощупывалась селезенка, 16 отрицали какое-либо заболѣваніе въ прошломъ.

Кромѣ коечныхъ, были изслѣдованы еще 2100 приходскихъ больныхъ въ Каневской больницѣ. Между ними селезенка опредѣлялась увеличенной у 35 (1,7%). Больные эти по болѣзнямъ распредѣлялись такъ:

Съ болотной лихорадкой . . . . .	10
» тифомъ брюшнымъ . . . . .	2
» фибринознымъ воспаленіемъ легкихъ . . . . .	4
» гриппомъ . . . . .	4
» бугорчаткой легкихъ . . . . .	1
» хроническимъ катарромъ желудка . . . . .	7
» ревматизмомъ . . . . .	5
» нейрастеніей . . . . .	2

Здѣсь изъ 67 острозаразныхъ лихорадочныхъ больныхъ селезенка была найдена увеличенной у 20, что составляетъ 30%, а изъ 2033 остальныхъ больныхъ—у 15, т. е. въ 0,7%. Всѣ эти 15 больныхъ указывали въ прошломъ на болотную лихорадку.

В. Изъ 950 новобранцевъ, принятыхъ на службу по Каневскому уѣзду, ни у одного не найдено увеличенной селезенки, при чемъ никто изъ нихъ, по ихъ словамъ, не болѣлъ болотной лихорадкой. Кстати сказать, Каневскій уѣздъ, а въ особенности часть его, прилежащая къ г. Каневу, расположены въ здоровой мѣстности, и болотныя заболѣванія тутъ если и наблюдаются, то рѣдко и при томъ лишь единичными случаями.

Г. Изъ 1600 строевыхъ нижнихъ чиновъ 132-го пѣх. Бендерскаго полка, расположеннаго въ Киевѣ, селезенка прощупывалась у 10, т. е. въ 0,6%. Всѣ эти 10 чел. болѣли, по ихъ словамъ, дома болотной лихорадкой. По мѣсту жительства, 6 изъ нихъ—уроженцы Кутаисской и Эриванской губ., а 4—Архангельской и Вологодской.

Д. Изъ 500 казаковъ 2-ой пѣшей Кубанской Пластунской бригады, поступавшихъ въ бригадный лазаретъ съ острымъ быстро проходившимъ разстройствомъ кишечника или съ хроническимъ ревматизмомъ, я нашелъ увеличенную селезенку у 84, т. е. въ 16,8%, при чемъ у всѣхъ селезенка выступала изъ-подъ края реберъ и была плотная, съ дов. тупымъ краемъ. Пластуны всѣ родомъ изъ Кубанской области, извѣстной своими болотными заболѣваніями. Нужно прибавить, что во время моего изслѣдованія никто изъ этихъ лицъ, имѣвшихъ увеличенную селезенку, болотной лихорадкой не страдалъ. Возрастъ подлежавшихъ изслѣдованію казаковъ—27—32 г.

Е. 208 больныхъ, лежавшихъ въ госпитальной терапевтической клиникѣ и 1-мъ и 2-мъ терапевтическимъ отдѣленіяхъ Киевскаго военнаго госпиталя. Увеличенная селезенка найдена у 68, т. е. въ 32,7%.

#### Б о л ѣ з н ь .

Б о л ѣ з н ь .	Число больныхъ.	Изъ нихъ се- лезенка про- щупывалась
Тифъ брюшной . . . . .	1	—
Болотная лихорадка . . . . .	2	2
Фибринозное воспаленіе легкихъ . . . . .	4	1
Гриппъ . . . . .	4	1
Органический порокъ сердца . . . . .	6	4
Нервное сердцебиеніе . . . . .	5	1
Артериосклерозъ . . . . .	1	—
Малокровіе . . . . .	12	3
Бугорчатка легкихъ . . . . .	16	8
Бронхитъ . . . . .	32	14
Воспаленіе подреберной плевы . . . . .	38	9
Острый желудочно-кишечный катарръ . . . . .	14	3

Круглая язва желудка . . . . .	2	—
Воспаленіе червеобразнаго отростка . . . . .	4	—
Воспаленіе брюшины . . . . .	3	1
Катарральная жаба . . . . .	2	—
Бугорчатка лимфатическихъ железъ . . . . .	2	2
Увеличеніе селезенки . . . . .	1	1
Циррозъ печени . . . . .	1	1
Ракъ . . . . .	1	1
Катарральная желтуха . . . . .	4	2
Хроническое воспаленіе почекъ . . . . .	3	1
Воспаленіе почечныхъ лоханокъ . . . . .	3	—
Ревматизмъ суставовъ и мышцъ . . . . .	30	11
Ушибъ туловища . . . . .	2	—
Головная боль . . . . .	3	—
Нейрастенія . . . . .	9	—
Алкогольный нейритъ . . . . .	1	1
Паховой бубонъ . . . . .	1	1
Отравленіе нашатырнымъ спиртомъ . . . . .	1	—

Здѣсь на 11 острозаразныхъ лихорадочныхъ случаевъ селезенка прощупывалась въ 4, т. е. въ 36,4%. Изъ остальныхъ 197 случаевъ она прощупывалась въ 64, т. е. въ 32,5%. Возрастъ больныхъ—21—30 л. По мѣсту жительства больные принадлежали главнымъ образомъ къ Киевской, Подольской, Кутаисской, Самарской, Оренбургской губ.

3-ье терапевтическое отдѣленіе Киевскаго военнаго госпиталя разсматривается мною отдѣльно, такъ какъ въ немъ лежатъ болѣе легкіе больные и подлежащіе испытанію. Здѣсь изъ 77 изслѣдованныхъ селезенка найдена увеличенной у 14, т. е. въ 18,2%, а именно:

Б о л ѣ з н ь .	Число больныхъ.	Изъ нихъ се- лезенка про- щупывалась
Гриппъ . . . . .	7	—
Малокровіе . . . . .	11	1
Бугорчатка легкихъ . . . . .	2	1
Бронхитъ . . . . .	16	4
Воспаленіе подреберной плевы . . . . .	3	—
Сердцебиеніе . . . . .	5	1
Хроническое воспаленіе почекъ . . . . .	2	—
Острый желудочно-кишечный катарръ . . . . .	9	3
Хроническая болотная лихорадка . . . . .	1	1
Ревматизмъ суставовъ и мышцъ . . . . .	16	3
Головная боль . . . . .	2	—
Ушибъ . . . . .	2	—
Плоская стопа . . . . .	1	—

Здѣсь ни въ одномъ изъ 7 случаевъ острозаразной лихорадочной болѣзни (гриппъ) не найдено увеличенной селезенки, изъ остальныхъ-же 70 случаевъ она найдена увеличенной въ 14, т. е. въ 20%.

Изъ 120 больныхъ, изслѣдованныхъ въ ушномъ отдѣленіи Киевскаго военнаго госпиталя, селезенка найдена хронически увеличенной у 9, т. е. въ 7%. Ни у кого изъ этихъ 9 больныхъ во время изслѣдованія не было никакой острозаразной болѣзни.

Разсматривая весь матеріалъ согласно приведенной въ началѣ схемѣ, я долженъ отмѣтить, что наблюденія мои произведены только надъ мужчинами. Возрастъ изслѣдованныхъ колебался отъ 11 до 70 л., при чемъ больше всего хронически увеличенныхъ селезенокъ пришлось на возрастъ 21—40 л. По мѣсту жительства изслѣдованные принадлежали къ разнообразнѣйшимъ губерніямъ Россіи, но главнымъ образомъ къ Юго-Западному краю. Величина селезенки колебалась отъ прощупываемой у края реберъ въ положеніи на правомъ боку при глубокомъ дыханіи до выступающей на 2—3 пальца изъ-подъ края реберъ въ положеніи на спинѣ при покойномъ дыханіи; была, правда, случай, гдѣ селезенка достигала бѣлой линіи или даже правой подвздошной области, но эти случаи—единичные. Что касается плотности селезенки, то на 298 случаевъ хроническаго увеличенія ея она была найдена плотной въ 262, а мягкой и средней плотности въ 36, на 77 случаевъ острозаразныхъ лихорадочныхъ заболѣваній она была плотна въ 8, а мягка въ 69.

Сопоставляя далѣе данныя, полученные при моихъ наблюденіяхъ, можно замѣтить значительныя колебанія %-наго отношенія хронически увеличенныхъ селезенки у различныхъ изслѣдованныхъ группъ, а именно отъ 1 до 32,5%. Для выясненія этихъ колебаній считаю необходи-

мымъ весь свой матеріалъ раздѣлить на слѣдующія 3 группы: 1) наблюдения въ терапевтическихъ клиникахъ и терапевтическихъ отдѣленіяхъ, 2) наблюдения въ Каневской больницѣ и 3) наблюдения среди здоровыхъ нижнихъ чиновъ, а также больныхъ Пластунскаго бригаднаго лазарета и ушного отдѣленія Кіевскаго госпиталя.

1. Наблюдения въ терапевтическихъ клиникахъ и терапевтическихъ отдѣленіяхъ обращаютъ на себя вниманіе тѣмъ, что здѣсь 0/0-ныя отношенія какъ всѣхъ вообще увеличенныхъ селезенекъ, такъ и хронически увеличенныхъ — до вѣлики и колеблются въ сравнительно небольшихъ предѣлахъ: 30 — 32,7% и 24 — 32,5%. Изъ 598 изслѣдованныхъ селезенка найдена увеличенной у 186 (31,1%): изъ 76 съ острозаразными лихорадочными заболѣваніями у 44 (58%), а изъ остальныхъ 522 — у 142 (27,2%), что по отношенію къ общему числу (598) изслѣдованныхъ составляетъ 7,4% и 23,7%.

2. Въ Каневской больницѣ отношенія колебались для всѣхъ увеличенныхъ селезенекъ отъ 1,7% до 10%, а для хронически увеличенныхъ — отъ 0,7% до 7%. Я замѣтилъ тутъ интересную особенность, а именно, что среди приходившихъ больныхъ число съ хронически увеличенной селезенкой (15) близко подходило къ числу больныхъ съ селезенкой, увеличенной, повидимому, остро (20).

3. При изслѣдованіи здоровыхъ людей, — а за такихъ, кромѣ новобранцевъ и нижнихъ чиновъ Вендерскаго полка, до известной степени можно считать также больныхъ Пластунскаго бригаднаго лазарета и ушного отдѣленія Кіевскаго госпиталя — отношенія числа хронически увеличенныхъ селезенекъ къ общему числу изслѣдованныхъ колебались отъ 0 до 16,8%, что зависитъ, очевидно, отъ мѣстности, изъ которой происходили изслѣдованные. Такъ, среди изслѣдованныхъ изъ здоровой мѣстности не было найдено ни одного съ увеличенной селезенкой, тогда какъ среди жившихъ въ мѣстности болотной, за какую считается Кубанская область, хронически увеличенная селезенка найдена у 16,8%, что означаетъ, что на Кубани у каждаго 6-го человека можно найти хронически увеличенную селезенку.

Сопоставленіе цифръ 3-ей группы до вѣ. ясно показываетъ, какое громадное вліяніе имѣетъ мѣстность, откуда происходитъ изслѣдуемый, въ связи съ существующими тамъ болѣзнями. Конечно, и иные заразные заболѣванія, какъ и многія хроническія болѣзни, могутъ давать хроническое увеличеніе селезенки, но все-же первенствующее мѣсто въ происхожденіи этого увеличенія играетъ, повидимому, болотная лихорадка независимо отъ формы ея проявленія.

Если обратиться теперь къ литературѣ вопроса, то, кромѣ одной работы *Carpenter'a* «Объ увеличеніи селезенки у дѣтей до 12-лѣтняго возраста», преслѣдующей нѣсколько иные цѣли, чѣмъ я, можно найти лишь мимоходное замѣчаніе клиницистовъ, что увеличенныя селезенки попадаютъ въ клиникѣ нерѣдко. Одинъ только *Playfair* <sup>2)</sup> въ своей работѣ, подлинника которой я, къ сожалѣнію, достать не могъ, точно указываетъ, что на Бенгальскомъ побережьи у каждаго 3-го человека можно найти хронически увеличенную селезенку. Точно также о большомъ числѣ хронически увеличенныхъ селезенекъ въ тропическихъ странахъ упоминаетъ и *Litten* <sup>3)</sup>. По личнымъ наблюдениямъ проф. *К. Э. Вагнера*, увеличенныя селезенки встрѣчаются среди живущихъ на Кавказѣ чуть-ли не каждаго 3—4-го человека.

Подводя итоги всему сказанному, мнѣ кажется, можно придти къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Увеличенныя селезенки встрѣчаются въ терапевтическихъ клиникахъ и отдѣленіяхъ очень часто — болѣе чѣмъ въ 30%, при чемъ около 3/4 общаго числа ихъ падаетъ на хроническое увеличеніе этого органа. Что среди больныхъ съ внутренними болѣзнями селезенка встрѣчается увеличенной чаще, чѣмъ среди остальныхъ больныхъ, въ томъ нѣтъ ничего удивительнаго, ибо при заболѣваніи внутреннихъ органовъ имѣется на лицо больше причинъ и условий для увеличенія селезенки. Известно, что селезенка принадлежитъ къ числу органовъ, весьма легко отивѣчающихъ на всякое раздраженіе. Такъ, селезенка увеличивается въ объемѣ при всѣхъ разстройствѣхъ крово-

обращенія въ системѣ нижней полой и особенно воротной вѣнѣ (застойная селезенка), при заразныхъ заболѣваніяхъ, болѣзняхъ крови, напр., бѣлокровіи, при новообразованіяхъ, ахинококкѣ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ она увеличивается какъ бы самостоятельно, безъ точно установленной причины, — т. наз. первичная гипертрофія селезенки и т. д.

2. Къ увеличенію селезенки, какъ распознавательному признаку, въ острозаразныхъ случаяхъ нужно относиться съ известной осторожностью, такъ какъ такое увеличеніе въ большинствѣ случаевъ является хроническимъ, а не острымъ.

3. Для рѣшенія вопроса о распознавательномъ значеніи увеличенной селезенки много значить происхожденіе больного изъ той или другой мѣстности, а также то обстоятельство, перенесъ-ли онъ болотную лихорадку или нѣтъ?

4. При ощупываніи селезенки нужно обращать большое вниманіе на ея плотность, такъ какъ только мягкую селезенку съ большею увѣренностью можно считать за увеличеніе ея свѣжаго происхожденія.

Источники. 1. *Carpenter*. Привому по передачѣ въ «Русскомъ Врачѣ», 1903 г., № 41. — 2. *Playfair*. Прив. по передачѣ въ «*Schmidt's Jahrbücher*», т. 98. — 3. *Litten*. Die Krankheiten der Milz. Wien. 1898 г.

## СХХХV. Къ казуистикѣ лимфатическихъ кистъ бедра \*).

П. Г. Попера (Житомиръ).

Обособленные лимфатическія кисты бедра встрѣчаются такъ рѣдко, что въ русскихъ журналахъ, имѣвшихъ въ до вѣ. обширную библіотекѣ Маріинской больницѣ въ Петербургѣ, доступъ въ которую, благодаря любезности бывшаго главнаго врача ея *Н. А. Кускова*, былъ мнѣ свободно открытъ во время моего короткаго тамъ пребыванія, я не нашелъ описанія ни одного случая ихъ. *Achilles Nordmann* <sup>1)</sup> изъ Basel'я сообщилъ одинъ такой случай и утверждаетъ, что его случай — единственный въ нѣмецкой литературѣ. Вотъ почему я позволяю себѣ представить описаніе и своего случая.

13/ш 1903 г. въ больницу Житомирской Общины Краснаго Креста поступилъ П. Ц., крестьянинъ с. Каменнаго Майдана, Новоградволинскаго уѣзда, съ опухолью на правомъ бедрѣ. Больной заявилъ, что онъ замѣтилъ эту опухоль 2 года назадъ, когда она была величиной съ маленький кулакъ. Вначалѣ опухоль мало стѣсняла его, но съ теченіемъ времени, увеличившись, стала уже мѣшать ходить. Какъ произошла опухоль, не знаетъ; трауму отрицаетъ.

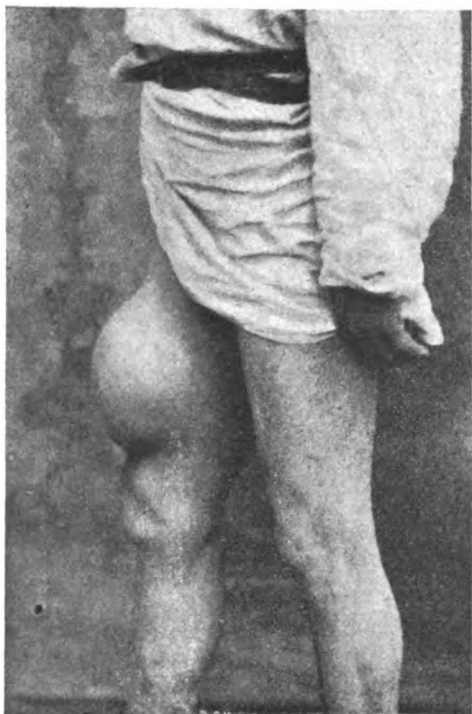
Выше средняго роста; хорошаго питанія и крѣпкаго сложения. На передней сторонѣ праваго бедра — опухоль, съ дѣтскую головку, занимающая среднюю и отчасти нижнюю 1/3 бедра. Отъ нижне-внутренней окружности опухоли отходитъ какъ-бы придатокъ, шириною въ 1 1/2 пальца, оканчивающійся приблизительно у внутреннего мыщелка больше-берцовой кости. Безъ придатка опухоль имѣетъ круглую форму, упруга, не бьется; шумовъ надъ нею не выслушивается. При ощупываніи никакихъ плотныхъ частей въ ней не опредѣляется. Отъ давленія она не уменьшается; мало подвижна, безболѣзненная, зыблится. Кожа надъ ней неизмѣнена, но вслѣдствіе напряженія не собирается въ складки. Размѣры опухоли безъ придатка: продольный (сверху внизъ) 26, поперечный (справа на лѣво) 33 см. Съ мышцами бедра опухоль не сращена.

Въ виду положенія опухоли на нижней 1/2 бедра можно было думать о надкостничной, размягченной саркомѣ; это и была моя первая мысль. Но такому предположенію противорѣчили, однако, форма опухоли, медленный ростъ ея и сохранность дѣйствія мышцъ; саркома, достигшая такихъ размѣровъ, навѣрное, привела-бы уже къ ограниченію дѣйствія мышцъ. Въ виду отсутствія шумовъ и біенія аневризма была исключена. Такъ какъ никакихъ уплотненій въ опухоли не прощупывалось и она не была дольчатая, то о липомѣ не могло быть и рѣчи. Оставалось остановиться на кистѣ, не предпрѣшая вопроса, какое въ ней содержимое.

15/ш подъ хлороформомъ мною произведена операція. По разрѣзѣ кожи и подкожной кѣтчатки по наибольшей выпуклости опухоли въ продольномъ направленіи, сверху внизъ, обнаружилось мѣшечтатое образованіе, синеватаго цвѣта, огромныхъ размѣровъ. Проколомъ я выпустилъ изъ опухоли около 2-хъ литровъ прозрачной, соломеннаго цвѣта, жидкости. Затѣмъ я приступилъ къ вылушенію. Нѣкоторое затрудненіе представляла при этомъ лишь та часть опухоли, которая въ видѣ придатка, ши-

\* Сообщено на Совѣщаніи врачей Житомирскаго лазарета 16/х 1904 г. — Просимъ уважаемаго автора великодушно извинить намъ крайнее помѣшаніе въ печатаніи его статьи. — *Red*

риною въ 2, а длиною въ 7 см., находилась на ниже-внутренней окружности ея и оканчивалась слѣпо у мѣста прикрѣпленія широкой фасціи къ срединному мыщелку большеберцовой кости. При отдѣленіи придатка портняжная мышца была оттянута кнутри. По удаленіи опухоли мышцы, соответственно положенію ея, оказались обнаженными отъ фасціи. Рана была зашита на всеѣ протяженіи, кромѣ нижняго угла, куда вложена была доволно широкая полоска іодоформной марли.



Операция, произведенная безъ *Esmarch'*овскаго жгута, протекала тѣмъ не менѣе почти безкровно, и въ перевязкѣ отдѣльных сосудовъ не было никакой необходимости. Однако уже черезъ часъ послѣ операции повязка оказалась насквозь промокнутой свѣтложелтой жидкостью съ едва замѣтной примѣсью крови. Въ тотъ-же день пришлось еще 2 раза мѣнять повязку. То же самое повторилось и на слѣдующій день. Тогда стало ясно, что это ничто иное, какъ обильное лимфотеченіе, находящееся въ прямой связи съ удаленіемъ опухоли. Лимфотеченіе все продолжалось, и, не смотря на свободный стокъ отдѣляемаго въ нижнемъ углу раны и полное заживленіе ея первымъ натяженіемъ, по удаленіи швовъ, на 6-й день послѣ операции, рана отъ напора лимфы въ серединѣ разошлась. Въ первые 8 дней больно вечерами немного лихорадило, затѣмъ съ уменьшеніемъ лимфотеченія и температура стала нормальной. Рана заживала в. медленно, путемъ грануляціоннаго процесса, при настоячивомъ примѣненіи іодной настойки для смазыванія поверхности ея. Лишь 20/iv оперированный выписался совершенно выздоровѣвшимъ.

При изслѣдованіи опухоли найдено \*): мѣшеччатая опухоль, имѣющая въ длину (не считая придатка) 26, въ ширину 33 см., толщиной около 2—2,5 мм., покрытая снаружи остатками жировой кѣтчатки, а мѣстами остатками мышечныхъ волоконъ. Внутренняя ея поверхность неровная, какъ-бы шагреневая, бѣловатаго цвѣта, покрытая тонкимъ, легко рвущимся, мѣстами отдѣлившимся и свѣшивающимся въ просвѣтъ кисты въ формѣ лоскутовъ слоевъ. Въ 3-хъ мѣстахъ противоположныя стѣнки кисты соединены между собой близко другъ къ другу расположенными круглыми, гладкими, толщиной около 1 мм., короткими тяжами.

Микроскопическое изслѣдованіе мѣшка, взятаго изъ различныхъ мѣстъ, обнаружило всюду ясное отграниченіе внутренняго, обильнаго кѣтточками (кѣтточного) слоя и наружнаго, нѣсколько болѣе толстаго, бѣднаго кѣттками — соединительно-тканнаго. Внутренняя стѣнка мѣшка неровная, какъ-бы фестончатая; мѣстами отъ нея внутрь мѣшка отходятъ сосочковыя разроженія или съ ясно выраженнымъ строеніемъ и хорошо окрашивающимися кѣтточными элементами, или-же омертвѣвшія, плохо окрашивающіяся. Лишь мѣстами внутренняя поверхность мѣшка образована кѣтточными элементами, на болѣе-же протяженіи она образована узкими, безъядерными, однороднымъ краемъ (очевидно, состоящимъ изъ омертвѣвшихъ кѣттокъ), кнаружи постепенно переходящимъ въ кѣтточный слой. Нигдѣ внутренняя поверхность мѣшка не выстлана кѣтточными элементами — эндо-или эпителиемъ. Кѣтточный слой состоитъ изъ соединительно-тканныхъ тонкихъ, едва замѣтныхъ или толстыхъ, болѣе частью однородныхъ, стекловидно перерожденныхъ соединительно-тканныхъ волоконъ, образующихъ различной формы и величины петли, заполненные крайне разнообразными

кѣтточными элементами, среди которыхъ преобладаютъ кѣтки, подобныя лимфоцитамъ, мѣстами образующія небольшія скопленія, или кѣтки болѣе величины — круглыя, веретенообразныя съ круглымъ или овальнымъ ядромъ и ясно выраженною протоплазмой. Кромѣ того, кое-гдѣ встрѣчаются кѣтки-великаны съ многими ядрами, расположенными или по краю, или въ центрѣ ихъ. Внутреннія сосочковыя разроженія имѣютъ тоже строеніе, какъ и только-что описанный слой, изъ котораго они исходятъ. При окраскѣ по *van Giesson*'у, въ омертвѣлой части ихъ видны бѣдно-розовыя соединительно-тканнаго волокна, между ними желтыя безъядерныя массы (кѣттки). Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ кѣтточный слой какъ-бы оторванъ отъ наружнаго бѣднаго кѣттками, соединительно-тканнаго слоя.

Наружный слой состоитъ изъ плотной, волокнистой соединительной ткани, бѣдной кѣттками, изъ небольшого количества сосудовъ, въ окружности которыхъ замѣчается мелкокѣтточное пропитываніе, изъ рѣдкихъ, разбросанныхъ нервныхъ волоконъ и изъ островковъ жировой кѣтчатки. Въ нѣкоторыхъ изъ артерій этого слоя стѣнки рѣзко утолщены, а просвѣтъ суженъ.

Такимъ образомъ на основаніи морфологическихъ отношеній надо думать, что опухоль эта относится къ лимфатическимъ кистамъ.

Къ сожалѣнію, содержимое кисты не было изслѣдовано.

Развитіе мѣшеччатой опухоли на такомъ мѣстѣ проще всего было-бы объяснить какой-либо травмой, но болѣе не помнить о ней. Впрочемъ, онъ и самую опухоль замѣтилъ всего 2 года назадъ, когда она была уже въ кулакъ. Возможно, что случившаяся травма не оставила въ его памяти воспоминанія.

Описанныя въ литературѣ лимфатическія мѣшечкатыя опухоли или не были обособлены, или-же мѣстоположеніе ихъ было иное. Такъ, въ случаяхъ *Gussenbauer*'а <sup>2)</sup> мѣшечкатыя опухоли, развившіяся на бедрѣ отъ удара, обособились отъ скопленія лимфы между кожей и фасціей. Особенность-же моего случая, какъ и описаннаго *Nordmann*'омъ, — образованіе совершенно обособленнаго мѣшка и положеніе его между фасціей и мышцей. Медленныи ростъ опухоли, по *Nordmann*'у, и объясняется именно тѣмъ, что истеченіе лимфы происходило внутри фасціи, расщепляя ея листокъ. Напротивъ, тамъ, гдѣ лимфа скопляется между кожей и фасціей, ростъ мѣшка идетъ быстро, ибо препятствій со стороны фасціи нѣтъ.

Предупредить лимфотеченіе послѣ вылушенія такой кисты мы пока не въ состояніи. Мнѣніе *Nordmann*'а, что для этого слѣдуетъ перевязывать оставшуюся въ видѣ тяжа часть фасціи, едва-ли можно признать вполне обоснованнымъ. Въ своемъ случаѣ, по крайней мѣрѣ, я такого остатка фасціи не видѣлъ и не зналъ-бы, гдѣ и что перевязывать?

Источники: 1. *A. Nordmann. Zur Casuistik der Lymphcysten des Oberschenkels. «Deutsche Zeitschrift für Chirurgie», 1901 г., т. 60.*—2. *Gussenbauer. Über Lymphextravasate. «Deutsche Chirurgie», вып. 15, стр. 114.*

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

Изъ Berlin'a.

Пренія объ аппендицитѣ въ Berlin'скомъ медицинскомъ Обществѣ.

Послѣднія предканикулярныя засѣданія Berlin'скаго медицинскаго Общества обыкновенно привлекаютъ очень мало врачей и проходятъ болѣею частью очень мало: послѣ жаркаго іюльскаго дня находится мало охотниковъ провести нѣсколько часовъ въ душной атмосферѣ зала засѣданій, тѣмъ болѣе, что и доклады въ это время тоже бываютъ неинтересны. Благодаря старанію председателя проф. *Бермана*, нынѣшній годъ составляетъ въ этомъ отношеніи исключеніе, и послѣднія 3 засѣданія Berlin'скаго Общества привлекли очень много врачей. Дѣло въ томъ, что, вмѣсто обычныхъ докладовъ, проф. *Берманъ* предложилъ открыть пренія по весьма важному и живо интересующему всѣхъ врачей вопросу о лѣченіи и распознаніи аппендицита. Знаменитый хирургъ, повидимому, придавалъ болѣе значеніе этимъ преніямъ, такъ какъ онъ поставилъ 1-е засѣданіе даже нѣсколько официально, гласивъ на него нѣкоторыхъ министровъ. Какъ

\*) Привожу дословно результатъ изслѣдованія, произведеннаго провекторомъ Маринской больницы *С. П. Шукинымъ*, которому и приношу здѣсь глубокую благодарность.



вало ожидать, пренія эти не дали, однако, ничего существенно новаго; тѣмъ не менѣе они представляютъ въ практическомъ отношеніи большой интересъ главнымъ образомъ потому, что, кромѣ хирурговъ и терапевтовъ, тутъ высказались и педиатры, и гинекологи, и анатомы, такъ что по этимъ преніямъ можно дать себѣ ясный отчетъ о современномъ положеніи этого важнаго вопроса. Чтобы пренія не приняла слишкомъ расплывчатаго характера, а происходили въ опредѣленныхъ, ограниченныхъ рамкахъ, проф. Берманъ поставилъ на обсужденіе только 2 положенія: 1) Распознаваніе остраго приступа болѣзни и 2) необходимо-ли въ каждомъ случаѣ послѣ благополучно перенесеннаго приступа прибѣгать къ операціи удаленія червеобразнаго отростка? Оба эти вопроса чрезвычайно важны: умѣние быстро и съ увѣренностью поставить распознаваніе потому имѣетъ особое значеніе, что огромное большинство хирурговъ придерживается теперь взгляда о необходимости оперировать въ острыхъ случаяхъ въ теченіи первыхъ 12—24 час.; выясненія 2-го положенія важно потому, что въ самое послѣднее время взгляды на характеръ анатомическихъ измѣненій и на значеніе клиническихъ явленій при аппендицитѣ дов. значительно измѣнились.

Въ нижеслѣдующемъ я остановлюсь лишь на рѣчахъ тѣхъ изъ клиницистовъ, которые, на мой взглядъ, наиболее полно и по существу изложили свои взгляды, и коснусь лишь краткѣйшій остальныхъ.

По 1-му положенію, т. е. о распознаваніи остраго приступа для цѣлей ранней операціи, наиболее опредѣленно и ясно высказался Берлинскій хирургъ проф. Rotter.

Если прослѣдить развитіе вопроса объ аппендицитѣ за послѣднія 20 лѣтъ, то слѣдуетъ признать, что вплоть до послѣдняго времени успѣхъ, достигнутый въ борьбѣ съ этой болѣзью, крайне незначителенъ. Самыя лучшія статистики все еще даютъ 10% смертности, а, если принять къ свѣдѣнію, что въ этиологіи нарывовъ печени и Douglas'ова пространства, а также нарывовъ подъ грудобрюшной преградой воспаленіе червеобразнаго отростка играетъ роль первичнаго заболѣванія, то % смертности увеличивается до 12—17. Такъ обстояло дѣло до 1904 г., когда вопросъ о ранней операціи подвергся серьезному изученію, и этотъ способъ лѣченія былъ испробованъ большинствомъ хирурговъ. На основаніи имѣющагося до сихъ поръ матеріала можно уже съ увѣренностью сказать, что ранняя операція является крупнымъ шагомъ впередъ, такъ какъ смертность при ней понижается до 2%. Но при этомъ способѣ лѣченія вопросъ о раннемъ распознаваніи играетъ выдающуюся роль; къ счастью, можно сказать, что мы въ состояніи теперь ставить распознаваніе съ достаточной степенью увѣренности.

Классическій приступъ аппендицита начинается внезапно тревожными явленіями. Rotter рассматриваетъ отдѣльно субъективныя и объективныя данныя; къ первымъ относятся: 1) сильное расстройство общаго самочувствія; 2) отсутствіе позыва на ѣду; 3) т. наз. «брюшинное чувство» (Peritonealgefühl); такъ Rotter называетъ исходящее изъ живота ощущеніе сильной слабости, сопряженное большею частью съ тошнотой и рвотой, 4) сильная болѣзненность, сосредоточенная на правой сторонѣ живота или въ области желудка, или пупка, или вообще захватывающая весь животъ. Этихъ признаковъ, однако, недостаточно для распознаванія, ибо они могутъ быть на лицѣ и при простомъ гастро-энтеро-колитѣ. Для распознаванія остраго аппендицита необходима наличность еще одного объективнаго признака, а именно—боли при давленіи въ области т. наз. «Mac-Burney'овской точки». Въ виду важности этого признака для ранняго распознаванія необходимо особенно тщательно производить ощупываніе живота: слѣдуетъ начать непременно съ лѣвой  $\frac{1}{2}$  его и во время выдавливанія вдавливать руку такъ глубоко, чтобы можно было ощупать лѣвую подвздошную кость; затѣмъ постепенно идти по лѣвой сторонѣ живота кверху, затѣмъ вправо кверху и, наконецъ, вправо книзу. Больной такимъ образомъ привыкаетъ къ этому способу изслѣдованія и даетъ правильныя указанія на счетъ болѣзненности при давленіи. Если въ теченіи первыхъ 24 часовъ ощупываніе пра-

вой подвздошной кости вызываетъ такую-же боль, какъ и лѣвой, то распознаваніе остраго воспаленія червеобразнаго отростка поставить нельзя, а слѣдуетъ черезъ 12 часовъ изслѣдованіе повторить. При наличности болѣзненности при давленіи въ области слѣпой кишки и присутствіи вышеописанныхъ субъективныхъ признаковъ распознаваніе аппендицита слѣдуетъ считать правильнымъ, и тогда нужно прибѣгнуть къ помощи хирурга.

Кромѣ того, имѣется еще рядъ признаковъ, наличность которыхъ подтверждаетъ распознаваніе. Сюда относятся: 1) повышеніе температуры, даже если оно бываетъ очень незначительнымъ; 2) боль въ чресленной мышцѣ (m. psoas), обнаруживающаяся при движеніяхъ ноги въ тазобедренномъ суставѣ; 3) напряженіе мышцъ правой стороны живота; 4) вздутіе живота. Измѣненіямъ пульса Rotter распознавательнаго значенія не придаетъ. Описанные признаки относятся къ дов. легкимъ приступамъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ отдѣльные признаки бываютъ выражены еще рѣзче, и распознаваніе болѣзни становится, благодаря этому, еще легче. Помимо этихъ, ясно выраженныхъ, случаевъ остраго аппендицита, Rotter видѣлъ начало болѣзни въ видѣ неясныхъ признаковъ, выражающихся въ легкомъ расстройствѣ общаго самочувствія и позыва на ѣду, легкихъ боляхъ въ животѣ вообще или только въ правой  $\frac{1}{2}$  его, какъ это наблюдается при легкомъ расстройствѣ пищеваренія; взрослые при этомъ продолжаютъ заниматься своими дѣлами; при внимательномъ изслѣдованіи удается опредѣлить болѣзненность при давленіи въ области Mac-Burney'евской точки. Эта форма заболѣванія можетъ перейти черезъ  $\frac{1}{2}$ —1—2 дня въ настоящій классическій острый приступъ болѣзни, или совершенно затихнуть. Такія легкія формы составляетъ въ общемъ 15—20% всѣхъ случаевъ, и для того, чтобы ранняя операція давала хорошіе результаты, необходимо считать начало болѣзни отъ момента появленія признаковъ этой легкой формы, такъ какъ опытъ показываетъ, что, не смотря на незначительность клиническихъ явленій, анатомическія измѣненія червеобразнаго отростка въ это время могутъ быть выражены уже дов. рѣзко. Въ заключеніе проф. Rotter упомянулъ еще о томъ, что вѣрная оцѣнка степени анатомическихъ измѣненій на основаніи клиническихъ данныхъ удалась ему въ 70—80% случаевъ; въ остальныхъ 20—30% при обнаженіи червеобразнаго отростка приходилось наталкиваться на неожиданности, т. е. находить при легкой клинической картинѣ тяжелыя анатомическія измѣненія, или наоборотъ, при тяжелыхъ клиническихъ явленіяхъ ничтожныя анатомическія измѣненія.

По 2-му положенію, т. е. по вопросу о томъ, слѣдуетъ ли всегда послѣ благополучно перенесеннаго остраго приступа болѣзни совѣтовать т. наз. промежуточную операцію (Intervalloperation), т. е. операцію въ промежуткѣ между 2-мя приступами, ясныя и опредѣленныя другія высказанія проф. I. Israël. Рѣшеніе этого вопроса, по его мнѣнію, вполне должно зависѣть отъ состоянія здоровья и результата объективнаго изслѣдованія больного. Въ этомъ отношеніи больныхъ слѣдуетъ раздѣлить на 2 группы и для каждой въ отдѣльности рассматривать показанія къ операціи. 1-я группа обнимаетъ всѣ тѣ случаи, въ которыхъ послѣ остраго приступа остались доступные объективному изслѣдованію признаки болѣзни; ко 2-й относятся всѣ случаи, въ которыхъ не удается найти ни субъективныхъ, ни объективныхъ признаковъ бывшаго заболѣванія. Случаи 1-й группы могутъ быть, въ свою очередь, раздѣлены на слѣдующія 4 отдѣла: въ 1-й входятъ случаи хроническихъ страданій червеобразнаго отростка; ко 2-й относятся тѣ случаи, въ которыхъ, хотя субъективныхъ болей и не имѣется, но есть чувствительность при давленіи на область слѣпой кишки; въ 3-й входятъ тѣ рѣдкіе случаи, гдѣ остается обширное утолщеніе въ области слѣпой кишки; наконецъ, къ 4-й относятся всѣ случаи сосвищанія. Случаи 1-й группы всѣ подлежатъ операціи, такъ какъ клинический опытъ показываетъ, что никакое другое лѣченіе здѣсь не приноситъ никакой пользы. Эти случаи представляютъ для распознаванія самыя большія затрудненія, такъ какъ здѣсь возможно смѣшать болѣзнь съ страданіями желудка, половыхъ органовъ, съ блуждающей

почкой, почечными, мочеточниковыми и желчными камнями. Въ случаяхъ 2-й группы, т. е. тамъ, гдѣ имѣется лишь боль при давленіи, показанія къ операціи зависятъ отъ того, какъ долго послѣ остраго припадка сохраняется эта болѣзненность при давленіи: если послѣ остраго припадка прошло больше 3-хъ мѣсяцевъ, то вѣроятность возврата очень велика, и операція тогда показывается. Особенно нужно быть осторожнымъ при постановкѣ показанія къ операціи въ случаяхъ съ утолщеніемъ въ области слѣпой кишки послѣ простого аппендицита. Измѣненія въ этихъ случаяхъ являются слѣдствіемъ запустѣвающаго мѣстнаго перитонита съ очень плотными, неразрываемыми сращениями кишокъ между собой и съ салынникомъ. Такъ какъ при оперативномъ вмешательствѣ опасность повредить кишки здѣсь очень велика, то рекомендуется, по возможности, избѣгать операціи; если-же она неизбежна, то слѣдуетъ, по возможности, отложить ее на болѣе поздній періодъ, такъ какъ съ теченіемъ времени плотныя сращения разрыхляются и тогда легче распутать отдѣльныя петли кишокъ. Если-же такого разрыхленія не происходитъ, то приходится сдѣлать соустье между приводящей и отводящей кишкой и такимъ образомъ совершенно выдѣлать запутанный узелъ кишечныхъ петель изъ пищеварительнаго тракта. Что касается свищей, то тутъ при наличности внутреннихъ свищей, открывающихся въ пузырь или въ кишку, спѣшить съ операціей не стоитъ, такъ какъ свищи эти имѣютъ склонность къ произвольному излѣченію. Иначе обстоитъ дѣло съ наружными свищами. Такъ какъ они происходятъ отъ произвольнаго или оперативнаго вскрытія внутрибрюшного нарыва, при неудаленномъ еще червеобразномъ отросткѣ, то единственно правильнымъ способомъ лѣченія здѣсь является операція удаленія червеобразнаго отростка.

Изъ сказаннаго ясно, что постановка показаній къ операціи въ случаяхъ 1-ой группы, т. е. тогда, когда острый припадокъ оставляетъ послѣ себя ясныя слѣды, не представляетъ большихъ затрудненій. Иначе обстоитъ дѣло со 2-ой группой, гдѣ мы не имѣемъ никакихъ ни субъективныхъ, ни объективныхъ измѣненій и гдѣ, слѣд., намъ приходится принимать мѣры не противъ существующей болѣзни, а противъ возможности возврата бывшаго уже разъ припадка. Для рѣшенія дѣла здѣсь необходимо имѣть отвѣты на слѣдующія 2 принципиальныхъ вопроса: 1) можемъ-ли мы опредѣлить на основаніи тщательнаго изслѣдованія, какіе случаи дадутъ возвраты, какіе нѣтъ? и 2) имѣемъ-ли мы право во всѣхъ случаяхъ ждать съ операціей до появленія возврата, чтобы произвести ее въ первые 48 часовъ припадка? На 1-ый вопросъ нужно отвѣтить отрицательно; наше искусство распознаванія въ этомъ направленіи ушло еще очень недалеко; *Israël* признаетъ лишь 2 исключенія изъ этого правила, при которыхъ мы можемъ признать, что вѣроятность возврата очень ничтожная: во 1-хъ, случаи аппендицита съ нагноеніемъ, которые излѣчились, не оставивъ никакихъ ни субъективныхъ, ни объективныхъ измѣненій, такъ какъ тутъ обыкновенно дѣло доходитъ до разрушенія червеобразнаго отростка, во 2-хъ, возвраты не бывають обыкновенно у тѣхъ больныхъ, у которыхъ въ теченіи 2-хъ лѣтъ послѣ 1-го припадка возврата не было. Какъ-же поступать въ остальныхъ случаяхъ 2-ой группы? Рѣшиться-ли на операцію въ промежуткѣ между припадками, или ждать припадка? Статистическія справки, правда, основанныя на небольшомъ еще матеріалѣ, даютъ слѣдующія указанія. Частота возвратовъ, при аппендицитѣ составляетъ вообще около 50%; такъ какъ 5% изъ нихъ приходится на такіе случаи, при которыхъ возвратъ появляется черезъ болѣе чѣмъ 2-лѣтній промежутокъ, то % возвратовъ въ теченіи первыхъ 2-хъ лѣтъ составляетъ всего 45%. Смертность отъ операціи въ промежуткѣ между припадками равно 0,5%; смертность-же отъ операціи въ теченіи первыхъ 48 часовъ припадка равна 3%. Если предположить, что изъ 200 больныхъ, перенесшихъ 1-ый припадокъ аппендицита, всѣ будутъ подвергнуты промежуточной операціи, то изъ нихъ умретъ всего 1. Если-же во время перерыва мы оперировать не будемъ, а будемъ ждать появленія новаго припадка, то изъ 200 больныхъ получать его 100; если мы

всѣхъ ихъ будемъ оперировать въ теченіи первыхъ 48 часовъ, то изъ нихъ умрутъ 3-ое. Если уже эта простая выкладка говоритъ въ пользу операціи въ промежуткѣ, то врачебная практика прибавляетъ еще вѣскіе доводы въ пользу этого способа лѣченія. Дѣло въ томъ, что для производства операціи въ первые 48 часовъ въ практикѣ встрѣчается множество препятствій, и большая часть больныхъ не попадаетъ поэтому во-время въ руки хирурга: съ одной стороны, больные и ихъ окружающіе часто недостаточно серьезно оцѣниваютъ опасность припадка и обращаются за врачебной помощью слишкомъ поздно; съ другой—далеко не всегда можно имѣть по близости хирурга; возвраты наблюдаются часто лѣтомъ, во время каникулъ, въ глуши деревень или отдаленныхъ и уединенныхъ курортовъ, гдѣ опытныхъ хирурговъ большею частью не имѣется. Кроме того, у дѣтей и молодыхъ дѣвушекъ дѣло затрудняется тѣмъ, что у нихъ трудно съ увѣренностью поставить скорое распознаваніе. Припадки у дѣвушекъ часто совпадаютъ съ мѣсячными, и тогда очень трудно бываетъ точно опредѣлить причину болей. Въ заключеніе *Israël* слѣдующимъ образомъ обобщаетъ свой отвѣтъ на 2-ое положеніе: Операція въ промежуткѣ между припадками *нужна*: 1) въ случаяхъ, гдѣ бывшій гнойный аппендицитъ не оставилъ никакихъ ни субъективныхъ, ни объективныхъ измѣненій; 2) тамъ, гдѣ послѣ 1-го припадка прошло болѣе 2-хъ лѣтъ безъ всякихъ признаковъ бывшаго заболѣванія. Операція въ промежуткѣ *строго показывается*: 1) при наружныхъ свищахъ; 2) при хроническихъ явленіяхъ аппендицита, 3) если въ теченіи года повторяется нѣсколько припадковъ; 4) у беременныхъ; 5) у дѣтей. *Условныя показанія* къ операціи, зависяція отъ продолжительности болѣзни: 1) при внутреннихъ свищахъ безъ субъективныхъ жалобъ; 2) при вздутіи слѣпой кишки или при утолщеніи и затвердѣніи червеобразнаго отростка.

*Операція рекомендуется*: 1) если имѣется основаніе думать, что во время припадка она будетъ не выполнима; 2) при ожиданіи наступленія беременности, 3) если имѣются особыя соображенія экономическаго свойства (естъ, напр., возможность сдѣлать промежуточную операцію въ свободное отъ службы время, въ то время, какъ припадочная операція можетъ угрожать потерей службы); 4) у ипохондриковъ, находящихся подъ постояннымъ страхомъ появленія возврата.

Изъ хирурговъ говорили еще проф. *Fedor Krause* и д-ръ *Hermes*, ассистентъ проф. *Sonnenburg'a*. 1-ый не прибавилъ ничего существеннаго къ тому, что было высказано *Israël'emъ*, 2-ой указалъ между прочимъ на значеніе счета бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ при отличительномъ распознаваніи между аппендицитомъ и острыми нагноеніями, исходящими изъ придатковъ матки. При аппендицитѣ число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ обыкновенно колеблется между 20000 и 30000, доходитъ иногда до 40000, рѣдко до 50000; при острыхъ нагноеніяхъ придатковъ число бѣлыхъ тѣлецъ обыкновенно бываетъ не меньше 50000, доходить до 60000—80000, а въ единичныхъ случаяхъ достигаетъ 100000.

Перехожу къ рѣчамъ терапевтовъ. Тутъ приходится отмѣтить мало выдающагося.

Проф. *F. Kraus* указалъ на то, что трудно и большею частью даже невозможно на основаніи клиническихъ явленій получить представленія объ анатомическихъ измѣненіяхъ въ червеобразномъ отросткѣ, и поэтому нѣтъ никакой твердой точки опоры для правильнаго предсказанія. *Kraus* не относится къ тѣмъ оптимистамъ, которые, какъ напр., *Sahli*, утверждаютъ, что 91% всѣхъ аппендицитовъ излѣчиваются безъ операціи. Онъ признаетъ, что смертность при этой болѣзни гораздо больше; особенно велика она въ дѣтскомъ возрастѣ. Онъ полагаетъ, что на значительную часть острыхъ припадковъ слѣдуетъ смотрѣть, какъ на обостреніе въ теченіи хроническихъ страданій кишечника. Онъ согласенъ съ тѣмъ, что лѣченіе остраго припадка должно быть представлено исполнѣнъ хирургу; лѣченіе же такъ наз. «раздраженій червеобразнаго отростка», протекающихъ безъ лихорадки, должно быть выжидательное, при чемъ вопросъ о необходимости операціи, какъ

предупреждающаго средства, долженъ быть рѣшаемъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, смотря по его особенностямъ. Въ виду того, что до сихъ поръ не имѣется достаточно обширнаго статистическаго матеріала относительно заболѣваемости и смертности отъ аппендицита, *Kraus* предлагаетъ, чтобы такой статистическій матеріалъ былъ собранъ, по возможности, скорѣе, при поддержкѣ правительственныхъ учреждений.

Проф. *Ewald* придерживается при лѣченіи перитонита болѣе выжидательнаго образа дѣйствій. Онъ не согласенъ предоставлять всецѣло лѣченіе остраго припадка хирургу, а полагаетъ, что вопросъ о необходимости операціи долженъ быть рѣшенъ сообща терапевтомъ и хирургомъ. Вообще вопросъ о необходимости операціи слѣдуетъ рѣшать въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ только на основаніи строгихъ показаній. Исключеніе допускается относительно дѣтей, которыхъ слѣдуетъ оперировать въ каждомъ случаѣ, какъ только распознаваніе аппендицита твердо установлено.

Такихъ-же менѣе коренныхъ взглядовъ придерживаются и д-ръ *Neumann* (Potsdam) и проф. *Albi*. Последний считаетъ нужнымъ прибѣгать къ помощи хирурга лишь въ тяжелыхъ случаяхъ и думаетъ, что всѣ старанія врачей должны быть направлены въ настоящее время къ тому, чтобы научиться какъ можно раньше распознавать тяжелыя формы аппендицита.

Изъ гинекологовъ говорили профф. *Landau* и *Olshausen*. *Landau* указалъ на то, что распознаваніе остраго припадка аппендицита у женщинъ часто встрѣчается съ непреодолимыми затрудненіями, такъ какъ острыя заболѣванія половыхъ органовъ на правой сторонѣ даютъ тѣ же клиническіе признаки, соответствующіе болѣею частью почти такимъ-же анатомическимъ измѣненіямъ, какія наблюдаются при воспаленіи червеобразнаго отростка. Обостреніе гнойнаго сальпингита съ правой стороны, разрывъ правосторонняго *ruosalpinx'a*, внезапное перекручиваніе ножки правосторонней опухоли яичника или острый тазовый перитонитъ вслѣдствіе разрыва беременной трубы—всѣ эти заболѣванія могутъ дать клиническую картину, похожую на острый припадокъ аппендицита. *Landau* несогласенъ съ *Rotter*'омъ относительно распознавательнаго значенія субъективной боли и болѣзненности при давленіи *Mac Burney*'овской точки. Этотъ послѣдній признакъ, по его мнѣнію, такъ-же мало доказываетъ наличность аппендицита, какъ болѣзненность точки *Charcot* говорить въ пользу воспалительнаго процесса яичника. Точно также мало характернаго представляютъ т. наз. аппендикулярныя боли, т. е. боли, исходящія изъ червеобразнаго отростка. Сами больныя не могутъ отличить ихъ отъ болей, исходящихъ изъ половыхъ частей или мочеточниковъ, а потому онѣ имѣютъ для распознаванія весьма второстепенное значеніе. Что касается лѣченія, то проф. *Landau*—сторонникъ ранней операціи. Онъ предпочитаетъ оперировать во время припадка, а не въ промежуткѣ, на томъ основаніи, что при промежуточной операціи болѣе даныхъ для неправильнаго распознаванія. Между прочимъ *Landau* убѣжденъ, что число заболѣваній аппендицитомъ въ послѣднее время не увеличилось; кажущееся увеличеніе зависитъ отъ улучшенія распознаванія. Въ доказательство онъ приводитъ данныя изъ статистики военнаго вѣдомства, которыя особенно цѣнны потому, что представляютъ совершенно однородный матеріалъ. Они показываютъ, что распознаваніе воспаленій червеобразнаго отростка въ послѣдніе годы дѣйствительно ставилось гораздо чаще, чѣмъ раньше, и соответственно этому было произведено много операцій; но одновременно наблюдается соответственное уменьшеніе другихъ болѣзней, также сопровождающихся припадками болей, какъ то: желудочныхъ и кишечныхъ коликъ, почечныхъ и желчныхъ камней и т. п.

Проф. *Olshausen* несогласенъ съ проф. *Landau* относительно чрезвычайной трудности отличительнаго распознаванія. По его мнѣнію, затрудненія могутъ представить только острыя нагноенія трубъ, но и тутъ при тщательномъ изслѣдованіи удастся рѣшить вопросъ правильно. Для отличительнаго распознаванія имѣютъ важное значеніе: ана-

мнезъ, двусторонность заболѣванія и тщательное ощупываніе трубъ. Такъ какъ большинство гнойныхъ воспаленій трубъ—перелойнаго происхожденія, то въ анамнезѣ всегда имѣется острый циститъ или уретритъ, развивающійся болѣею частью сейчасъ послѣ выхода замужъ. Во всякомъ случаѣ ложное распознаваніе можетъ быть сдѣлано въ томъ отношеніи, что заболѣваніе трубы будетъ принято за аппендицитъ; ни разу *Olshausen*'у не пришлось сдѣлать обратной ошибки, т. е. принять аппендицитъ за сальпингитъ.

Объ особенностяхъ аппендицита въ дѣтскомъ возрастѣ говорилъ проф. *Baginsky*. По его наблюденіямъ, аппендицитъ у дѣтей болѣею частью не появляется внезапно, а развивается скрытно, временами-же наблюдаются предвѣстники остраго припадка въ видѣ болѣе или менѣе сильныхъ болей въ животѣ, часто повторяющихся поносовъ съ повышеніемъ температуры, рвоты и общихъ явленій, какъ, напр., блѣдности, худобы и нѣкоторой задержки развитія. Самый припадокъ у дѣтей обнаруживается въ видѣ внезапно появляющейся, сильной боли въ животѣ, болѣею частью въ правой сторонѣ его, усиливающейся при давленіи. Для изслѣдованія боли *Baginsky* пользуется тѣмъ-же способомъ, какой былъ описанъ выше проф. *Rotter*'омъ. Боль въ животѣ сопровождается болѣею частью рвотой, поверхностнымъ и учащеннымъ дыханіемъ; если къ этому присоединяется напряженіе мышцъ живота, сильно учащенный пульсъ, выраженіе страха на лицѣ, то это указываетъ на воспаленіе брюшины; во время самого припадка можетъ появиться поносъ, даже съ слизисто-кровянистымъ отдѣляемымъ. *Baginsky*, какъ и *Rotter*, придаетъ большое значеніе для цѣлей распознаванія результату ощупыванія живота. Онъ часто также наблюдалъ напряженіе подвздошно-чревленной мышцы, при чемъ правая нога находится въ согнутомъ и притянутомъ къ животу положеніи. Помимо такихъ острыхъ припадковъ аппендицита, при которыхъ наблюдаются предвѣстники, *Baginsky* наблюдалъ и такіе, гдѣ никакихъ предшествующихъ признаковъ не бываетъ. Ошибки въ распознаваніи аппендицита у дѣтей могутъ произойти отъ того, что дѣти часто опредѣляютъ невѣрно мѣсто боли и при болѣзняхъ грудной полости жалуются на боль въ животѣ; поэтому нерѣдко случается, что плевритъ или плевропневмонія не распознаются и смѣшиваются съ болѣзнями органовъ полости живота. Тщательное изслѣдованіе предохраняетъ, конечно, отъ подобныхъ ошибокъ; вообще при тщательномъ и внимательномъ изслѣдованіи распознаваніе аппендицита у дѣтей не представляетъ затрудненій. Такъ какъ всякіе воспалительные процессы у дѣтей очень скоро переходятъ въ нагноеніе, при чемъ склонность къ отграниченію процесса и образованію ороженій незначительна, то и при аппендицитѣ опасность общаго гнойнаго воспаленія брюшины очень велика, а потому коренное оперативное лѣченіе показано сейчасъ-же, какъ только сдѣлано распознаваніе остраго припадка. Клиническій опытъ показываетъ, что смертность въ неоперированныхъ случаяхъ велика, въ то время какъ оперативное лѣченіе даетъ хорошіе результаты. Что касается операціи въ промежуткѣ, то тутъ нужно руководиться состояніемъ дѣтей: если они хорошо растутъ, правильно развиваются и нѣтъ признаковъ болѣзни, то операція не нужна; при болѣзненности-же въ животѣ къ давленію или при другихъ клиническихъ явленіяхъ хроническаго аппендицита операція необходима.

Проф. *Heubner* говорилъ о трудности распознаванія аппендицита въ отдѣльныхъ случаяхъ и для поясненія описалъ одинъ случай изъ своей практики. Какъ и большинство другихъ современныхъ клиницистовъ, онъ пришелъ въ послѣднее время къ выводу, что на основаніи клиническихъ явленій нѣтъ возможности получить представленіе объ анатомическихъ измѣненіяхъ въ области червеобразнаго отростка.

Это послѣднее положеніе подтвердилъ въ своей, по обыкновенію очень ясной и содержательной, рѣчи извѣстный Берлинской патолого-анатомъ проф. *Orth*. Къ сожалѣнію, я не могу привести цѣликомъ всего, что было имъ сказано, коснусь только наиболѣе существенныхъ положеній, имѣющихъ практическое значеніе. Проф. *Orth* ука-

заль на то, что для гистологическихъ изслѣдованій пригоденъ лишь свѣже-сохранный матеріалъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ появляются потери эпителиальнаго покрова, которыя, подобно кровотеченіямъ, причисляются неопытными изслѣдователями къ патологическимъ измѣненіямъ. При изслѣдованіяхъ профф. Orth'a и Aschoff'a (всего 400) найдено было, что въ 9—10% всѣхъ вырѣзанныхъ червеобразныхъ отростковъ никакихъ анатомическихъ измѣненій не оказалось, т. е. въ 10% случаевъ было сдѣлано невѣрное распознаваніе аппендицита, а причина клиническихъ явленій скрывалась въ измѣненіяхъ другихъ органовъ; при этомъ всѣ эти случаи относятся къ операціямъ, сдѣланнымъ во время припадковъ (большинство этихъ больныхъ оперированы проф. Rotter'омъ). Далѣе изслѣдованія показали, что тяжелыя измѣненія червеобразнаго отростка могутъ произвольно перейти въ излѣченіе, а потому не всегда слѣдуетъ оперировать послѣ разъ перенесеннаго припадковъ болѣзни.

Рѣчи остальныхъ (профф. Beck, Kossman, и д-ра Seefisch, Henke, Guttschadt) прибавили мало новаго и существеннаго къ вышеизложенному. Важнымъ практическимъ послѣдствіемъ этихъ преній, несомнѣнно, явится хорошая организація составленія статистическихъ данныхъ по этому вопросу, такъ какъ для выработки вопросовъ положеній уже избрана Коммиссія изъ членовъ Общества, а министръ Rosadowsky, присутствовавшій на первомъ засѣданіи, обѣщалъ, что правительство введетъ запись по той системѣ, какая будетъ выработана Коммиссіей.

А. Коварскій.

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Патологическая анатомія.** 500. Seymour Lloyd описываетъ интересный случай огромнаго разрыва печени безъ поврежденій наружныхъ частей, происшедшаго вълѣдствіе сильной травмы.

Пострадавшій повисъ на рукахъ и былъ сдвинутъ между 2-ми вѣлками. Въ первый моментъ послѣ этого онъ еще былъ въ состояніи вскочить на козлы и пройтись около 400 ярдовъ, но потомъ свалился и скоро умеръ отъ шока и внутренняго кровоизліянія. На вскрытіи оказалось, что брюшная полость содержитъ массу кровяныхъ сгустковъ, различной величины, между складками сальника и петлями кишокъ и особенно много—въ правомъ подреберьѣ. Печень была вполне прикрыта ребрами и только небольшая часть лѣвой ея доли выступала въ надчревную область. Черезъ всю толщу правой доли шла спереди назадъ огромная трещина: печень представлялась какъ-бы раздѣленной на 2 части, и только узкій мостикъ печеночной ткани, въ дюймъ толщиной, соединялъ ихъ. Приблизительно около середины этой трещины начиналась 2-ая, меньшая, которая шла по направленію кнаружи, перпендикулярно къ 1-ой.

Интересъ случая заключается въ обширности и сложности разрыва печени, при отсутствіи замѣтнаго поврежденія реберъ и мягкихъ частей (The Lancet, № 20).

Н. Добровольская.

**Фармакологія.** 501. Д-ръ Karl Mackh сообщаетъ свои наблюденія надъ дѣйствіемъ новаго, найденнаго д-ромъ Gärtner'омъ снотворнаго виферрала (Viferral). По своему химическому составу виферралъ представляетъ полимерное соединеніе хлора, выгодно отличающееся отъ послѣдняго отсутствіемъ ѣдкаго дѣйствія на желудокъ. Авт. могъ подтвердить, что виферралъ въ большинствѣ случаевъ даетъ хорошій сонъ. Не дѣйствуетъ онъ: 1) въ случаяхъ, гдѣ имѣются сильныя боли и 2) при температурахъ выше 39°. Если при наличности реиматическихъ или нейральныхъ болей назначить сначала аспиринъ, а черезъ 2 часа виферралъ, то дѣйствіе послѣдняго обнаруживается, ибо боли устраняются аспириномъ. Наименьшимъ дѣйствующимъ приемомъ слѣдуетъ считать 1,0; иногда, однако, дѣйствіе наступаетъ лишь послѣ 1,5 грм. Вреднаго дѣйствія на желудокъ, сердце или почки установить не удалось. Больные при пробужденіи не ощущали ни головной боли, ни тяжести въ головѣ, ни сонливости. До сихъ поръ нельзя было установить также, чтобы больные привыкали къ нему. Такъ какъ цѣна виферрала невысока, а по дѣйствію онъ не уступаетъ ни трионалу, ни вероналу,

то есть полное основаніе рекомендовать его для дальнѣйшаго испытанія (Münchener med. Wochenschrift, № 31). К.

502. Д-ръ Ludwig Pincussohn (изъ патологическаго Института Берлинскаго Университета) изучалъ на собакахъ, пользуясь методикой проф. И. П. Павлова, влияние кофе и какао на отдѣленіе желудочнаго сока. Въ результатѣ его изслѣдованій оказалось, что кофе и бѣдный жиромъ какао усиливаютъ отдѣленіе желудочнаго сока, можетъ быть потому, что эти вещества содержатъ алкалоидъ въ болѣе насыщенной видѣ. Жиръ, повидимому, ослабляетъ сокоотдѣленіе, такъ какъ жирный какао обусловливаетъ отдѣленіе меньшаго количества сока, чѣмъ обезжиренный. Солодовый кофе по своему дѣйствію на сокоотдѣленіе весьма близокъ къ настоящему, а, такъ какъ его питательныя свойства немаловажны, то онъ можетъ служить хорошей замѣной настоящаго кофе. Результаты этихъ изслѣдованій тѣмъ болѣе интересны, что д-ръ Sasaki (въ той-же лабораторіи) нашелъ, что чай оказываетъ задерживающее дѣйствіе на сокоотдѣленіе, а д-ръ Павловскій установилъ, что и чай, и кофе дѣйствуютъ задерживающимъ образомъ на протолитическую работу пепсина (Münchener med. Wochenschrift, № 26).

А. Коварскій.

**Бактеріологія.** 503. Недавно д-ра Porges и Dreyer установили тотъ интересный фактъ, что тифозныя палочки перестаютъ склеиваться послѣ нагреванія до 70°—80°, но при дальнѣйшемъ нагреваніи до 100° снова приобретаютъ эту утраченную способность. Д-ръ Jobling подтвердилъ ближайшему изслѣдованію это наблюденіе и, подтвердивъ его справедливость, нашелъ для него простое физическое объясненіе. Дѣйствительно, если взять специфическую сыворотку, склеивающую въ разведеніи 1:3000, и прибавить ее къ нагрѣтымъ до 70° тифознымъ палочкамъ, то склеиванія не происходитъ; но, если нагрѣть бактеріи до 100°, то специфическая сыворотка склеиваетъ ихъ въ разведеніи 1:2000. Какъ показали опыты Jobling'a, при нагрѣваніи какъ до 70°, такъ и до 100° вещество, вызывающее склеиваніе бактерій, оставляетъ ихъ тѣло и большею частью переходитъ въ растворъ въ окружающую жидкость; но при нагрѣваніи до 70° бактеріи измѣняютъ свое физическое состояніе и приобретаютъ видъ разбухшей слизистой массы, между тѣмъ какъ при 100° это разбуханіе бактерій прекращается, и онѣ снова приобретаютъ свои нормальныя физическія свойства съ той лишь разницей, что теперь онѣ и сами, безъ прибавленія сыворотки, способны собираться въ кучки, т. е. давать явленіе ложнаго склеиванія. Тѣмъ болѣе рѣзко проявляется эта способность въ нагрѣтыхъ до 100° бактеріяхъ при прибавленіи специфической сыворотки, такъ какъ, не смотря на переходъ большей части склеивающаго вещества бактерій въ растворъ, незначительная часть его все-же остается и въ тѣлѣ бактерій. Авт. изслѣдовалъ и другія бактеріи (паратифозную палочку В, палочку чумы свиней) и нашелъ, что при нагрѣваніи онѣ менѣе измѣняютъ свои физическія свойства, а потому и способность ихъ къ склеиванію не обнаруживаетъ тѣхъ особенностей, какія указаны выше для тифозной палочки (Zeitschrift für Hygiene, т. 53, тетр. 3).

Б. Клейн.

504. Нѣкоторымъ авторамъ удалось—правда, въ рѣдкихъ случаяхъ—найти дифтерійную палочку въ гнойникахъ (вмѣстѣ со стафилококками и стрептококками). Hammerschmidt описываетъ случай, когда у солдата, заболѣвшаго дифтеріей, на пальцѣ лѣвой руки образовался гнойникъ, въ которомъ, кромѣ стафилококковъ, удалось доказать и окраской по Neisser'y, и постановкой присутствіе дифтерійныхъ палочекъ. Такой-же гнойникъ съ палочками Löffler'a появился у больного на пяткѣ. Какъ показалъ опытъ на животныхъ, а также и разводочныя свойства, палочка эта оказалась настоящей дифтерійной, а не ложной. Авт. отмѣчаетъ, что больной при кашлѣ часто подносилъ лѣвую руку ко рту, и такимъ образомъ дифтерійныя палочки имѣли возможность попасть въ гнойникъ. На ногу эти-же палочки могли быть перенесены или съ бѣльемъ, или же зараженнымъ пальцемъ (Zeitschrift für Hygiene, т. 53, тетр. 3).

Б. Клейн.

**Внутреннія болѣзни.** 505. Для ранняго бактериоско-



нически распознаванія легочной бугорчатки въ тѣхъ случаяхъ, когда больные не только не выдѣляютъ мокроты, но вообще не кашляютъ, д-ръ *Blume* (Kjöbenhavn) подвергаетъ бактеріоскопическому изслѣдованію слизи, добываемую изнутри гортани. Для снятія слизи на конецъ гортаннаго зовда наматываютъ немного ваты и подъ руководствомъ гортаннаго зеркала удаляютъ небольшой комочекъ слизи, который тутъ-же размазываютъ на покровныя стеклышки, закрѣпляютъ и окрашиваютъ обычнымъ способомъ на бугорчатковыя палочки. Авт. приводитъ 9 случаевъ, въ которыхъ этимъ путемъ удалось сдѣлать раннее распознаваніе. Въ тѣхъ случаяхъ, когда больные кашляютъ, можно воспользоваться другимъ, предложеннымъ тѣмъ-же авторомъ способомъ, заключающимся въ томъ, что больныхъ снабжаютъ предметными стеклами, которыя они помѣщаютъ передъ ртомъ во время кашля; въ попавшихъ на предметныя стекла капелькахъ часто содержатся бугорчатковыя палочки, которыя и можно найти послѣ окраски ихъ (Berliner klinische Wochenschrift, № 29). *А. К.*

506. На основаніи эпидемиологическихъ наблюденій среди рудокоповъ д-ръ *Ludwig Jehle* (Вѣна) приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ относительно значенія рудничной три возникновеніи эпидемій цереброспинальнаго менингита. 1. Церебро-спинальный менингитъ распространяется только черезъ посредство рудниковъ. Последніе являются мѣстомъ, гдѣ рудокопы заражаются и откуда они разносятъ зародыши болѣзни въ свои семейства. Зараженіе рудокоповъ происходитъ почти исключительно на мѣстѣ ихъ работы. 2. Для прегражденія дальнѣйшаго распространенія болѣзни прежде всего необходимо, чтобы отцы заболѣвшихъ дѣтей прекратили свои работы въ рудникѣ до тѣхъ поръ, пока не будетъ установлено, что они болѣе не представляютъ опасности, какъ посредники при передачѣ заразы (предварительно они должны быть подвергнуты предохранительному лѣченію). Авт. допускаетъ, однако, чтобы (если уже это необходимо) во время предохранительнаго лѣченія они работали на поверхности земли. Такую уступку приходится дѣлать въ тѣхъ случаяхъ, когда еѣ мѣра захватываетъ значительное число рабочихъ рукъ, нужныхъ для производства. 3. На рудокоповъ, приходящихъ изъ зараженныхъ округовъ, слѣдуетъ смотрѣть, какъ на переносчиковъ заразы, и они должны поэтому подвергнуться предохраняющему лѣченію. Въ это время опять-таки они, въ случаѣ необходимости, могутъ работать наверху. 4. Для предохраняющаго лѣченія прекраснымъ, быстро и вѣрно дѣйствующимъ средствомъ оказалась поціаназа; относительно еѣ примѣненія авт. объѣдѣваетъ сдѣлать особое сообщеніе (Münchener medicinische Wochenschrift, № 29). *А. Коварскій.*

507. По вопросу о причинахъ предрасположенія легочныхъ верхушекъ къ заболѣванію бугорчаткой д-ръ *L. Hofbauer* (Вѣна) приходитъ на основаніи своихъ изслѣдованій къ слѣдующему выводу: болѣшая воспримчивость легочныхъ верхушекъ къ бугорчаткѣ объясняется чисто физиологическими условіями. Дѣло въ томъ, что въ нижнихъ частяхъ легкихъ постоянно происходитъ значительныя колебанія дыхательнаго давленія; въ верхнихъ частяхъ колебанія эти незначительны, а въ верхушкахъ они равны нулю. Колебанія давленія обуславливаютъ оживленное передвиженіе крови и лимфы и вслѣдствіе этого лучшее питаніе тканей. Недостаточное дыханіе обуславливаетъ такимъ образомъ дурное питаніе тканей въ легочныхъ верхушкахъ, и въ этомъ именно обстоятельстве, а не въ болѣе легкомъ осѣданіи или затрудненномъ откашливаніи введенныхъ дыханіемъ бактерій, и заключается сущность предрасположенія этихъ частей легкихъ къ бугорчаткѣ (Zeitschrift für klinische Medicin, т. 59, тетр. 1). *Коварскій.*

508. Проф. *Max Einhorn* (New-York) описываетъ 6 случаевъ полной излеченія опущенія внутреннихъ органовъ. Изъ разсмотрѣнія этихъ случаевъ авт. приходитъ къ общему выводу, что полный возвратъ опущенныхъ внутреннихъ органовъ къ нормальному положенію возможенъ и что важную роль при этомъ играетъ увеличеніе вѣса тѣла. Раньше всѣхъ другихъ органовъ приходитъ въ нормальное положеніе сердце, и опущеніе его вообще чаще переходитъ въ излеченіе, чѣмъ опущеніе другихъ органовъ.

Лѣченіе во всѣхъ приведенныхъ авторомъ случаяхъ состояло въ ношеніи соответствующаго бандажа и въ усиленномъ питаніи; что изъ этихъ 2-хъ средствъ послѣднее играло наиболѣе важную роль, доказывается тѣмъ, что раньше всѣхъ другихъ органовъ приходило въ нормальное положеніе сердце, на которое никакой бандажъ дѣйствія производить не можетъ. Разумѣется, не во всѣхъ случаяхъ опущенія органовъ удается излѣчить окончательно, но во всѣхъ можно освободить больныхъ отъ ихъ страданій; главное вниманіе при лѣченіи должно быть направлено на улучшеніе питанія, въ результатъ котораго должно получиться увеличеніе вѣса тѣла (Berliner klinische Wochenschrift, № 34).

*А. Коварскій.*

509. Понятіе «полнокровія», игравшее въ старой медицинѣ такую важную роль, современной медициной совершенно не признается на томъ основаніи, что, какъ то показали опыты на животныхъ, организмъ самъ въ состояніи освободиться отъ избытка крови. Единственнымъ защитникомъ существованія полнокровія является проф. *v. Recklinghausen*, который утверждаетъ, что бывають случаи настоящаго полнокровія, гдѣ вскрытіе обнаруживаетъ сильную гипертрофію сердца при значительной пиротѣ артерій и венъ и необыкновенномъ переполненіи кровью всѣхъ органовъ. При жизни эти люди отличаются большимъ, полнымъ пульсомъ, наклонностью къ активнымъ застоямъ и гипереміямъ видимыхъ частей тѣла. По мнѣнію д-ра *Hans'a Hirschfeld'a* (Berlin), описанные *v. Recklinghausen'*омъ случаи полнокровія сходны съ ообщенными въ послѣдніе годы въ дов. значительномъ числѣ случаями, представляющими сочетаніе полицитеміи, синюхи и опухоли селезенки. Клиническія явленія въ этихъ случаяхъ заключаются въ слѣдующемъ. Больные, болѣею частью средняго возраста, жалуются, что они уже въ теченіи ряда лѣтъ чувствуютъ себя не совсѣмъ здоровыми, при чемъ большинство изъ нихъ имѣетъ бросающееся въ глаза красное лицо и такія-же слизистыя оболочки. Нерѣдко они жалуются также на легкое головокруженіе, приливы къ головѣ, иногда на увеличеніе объема живота и на чувство давленія въ лѣвомъ подреберьѣ. Краснота лица и слизистыхъ оболочекъ у нѣкоторыхъ переходитъ въ синюшный оттѣнокъ; но не у всѣхъ краснота эта бываетъ выражена ясно. У нѣкоторыхъ наблюдаются незначительныя кровоизліянія въ кожу и въ слизистыя оболочки десенъ и конъюнктивы; могутъ быть и кровотеченія во внутренніе органы. Увеличеніе селезенки бываетъ выражено не всегда одинаково сильно и не идетъ параллельно съ другими признаками болѣзни. Кровяное давленіе въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ увеличено, въ другихъ нормально. Число красныхъ кровяныхъ шариковъ колеблется между 6 и 12 милліонами; содержаніе гемоглобина можетъ доходить до 200%. Наличие такого огромнаго количества красныхъ кровяныхъ шариковъ даже противорѣчитъ теоретическому вычисленію *Reinerts'a*, который нашелъ, что въ 1 к. млм. крови можетъ помѣститься почти 8.872000 шариковъ нормальной величины, между тѣмъ въ случаяхъ, о которыхъ идетъ рѣчь, кровяные шарики почти всегда нормальной величины. Изъ морфологическихъ измѣненій крови были отмѣчены: пойкилоциты и ядросодержащіе красные кровяные шарики въ незначительномъ количествѣ, единичныя міелоциты и иногда увеличеніе упитанныхъ клѣтокъ (Mastzellen). Болѣзнь вообще развивается очень медленно, и большинство явленій еѣ — нервнаго характера и обусловлена измѣненіями кровоснабженія мозга. Кровотеченія могутъ быть значительны и опасны для жизни. Авт. видѣлъ разъ смертельный исходъ отъ кровотеченія въ плейру. Въ поздней стадіи болѣзни присоединяются одышка, слабость сердца и водянка. Въ мочѣ въ большинствѣ случаевъ имѣется бѣлокъ и стекловидные цилиндры въ незначительномъ количествѣ. При вскрытіи находятъ широкіе сосуды, переполненіе всѣхъ органовъ кровью и гиперплазію костнаго мозга. Относительно лѣченія извѣстно пока еще очень мало. Кровоусканія, повидимому, доставляютъ облегченіе больнымъ, хотя теоретически отъ нихъ нельзя ожидать многого въ виду того, что организмъ съ избыткомъ пополняетъ потерю. Съ теоретической точки зрѣнія должно быть полезнее іодъ, такъ какъ онъ повышаетъ

кость крови, которая въ этихъ случаяхъ бываетъ значительно повышена (Therapie der Gegenwart, августъ). К.

510. Проф. *Poncet*, изучая влияние лучисто-грибковой болѣзни на беременность и, обратно беременности и родовъ на развитие актиномикоза, на основаніи 2-хъ своихъ случаевъ и 3-го, сообщеннаго ему проф. *Fabre*омъ, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Зараженіе лучистымъ грибомъ можетъ наступить во время беременности, которая создаетъ, однако, условія, по видимому, мало благоприятныя для его развитія. 2) Роды ухудшаютъ теченіе болѣзни; они какъ бы дѣлаютъ ее болѣе злокачественной, не давая, однако, мѣста общему зараженію. 3) Зараженіе лучистымъ грибомъ не оказываетъ, по видимому, влияния на развитіе плода и его дальнѣйшую жизнеспособность. Такимъ образомъ, отношеніе лучисто-грибковаго зараженія къ беременности сходно съ отношеніемъ къ ней бугорчатки—фактъ интересный и въ томъ отношеніи, что, какъ извѣстно, болѣе антиномикозомъ отвѣчаютъ на впрыскиваніе туберкулина. Не рѣшаясь произвести эту пробу на своихъ больныхъ, *Poncet* изслѣдовалъ склеивающія свойства ихъ крови по отношенію къ бугорчаткѣ. Реакція получилась положительная въ отношеніи 1:15. Что касается лѣченія лучисто-грибковой болѣзни, то интересны слѣдующія замѣчанія *Poncet*: на первый планъ онъ ставитъ общее лѣченіе, а затѣмъ уже мѣстное, которое должно быть возможно менѣе оперативнымъ: вмѣсто того, чтобы удалить больныя ткани, скоблить острой ложкой воспалительные очаги, проводить черезъ нихъ дренажи, слѣдуетъ удовлетворяться быстрымъ вскрытіемъ существующихъ очаговъ размягченія; опасность длительныхъ хирургическихъ вмѣшательствъ заключается въ обобщеніи процесса и въ возможности вторичнаго зараженія. Общее лѣченіе состоитъ въ назначеніи іодистаго калия въ дозахъ, доходящихъ до 6,0—8,0 въ день, съ отдыхами въ 8—10 дней въ теченіи мѣсяца; хорошо дѣйствуетъ солнечное лѣченіе, пребываніе въ деревнѣ, на свѣжемъ воздухѣ въ возможно ровной температурѣ и т. д.—вообще такое-же, какъ и при бугорчаткѣ. Такъ какъ лучисто-грибковое пораженіе въ области нижней челюсти часто сопровождается зубными болями, то особенно нужно остерегаться въ такихъ случаяхъ извлекать зубы, такъ какъ это лишь ускоряетъ развитіе процесса. Для беременныхъ доза іодистаго калия должна быть уменьшена до 0,5—1,0 въ день; оперативнаго вмѣшательства слѣдуетъ избѣгать возможно болѣе; мѣстно хорошо дѣйствуютъ смазыванія іодной настойкой; втиранія сѣрой ртутной мази и т. д. Послѣ родовъ слѣдуетъ запретить кормить и усиленно лѣчить больныхъ іодистымъ калиемъ, примѣняя и соответствующее мѣстное лѣченіе (*Gazette des hôpitaux*, № 52). Н. Добровольская.

**Хирургическія болѣзни.** 511. Д-ръ *Georg Riebold* (Dresden) лѣчилъ съ успѣхомъ острые и подострые воспаления суставовъ внутривенными впрыскиваніями колларгола. Этотъ способъ лѣченія былъ предложенъ автору проф. *Credé* для лѣченія такихъ упорныхъ артритовъ, главнымъ образомъ перелойныхъ и гнилостныхъ, которые не поддавались другимъ способамъ лѣченія. Во многихъ случаяхъ тяжелыхъ артритовъ способъ этотъ давалъ полное излѣченіе; въ нѣкоторыхъ получалось лишь улучшеніе, а нерѣдко и вовсе не наблюдалось никакого дѣйствія. Автору не удалось установить причины такого неодинаковаго дѣйствія, такъ какъ оно не зависѣло ни отъ тяжести, ни отъ остроты случая. Впрыскивался постоянно 2%-ный растворъ, при чемъ при первомъ впрыскиваніи вводилось только 4—8 к. стм., при послѣдующихъ-же 6—10. Что касается частоты и количества впрыскиваній, то они ставятся въ зависимость отъ теченія даннаго случая: если температура поднимается, больной суставъ припухаетъ и боли усиливаются, то впрыскиваніе необходимо повторить. Въ большинствѣ случаевъ приходится дѣлать 3—4 впрыскиванія, а иногда прочный успѣхъ получается лишь послѣ 5—6 впрыскиваній. Разумѣется, пользуясь впрыскиваніями, нельзя совершенно запускать и мѣстное лѣченіе: необходимо въ острыхъ случаяхъ придать больнымъ суставамъ покойное положеніе, а въ застарѣлыхъ—дѣлать упражненія въ движеніяхъ. Относительно самой техники впрыскиваній нужно имѣть въ виду слѣдующее:

впрыскиванія должны быть совершенно безболѣзненны; боли являются несомнѣннымъ признакомъ того, что колларголъ попалъ въ околососудистую ткань, и впрыскиванія въ такомъ случаѣ слѣдуетъ прервать. Помимо перелойныхъ и гнилостныхъ артритовъ, лѣченіе колларголомъ, по мнѣнію автора, слѣдуетъ испробовать и въ случаяхъ ревматическихъ полиартритовъ, безуспѣшно лѣченныхъ другими средствами (*Münchener medicinische Wochenschrift*, № 32). А. Коварскій.

512. Разбирая вопросъ о лѣченіи аппендицита, проф. *Beverly Campbell* высказывается въ пользу ранней операціи, въ первые 24—36 час. отъ начала приступа, на томъ основаніи, что по началу болѣзни нельзя заключить, окончится-ли она благополучно, или-же наступитъ смертельное и прободеніе отрезка съ послѣдующимъ воспаленіемъ брюшины. Поэтому онъ предлагаетъ держаться при лѣченіи аппендицита слѣдующихъ правилъ: 1) Въ началѣ болѣзни, пока больной не переданъ въ руки хирурга, всякая пища и питье рег. ос. должны быть запрещены; питать больного слѣдуетъ черезъ прямую кишку. Это—лучшее средство задержать перистальтику кишечника и тѣмъ способствовать образованію защитительныхъ спаекъ. 2) Каждый больной долженъ быть поставленъ въ извѣстность о выгодахъ ранней операціи. 3) Въ случаѣ образованія гнойника коренная операція, т. е. удаленіе червеобразнаго отростка или закрытіе отверстія въ слѣпой кишкѣ, можетъ быть произведена только въ томъ случаѣ, если она не будетъ сопряжена съ особымъ рискомъ для жизни больного. 4) Операція въ теченіи прогрессивнаго разлитого воспаления брюшины даетъ большую смертность, чѣмъ способы лѣченія, помогающіе отграниченію процесса, переходу болѣе или менѣе распространеннаго воспаления въ мѣстное. 5) Всѣ усилія терапевтическихъ воздѣйствій должны быть направлены къ защитѣ брюшины, что достигается полнымъ покоемъ, содержаніемъ въ постели и задержкой перистальтики кишечника. Слабительныя и въ коемъ случаѣ недопустимы (развѣ въ самомъ началѣ приступа), такъ какъ, усиливая перистальтику, они способствуютъ распространенію процесса. При упорной рвотѣ показано промываніе желудка, ледъ на правую подвздошную область и морфій подъ кожу при сильной боли. Хорошо также приподнять изголовье и лѣвый край кровати—положеніе *Fowler's* (The Journal of the American Medical Association, т. 46, № 14). Н. Добровольская.

**Глазныя болѣзни.** 513. Д-ръ *Snydacker* сообщаетъ случай упорнаго отека вѣка отъ сифилиса.

33-лѣтній мулатъ, заразившійся сифилисомъ 7 лѣтъ назадъ, уже 4 мѣс. страдалъ отекомъ лѣваго верхняго вѣка. Узловатыя припухлости либо особеннаго утолщенія хряща не прощупывалось. Предшныя и шейныя железы были увеличены на лѣвой сторонѣ. Отъ втираній ртутной мази и примѣновъ іодистаго калия отекъ вѣка совершенно исчезъ въ 3 недѣли.

По мнѣнію автора, здѣсь имѣлось либо гуммозное пропитываніе въ подкожной клѣтчаткѣ, либо сифилитическое воспаление хряща. Авт. ссылается на д-ра *Heese*, высказывающаго въ «*Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde*» (май, 1903), тотъ взглядъ, что долго длящійся невоспалительный отекъ вѣка всегда долженъ вызывать подозрѣніе на сифилисъ (*Archiv f. Augenheilkunde*, LIII, 3 и 4; съ англійск. изд.). Р. Кауцъ.

514. Д-ръ *Stock* говорилъ на Heidelberg'скомъ Сѣздѣ объ измѣненіяхъ глазъ при истинномъ и ложномъ блѣнокровіи. Указавъ на тождество клинической картины при лимфодномъ и ложномъ блѣнокровіи, отличаемою лишь по составу крови, и на необходимость строго ограничивать отъ этихъ болѣзней лимфосаркому, начинающуюся въ большинствѣ случаевъ на головѣ и быстро разносящуюся по всему лимфотворящему прибору; указавъ, даѣе, на различіе между острымъ лимфоднымъ блѣнокровіемъ и лейкосаркоматозомъ, а равно и на характерность измѣненій глазного дна при этихъ болѣзняхъ, позволяющую отличать ихъ отъ сходнаго съ ними по клинической картинѣ гнилостнокровія, авт. привелъ изъ своихъ наблюденій слѣдующіе 4 случая.

1. Двустороннее пучеглазье, двусторонняя припухлость слезной железой и опухоль железъ въ окологлазной области. Распространенное затажное лимфодное блѣнокровіе «лицевого типа» и наметавъ

мышьяк, отъ котораго размѣры опухолей значительно уменьшились.

2. У больной съ одностороннимъ пучеглазіемъ распознано было ложное бѣлокровіе съ заблочной опухолью. Отъ мышьяка и здѣсь получилось существенное улучшеніе; тѣмъ не менѣе больная умерла, и вскрытіе обнаружило лимфосаркому клиновидной кости съ переносами во всемі лимфатическомъ приборѣ.

3. Случай остраго лимфатическаго бѣлокровія съ обширными, почти симметричными предстѣточными кровоизліаніями и своеобразнымъ, зеленожелтымъ окрашиваніемъ сѣтчатки вокругъ самыхъ большихъ кровоизліаній въ области желтаго пятна.

4. Случай лейкосаркоматоза съ сѣтчаточными кровоизліаніями и густымъ пропитываніемъ сосудистой оболочки бѣлыми шариками безъ воспалительныхъ измѣненій (лимфома сосудистой оболочки). (По отчету въ Arch. für Augenheilk., LII, 4.). Р. К.

515. На Сѣздѣ Великобританскаго Общества глазныхъ врачей (засѣданіе 7/VI 1905 г.) д-ръ Snell сообщилъ 1 случай сочувственнаго воспаленія глаза съ возстановленіемъ нормальной остроты зрѣнія на обоихъ глазахъ и 3 случая сочувственнаго воспаленія послѣ вылушенія поврежденнаго глаза. Въ одномъ изъ послѣднихъ 3-хъ случаевъ сочувственное воспаленіе привело къ слѣпотѣ.

Въ этомъ случаѣ у 26-лѣтняго мужчины отъ удара по глазу получило пораженіе на границѣ между роговицей и бѣлкомъ; черезъ 16 дней глазъ былъ вылушенъ, а черезъ 3 недѣли послѣ вылушенія воспалился другой глазъ.

Въ точно такіе-же сроки произведено было вылушеніе и наступило сочувственное воспаленіе и въ другомъ случаѣ съ такимъ-же поврежденіемъ, у 10-лѣтняго мальчика, сохранившаго нѣкоторое зрѣніе. Относительно 3-го случая, происшедшаго съ 10-лѣтней дѣвочкой, подробности неизвѣстны. Что-же касается случая съ необычайно счастливымъ исходомъ, то въ 1-ый разъ авт. видѣлъ потерпѣвшаго, 33-лѣтняго мужчину, черезъ 11 лѣтъ послѣ поврежденія.

Найдена была въ лѣвомъ глазу прободающая рана роговицы, простиравшаяся до области радужнаго тѣла, съ выпаденіемъ радужной оболочки. Послѣдняя была срѣзана, и глазъ зажилъ. Черезъ 1 мѣсяцъ и нѣсколько дней послѣ несчастнаго случая пораспиралъ правый глазъ, и 5 дней спустя въ немъ развилось воспаленіе радужной оболочки. Черезъ мѣсяцъ зрачекъ сталъ снова расширяться, глазъ началъ успокаиваться, а въ концѣ концовъ на этомъ глазу, какъ и на другомъ, получилась острота зрѣнія въ 1/2.

Другой подобный-же случай, лишь менѣе тяжелый, сообщенъ былъ авторомъ въ 1883 г. (По отчету въ Archiv, für Aug., LIII, 2).

516. Д-ръ Galęowski сообщилъ Парижскому Обществу глазныхъ врачей случай атрофіи зрительнаго нерва послѣ флегмоны слезнаго мѣшка.

У 36-лѣтней женщины, уже 1 1/2 года страдавшей слезотеченіемъ изъ праваго глаза, особенно на улицѣ и при вѣтрѣ, но не замѣчавшей ни выдѣленія изъ глаза, ни припухлости во внутреннемъ углу, внезапно появилась опухоль въ области слезнаго мѣшка. Вскорѣ къ этому присоединился отекъ соединительной оболочки глаза; вѣки опухли настолько, что совершенно закрыли глазъ; припухли нѣсколько и вѣки лѣваго глаза; набухли преддужные и подчелюстные железы, температура сильно поднялась, боли стали невыносимыми, явился легкій бредъ. Черезъ 5 дней въ нижней части слезнаго мѣшка показались отверстіе, черезъ которое вышелъ гной; явилась возможность открыть глаза, и тогда больная замѣтила, что перестала видѣть этимъ глазомъ. Черезъ мѣсяцъ изслѣдованіе глазнымъ зеркаломъ обнаружило атрофію зрительнаго нерва со слѣдами бывшаго воспаленія. Слезный свищъ у нижней части слезнаго мѣшка закрылся рубцомъ.

Д-ръ Kay замѣтилъ, что подобное осложненіе, обуславливающееся прободеніемъ задней стѣнки мѣшка, происходитъ иногда при неудачномъ зондированіи, особенно если послѣ того производится вырѣзываніе въ слезно-носовую каналь. Ему самому пришлось наблюдать такой случай, гдѣ послѣ труднаго зондирования вырѣзана была желтая мазь (?). Развился отекъ глазничной кѣтчатки, вслѣдъ за тѣмъ наступила быстрая атрофія зрительнаго нерва (По отчету F. Terrien'a въ Archives d'ophtalmologie, февраль).

517. Проф. Uthoff также наблюдалъ въ 2-хъ случаяхъ поврежденія глаза отъ вырѣзываній парафина при слѣдственно образномъ носѣ.

Въ 1-мъ случаѣ тотчасъ послѣ вырѣзыванія парафина съ относительно низкой точкой плавленія (43° Ц.) развилась типическая картина закупорки центральной артеріи сѣтчатки. По мнѣнію автора, здѣсь парафинъ попалъ въ вѣнные пути, а оттуда, по прохожденіи легочнаго круга кровообращенія, перешелъ въ кругъ артеріальный, при чемъ и проникъ въ центральную артерію сѣтчатки.

Во 2-мъ случаѣ, у 57-лѣтняго мужчины, черезъ нѣсколько недѣль послѣ вырѣзыванія парафина образовались опухолевидныя возвышенія на верхнихъ и нижнихъ вѣкахъ, вызвавшія полное закрытіе глазныхъ щелей. При микроскопическомъ изслѣдованіи выдѣленныя тѣла оказались облитерировавшимъ парафинъ въ

формѣ каплей въ пропитанной воспалительнымъ выпотомъ тканей. Раскрытіе глазныхъ щелей въ нѣкоторой степени удалось лишь путемъ наскѣченія парафиновыхъ опухолей изъ вѣкъ.

Мѣры предосторожности при вырѣзываніяхъ парафина должны, по автору, заключаться въ томъ, чтобы не вырѣскивать заразъ слишкомъ много парафина, соблюдать достаточно долгіе промежутки между отдѣльными вырѣскиваніями, ограждать окружающіе кровеносные пути во время вырѣскиванія, примѣнять парафинъ съ не слишкомъ низкой точкой плавленія и избѣгать вырѣскиванія по направленію къ болѣе крупнымъ венамъ (Berliner klin. Woch., 1905, №№ 47 и 48; Wiener klin. Rundschau, 1905, № 51; Wochenschrift f. Ther. u. Hygiene des Auges, 11 января).

518. Д-ръ Pronger говоритъ о вліяніи небольшихъ ненормальностей преломленія глазъ на нервную систему. Авт. приводитъ рядъ примѣровъ тому, какъ самыя разнообразныя явленія нейрастеніи исчезаютъ при исправленіи соответствующими стеклами малѣйшихъ ненормальностей преломленія, не проявляющихся ни разстройствомъ рѣнія, ни болѣзненными ощущеніями въ самихъ глазахъ. Что въ этихъ случаяхъ не имѣется дѣла съ простымъ лишь внушеніемъ, показываетъ примѣръ съ однимъ мальчикомъ, страдавшимъ нервными разстройствами.

Д-ръ Pronger нашелъ у него на обоихъ глазахъ дальнорѣкій астигматизмъ въ 0,25 D съ косою осью и прописалъ ему очки. Нервные явленія послѣ того исчезли, но черезъ 12 мѣс. они снова показались: у мальчика при паденіи вывалилось стекло изъ оправы, и стекло это было поставлено наоборотъ. (Примѣры подобнаго рода можно найти и въ моей статьѣ: «Головные боли при слабыхъ степеняхъ неодинаковаго преломленія глазъ», «Врачъ», 1899 г., № 28. Реф.) (Allgem. Wiener med. Zeitung, 1905, №№ 46, 47 и 48; Wochenschrift f. Ther. u. Hygiene des Auges, 1 февр.).

**Нервные болѣзни.** 519. Д-ръ Paul Kronthal (Berlin) разбираетъ весьма интересный вопросъ: *представляетъ ли изъ себя истерія нервную болѣзнь?* Ее обыкновенно обозначаютъ, какъ функціональный нейрозъ. Но такое обозначеніе по существу не имѣетъ смысла, такъ какъ «нейрозъ» обозначаетъ нервное заболѣваніе, для котораго мы не знаемъ патолого-анатомической подкладки, а слово «функціональный» опять-таки примѣняется къ болѣзнямъ, для которыхъ мы не знаемъ патолого-анатомической основы. Истерію относятъ къ болѣзнямъ нервной системы по слѣдующимъ 3-мъ причинамъ: 1) потому, что мы привыкли искать неизвѣстныхъ причинъ болѣзней въ нервной системѣ; 2) потому, что привыкли считать, что характеръ реакціи человѣка на вѣншія явленія находится въ зависимости отъ состоянія нервной системы; 3) главнымъ-же образомъ потому, что у истеричныхъ наблюдаются разстройства въ области душевной жизни, а послѣднюю мы считаемъ связанной съ отправлениями нервной системы. Нервная система, по опредѣленію автора, представляетъ изъ себя сѣть проводящихъ раздраженіе проводниковъ, которые соединяютъ между собой кѣтки, образующія организмъ; душа является суммой рефлексовъ. Душевно-болѣзненнымъ мы называемъ человѣка, который неправильно отвѣчаетъ на возбудителя. Реакція особи зависитъ отъ состоянія его кѣтокъ и соединяющихъ ихъ нервныхъ проводниковъ. У истеричныхъ мы находимъ цѣлыя области кѣтокъ, на раздраженіе которыхъ большой или вовсе не отвѣчаетъ, или отвѣчаетъ слишкомъ сильно. Эти области кѣтокъ совершенно независимы отъ опредѣленныхъ нервовъ и съ анатомическимъ распредѣленіемъ нервовъ вообще не имѣютъ ничего общаго. Одно это говоритъ противъ того, что истерія—болѣзнь нервовъ. Кромѣ того, въ нервной системѣ истеричныхъ не находятъ никакихъ макро- и микроскопическихъ измѣненій. Изъ этого явствуетъ, что при истеріи больна не нервная система, а тѣ кѣтки, которыя неправильно отвѣчаютъ на раздраженіе. Онѣ или слишкомъ сильно, или слабо возбудимы. Такъ какъ области кѣтокъ и ихъ реакція мѣняются, то истерія есть болѣзнь съ мѣняющейся реакціей кѣтокъ организма. Это опредѣленіе даетъ возможность объяснить явленія болѣзни и ставить терапію на болѣе прочное основаніе (Berliner klinische Wochenschrift, № 18). А. Коварскій.

**Болѣзни носа, горла и уха.** 420. Послѣ краткаго описанія картины первичной ангины глотки, въплоть

описанной *Massei*, д-ръ *L. Blum* приводит 2 собственных наблюдения, гдѣ рожа съ гортани распространилась на зѣвъ и кожу, чѣмъ значительно облегчилось распознавание истиннаго характера заболѣванія (*Deutsche medic. Wochenschrift*, г. 31, № 36).

Л. Левинъ.

521. Д-ръ *Scheier* изслѣдовалъ кровь у 21 ребенка съ аденоидными разроженіями до и послѣ удаленія носоглоточной миндалины, при чемъ обращалъ вниманіе на содержаніе гемоглобина, уд. вѣсъ, число красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и  $\%$ -ное отношеніе различныхъ формъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Изслѣдованіе до операции обнаружило уменьшеніе содержанія гемоглобина, измѣненіе уд. вѣса, стоящее въ прямомъ соотношеніи къ содержанію гемоглобина, увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, въ многихъ случаяхъ и лимфатическихъ клѣтокъ, какъ малыхъ, такъ и большихъ, при минимальномъ числѣ красныхъ. Послѣ операции оказывалось увеличеніе содержанія гемоглобина, уменьшеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ, доходившее въ 4—5 мѣс. до нормы, и повышеніе кровяного давленія (*Zeitschrift für klinische Medizin*, т. 58).

Л. Левинъ.

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 522. Д-ръ *Jacoby* (Berlin) описываетъ инструментъ, который онъ применяетъ для леченія перелома мочеиспускательнаго канала посредствомъ застойнаго полнокровія. Инструментъ этотъ представляетъ изъ себя прямой полый зондъ, длинной въ 12 см., при чемъ толщина его соответствуетъ № 21 скалы *Charrière*'а. Къ концу зондъ слегка утонченъ, а на наружной поверхности его находятся 3 продольныхъ желоба, на двѣ которыхъ расположено нѣсколько отверстій; желобы эти начинаются на разстояніи 2 см. отъ конца зонда и кончаются на такомъ-же разстояніи отъ его наружнаго конца. У послѣдняго къ зонду придѣлана подъ прямымъ угломъ металлическая трубка съ крапомъ; на эту трубку надѣвается резиновый шаръ. Применяется инструментъ слѣдующимъ образомъ: зондъ вводится въ мочеиспускательный каналъ; чтобы прервать сообщеніе послѣдняго съ наружнымъ воздухомъ, на вѣнечную борозду накладывается резиновая трубка, прижимающая половой членъ къ зонду; для того, чтобы высосать воздухъ изъ мочеиспускательнаго канала, кранъ около резинового шара замыкается, и сжиманіемъ шара изъ него удаляется воздухъ; тогда кранъ открываютъ, и слизистая оболочка мочеиспускательнаго канала вълѣдствіе разрѣженія воздуха плотно прилегаетъ къ наружной поверхности зонда. Дѣйствіе инструмента, однако, распространяется лишь на тѣ части слизистой оболочки, которыя прилегаютъ къ желобамъ; для того, чтобы подвергнуть застойному полнокровію и остальныя части ея, при слѣдующемъ сеансѣ поворачиваютъ зондъ на уголъ въ 50°. Продолжительность каждаго сеанса 10—15 мин. Авт. применялъ этотъ способъ леченія въ подострыхъ и хроническихъ случаяхъ и находить, что подъ влияніемъ его пропитыванія легче рассасываются. Онъ думаетъ, что инструментъ можно приспособить и для задней части мочеиспускательнаго протока. Этотъ способъ леченія содѣйствуетъ одновременно и расширенію мочеиспускательнаго канала (*Berliner klinische Wochenschrift*, № 26).

А. Коварскій.

523. Д-ръ *James W. Hunter* (Norfolk, Америка) сообщаетъ о леченіи волчанки *Röntgen*'овскими лучами, которому онъ отдаетъ предпочтеніе передъ способомъ *Finsen*'а. Онъ употребляетъ катушку въ 12 дюймовъ въ 2 слоя, умѣренное число перерывовъ (10 въ секунду) и первоначальный токъ въ 2,5 М.А. и 110 вольтъ. Такой токъ даетъ тонкую искру длиною въ 4—6 дюймовъ и при трубкѣ средней мягкости и разстояніи въ 10 дюймовъ вызываетъ дерматитъ въ 90—100 мин. Больного защищаютъ свинцовой бумагой съ отверстиями, соответствующими тѣмъ участкамъ кожи, которые подлежатъ леченію. Нѣкоторые току въ 110 вольтъ предпочитаютъ болѣе слабые, въ 20—30 вольтъ, но авторъ приписываетъ ожоги не силѣ тока, а твердости или мягкости трубки: мягкая или новая трубка вызываетъ болѣе сильный дерматитъ, чѣмъ твердая старая. Въ теченіи 1-ой недѣли дѣлаютъ 4 сеанса по 10 мин. (если леченіе приходится применять болѣе, чѣмъ въ 1 точкѣ, можно производить сеансы ежедневно по

5 мин.), а затѣмъ дѣлаютъ еще 6 сеансовъ, по 3 въ недѣлю. Къ этому времени долженъ замѣчаться легкій дерматитъ но, такъ какъ нельзя еще сказать, достаточно-ли леченіе, хорошо выждать еще недѣлю. Если дѣйствіе еще не достигнуто, дѣлаютъ еще 1—2—3 присѣста съ промежутками по меньшей мѣрѣ въ 3 дня (или 2 раза въ недѣлю), пока не получится рѣзко выраженный дерматитъ. Основное страданіе часто обостряется, получаютъ толстыя корки, часто распространяющіяся дальше, сильный зудъ и обильное отдѣленіе. Постепенно дерматитъ проходитъ; заживленіе сопровождается шелушеніемъ. Если заживленіе не наступаетъ 3—4 недѣли спустя послѣ послѣдняго сеанса, леченіе повторяютъ, но сеансы дѣлаютъ короче и рѣже. Одновременно съ *Röntgen*'овскими лучами можно применять и другое леченіе; такъ, напр., авт. назначаетъ какодиловокислый натрій ( $1\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{4}$  грана 3 раза въ день послѣ ѣды). Простыя перевязки, какъ-то борнымъ вазелиномъ, допустимы, хотя толстыя корки предпочтительны. Если желательно удалить разрушенную ткань, можно употреблять іодистые и мышьяковые препараты. Другими словами, леченіе *Röntgen*'овскими лучами не исключаетъ обычныхъ средствъ. Возвратъ возможенъ, но изъ случаевъ автора возвратъ наблюдался только 1 разъ. Самый неблагоприятный случай автора относился къ 67-лѣтнему больному, у котораго волчанка носа существовала 22 года; и все-же теперь, 6 мѣс. послѣ послѣдняго сеанса, у него ничего не замѣтно, кромѣ здоровой кожи. Косметическій успѣхъ леченія превосходный. Дѣйствіе *Röntgen*'овскихъ лучей заключается только въ разрушеніи больной ткани, возстановленіе происходитъ силами природы. По мнѣнію автора, леченіе волчанки *Röntgen*'овскими лучами есть наилучшій способъ (*New-York Medical Journal*, № 4). Д.

524. Д-ръ *Alfred Exner* (Wien) говоритъ о леченіи плоскихъ сосудистыхъ опухолей радіемъ. Лѣченіе обширныхъ родимыхъ пятенъ электролизомъ требуетъ много терпѣнія какъ со стороны врача, такъ и со стороны больного и обыкновенно даетъ лишь посредственные результаты. Небольшія родинки излѣчиваются *Finsen*'овскимъ свѣтомъ. Въ теченіи послѣднихъ лѣтъ авт. имѣлъ случай лечитъ рядъ подобныхъ обширныхъ обезображиваній при помощи лучей радія. Такъ какъ слишкомъ сильное дѣйствіе лучей оставляетъ видимые рубцы, необходимо возможно быстро освѣтить равномерно всю поверхность лучами опредѣленной силы, а, такъ какъ разныя лица отвѣчаютъ нѣсколько различно на одинаковую силу лучей, то лучше всего сначала испытать дѣйствіе радія на какомъ-либо неоткрытомъ мѣстѣ кожи. Опредѣливъ необходимую продолжительность освѣщенія для даннаго лица, авт. раздѣлялъ поверхность опухоли при помощи дерматографа на квадратныя поля, при чемъ каждый квадратъ соответствовалъ величинѣ излучателя. Во время 1-го сеанса каждый квадратъ освѣщался нѣсколько минутъ, а затѣмъ стиралось раздѣленіе на квадраты. Во время 2-го сеанса опять наносились квадраты, снова дѣлалось освѣщеніе, и затѣмъ сеансы повторялись быстро, пока не было достигнуто желаемое дѣйствіе. Благодаря такому способу, излучатель при каждомъ новомъ сеансѣ приходился иначе, т. е. участки кожи, приходившіеся у края излучателя, въ другой разъ приходились у середины его. Этимъ предупреждалась некрасивая пигментация по краю участка освѣщенія. Кромѣ того, полезно еще и поворачивать излучатель во время дѣйствія, дабы уравнивать неравномерности излучающей поверхности. Послѣ нѣсколькихъ сеансовъ обнаруживается дерматитъ, который однако не долженъ превышать 2-ой степени, т. е. образованія пузырьковъ. Судить о результатѣ леченія можно только спустя нѣсколько мѣсяцевъ. По прекращеніи дерматита края освѣщенныхъ участковъ оказываются сильно пигментированными, и эту пигментацию можно видѣть еще черезъ 2 года; но, если такіе участки подвергаются дѣйствію солнца, то они дов. быстро блѣднѣютъ. Если по прошествіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ нѣкоторые участки окажутся недостаточно освѣщенными, ихъ подвергаютъ вторично дѣйствію лучей радія, но въ болѣе слабой степени. Результаты во всѣхъ 6 случаяхъ были удовлетворительны; ярко красныя пятна послѣ леченія становились настолько блѣд-



ными, что не бросались въ глаза при яркомъ свѣтѣ, а при легкомъ припулываніи дѣлались и совсѣмъ незамѣтными. Кожа послѣ лѣченія мѣстами слегка атрофична, но безъ рубцовъ, мѣстами еще видны оставшіяся развѣтвленія сосудовъ вслѣдствіе недостаточнаго освѣщенія. Чрезмѣрное освѣщеніе, въ свою очередь, также вызываетъ расширение и новообразование сосудовъ, но это бываетъ лишь въ томъ случаѣ, если дерматитъ достигаетъ 3-й степени (Wiener klinische Wochenschrift, № 4).

В. Дитманъ.

525. Д-ръ L. Rugani (Флоренція) сообщаетъ объ одномъ случаѣ паралича лѣваго лицевого и слухового нервовъ, наступившаго у одного мужчины вслѣдъ за сифилитическимъ зараженіемъ. Внезапно наступили тугодъ слуха, ушные шумы, сильныя головныя боли и головокруженіе, сопровождавшіяся всѣми явленіями паралича лѣваго лицевого нерва. Благодаря противосифилитическому лѣченію всѣ эти явленія мало по малу стали исчезать (Bulletino delle malattie dell'orecchio апрѣль, 1905, годъ XXIII). Л. Л.

## ОТЧЕТЫ

### изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденци.

#### LVIII. Изъ акушерско-гинекологическаго Общества въ Петербургъ.

(Засѣданіе 11-го мая).

Д-ръ Гамалья показалъ: а) громадную, въсомъ въ 32 ф., лимфангиоматическую фибромиому, удаленную проф. Д. О. Оттомъ путемъ чревосѣченія у 45-лѣтней, 16 разъ рожавшей больной. Опухоль, состоявшая изъ многочисленныхъ, разной плотности узловъ, выполняла всю брюшную полость и спрслась съ салъникомъ и съ петлями тонкихъ кишекъ. При операціи пораненъ и зашитъ былъ мочевоу пузырь. Выводникъ черезъ влагалище и катетеръ à demeure; послѣдній удаленъ на 12-ый день. На 20-ый день обнаружилось, что влагалищный тампонъ сталъ смачиваться жидкостью: жидкость эта выдѣлялась изъ небольшого отверстия въ правомъ углу влагалищной раны и, несомнѣнно, не была мочей, такъ какъ при назначеніи больной анилина въ мочу, моча окрашивалась, а жидкости нѣтъ. Выдѣленіе этой (путевой) жидкости продолжалось свыше 2 1/2 мѣс. Теперь оперированная вполне здорова. Узлы опухоли, исходившіе изъ передней стѣнки и дна матки, имѣли губчатое строеніе; изъ полостей ихъ выдѣлялась не свертывавшаяся жидкость; б) громадную, въсомъ 52 ф., телеангиоматическую фибромиому, удаленную путемъ чревосѣченія у 48-лѣтней, 10 разъ рожавшей женщины, за послѣдніе 3 года не носившей уже кровей. Опухоль исходила изъ задне-правой стѣнки матки и заполняла всю брюшную полость. При удаленіи она была обнажена вся правая почка. Выводникъ черезъ сводъ рукава и черезъ нижній уголъ брюшной раны. Гладкое выздоровленіе. Въ узлахъ опухоли много полостей, наполненныхъ кровью. — Макро- и микроскопическіе препараты показаны при помощи эпидіоскопа на экранѣ.

Ч. пр. А. А. Редлихъ показалъ удаленную имъ кускованіемъ черезъ рукавъ матку ради подслизистой миомы шейки ея. 40-лѣтняя, 8 разъ благополучно рожавшая женщина, чувствовала себя больной уже 12 лѣтъ. Жалобы сводились на тяжесть внизу живота, боли и бѣли. Въ брюшной полости найдена опухоль, величиною въ 6-мѣсячную беременную матку; на верхней правой окружности ея былъ бугоръ, въ кулакъ. Зѣвъ шейки матки открытъ на серебрянный рубль; въ немъ прощупывалась урругла, покрытая слизистой оболочкой матки опухоль, исходившая изъ передней стѣнки шейки — шюма colli uteri submucosum. Въ виду высокаго стоянія складокъ брюшины, находившихся внѣ полости малаго таза, докладчикъ вынужденъ былъ отступить отъ обычнаго способа кускованія: отдѣливъ прикрѣпленіе влагалищнаго свода, онъ разрывалъ переднюю стѣнку шейки и приступилъ къ кускованію опухоли; затѣмъ разрезаны была передняя стѣнка тѣла матки и вся задняя стѣнка ея; перевязаны широкія связки, и вложенъ марлевый дренажъ. Выздоровленіе. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась лимфангиоматической. Макро- и микроскопическіе препараты показаны при помощи эпидіоскопа на экранѣ.

Н. С. Канкеиссеръ показалъ 2 матки съ атипическими разрывами ихъ. Въ 1-мъ случаѣ роженница, раньше 4 раза рожавшая и 1 разъ выкинувшая, доставлена въ Повивальный Институтъ съ явленіями острого малокровія, съ вздутымъ и болѣзненнымъ животомъ. Шейка не сглажена, предлежащій головка, 36,5, пульсъ 120, бѣлокъ въ мочѣ, кровотеченіе. Вложенъ метрейригтеръ и черезъ 2 часа сдѣланъ поворотъ по Brazton-Hicks'у. Часа черезъ 3, въ виду ухудшавшагося положенія больной при зѣвѣ на 3 поперечныхъ пальца — извлече-

ніе съ прободевіемъ послѣдующей головки. Послѣдъ выжать. Больная погибла. На вскрытіи на брюшинѣ нижняго отръзка матки найдены 2 большихъ и нѣсколько меньшихъ надрывовъ, не сквозныхъ. Такимъ образомъ въ данномъ случаѣ, при преждевременномъ отдѣленіи нормально сидѣвшаго послѣда имѣлся разрывъ, шедшій со стороны брюшины. Надрывы слизистой оболочки и мышечнаго слоя, шедшіе изнутри, докладчикъ объясняетъ инструментальнымъ пособіемъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи матки — ни жировыхъ измѣненій, ни измѣненій въ упругой ткани не оказалось; въ сосудахъ эндоартеритъ и эндофлебитъ. Увеличенныя почки поражены межуточными нефритами. — Во 2-мъ случаѣ больная за послѣдніе 10 дней сильно кровоточила; 37,05; изъ половыхъ частей выдѣлялись разлагавшіеся сгустки. 6-мѣсячная беременность. Наружный зѣвъ чѣтъ; при проникновеніи черезъ него опредѣлялся 2 полости, какъ будто двурогая матка. Черезъ 25 мин. по поступленіи больная умерла. Одна изъ полостей оказалась полостью матки, другая — сѣва — полостью въ широкой связкѣ, начинавшейся на 2 поперечныхъ пальца отъ наружнаго зѣва. Разрывъ, по мнѣнію докладчика, могъ произойти отъ травматической причины, но могъ и возникнуть произвольно, на мѣстѣ стараго рубца. Такой случай, по крайней мѣрѣ, ему пришлось уже разъ наблюдать. Препараты при помощи эпидіоскопа показаны на экранѣ.

Л. Г. Личкусъ показалъ: а) большую, состоявшую изъ многочисленныхъ, разной плотности узловъ фибромиому, выполнявшую почти всю брюшную полость и большимъ отдѣломъ заходившую въ лѣвую широкую связку. Опухоль эта, въсѣвшая 5600 грм., отнѣчена надвлагалищемъ путемъ чревосѣченія у 43-лѣтней, не рожавшей женщины. Больная хворала около 6 лѣтъ. Послѣдніе 1 1/2 года мѣсячнаго совсѣмъ не носила. Жалобы сводились на тяжесть и боли внизу живота и въ ногахъ, на отдышку, кашель и сердцебиенія. При этихъ-же явленіяхъ, т. е. при отдышкѣ, кашлѣ и нарастающей слабости сердца больная умерла на 3-й день послѣ операціи. При вскрытіи въ области операціонной раны — ничего ненормальнаго. Плейра и легкія — послѣдніе какъ по поверхности, такъ и въ глубинѣ (онѣ были показаны Обществу) — услыми многочисленными, стробато-бѣлыми, величиною отъ просыно до коноплянаго зерна, узелками, оказавшимися при микроскопическомъ изслѣдованіи (Е. А. Пасторъ, К. П. Улезко-Строганова) адено карциномой амблигического происхожденія. Начальное гнѣздо заболѣванія, къ сожалѣнію, не опредѣлено. Микроскопическое изслѣдованіе вырѣзанной опухоли (Е. А. Пасторъ) показало чистую фибромиому. Слизистая оболочка матки ракомъ не была поражена. Микроскопическіе препараты изъ узелковъ легкіихъ при помощи проэктионаго прибора Zeiss'a показаны на экранѣ; б) пораженную ракомъ матку, удаленную черезъ рукавъ у 53-лѣтней, много рожавшей женщины, жаловавшейся на бѣли, кровотеченія и боли. Шейка была почти вся излѣжена новообразованиемъ. Вслѣдствіе неподатливости связокъ матку пришлось удалить in situ. Выздоровленіе; в) препаратъ бумажнаго плода (foetus papiraceus). Длина его 13,5 см.; размеры сморщенного, увядшаго послѣда 19 × 11. Въсѣ другого, живого, плода 3250 грм., размеры его послѣда 15 × 15 см. Роженница — перворождавшая. Роды длились всего 8 час. 5 мин. Послѣродовой періодъ протекалъ совершенно нормально. Бумажный плодъ опредѣленъ только при послѣдующемъ осмотрѣ послѣда докладчикомъ.

К. П. Улезко-Строганова: 1-ый препаратъ полученъ изъ кистовидной опухоли яичника, принадлежавшей 27-лѣтней женщинѣ. По своимъ размерамъ киста соответствовала крупному яблоку, а по внѣшнему виду и содержимому представляла типичную дермоидную кисту: содержимое ея состояло изъ жгута волосъ, пропитаннаго салоподобнымъ веществомъ. Микроскопическое изслѣдованіе вполне подтвердило присутствіе кожи съ плоскимъ многослойнымъ эпителиемъ, волосами и многочисленными салными железами. Но на нѣкоторыхъ срѣзахъ получалась характерная картина щитовидной железы, состоящей сплошь изъ альвеолъ, растянутыхъ коллоиднымъ веществомъ. Ткань щитовидной железы располагалась вблизи небольшой полости, выстланной типическимъ многослойнымъ мерцательнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, который, какъ извѣстно, принадлежитъ исключительно верхнему отдѣлу дыхательныхъ путей. Слѣд., эту полость можно разсматривать, какъ рудиментъ дыхательной трубки. Такое сосѣдство ткани щитовидной железы съ дыхательной трубкой краснорѣчиво подтверждаетъ предположеніе о происхожденіи струмозныхъ опухолей яичниковъ изъ эмбрионъ, и, слѣд., щитовидная железа въ яичникѣ относится къ настоящей щитовидной железн такъ-же, какъ кожа со всѣми ея особенностями, мышцы, кости, хрящъ и т. д., находящаяся въ эмбрионѣ, относится къ истинной кожѣ, мышцамъ, хрящу, костямъ и т. д. — 2-ой препаратъ представляетъ картину рассасыванія въ тканяхъ шелковыхъ лигатуръ. Больная, у которой взяли препаратъ, подвергалась въ разныхъ клиникахъ 3-мъ чревосѣченіямъ въ теченіи 5—6 мѣс. 1-ое чревосѣченіе было произведено съ цѣлью ventrofixatio uteri, 2-ое — для полнаго удаленія матки и 3-ье — для уничтоженія срощеній, причинившихъ большой постоянныя, мучительныя боли; при этомъ одинъ яичникъ, какъ перерожденный, удаленъ, другой выдѣленъ только изъ срощеній. Небольшіе кусочки съ лигатурами, оставшимися отъ предшествовавшихъ операцій, были взяты изъ области широкихъ связокъ. Не стану останавливаться на многихъ крайне интересныхъ подробностяхъ, показывающихъ, какъ различныя тканевыя элементы отвѣчаютъ на данное раздраженіе. Скажу только нѣсколько словъ о судьбѣ шелковой нити, каковой она представляется на

основани этого препарата. Нерѣдко шелковая лигатура остается неизмѣненной цѣлы годъ; она только осумковывается, отдѣляясь отъ окружающей ткани многочисленными мелкокѣлочковыми инфилтратомъ, въ которомъ преобладаютъ одноядерныя бѣлыя кровяныя тѣльца, и волокнистой соединительной тканью. При рассасываніи же она распадается на отдѣльныя составляющія ея волокна—цилиндры, «разолакивается» при посредствѣ многочисленныхъ одноядерныхъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и другихъ блуждающихъ кѣлочекъ, которыя массами проникаютъ между отдѣльными волокнами. Въ тоже время появляется множество кѣлочекъ-великановъ, охватывающихъ волокно со всѣхъ сторонъ, что особенно хорошо видно на поперечныхъ разрѣзахъ, когда послѣднее кажется лежащимъ въ толщѣ самой протоплазмы многоядерной кѣлочекъ-великана. Судя по тому, что отдѣльныя волокна измѣняютъ свой диаметръ, утончаются, можно предположить, что происходитъ дѣйствительное рассасываніе, пожираніе ихъ кѣлочками-великанами. Здѣсь, повидимому, особенно рѣзко проявляется высокое фоточетное свойство кѣлочекъ-великановъ, которыя, по выраженію проф. В. В. Поддѣскокаго, вырабатываютъ въ своихъ громадныхъ тѣлахъ трипсиноподобное вещество для рассасыванія чуждаго организму посторонняго тѣла. Микроскопическіе препараты показаны при помощи проекціоннаго прибора Zeiss'a на экранѣ.

Проф. В. В. Стромановъ: Если вообще случаи *пузырнаго заноса* представляютъ интересъ по своей рѣдкости, то представляемый мною является особенно рѣдкимъ. Въ данномъ случаѣ имѣется сочетаніе пузырнаго заноса одного яйца и хорошо развито плода со всѣми придатками другого яйца. Въ самомъ дѣлѣ, на представляемомъ препаратѣ мы видимъ нормально развитый послѣдъ съ гладкими, постепенно суживающимися краями отъ 5-мѣсячнаго плода, хорошо развитого, имѣвшаго 400,0 вѣса. По большей части окружности послѣда мы имѣемъ прикрѣпленный chorion и только на небольшой части окружности его не удается опредѣлить ворсистой оболочки. Общая поверхность недостающей части не превышала по полученіи препарата  $\frac{1}{4}$  кв. дециметра. Если принять во вниманіе, что этотъ послѣдъ и оболочки получены при ручномъ отдѣленіи ихъ послѣ предварительнаго поворота плода по способу *Braxton Hicks'a*, при чемъ на цѣлость оболочекъ не обращали особаго вниманія, то неудивительно, что небольшая часть оболочекъ ворсистой затерялась. Рядомъ съ этимъ хорошо развивавшимся яйцомъ, имѣлась громадная масса пузырнаго заноса, состоявшаго частью изъ перерожденныхъ ворсинокъ, частью изъ старыхъ оплодотвленныхъ фибриновыхъ комковъ (кровяныхъ сгустковъ). Громадность этихъ массъ и ничтожность недостающей части ворсистой оболочки при совершенно нормальномъ троеніи послѣда и имѣющейся на препаратѣ значительной части ворсистой, гонорать за то, что въ данномъ случаѣ одновременно развивались 2 яйца, изъ которыхъ 1 превратилось въ пузырный заносъ, а другое—нормально развивалось. За краткостью времени не представляю микроскопическихъ препаратовъ и не сообщая ряда интересныхъ клиническихъ деталей этого случая, оставляя это для соответственной статьи. Скажу лишь, что въ данномъ наблюдѣніи подтверждается взглядъ, что пузырный заносъ является результатомъ измѣненій въ самомъ яйцѣ, а не въ слизистой оболочкѣ матки.

Проф. Г. Е. Рейнъ. *Объ организации акушерской помощи въ Петербургѣ.* Будучи озабочена улучшеніемъ акушерской помощи въ столицѣ, Петербургская городская Дума обратилась къ акушерско-гинекологическому Обществу съ просьбой высказаться главнымъ образомъ, по вопросу: достаточно-ли ограничиться устройствомъ новыхъ родильныхъ приютовъ или цѣлесообразнѣе основать одинъ или нѣсколько родильныхъ домовъ? Имѣющаяся при Обществѣ специальная Комиссія занялась обсужденіемъ предложенной задачи, но, за недостаткомъ времени, ни къ какимъ опредѣленнымъ выводамъ придти еще не могла. Предсѣдатель предложилъ поэтому высказаться, желаютъ-ли присутствующіе сейчасъ-же обсудить этотъ вопросъ или, для возможности лучшаго ознакомленія съ нимъ, отложить обсужденіе его на осень.—Почти единогласно рѣшено отложить этотъ вопросъ на осень.

К. К. Скробанскій. *По вопросу объ организации борьбы съ заболѣваніемъ женскихъ половыхъ органовъ ракомъ.* На основаніи статистическихъ данныхъ, заимствованныхъ исключительно изъ заграничныхъ источниковъ, докладчикъ отмѣтилъ, во 1-хъ, нарастающую частоту заболѣванія ракомъ матки и, во 2-хъ, увеличеніе % выздоровленія подъ влияніемъ своевременнаго оперативнаго пособія, являющагося пока единственнымъ кореннымъ средствомъ въ борьбѣ съ этимъ недугомъ. По статистикѣ *Olschansky'a*, *Zweifel's* и *Chrobak'a*, изъ 100 женщинъ, больныхъ ракомъ матки, оперировать можно было только 28,7%, при чемъ % окончательнаго выздоровленія получился только въ 11,8 всѣхъ оперированныхъ черезъ рукавъ. У *Wertheim'a*, принимающаго чревостѣченіе съ удаленіемъ кѣлѣчатки и железъ, % полнаго выздоровленія равняется 20,4. Однако, по мнѣнію большинства, дѣло не въ способѣ операціи, а въ раннемъ оперированіи. Исходя изъ этой точки зрѣнія, *Winter*, въ Восточной Пруссіи, обратилъ съ соответствующимъ воззваніемъ къ врачамъ, повивальнымъ бабкамъ и публикѣ, и результаты этого воззванія не замедлили сказаться: уже черезъ годъ число рано распознаваемыхъ случаевъ возросло на 120%. Примеру *Winter'a*, увѣнчавшемуся такимъ-же благоприятнымъ результатомъ, послѣдовалъ и *Runge*.

Докладчикъ предлагаетъ поэтому Обществу взять на себя борьбу съ этимъ роковымъ недугомъ и для выработокъ соответствующихъ мѣропріятій избрать специальную Комиссію.

Проф. Д. О. Оттъ выразилъ сожалѣніе, что докладчикъ не воспользовался совсѣмъ русскими данными. На основаніи своихъ 200 случаевъ, при чемъ послѣоперационный срокъ равнялся не менѣе 6-ти лѣтъ, Д. О. вычислилъ % окончательнаго выздоровленія въ 29. Способъ *Wertheim'a*, онъ, на основаніи не разъ уже приведенныхъ имъ соображеній (невозможности удаленія всѣхъ железъ) считаетъ несостоятельнымъ. Рановременное оперированіе не всегда улучшаетъ результаты: иногда случаи, несомнѣнно запущенные, оканчивались полнымъ выздоровленіемъ; случаи-же, въ которыхъ процессъ ограничивался ничтожной эрозіей, давали возвратъ черезъ 2—3 года. Такъ какъ ракъ часто поражаетъ большыя органы, то слѣдуетъ заблаговременно распознать и лечить эти заболѣванія. Поднятіе уровня гинекологическаго образованія врачей будетъ вѣстись съ тѣмъ и лучшимъ средствомъ въ борьбѣ съ ракомъ матки.

Проф. А. И. Замининъ усматриваетъ причину кажущагося нарастанія частоты заболѣванія ракомъ въ томъ обстоятельствѣ, что болѣзнь эта теперь лучше распознается и лучше регистрируется.

По мнѣнію проф. Н. И. Рачинскаго избраніе специальной Комиссіи было-бы и разумнымъ, и желательнымъ.

Н. М. Какущинъ не понимаетъ, почему докладчикъ наибольшее вниманіе удѣляетъ раку. Развѣ гоноррея, напр., или фибромиома не являются зломъ, заслуживающимъ нашего вниманія въ той-же или даже въ болѣе степені? Дѣло научныхъ Обществъ изучать сущность болѣзни; борьбу-же съ нею слѣдуетъ представить общественной медицинѣ. Въ частности, какъ на разумную мѣру, можно указать на увеличеніе числа мѣстъ, гдѣ женщины могутъ получать специальную помощь.

Н. С. Кантисеръ замѣтилъ, что прежде, чѣмъ обращаться къ населенію съ различными, быть можетъ, и очень дѣльными воззваніями, слѣдуетъ научить это населеніе читать.

К. Ф. Мацневскій: Въ медицинѣ или вовсе не слѣдуетъ прибѣгать къ статистикѣ, или-же предварительно необходимо изучить 1) теорію и технику статистики, 2) статистику даннаго явленія; иначе мы рискуемъ еще болѣе затемнить изслѣдуемый вопросъ. Сейчасъ заслушанный докладъ хорошо поясняетъ справедливость сказаннаго. На основаніи колебанія % раковыхъ заболѣваній докладчикъ пришелъ къ выводу о все нарастающемъ для человечества бѣдствіи отъ рака. Между тѣмъ этотъ выводъ построенъ неправильно, и повышеніе % раковъ, какъ на это уже и было указано, прежде всего зависитъ 1) отъ болѣе частаго обращенія больныхъ къ врачамъ, 2) отъ болѣе совершеннаго распознаванія. % смертности отъ оперативнаго вмешательства и % возвратовъ послѣ операціи колеблются вѣще болѣе степені, что зависитъ отъ многихъ вліяній, а въ особенности отъ различнаго отношенія врачей къ случаямъ рака: одинъ врачъ оперируетъ по возможности въ случаяхъ и легкихъ, и трудныхъ, и запущенныхъ и пренебрегаетъ особъ, другой—оперируетъ только въ начальныхъ формахъ рака; въ силу этого у перваго врача разбираемый % будетъ выше, чѣмъ у втораго и можетъ остаться таковымъ даже при значительномъ превосходствѣ оперативной техники, условій асептики и др. у перваго врача. Отсюда слѣдуетъ, что рискованно сопоставлять эти % для оцѣнки различныхъ способовъ операціи. Даже группировка случаевъ на болѣе и менѣе трудные не поможетъ дѣлу въ виду невозможности установленія точнаго предѣла. Фактъ, что случаи, кажущіеся запущенными, даютъ иногда послѣ операціи лучшіе результаты, чѣмъ менѣе запущенные, подтверждаютъ справедливость сказаннаго относительно группировки этихъ случаевъ. Отсюда слѣдуетъ, что 1) статистика раковъ по настоящее время еще вовсе необработана, и что указаніе автора на несомнѣнную точность его цифръ или даже цифръ *Winter'a* составляютъ лишь продуктъ увлеченія; 2) что для рѣшенія вопроса относительно рака имѣютъ сейчасъ наибольшее значеніе клиника и микроскопъ.

Проф. Г. Е. Рейнъ, указавъ на то, что дѣло *Winter'a*, несомнѣнно, дало, хотя и небольшіе, но все же благоприятные результаты, высказался за желательность избранія специальной Комиссіи. Въ Комиссію эту избраны: А. И. Замининъ, Н. М. Какущинъ, Порошинъ, Рачинскій, Скробанскій и К. И. Улемъ-Строманова.

Д. Личкусъ.

## LIX. Международнй Сѣздъ врачей въ Лиссабонѣ.

### Отдѣлъ II. Физиологія.

*Засѣданіе 21/7 апрѣля.* Предсѣдатель организаціоннаго Бюро Отдѣла *Philomeno da Camara* послѣ пріивѣтственной рѣчи собиравшій имена всѣхъ почетныхъ предсѣдателей: проф. *Asser Max Verworn*, *Lepierre*, *Carracido*, *Hirschfeld*, *Biffi*, *John Anderson*, *Tangl*, *Udranski*, *Crooc Antony*, *Vidal*.

*J. R. Corracido* (Madrid). *Свертываніе крови.* Докладчикъ началъ съ опредѣленія состава крови и указалъ, что въ плазмѣ ея содержатся коллоиды и кристаллоиды, повидимому, играющіе роль при свертываніи крови. Хотя вопросъ о свертываніи крови и не теряетъ своего биологическаго значенія, но въ этомъ процессѣ все болѣе и болѣе проявляется физико-химическій характеръ его. Свои изслѣдованія докладчикъ обобщилъ въ слѣдующихъ положеніяхъ: Свертываніе крови есть такой-же физико-химическій процессъ, какъ и свертываніе разведенныхъ коллоидовъ. Зимогенъ, отдѣленіе пластинчатъ крови, соединяясь съ известью, образуетъ катализаторъ, обуславливающий изготовленіе фибрина изъ фиброгена и солей, находящихся въ растворѣ въ плазмѣ крови. Свертываніе коллоида есть слѣдствіе напаванія

состава его раствора, в котором известны радикалы замещены. Образование фибрина также есть следствие присоединения металлических радикалов к фибриногену. Свертывание крови можно рассматривать, как начальный момент биохимического процесса, конечными моментами которого служат образование тканей более или менее, а также хрящевых, потом костных и, наконец, зубной эмали.

**Moraes** (Lisboa) предложил прибавить к словам «Отделение пластинок крови» еще «и бляшек кровяных тлецов», с чем согласился и докладчик, так как нельзя допустить, чтобы в образовании свертывающего бродила крови (зимогена) бляшки тлеца не принимали участия.

Проф. **Tangl** исследованию содержания соляной кислоты в желудке людей по содержанию водородных ионов (*Hydrogenion*). Докладчик принимал ряд растворов соляной кислоты для исследования при помощи электризации свободной кислоты в желудочном соке. По количеству найденной электродвигательной силы высчитались ионы, а след. определялось количество свободной кислоты. Желудочный сок в опытах **Tangl**'а содержал 0,1—0,3 свободной соляной кислоты. Для этих исследований достаточно 1—2 к. стм. сока.

**Carracido** указал на необходимость обследовать и другие кислоты желудочного сока, чтобы иметь право говорить о переваривающей силе его. Докладчик ответил, что он не задавался этой задачей, но что его способ может быть применен и для определения других свободных кислот желудочного сока.

Заседание 22/8 апреля. Председательствовал **Rodriguez Carracido**.

**Ch. Lepierre**. О состав альбуминоидов и в частности муксидов. В своем сообщении докладчик отдает предпочтение способу **Schützenberger**'а перед способом **Kassel**'а.

**Thorwald Madsen**. К вопросу о физиологическом энзимов и изомизмов. В доклад сданы обобщения из ряда прежних работ докладчика по этому вопросу, произведенных совместно с проф. **Arrhenius**'ом из **Stockholm**'а.

Проф. **Bello Moraes** замечал, что, повидимому, прежний эмпирический взгляд на лихорадку, как на средство к защите организма, находил себе подтверждение в работ докладчика. Заседание 23/9 апреля. Председательствовал **Max Verworn**.

**Max Verworn** (Göttingen). Современный взгляд на физиологические процессы, совершающиеся в нервной системе. Докладчик задался целью выяснить роль отдельных элементов нервной ткани — клеток и волокон, на основании результатов, добытых благодаря современным способам исследования. Однако, не смотря на множество работ и исследований в этой области, здесь еще далеко не все ясно, и до сих пор физиологические процессы в нервной ткани темны. Докладчик разработал теорию нейронов и признавал за нервными волокнами такую же обособленную функциональную роль, как и за узловыми клетками. Для каждого из этих элементов докладчик устанавливает биохимические феномены в зависимости от различных физических или химических агентов, раздражающих или парализующих их.

**Philomeno da Camara** заинтересовался техникой опытов с раздражением отдельно волокон и клеток.

**Tangl** спросил о количественном определении кислорода и углекислоты.

**Oliveira Soares** указал, что сохранение отделенных от клеток волокон в течение некоторого времени благоприятно для нейрогенной теории сердечных сокращений.

Заседание 24/10 апреля. Председательствовал **Udransky**.

**A. Birch-Hirschfeld** (Leipzig). Физиологическое и патологическое влияние радия на ткани вообще и на глаза в особенности. Докладчик, изложив методику вопроса о влиянии радия на ткани глаз, остановился на своих исследованиях главным образом над глазами. Изменения, обнаруженные им послѣ более или менее продолжительного применения радия в глазных оболочках и в полости глаза, таковы, что едва ли можно рассчитывать на употребление радия при глазных болезнях: в роговой оболочке он вызывает язвенный кератит, на конъюнктиве — конъюнктивит, в склѣтчатке — набухание клеток, образование пустот в них и изменение ядра, в глазном нерве — явления дегенерации миелина. Все эти наблюдения заставляют докладчика считать радий скорее веществом не лечебным, а опасным и разрушающим глаз. Однако, для лечения трахомы пользуются лечением радием и получают хорошие результаты, хотя результаты эти и переходящи и послѣ лечения спустя некоторое время снова появляется возвратная болезнь. Более же сильное применение радия, чтобы окончательно излечить трахому, опасно и недопустимо, так как угрожает потерей зрения.

**Borges Sousa** указал, что вопрос о влиянии радия на ткани и клетки еще спорный. Что же касается применения радия в лечении глазных болезней и в особенности при трахоме, то результаты здесь еще очень противоречивы. Большинство офтальмологов с большей охотой применяют х-лучи, чем радий, так как первые действуют быстрее и скорее.

**Treacher** и **Collins** согласились с мнением **Sousa**. В заседании 25/11 апр. под председательством **Bello de Moraes**, продолжались обсуждения доклада **Tangl**'а (докладчик отсутствовал). Секретарь **Oliveira Soares** прочел отчет о деятельности Отдела и отчитал выдающиеся доклады **Verworn**'а, **Madson**'а и **Carracido**.

Послѣ этого было единогласно принято постановление о необходимости учреждения особой кафедры биологической химии в медицинских факультетах Португалии.

Отдел III. Общая патология, бактериология и патологическая анатомия.

Председатель д-р **Bellenscourt** открыл заседание приветственной рѣчью и прочел список почетных председателей: проф. **Cornie, v. Hanemann, Bashford, Laveran, Madsen, Fajardo, Hlava, Boyce, Chiari, Moore, Martini, Dominici, Almeida Brandao, Liebermann, Maira, Nakayama**.

В 1-м заседании председательствовал почетный председатель проф. **Laveran**.

Проф. **Chiari** (Прага). Поджелудочная железа и омертвение жировой ткани. Указав на несомненную и установленную научно зависимость омертвения жировой ткани от поражения поджелудочной железой, докладчик остановился на ближайших причинах этого явления и на его характерѣ. Гистологический процесс омертвения в жировой ткани выражен в обратном изменении жировых клеток, а химически — в разложении средних жировых веществ и соединении жировых кислот с известью. Эти изменения зависят от распространения поджелудочного сока вне своих нормальных путей, что вызывается травматическим повреждением ткани железой или разлитием соком (протоолитическое броило) ткани желез при ненормальных условиях (подобно самоперевариванию желудочной ткани). Причины наступления такого самопереваривания в поджелудочной железе очень разнообразны: различные механические ее повреждения, нарушение кровообращения, задержка отделения сока, химические изменения его переваривающей силы в смысле ее повышения и т. п. В клиническом отношении знание этиологической зависимости омертвения жировой ткани от изменения поджелудочной железы имеет большое значение, так как устанавливает правильное причинное лечение, и, по словам докладчика, были случаи спасения больного от смерти своевременным внимательством, имевшим целью повлиять так или иначе на поджелудочную железу.

**Reynaldo dos Santos** (Lisboa). Об омертвении жировой ткани. Докладчик указал на значение желчи при омертвении жировой ткани, а также на значительные изменения в ней некритического-же характера в тех случаях, где не обнаруживают больших изменений в поджелудочной железе, но зато находят изменения в желчных путях. Основываясь на таких наблюдениях, докладчик полагает, что роль желчи в этиологии разлитого омертвения жировой ткани ни в каком случае не может быть сведена к нулю и что, хотя исследования по этому вопросу еще далеко недостаточны, но и те, какие имеются, могут убедить в значении желчи, как причины, вызывающей омертвение жировой ткани.

**M. N. Dominici** (Неаполь). Влияние экспериментальной поразки печени на общее состояние организма, на различные его органы у выживших животных. Докладчик нашел послѣ экспериментальной поразки печени большие изменения в почках, селезенке, щитовидной железе, надпочечниках, поджелудочной железе и спинном мозгу. Сообщение его разъясняет темные стороны физиологии печени и взаимную связь этого органа с другими. В почках докладчик нашел обширные изменения ткани, но при этом было лишь незначительное изменение в составе мочи, если не считать большого увеличения содержания азота, карбонатов и фосфатов щелочно-земельных. Интересно, что истинное поджелудочной железы всегда вызывало перерождение и атрофию почечной ткани в гораздо больших размерах и больше выраженным, чем обыкновенное изменение самой печени. Наоборот, истинное поджелудочной железы вызывало в почках гораздо меньшие изменения, чем истинное печени. Эти изменения в печени зависят, по видимому, от первички сосудов во время операции и доказывают, что печень влияет на состояние питания других внутренних органов и на обмен веществ в организме.

**Carlos Franca** (Lisboa). Гистологическое распознавание водобоязни. Основываясь на 1) ряд изменений в ядрах головных нервов, описанных **Babes**'ом; 2) на изменениях нервных узлов, описанных **van Gehuchten**'ом; 3) изменениях нейро-фибрилярной сѣтки по **Ramon-y-Cajal**'у; 4) на присутствии тлецов **Negri**, можно поставить распознавание водобоязни, но, по мнению докладчика, этих данных еще далеко недостаточно во всех случаях этого заболевания. У хищных животных можно даже по 2-м признакам **Babes**'а и **van-Gehuchten**'а сделать точное распознавание водобоязни; но у остальных, напр. у грызунов, распознавание болезни может быть поставлено только в том случае, если будут найдены изменения в нервно-фибрилярной сѣти и определены тлеца **Negri**. У животных, погибших в начале болезни, иногда не удается обнаружить ни одного из этих изменений, а потому отсутствие их еще не дает права отрицать водобоязни.

Проф. **Hlava** (Прага). О природе янтен **Koplik**'а при кори. Докладчик изучил пятна **Koplik**'а на большом числе коревых больных, где экзантема предшествовала появлению этих пятен на слизистой оболочке рта. Он убедился, что пятна эти по своему строению далеко не одинаковы: они то бывают похожи на кожную сыпь, то представляются в вид незначительных эпителиальных узелков, которые омертвывают и образуют пузырьки, как при оспѣ. На поверхности этих пятен находится множество микроорганизмов и сколовидных тлецов.

Заседание 21/11 апреля под почетным председательством проф. **Chiari**.

Проф. **Martini**. *Trypanosomiasis*. Остановившись подробно на клинических и анатомо-патологических признаках различных заболеваний, где найдены трипаномы (как-то — *surra, nagana*,

сонная болѣзнь и др.), и рассмотрѣвъ различные виды трипаномъ и ихъ строение и развитие, докладчикъ сообщилъ о причинахъ и картинѣ заболѣванія ими челоѣка. По его мнѣнью, необходимо раздѣлять всѣ подобныя заболѣванія у челоѣка на 2 группы. Къ 1-ой онъ причисляетъ мазматическую лихорадку и сонную болѣзнь, группируя ихъ подъ именемъ африканскихъ трипаноміозовъ; 2-ой—цѣлую серію лихорадочныхъ тропическихъ худосочій, съ увеличеніемъ или безъ увеличенія селезенки, группа Kala-azar, наблюдавшаяся раньше въ Азіи, а въ настоящее время обнаруженная и въ Африкѣ. Докладчикъ даетъ подробное описаніе припадковъ, излагаетъ анатомо-патологическія измѣненія, распознание, патогенезъ и лѣченіе каждой изъ этихъ группъ и указываетъ тѣ стороны, какія необходимо разработать, чтобы добиться окончательной побѣды надъ этими тяжелыми заболѣваніями. По его мнѣнью, необходимо: 1) установить степень распространенія этой болѣзни, изслѣдуя систематически кровь всѣхъ больныхъ, у которыхъ ее можно подозрѣвать. 2) Собирать и изучать всѣхъ наѣсковъ, которые могутъ распространять эту болѣзнь. 3) Изучить развитіе трипаномъ въ организмѣ наѣсковъ, такъ какъ возможно, что наѣсками не служатъ только простыми переносчиками этихъ микроорганизмовъ, а эти послѣдніе развиваются въ одной изъ стадій въ тѣлѣ наѣсковъ. 4) Освѣтить способъ вліянія ихъ на организмъ: дѣйствуютъ-ли они механически, или выделяютъ особаго рода токсины? 5) Отыскать средство уничтожать такихъ наѣсковъ или, по крайней мѣрѣ, обезвреживать ихъ укусы. 6) Препятствовать изслѣдованію для отысканія средства излѣчивать эти болѣзни, до сихъ поръ еще разсматриваемыя, какъ неизлѣчимыя. 7) Что касается Kala-azar, то необходимо установить отношеніе ея къ Dehliore и установить болѣе точно способъ передачи заразы и найти посредствующаго передатчика этого яда.

Въ преніяхъ по этому вопросу приняла участіе: *Laveran*, указавшій, что нельзя относить Kala-azar къ трипаноміадамъ, такъ какъ производящій эту болѣзнь микробъ—особый и значительно отличается отъ типичнаго микроорганизма.

Докладчикъ отвѣтилъ на это, что это—не его только мнѣніе, но и многихъ другихъ, и даже *Patrick Monson* и *Leishman* причисляютъ Kala-azar къ трипаноміадамъ челоѣка.

*Schaudin* (Berlin) вполне согласился съ докладчикомъ, что эти микроорганизмы одинаковы, на что указываютъ и ихъ разводки.

*Ayres Kopke* (Lisboa) сообщилъ результаты бактериологическаго изслѣдованія въ 102 случаяхъ сонной болѣзни. Въ 10 случаяхъ онъ нашелъ въ спинно-мозговой жидкости трипаномы *gambienae*; этотъ-же микроорганизмъ былъ найденъ имъ и въ увеличенныхъ воспаленныхъ лимфатическихъ железахъ при проколѣ ихъ и, рѣже, въ крови больныхъ.

*José de Magalhães* (Lisboa). *Проникновенность мозговыхъ оболочекъ при трипаноміазахъ у челоѣка съ точки зрѣнія леченія*. Изучая въ 4-хъ случаяхъ трипаноміаза у челоѣка проникаемость спинно-мозговыхъ оболочекъ для йодистаго калия и метиленовой синьки, докладчикъ пришелъ къ выводу, что оболочки эти совершенно непроницаемы, а потому лѣченіе при этихъ болѣзняхъ необходимо вести такъ, чтобы не назначать средствъ въ желудокъ или подъ кожу, а вводить ихъ непосредственно въ спинно-мозговой каналъ.

Проф. *A. Laveran*. *Предохранительныя прививки противъ болѣзней, зависящихъ отъ простейшихъ*. Докладчикъ разбираетъ этотъ вопросъ по отношенію къ *rigorplasmas*- и трипаноміадамъ. При палудизмѣ не существуетъ невосприимчивости, слѣд., разсчитывать, какъ и оказалось на практикѣ, на предохранительную прививку нельзя. Послѣ же заболѣванія, извѣстныхъ подъ именемъ *rigorplasmas* и трипаноміа, наступаетъ невосприимчивость, почему можно надѣяться, что предохранительныя прививки сослужатъ здѣсь хорошую службу. У животныхъ, которымъ сдѣланы предохранительныя прививки, кровь дѣлается активной; но активность эта слишкомъ мала, чтобы ею можно пользоваться на практикѣ. Такія прививки были испытаны по отношенію къ Техасской лихорадкѣ. Дѣлали прививку быкамъ, и отъ нихъ брали кровь, которой и пользовались для прививокъ; но такія прививки ненадежны, и часто привитыя животные погибаютъ. *Lignières* получилъ особаго рода препаратъ, который онъ впрыскивалъ животнымъ (быкамъ) въ Аргентинѣ, гдѣ была распространена особая эпидемическая болѣзнь на быкахъ, и получалъ успѣшные результаты. *R. Koch* предложилъ особаго рода прививку противъ лихорадки въ Rhodesia (*febris Rhodesiae*), но безъ успѣшнаго результата. При трипаноміазахъ получались такіе-же неблагоприятные результаты. *R. Koch* и *Schilling* прививали ядь «*pagana*» быкамъ и получали только развитіе болѣзни, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ обнаруживали эти микроорганизмы въ скрытомъ состояніи. Во всякомъ случаѣ, не смотря на незначительное число удачныхъ прививокъ, повидимому, вопросъ этотъ близокъ къ разрѣшенію, и уже теперь въ нѣкоторыхъ случаяхъ получаютъ удачные результаты.

Засѣданіе 23/9 апрѣля. Предсѣдательствовалъ проф. *Cornil*. Д-ръ *Doegen*. *Какія научныя доказательства чужеродной природы новообразованій и въ особенности рака?* Указавъ на то, что во всѣхъ случаяхъ новообразованій имъ былъ найденъ особый микроорганизмъ—микрококкус неоформанъ, открытый имъ въ 1901 г., докладчикъ перечислилъ данныя, почему онъ считаетъ причиной новообразованій именно этотъ микроорганизмъ и указалъ на его специфичность и особенность: 1) онъ всегда имѣется въ новообразованіяхъ, въ особенности злокачественныхъ; 2) развивается на различныхъ средахъ; 3) отличается отъ

другихъ микроорганизмовъ своимъ строеніемъ; 4) своимъ расположеніемъ внутри кѣтокъ; 5) прививка его животному вызываетъ образованіе особыхъ соединительнотканыхъ (chondroma) или эпителиальныхъ опухолей, подобныхъ тѣмъ, что развиваются у челоѣка. Въ заключеніи докладчикъ указалъ на трудности разведенія его микроорганизма и на необходимость пользоваться для прививокъ, по возможности, очень сильными разводами.

Онъ-же. *Лѣчебное значеніе бѣлковъ въеществъ, извлеченныхъ изъ нѣкоторыхъ бродиль*. Докладчикъ указалъ на большое лѣчебное значеніе вырсыкиваній подъ кожу вытяжки пивныхъ дрожжей при заразныхъ болѣзняхъ вообще и при развитіи золотистаго стафилококка въ особенности; эффектъ получается подобный тому, какой получается отъ вырсыкиванія сыворотки Roux при дифтеріи.

Засѣданіе 25/11 апрѣля. Предсѣдательствовалъ проф. *Maire*. Д-ра *Guillemet*, *Rappin*, *Ch. Fortineau* и *Patron*. *Туберкулинъ въ молокѣ больныхъ бугорчаткою женщинъ*. Докладчикъ производилъ реакцію на туберкулинъ въ молокѣ больныхъ бугорчаткою женщинъ и въ 4-хъ случаяхъ получилъ успѣхъ. Взятое молоко кипятилось и сохранялось въ стерилизованныхъ сосудахъ. Послѣ вырсыкиванія морскимъ свинкамъ 5 к. стм. такого молока у нихъ наблюдалось повышеніе температуры на 20,5, и только черезъ 6 час. температура понижалась и достигла нормъ. Эта реакція похожа на вырсыкиванія слабымъ дозъ туберкулина.

Д-ра *Rappin* и *Fortineau*. *Туберкулинъ въ мочѣ больныхъ бугорчаткою*. Докладчикъ вырсыкивалъ мочу больныхъ бугорчаткою морскимъ свинкамъ и чрезъ 2 часа послѣ вырсыкиванія получали у нихъ повышеніе температуры, которая падала къ нормѣ чрезъ 6 час. Основываясь на этомъ, они предполагаютъ, что въ мочѣ больныхъ бугорчаткою также содержится туберкулинъ.

*N. Bettencourt* (Lisboa). *Къ ученію объ агрессивности*. Изложивъ развитіе ученія объ агрессивности, открытыя *Baillet*, докладчикъ сообщилъ свои изслѣдованія надъ бактеріями холеры у куръ и пневмоніи у поросятъ и привелъ выводы: 1) Эффектъ нарастанія зараженія можно достигнуть, или примѣняя естественные агрессивны (въ видѣ выпотовъ), или пользуясь для этого какой-нибудь жидкостью, содержащей бактеріинные продукты въ растворѣ. 2) Результаты лѣченія животныхъ выпотами не тѣ, что лѣченія продуктами саморастворенія бактерій (autolysis). Въ виду этого къ 4-мъ способамъ гемолізаціи необходимо присоединить еще 5-ый, основанный на примѣненіи выпотовъ. Открытіе *Baillet* указываетъ новый путь для серотерапіи, и ему можно предсказать блестящую будущность.

*A. Miranda* (Lisboa). *Печеночная недостаточность и артритизмъ*. Выводы: Артритизмъ—результатъ самоотравленія. Самоотравленіе это—хроническое и зависитъ отъ недостаточности прибора, нейтрализующаго яды, главнымъ-же образомъ отъ малой работоспособности печени. Существуетъ цѣлый рядъ лихорадочекъ, извѣстныхъ подъ именемъ «болотныхъ»; во всѣхъ—печеночнаго происхожденія. Привычные запоры зависятъ отъ недостатка количества желчи, изливающейся въ кишечникъ. Хорошіе результаты, достигнутые въ этихъ случаяхъ лѣченіемъ дрожжами (пивными, винными), объясняются способностью этихъ послѣднихъ улучшать дѣятельность печеночной кѣтки.

*Alberto d'Aguiar* (Oporto). *Значеніе сѣры въ мочѣ при заболѣваніяхъ печени*. Выводы: 1) Для сужденія о функціи печени необходимо изслѣдовать количество сѣры въ мочѣ въ 3-хъ формахъ—кислой (въ свободномъ видѣ), кислой въ видѣ солей и нейтральной. 2) Каждая изъ этихъ составныхъ частей сѣры имѣетъ свое значеніе въ распознаваніи заболѣваній печени: кислая свободная соединенія указываютъ на состояніе питательной способности печени, кислая соединенія несвободны на состояніе ея антитоксической, а среднія соли на состояніе ея желчеобразовательной способности. 3) Однако изслѣдованіе этихъ составныхъ частей нисколько не исключаетъ необходимости изслѣдованія и другихъ продуктовъ въ мочѣ, какъ нормальныхъ, такъ и ненормальныхъ, зависящихъ отъ функціи печени.

*Fortineau* и *Allain*. *Tetragenus aureus въ крови больного, страдающаго бѣлокровіемъ. Успѣшное лѣченіе x-лучами*. Докладчикъ приводитъ случай бѣлокровія міелогеннаго происхожденія, въ которомъ послѣ лѣченія x-лучами въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ наступило значительное улучшеніе. Въ крови обнаруженъ *tetragenus aureus*, который оказался болѣеветворнымъ для морскихъ свинокъ и мышей.

*L. и Ch. Fortineau*. *Вліяніе вырсыкиванія ослабленныхъ палочекъ Koch'a на теченіе экспериментальной бугорчатки у морскихъ свинокъ*. Докладчикъ вырсыкивалъ старую разводку Koch'овской палочки на картофелѣ морскимъ свинкамъ. Свинки погибали спустя 8—20 дней при вырсыкиваніи имъ этой разводки подъ кожу, при вырсыкиваніи же ея въ полость брюшинъ докладчикъ не получалъ почти никакого результата. *J. Пуссен*.

## РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ

*Die intestinale Tuberculose-Infection mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters von Livius Fürst. Stuttgart. Изд. Ferdinand'a Enke, 1905 г.*

Цѣль обширнаго труда автора (томъ въ 319 стр.)—дать обобщенный отвѣтъ на злободневный вопросъ о возможности заболѣ-



вания бугорчаткой вследствие употребления в пищу продуктов, содержащих палочки бугорчатки (жемчужной болѣзни) рогатого скота, главным образом молока больных жемчужною болѣзью коровъ. Последнее (въ 1901 г.) заявление Косля, что, по его новѣйшимъ исследованиямъ, палочки жемчужной болѣзни не тождественны съ палочками бугорчатки и что послѣднія не заразительны для рогатого скота, сильно подорвало вѣру въ необходимость тѣхъ предохранительныхъ мѣръ, которыя своими введеніемъ въ общее употребленіе главнымъ образомъ и обязаны авторитету самого же Косля. Неувѣренность въ ихъ необходимости распространилась уже на обширные круги населенія и грозитъ перейти въ полное пренебреженіе ими, а между тѣмъ, какъ отмѣчаетъ д-ръ Fürst, и сами сторонники дуалистическаго взгляда на палочки бугорчатки и жемчужной болѣзни стоятъ за дальнѣйшее сохраненіе мѣръ, установленныхъ противъ зараженія продуктами отъ больного бугорчаткою рогатого скота. Въ сознаніи важности съ клинической и гистологической точекъ зрѣнія, устранить путанность представлений въ этомъ вопросѣ и изложить точное его положеніе въ настоящее время, авт. весьма тщательно пересматриваетъ весь имѣющійся въ этомъ отношеніи литературный матеріалъ. Пересмотръ этотъ приводитъ его къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Зараженіе ребенка чрезъ кишечникъ всесосными съ молокомъ палочками бугорчатки рогатого скота случается не часто, но все же возможно и съ большою достоверностью доказано. 2. Возможность зараженія бугорчаткою чрезъ пищу особенно заслуживаетъ вниманія въ первые годы жизни, въ виду преобладанія въ это время въ пищѣ молока. 3. Точнымъ доказательствомъ возможности первичной бугорчатки кишечника мы обязаны прежде всего патологической анатоміи, затѣмъ, косвеннымъ образомъ, опытамъ на животныхъ, которыми установлена возможность переноса палочекъ бугорчатки человѣка на рогатый скотъ. 4. Статистически параллелизмъ между распространеніемъ жемчужной болѣзни и бугорчатки, какъ и  $\frac{1}{100}$ -нымъ отношеніемъ случаевъ первичной кишечной бугорчатки не доказано. 5. Бугорчатка отъ зараженія чрезъ пищу (первичная кишечная бугорчатка) бываетъ у людей, но по частотѣ значительно уступаетъ бугорчаткѣ отъ зараженія чрезъ воздухъ (первичной легочной бугорчаткѣ). Обѣ разновидности по способу зараженія возможны одновременно у одного лица. 6. Зараженіе чрезъ пищу можетъ происходить въ верхнихъ отделахъ пищеварительнаго прибора, въ лимфатической системѣ зѣва и закончиться, путемъ распространенія чрезъ лимфатическіе сосуды, общей или легочной бугорчаткой. 7. Въ существованіи предположенія, въ смыслѣ пониженной мѣстной или общей сопротивляемости зараженію, нельзя сомнѣваться. 8. Возможность внутриматочнаго (чрезъ послѣдъ) зараженія бугорчаткой доказана. 9. Доказана и возможность многократнаго сохраненія вирулентныхъ палочекъ бугорчатки и жемчужной болѣзни въ человѣческихъ тѣлахъ. 10. Оба вида палочекъ не вполне тождественны, но являются очень близкими, родственными разновидностями одной основной формы. Возможность обоюдосторонняго переноса—*Typhus humanus* на рогатый скотъ, *Typhus bovinus* на людей—точно доказана. 11. Палочки жемчужной болѣзни прорастаютъ у рогатого скота легче и заражаютъ его сильнѣе, чѣмъ палочки бугорчатки человѣка, наоборотъ, послѣднія вредоноснѣе для человека. 12. Коровье молоко, особенно смѣшанное (отъ нѣсколькихъ коровъ), часто содержитъ очень вирулентныя палочки жемчужной болѣзни, болѣею частью въ случаяхъ бугорчатки вымени или открытой легочной. 13. Ложная бугорчатковая палочка (*Pseudobacillen*) масла для человѣка невирулентна въ смыслѣ настоящей бугорчатки. 14. Рогатый скотъ, дающій безъ клиническихъ доказательствъ явленій бугорчатки положительную реакцію на вирускаваніе туберкулина, подозрителенъ въ смыслѣ передачи имъ заразнаго начала, такъ какъ его молоко можетъ содержать палочки жемчужной болѣзни. 15. Палочки жемчужной болѣзни могутъ проникать чрезъ эпителий и слизистую оболочку кишки, не оставляя въ ней замѣтныхъ поврежденій, и отлагаются прежде всего въ кишечныхъ фолликулахъ. 16. Первичною кишечная бугорчатка должна быть признана тогда, когда она является (поскольку вообще можно рѣшить этотъ трудный вопросъ) единственнымъ или давнѣйшимъ бугорчатковымъ процессомъ въ организмѣ. 17. Бугорчатка брызжеечныхъ желѣзъ, безъ замѣтныхъ бугорчатковыхъ измѣненій въ кишкахъ и безъ общей бугорчатки, должна быть признана съ большою вѣроятностью первичною, полученною чрезъ пищу. 18. Безспорные случаи первичной кишечной бугорчатки точно установлены, хотя чаще всего лишь какъ случайная находка при вскрытіи. Они вообще не многочисленны, обычно не проявляютъ наклонности къ распространенію и общему зараженію и не стоятъ въ соотвѣтствіи съ числомъ дѣтей, пьющихъ, не заражаясь, сирѣе или недостаточно прогрѣтое молоко. 19. Обусловливаемая самозараженіемъ кишечная бугорчатка хроническихъ доказываетъ возможность кишечнаго зараженія здоровыхъ дѣтей молокомъ, содержащимъ палочки жемчужной болѣзни (хотя въ бактериальномъ отношеніи эти случаи и неоднородны). 20. Случаи зараженія кожи человѣка продуктами жемчужной болѣзни при прикосновеніи свидѣтельствуютъ, что *Typhus humanus* и *Typhus bovinus* не представляютъ безусловно разнородныхъ видовъ. 21. Первичная кишечная язва и первичная бугорчатка брызжеечныхъ желѣзъ у дѣтей обуславливаются, вѣроятно, внесеніемъ палочки жемчужной болѣзни (*Typhus bovinus*). 22. Для предохраненія отъ бугорчатки дѣтей весьма важны: иммунизация рогатого скота, устраненіе больныхъ экземплярровъ, забота о полученіи свободнаго отъ заразныхъ началъ молока или обеззараживанія его, при одновременномъ обезпеченіи его отъ зараженія чрезъ дыха-

ніе или прикосновеніе больными бугорчаткой людьми. 23. Установленныя до сихъ поръ предохранительныя правила по отношенію къ полученію, разсылкѣ и домашнему употребленію дѣтскаго молока слѣдуетъ сохранить.—Каждое изъ этихъ положеній, какъ сказано выше, является выводомъ изъ тщательно просмотрѣнной литературы по данному вопросу. Врачамъ, особенно дѣтскимъ, которымъ чаще всего приходится разрѣшать сомнѣнія публики относительно цѣлесообразности тѣхъ или другихъ предохранительныхъ мѣръ противъ зараженія бугорчаткой чрезъ молоко, знакомство съ трудомъ д-ра Fürst'a можетъ быть весьма интересно и полезно.

Л. Лавровская.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

CLXXII. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Такъ какъ отправленное мною письмо въ редакцію съ дополнительными литературными данными къ статьѣ моей—«Къ казуистикѣ большихъ псевдоменинговыхъ кистаденомъ яичника» (см. выше, № 31) запоздало и данныя эти не попали въ текстъ статьи, то я считаю необходимымъ пополнить здѣсь случайный пробѣлъ въ литературѣ тѣми источниками, которые у меня сейчасъ имѣются подъ руками.

Прежде всего, что касается самой казуистики большого разрыва кисты яичника, то я позволю себѣ прибавить къ тѣмъ случаямъ, которые указаны мною въ статьѣ, еще 2 новѣйшихъ подобныхъ случая, изъ которыхъ одинъ (2-ой) представляетъ собой, дѣйствительно, большую рѣдкость. Такъ, въ «Русскомъ же Врачѣ» за этотъ годъ въ № 25 П. С. Черевкозъ изъ больницы Таганрогскихъ богоугодныхъ заведеній описалъ кисту, судя по содержанию ея—псевдоменинговую кистаденому, въ томъ 3 п. 5 ф. Большая послѣ операціи выздоровѣла. Затѣмъ, величина кисты въ случаѣ Pfächtler'a, въ томъ болѣе 5 п., которая, повидимому, считалась самою большою изъ описанныхъ до сихъ поръ (1904 г.), должна уступить теперь (1905 г.) мѣсто по величинѣ кисты въ случаѣ I. Kiriac'a (изъ Румыніи), количество жидкости въ которой достигло 110 литровъ, т. е. около 7 пудъ, а женщина съ кистой вѣсила слишкомъ 10 пудъ. Случай этотъ вкратцѣ слѣдующій. У 47-лѣтней женщины опухоль росла въ продолженіи 18 лѣтъ. При приѣмѣ окружности живота достигала 210 см., высота 120 см. Общій вѣсъ больной, не смотря на значительное исхуданіе, былъ равенъ 170 кило. При помини прокола за день до операціи было выпущено 50 литровъ жидкости, но большое количество ея вытекало еще произвольно черезъ отверстіе (послѣ прокола) и, не смотря на это, при операціи было удалено еще 34 литра. Кроме того, 6 литровъ жидкости было въ брюшной полости, такъ что въ общемъ количество жидкости въ кистѣ достигало 110 литровъ. Больная выздоровѣла, авторъ считаетъ свой случай единственнымъ теперь въ литературѣ (Kiriac. «Beitrag zum Studium der grossen Ovarialcysten. Gynaekologie», 1905. № 6. Sammelbericht über die im Jahre 1905 r. in Rumänien veröffentlichten Arbeiten gynäkologischen und geburtshilflichen Inhalts von Dr. E. Toff—Frauenarzt in Brailia. «Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie», т. XXIV, тетр. 2. 1906 г.).

При описаніи же вкратцѣ псевдоменингомы брюшины въ моей статьѣ пропушена русская диссертация д-ра И. Д. Эйера изъ клиники проф. А. И. Лебедева—«Матеріалы къ вопросу о ложномъ слизевикѣ брюшины (pseudomuxoma peritonei) 1900 г. Въ этой диссертациі авторъ на основаніи разбора литературы и 3-хъ наблюденій изъ клиники пришелъ къ выводамъ, что, во 1-хъ, псевдоменингома брюшины не представляетъ самостоятельной болѣзни; она всегда является лишь послѣдовательно въ разрывахъ псевдоменинговыхъ опухолей яичника; во 2-хъ, что послѣднія какъ по макро- такъ и по микроскопическому виду представляютъ типическія аденокистомы (а не миксомы) съ тою лишь особенностью, что стѣнки ихъ крайне тонки и потому легко рвутся и, въ 3-хъ, то обстоятельство, что въ однихъ случаяхъ процессъ на брюшинѣ принимаетъ исключительно характеръ хроническаго воспаленія, а въ другихъ онъ еще осложняется имплантацией, зависитъ отъ возраста лопнувшей кисты. Остальныхъ 7 положеній я не касаюсь, такъ какъ они мало вносятъ новаго въ затронутый вопросъ, да и тѣ, которыя приведены, извѣстны были уже въ литературѣ, хотя нѣкоторые авторами и оспаривались.

А. Ануфриевъ.

Архангельскъ. 21-го августа 1906 г.

CLXXIII. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ въ отвѣтъ на замѣтку ч. пр. Ф. В. Букоемскаго, напечатанную въ № 32 «Русскаго Врача».

Своими оправдательными отвѣтомъ въ № 32 «Русскаго Врача» на мои «не всѣмъ» (вѣроятно, опечатка: не совсѣмъ) справедливыя замѣчанія, ч. пр. Ф. В. Букоемскій не только не опровергъ эти замѣчанія, а, напротивъ, придалъ имъ еще болѣе значенія, т. е. фактически постарался доказать, что я былъ правъ; за это я, въ интересахъ истины, долженъ быть только ему благодаренъ. Quod demonstrandum est.

Факты, на основаніи которыхъ ч. пр. Букоемскій привагаетъ,

самъ того не замѣчая, поверхностное отношеніе свое къ статьѣ, выпущенной изъ университетской клиники, слѣдующіе.

Во 1-хъ, онъ, считая себя необязаннымъ, приводитъ литературу всѣхъ существующихъ опухолей трубы, тѣмъ не менѣе, попутно, дѣлаетъ литературную ссылку (*Saenger*) о совершенно другой опухоли, а именно о ракъ трубы, имѣя при этомъ значительно позднѣе *Saenger*'а напечатанную мою статью «Современное состояніе вопроса (при названіи моей статьи у ч. пр. Букоемскаго слово «вопроса» пропущено) о поражении ракомъ *Fallopi*евыхъ трубъ», даже на 2-хъ языкахъ. Онъ пишетъ, что онъ бралъ тѣ источники, которые были подъ руками. Очевидно, и моя статья у него была подъ руками, если онъ ее имѣлъ. При такомъ отношеніи къ источникамъ ч. пр. Букоемскій могъ привести не только 17 случаевъ *Saenger*'а, но и болѣе старое заключеніе *C. Schröder*'а, что карцинома трубы никогда первично не встрѣчается («*Carcinom kommt an den Tuben niemals primär vor*»), если-бы онъ имѣлъ подъ руками, одновременно съ моей статьѣй, нѣтр. 5-ое изданіе руководства этого автора «*Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane*», 1881 г. Конечно, отъ статьи съ описаніемъ одного клиническаго случая нельзя требовать всѣхъ источниковъ по данному вопросу, какъ отъ диссертаци, тѣмъ болѣе, если статья пишется въ провинціи, гдѣ нѣтъ хорошей библіотеки; но источники новѣйшіе, особенно тѣ изъ нихъ, которые извѣстны автору и находятся у него подъ руками, мнѣ кажется, едва-ли позволительно считать ненужными загроможденіемъ работы. Позволю себѣ отиѣтить, что, когда ч. пр. Букоемскій считалъ меня, повидимому, въ числѣ ненужныхъ авторовъ, проф. *Koblanck* изъ Берлина прислалъ мнѣ любезное письмо по поводу моей статьи о ракъ трубы и указывалъ на свою работу въ «*Allgemeine Pathologie Lubarsch*'а».

Во 2-хъ, относительно сомнѣнія въ распознаваніи опухоли ч. пр. Букоемскій прямо критикуетъ свою собственную статью въ слѣдующихъ выраженіяхъ: «объ этомъ можно говорить, только видѣвъ микроскопическіе препараты, а толковать написанное, не выдавъ препарата, всакий можетъ по своему, какъ угодно». Я и говорю про сомнительное распознаваніе потому, что видѣвъ въ статьѣ микроскопическій рисунокъ опухоли, и, не видѣвъ самого препарата, истолковываю его по своему такъ, какъ онъ иллюстрированъ. Если-бы въ описаніи было болѣе несомнѣнныхъ фактическихъ данныхъ, я-бы и не спорилъ; но не вѣдая же въ Одессу смотрѣть препаратъ, чтобы убѣдиться въ справедливости написаннаго. Для этого, вѣдь, мы обладаемъ другими способами... Что-же касается замѣчанія ч. пр. Букоемскаго, что «по ч. пр. *Amyfrieu* это—*salpingitis pseudofollicularis* или *salpingitis isthmica nodosa*», а по его—«*fibromyoma*», то это, вѣдь, не научный споръ, а сказка про бѣлаго бычка. Къ чему тогда и упоминать всея имена *K. O. Славинскаго*, *Schauta* и *Martin*'а. Далѣе, ч. пр. Букоемскій пишетъ: «Въ заключеніе ч. пр. *Amyfrieu* недоумѣваетъ, чѣмъ я хотѣлъ пополнить русскую литературу? Сообщеніемъ случая фиброміомы *Fallopi*евой трубы, которые рѣдки. Ничего болѣе. Мнѣ кажется, что это и просто, и понятно!» Да, это было-бы дѣйствительно просто и понятно, если-бы тотъ-же авторъ не писалъ въ своей статьѣ: «чтобы хотѣ нѣсколько пополнить отсутствующую въ русской печати литературу фиброзныхъ образований *Fallopi*евыхъ трубъ, скажу о т. наз. удовлетоватѣльн. трубъ, представляющихъ собою пограничную съ фиброміомами форму—объ аденоміахъ трубъ». Развѣ не очевидно для всякаго читателя, что русскую литературу авторъ хотѣлъ пополнить не только сообщеніемъ случая фиброміомы трубы, но и аденомъ, а это, вѣдь, далеко не одно и тоже. Авторъ даже болѣе хотѣлъ пополнить русскую литературу сообщеніемъ объ аденомѣ, чѣмъ описаніемъ случая фиброміомы, потому что въ сообщеніи о фиброміомѣ онъ видѣлъ лишь «нѣкоторый интересъ» (см. начало его статьи). Какъ авторъ пополнилъ литературу аденомами, мною достаточно сказано въ предыдущей замѣткѣ.

Въ концѣ концовъ ч. пр. Букоемскій дѣлаетъ для меня уже окончательно непонятное заключеніе: «Впрочемъ, *рецензія* (курсивъ мой) о моей статьѣ помѣщена въ июльскомъ № «Журнала акушерства и женскихъ болѣзней» и звучитъ она совершенно иначе, такъ какъ *референтъ* (курсивъ мой) писалъ *sine ira et studio*. Въ «Журналѣ акушерства и женскихъ болѣзней», дѣйствительно, помѣщенъ *рефератъ* статьи, принадлежащій перу д-ра *П. Судакова*; но, вѣдь, рецензія и рефератъ—не синонимы. При такомъ смѣшиваніи 2-хъ понятій, конечно, можно легко усмотрѣть «ига» тамъ, гдѣ его нѣтъ, и удивляться разницѣ въ соввучіяхъ...

Не встрѣтивъ фактическаго научнаго опроверженія въ оправдательныхъ словахъ ч. пр. Букоемскаго, я остаюсь еще болѣе при прежнемъ своемъ мнѣніи относительно характера его статьи и отъ дальнѣйшей съ нимъ полемики отказываюсь.

А. Амуфриевъ.

Архангельскъ. 23-го августа 1906 г.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1578. Какъ сообщаетъ «Рѣчь» (26 и 27 августа), въ *В.-Медицинскую Академію* было подано свыше 700 прошеній о приѣмѣ,

принятыхъ-же только 93 чел. — 54 гимназиста, 18 реалистовъ, 8 окончившихъ курсъ естественныхъ факультетовъ съ дипломами 1-ой степени, 10 окончившихъ кадетскіе корпуса и 3-ое юнкеръ славянъ. 5-мъ изъ принятыхъ впоследствии было отказано въ приѣмѣ на основаніи данныхъ медицинскаго ихъ осмотра. На *медицинскій факультетъ Харьковскаго Университета*, по словамъ «Приазовскаго Края» (21 августа), подано 373 прошенія; приняты 323 чел. — гимназистовъ 182, семинаристовъ 32 и реалистовъ 9.

1579. Лекція въ *Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ*, по словамъ «Рѣчи» (27 августа), начнутся 15-го сентября, а государственные экзамены—2-го октября. На 1-мъ курсѣ число слушателей достигаетъ 800 чел.

1580. «Рѣчь» (23 августа) перепечатываетъ изъ «Правительственнаго Вѣстника» слѣдующее извѣстіе: Впредь до общаго разрѣшенія еврейскаго вопроса въ законодательномъ порядкѣ, Министерство народнаго просвѣщенія рѣшило въ нынѣшнемъ учебномъ году допускать въ число студентовъ и волею-слушателей евреевъ, удовлетворяющихъ по своему образованію вновь введеннымъ правиламъ, *сверхъ ограничительной нормы*.

1581. Агентскія телеграммы (отъ 25-го августа) сообщаютъ, что на состоявшейся въ Казанскомъ Ветеринарномъ Институтѣ Сходкѣ студентовъ подавляющимъ большинствомъ голосовъ была принята революція, гласящая, что съѣхавшаяся часть студентовъ-ветеринаровъ рѣшила открыть Институтъ для занятій, но не отказываться отъ участія въ освободительномъ движеніи, когда того потребуетъ время и обстоятельства. Общественческая Сходка въ Университетѣ предполагается 15-го сентября.

1582. Любопытная справка... для отдаленнаго потомства. Въ «Новомъ Обзорѣ» (10 августа) напечатано: «Канцелярія Одесскаго Университета увѣдомила канцелярію медицинскаго факультета, что при представленіи прошеній о желаніи экзаменоваться на званіе аптекарскаго помощника не слѣдуетъ требовать представленія *свидѣтельства о политической благонадежности*».

1583. Организационная Коммиссія по созыву Съезда по вопросамъ земскаго и городского самоуправления (см. выше, № 21, стр. 658 и № 23, стр. 722) выработала, какъ сообщаетъ «Русскія Вѣдомости» (20 августа), слѣдующій проектъ. «Введеніе конституціонныхъ началъ въ Россіи неизбѣжно влечетъ за собой коренное преобразование мѣстнаго самоуправления. Существующія земское и городское общественныя управления въ силу своего узко-буржуазнаго характера, тѣсной зависимости отъ администраціи и бюрократическаго способа веденія хозяйствъ лишены авторитета въ глазахъ населенія и не могутъ удовлетворять его многообразныя мѣстныя нужды. Для правильнаго развитія мѣстнаго самоуправления безусловно необходимо участіе въ немъ всѣхъ общественныхъ слоевъ населенія, демократизація его, полная аутономія и расширеніе его компетенціи на всѣ дѣла внутренняго государственнаго управленія, за исключеніемъ тѣхъ отраслей, которыя по существу своему относятся къ вѣдѣнію центральнаго государственнаго управленія, какъ, напр., почтовое и телеграфное дѣло, сношенія съ иностранными державами, таможни и т. п. Вмѣстѣ съ тѣмъ дѣятельность всѣхъ работниковъ по самоуправленію должна быть организована на строго-общественныхъ началахъ и стоять возможно ближе къ населенію (мелкая городская и земская единицы). Неотложность полной реформы мѣстнаго самоуправления не подлежитъ сомнѣнію и была признана первой Государственной Думой, приступившей было въ отдѣльныхъ фракціяхъ къ составленію соответствующаго законопроекта. Дѣятельность мѣстныхъ самоуправленій, сложная сама по себѣ, требуетъ особеннаго напряженія общественныхъ силъ въ переходные періоды, каковыми является для Россіи настоящій моментъ. Въ наше время быстро растетъ самосознаніе народа, а съ нимъ появляются и новые общественные запросы и потребности. Старые способы и старая практика не успѣваютъ, да и не могутъ удовлетворить вновь назрѣвающихъ общественныхъ нуждъ. Для этого необходимы силы всей страны: правильно организованная Дума и правильно организованныя мѣстныя самоуправленія только и могутъ справиться съ этой задачей. Реорганизация мѣстнаго самоуправления—настолько сложное дѣло, что выработка Городового Положенія или Положенія о земскихъ учрежденіяхъ являются лишь частью, хотя и важной, всей работы. Другая сторона дѣла—организация хозяйства при новыхъ условіяхъ—остается еще открытымъ вопросомъ. Въ этой области остается еще громадное поле дѣятельности для общественной инициативы. Между тѣмъ и самые новые проекты Городового и Земскаго Положенія нуждаются въ критическомъ пересмотрѣ ихъ съ точки зрѣнія будущей организаціи дѣла. Работа по реформѣ мѣстнаго самоуправления предостѣгаетъ огромную, и къ участію въ ней необходимо привлечь, по возможности, всѣ слои населенія и общественныя организаціи. Въ цѣляхъ широкаго и разносторонняго обсужденія вопросовъ по реорганизации городского и земскаго самоуправленій въ связи съ измѣненіемъ социально-политическаго строя и предполагается въ концѣ текущаго года Съездъ по вопросамъ городского и земскаго самоуправления (въ Москвѣ, при Московскомъ Отдѣленіи Императорскаго русскаго техническаго Общества). Въ докладахъ, представляемыхъ на Съездъ, вопросы должны разсматриваться съ общей точки зрѣнія въ отношеніи постановки той или другой отрасли хозяйства или освѣщенія той или другой стороны въ дѣятельности мѣстныхъ самоуправленій въ связи съ предстоящей реорганизаціей этихъ послѣднихъ. Желательно, чтобы доклады не имѣли узко-спеціального характера».

Съезд предполагается разбить на 10 Отделов: 1) Отдел общих вопросов, 2) — народного образования, 3) — общественного здравоохранения, 4) — по экономическим вопросам, 5) — по финансовым вопросам, займам, бюджету и налогам, 6) — по рабочему вопросу, 7) — страхового и пожарного дела, полиций и милиции, 8) — предприятий технического характера, строительного дела и высшего благоустройства, 9) — общественного призрения, 10) — о положении и организации служащих. Вся работа по организации Съезда сосредоточена в организационной Комиссии, при которой работают 10 Бюро Отделов. Комиссия просит присылать одновременно все доклады, проспекты, замечания и пр. по вопросам Съезда, с указанием адреса автора, на имя Московского Отделения Императорского русского технического Общества, Отдел городского и земского самоуправления (Москва, Рождественка, д. Хлудовых).

1584. «Речь» (23 августа), со слов «Русского Слова», сообщает, что командующий войсками Одесского округа предает военному суду 14 лиц, составлявших военную организацию, имевшую ближайшую целью пропаганду среди нижних чинов. *В числу преданных этому суду находится 1 врач.*

1585. 15-го августа — пишут «Русским Ведомостям» (19 августа) — в Харьковское медицинское Общество явился околоточный надзиратель и предъявил бумагу от полицмейстера, в которой говорится, что Харьковский ген.-губернатор, просит «Протоколы» Общества за 1905 г., нашел в них антиправительственные постановления, а потому предписывает приостановить издание этих «Протоколов» и арестовать экземпляры не распространяемые еще экземпляры их. На этом основании околоточный надзиратель заарестовал найденные им в Обществе 340 экземпляров «Протоколов».

1586. «Речь» (24 августа) сообщает, что освобожденный месяцем назад по делу Совета рабочих депутатов д-р А. Ю. Фейт на днях арестован вновь. Арест был произведен на улице.

1587. «Речь» (24 августа) телеграфируют из Кишинева, что врач местечка Тегенешты Модермейстер, списавший с газеты и показавший гостю Выборгское воззвание, по доведению местного пристава, заключен администрацией на месяц при полиции.

1588. Ж.-вр. М. Яблонская, арестованная 8-го марта и заключенная в Литовскую тюрьму, на днях, по словам «Речи» (24 августа), освобождена из-под ареста.

1589. 4-го августа в Чите арестован фельдшер больницы для умалишенных Стюторусов, якобы замешанный в хранении типографин, найденной на стенах больницы («Даль», 8 августа).

1590. «Речь» (24 августа) пишут из Нарыма, Томской губ., что там теперь свыше 800 чел. ссыльных, среди которых есть и тяжело-больные, а между тем по близости ни врачебная палатка, ни врачи нет.

1591. «Оку» (27 августа) телеграфируют из Ялты, что городская и земская Управы, Общество курортного благоустройства, Общество охранения народного здоровья и многие другие учреждения обратились к премьеру и губернатору с телеграфными ходатайствами не вводить в Ялту военных положений, не вызываемых обстоятельствами и грозящего отвлеком больных, погубить курорт и разорвать население.

1592. В свое время мы сознательно воздержались от перепечатки сообщения некоторыми общими газетами известия о том, будто один врач — тогда он не был назван — дал «политическому», проглотившему при аресте компрометирующую его бумагу, рвотное с целью добыть этот документ; так маловероятным казалось нам это сообщение. С огромным удовольствием мы убедились теперь, что мы были правы в своем предположении: «Товарищ» (26 августа) сообщает, что обвинение это в отношении врача (ж.-дорожный врач Верженский) оказалось, действительно, ложным; арестованному даль рвотное фельдшер, и то потому, что ему заявили, что пред ним — отравившийся больной. Газета добавляет, что «в Союз» медицинского персонала в ближайшем будущем будет поднят вопрос, входить ли в дело медики медицинской помощи такого рода действия? На этот вопрос, нам кажется, не может быть много ответа, кроме отрицательного: врач может и должен способствовать раскрытию истины при всевозможных видах судопроизводства всеми своими силами и разумием, но при одном основном и непоколебимом условии — никоим образом не вредить здоровью обвиняемого.

1593. «Товарищ» (27 августа) сообщает, что вскоре после убийства М. Я. Герценштейна в среде служителей и сиделок Петропавловской больницы в Петербурге возникла мысль о возложении вѣны на могилу убитого. Къ низшему служительскому персоналу прикинули фельдшера и фельдшерлицы, и начался сбор денег. Объ этомъ узнали мѣстные полицейскія власти и через посредство больницы администраціи произвели соответствующее давленіе на служителей и сидѣлокъ, угрожая репрессивными мѣрами въ случаѣ, если возложеніе вѣны состоится. Особенно беспокоили полицію лѣнты и надписи. Возложеніе вѣны не состоялось. Хотѣлось-бы вѣрить, что въ действительности не все было именно такъ.

1594. «Речь» (25 августа) сообщает, что Петербургскій градоначальникъ потребовалъ удаленія изъ больницы Николая Чудотворца 15 чел. служащихъ; поводомъ къ этому послужила провонхавшіе весной текущаго года въ этой больницѣ беспорядки. Больничная Комиссія, однако, нашла, что исполненіе требованій

градоначальника можетъ повести къ нарушенію спокойствія въ больницѣ, а потому рѣшила уѣдомить городского голову, что она не ручается за спокойствіе въ больницѣ, если требованіе градоначальника будетъ исполнено. — «Товарищъ» (25 августа), однако, много мѣня о храбрости Комиссіи: по его словамъ, Комиссія постановила считать увольняемыхъ служащихъ добровольно оставившими службу и выдать имъ за 1/2-мѣсяца жалованье и единовременное пособіе въ размѣрѣ 2-мѣсячнаго содержанія.

1595. Петербургскими газетамъ (26-го августа) сообщаютъ изъ Москвы, что «25-го августа общеземская организація получила отъ своего агента изъ Уфимской губ. чрезвычайно тревожныя извѣстія: въ настоящее время въ губерніи уже зарегистрировано 1.200.000 голодающихъ. Положеніе съ каждымъ днемъ обостряется и грозитъ неисчислимыми бѣдствіями даже въ недалекомъ будущемъ, такъ какъ всякія средства помощи быстро истощаются».

1596. По словамъ «Волгара» (11 августа), эпидемія возвратнаго тифа въ Нижнемъ-Новгородѣ усиливается (см. выше № 31, стр. 974); учащаются и заболѣванія брюшнымъ тифомъ.

1597. По сообщенію агентскихъ телеграммъ (отъ 22-го августа), въ Лодзи свирѣпствуетъ эпидемія скарлатины. Смертность отъ скарлатины доходитъ до 30% общей смертности. Отсутствіе городской больницы лишаетъ скарлатинныхъ возможность больничнаго призрѣнія. Изоляціоннаго дома нѣтъ. Обеззараживающая камера не дѣйствуетъ. Ходатайство объ отводѣ для больныхъ скарлатиной пустующаго городского барака, служившаго для холерныхъ больныхъ, осталось безъ послѣдствій. Состоялось засѣданіе врачей для обсужденія способовъ борьбы съ эпидеміей. Школьные врачи обязались осматривать воспитанниковъ каждыя 3 дня.

1598. 15-го августа, какъ передаетъ «Одесскій Листокъ» (30 августа), въ Елисаветградской земской Управѣ открылось засѣданіе очереднаго Совѣщанія мѣстныхъ земскихъ врачей. Совѣщаніе на этотъ разъ очень подробно остановилось на обзорѣ заболеваемости населенія уѣзда остро-заразными болѣзнями. Заболеваемость дифтеріей, скарлатиной и тифомъ признана чрезвычайной. Рѣшено усилить медицинскій персоналъ и, въ случаѣ надобности (какой-же еще? Ред.), открыть больницы. Относительно участія представителей вспомогательнаго медицинскаго персонала въ Совѣщаніяхъ врачей признано, что это участіе должно быть постояннымъ и что передъ Совѣщаніями врачей должны быть созываемы Совѣщанія фельдшеровъ для предварительнаго обсужденія въ ихъ средѣ различныхъ вопросовъ земской медицины. Живой обмѣнъ мнѣній вызвали доклады объ увеличеніи содержанія лицамъ вспомогательнаго медицинскаго персонала и о нормировкѣ ихъ труда. Совѣщаніе врачей высказалось уже однажды за желательность увеличенія числа врачей по примѣру Московскаго Земства и противъ самостоятельной дѣятельности фельдшеровъ. Совѣщаніе рѣшило поддержать ходатайство фельдшеровъ въ части, касающейся увеличенія ихъ содержанія. Въ Совѣщаніи поднятъ былъ также вопросъ объ учрежденіи школьных врачей. Подготовительная Комиссія указала на необходимость устройства лекцій для учителей и открытія аптекъ при школахъ. Наблюденіе за этимъ дѣломъ предлагается возложить на 2-хъ специальныхъ школьных врачей, которые должны принимать участіе въ обсужденіи вопросовъ по постройкѣ школьных зданій, а также присутствовать (съ правомъ рѣшающаго голоса? Ред.) въ засѣданіяхъ училищнаго Совѣта.

1599. Какъ сообщаетъ «Новое Обозрѣніе» (26 августа), Комитетъ Общества благоустройства Куяльницкаго Лимана и Куяльническое санитарное Попечительство, пріѣхавшаго на мѣсто Одесской городской Управы построить на лиманѣ юстининку и желазъ, съ своей стороны, оказать посильное содѣйствіе наиболѣе успѣшному осуществленію этого проекта, согласно постановленію общаго Собранія, обратились въ городскую Управу съ просьбой передать планъ постройки на ихъ предварительное заключеніе, такъ какъ они близко знакомы съ условіями курортной жизни и съ мѣстными особенностями. Вмѣстѣ съ тѣмъ Общество и Попечительство обращаютъ вниманіе на весьма важное обстоятельство, а именно, что въ нечистотѣ изъ 100 номеровъ гостиницы неминуемо должны попадать въ тотъ-же лиманъ и притомъ въ ту же часть, куда попадаютъ ключевыя воды изъ городского лечебнаго заведенія, отдѣленія больницы и санаторія югозападныхъ дорогъ; въ результатъ получаютъ колоссальное загрязненіе лимана, которое можетъ повести къ гибельнымъ послѣдствіямъ. Въ виду этихъ соображеній постройка гостиницы, безъ единовременнаго устройства канализаціи, признана Комитетомъ и Попечительствомъ совершенно недопустимой.

1600. Одесская городская психіатрическая больница, какъ свидѣтельствуетъ отчетъ о ней за 1904 г., не избѣгла общей участи городскихъ больницъ и въ частности психіатрическихъ — переполненія. Одинъ изъ ея ординаторовъ, д-ръ О. Ф. Бирскій, въ замѣткѣ, напечатанной въ вышеупомянутомъ отчетѣ — къ вопросу о переполненіи больницы, такъ описываетъ ея положеніе: «Одесская городская психіатрическая больница должна была принимать всѣхъ больныхъ одесситовъ и всѣхъ не одесситовъ, доставляемыхъ полиціей, и только энергичной эвакуаціей иногороднихъ могла защищаться отъ переполненія. Вслѣдствіе этого послѣднее нарастало весьма быстро и достигло, наконецъ, такой высоты, для которой общепринятый терминъ «переполненіе» представляется слабымъ. Достаточно сказать, что, вмѣсто 250 чел., на которыхъ была рассчитана больница, въ ней пріѣзжались теперь (ноябрь 1905 г.) 560 чел. Это уже не переполненіе больницы, а перепрессовываніе больныхъ». Изъ пред-

посылаемых главным врачом ч. пр. Б. И. Ворониским «Вступительных замечаний» видим, что упомянутая выше мѣра против переполнения больницы—эвакуация инородных больных на родину—примѣнялась въ 1904 г. въ Одесской психиатрической больницѣ уже 3-й годъ, и за этотъ періодъ времени всего отправлено на родину инородных больных 197 чел. Однако, при этомъ приходится считать съ противодѣйствиемъ губернскихъ земскихъ Управъ, находящихся такую эвакуацию незаконной; опредѣленных же законоположеній по вопросу о призрѣніи душевно-больныхъ не имѣется. Б. И. Ворониский особенно подчеркиваетъ важность вопроса объ эвакуации инородныхъ больныхъ, такъ какъ они, вслѣдствіе трудности ихъ эвакуации, главнымъ образомъ и способствуютъ переполненію больницы, представляя очень высокій % общаго числа призрѣваемыхъ. Такъ, въ 1903 г. въ Одесской психиатрической больницѣ было всего на пользованіи 259 Одесскихъ мѣщанъ, а инородныхъ мѣщанъ и крестьянъ различныхъ губерній 413; въ 1904 г. Одесскихъ мѣщанъ было 248, а инородныхъ мѣщанъ и крестьянъ 431. Дале, среди пользовавшихся въ 1904 г. въ названной больницѣ больныхъ обращаетъ на себя вниманіе большое число арестантовъ. Въ 1904 г. въ больницѣ было на пользованіи 126 чел. испытываемыхъ арестантовъ, душевно-больныхъ преступниковъ и преступныхъ душевно-больныхъ, тогда какъ въ 1903 г. ихъ было всего 68. Такое большое (почти вдвое) увеличеніе числа бывшихъ на пользованіи арестантовъ объясняется, по свидѣтельству Б. И. Воронискаго, тѣмъ, что въ 1904 г. особенно много поступало изъ тюремъ арестантовъ, оказавшихся симулянтами. Это обстоятельство вызвало необходимость ходатайствовать объ измѣненіи порядка перевода арестантовъ изъ тюремъ въ психиатрическую больницу. Въ настоящее время вопросъ этотъ разрѣшенъ въ благоприятномъ для больницы смыслѣ, и теперь арестанты не переводятся въ лечебницу безъ предварительнаго освидѣтельствованія ихъ врачомъ-психиатромъ. Эта мѣра, по словамъ Б. И. Воронискаго, сразу понизила число поступающихъ изъ тюремъ арестантовъ, и вмѣстѣ съ этимъ случаи притворства стали наблюдаться гораздо рѣже. Однако-же, какъ это видно изъ замѣтки д-ра Бирсаго, и въ ноябрѣ 1905 г. переполненіе Одесской психиатрической больницы доходить до «перепрессовыванія больныхъ». «Перепрессованные» больные Одесской городской больницы хотя не голодаютъ; въ Буршевской-же колоніи для душевно-больныхъ (Тверского губернскаго Земства), по свидѣтельству отчета ея за 1904 г., было дошло уже до голоданія призрѣваемыхъ. Авторъ этого отчета, директоръ колоніи В. Н. Ерольскій, сообщаетъ о необычайномъ повышеніи въ отчетномъ году числа умершихъ отъ бугорчатки (48, вмѣсто 23—29 въ предыдущіе годы), устанавливается на причинахъ этого явленія и высказываетъ слѣдующія соображенія: «Сравнивая условия жизни больныхъ въ колоніи въ отчетномъ году съ таковыми-же въ предыдущіе 4 года, мы находимъ, что существенному измѣненію, уже съ 1903 г., подверглось питаніе больныхъ. Припомнимъ, что Собраніе сессіи 1902 г. въ виду перерасходовъ по пищевому довольствію больныхъ, сдѣлало категорическія указанія Управѣ и администраціи колоніи на необходимость, во-что-бы то ни стало, избѣгать въ будущемъ такихъ перерасходовъ, при чемъ однако Собраніе не увеличило смѣтнаго назначенія на пищевое довольствіе, какъ испрашивалось Управой по представленію врачебнаго Совѣта, который указывалъ на увеличеніе смѣтнаго назначенія, какъ на единственный способъ предупредить перерасходъ, такъ какъ никакихъ урѣзковъ въ существующихъ нормахъ пищевого довольствія больныхъ, за отсутствіемъ чего-либо лишняго въ этомъ отношеніи, онъ, Совѣтъ, не находить возможнымъ сдѣлать безъ существеннаго вреда для питанія больныхъ. Оставшись при прежнемъ смѣтномъ назначеніи и выискивая во исполненіе требованія Собранія мѣры къ предупрежденію перерасхода въ слѣдующемъ 1903 г., Совѣтъ колоніи не нашелъ къ тому иного средства, какъ уменьшеніе суточного пайка говядины для 1 больного съ  $\frac{3}{4}$  ф. на  $\frac{5}{8}$  ф., постановивъ однако тогда-же представить Управѣ для доклада Собранію, что такое уменьшеніе не можетъ считаться нормальнымъ, такъ какъ  $\frac{3}{4}$  ф. составляютъ минимальный, допускаемый гигиеной питанія, суточный паекъ говядины для людей, находящихся въ условіяхъ жизни, аналогичныхъ условіямъ жизни больныхъ колоніи, и всякая урѣзка этого минимума должна отзываться неблагоприятно на питаніи больныхъ. Поэтому, какъ указывалъ Совѣтъ, сдѣланное уменьшеніе можетъ быть терпимо, лишь какъ временная мѣра, а затѣмъ прежній паекъ долженъ быть восстановленъ. «Урѣзка  $\frac{1}{8}$  ф. говядины изъ суточного пайка больного, говоритъ докладъ 1903 г., составляетъ несомнѣнный недостатокъ въ питаніи, который, если еще не казался ясно выраженными нежелательными послѣдствіями въ настоящее время, то, несомнѣнно, скажется таковыми въ будущемъ, въ видѣ, напр., усиленія заболѣваемости больныхъ бугорчаткой, цынгой, малярией и прочими спутниками хроническаго недодѣланія. Поэтому, говорить далѣе докладъ врачей, въ предупрежденіе зла, Совѣтъ проситъ дать ему возможность возвратиться съ будущаго года къ прежней нормѣ говядины въ размѣрѣ  $\frac{3}{4}$  ф. на человѣка въ день, увеличивъ смѣтное назначеніе на пищевое довольствіе больныхъ и прислуги въ томъ размѣрѣ, какъ это указано въ проектѣ смѣты». «Послѣ приведенныхъ справокъ невольно возникаетъ предположеніе, говорить директоръ колоніи, не оправдалась ли уже въ отчетномъ году оцѣнка Совѣта врачей колоніи, и не есть ли наблюдаемое въ этомъ году увеличеніе % смертности въ колоніи, главнымъ образомъ за счетъ увеличенія % умершихъ отъ бугорчатки, ре-

зультатъ произведеннаго въ 1903 г. уменьшенія суточного пайка говядины на  $\frac{1}{8}$  фунта?....—При такихъ условіяхъ призрѣніи душевно-больныхъ, хотя-бы въ нѣкоторыхъ земскихъ психиатрическихъ лечебницахъ, не приходится удивляться, что эвакуация инородныхъ больныхъ изъ городскихъ лечебницъ наталкивается на противодѣйствіе со стороны земскихъ Управъ, какъ отмѣчается въ отчетѣ Одесской психиатрической больницы.

1601. Бывшій предѣлатель Нижегородскаго армарочнаго Комитета К. А. Ясюнянскій, какъ сообщаетъ «Волгарь» (11 августа), пожертвовалъ 3500 р. армарочнымъ болѣвничкамъ съ тѣмъ, чтобы  $\frac{1}{100}$  съ этихъ денегъ шла исключительно на выдачу пособій деньгами, платьемъ, обувью и бѣльемъ неимущимъ лицамъ, выписывающимся изъ этихъ больницъ. Выдачи производятся по усмотрѣнію врачей, заведующихъ больницами, а отчетъ долженъ представляться въ армарочный Комитетъ.

1602. Умершій въ Елисаветградѣ г. Котляръ завѣщалъ 10000 р. на постройку отъской больницы въ Елисаветградѣ именіи жертвователя («Одесскій Листокъ», 11 августа).

1603. Въ наступающемъ сентябрѣ, какъ сообщаетъ «Око» (23 августа), будетъ слушаться въ особомъ присутствіи Петербургской судебной Палаты дѣло о вывозѣ на тачкѣ въ больницу св. Николая Чудотворца директора ея Н. Н. Реформатскаго (см. выше, № 3, стр. 92). Въ качествѣ подсудимыхъ привлекается не только низшій и средній персоналъ больницы, но и д-ра Г. Я. Трошинъ и смотритель больницы Шульцъ. Обвиненіе предъявлено въ оскорбленіи дѣйствіемъ должностнаго лица при исполненіи служебныхъ обязанностей.

1604. Общія газеты (отъ 20-го августа) сообщаютъ о побѣдѣ изъ больницы св. Николая Чудотворца (Петербургъ) одного изъ подслѣдственныхъ заключенныхъ—крестьянина П. Находясь въ больницѣ на испытаніи, онъ съ 2-мя другими, также находившимися на испытаніи, подслѣдственными заключенными подлилъ рѣшетку въ окнѣ 4-го этажа больницы, и всѣ спустились на канатѣ изъ простыни и веревки въ больничный садъ. Скрыться удалось, однако, одному Р.; другіе задержаны.

1605. Побѣды, хотя и отдающія специфическимъ букетомъ, лавры гг. Дубровина и Камаурова вскружили голову и нѣкому д-ру Надеждину (Г. Г.), и онъ, не задумываясь, пошелъ по проторенной этимъ столами мясно-рыбнаго «патростанна», увылъ—черновотенными агитаторами изъ врачей, дорогі. Намъ присланъ № «Гамбовскаго Голоса» (отъ 11-го іюля), въ которомъ помѣщена слѣдующая корреспонденція г. Д-а изъ Серповской волости Моршанскаго уѣзда. «Селенія Серповской волости наводнены черновотенными листками подъ заглавіемъ: «Какъ думскіе полубаре хотѣли мужика обмануть?» Текстъ этихъ листковъ разсчитанъ на полное невѣжество крестьянъ и имѣетъ цѣлью опорочить Государственную Думу за ея выраженіе въ отвѣтъ на тронную рѣчь стремленія къ установленію ответственности министровъ, равноправія всѣхъ гражданъ, автономіи окранныхъ, а особенно къ надѣленію крестьянъ землею и счетъ монастырскаго и частнаго землевладѣнія. Грубо поддѣланнымъ подъ народную рѣчь холопскимъ языкомъ «окрашенной» словесности листки пытаются извратить смыслъ Думскаго адреса, унизить народныхъ представителей кличкой «жидовствующихъ», «полубаръ безъ креста на шеѣ», «сообщниковъ убійцъ и смутьяновъ» и возстановить противъ нихъ народъ слѣшкомъ глупою инсинуаціей, будто они хотѣли отобрать землю у крестьянъ въ пользу евреевъ. Впрочемъ, заключаешь листокъ, обманъ Думцевъ былъ обнаруженъ представителями Совѣта министровъ, который имъ отвѣтилъ, что «не сдѣлають по-ихнему», а облагодѣлствуютъ крестьянъ другими «вѣрными» способами... Хотя въ листкахъ можно усмотрѣть основаніи для привлеченія авторовъ къ отвѣтственности за клевету, оскорбленіе законодательнаго учрежденія и возбужденіе одной части населенія противъ другой, но въ общей концепціи этого произведенія нельзя не замѣтить нѣкотораго совпаденія его съ министерскою декларацией и разными инструкціями и циркулярами, оглашаемыми въ послѣднее время нескромною прессой. Нетрудно, поэтому, догадаться, кѣмъ вдохновлялись, гдѣ пишутся и откуда разсылаются листки. Впрочемъ, относительно того, откуда рассылаются листки, имѣется и прямое указаніе: на каждомъ листкѣ наклеенъ ярлычекъ, на которомъ напечатано пишущей машиной—«Прому извѣститъ о полученіи. Гамчина, доктору Надеждину». Сей д-ръ Надеждина, сынъ священника с. Серповскаго, обучался нѣкогда въ Университетѣ за счетъ стипендіи отъ Моршанскаго Земства. Испрашивая эту стипендію, онъ извѣщалъ горячее желаніе работать на пользу роднаго уѣзда. По окончаніи курса онъ нѣкоторое время былъ земскимъ врачомъ въ Моршанскомъ уѣздѣ, а потомъ экономическимъ въ нѣмъ кв. Долгорукаго, выработавъ изъ себя знатнаго хирурга и, въ качествѣ такового, переехавъ въ Гатчинскій госпиталь, гдѣ, кажется, и теперь благополучно пребываетъ. Лишенный возможности «работать на пользу роднаго уѣзда» хирургическимъ ножомъ, онъ вооружился духовнымъ мечемъ «православія, самодержавія и народности» и издалека поражаетъ имъ внутренняго врага, разсѣвая по родному уѣзду «разумное, доброе, вѣрное» въ видѣ изложенныхъ черновотенныхъ прокламаций. Понявъ отъ послѣднихъ несомнѣнная: будучи не такими невѣждами, какъ ихъ предполагаютъ составители листковъ и «сѣтели», во все же темные, крестьяне Серповской волости: 1) задумались крѣпко надъ вопросомъ о своихъ благодѣтеляхъ и стали въ нихъ усиленно разбираться при помощи добрыхъ людей и хорошихъ газетъ, которыхъ ранѣе не выписывали; 2) возмущены поведеніемъ своего земляка, полнаго барина (а не «полубарина») д-ра Надеждина и потеряли къ нему всякое уваженіе; 3)



рѣшили послать въ Думу одинъ изъ 4-хъ названныхъ листовъ на предметъ запроса и привлеченія къ ответственности виновныхъ въ оскорбленіи Думы, что уже свидѣтельствуется о развитіи политическаго сознанія среди крестьянъ и, слѣд., о благотворномъ вліяніи листовъ «отъ противнаго» я, наконецъ, 4) признали необходимымъ огласить все вышеозначенное въ печати, что опять указываетъ на высоко-воспитательное значеніе листовъ, хотя и «задомъ напередъ». Крестьяне рѣшили также просить редакцію «Тамбовскаго Голоса» о посылкѣ одного экземпляра газеты съ настоящимъ замѣткой по вышеуказанному адресу г. *Надеждину* въ качествѣ извѣщенія о полученіи отъ него листовъ.—Скачекъ изъ Земства въ придворный госпиталь, пожалуй, и впрямь слишкомъ большой, чтобы не растерять при этомъ нѣкую толику завѣтовъ и общаго студентства.

1606. «Волгарь» продолжаетъ помѣщать письма и замѣтки, позорящія честь фельдшера *Шитова* и д-ра *Баулина* (см. выше № 33, стр. 1038). Городская Управа предложила г. Шитову оправдаться путемъ привлеченія мѣстныхъ газетъ къ ответственности за клевету или уйти съ городской службѣ. Ссылаясь на недостатокъ средствъ для веденія процесса, г. Шитовъ проситъ Управу избрать для выясненія дѣла другой способъ: произвести разслѣдованіе (опросить врачей) и представить все дѣло на усмотрѣніе городской Думы. «Волгарь» (1 августа) видитъ въ этомъ «грубую уловку» и не довольствуется обвиненіемъ г. Шитова, а снова напоминаетъ о д-рѣ *Баулинѣ*, позволяя себѣ по его адресу новыя оскорбленія. Такъ, въ № отъ 2-го августа заявляется уже о какомъ-то запросѣ ревизіонной Комиссіи городской Управы относительно врача *В. В. Баулина*, завѣдующаго Александровской лѣчебницей—объ его отношеніяхъ къ больнымъ и пр., при чемъ высказывается предположеніе, что запросъ этотъ «попалъ подъ сушко, ибо Управа твердо оберегаетъ неприкосновенность личности г.г. *Баулина* и *Шитова*». Не теряемъ надежды, что д-ръ *Баулинъ* оправдаетъ себя привлеченіемъ къ суду авторовъ замѣтокъ.

1607. 5-го августа, какъ сообщаетъ «Вѣстникъ Таврическаго Земства» (22 августа), въ помѣщеніи Симферопольской уѣздной Управы состоялось *Совѣщаніе земскихъ фельдшеровъ и фельдшерицъ Симферопольскаго уѣзда*. На Совѣщаніи прибыли почти всѣ фельдшера уѣзда. Послѣ избранія предсѣдателя собравшіеся въ 1-ый разъ чуть-ли не за все время существованія Земства фельдшера единодушно почтили вставаніемъ всѣхъ борцовъ за свободу, а затѣмъ приступили къ обсужденію вопросовъ фельдшерскаго быта. Между прочимъ, рѣшили возбудить передъ земскимъ Собраніемъ слѣдующія ходатайства: объ установленіи періодическихъ сѣздовъ фельдшеровъ не менѣе 2-хъ разъ въ годъ; объ уравнианіи ротныхъ фельдшеровъ въ получаемомъ ими содержаніи съ школьными фельдшерами и фельдшерицами; о періодическомъ командированіи фельдшеровъ на повторительные курсы въ университетскія клиники или, по крайней мѣрѣ, въ больницы, гдѣ существуютъ фельдшерскія школы. Совѣщаніе, кромѣ того, постановило уредить товарищескій Судъ для разбора недоразумѣній между фельдшерами. Высказано было пожеланіе, чтобы недоразумѣнія между фельдшерами и врачами также обсуждались товарищескими сѣдланіемъ Судомъ. Постановлено образовать Союзъ фельдшеровъ, для чего избрано Бюро изъ 10 членовъ. Въ Союзъ предположено привлечь какъ городскихъ фельдшеровъ, такъ и земскихъ другихъ уѣздовъ. Многіе пункты выработанной Комиссіей врачебнаго Совѣта инструкціи для фельдшеровъ Совѣщаніе вычеркнуло, какъ излишне регламентирующіе дѣятельность фельдшера и стѣсняющіе до minimum'a его личный починъ.

1608. Глубокоуважаемый товарищъ д-ръ *Nietner*, главный секретарь XIV-го Международнаго Съезда по гигиенѣ и демографіи, имѣющаго быть въ Берлинѣ 23—29 сентября 1907 г. (Berlin, Eichhornstrasse, 9), любезно переслалъ намъ слѣдующій списокъ личнаго состава Бюро Отдѣловъ Съезда. Отдѣлъ I. Микробиологія и паразитологія въ примѣненіи къ гигиенѣ—предсѣдатель проф. *Flügge* (Breslau, Maxstrasse 4), товарищъ его проф. *Löffler* (Greifswald), секретарь д-ръ *Weber* (Gross-Lichterfelde—West, Bötticherstrasse); Отдѣлъ II. Гигіена питанія и физиологія въ примѣненіи къ гигиенѣ—предсѣдатель проф. *Rubner* (Berlin № 4, Hessische Strasse 4), товарищъ его проф. *Forster* (Straussburg i. E.), 1-ый секретарь проф. *Ficker* (Berlin NW. 52, Paulstrasse 24), 2-ой ч. пр. *Kisskall* (Berlin № 4, Hessische Strasse 4); Отдѣлъ III. Гигіена дѣтскаго возраста и школы—предсѣдатель проф. *Heubner* (Berlin NW. 40, Kronprinzenufer 12); товарищъ его проф. *Esmarch* (Göttingen), 1-ый секретарь ч. пр. *Neumann* (Berlin W. 35, Potsdamerstrasse 121 E.), 2-ой д-ръ *Langstein* (Berlin W. 30, Motzstrasse 74); Отдѣлъ IV. Профессіональная гигиена и помощь рабочему классу—предсѣдатель проф. *Reut* (Dresden, Münchener Strasse 9), товарищъ его проф. *Fränkel* (Halle a. S.), секретарь д-ръ *Kayserling* (Berlin W. 62, Burggrafenstrasse 16); Отдѣлъ V. Борьба съ заразными болѣзнями и помощь больнымъ—предсѣдатель д-ръ *Gajky* (Berlin № 39, Nordufer), товарищъ его проф. *Kassel* (Giessen), секретарь д-ръ *Lentz* (Charlottenburg, Luisenplatz 4); Отдѣлъ VI. А. Гигіена жилищъ, мѣстностей и водоснабженія—предсѣдатель проф. *Gruber* (München), товарищъ его проф. *Gärtner* (Iena), секретарь д-ръ *Lennhoff* (Berlin SO. 16, Schmidstrasse 37); Б. Гигіена общественныхъ торговыхъ сношеній—предсѣдатель д-ръ *Schwechten* (Berlin W. 35, Derfflingerstrasse 5), товарищъ его д-ръ *Blume* (Philippsburg), секретарь д-ръ *Ramm* (Charlottenburg—Westend, Spandauerberg 28); Отдѣлъ VII. Воен-

ная, колоніальная и морская гигиена—предсѣдатель проф. *Kern* (Berlin NW. 7, Friedrichstrasse 141), товарищъ его проф. *Ruge* (Kiel), секретарь д-ръ *Kuhn* (Gross-Lichterfelde, Mittelstrasse 15); Отдѣлъ VIII. Демографія—предсѣдатель д-ръ *van der Borcht* (Berlin W. 10, Lützow-Ufer 6—8), товарищъ его проф. *v. Mayr* (München, Georgenstrasse, 28), секретарь д-ръ *Leo* (Berlin—Dahlem, Parkstrasse 26).

1609. По переписи 1906 года населеніе Парижа составляетъ 2.731.728 чел. Увеличеніе числа жителей въ немъ съ 1901 по 1906 г. опредѣляется въ 71.169 чел., тогда какъ съ 1896 по 1901 г. оно достигало 148.930. Съ 1901 по 1906 г. населеніе увеличилось въ 10 округахъ, въ 5-мъ и съ 12-го по 20-ый, и уменьшилось въ 10 другихъ. По переписи съ 1896 по 1901 г. уменьшеніе количества населенія отмѣчено только въ 1-мъ, 2-мъ и 6-мъ округахъ. Въ параллель съ указаннымъ малымъ приростомъ Парижскаго населенія «La Presse médicale» (1 сентября) приводитъ слѣдующія данныя о ростѣ населенія въ нѣмецкихъ городахъ. Во всѣхъ нѣмецкихъ городахъ населеніе значительно увеличивается. Число городовъ болѣе чѣмъ съ 100.000 населенія возрасло съ 33 въ 1900 г. до 41 въ 1905 г. «Globus» (LXXXIX, 2, 11 января 1906 г. стр. 36) даетъ слѣдующія цифры прироста населенія для нѣкоторыхъ изъ такихъ городовъ съ 1900 по 1905 г.

	1900 г.	1905 г.
Berlin . . .	1.888.848	2.033.900
Hambourg . .	705.738	800.582
München . . .	499.932	538.393
Dresden . . .	396.146	514.283
Leipzig . . .	456.124	502.605
Breslau . . .	422.709	470.018
Cologne . . .	372.529	425.944 и т. д.

Вся германская территорія въ 1816 г. насчитывала 24.833.396 жителей, въ 1855 г.—36.112.644, въ 1905 г.—60.605.183. Плотность на километръ достигаетъ въ Германіи въ настоящее время 112,1; въ 1900 г. она не превышала 104,2, а въ 1871 г.—75,9. Настоящая плотность населенія Германіи уступаетъ только плотности населенія въ Великобританіи (132 чел. на кв. килом.) и въ Японіи (122 чел. на килом.).

1610. «Le Progrès médical» (1 сентября) сообщаетъ о полученіи «Matin» телеграфномъ извѣщеніи изъ Берлина отъ 22-го августа о смерти въ Берлинѣ отъ холеры 8-лѣтней дѣвочки, *Elisabethy Weimann*. Жилище большой обеззаражено городской полиціей; братьямъ покойной запрещено посѣщать школу. Приняты строгія мѣры, устраняющія всякую возможность распространенія заразы; тѣмъ не менѣе населеніе города сильно взволновано.

1611. Д-ръ *Rénou* въ статьѣ «Подходящій налогъ и врачи», напечатанной въ «Journal des praticiens» (2 июня текущаго года) и перепечатанной въ «La Gazette médicale du Centre» (1 сентября), указываетъ на необходимость для врачей отмѣтить, что при опредѣленіи дохода было-бы въ высшей степени неправильно исчислять его по стоимости квартиры. Въ настоящее время, говоритъ онъ, когда мы ведемъ энергичную борьбу противъ негигіеничности жилищъ, когда мы заявляемъ, какъ аксіому, что «буржюатка—болѣзнь мрака», когда мы всѣми силами протестуемъ противъ переполненія жилищъ, многіе, увѣровавъ въ наши принципы общественной гигиены, не колеблясь, сократили свое другіе расходы, чтобы болѣе дорогой оплатой квартиры обезпечить просторъ, воздухъ, свѣтъ, а слѣд. и здоровье своей семьи. Своевременно-ли теперь оцѣнивать жилищъ, какъ показатель состоятельности, что неминуемо снова толкнуло бы населеніе въ прежнюю тѣсноту и обуславливаемую скученностью негигіеническія условія жизни? Тогда сразу окажутся утраченными всѣ результаты нашей жаркой борьбы за улучшеніе жилищъ въ цѣляхъ охраны здоровья ихъ обитателей». Далѣе авторъ напоминаетъ, что принятіе цѣнности квартиры за мѣрило состоятельности ея обитателей сдѣлало-бы подходящимъ налогомъ особенно раззорительнымъ для врачей, профессія которыхъ требуетъ помѣщенія, въ большинствѣ случаевъ не соответствующаго по цѣнѣ дѣйствительнымъ размѣрамъ заработка. Въ заключеніе д-ръ *Rénou* выражаетъ надежду, что «врачебные синдикаты соединятся, чтобы показать общественнымъ властямъ опасность указаннаго способа подсчета доходовъ, противнаго общественной гигиенѣ, и въ тоже время, чтобы испросить у нихъ немного благосклоннаго вниманія и справедливости къ нашей профессіи».

1612. Умерли: 1) 18-го августа, въ Ригѣ, *Вильгельмъ Осиповичъ Добржинскій* («Новое Время», 21 августа), родившійся въ 1832 г., а званіе врача получившій въ 1860 г.—2) 20-го августа, въ Москвѣ, *Арнольдъ Карловичъ Бауэръ*, («Русскія Вѣдомости», 22 августа), родившійся въ 1861 г., а званіе врача получившій въ 1885 г.—3) 22-го августа, въ Твери, *Эдуардъ Федоровичъ ф. Ландезенъ* («Око», 23 августа), родившійся въ 1837 г., а званіе врача получившій въ 1863 г. Тверь была постоянной ареной многолѣтней врачебной дѣятельности покойнаго, и мѣстное населеніе всѣхъ положеній относилось къ нему, какъ къ врачу и общественному дѣятелю, въ особенности въ области разумной благотворительности, насколько намъ извѣстно, съ неизмѣнными симпатіями и общимъ единодушнымъ уваженіемъ.

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

## МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Нѣмецкіе.

**Dermatologische Zeitschrift**, т. XIII, тетр. 1. 1. K. Zieler. *Ueber die Wirkung des konzentrierten elektrischen Bogenlichtes (nach Finzen) auf die normale Haut.* Экспериментальное исследование. Сущность действия — вызывание воспаления. 2. Josef Gussman. *Anatomie und Klinik der Monilethrix (Aplasia pilorum intermittens).* Подробное исследование случая. 3. Theodor Mayer. *Zur Uebertragung der Alopecia areata.* Описание случая заразного происхождения плешивости. 4. Hartung. *Unglückliche Zufälle bei Hg Injektionen.* О несчастных случаях при выпрыскивании ртутных солей. 5. Delbano. *Zuschrift an die Redaktion.* Письмо въ редакцію по вопросу о *Spirochaete pallida*.

Тетр. 2. 1. Fritz Paulus. *Beitrag zur Klinik des Favus.* Описание случаев. 2. Hans Vörner. *Dellenbildung bei Lichen ruber planus der Schleimhaut.* Описание случая.

**Deutsches Archiv für klinische Medizin**, т. LXXXV, тетр. 5 и 6. 1. H. Steinert. *Neue Beiträge zur Lehre von der Muskelatrophie bei supranuclearen Lähmungen.* Клиническое и патолого-анатомическое исследование. 2. Friedrich Pineles. *Zur Pathogenese der Tetanie.* Клиническое и экспериментальное исследование. 3. Albert Brion und Heinrich Kayser. *Neuere klinisch-bakteriologische Erfahrungen bei Typhus und Paratyphus.* Сравнительное описание и отличительное распознавание обеих болезней. 4. Albert Brion und Heinrich Kayser. *Die nosologische Stellung des Symptomkomplexes «Abdominaltyphus».* 5. Alfred Schittenhelm. *Untersuchungen über das Lokalisationsvermögen und das stereognostische Erkennen.* Клиническое исследование. 6. Hans Curschmann und Max Hedinger. *Ueber Myasthenie bei sexuellem Infantilismus nebst Untersuchungen über die myasthenische Reaktion.* 7. Edens. *Ueber Bronchiolitis obliterans.* Клинический очеркъ съ описаниемъ 3-хъ случаевъ. 8. Julius Strassburger. *Bemerkungen zu der Arbeit von Fellner «klinische Beobachtungen über Blutdruck, pulsatorische Druckzunahme, sowie ihre Beziehungen zur Pulscurve».* 9. Carl Hart. *Nachtrag zum Aufsatz «Embolie der Lungenarterie».*

**Deutsche Zeitschrift für Chirurgie**, т. LXXXI. 1. Lennander. *Ueber die Behandlung der akuten Peritonitis.* О лечении острого воспаления брюшины. Клинический очеркъ. 2. Wildbolz. *Ueber die Folgen der Nierenspaltung.* Экспериментальное исследование вопроса объ измененияхъ въ почкахъ при ихъ расщеплении. 3. Kuhn. *Die perorale Intubation mit und ohne Druck.* Описание прибора для хлороформирования черезъ трубочкование. 4. Kirchmayr. *Ein Beitrag zur Gesichtsmisbildung.* Случай врожденного сложного уродства (губы, носа и глаза). 5. Lessing. *Ueber Lageveränderungen des Dickdarms bei Aufblähung.* Объ измененияхъ въ положении толстыхъ кишокъ при раздувании. Небольшая заметка. 6. Unterberger. *Ein echtes Cholesteatom der Schädelknochen.* Случай успешнаго удаления холестеатомы изъ височной ямки и глазницы. 7. Richter. *Ueber die auf der Giessener Klinik erzielten Erfolge bei der Radikaloperation des Mastdarmcarcinoms.* Отчетъ о 64 случаяхъ коревой операции рака прямой кишки. 8. Lotsch. *Ueber atresia ani vesicalis.* Случай излечения операцией врожденнаго задняго прохода съ разведениемъ кишки, сообщавшейся съ мочевымъ пузыремъ, путемъ чревосечения и низведения ея въ отверстие на промежности. Результатъ хорошій. 9. Finsterer. *Ein Beitrag zur Kenntnis der Harnröhrensteine.* О камняхъ мочеиспускательнаго канала. Литературно-клинический очеркъ. 10. Halter. *Die Schussverletzungen im Frieden.* Подробный отчетъ о 122 случаяхъ огнестрѣльных ранъ различныхъ областей тѣла изъ клиники проф. Kocher'a. 11. Goebel. *Ueber Blasensteine.* Отчетъ о 68 случаяхъ камнеисечения, произведеннаго въ Нижнемъ Египтѣ. Отмѣчаетъ связь между образованиемъ камней и воспалениемъ мочевого пузыря, вызываемымъ чуждымъ билиарзіа. 12. Geipke. *Die Anwendung des Murphy-Knopfes in der Magen-Darmchirurgie.* За 10 лѣтъ—54 случая примѣненія пуповки Murphy. 13. Paug. *Beiträge zur plastischen Deckung der Hautdefekte nach Brustdrüsenexstirpation.* Большія недостатки послѣ удаления раково-перерожденной железы замѣщаетъ доскутомъ, заключающимъ здоровую грудь, небольшія—доскутомъ, образованнымъ изъ ближайшаго участка кожи груди. 14. Menpe. *Die Bedeutung des Trauma für das Entstehen und Wachstum der Geschwülste speziell des Magencarcinoms mit diesbezüglichen Fällen.* Приводятъ 12 случаевъ, въ которыхъ развитіе рака желудка было до известной степени обусловлено травмой. 15. Klemm. *Ueber die Erkrankung des lymphatischen Gewebes und ihr Verhältnis zur Appendicitis.* О заболѣваніяхъ лимфатической ткани и объ отношеніяхъ послѣдней при заболѣваніи червеобразнаго отростка. Рассматриваетъ лимфатическую ткань,

какъ средство защиты отъ микробовъ, и указываетъ, что ихъ наибольшее развитіе совпадаетъ съ мѣстами наиболее часто подвергающимися воспаленію. 16. Hoffmann. *Komplikationen bei Perityphlitis von seiten der Blutgefäße.* 4 случая: 2 раза протечение въ полость гнойника, 2 раза омертвѣніе на нижнихъ конечностяхъ. 17. Karpeleer. *Resultate der Epityphlitisbehandlung.* Отчетъ о 150 случаяхъ. 18. Leval. *Zur Aetiologie des Malum perforans pedis.* 14 случаевъ. Происхождение malum perforans pedis обусловлено заболѣваніемъ сосудовъ. 19. Herberg. *Eine mit Kohlestückchen durchsetzte Narbengeschwulst.* Случай рубцовой опухоли на лбу, пронизанной угольными частичками, развившейся изъ раны, загрязненной углемъ. 20. Schultze. *Die Verwendung der Klemmtechnik in der Chirurgie.* О примѣненіи въ хирургіи соединенія ранъ посредствомъ зажимныхъ пинцетовъ (безъ шва). Поясняетъ рисунками. 21. Ebner. *Koprostatische Dehnungsgeschwüre als Ursache von Darmperforationen.* Описание единственнаго въ литературѣ случая воспаления брюшины вълѣдствіе прободенія язва толстой кишки на почвѣ застоя кала. Смерть, не смотря на чревосечение. 22. Paug. *Stenose des Rectums bedingt durch ein verkalktes angestossenes Uterusmyom.* Случай сужения прямой кишки облитерированной фибромой матки. Вылеченіе. Выздоровленіе. 23. Lexer. *Der plastische Ersatz des Septum cutaneum.* О пластическомъ замѣщеніи кожной перегородки носа. 24. Axhausen. *Ein Fall von hernia pectinea cloacalis iacarcerala.* Случай умеленной грыжи, лежавшей подъ fascia pectinea. Операция. Выздоровленіе.

**Folia haematologica**, 1906 г., № 1. 1. Franz Weidenreich. *Eine neue einfache Methode zur Darstellung von Blut-Trockenpräparaten.* Описание новаго способа закрѣпленія препаратовъ крови. 2. Felix Heymann. *Neuere Arbeiten über die physiologische Blutbeschaffenheit der Schwangeren und Neugeborenen und über die Beziehungen zwischen mütterlichem und foetalem Blut.* Сборный рефератъ. (Не оконченъ).

**Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie**, т. XXII, тетр. 5. 1. Aschoff. *Zur Zervixfrage.* Объ отношеніи канала шейки матки къ яичевымъ оболочкамъ во время беременности. 2. Natanson und Zinner. *Zur Anatomie der intraligamentären Harnblase.* О расположеніи мочевого пузыря въ листкѣ широкой маточной связки. 3. Werderhake. *Zur Morphologie des Kolostrums und zur Technik seiner Untersuchung.* Авторъ нашелъ въ молозивѣ амилонныя тѣльца, похожія на тѣ, которыя содержатся въ отдѣляемомъ предстательной железой. 4. Stein. *Ueber tödliche, intraperitoneale Blutungen bei Uterusmyom.* Описание случая смертельнаго кровотеченія изъ мномы матки въ полость брюшины. 5. Fuchs. *Zur plastischen Verwendung des Uterus (Wertheim) bei Operationen grosser Genitalprolapse.* О лечении выпаденія матки. 6. Nebesky. *Beitrag zur Kenntnis der weiblichen Genitaltuberkulose.* Описание случая бугорчатка матки и обихъ трубъ безъ пораженія брышины. Излеченіе послѣ полнаго вылученія. 7. Di Cristina. *Die Eierstocksendheilung.* Вещество яичниковъ не возрождается послѣ поврежденія. 8. Basso. *Experimenteller Beitrag zur Aetiologie der Ovarialembryone und Adenome.* Экспериментальное исследование съ цѣлью проверки взгляда Bonnet о происхожденіи эмбрионъ. Результатъ отрицательный. 9. Fett. *Die konservative Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen.* Авторъ сторонникъ неоперативнаго леченія. Операция показана лишь при угрожающемъ прободеніи въ брюшину и при безуспѣшности неоперативнаго леченія.

**Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie**, т. 19, тетр. 1. 1. Проф. G. Anton. *Ueber den Wiederersatz der Funktion bei Erkrankungen des Gehirns.* О замѣщеніи отравленій при заболѣваніяхъ мозга. 2. R. Henneberg. *Ueber unvollständige reine Worttaubheit.* Описание случая. 3. Karl Boldt. *Ueber einen Fall von myasthenischer Paralyse.* Описание случая. 4. B. Pfeiffer. *Ueber das Krankheitsbild der «zirkumskripten Autopsychose auf Grund einer überwertigen Idee».* Описание 2-хъ случаевъ. 5. Ernst Rodenwaldt. *Der Einfluss der militärischen Ausbildung auf das geistige Inventar des Soldaten.* (Не оконченъ).

Тетр. 2. 1. Проф. Pick. *Ueber einen weiteren Symptomenkomplex in Rahmen der Dementia senilis, bedingt durch umschriebene stärkere Hirnatrophie (gemischte Apraxie).* Описание случая. 2. Karl Piersdorf. *Ueber Rededrang bei Denkhemmung.* Клинический очеркъ съ описаниемъ случая. 3. Franz Kramer. *Die kortikale Tastlähmung.* Описание 10 случаевъ. 4. R. Henneberg. *Ueber unvollständige reine Worttaubheit.* Клинический очеркъ. 5. Ernst Rodenwaldt. *Der Einfluss der militärischen Ausbildung auf das geistige Inventar des Soldaten.* Авторъ нашелъ, что военная служба благоприятно вліяетъ на умственное и нравственное развитіе солдатъ. 6. Otto Juliusburger. *Zur Lehre von der Einsichtslosigkeit der Alkoholisten.* 7. Degenerkolb. *XI Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Jena.*

Редакторы } Д-ръ С. В. Владиславлевъ.  
Проф. В. В. Подвысокій

# СХХХVІ. Къ вопросу о спирохетахъ при сифилисѣ.

(2-ое сообщеніе).

Прозектора Петербургскаго Николаевскаго военнаго госпиталя

« О. З. Омельченко.

Въ № 29 «Русскаго Врача» за прошлый годъ <sup>1)</sup> было напечатано мое 1-е сообщеніе подъ такимъ-же заглавіемъ, гдѣ я впервые указалъ на аналогію въ морфологическомъ отношеніи спиральныхъ соединительно-тканныхъ фибриллъ съ найденными Schaudinn'омъ при участіи Hoffmann'a въ сифилитическихъ образованіяхъ спиралями, названными имъ тогда блѣдными спирохетами, на ряду съ которыми встрѣчается и «spirochaete refrigens». Вънѣшній видъ и особенности указанныхъ мною соединительно-тканныхъ фибриллъ казались мнѣ въ то время на столько давно—и общезвѣстными, что я не считалъ необходимымъ приложить къ своему краткому сообщенію микрофотограммъ съ моихъ препаратовъ, окрашенныхъ по указанному Schaudinn'омъ способу Giemsa, отлично приготовленную краску котораго я тогда выписалъ отъ Grübler'a. Огромное число накопившихся до настоящаго времени литературныхъ данныхъ, изъ которыхъ въ основѣ своей слишкомъ, по моему мнѣнію, послѣднее сообщеніе Schaudinn'a и Hoffmann'a и по идее въ громадномъ большинствѣ случаевъ однообразныхъ, убѣдилъ меня совершенно въ противоположномъ. Литература по этому вопросу показала мнѣ, что весьма немногіе изслѣдователи, согласные и даже несогласные съ открытіемъ Schaudinn'a, серьезно задумывались надъ возможностью сходства его спирохетъ съ нѣкоторыми тканевыми элементами и считались съ прочно установленными въ этомъ отношеніи научными указаніями. За немногими исключеніями, все послѣдующія сообщенія изслѣдованія въ этомъ направленіи представляютъ лишь статистическій матеріалъ.

Послѣ моего сообщенія, напечатаннаго только на русскомъ языкѣ и далеко не вездѣ правильно переданнаго въ иностранныхъ медицинскихъ журналахъ, обнаружены слѣдующія изслѣдованія, содержащія данныя, близко касающіяся затронутого мною вопроса. Прежде всего къ нимъ слѣдуетъ отнести сообщеніе Rizzo e Cipollina <sup>2)</sup>, гдѣ сказано, что отдѣляемое сифилитическихъ образованій содержитъ много тончайшихъ извитыхъ нитей соединительно-тканнаго характера, которыя свободно могутъ быть смѣшаны со «spirochaete pallida», описанной Schaudinn'омъ. Вслѣдъ за этимъ Oppenheim и Sachs <sup>3)</sup> также находили въ сифилитическихъ продуктахъ соединительно-тканнаго образованія, очень сходныя съ названными спирохетами. Изъ русскихъ авторовъ, не отнесшихся односторонне къ опредѣленію спирохетъ при сифилисѣ, прежде всего назову многорукаваго товарища Г. В. Шора <sup>4)</sup>, который въ своей работѣ говоритъ, что слабая окраска блѣдной спирохеты и ея морфологическія особенности не всегда достаточны для ея точнаго распознаванія среди другихъ спирохетъ, а въ очень рѣдкихъ случаяхъ и отъ случайныхъ обрывковъ соединительно-тканныхъ волоконъ. Этому заключенію авторъ предпосылаетъ указаніе на то, что въ сосудахъ изъ извѣстныхъ внутреннихъ органовъ можно нерѣдко найти спирально изогнутыя соединительно-тканнаго волокна (съ упругими), очень похожія на спирохеты. Отличительными признаками такихъ волоконъ отъ спирохетъ Г. В. Шоръ считаетъ ихъ связь, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, съ клубками названныхъ волоконъ, неравномѣрность толщины, неправильность изгибовъ, зазубринки и, наконецъ, ярко-красную окраску. Въ слѣдующей по времени работѣ проф. И. Ф. Зеленева <sup>5)</sup> указывается, что далеко не трудно отличить блѣдную спирохету отъ спиральныхъ фибриллъ волокнистой соединительной ткани, которыя болѣею частью рѣзко очерчены, рѣзко окрашены и никогда почти не даютъ штопорныхъ фигуръ. При очевидной осторожности, съ какой устанавливаются вышеприведенныя данныя Г. В. Шоръ и проф. И. Ф. Зеленева, сопоставленіе ихъ все-же даетъ слѣдующіе отличительные признаки соединительно-тканныхъ волоконъ отъ сифилитическихъ спирохетъ: 1) связь волоконъ съ клуб-

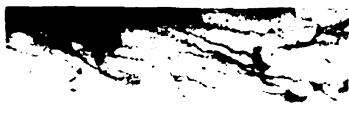
ками; 2) неравномѣрность толщины; 3) неправильность изгибовъ; 4) рѣзкая очерченность; 5) рѣзкая окрашиваемость; 6) зазубринки и по Г. В. Шору; 7) ярко-красная окраска. Этимъ даннымъ я могу противопоставить, что и относительно спирохетъ въ литературѣ уже имѣются многочисленные указанія съ представленіемъ рисунковъ, свидѣтельствующія о полной возможности находить спирохеты, собранныя въ клубочки; съ другой-же стороны, хорошо расщипанный препаратъ можетъ дать только вполне обособленные соединительно-тканнаго спиральныя фибриллы; неравномѣрность толщины и зазубринки предостерегаютъ еще Л. Х. Штидой <sup>6)</sup> для пучковъ такихъ волоконъ, которыя въ отдѣльности этого не имѣютъ; рѣзкая очерченность, конечно, зависитъ отъ степени окрашиваемости, которая ни въ какомъ случаѣ не можетъ быть одинаковой для всѣхъ волоконъ соединительно-тканнаго характера, при чемъ ни то, ни другое, какъ это будетъ видно ниже, не можетъ служить отличительнымъ признакомъ; непостоянна также и неправильность изгибовъ, въ чемъ легко убѣдиться на нижеслѣдующихъ фотограммахъ, и она ни въ какомъ случаѣ не составляетъ исключительнаго свойства спиральныхъ соединительно-тканныхъ волоконъ. Что-же касается ихъ ярко-красной окраски, указанной Г. В. Шоромъ, то въ этомъ отношеніи я всецѣло присоединяюсь къ остальнымъ вышеназваннымъ авторамъ, не нашедшимъ возможности указать на этотъ отличительный признакъ.

Совершенно особое положеніе по своему характеру и доводамъ должна занять недавно напечатанная работа М. С. Мильмана, которому я и противопоставлю соотвѣтственныя возраженія. М. С. Мильманъ, упоминая о томъ, что сифилитическія спирохеты открыты Schaudinn'омъ, подтверждены И. И. Мечниковымъ, Roux и извѣстнымъ знатокомъ кожи Herxheimer'омъ, ставитъ вопросъ, не ошибаюсь-ли я самъ, относясь къ этому отрицательно? Считая такое заключеніе М. С. Мильмана, какъ это очевидно изъ послѣднихъ строкъ моего предыдущаго сообщенія по этому вопросу, совершенно произвольнымъ, признаю, что подобнаго рода ошибкамъ было не мало прецедентовъ. Вѣдь, ошибся-же И. И. Мечниковъ, устанавливая поразительную природу нѣкоторыхъ клѣточныхъ измѣненій въ раковыхъ опухоляхъ на препаратахъ покойнаго И. И. Судакевича. Ошибся и другой извѣстный зоологъ П. Н. Коротневъ въ значеніи своего раковаго чужероднаго, названнаго «rhopalocerphalus canceromatosus»; всѣмъ также извѣстно указаніе проф. И. Г. Савченко на неопредѣленность паразитарнаго значенія найденныхъ имъ образованій въ опухоляхъ. Да и самъ Schaudinn ошибся въ точномъ опредѣленіи морфологической природы своей блѣдной спирохеты и предпочелъ для нея, по предложенію Vuillemin'a, названіе блѣдной спирономы. А М. С. Мильманъ рѣшился утверждать, что видѣлъ при сифилисѣ блѣдную спироному; рѣшился затѣмъ категорически утверждать, вопреки противоположнымъ многочисленнымъ литературнымъ даннымъ, что въ огромномъ % сифилитическихъ образованій не находилъ блѣдной спирономы, также какъ не нашелъ ея вовсе, вопреки даже Hoffmann'у, въ крови сифилитиковъ, не смотря на всѣ подчеркнутыя имъ преимущества примѣненнаго имъ способа окраски. Я рѣшительно протестую противъ произвольно приписываемаго мнѣ этимъ авторомъ «открытія» движенія соединительно-тканныхъ фибриллъ, какъ ихъ свойства, и, осылаясь на вполне опредѣленно понятную и правильно переданную мысль мою объ этомъ Г. В. Шоромъ, совершенно не могу понять, зачѣмъ понадобилось М. С. Мильману утрировать приведенное мною заявленіе о возможности наблюдать движеніе спиральныхъ соединительно-тканныхъ фибриллъ въ жидкостяхъ. Кстати скажу, что, хотя Hoffmann <sup>7)</sup>, просматривая препараты Nigris, Scholtz'a, Kiolomenoglou и v. Cube, нашедшихъ блѣдную спироному въ несифилитическихъ образованіяхъ, и не встрѣтивъ нигдѣ ея типичныхъ экземпляровъ, названные авторы все-же не считаютъ возможнымъ отказаться отъ своего мнѣнія, какъ это очевидно и изъ послѣдняго доклада Kiolomenoglou и v. Cube <sup>8)</sup>.

Пока выяснится вопросъ о морфологической типичности блѣдной спирономы при сифилисѣ, считаю необходимымъ представить здѣсь микрофотограммы, указывающія на немаловажныя затрудненія въ положительномъ рѣшеніи этого новаго вопроса. Прилагаемые снимки сдѣланы *Н. П. Мачинскимъ*, которому и позволяю себѣ принести здѣсь искреннюю благодарность какъ за ихъ изготовленіе, такъ и за любезное ознакомленіе меня съ техникой этого искусства, что позволило мнѣ присоединить сюда и свои собственные снимки.



1



2



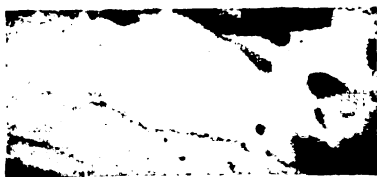
3



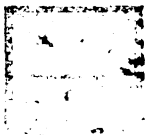
6



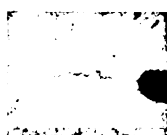
4



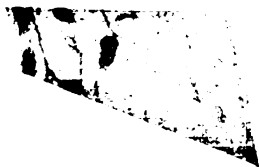
5



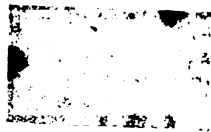
9



8



7



10

Здѣсь фотографированы части окрашенных по способу *Giemsa* мажковыхъ препаратовъ изъ соскоба собственно кожи (сogium) бедра, обнаженной по *Thiersch*'у и взятой отъ труповъ безъ малѣйшихъ признаковъ сифилиса. Предпочелъ я эти препараты съ тою цѣлью, чтобы, при наличности неповрежденной здоровой кожи и при отсутствіи сифилиса, устранить всякую возможность предположенія какихъ-бы то ни было спирохетъ.

На 1-мъ, 2-мъ и 3-мъ снимкахъ, гдѣ имѣются растрепанные, а также и достаточно расщипанные клочки соединительной ткани, можно видѣть какъ пучки ея, такъ и пучечки и, наконецъ, тончайшія спиральныя соединительно-тканныя волокна съ различной степенью изгиба спиральныхъ завитковъ, при чемъ на снимкѣ 1-мъ представлены, между прочимъ, 2 волокна, вполне удовлетворяющія самымъ прихотливымъ требованіямъ относительно спиральной формы. Принимая во вниманіе голубую ихъ окраску съ едва замѣтнымъ слабымъ розоватымъ оттѣнкомъ различной яркости, доходящей до степени, едва уловимой зрѣніемъ, я склоненъ и теперь утверждать, что весьма многіе изъ обрывковъ, представленныхъ на микрофотограммахъ фибриллъ, вполне удовлетворяютъ всѣмъ морфологическимъ особенностямъ, приписываемымъ блѣднымъ спирохетамъ *Schaudinn*'а. Въ подтвержденіе этого на слѣдующихъ снимкахъ фотограммъ представляю и отдѣльно лежащія части фибриллъ. На фотограммѣ 4-ой, на ряду съ пучечкомъ волоконъ со спиралью въ средней части видны 2 тончайшія фибриллы спиральной формы, те-

рящихся, т. е. какъ-бы прикрѣпленныхъ своими концами къ клѣткѣ. На фотограммѣ 5-ой тончайшій пучечекъ такихъ фибриллъ слѣва раздѣляется на 2 вѣточки, которыя можно было-бы принять и за недавно описанныя *Schaudinn*'омъ<sup>9)</sup> ворсинки блѣдной спирономы; справа представленная спираль оканчивается лентой, состоящей изъ большого числа тончайшихъ волоконцевъ. Эту картину я представляю въ подтвержденіе давно установленнаго факта существованія вѣтвящихся не только тончайшихъ пучечковъ, но и отдѣльныхъ соединительно-тканныхъ волоконцевъ; ей я даю такое-же объясненіе, какъ и въ 1-мъ своемъ сообщеніи на эту тему, т. е. въ смыслѣ раздѣленія весьма тонкаго спиральнаго соединительно-тканнаго пучечка на отдѣльныя тончайшія фибриллы. Длинная спираль на фотограммѣ 6-ой слѣва оканчивается типичной «штопорной» фигурой, что, въ противоположность мнѣнію проф. *И. Ф. Зеленева*, встрѣчается весьма часто. Фотограммы 7-ую, 8-ую, 9-ую и 10-ую считаю понятными безъ всякихъ объясненій. Отмѣчу лишь, что на фотограммѣ 8-ой, а въ особенности-же на 10-ой, справа и слѣва ясно видны тончайшія нити, вполне симулирующія ворсинки на рисункѣ *Schaudinn*'а<sup>9)</sup>.

Не имѣя возможности въ виду всего этого признать описанныя для блѣдной спирономы морфологическія особенности типичными, я не могу себѣ ясно представить, на основаніи имѣющихся уже въ литературѣ микрофотограммъ тѣхъ условимыхъ черточекъ этой спирономы, которыя оказываются доступными такъ часто упоминаемому въ литературѣ по данному вопросу «опытному глазу» даже тѣхъ изслѣдователей, которые не видѣли препаратовъ *Schaudinn*'а и *Hoffmann*'а.

Ограничиваясь этимъ относительно морфологическихъ данныхъ сифилитической спирохеты *Schaudinn*'а, теперь же могу сказать, что такія спиральныя фибриллы, аналогичныя вышеназваннымъ спирохетамъ, какъ въ сифилитическихъ образованіяхъ, такъ и безъ сифилиса, воспринимаютъ красящіе вещества для соединительной ткани при способѣ *van Gieson*'а, а также окрашиваются, конечно, опять-же съ весьма различной яркостью какъ чистымъ воднымъ растворомъ индиго-кармина, такъ и съ примѣсью пикриновой кислоты. Слѣд., и въ микрохимическомъ отношеніи я не усматриваю особенностей между обычными спиральными соединительно-тканными волокнами и тѣми ихъ формами, которыя вполне удовлетворяютъ описаннымъ морфологическимъ особенностямъ, приписываемымъ сифилитической блѣдной спирономѣ.

Заслуживаетъ особаго вниманія, мнѣ кажется, тотъ «шагъ впередъ» въ дѣлѣ выясненія этого вопроса, который весьма многіе изслѣдователи видятъ въ способѣ окраски *Leraditi*<sup>10)</sup> для вышеназванной блѣдной сифилитической спирономы, главная особенность котораго заключается въ импрегнаціи серебромъ. Въ отношеніи оцѣнки значенія этого способа я считаю вполне достаточнымъ привести здѣсь лишь литературную справку, которая однако пропущена всѣми изслѣдовавшими сифилитическія спирономы и окрашивавшими ихъ по вышеуказанному способу. Прибавлю къ этому, что при изученіи литературы по данному вопросу не трудно замѣтить, что, чѣмъ меньше у изслѣдователя такихъ справокъ по основнымъ знаніямъ медицины, тѣмъ категоричнѣе его заключеніе какъ о морфологической обособленности спирономы, такъ и о положительномъ ея этиологическомъ значеніи въ отношеніи сифилиса. Справкой этой я вмѣстѣ съ тѣмъ итѣю въ виду указать и на возможность противоположнаго значенія въ отношеніи спирохетъ *Schaudinn*'а. Дѣло въ томъ, что въ гистології и особенно въ гистопатології очень давно извѣстно, какъ трудно изучать тончайшія соединительно-тканныя фибриллы потому именно, что онѣ при обычныхъ

Digitized by Google



способах окраски или вовсе не окрашиваются, или же окрашиваются так слабо, что их едва удается замѣтить. Напр., по наиболѣе совершеннымъ способамъ окраски *Riebbert'a* и *Mallary*, примѣняемыхъ съ этою цѣлью, названныя фибриллы окрашиваются въ едва замѣтный блѣдно-голубой цвѣтъ. Продолжительныя научныя изысканія въ этомъ направленіи заставили изслѣдователей воспользоваться для названной цѣли способомъ, который предложилъ *Bielschowsky* <sup>11)</sup>, имѣющимъ въ своей основѣ именно импрегнацію соединительно-тканыхъ фибриллъ серебромъ. Впослѣдствіи способъ этотъ былъ болѣе разработанъ *Bielschowsky* мъ вмѣстѣ съ *Pollack* омъ <sup>12)</sup>, а въ самое недавнее время нѣсколько усовершенствованъ *Maresch* омъ <sup>13)</sup> въ патологическомъ и бактериологическомъ Институтѣ *Paltan* а. Это позволило *Maresch* у обстоятельно изучать такіа соединительно-тканые фибриллы въ тончайшихъ ихъ сѣтяхъ. Если же *Levaditi* удавалось на своихъ срѣзахъ окрашивать немногіа изъ нихъ, такъ только по той причинѣ, что примѣненный имъ подобный же способъ имѣетъ весьма существенныя недостатки, что ставитъ его въ зависимость отъ различныхъ случайностей. Замѣательно и то обстоятельство, что, по даннымъ изслѣдованій *Maresch* а, особенно многочисленны и хорошо видны такіа фибриллы именно въ сѣтчатой ткани лимфатическихъ железъ, откуда, по указаніямъ *Risso* и *Cipollini* <sup>3)</sup>, въ изобиліи получаютъ при сифилисѣ спирохеты *Schaudinn* а. Сѣтъ такихъ соединительно-тканыхъ фибриллъ особенно развита у новорожденныхъ и зародышей въ возрастѣ 2-ой половины беременности. Нѣтъ поэтому ничего удивительнаго, если *Bartarelli* и *Volpino* съ помощью *Bovero* <sup>14)</sup> легко удалось установить обильное количество спиралей въ сѣтчатой ткани селезенки 7-мѣсячнаго зародыша, при чемъ въ меньшемъ изобиліи онѣ оказались и въ печени. Хотя на микрофотограммахъ, приложенныхъ въ статьѣ вышепоименованныхъ изслѣдователей, нѣтъ никакой возможности рассмотреть строеніе органовъ, однако же нельзя не замѣтить, что изображенныя спирали на срѣзѣ изъ селезенки имѣютъ наклонность располагаться длинникомъ своимъ преимущественно по окружности, а въ печени—преимущественно по радіусу, т. е. обнаруживаютъ нѣкоторую связь съ межуточной тканью органовъ. Слѣд., и въ смыслѣ микрохимической реакціи на серебро нельзя довѣрять специфичности этой особенності для спирохеты *Schaudinn* а среди соединительно-тканыхъ волоконъ.

На основаніи всего вышеизложеннаго я думаю, что при современномъ положеніи ученія о блѣдныхъ сифилитическихъ спиромахъ еще не представляется возможнымъ исключать ихъ даже изъ числа т. наз. ложныхъ чужеродныхъ.

**Литература:** 1. О. З. Омельченко. Къ вопросу о спирохетѣ при сифилисѣ. «Русскій Врачъ», 1905 г., № 29.—2. *Risso e Cipollini*. Sulla presenza dello spirochaeta *Schaudinn-Hoffmann* nelle glandule inguinale dei sifilitici secondari. «La Riforma Medica», 1905 г., № 31.—3. *Oppenheim u. Sachs*. Spirochaetenfunde in syphilitischen und anderen Krankheitsprodukten. «Wiener klin. Wochenschrift», 1905 г., № 45.—4. *I. B. Шоръ*. О спирохетахъ при сифилисѣ. «Русскій Врачъ», 1905 г., № 36.—5. Проф. *И. Ф. Зеленецъ*. О спирохетѣ сифилиса. «Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней», 1905 г., № 9.—6. *Д. Х. Шмидъ*. Кожный снарядъ и его придатки. «Основанія къ изученію микроскопической анатоміи человека и животныхъ» подъ ред. *М. Д. Лавдовскаго* и *Ф. В. Овсянникова*. Петербургъ. 1888 г.—7. *Hoffmann, E.* Ueber die Spirochaete pallida. «Deutsche med. Wochenschrift», 1905 г., № 43.—8. *Kiolemengolom u. v. Cude*. Deutsche med. Wochenschrift, 1906 г., № 12. Засѣданіе Общества врачей въ Stuttgart'ѣ.—9. *Schaudinn*. Zur Kenntniss der Spirochaete pallida. «Deutsche med. Wochenschrift», 1905 г., № 42.—10. *Levaditi*. Sur la coloration du Spirochaete pallida *Schaudinn* dans les coupes. «Comptes rendus de la Société de biologie», 1905 г., т. 59.—11. *Bielschowsky*. «Die Silberimprägnation der Neurofibrillen». «Neurologisches Centralblatt», 1903 г., № 21.—12. *Bielschowsky u. Pollack*. «Zur Kenntniss der Innervation des Säugethierauges. Тамъ же, 1904 г., № 9.—13. *Maresch*. Ueber Gitterfasern der Leber und die Verwendbarkeit der Methode *Bielschowsky's*. Zur Darstellung feinsten Bindegewebsfibrillen. «Centralblatt f. allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie», 1905 г., № 16 и 17.—14. *Bartarelli Volpino u. Bovero*. Untersuchungen über die Spirochaete pallida *Schaudinn* bei Syphilis. «Centralblatt f. Bakteriologie», и пр. 1905 г., т. XI.

СХХХVII. Изъ Овуховской мужской городской вольницы въ Петербургъ.

## Къ вопросу о леченіи застойной гипереміи по способу Bier'a.

О. И. Граменицкаго.

Мысль объ искусственномъ образованіи гипереміи, какъ лечебномъ средствѣ, была высказана *Bier* омъ еще въ 1892 г., на 21-мъ Сѣздѣ нѣмецкихъ хирурговъ, въ примѣненіи къ хирургической бугорчаткѣ. Предложеніе *Bier* а было принято и нашло себѣ—правда—нечастое примѣненіе при упомянутой болѣзни. Но имя *Bier* а получило громкую извѣстность, а предложеніе его широкое распространеніе лишь въ прошломъ (1905) году послѣ сообщенія на 34-мъ Сѣздѣ нѣмецкихъ хирурговъ блестящихъ результатовъ, достигнутыхъ леченіемъ гипереміей всевозможныхъ—острыхъ, подострыхъ и хроническихъ—заболеваній (см. перечень въ оглавленіи книги *Bier* а).

Основную мысль своего ученія *Bier* не приписываетъ себѣ. Еще *Ambroise Paré* (XVI стол.), *Dumreicher* (XIX), *Nicoladoni* (1875 г.), *Thomas* (1886 г.), *Helferich* (1887 г.) указывали на застойную гиперемію, какъ на лечебное средство. Правда, предложенія эти ограничивались у первыхъ 4-хъ авторовъ лишь случаями переломовъ съ замедленнымъ образованіемъ костной мозоли, а у *Helferich* а 8-ью случаями псевдоартроза и 5-ью случаями произвольныхъ переломовъ.

Въ лѣтописяхъ народной медицины тоже можно найти указанія на то, что проблески мысли о лечебной силѣ гипереміи не были чужды и народному сознанію. Упомяну, для примѣра, объ общеизвѣстной перетяжкѣ веревкой или ниткой съ лѣчебной цѣлью заболѣвшей конечности выше больного мѣста.

Громадная заслуга *Bier* а состоитъ въ томъ, что онъ соединилъ въ одно, провѣрилъ и далъ научное обоснованіе всѣмъ этимъ слабымъ и робкимъ попыткамъ воспользоваться гипереміей въ качествѣ лечебнаго средства, разрозненно приводимымъ на страницахъ исторіи медицинской науки. Свое ученіе онъ излагаетъ въ особой книгѣ—обширномъ трудѣ, поражающемъ огромной эрудиціей и обиліемъ фактическаго матеріала. Основныя мысли ученія *Bier* а въ общемъ сводятся къ слѣдующему.

Практической медициной установлено, что больной организмъ нерѣдко излѣчивается безъ помощи врача, исцѣленіе происходитъ, такъ сказать, естественнымъ путемъ. Организмъ борется за тѣ средства, которыя могли-бы его спасти. Кашель, напр., при инородномъ тѣлѣ въ бронхахъ, слезы при попаданіи соринки въ глазъ и пр., и пр.—все это цѣлесообразныя средства, выдвигаемыя самимъ организмомъ. *Bier* предлагаетъ идти указаннымъ природой путемъ, помогать ей, использовать ея силы. Наблюденія же надъ природой приводятъ къ слѣдующему. Всѣ важныя органы во время работы переполняются кровью; гиперемія наблюдается при возрожденіи тканей, ростъ ихъ и тѣмъ больше, чѣмъ ростъ больше; недостатка въ гипереміи нѣтъ и при инородныхъ тѣлахъ, выдрывшихся въ ткани,—будетъ-ли то застрявшая въ пищеводѣ кость, или поселившійся въ легкомъ бугорокъ. Вообще, на всякую заразу организмъ отвѣчаетъ гипереміей. По мнѣнію *Bier* а, нѣтъ болѣзни, отъ которой организмъ могъ-бы избавиться анеміей.

Гиперемія, по его убѣжденію, самый надежный самоизлѣчиватель организма. Къ сожалѣнію, трудно управлять гипереміей, трудно дозировать ее по произволу. Даже экспериментальная физиологія стоитъ тутъ передъ неразрѣшимой задачей. Въ самомъ дѣлѣ, какими способами она пользуется для добыванія гипереміи? Смѣло можно сказать,—искаженіемъ природы. Перерѣзками (сочувственнаго нерва), лигатурами, ядами, тогда какъ все это создаетъ такіа вредныя условія, что ихъ трудно даже и учесть.

Отыскивая долго простой, безвредный, физиологическій способъ для полученія гипереміи, *Bier* остановился на го-

рячемъ воздухѣ, какъ на единственномъ средствѣ получить гиперемію, близкую къ искомой. Опыты показали ему, что горячій воздухъ выносятся организмомъ въ такихъ градусахъ, какъ ни одинъ другой тепловой агентъ. Если помѣстить, напр., правое плечо въ приборъ съ воздухомъ, нагрѣтымъ до  $105^{\circ}$ , а лѣвое въ воду, нагрѣтую до  $45^{\circ}$ , то первое организмъ перенесетъ легче, и правое плечо будетъ красно (активная гиперемія), лѣвое-же синюшно (пассивная гиперемія). Объясненіе этотъ фактъ, по мнѣнію Bier'a, находитъ себѣ въ томъ, что, съ одной стороны, вода сдавливаетъ мелкіе сосуды и измѣняетъ ихъ характеръ, а, съ другой—горячій воздухъ—плохой проводникъ тепла, почему и образуется обильный потъ, который и защищаетъ конечность отъ ожоговъ.

Практика, однако, показала Bier'у, что пользование активной гипереміей, вызываемой горячимъ воздухомъ, сопряжено со многими затрудненіями: нужны многіе приборы и приспособленія, требующія умѣлаго изготовленія и значительныхъ денежныхъ затратъ. Поэтому Bier, дѣлая уступку и сознавая всѣ недочеты пассивной гипереміи, все-же полагаетъ, что и въ послѣдней можно подыскать ту ступень, когда въ практическомъ отношеніи не будетъ разницы между пассивной и активной гипереміями. Разумѣется, между быстротекущей артеріальной гипереміей, забирающей и уносящей съ собой всѣ пригодныя ей части, и вялой гипереміей венной, отдающей данному участку тѣла всѣ свои способности части, есть огромная не только физическая, но и химическая разница. Но «гиперемія» вообще есть понятіе собирательное, и между 2-мя главными формами ея, активной и пассивной, можетъ быть большее или меньшее сближеніе, есть неисчислимо множество промежуточныхъ формъ. Дѣйствительно, затрудняя оттокъ крови, мы можемъ подловить такой моментъ, когда картина и цѣлебная сила будутъ тождественны съ тѣми, что наблюдаются при активной гипереміи.

Простымъ средствомъ для полученія лѣчебной пассивной гипереміи является старый резиновый бинтъ или еще болѣе старая банка, корни которыхъ можно прослѣдить до самыхъ первыхъ временъ человѣческой культуры, а первое научное обоснованіе имъ дано въ сапогѣ *Juno* (30 г. XIX ст.). Бинтъ берется *Martin*овскій или тканый, пронизанный резиновыми нитями, въ 6—7 см. шириной (для шеи 2—3 см.). Конецъ бинта лучше всего заколотъ безопасной булавкой, хотя можно закрѣпить его и пришитыми тесемками. Длину бинта Bier не опредѣляетъ; только на шею онъ совѣтуетъ брать бинтъ въ одинъ туръ (чтобы его едва хватало). Во избѣжаніе раздраженія кожи (особенно на шеѣ) подъ бинтомъ можно подкладывать тоненькую прослойку марли. Въ этихъ-же видахъ слѣдуетъ мѣнять мѣсто наложенія бинта. Держитъ бинтъ Bier отъ 10 до 22 час. ежедневно. Исключеніе оставляетъ бугорчатка, при которой Bier въ послѣдній годъ сталъ сначала обезкровливать конечность поднятіемъ и наложеніемъ на нее на 1—2 часа *Esmarch*овскаго бинта (какъ при усѣченіи), а потомъ, снявъ бинтъ, пускаетъ кровь и получаетъ при этомъ приливную гиперемію.

Наложить резиновый бинтъ вообще легко; но далеко не легко достигнуть наложеннымъ бинтомъ нужной степени гипереміи. Въ первое время приходится то и дѣло снимать бинтъ, чтобы наложить его снова. Различная впечатлительность и неодинаковое строеніе сосудистой системы у разныхъ лицъ дѣлаютъ наложеніе бинта, если можно такъ выразиться, крайне индивидуальнымъ. Иногда и легко и скоро получается характерная живая, яркая краснота, такъ что становится совершенно ясно, что бинтъ наложенъ правильно. Но иногда, не смотря на многочисленныя попытки и всевозможныя старанія, не удается добыть красной гипереміи, а между тѣмъ результаты показываютъ, что слегка розоватый цвѣтъ забинтованной конечности служитъ носителемъ той-же цѣлебной силы, что и въ первомъ случаѣ. А какъ легко наложить бинтъ и не получить никакой гипереміи, особенно въ первый разъ, когда больной недовѣрчиво, а часто и враждебно смотрящій на бинтъ, начинаетъ жаловаться на боль, едва лишь Вы коснулись его бинтомъ! Все это указываетъ на то, что область нало-

женія бинта очень узка. Конечно, лучше не принести больному пользы, чѣмъ причинить ему вредъ,—лучше омишкомъ слабо наложить бинтъ, чѣмъ слишкомъ сильно.

Главное, чего долженъ, придерживаясь всякій, лѣчащій застойнымъ бинтомъ, въ общемъ сводится къ слѣдующему. Забинтованная конечность не должна быть синюшной; температура на ней должна быть выше, чѣмъ на другой здоровой конечности. Бинтъ не долженъ причинять боли, неловкости, парестезій. Обыкновенно приходится наблюдать, что, едва конечность начинаетъ синѣть, какъ тотчасъ-же возникаютъ болевые ощущенія. Краснота, въ началѣ обыкновенно рѣзкая и яркая, въ концѣ 10—12-го часа дѣлается едва замѣтной, и на смѣну ей выступаетъ равномерная отечность. Для устраненія отека конечность слѣдуетъ, послѣ снятія бинта, подвѣшивать. Больные суставы лучше всего обособлять. Для этого выше сустава кладется застойный бинтъ, а ниже, съ пальцевъ, конечность увивается бумажнымъ бинтомъ. Бинтованіе надо продолжать 1—2 дня послѣ прекращенія всѣхъ субъективныхъ и объективныхъ явленій во избѣжаніе возврата.

Банки въ давнія времена и у разныхъ народовъ употреблялись, какъ отсасывающее средство. Обыкновенно брались рога животныхъ, бамбуковыя палки, тыквы, на концѣ которыхъ продѣлывалось отверстіе, а чрезъ него ротомъ и отсасывали подожавшій удаленію продуктъ. Очень часто употреблялись затѣмъ банки въ ушной и носовой практикѣ специалистами въ этихъ областяхъ. Упомяну, наконецъ, о т. наз. сухихъ (кровесосныхъ) банкахъ, имѣющихъ и теперь широкое примѣненіе въ земской практикѣ. Заслуга Bier'a состоитъ въ томъ, что онъ воспользовался банкой не только какъ отсасывающимъ, но и какъ гиперемизирующимъ средствомъ. Для банокъ Bier беретъ всевозможныхъ фазоновъ стеклянную посуду съ идущей отъ банки и сообщающейся со шприцемъ резиновой трубкой. Чтобы банка лучше прилегалъ къ тѣлу, края ея Bier совѣтуетъ смазать жиромъ. Пользуется банкой Bier въ теченіи 30—45 мин. ежедневно такъ, чтобы 5-минутные сеансы (пассивная гиперемія) чередовались съ 3-минутными перерывами (активная гиперемія). Края банки должны лежать въ предѣлахъ безусловно здоровыхъ тканей. Отсасываніе производится при помощи особаго шприца (хотя можно брать и обыкновенный *Guyon*овскій шприцъ или шприцъ отъ прибора *Potain*'а), устроеннаго по типу шприца *Potain*'а, но превосходящаго послѣдній величиной.

Относительно лѣченія самихъ ранъ бинтомъ или банкой по Bier'у можно сдѣлать слѣдующія замѣчанія. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ бываетъ вполне достаточно небольшихъ разрывовъ, часто просто проколовъ, для излѣчиванія гнойныхъ воспалительныхъ заболеванийъ (тендовагинитовъ, флегмонъ и пр.), хотя и широкіе разрывы не противопоказаны при лѣченіи по способу Bier'a. Тампонады ранъ Bier совѣтъ не примѣняетъ, прибѣгая въ случаѣ надобности (задержки гноя) къ дренажу. Повязку обыкновенно онъ кладетъ изъ сухой асептической марли, свободную.

Что касается литературы вопроса о Bier'овскомъ способѣ лѣченія, то ея я вовсе не буду касаться. Въ литературѣ этой идетъ еще сильное броженіе; едва-ли не каждую недѣлю появляются все новыя и новыя работы, сообщаются нерѣдко противорѣчивые одинъ другому результаты, словомъ, спѣшно вырабатывается установка показаній для способа Bier'a.

Перехожу къ своимъ наблюденіямъ. Результаты, къ которымъ они привели меня, я смѣло могу назвать хорошими. Сначала оупую, въ легкихъ случаяхъ, а потомъ и на дов. серьезномъ больничномъ матеріалѣ я убѣдился въ превосходномъ дѣйствіи Bier'овскаго лѣченія на различныя болѣзненные формы. Интересъ къ работѣ во мнѣ подерживалъ и всегда охотно выводилъ меня изъ затрудненій, каковыя на первыхъ порахъ встрѣчались у меня нерѣдко, завѣдующій хирургическимъ отдѣленіемъ больницы глубокоуважаемый ч. пр. Г. Ф. Цейдлеръ, по предложенію котораго я и началъ примѣнять въ больницѣ Bier'овскій способъ. Вотъ мой случай. Ихъ было: флегмонъ 58 сл.,

парывовъ 3, панариций 12, острыхъ гнойныхъ воспаленій влагалищъ сухожилий 7, острыхъ гнойныхъ воспаленій лимфатическихъ железъ 6, острыхъ гнойныхъ воспаленій слизистыхъ сумокъ 4, переломныхъ воспаленій суставовъ 3, острыхъ гнойныхъ воспаленій костного мозга 5, огневиковъ 3, чирьевъ 18; всего 119 сл.

### Флегмоны.

1. 18—26/х 1905 г. И. М., 30 л. Боленъ недѣлю. На подошвенной поверхности *левой стопы* у основанія 2-хъ послѣднихъ пальцевъ—грозившая флегмона съ змѣненіемъ въ среднѣй. Температура нормальная. Проколъ флегмоны концомъ скальпеля (добыть жидкій, зловонный гной). Лѣчение застойной гипереміей (бинтъ). Черезъ 3 дня отдѣляется капля гноя; болѣе нѣтъ. На 8-ой день выписанъ съ поверхности гранулировавшей полоской.

2. 23—30/х 1905 г. В. С., 17 л. 4 дня назадъ укололъ ладонь правой руки острымъ концомъ горячаго чугуна. Флегмонозная краснота и припухлость на ладонной поверхности *правой руки кисти* съ воспалительнымъ отекомъ на тылѣ ея. Сообщение съ гнойной полостью нѣтъ; черезъ небольшую рану на ладони (въ мѣстѣ укола чугуномъ), соответственно промежутку между среднимъ и безымяннымъ пальцемъ. 37°9. Лѣчение застойной гипереміей (бинтъ). На слѣдующій день температура спала, и боли успокоились. Флегмона освобождалась отъ гнойнаго содержимаго черезъ нѣтъшійся готовымъ свищевой ходъ. Черезъ 6 дней по поступленіи выписанъ съ небольшою гранулировавшей ранкой, безъ капли гноя.

3. 26/х—2/х 1905 г. В. Н. 21 г. Боленъ 4-й день. На тылѣ *левой ручной кисти* и въ области возвышенія большаго пальца—припухлость и напряжение. Змѣненія не опредѣляется. 37°5. Лѣчение застойной гипереміей (бинтъ). Черезъ день на ладони образовался эпидермальный гнойникъ, произвольно вскрывавшійся. Черезъ образовавшійся такимъ образомъ свищевой ходъ флегмона и освобождалась отъ гнойнаго содержимаго. Выписанъ на 7-ой день съ зажившей ранкой и съ весьма незначительнымъ отекомъ кисти.

4. 19—27/х 1905 г. М. П., г. Боленъ 5 дней. Флегмонозная краснота на задней поверхности нижней  $\frac{1}{3}$  *правой голени*. Змѣненія нѣтъ. Температура нормальная. Лѣчение застойной гипереміей (бинтъ). На слѣдующій день боли стихли, а краснота сдѣлалась блѣднѣе. 25/х красноты не было и слѣдовъ, замѣчалась лишь небольшая отечность. 23/х заболѣлъ фолликулярной жабой; температура вспыхнула до 38°4, температура держалась повышенной до 26/х. 27/х выписанъ здоровымъ.

5. 27/х—12/х 1905 г. А. М., 24 л. 3 дня назадъ накололъ лѣвую ногу на гвоздь. На *левой подошвѣ* у основанія 4-го пальца грязная, колющая рана съ сильной болезненностью и припухлостью въ окрестности. На голени полоса лимфангоита. 39°5. Лѣчение застойной гипереміей (бинтъ). Первые 3 дня температура держалась приблизительно въ предѣлахъ однихъ и тѣхъ-же градусовъ, хотя боли начали стихать съ 1-го же дня. Черезъ 3 дня температура была уже ниже, а съ 5-го дня нормальной. На 6-ой день образовался эпидермальный гнойникъ и флегмонозное содержимое постепенно стало опорожняться черезъ произвольно продолженный ходъ. Выписанъ на 15-ый день по поступленіи съ ничтожной гранулировавшей ранкой.

6. 8—16/х 1905 г. И. Х., 30 л. Боленъ 4 дня. Флегмона тыла *правой стопы*, восходящая до средней  $\frac{1}{3}$  голени. Свободнаго гноя нѣтъ. 38°3. Лѣчение застойной гипереміей (бинтъ). Черезъ 4 дня температура, постепенно падая, установилась на нормѣ. На наружной лодыжкѣ образовался эпидермальный гнойникъ съ свищевымъ ходомъ въ гнойную полость. На 8-ой день выписанъ съ зажившей раной.

7. 26/х—26/х 1905 г. И. Ю., 32 л. Боленъ недѣлю. Флегмона *кисти, предплечья и локтя* правой руки. Сильное напряжение; кожа красная, горячая на ощупь. Змѣненія не опредѣляется. 38°1. Лѣчение застойной гипереміей (бинтъ) въ теченіи 6 дней не дало результата: температура осталась на прежней высотѣ; ни объективно, ни субъективно улучшенія не наблюдалось. Поэтому сдѣланы были широкіе разрывы и примѣнено лѣчение компрессами и ванночками. Выписанъ черезъ мѣсяцъ съ 2-мя гранулировавшими поверхностями.

8. 27/х—29/х 1905 г. В. Н., 15 л. На мизинцѣ лѣвой стопы—воспаленная мозоль; на *тылѣ стопы и въ нижней  $\frac{1}{3}$  голени*—начинающаяся флегмона. 37°8. Лѣчение застойной гипереміей (бинтъ). Боли утихли на 2-ой день, а на 3-ій температура спала, краснота поблѣднѣла, и В. Н. выписанъ здоровымъ.

9. 21—30/х 1905 г. И. С., 31 г. Въ нижней  $\frac{1}{3}$  лѣваго плеча старая рана, сильно гнойная. Флегмонозная краснота на *локтяхъ и на предплечьяхъ*. 38°3. Лѣчение застойной гипереміей (бинтъ). Черезъ день температура установилась на нормѣ, боли стихли. Черезъ 2 дня на локтѣ отграничился гнойникъ, который и былъ вскрытъ проколомъ ножа. Выписанъ черезъ 8 дней по поступленіи безъ воспалительныхъ явленій съ небольшою гранулировавшей полоской.

10. 20—30/х 1905 г., Н. Г., 18 л. Флегмона на *левой стопѣ*. 2 дня назадъ накололъ лѣвую пятку. На пяткѣ видна загрязненная, колющая рана съ краснотой и болезненностью въ окрестности. Краснота по задней поверхности восходитъ до средней  $\frac{1}{3}$  голени. 39°6. Лѣчение застойной гипереміей (бинтъ). Температура первые 3 дня держалась высокой; обычнаго уменьшенія болѣе замѣтно не было. Черезъ 3 дня температура пала критически; на

пяткѣ образовался эпидермальный пузырь, наполненный сывороточно-гнойной жидкостью. Послѣ этого температура установилась на нормѣ, флегмона исчезла на 9-ый день, и Н. Г. выписанъ здоровымъ.

11. 26/х—1/х 1905 г. Ф. Г., 19 л. 2 дня назадъ укололъ возвышеніе мизинца правой руки желѣзной стружкой. Флегмона *правой ладони, переходящая на запястье и нижнюю  $\frac{1}{3}$  предплечья*. Кожа красная горячая. 39°1. Проколъ. Лѣчение застойной гипереміей. Черезъ день температура критически пала до нормѣ; боли утихли на 2-ой день. Флегмона освобождалась отъ гнойнаго содержимаго въ теченіи 4-хъ дней. Черезъ 4 дня выписанъ съ ничтожной отечностью на тылѣ кисти и съ зажившей ранкой.

12. 24/х 1905 г.—1/х 1906 г. А. Л., 35 л. Флегмона на *правой рукѣ* съ лимфангоитомъ и лимфаденитомъ въ правой подмышковой впадинѣ. Боленъ недѣлю. Обширная флегмона, занимающая область кисти и предплечья правой руки. Въ нижней  $\frac{1}{3}$  предплечья по сгибательной поверхности тянется свищевой ходъ вверхъ и внутрь (въ межмышечное пространство). На плечѣ лимфангоитъ. Подмышковыя железы увеличены и оч. болезненны. 38°6. Лѣчение застойной гипереміей (бинтъ). Въ виду того, что температура въ теченіи 2-хъ слѣдующихъ дней не понизилась, а подмышковыя железы подвергались новымъ измѣненіямъ (къ припухлости присоединилось воспаленіе кожи), флегмона была вскрыта 3-мя широкими разрывами. Дальнѣйшее лѣчение состояло въ ежедневной смѣнѣ влажныхъ (*Вюрговскихъ*) повязокъ. Больной пролежалъ въ больницѣ болѣе мѣсяца и выписанъ съ 3-мя гранулировавшими ранами.

13. 30/х—4/х 1905 г. Н. М., 35 л. Боленъ 2 дня. Въ верхней  $\frac{1}{3}$  лѣваго предплечья у локтя старая гнойная рана. Флегмонозная краснота на *всѣхъ предплечьяхъ и локтяхъ*. 37°7—38°3. Лѣчение застойной гипереміей (бинтъ). Температура на 4-ый день пала до нормѣ, краснота стала едва замѣтной, рана еще немного гнойилась. Съ этимъ больно и выписанъ по настойчивой его просьбѣ. (Моя просьба зайти и показаться осталась неудовлетворенной).

14. 7—9/х 1905 г. Н. М., 45 л. Боленъ 3 дня. На *тылѣ правой стопы* у основанія средняго пальца—грязная, колющая рана, отдѣляющая гной. Кругомъ флегмонозная краснота. Лѣчение застойной гипереміей (бинтъ). Черезъ день красноты нѣтъ. Ранка чистая, безъ гноя.

15. 17—21/х 1905 г. И. С., 19 л. Разлитое воспаленіе кожи на *правой ручной кисти*; на тыльной поверхности—змѣненіе. Проколомъ (въ 1 см.) данъ выходъ кровянисто-гнойной жидкости. 37°7. Лѣчение застойной гипереміей (бинтъ). Температура съ слѣдующаго дня нормальная; болѣе нѣтъ. Флегмона исчезла черезъ 3 дня, и И. С. выписанъ здоровымъ.

16. 20/х 1905 г.—6/х 1906 г. В. С., 31 г. Флегмона *правой ручной кисти, переходящая на предплечье*, недѣльной давности. Опредѣляется присутствіе свободнаго гноя. Проколъ. Лѣчение застойной гипереміей (бинтъ). Бинтованія примѣнялись 2 дня. Начался уже хорошій результатъ: флегмона стала быстро очищаться отъ своего содержимаго, на предплечьяхъ краснота поблѣднѣла, но больно отъ дальнѣйшаго лѣченія бинтомъ отказался. Поэтому флегмона была вскрыта 2-мя разрывами и лѣчена обычнымъ способомъ. Выписанъ на 17-ый день по поступленіи съ гранулировавшими ранами.

17. 19—24/х 1905 г. Р. С., 56 л. На подошвѣ у послѣднихъ пальцевъ лѣвой стопы—старая, гнойная рана. Начинающаяся флегмона на *тылѣ стопы*. Лѣчение застойной гипереміей (бинтъ и банка). Черезъ 4 дня красноты нѣтъ, болѣе того, рана выполнялась грануляциями (больной съ этимъ и выписанъ).

18. 3—6/х 1906 г. Р. П., 19 л. Флегмона на *правой стопѣ*. 3 дня назадъ накололъ лѣвую подошву на гвоздь. По среднѣй подошвѣ точечная рана, кругомъ воспалительныя явленія и болезненность. 37°5. Лѣчение застойной гипереміей (бинтъ). Температура нормальная съ слѣдующаго-же дня. Черезъ день на подошвѣ образовался эпидермальный гнойникъ. Черезъ 2 дня—полное выздоровленіе.

19. 2—10/х 1906 г. Г. Ц., 21 г. Флегмона на *левой стопѣ*. 2 дня назадъ накололъ лѣвую ногу на гвоздь. На подошвѣ у первыхъ 2-хъ пальцевъ припухлость и болезненность около точечной ранки. На тылѣ стопы—воспалительный отекъ. Лѣчение застойной гипереміей. Флегмона освобождалась отъ гнойнаго содержимаго черезъ мѣсто укола. Выписанъ здоровымъ черезъ 7 дней.

20. 6—11/х 1906 г. Ф. М., 53 г. На 2-мъ пальцѣ правой ноги—воспаленная мозоль; на *тылѣ стопы*—начинающаяся флегмона. Лѣчение застойной гипереміей (бинтъ). Выписанъ здоровымъ черезъ 4 дня.

21. 28/х 1905 г.—25/х 1906 г. А. В., 48 л. Флегмона на *правыхъ кисти и предплечьяхъ* и воспаленіе слизистой сумки локтевого отростка. На локтѣ гнойная рана, ведущая въ слизистую сумку локтевого отростка. Характерныя измѣненія подмышковыхъ железъ. 37°8—39°6. Лѣчение застойной гипереміей (бинтъ). 3-дневное бинтованіе не понизило температуры, не успокоило боли и вообще не произвело замѣтныхъ измѣненій въ картинѣ болѣзни. Поэтому были сдѣланы широкіе разрывы и примѣнено лѣчение обычнымъ способомъ; температура черезъ день упала къ нормѣ. Выписанъ съ гранулировавшими ранами почти чрезъ мѣсяцъ.

22. 21—27/х 1906 г. В. П., 25 л. Флегмона *тыла ручной кисти*, вскрытая произвольно 2-мя свищевыми ходами, 38°6. Лѣчение застойной гипереміей (бинтъ). Температура первые 2 дня держалась въ предѣлахъ тѣхъ-же градусовъ, на 3-ій—ниже, съ 4-го дня стала нормальной. Распространеніе флегмоны пре-

крашено при помощи имѣвшихся свѣчей. Выписанъ черезъ 6 дней съ заживавшей ранкой.

23. 20—29/1 1906 г. К. П., 35 л. Обширная флегмона на правой верхней конечности, занимающая все предплечье, область локтя и нижнюю  $\frac{1}{2}$  плеча. На локтѣ—старая гноющаяся рана. Зыбленія нѣтъ. 37°/8. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Первые 3 дня вечерняя температура поднималась до 39°, боли держались. На 4-й день температура спала, боли стихли, на предплечьи стало опредѣляться присутствіе свободнаго гноя. Сдѣланъ проколъ (2 стм.). На слѣдующій день температура упала къ нормѣ. В теченіи слѣдующихъ 3-хъ дней флегмона исчезла совсѣмъ. Выписанъ съ поверхностной гранулировавшей раной.

24. А. Ф., 43 г. Волень недѣлю. Флегмона лъвой стонѣ и прилежащей къ ней части голени. Подъ наружной лодыжкой—произвольно вскрышійся гнойникъ съ незначительнымъ отдѣленіемъ густога гноя. 36°/7. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Боли стихли съ перваго же дня. Выписанъ черезъ 4 дня съ гранулировавшей раной.

25. 28/1—1/п 1906 г. Е. С., 43 г. На правой локтѣ старая гноющаяся рана. Область локтя, предплечья и нижней  $\frac{1}{2}$  плеча занята флегмоной, 38°/8. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). На 2-ой день боли стихли, температура спустилась. Черезъ 2 дня она установилась на нормѣ. Выписанъ черезъ 3 дня по поступленіи (по собственному желанію) съ начавшей покрываться грануляциями раной.

26. 21/1—4/п 1906 г. В. А., 15 л. На внутренней поверхности средней  $\frac{1}{2}$  лъвой голени—старая, гноющаяся рана. Флегмозная краснота по всей голени. 39°/6. Тяжелое общее состояніе. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Обычный болевой эффектъ. Температура черезъ 2 дня установилась на нормѣ. Черезъ 5 дней на внутренней лодыжкѣ отграничился небольшой гнойникъ (вскрытъ проколомъ). Флегмона прервалась черезъ 12 дней. Выписанъ съ заживавшей раной.

27. 28/11 1905 г.—6/п 1906 г. В. В., 53 г. Ушибъ большой палецъ правой ноги деревомъ недѣлю назадъ. Флегмона большою частью, отчасти переходящая на тылъ стонѣ. Рѣзко выраженный артеріосклерозъ. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). На слѣдующій день флегмона произвольно вскрылась черезъ небольшой ходъ у основанія большого пальца. Черезъ 2 дня большой палецъ посинѣлъ, сталъ малочувствителенъ и холоденъ на ошупь. Бинтованія поэтому были замѣнены согревающими компрессами и теплыми ножными ваннами. Выписанъ черезъ 2 мѣс. и 6 дней съ едва замѣтной синевой, но съ значительнымъ ограниченіемъ движеній пальца.

28. 3—10/п 1906 г. П. М., 36 л. На лъвомъ локтѣ—старая гноющаяся рана. Флегмозная краснота на предплечьи, локтѣ и въ нижней  $\frac{1}{2}$  плеча. 38°/7. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Температура черезъ 2 дня установилась на нормѣ. Флегмона исчезла черезъ 6 дней, освободившись отъ гнойнаго содержимаго черезъ имѣвшуюся рану на локтѣ.

29. 7—11/п 1906 г. Д. М., 24 г. Флегмона праваго предплечья. На среднѣмъ предплечьи—старая гноющаяся рана. 37°/7. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). На другой день температура спала, и боли стихли. Выписанъ черезъ 3 дня съ гранулировавшей раной безъ малѣйшихъ воспалительныхъ явленій.

30. 8—12/п 1906 г. М. Д., 23 л. Флегмона на правой ручной кисти. На ладони у основанія 4-го пальца—зыбленіе. 37°/7. Проколъ. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Температура спала на 2-ой день, боли утихли. Выписанъ черезъ 3 дня съ гранулировавшей раной.

31. 31/1—15/п 1906 г. В. П., 30 л. Флегмона на внутренней поверхности правыхъ предплечья и плеча. У локтевого сгиба рана (стм. въ 3), изъ которой выдѣляется гной; она получена недѣлю назадъ отъ удара кускомъ разорвавшейся бомбы. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). На 2-ой день нагноеніе усилилось, и выдѣлился вымытый гнойомъ кусокъ бомбы. Съ слѣдующаго дня рана быстро стала очищаться, и большой черезъ 14 дней выписанъ съ гранулировавшей раной. Боли стихли со 2-го дня; температура все время была нормальной.

32. 12—18/п 1906 г. С. М., 28 л. Глубокая флегмона на правой ладони. По среднѣмъ ладони—колотая, полученная недѣлю назадъ (желѣзной стружкой) рана, сильно гноющаяся. 38°/3. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Температура черезъ 2 дня стала близка къ нормѣ, съ 4-го дня—нормальная. Боли исчезли на 2-ой уже день. Черезъ 5 дней выписанъ (по собственному желанію) съ остатками нагноенія и неглубокой раной.

33. 18—20/п 1906 г. Ю. М., 30 л. Небольшая флегмона въ области наружной лодыжки правой ноги. Есть свободный гной. 37°/1—37°/9. Проколъ, Лѣченіе застойной гипереміей (банка и бинтъ). Температура спала, и краснота поблѣднѣла на 2-ой день. Черезъ день гноя уже не было; ранка заживаетъ.

34. 13—23/п 1906 г. А. А., 27 л. Флегмона мизинца лъвой руки, переходящая на тылъ кисти. Зыбленіе кругомъ всего мизинца. Проколъ. Межфаланговый суставъ мизинца (между средней и основной фалангами) выполненъ гнойомъ. 39°/1. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Температура черезъ 2 дня понизилась, а черезъ 4 установилась на нормѣ. Выписанъ черезъ 9 дней съ заживавшей гранулировавшей полоской. Межфаланговый суставъ остался въ положеніи сведенія (разгибательнаго).

35. 18—25/п 1906 г. В. И., 30 л. Флегмона въ области праваго локтя, занимающая почти все предплечье и нижнюю часть плеча. На локтѣ—небольшая гноющаяся рана. Температура нормальная. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Обычный болевой эффектъ съ 1-го же дня бинтованія. Флегмона исчезла че-

резъ 6 дней, освободившись отъ гнойнаго содержимаго черезъ рану на локтѣ.

36. 27—28/п 1906 г. В. К., 41 г. Небольшая старая гноющаяся рана на лъвомъ предплечьи. По всей предплечью флегмозная краснота. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). На 2-ой день боли нѣтъ, краснота едва замѣтна. Въ такомъ состояніи больной, по настоятельной просьбѣ, и выписался.

37. 25/1—5/п 1906 г. П. С., 13 л. Рѣзкая флегмозная краснота въ нижней  $\frac{1}{2}$  правой голени, главнымъ образомъ въ области лодыжекъ. Свободнаго гноя нѣтъ. 39°/4. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Температура черезъ день упала, а черезъ 3 дня стала нормальной. Боли быстро стихли. Выписанъ здоровымъ черезъ недѣлю.

38. 3—6/п 1906 г. Я. Г., 17 л. На наружной поверхности лъваго бедра ограниченная флегмона, величиною съ ладонь взрослого. Въ среднѣмъ присутствіе свободнаго гноя. Разрѣзъ въ 2 стм. Лѣченіе застойной гипереміей (банка и бинтъ). Черезъ 2 дня гноя нѣтъ; рана заживаетъ.

39. 9—12/п 1906 г. В. В., 17 л. На правой ногѣ въ области подкожной ямки ограниченная флегмона съ свободнымъ гнойомъ. Проколъ. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ и банка). Черезъ 2 дня здоровъ.

40. 10—14/п 1906 г. М. К., 19 л. Небольшой гнойникъ на тыльной поверхности лъвой стонѣ; краснота на стопѣ, восходящая до средней  $\frac{1}{2}$  голени. 37°/7. Проколъ. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Температура черезъ день нормальна. Выписанъ черезъ 3 дня здоровымъ.

41. 4—15/п 1903 г. Е. П., 35 л. Волень 5 дней. Флегмозная краснота по всей правой рукѣ. Раны нѣтъ. Свободнаго гноя не опредѣляется. 37°/7—38°/1. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Боли стихли къ 8/ш (черезъ 3 дня); температура нормальна съ 7/ш. Выписанъ черезъ 10 дней по поступленіи съ ничтожнымъ, безболѣзненнымъ инфильтратомъ въ нижней части плеча.

42. 10—16/п 1906 г. Н. В., 27 л. На передней поверхности средней  $\frac{1}{2}$  голени—старая гноющаяся рана, окруженная яркой флегмозной краснотой. 37°/6. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Температура черезъ день нормальная, боли стихли. Выписанъ черезъ 5 дней, когда флегмозный процессъ былъ остановленъ, съ небольшой гранулировавшей раной.

43. 24/п—5/п 1906 г. П. К., 15 л. Флегмона на правой голени, занимающая среднюю и нижнюю  $\frac{1}{2}$  ея, особенно рѣзкая въ области наружной лодыжки. Присутствіе свободнаго гноя опредѣлить не удастся. 39°/5. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Температура понизилась черезъ день; тогда-же произошло произвольное вскрытіе флегмоны. Черезъ 4 дня по поступленіи температура стала нормальной. Флегмона исчезла на 5-й день.

44. 8—18/п 1906 г. Н. Л., 37 л. Гнойное воспаленіе слянистой сумки лъваго локтевого отростка и флегмозная краснота на прилегающихъ къ нему концахъ плеча и предплечья. 37°/7. Проколъ слянистой сумки; полученъ жидкій гной, безъ запаха. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Температура черезъ 4 дня нормальна. Черезъ 9 дней выписанъ здоровымъ.

45. 8—19/п 1906 г. С. С., 41 г. Обширная флегмона на правой рукѣ, занимающая область предплечья, локтя и плеча (до верхней  $\frac{1}{2}$ ). На предплечьи и локтѣ много свободнаго гноя. Температура нормальная. Разрѣзъ (въ 2 стм.) на локтѣ. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Флегмона исчезла черезъ 10 дней. Выписанъ съ гранулировавшей полоской.

46. 29/п—1/п 1906 г. И. К., 23 л. На внутренней поверхности праваго плеча въ нижней  $\frac{1}{2}$  старая гноющаяся рана, окруженная флегмозной краснотой. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Рана очистилась, и краснота исчезла черезъ 2 дня. Выписанъ съ гранулировавшей раной.

47. 30/п—1/п 1906 г. И. Б., 28 л. Флегмона лъвой стонѣ и нижней  $\frac{1}{2}$  голени. Гноющаяся рана на мизинцѣ. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Температура нормальная. Черезъ день на стопѣ образовался индурмальный гнойникъ; съ нимъ больной и выписался, не согласившись ни на проколъ, ни на снятіе пузыря.

48. 1—6/п 1906 г. А. Т., 14 л. На правой ладони соответственно головкамъ основныхъ фалангъ 2-го, 3-го и 4-го пальцевъ—покраснѣніе кожи и припухлость. Зыбленіе. Проколъ (въ 1 стм.). Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ и банка). Боли стихли на 2-ой день. Выписанъ здоровымъ черезъ 4 дня.

49. 6—10/п 1906 г. П. Ф., 19 л. Флегмона правой ручной кисти, главнымъ образомъ на ладонной поверхности. По среднѣмъ ладони старая гноющаяся рана. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Черезъ 3 дня флегмозный процессъ прервался, и больной выписанъ съ гранулировавшей раной.

50. 25/п—10/п 1906 г. Ф. С., 11 л. Заболѣлъ 4 дня назадъ послѣ укула шлюй правой ноги. Въ нижней  $\frac{1}{2}$  правой голени, въ области области лодыжекъ и на тылъ стонѣ очень болѣзненная, тѣстоватая припухлость. 38°/3. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Боли во время бинтованій стихали, но температура оставалась очень высокой (дохода вечерами до 39°/6); обѣдительно пережмы къ лучшему тоже не замѣчалось, такъ что черезъ 4 дня пришлось бинтованія замѣнить разрезами и лѣченіемъ обычнымъ способомъ (въ началѣ примѣнялись ванны, компрессы, потомъ—сухія повязки). Содержимымъ флегмоны оказалась сывоточно-гнойная жидкость съ сильными запахами. Температура упала къ нормѣ лишь на 13-й день.

51. 31/п—12/п 1906 г. Н. Ф., 23 л. Волень 5 дней. Въ лъвой икроножной области обширная флегмона, простиравшаяся отъ подкожной ямки до Ахиллова сухожилия, съ свобод-



нимъ гноемъ. 38°3. 2 прокола ножомъ (вверху и внизу). Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Рѣзкій болевой эффектъ. Температура установилась на нормѣ черезъ 2 дня. 2-хъ проколовъ оказалось вполне достаточнымъ для освобожденія флегмоны отъ гнойнаго содержимаго. Выписанъ черезъ 11 дней здоровымъ.

52. 28/II—12/III 1906 г. В. Р., 32 г. Заболѣлъ 2 недѣли назадъ послѣ пораненія правой ладони. Флегмона *правой ладони*. У основанія 3-го пальца—гноящаяся рана. 38°. Лѣченіе застойной гипереміей (банка и бинтъ). Черезъ 2 дня рѣзкое улучшеніе: температура упала къ нормѣ, боли стихли, рана начала быстро очищаться. Черезъ 9 дней гноя нѣтъ; осталась лишь небольшая гранулировавшая поверхность раны, съ которой больной и былъ назначенъ на выписку. Желая еще остаться въ больницѣ, онъ выскоблывая расковырялъ себѣ рану, поранивъ при этомъ ладонную дугу. Открылось сильное кровотеченіе, съ трудомъ остановленное тугой повязкой. Лѣченіе велось обычнымъ способомъ (безъ бинта). Выписка 12/III.

53. 8—21/IV 1906 г. Е. С., 20 л. На наружной поверхности средней  $\frac{1}{3}$  *правой ладони* старая гноящаяся рана, кругомъ ея—яркая флегмонозная краснота. 37°8. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Температура черезъ день нормальная. Выписанъ черезъ 11 дней съ гранулировавшей поверхностью.

54. 20—25/IV 1906 г. В. С., 21 г. На передней поверхности *правой ладони* на границѣ средней и нижней  $\frac{1}{3}$  старая гноящаяся рана. Кругомъ раны—сильное раздраженіе кожи (лѣчила самъ какой-то мазью). Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Черезъ 4 дня краснота исчезла, рана выполнилась грануляциями.

55. 29/IV—1/V 1906 г. М. В., 40 л. Рѣзкая флегмонозная краснота въ области *внутренней лодыжки правой ладони*. Свободнаго гноя нѣтъ. 38°9. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Черезъ день температура нормальная. Черезъ 2 дня выписанъ здоровымъ.

56. 28/IV—3/V 1906 г. В. К., 48 л. Загрязненная ссадина на средней пальцѣ правой стопы; начинающаяся флегмона *на тылѣ стопы*. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Выписанъ здоровымъ черезъ 4 дня.

57. 20—29/IX 1905 г. П. В., 30 л. Больной амбулаторный. Глубокая флегмона *левой ручной кисти*. На ладонной поверхности—свищъ, ведущій въ гнойную полость. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Флегмона быстро исчезла. Черезъ 8 дней осталась гранулировавшая рана (температуры не измѣрялъ).

58. 14—19/III 1905 г. В. Ж. (Больной амбулаторный). Флегмона *правой ручной кисти*. На тылѣ кисти—небольшая рана (произвольное вскрытіе флегмоны) съ несвободнымъ отдѣленіемъ гноя. Подмышковыя железы немного увеличены, болѣзненны. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Черезъ 4 дня флегмона исчезла, осталась гранулировавшая рана.

### Гнойники.

1. 8—11/I 1906 г. Ф. К., 18 л. На *левой подошвѣ* (у мизинца)—небольшой гнойникъ. Проколъ (въ 1 см.). Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ и банка). Выписанъ черезъ 2 дня здоровымъ.

2. 8—13/II 1906 г. В. П. 54 г. 2 гнойника, съ голубинное яйцо каждый, одинъ на наружной, другой на внутренней поверхности *правого предплечья*. Проколъ. Лѣченіе застойной гипереміей (банка и бинтъ). Выписанъ черезъ 4 дня съ зажившими грануляционными поверхностями.

3. 27—30/III 1906 г. М. К., 18 л. Больной страдаетъ бугорчатой. Нарывъ справа на *нижней челюсти*, величиною съ грецкий орѣхъ. Послѣ прокола вытекло съ столовую ложку жидкаго, очень вонючаго гноя. Лѣченіе застойной гипереміей (банка). Черезъ 2 дня здоровъ.

### Панариціи.

1. 28—31/I 1906 г. П. С., 28 л. Подкожный панарицій на ладонной поверхности *среднего пальца* правой руки. Проколомъ въ 1 см. данъ выходъ гнойному содержимому. Лѣченіе застойной гипереміей (банка и бинтъ). Черезъ 2 дня выписанъ здоровымъ.

2. 29/I—5/II 1906 г. Ф. С., 41 г. На *указательномъ пальцѣ* правой руки панарицій послѣ рѣзанной раны. Лѣченіе застойной гипереміей (банка и бинтъ). Выписанъ здоровымъ черезъ 6 дней.

3. 6—11/II 1906 г. В. Б., 22 л. Глубокий (костный) панарицій на *4-мъ пальцѣ* лѣвой руки. На ладонной поверхности въ области средней фаланги—гноящаяся рана. На тылѣ кисти воспалительный отекъ. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Выписанъ черезъ 4 дня съ гранулировавшей раной, безъ капли гноя.

4. 20—28/II 1906 г. 18 л. В. Н. Боленъ недѣлю. Подкожный панарицій на *мизинцѣ* правой руки. Рѣзкій лимфангоитъ по предплечью и отчасти по плечу. Подмышковыя железы воспалены, болѣзненны. 38°7. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ) + компрессъ въ подмышковой области. Температура понижалась постепенно, боли стихли быстро. Черезъ 4 дня температура нормальная. Черезъ 7 дней выписанъ здоровымъ.

5. 31/III—13/IV 1906 г. Ф. С., 26 л. Панарицій *большого пальца* правой руки, недѣлю назадъ вскрытый разрывомъ (около 3 см.). Рана сильно гноится. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Рана начала гранулироваться и воспаление стихло черезъ недѣлю. Въ теченіи слѣдующихъ 5 дней перенесъ жабу. Выписанъ на 13-й день съ наполовину зарубцевавшейся грануляционной поверхностью.

6. 18—24/IV 1906 г. Т. И., 40 л. Панарицій *большого пальца*

лѣвой руки, амбулаторно вскрытый 3 дня назадъ. Ногтевая фаланга окутана гноемъ и лишена надкостницы. Область возвышенія большого пальца припухла и болѣзненна. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Выписанъ, по собственному желанію, черезъ 5 дней съ умеренно гноившейся раной (нагноеніе поддерживалось омертвѣвшей костью). Въ окружности раны ни болей, ни припухлости уже не было.

7. 8—14/II 1906 г. О. Д. (Больная амбулаторная). Подкожный панарицій ногтевой фаланги *среднего пальца* правой руки. Проколъ. Лѣченіе застойной гипереміей (банка и бинтъ). Черезъ 2 дня гноя нѣтъ. Черезъ 5 дней здорова.

8. 17—22/II 1906 г. М. Н. (Больная амбулаторная). Панарицій ногтевой фаланги *указательнаго пальца* правой руки. Подъ ногтемъ заноза и гной. Заноза извлечена. Лѣченіе застойной гипереміей (банка и бинтъ). Черезъ 4 дня здорова. Ноготь не сошелъ.

9. 20—25/III 1906 г. Ф. Г. Основаніе ногтя *4-ю пальца* лѣвой руки окружено краснаго цвѣта валикомъ. Присутствіе свободнаго гноя. Лѣченіе застойной гипереміей (банка и бинтъ). На слѣдующій день образовался эпидермальный гнойникъ. Черезъ 4 дня здоровъ.

10. 23—27/III 1906 г. И. Н. (Больной амбулаторный). Панарицій ногтевой фаланги *большого пальца* правой руки съ значительной омертвѣлостью кожи. Лѣченіе застойной гипереміей (банка и бинтъ). На слѣдующій день боли сильнѣе. Проколомъ данъ выходъ густому гнойному содержимому. Боли не стихли и послѣ этого; нагноеніе распространялось и на основную фалангу. Лѣченіе застойной гипереміей пришлось оставить, какъ неэффективное.

11. 20/III—7/IV 1906 г. Н. И., 30 л. (Больной амбулаторный). 2 дня назадъ укололъ палецъ иглой при зашиваніи трупа. Панарицій *указательнаго пальца* лѣвой руки. Сильныя боли подъ мышкой, головная боль, ознобъ. Лѣченіе застойной гипереміей (банка и бинтъ). Черезъ день панарицій произвольно вскрылся, подмышковыя железы перестали болѣть. Нагноеніе все же держалось дов. упорно. Выздоровѣлъ черезъ 17 дней.

12. 16—26/IV 1906 г. И. М., 17 л. Панарицій *большого пальца* лѣвой руки. Начинающаяся флегмона на кисти. Проколъ (въ 1 см.) на пальцѣ. Лѣченіе застойной гипереміей (банка и бинтъ). Боли начали стихать съ 1-го же дня. Выписанъ черезъ 9 дней здоровымъ.

### Острое гнойное воспаленіе влагалища сухожилий.

1. 10/X—7/XI 1905 г. Н. Ш., 33 г. Недѣлю назадъ укололъ гвоздемъ мизинецъ правой руки. На ладонной поверхности мизинца—гноящаяся рана, ведущая въ межфаланговый суставъ (между 2-ой и 3-ей фалангами), который выполненъ гноемъ. Краснота, въ видѣ длинной полосы, идетъ по сухожилию *сгибателя мизинца* на запястье. 39°4. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Температура дов. быстро понизилась, но долго держалась въ предѣлахъ 37°3—37°5° (что приглашенный на совѣщаніе товарищъ-терапевтъ объяснилъ мнѣющимся у больного разлитымъ бронхитомъ). Теченіе болѣзни было вполне благоприятное. Черезъ 11 дней сухожильное влагалище уже не содержало гноя. Выписанъ черезъ 19 дней по поступленіи съ небольшой гранулировавшей ранкой на мизинцѣ. Дѣло обошлось безъ омертвѣнія сухожилия; только суставъ между ногтевой и средней фалангами потерялъ подвижность.

2. 25/I—2/II 1906 г. А. К., 14 л. Укололъ шиломъ лѣвую руку недѣлю назадъ. Въ нижней  $\frac{1}{3}$  сгибательной стороны лѣваго предплечья, соответственно сухожильнымъ влагалищамъ *поверхностнаго сгибателя*, краснота и припухлость. Кисть согнута подъ тупымъ угломъ. 38°3. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Боли стихли, а кисть разогнулась на 2-ой день. Температура черезъ 3 дня упала къ нормѣ. Выписанъ черезъ 7 дней съ гранулировавшей ранкой (мѣсто укола шиломъ). Функция сухожилий сохранилась вполне.

3. 23/III—2/IV 1906 г. А. К., 23 л. Боленъ недѣлю. Заболѣлъ сначала одинъ мизинецъ (послѣ укола), потомъ вся кисть. На мизинцѣ правой руки развивалась припухлость, распространявшаяся на тыл кисти. Суставъ между 1-ой и 2-ой фалангами мизинца выполненъ гноемъ. Ладонь сильно припухла и крайне болѣзненна. Внизу предплечья рѣзко очерченная краснота, соответственно сухожилиямъ *сгибателей*. Кисть пригнута къ предплечью почти до прямого угла. 38°5—39°7. Лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Боли стихли черезъ 4 дня. Температура спала черезъ день, но въ теченіи 12 дней держалась въ предѣлахъ 37°2—37°7. Дѣло ограничилось разрывомъ по ходу сухожилия мизинца, длиной около 2 см. Рана зажила, и процессъ погасъ (безъ омертвѣнія сухожилия) черезъ 14 дней. Слѣдовавшія за этимъ 3 недѣли больной пользовался теплыми ручными ваннами, массажемъ и пассивными движеніями для устраненія тугоподвижности пальцевъ. Выписанъ съ не вполне разгibaвшимся мизинцемъ.

4. 18—26/II 1906 г. Д. Г., 17 л. (Больной амбулаторный). 3 дня назадъ въ лѣтебницѣ разрывомъ (въ 4 сант.) былъ вскрытъ гнойный тендовагинитъ на лѣвой ладони у основанія *3-го пальца*. Лѣченіе согрѣвающими компрессами въ теченіи 3-хъ дней не дало результатовъ; боли усилились, нагноеніе распространялось по сухожильному влагалищу. 38°5. Примѣнено лѣченіе застойной гипереміей (бинтъ). Улучшеніе замѣчено уже на 2-ой день, особенно въ смыслѣ уменьшенія болей. Черезъ день температура упала къ нормѣ. Черезъ 7 дней лѣченіе бинтомъ прекращено.

Осталась рубцевавшаяся с краевъ, грануляционная поверхность. Функция большого сухожилия восстановилась вполне.

5. 29/III—9/IV 1906 г. М. А. (амбулаторная). Больна 5 дней. Ладонь, запястья и нижняя  $\frac{1}{4}$  предплечья правой руки—въ состоянии воспалительного отека. На предплечье припухлость соответствует сухожильнымъ влагалищамъ *субителеев*. Кисть и пальцы согнуты до тупого угла. 39°. Лечение застойной гиперемией (бинты). Боли начали стихать съ 1-го дня, а через 3 дня совершенно стихли. Температура нормальная съ 4-го дня. Через 10 дней здорова.

6. 7—15/VI 1906 г. С. Г., 18 л. Въ промежуткѣ между 4-мъ и 5-мъ пальцами правой руки произвольно вскрывавшаяся флегмона. Возникшая припухлость на ладони и нижней  $\frac{1}{4}$  *субителеев* поверхности предплечья. 37,7°. Лечение застойной гиперемией (бинты). Температура черезъ день нормальная, боли стихли. Выписанъ черезъ недѣлю съ гранулировавшей раной. Припухлости нѣтъ и слѣдовъ.

7. 9—16/VI 1906 г. И. А., 16 л. Укололъ гвоздемъ 3-й палецъ правой руки. Палецъ припухъ, покраснѣлъ. Припухлость и болезненность простираются по ходу сгибателя на ладонь. 38°. Лечение застойной гиперемией (бинты). Температура черезъ 2 дня нормальная, боли стихли. Выписанъ на 7-ой день съ остатками инфильтрата. Острое гнойное воспаление лимфатическихъ железъ.

#### Острое гнойное воспаление лимфатическихъ железъ.

1. 11—18/III 1906 г. С. Ф., 26 л. Въ *левой паховой области* громадный гнойный лимфаденитъ. Краснота и инфильтратъ заходятъ на поясницу. 38,3°. Проколомъ выпущено громадное количество гноя (густого, сливообразнаго). Лечение застойной гиперемией (банкой). Черезъ 2 дня температура нормальная, боли стихли. Выписанъ (по собственному желанію), черезъ 6 дней съ остатками инфильтрата.

2. 28/III—1/IV 1906 г. Е. Ф., 32 г. Боленъ недѣлю. Въ *левой паху* припухлость съ гусиное яйцо, съ центральнымъ гнѣздымъ размяченіемъ и инфильтратомъ въ окружности. 37,3°. Проколъ (гноя густой съ незначительнымъ запахомъ). Болей на 2-ой день уже не было. Черезъ 3 дня гной исчезъ. Здоровъ.

3. 6—16/IV 1906 г. Э. П., 24 л. Недѣлю назадъ зажила язва мягкаго шанкра. Въ *левой паху* съ куриное яйцо припухлость съ покраснѣвшей кожей. Разрѣзъ въ 1 см. (жидкій гной съ запахомъ). Лечение застойной гиперемией (банка). Боли стихли черезъ день. Черезъ 9 дней выписанъ здоровымъ.

4. 12—20/IV 1906 г. А. Б., 22 л. Боленъ 5 дней. Въ *правомъ паху* змывавшаяся припухлость, съ куриное яйцо. Проколомъ въ 1 см. выпущено около 2-хъ столовыхъ ложекъ густого сливообразнаго гноя. Лечение застойной гиперемией (банка). Быстрое улучшение. Черезъ недѣлю выписанъ здоровымъ.

5. 18—23/IV 1906 г. Г. П., 23 л. Боленъ 6 дней. Въ *левой паховой области* болезненная припухлость, динникомъ расположенная по ходу *Ротунд*овой связки. По срединѣ припухлости покраснѣние кожи и змывленіе. Проколъ (густой гной). Лечение застойной гиперемией (банка). Быстрое улучшение, боли стихли въ первый-же день. Черезъ 4 дня выписанъ съ заживавшей грануляционной поверхностью.

#### Гнойное воспаление слизистыхъ сумокъ.

1. 20—23/X 1905 г. О. О., 41 г. Гнойное воспаление слизистой сумки *левой локтевой отростка*. На *левой* локтѣ старая гноящаяся рана. Область локтя красна, припухла. Предплечье и кисть отеки. Лечение застойной гиперемией (бинты). Черезъ 3 дня чистая рана, безъ малѣйшей воспалительной реакціи.

2. 3—9/XI 1905 г. А. И., 21 г. Гнойное воспаление слизистой сумки *правого локтевого отростка*. Боленъ 5 дней. На *правомъ* локтѣ небольшая рана, умѣренно гноящаяся, ведущая въ слизистую сумку локтевого отростка. Кругомъ воспалительная краснота и отечность. Лечение застойной гиперемией (бинты). Выписанъ черезъ 5 дней здоровымъ.

3. 17—26/XI 1905 г. А. Т., 57 л. Гнойное воспаление слизистой сумки *правого локтевого отростка*. Боленъ 4 дня. Проколомъ (въ 1 см.) данъ выходъ гною (гной жидкій, безъ запаха). 38°, 6. Лечение застойной гиперемией (бинты). Черезъ 2 дня температура установилась на нормѣ. Выписанъ черезъ 9 дней съ гранулировавшей раной безъ воспалительныхъ явленій въ окружности.

4. 3—16/IV 1906 г. В. Ф., 26 л. Гнойное воспаление слизистой сумки *правого надколыника* съ произвольнымъ вскрытіемъ узкимъ отверстіемъ. 39°, 3. Лечение застойной гиперемией (банка и бинты). На слѣдующій день 37°, 3; черезъ 2 дня температура нормальная. Разрѣза дѣлать не пришлось: имѣвшегося отверстія было достаточно для освобожденія сумки отъ гнойнаго содержимаго. Выписанъ черезъ 12 дней здоровымъ.

#### Перелойное воспаление суставовъ.

1. 19 III—3/IV 1906 г. А. Ф., 26 л. Множественное поражение суставовъ. Больной страдаетъ хроническимъ уретритомъ. 2 недѣли назадъ заболѣлъ правый коленный суставъ. Теперь сильны боли, главнымъ образомъ, въ мѣстахъ прикрѣпленія связокъ. Правое колено толще, круглѣе лѣваго; въ верхнемъ заворотѣ небольшой выпотъ. Лечение застойной гиперемией (бинты). Боли начали стихать съ перваго-же дня. Черезъ 4 дня началъ ходить. На 6-ой день заболѣлъ лѣвый голеностопный суставъ. Ежедневно накладывались 2 бинта. Выписанъ черезъ 14 дней безъ болей въ суставахъ.

2. М. П., 35 л., поступилъ 7/IV 1906 г. Перелойное воспаление *левой коленной сустава*. Сильная болезненность; значи-

тельное количество жидкости въ верхнемъ заворотѣ. 38°, 6. Лечение застойной гиперемией (бинты). Боли держатся; температура не понижалась. Черезъ недѣлю лечение застойнымъ бинтомъ было замѣнено припарками. Но и при этомъ температура и боли держались до тѣхъ поръ, пока не была наложена на суставъ гипсовая повязка. Боли черезъ день стихли, и температура спала до нормы. Теперь чувствуетъ себя хорошо (повязка снята); выпотъ въ суставѣ едва опредѣляется.

3. В. Л., 42 л., поступилъ 8/IV 1906 г. Перелойное воспаление *левой коленной сустава*. Страдаетъ хроническимъ уретритомъ. 2 дня назадъ заболѣло лѣвое колено. Сильнѣйшая болезненность въ мѣстахъ прикрѣпленія связокъ. 38°, 3. Лечение застойной гиперемией (бинты) успѣха не имѣло (температура не понижалась, припухлость и боли были *in statu quo*), почему послѣ 5-дневнаго примѣненія было замѣнено неподвижной повязкой. Въ настоящее время выпотъ небольшой, мало болѣзненный.

#### Острое гнойное воспаление костного мозга.

1. 17/IV—12/VI 1906 г. В. И., 10 л. Острое гнойное воспаление костнаго мозга, *правой большеберцовой кости*. Заболѣлъ вдругъ 4 дня назадъ. На правой голени, пальца на 3 ниже прикрѣпленія собственной связки надколыника, начинаются припухлость и нѣрзкое покраснѣние кожи, доходящая до самой стопы. Припухлости сопутствуетъ сильнѣйшая болезненность. Разрѣзъ (въ 4 см.) по срединѣ большеберцовой кости. Выпущено около 3-хъ столовыхъ ложекъ густого гноя, помѣшавшагося подъ надкостницей (при изслѣдованіи гноя въ немъ найдены золотистый стафилококкъ). 40°, 6. Лечение застойной гиперемией (бинты). На 2-ой день температура немного понизилась, боли значительно стихли. Черезъ недѣлю температура упала къ нормѣ, боли стихли, гной жидкій выдѣлялся въ небольшомъ количествѣ (стафилококкъ былъ найденъ въ немъ съ трудомъ). Въ дальнѣйшемъ теченіе дов. гладкое. Температура дала 2 небольшихъ (3-дневныхъ) вспѣшки, объяснявшіяся, повидимому, образовавшимся по содѣйствію съ раной гнойникомъ. Гнойникъ черезъ мѣсяцъ вскрытъ проколомъ. Выписанъ почти черезъ 2 мѣс. съ ничтожнымъ свищемъ на большеберцовой кости, черезъ который прощупывалась отдѣляющаяся кость.

2. 10/V—18/V 1906 г. Л. П., 14 л. Острое гнойное воспаление костнаго мозга *правой большеберцовой кости*. Заболѣлъ вдругъ, безъ всякой видимой причины 4 дня назадъ. Сильнѣйшая болезненность и рѣзкая припухлость въ верхней  $\frac{1}{4}$  правой голени. Кожа нормальнаго цвѣта. Правый коленный суставъ увеличенъ въ объемъ; въ верхнемъ заворотѣ его—свободная жидкость. При пробномъ проколѣ полученъ гной, въ которомъ найдены золотистый стафилококкъ. Сознаніе неясное; видъ гипнотическаго больного. Пульсъ 112, слабый. 38°, 9. 2 разрѣза по сторонамъ сустава (верхняго заворота) и 1 на голени (въ 3 см.) вверху на большеберцовой кости. Лечение застойной гиперемией (бинты). Температура не спадала, пульсъ слабѣлъ; черезъ 5 дней больной былъ безъ сознанія, а черезъ недѣлю погибъ отъ гнилокровія.

3. А. М., 14 л., поступилъ 28/IV 1906 г. Острое гнойное воспаление костнаго мозга *правой большеберцовой кости* въ верхней  $\frac{1}{4}$ . Гной въ коленномъ суставѣ; въ гною найдены золотистый стафилококкъ. Состояніе тяжелое. П. 110. 40°. Проколы—1 въ верхней  $\frac{1}{4}$  голени и 2 по сторонамъ верхняго заворота колѣна. (Гной на большеберцовой кости подъ надкостницей). Лечение застойной гиперемией (бинты). Температура 1 $\frac{1}{2}$  мѣс. оставалась повышенной, даетъ временами вспѣшки и до сихъ поръ. Болезненность съ бинтомъ меньше, безъ бинта—сильнѣе (бинты кладется на 20 час.). Въ настоящее время гноя изъ сустава не выдѣляется ни капля, рана же на голени еще порядочно гноится. Большеберцовая кость прощупывается обнаженной. Больной по немного поправляется.

4. 19—26/IV 1906 г. М. С., 21 г. Гнойное воспаление нижней челюсти. Боленъ недѣлю. Обширная флегмона на лѣвой боковой  $\frac{1}{2}$  шеи, внизу пальца на 2 не достигающая ключицы, а вверху переходящая на нижнюю челюсть, гдѣ воспалительныя явленія достигаютъ maximum'a. 38°, 7. Разрѣзъ (2 см.) подъ челюстью. Челюсть оказалась обнаженной отъ надкостницы, шероховатой. Гной—зловонный, жидкій. Лечение застойной гиперемией (бинты—на шею). Черезъ день температура упала къ нормѣ, инфильтратъ значительно уменьшился. Выписанъ черезъ 6 дней съ начавшей гранулировать раной и съ остатками инфильтрата.

5. 24/IV—3/V 1906 г. К. А., 33 г. Гнойное воспаление нижней челюсти. Боленъ 4 дня. Слѣва въ челюстной и подчелюстной областяхъ болезненная припухлость, твердая на ошупь, затрудняющая глотаніе. Змывленія нѣтъ. Лечение застойной гиперемией (бинты). На слѣдующій день—змывленіе по срединѣ челюсти. Разрѣзъ въ 2 см. Челюсть оказалась обнаженной отъ надкостницы; гной былъ съ сильнымъ запахомъ. Быстрое улучшение. Выписанъ черезъ 8 дней съ небольшой ранкой, выполнявшейся грануляциями.

#### Огненики.

1. 1—13/IV 1906 г. М. Х., 33 л. На *верхней губѣ* справа обширный огненикъ. Инфильтратъ распространяется по правому крылу носа и прилегающей къ нему части щеки на нижнее вѣло глаза. Глазъ полузакрываетъ. 38°, 1. Лечение застойной гиперемией (банка). Инфильтратъ уменьшился и боли стихли уже на 2-ой день. Температура стала нормальной черезъ 4 дня.

Черезъ 5 дней огневикъ на губѣ очистился (стержни отдѣльныхъ чирьевъ всѣ отдѣлились), но подъ скуловымъ отросткомъ образовался 2-ой (небольшой) огневикъ. Лѣчение то-же (банка). Выписанъ черезъ 14 дней съ 3-мя поверхностными точечными ранками, безъ малѣйшаго инфильтрата.

2. 9—15/IV 1906 г. Г. Т. (Больной амбулаторный). Боленъ 5 дней. Большой огневикъ справа на мѣстѣ съ твердымъ инфильтратомъ, идущимъ отъ подчелюстной области до самой ключицы. На вершинѣ огневика торчитъ гнойная пробка. Движенія шеи болѣзненны. Лѣчение пассивной гипереміей (банка). Инфильтратъ началъ опадать съ 1-го же дня. Черезъ 2 дня опредѣлилась гнойная пробка. Черезъ 5 дней осталась гранулировавшая рана, не отдѣлившая ни капли гноя.

3. 19/IV—16/V 1906 г. И. М., 56 л. Огневикъ на спинѣ, съ ладонь върослаго; въ окружности его значительный инфильтратъ. Въ мочѣ бѣлокъ (29/∞) и много сахара. Старческое истощеніе. Лѣчение пассивной гипереміей (банка). Огневикъ съ каждымъ днемъ дѣлался мягче, но рядомъ съ нимъ черезъ 4 дня образовался новый (равный по величинѣ оставшемуся незаживающимъ инфильтрату). Лѣчение то-же (банка). Больной погибъ черезъ 2 мѣс. при явленіяхъ нарастающей слабости съ все увеличивавшимся количествомъ бѣлка и сахара. Огневикъ былъ близокъ къ заживленію.

### Чирьи.

18 случаевъ чирьевъ я не стану описывать подробно, такъ какъ они всѣ текли чрезвычайно однообразно. Лѣченіемъ пассивной гипереміей (банка) чирьи въ 4-хъ случаяхъ были оборваны въ своемъ теченіи безъ образованія наружной раны. Обычно чирьи совершенно исчезали черезъ 3—4 сеанса. Только въ 1 случаѣ потребовались 6-кратныя отсасыванія банкой.

Выводы, къ которымъ я пришелъ на основаніи своихъ наблюденій, въ общемъ сводятся къ слѣдующему. Начну съ флегмонъ.

Флегмоны, при которыхъ не было свободнаго гноя при лѣченіи застойной гипереміей, обрывались въ своемъ теченіи или безъ образованія наружной раны (сл. 4, 8, 20, 37, 41, 55 и 56), или съ образованіемъ совершенно поверхностнаго (эпидермальнаго) гнойника (сл. 3, 5, 6, 9, 10, 18 и 47), и содержимое флегмоны находило себѣ тогда выходъ черезъ произвольно проложенный ходъ. Въ случаяхъ флегмонъ съ свободнымъ гноемъ обычно было достаточно для излѣченія простыхъ проколовъ (въ 1—2 см.; сл. 1, 15, 23, 30, 33, 34, 38, 39, 40, 44, 45, 48 и 51). Такимъ путемъ излѣчивались даже обширныя флегмоны, кака была, напр., въ сл. 54, гдѣ гной занималъ всю подкожную клетчатку отъ подколенной впадины до Ахиллова сухожилия. Въ случаяхъ, гдѣ флегмонозное воспаленіе присоединялось къ старой ранѣ, или когда больной приходилъ съ произвольно вскрывшейся флегмоной (сл. 2, 11, 13, 14, 17, 19, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 35, 36, 42, 43, 46, 49, 52, 53, 54, 57 и 58),—словомъ когда было сообщеніе съ гнойной полостью, флегмонозный процессъ обрывался, при чемъ гнойное содержимое освобождалось черезъ имѣвшееся уже отверстіе.

Что касается срока лѣченія флегмонъ застойной гипереміей, то онъ былъ гораздо короче, чѣмъ при обычномъ способѣ. По продолжительности пребыванія въ больницѣ большыя флегмонами, лѣченные по способу Bier'a, распределяются такъ: отъ 2 до 4 дней оставалось въ больницѣ 17 больныхъ (сл. 8, 13, 14, 15, 18, 25, 29, 30, 33, 36, 38, 39, 40, 46, 47, 49 и 55), отъ 4 до 6 дней—12 (сл. 3, 11, 17, 20, 22, 24, 32, 42, 48, 54, 56 и 58), отъ 6 до 8 дней—9 (сл. 1, 2, 4, 6, 9, 19, 23, 28 и 35), отъ 8 дней и больше—14 (сл. 5, 10, 26, 31, 34, 37, 41, 43, 44, 45, 51, 52, 53 и 57). Больные-же флегмонами, у которыхъ Bier'овское лѣченіе было оставлено, оставались въ больницѣ въ сл. 7—1 мѣс., въ сл. 13—1 мѣс. и 1 нед., въ сл. 16—16 дней, въ сл. 21—28 дней, въ сл. 27—2 мѣс. и 6 дней, въ сл. 50—1½ мѣс. Случай флегмоны икроножной области (сл. 54) кончился излѣченіемъ черезъ 11 дней. Аналогичныя флегмоны (сл. 23, 25 и 28) предплечья и локтя по Bier'у остановлены въ дальнѣйшемъ развитіи въ 1-мъ случаѣ черезъ 7, во 2-мъ черезъ 3 и въ 3-мъ черезъ 6 дней, тогда какъ въ 3-хъ случаяхъ флегмонъ кисти и предплечья (сл. 7, 12 и 21), лѣченныхъ обычно (широкими разрывами, тампонадой), потребовался для освобожденія гнойнаго содержимаго мѣсяцъ.

Ходъ температуры съ обычно опережающимъ пониженіемъ ее болеутоляющимъ дѣйствіемъ краснорѣчиво говоритъ о превращеніи флегмоны въ гнойникъ, а болѣзненныя движенія

Въ 6 случаяхъ флегмонъ (сл. 2, 15, 18, 29, 30 и 33) температура упала до нормы на слѣдующій уже день, въ 7 (сл. 8, 9, 11, 40, 42, 53 и 55)—черезъ день, въ 5 (сл. 25, 26, 28, 51 и 52)—черезъ 2, въ 7 (сл. 10, 13, 22, 23, 32, 37 и 41)—черезъ 3, въ 5 (сл. 5, 6, 34, 43 и 44)—черезъ 4 дня отъ начала бинтованій. Не понижалась температура при лѣченіи флегмонъ застойной гипереміей въ 3-хъ случаяхъ.

Въ сл. 12 и 21, гдѣ флегмона занимала кисть и предплечье, послѣ 3-дневныхъ, въ полномъ смыслѣ неудачныхъ попытокъ лѣченія бинтомъ (температура не понижалась, боль не утихала, измѣненія въ железахъ выступали рѣзче и т. д.) слѣданы были широкіе разрывы. Неудача тутъ, по моему мнѣнію, объясняется рѣзко выраженными лимфангоитомъ и лимфаденитомъ.

Въ сл. 50 нагноившейся флегмоны голени съ тѣстоватостью тканей, значительнымъ отекомъ и высокой температурой послѣ 4-дневныхъ бинтованій температура осталась на прежней высотѣ, воспалительныя-же явленія нарастали, особенно увеличился отекъ. Лѣчение гипереміей было замѣнено и здѣсь широкими разрывами и согревающими компрессами.

Упомяну о неудачѣ лѣченія застойной гипереміей 53-лѣтняго артеросклеротика съ флегмоной большого пальца правой ноги (сл. 27). Послѣ 3-дневныхъ (некрѣпкихъ) бинтованій большой палецъ у него посинѣлъ, сталъ холоднымъ и малочувствительнымъ. Синева послѣ 1½-мѣсячнаго пользованія согревающими компрессами и теплыми ножными ваннами стала едва замѣтной, но дов. значительная припухлость и нѣкоторое ограниченіе движеній пальца такъ и остались. Въ этомъ случаѣ лѣченіе застойной гипереміей, очевидно, было противопоказано въ силу имѣвшагося у больного значительнаго артеросклероза.

Наконецъ, неудачнымъ оказалось лѣченіе застойной гипереміей въ сл. 16. Тутъ пришлось дѣло имѣть съ очень страннымъ больнымъ, принадлежащимъ къ категоріи ничѣмъ недовольныхъ людей. У него была флегмона на правой ручной кисти съ свободнымъ гноемъ на кисти и краснотой на предплечьѣ. Лѣченіе застойной гипереміей было прекращено здѣсь вслѣдствіе нежеланія больного подвергаться ему; а между тѣмъ, мнѣ думается, случай этотъ вполне подходилъ для примѣненія способа Bier'a, и путемъ небольшого разрыва и употребленія бинта больной гораздо скорѣе избавился-бы отъ своей болѣзни (онъ выписанъ былъ на 17-й день съ 2-мя гранулировавшими поверхностями).

Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ теченіе флегмонъ при примѣненіи способа Bier'a было гладкое, съ быстрымъ и рѣзкимъ болевымъ эффектомъ и скорымъ паденіемъ температуры у лихорадившихъ больныхъ. Правда, все это были случаи неглубокихъ флегмонъ, гдѣ гной занималъ большую или меньшую часть подкожной клетчатки, или гдѣ имѣлись лишь флегмонозная краснота и воспалительная отечность тканей безъ наличности свободнаго гноя. Тутъ я пользовался способомъ Bier'a съ большимъ успѣхомъ, особенно гдѣ имѣлась гнойная полость. Приходилось по истинѣ изумляться, съ какой быстротой заступала она, а на мѣстѣ слѣдующаго разрыва оставалась ничтожныхъ размѣровъ гранулировавшая полоска. Воспалительный отекъ подъ дѣйствіемъ гипереміи обычно скоро опадалъ, но остатки его большинство больныхъ уносили съ собой изъ больницы. Просьба явиться для осмотра черезъ нѣкоторое время, особенно если наступитъ ухудшеніе, не была удовлетворена ни разу. На 12 имѣвшихся у меня случаяхъ панариціевъ 1 долженъ быть отмѣченъ, какъ неудачный. Это—амбулаторный больной (сл. 10) съ панариціемъ большого пальца правой руки, лѣчебному дѣйствію гипереміи не поддавшимся. Примѣняемые банки и бинты не облегчали страданій больного, и процессъ все распространялся, такъ что способъ Bier'a пришлось оставить. Больной сознался, что онъ дважды дома, по собственному усмотрѣнію, немного разслаблялъ бинтъ; этимъ-ли или другимъ чѣмъ слѣдуетъ объяснить неудачу случая, рѣшить отказываюсь. Обычные-же случаи неглубокихъ панариціевъ хорошо протекали при лѣченіи по Bier'у (сочетаніе банки съ бинтомъ). Срокъ лѣченія—отъ 4 до 7 дней. Прекрасно протекало при примѣненіи способа Bier'a тяжелѣе панариціевъ, а также

ля покойницкой (сл. 11; зараженіе трупнымъ ядомъ) съ ознобомъ, лимфаденитомъ, потребовавъ для своего исцѣленія 17 дней.

Но особенно хорошо протекали при лѣченіи по *Bier's* случаи гнойныхъ воспаленій сухожильныхъ влагалищъ. Во всѣхъ 7 случаяхъ дѣло обошлось безъ омертвѣнія сухожилий съ полнымъ восстановленіемъ ихъ работоспособности, не смотря на то, что сл. 3 представляетъ собою тяжелый тендовагинитъ. Болевой эффектъ вездѣ былъ поразительный; больная конечность точно по волшебству начинала оживать, и больной въ первые же дни получалъ возможность двигать пальцами заболѣвшей конечности. Въ сл. 3 оказалось вполне достаточно простого прокола, чтобы процессъ черезъ 14 дней погасъ и рана зажила. Обычный способъ потребовалъ-бы тутъ широкаго разрѣза по ходу сухожильныхъ влагалищъ, и уже одинъ рубецъ въ значительной мѣрѣ ограничивалъ-бы движенія пальцевъ, не говоря уже о часто наступающемъ полномъ омертвѣніи сухожилия. Въ данномъ-же случаѣ, равно какъ и въ другихъ 6, отъ лѣченія по *Bier's* получился скорый и прекрасный функциональный результатъ.

Въ 5 случаяхъ лимфаденитовъ примѣнено было лѣченіе банками. Выздоровленіе наступало черезъ 3—9 дней.

Изъ 3-хъ случаевъ перелойныхъ артритовъ только 1 протекъ у меня по *Bier's* благополучно, а въ 2-хъ лѣченіе гипереміей пришлось оставить, какъ неэффективное.

Изъ 3-хъ больныхъ острымъ гнойнымъ воспаленіемъ костнаго мозга больше-берцовой кости у 2-хъ при поступленіи имѣлось и гнойное воспаленіе колѣннаго сустава. 1 изъ нихъ черезъ 7 дней погибъ отъ гнилостной инфекции; 2-ой лежить въ больницѣ до сихъ поръ (3-ій мѣсяцъ) съ остатками нагноенія и нормальной температурой, 3-ій пролежалъ въ больницѣ почти 2 мѣс. и выписался съ образующимся небольшимъ секвестромъ. Во всѣхъ 3-хъ случаяхъ въ гною былъ найденъ золотистый стафилококкъ.

2-ое больныхъ съ остеомиелитомъ нижней челюсти лѣчены были бинтованіемъ шеи по *Bier's*. Бинтованіе они переносили совершенно свободно. У всѣхъ получились быстрый болевой эффектъ и скорое улучшеніе. Одинъ выписался черезъ 6, другой черезъ 8 дней.

При лѣченіи по *Bier's* огневиковъ нерѣдко возникаетъ затрудненіе въ томъ, что не находится подходящей банки: краями ея приходится захватывать самый инфильтратъ. Въ результатѣ (сл. 1 и 3), рядомъ съ 1-мъ, отграничивается 2-ой огневикъ, приблизительно соотвѣтствующій по величинѣ оставшемуся незахваченнымъ инфильтрату. Но, не смотря на это, результатъ получается хорошій.

Въ заключеніе считаю нужнымъ упомянуть о болеутоляющемъ дѣйстви застойной гипереміи, что обычно прежде всего бросается въ глаза, подкупая и врача, и больного. *Ritter* видитъ причину этого въ притупленіи чувствительности нервныхъ окончаній вслѣдствіе свѣрочнаго пропитыванія тканей. О другихъ свойствахъ гипереміи—губительномъ дѣйстви на бактерии, растворяющемъ и разжижающемъ дѣйстви на вредоносныя начала, а также объ улучшеніи питанія гиперемизированнаго участка, — подтвержденныхъ экспериментальными изслѣдованіями самого *Bier's* и его ближайшихъ сотрудниковъ (*Ritter's*, *Klapp's* и др.), ограничусь однимъ упоминаніемъ.

СХХХVIII. Изъ центральной больницы и бактериологической лаборатории Китайско-Восточной желѣзной дороги въ Харбинѣ.

Къ значенію бактериологическаго изслѣдованія мочи для распознаванія.

1. Случай переносныхъ гнойниковъ въ почкахъ, вызванныхъ брюшно-тифозными палочками, съ осложненіемъ кишечнымъ трихинозомъ. 2. Случай заразной желтухи (*Weill's*евой болѣзни).

Н. Н. Клодницкаго.

Бактериологическое изслѣдованіе мочи и испраженій стало особенно широко примѣняться съ тѣхъ поръ, какъ

*R. Koch* указалъ на этотъ способъ, какъ на одну изъ самыхъ дѣйствительныхъ мѣръ противъ распространенія брюшно-тифозной заразы въ Германіи. Такъ какъ больные, перенесшіе брюшной тифъ, въ теченіи многихъ недѣль могутъ выдѣлять съ мочей и каломъ жизнеспособныя тифозныя палочки, то только повторное изслѣдованіе выдѣленій можетъ рѣшить вопросъ о безопасности подобныхъ «носителей бактерий» (*Bakterienträger*) для окружающихъ. Рядомъ съ этимъ изслѣдованіе мочи и кала приобрѣло особенное значеніе для опредѣленія самаго заболѣванія, и многіе авторы для точнаго распознаванія считаютъ необходимымъ, кромѣ обнаруженія палочекъ въ крови, еще изслѣдовать испраженія и мочу. Во всякомъ случаѣ наличность бактерий въ мочѣ (и испраженіяхъ) въ періодъ выздоровленія нужно считать указаніемъ, что для больного опасность еще не миновала и можетъ повлечь за собой возвратъ или дать толчекъ къ тяжелому пораженію, даже съ смертельнымъ исходомъ.

Бактерии въ стерильно собранной мочѣ могутъ происходить изъ почекъ, почечныхъ лоханокъ или изъ мочевого пузыря. *Kornfeld* ограничиваетъ поватіе бактериурии только наличностью бактерий, преимущественно кишечной палочки въ мочевомъ пузырьѣ, строго отличая бактериурию, какъ страданіе *sui generis*, отъ цистита, съ одной стороны, съ другой—отъ случаевъ появленія бактерий въ мочѣ, гдѣ имѣется пораженіе почекъ или лоханокъ. Бактериурия въ такомъ тѣсномъ смыслѣ можетъ продолжаться нѣсколько лѣтъ и давать поводы къ мѣстнымъ или общимъ разстройствамъ въ организмѣ, которыя проходятъ при соотвѣствующемъ лѣченіи, не вызывая тяжелыхъ непоправимыхъ пораженій. Моча обыкновенно бываетъ при этомъ мутная, иногда съ сильнымъ запахомъ, содержитъ огромное количество бактерий; явленій со стороны почекъ нѣтъ. Механизмъ страданія, въ виду огромнаго количества бактерий, все еще представляется неяснымъ и съ положительностью трудно отвѣтить, проникаютъ-ли здѣсь бактерии чрезъ предстательную железу, прямую кишку или изъ сѣмяныхъ пузырьковъ.

Если при чистой (пузырной) бактериурии бактерии, какъ правило, не обнаруживаютъ наклонности распространяться по мочевымъ путямъ въ восходящемъ направленіи, то для почечной или лоханочной бактериурии нужно принять кровородное (гематогенное) происхожденіе страданія и послѣдующее распространеніе его внизъ къ мочевому пузырю (*Vincent*). Дальнѣйшія изслѣдованія должны выяснитъ, можетъ-ли «пузырная» бактериурия явиться послѣднимъ стадіемъ почечной или лоханочной бактериурии, т.-е. имѣть своимъ исходнымъ \*) пунктомъ кровеносную систему?

Выдѣленіе бактерий съ мочей при тифѣ начинается по большей части въ концѣ лихорадочнаго періода или въ началѣ апирекіи (*Bising, Vincent, Herbert, Stefanelli e Cumbo, Fornaca e Meille*). Въ однихъ случаяхъ моча содержитъ бѣлокъ и цилиндры, въ другихъ бѣлка можетъ и не быть. Насколько мнѣ приходилось наблюдать, кровь въ это время свободна отъ бактерий, а свѣже выпущенная моча обнаруживаетъ замѣтную муть, въ послѣдствіи, при стояніи исчезающую, и имѣетъ нейтральную или слабощелочную реакцію. Въ наиболѣе рѣзко выраженныхъ случаяхъ моча содержитъ только одинъ видъ бактерий, специфичность которыхъ можно установить реакціей склеиванія съ свѣрточной болѣзью. Тогда часто достаточно одного изслѣдованія мочи для точнаго клиническаго распознаванія, такъ какъ изслѣдованіе испраженій очень хлопотливо, отнимаетъ много времени и можетъ служить лишь подспорьемъ или подтвержденіемъ для уже установленнаго распознаванія.

М. Л., 30 л., старшій рабочій по ремонту пути на ст. Ажизъ, поступилъ въ 4-й павильонъ центральной больницы 6/х 1906 г. (№ больницы 409). Сильно боленъ съ недѣлю, но еще нѣсколько времени до того (недѣли 2) чувствовалъ уже слабость, недомоганіе, головную боль; по временамъ бывали знобы и поты. Мѣсяцъ назадъ, а можетъ и быть меньше (вообще показанія больного страдаютъ неопредѣленностью), былъ кровавый поносъ, и кровоточеніе изъ носа. Вслѣдствіи больнаго сообщалъ, что

\*) Точнѣе, также промежуточнымъ, такъ какъ бактерии могутъ попадать въ кровь извнѣ, напр., изъ кишечника.



около этого времени онъ ѣлъ мясо убитой дома «чужки» (китайской свиньи). (Больше въ семьѣ, повидимому, никто не заболѣлъ. Получить испраженія мнѣ не удалось). Ни въ прошломъ, ни въ этомъ году въ больницѣ не лежалъ, а случавшееся невдо-ровые переносилъ на ногахъ. Пилъ много. Жалуются на поносъ, сильную слабость и боль въ правомъ плечевомъ суставѣ.

Выше средняго роста, правильнаго сложенія; дов. сильно исто-щенъ. Пульсъ 96, полный. Языкъ сухой, обложенный толстой коркой. Дышетъ ртомъ. Склеры зеленоватожелтаго цвѣта. На лицѣ багроваго цвѣта небольшія пятна, состоящія при ближай-шемъ рассмотрѣніи изъ мелкихъ, звѣздчато-расширенныхъ венъ. Кожа безъ желтушной окраски. Въ области праваго плечевого сустава незначительная припухлость; движенія свободны. Размѣры сердца: сверху—3-е ребро, до середины грудины вправо и на 1 палецъ отъ лѣваго соска; толчокъ въ 5-мъ межребрьѣ. Звукъ сердца чистъ; усиленіе 2-го звука на аортѣ. Небольшое заглу-шеніе звука надъ лопатками. При выслушиваніи въ легкихъ, особенно въ нижнихъ доляхъ, обильное количество разсыянныхъ, среднепузырчатыхъ хриповъ. Много гнойной мокроты. Селезенка съ 7-го ребра, на 3 поперечныхъ пальца выступаетъ изъ-подъ реберъ, плотна. Печень съ 6-го ребра, достигаетъ пупка, плотна, чувствительна; по правой окологрудной линіи прощупывается разлитая бугристость; вѣво печень немного переходитъ за гру-динную линію. Въ правой боковой сторонѣ живота, отдѣльно отъ печени и подъ нею, соотвѣтственно положенію правой почки, удается прощупать большую, плотную опухоль, сверху прикрытую печенью. Давленіе саади въ пояснично-почечной области очень бо-лизанно съ обѣихъ сторонъ. Брюшныя стѣнки очень тонки, такъ что прощупать органы удается легко и безъ насилій. Со стороны кишечника, повидимому, особыхъ напѣтвеній нѣтъ. Мочи немного. На низъ было 2 раза, жидко. Сознаніе нѣсколько по-давлено; на вопросъ отвѣчаетъ нехотя и съ трудомъ; приходится по нѣскольку разъ спрашивать объ одномъ и томъ-же.

7/х: Ночью сходилъ подъ себя и бредилъ; теперь сознаніе ясное. П. 96, полный. Для бактериологическаго изслѣдованія, взято изъ вены руки 2 к. стм. крови (Результаты изслѣдованія: склеиваніе брюшно-тифозныхъ палочекъ въ разведеніи сыворотки до 1:2000, кровь на препаратахъ и посѣвахъ оставалась стерильной до 20/х\*). На окрашенныхъ препаратахъ крови найдено значительное увеличеніе числа многоядерныхъ бѣлыхъ тѣлецъ. Въ мочѣ большое количество бѣлка, въ осадкѣ много гнойныхъ шариковъ; желчныхъ пигментовъ нѣтъ.

8/х: П. 96, очень полный. На низъ 3 раза, кашнеобразно; испраженія желтаго цвѣта. Въ мокротѣ бугорчатковыхъ палочекъ нѣтъ. Плечо больше не болитъ.

9/х: П. 104, мѣтѣ полный. Въ остальномъ безъ перемѣнъ. Сдѣланы посѣвы изъ мочи и испраженій: снѣія колоніи на агарѣ *Conradi-Drigalsk*'аго, при изслѣдованіи оказавшіяся со-стоящими изъ брюшно-тифозныхъ палочекъ; склеиваніе до 1:500.

10/х: П. полный, 98. На низъ 3 раза, жидко. Въ испраженіяхъ вчера найдены въ огромномъ количествѣ трихины; яицъ другихъ глисть нѣтъ. Назначено 0,6 каломеля, а въ послѣдующіе дни Karlsbad'ская соль, саголь и уротропинъ.

11/х: П. 100, очень хорошаго наполненія. Вчера нѣсколько разъ обильно прослабило, съ болью. Языкъ сталъ влажнѣе. Все время въ сознаніи. Въ мочѣ съ реактивомъ *Esbach*'а бѣлка нѣтъ. Въ окрашенномъ осадкѣ мочи послѣ центрифугированія огромное количество брюшно-тифозныхъ палочекъ; другихъ бациллъ нѣтъ. Въ собранной стерильно мочѣ въ термостатѣ чистая тифозная разводка. Предполагаю гноиникъ почки.

12/х: П. 96, полный. Языкъ снова сухой, потрескавшійся. Брюшныя органы и пр. statu quo. Въ испраженіяхъ глисть нѣтъ. Въ мочевомъ осадкѣ масса красныхъ кровяныхъ шариковъ и гнойныхъ тѣлецъ.

13/х: П. 98, полный. Въ легкихъ сзади много сухихъ и осо-бенно среднепузырчатыхъ хриповъ. При повторномъ изслѣдо-ваніи бугорчатковыхъ палочекъ не оказалось.

14/х: П. 96, полный. Языкъ очень сухой. На низъ нѣсколько разъ, жидко. Глисть въ испраженіяхъ нѣтъ. Въ мочѣ, по прежнему, масса палочекъ.

15/х: П. 98, полный. Заявилъ, что вчера ночью и сегодня при концѣ мочеиспусканія выдѣляется кровь съ сильной рѣзью въ каналѣ. При осмотрѣ окружности отверстія мочеиспускательнаго канала найдена запечатанная кровью; въ концѣ мочеиспусканія, дѣйствительно, выдѣляется нѣсколько капель крови. Въ осадкѣ мочи очень много красныхъ кровяныхъ шариковъ и меньше гнойныхъ.

16/х: П. 96, полный. Чувствуетъ себя немного лучше. Кровь въ мочѣ больше не показывалась. На низъ 2 раза, жидко. Глисть въ испраженіяхъ нѣтъ.

17/х: П. 98, полный, дикротичный. На низъ 4 раза, жидко. Въ мочѣ видны сгустки; снова кровь при концѣ мочеиспусканія.

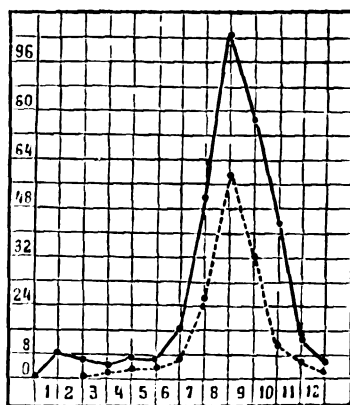
18/х: П. 104, нѣсколько слабѣе. Состояніе тоже.

19/х: П. 106, сильно дикротичный. Жалуются на поносъ, очень частый—двѣжды и ночью. Въ мочѣ, по прежнему, кровь.

20/х: П. 114, дов. полный, дикротичный. На низъ 4 раза. Въ мочѣ кровь; мочеиспусканіе безъ рѣзы. Въ легкихъ огромное количество влажныхъ хриповъ.

21/х: П. 118, сильно дикротичный. На низъ 2 раза. Въ осталь-номъ безъ перемѣнъ. Во время вечерней визитаціи очень слабъ; пульсъ гораздо слабѣе. Поздно вечеромъ перетаскалъ тюфякъ,

подушку и одѣяло и улегся на полу.—Около 12 час. ночи скон-чался.



Кривая 1. .... Брюшной тифъ въ 1903 г. — Брюшной тифъ въ 1904 г.

**Вскрытіе 23/х:** Трупъ сильно истощенный. Сердце дряблое, расширено; стѣнки желудочковъ истончены, особенно праваго; заслонки нормальны. Внутренняя оболочка аорты матовая, безъ бляшекъ. Въ полости лѣвой плейры около 200 к. стм. жидкости. Правое легкое сращено съ грудной стѣнкой сверху и внизу; гипостатическая пневмония въ нижнихъ доляхъ и въ правой средней; ткань проходима для воздуха. Печень сильно увеличена 28×24×12 стм., 2340 грм. вѣсомъ\*); правая доля вытягивается въ видѣ одного большого бугра, лѣвая увеличена мало; ткань печени плотна, желтоватаго цвѣта, слегка мускатна; желчный пузырь утѣренно наполненъ темной желчью. Обѣ почки значи-тельно и равномерно увеличены: 17×10×5 стм., вѣсомъ около 550 грм. каждая; сумка ихъ рвется; на поверхности почекъ и въ ткани много рубцовъ и гнойниковъ неправильной формы и разной величины до зерна фасоли (очень хорошее, близко под-ходящее къ наблюдавшейся картинѣ изображеніе находится у *L. Hoche* и *P. Briquet* — *Les lésions du rein et des capsules surrénales* 1904 г., стр. 153, табл. 36). Селезенка значительно увеличена 18×13×5 стм., вѣсомъ 630 грм.; мякоть ея соскабли-вается легко. Въ подвздошной кишкѣ встрѣчаются большія исто-щенные, гладкія мѣста, продолговатаго очертанія, соотвѣтственно бывшимъ *Peyer*'овымъ бляшкамъ, безъ пигментации; число ихъ вырастаетъ по мѣрѣ приближенія къ слѣпой кишкѣ, гдѣ вся слизистая оболочка какъ-бы атрофирована. Мочевой пузырь пустъ, съжатъ; стѣнки его колоссально утолщены; на слизистой оболочкѣ видны сильно разбухшія, переполненные кровью вены и кое-гдѣ небольшіе кровяные сгустки.

Какъ можно судить по изложенной исторіи болѣзни, распознаваніе при жизни представляло нѣкоторыя затруд-ненія вслѣдствіе сложности болѣзненныхъ явленій. При первомъ осмотрѣ, въ виду указанія въ анамнезѣ на быв-шій ранѣе кровавый поносъ, явилось подозрѣніе о нарывѣ въ печени; но отъ этого предположенія пришлось тотчасъ же отказаться, такъ какъ не было обычной въ такихъ случаяхъ сильной болѣзненности печени. Боль въ плечѣ давала также нѣкоторое основаніе предполагать гнило-гноекровіе; но послѣдующіе теченіе и изслѣдованіе крови исключили эту вѣроятность. Только данныя со стороны мочи въ связи съ объективнымъ изслѣдованіемъ органовъ и положительной *Widal*'евской реакціей дали достаточныя основанія для распознаванія гнойнаго воспаленія почекъ, вызваннаго брюшно-тифозными палочками.

Присутствіе трихинъ въ испраженіяхъ было полной неожиданностью. Раньше мнѣ никогда не приходилось видѣть ихъ въ испраженіяхъ, и установить распознава-ніе удалось лишь путемъ исключенія и отсутствія въ испраженіяхъ яицъ другихъ глисть. Трихины были 2-хъ размѣровъ: одні—покороче, по большей части съ загну-тымъ въ сторону заднимъ концомъ, на которомъ отчетливо были видны 4 толстыхъ крючка; другія—двое длиннѣе (самки) съ заостреннымъ головнымъ и закругленнымъ хвостовымъ концомъ. Ихъ было такъ много, что можно было сразу-же найти ихъ въ каждомъ препаратѣ, иногда по нѣскольку вмѣстѣ. Онѣ хорошо сохраняютъ свою форму на засушенномъ (и фиксированномъ) препаратѣ, точно также на не фиксированныхъ препаратахъ изъ болѣе плотныхъ мѣстъ испраженій, послѣ обведенія покровнаго стеклышка лакомъ; если къ частицѣ испраженій доба-

\* Средній нормальный вѣсъ органовъ (круглыя цифры); пе-чень 1600, селезенка 200, правая почка 130, лѣвая 150, обѣ почки около 300 грм. (*Ziegler. Allgemeine Pathologie* 1905 г., стр. 200).

\*) Техника изслѣдованія крови будетъ изложена въ одномъ

вить немного перегнанной воды, то чрезъ 1½ мин. глисты распадаются; хорошо онѣ сохраняются въ испражненіяхъ въ 15%-мъ формалинѣ. Замѣчательно, что чрезъ 2-ое сутокъ послѣ назначенія каломеля и при повторныхъ изслѣдованіяхъ глисты уже больше не опредѣлялись.

Мнѣ казалось вѣроятнымъ, что нагноеніе въ почкахъ вызвано отравленіемъ трихинъ одновременно съ существованіемъ въ тѣлѣ зародышей брюшно-тифозной заразы. Но въ послѣдствіи, при самыхъ тщательныхъ поискахъ на расщепленныхъ препаратахъ мышцъ грудобрюшной преграды и прямой живота, а также на микроскопическихъ препаратахъ изъ мышцъ и органовъ не удалось найти ни одной трихины. Возможно, слѣд., что трихины еще не успѣли никуда проникнуть изъ кишечника, чему препятствовалъ существовавшій у больного поносъ.

Въ 1900 г. *Blumer* и *Neumann* сообщили свои наблюденія надъ трихинозомъ у людей, въ теченіи котораго наступалъ лейкоцитозъ съ сильнымъ увеличеніемъ числа эозинофиловъ (при отсутствіи кишечныхъ явленій). Такія же наблюденія произведены были и другими американскими врачами (*Mc. Cral*, *R. C. Rosenberger*, *Gordinier*). Упомянутые авторы указываютъ на это явленіе, какъ на важный признакъ, направляющій и устанавливающій распознаваніе. По наблюденіямъ *Staubli*, если кормить морскихъ свинокъ зараженнымъ трихинами мясомъ, эозинофилия и вообще гиперлейкоцитозъ наступаютъ у нихъ на 8-й—10-й день послѣ приема зараженного мяса. Въ виду того, что распространеніе трихинъ происходитъ также посредствомъ сосудистой системы, эозинофилия, по мнѣнію автора, есть реакція, вызванная попаданіемъ въ кровь продуктовъ, выделяемыхъ ихъ зародышами, а также распаденіемъ мышечныхъ волоконъ. На окрашенныхъ препаратахъ крови до и послѣ изгнанія глисты мнѣ не удалось подмѣтить рѣзкой эозинофилии. Трудно сказать, можно-ли видѣть въ этомъ обстоятельстве подтвержденіе тому, что, дѣйствительно, глисты не имѣли возможности проникнуть изъ кишечника.

Основное страданіе, повлекшее за собой смертельный исходъ, несомнѣнно, было гнойное воспаленіе почекъ.

На микроскопическихъ препаратахъ (срѣзахъ) изъ почекъ наблюдалось слѣдующее: помутнѣніе и слущиваніе эпителия канальцевъ, очень значительное уменьшеніе числа *Malpighi*’евыхъ клубочковъ и огромное количество тифозныхъ палочекъ, лежащихъ то отдѣльно, то въ видѣ кучекъ съ окружающимъ ихъ слоемъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ (гнойники). (На срѣзахъ печени и селезенки палочекъ не было). Работа почекъ при такихъ условіяхъ почти прекратилась.

Судя по анатомической картинѣ, процессъ позникъ кровеноснымъ путемъ, т. е. распространялся сверху внизъ и далъ низходящій гнойный нефритъ съ переносными гнойниками. На это указываетъ также то обстоятельство, что локанка оказалась неповрежденной (См. также у *Hoche* op. cit. стр. 146—160.).

Кровотеченія происходили вторичнымъ путемъ вслѣдствіе раздраженія мочевого пузыря гноемъ и бактеріями. Моча, собранная 7/хІ и въ слѣдующіе дни, имѣла почти нейтральную реакцію. За мѣсяцъ пребыванія ея въ термостатѣ она осталась прозрачной и не давала аммиачнаго запаха разлагающейся мочи, тогда какъ бактеріи сохранились вполне жизнеспособными.

Тождественность бактерій была установлена типичнымъ ростомъ на различныхъ питательныхъ средахъ (среда *Conradi-Drigalsk*’аго, лакмусъ-молке, нейтральнотаргаръ, агаръ съ винограднымъ сахаромъ, желатина) и пробой на склеиваніе съ сывороткой больного до 1:500. Повторное изслѣдованіе крови 12/хІ снова обнаружило ея стерильность. Я особенно подчеркиваю это обстоятельство въ связи съ обнаруженіемъ палочекъ въ испражненіяхъ, мочѣ и почкахъ.

Время первичнаго заболѣванія, можетъ быть, перенесеннаго на ногахъ, не удалось установить съ точностью; но судя по тому, что слизистая оболочка кишечника на мѣстѣ бывшихъ язвъ не обнаруживала и слѣдовъ пигментации, со времени заживленія брюшно-тифозныхъ язвъ должно было пройти нѣсколько мѣсяцевъ. Если въ кишечникѣ еще сохранялись тифозныя палочки, то нарушеніе цѣлости слизистой оболочки трихинами можно рассматривать, какъ

исходный пунктъ вторичнаго проникновенія палочекъ въ соки организма и пораженія почекъ.

2. I. М., 40 л., занимается торговлей, поступилъ 9/хІ, выписанъ 30/хІ 1905 г. (№ больничнаго журнала 432). Около 2-хъ мѣс. страдаетъ желтухой, однако занятій не прерывалъ. Вначалѣ были знобы. Жалуются на сильный зудъ во всемъ тѣлѣ и на стѣсненіе въ дыханіи. Въ прошломъ году тоже болѣлъ желтухой, около 3-хъ мѣс. лежалъ въ Томской клиникѣ. Какъ началась тогда болѣзнь, не помнитъ; лечили все время ваннами. Кожики не страдалъ.

10/хІ: Выше средняго роста, хорошаго сложенія, посредственнаго питанія. Очень малокровенъ. Высшая степень желтушной окраски всѣхъ покрововъ. П. 76, дов. слабый. Языкъ обложенъ бѣловатымъ налетомъ; края его синюшны. Размѣры сердца нормальны; звуки чисты, нѣсколько глуховаты. Въ легкихъ рѣдкіе сухіе хрипы. Селезенка не прощупывается; верхняя граница ея съ 7-го ребра. Печень съ 5-го ребра, прощупывается пальца на 2 изъ-подъ реберъ, чувствительна. Нѣсколько вправо отъ подложечной впадины подъ печенью прощупывается кругловатое, упругое тѣло, повидимому, желчный пузырь. Взято изъ вены на рукѣ 2 к. стм. крови (Результатъ изслѣдованія: въ крови много желчныхъ пигментовъ; склеиванія съ брюшно-тифозными палочками нѣтъ; на препаратахъ бактерій не видно; посѣвы безъ роста). Испражненія бѣловатаго цвѣта; глисты и яицъ ихъ въ нихъ нѣтъ. Моча желтоокрасная, слабнокислой реакціи; въ ней—желчные пигменты, много бѣлыхъ, красныхъ и гнойныхъ шариковъ, огромное количество палочекъ, при окраскѣ схожихъ съ брюшно-тифозными.

11/хІ: П. 66, немного полнѣе. Дышать нѣсколько легче. Моча, по словамъ больного, густая, «течетъ, какъ масло», безъ боли. Въ стерильно собранной въ 2 пробирки мочѣ—чистая разводка палочекъ, схожая съ тифозной. На окрашенныхъ препаратахъ крови: очень блѣдное окрашиваніе красныхъ кровяныхъ шариковъ; число бѣлыхъ увеличено незначительно; въ нѣкоторыхъ бѣлыхъ тѣльцахъ видны палочки, схожія съ найденными въ мочѣ.

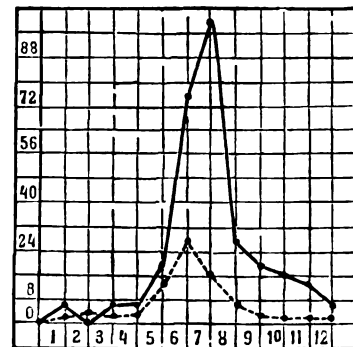
12/хІ—15/хІ: Постепенно становится лучше. П. 60—70. Зудъ по прежнему. Желтуха уменьшается. Испражненія нѣсколько окрашены. Языкъ чище.

16/хІ: Печень значительно уменьшилась—всего выходитъ на 1 палецъ изъ-подъ реберъ, не болѣзненна. Въ мочѣ бѣлая нѣтъ, очень немного гнойныхъ шариковъ, бактерій при центрифугированіи, повидимому, нѣтъ; реакція кислая.

18/хІ: При повторномъ изслѣдованіи кровь стерильна.

23/хІ: На низѣ самостоятельно. Дыханіе свободно. Моча желтоватаго цвѣта, содержитъ еще желчные пигменты; бѣлая въ ней нѣтъ. Испражненія окрашены. Все еще зудъ, разчесы на тѣлѣ. Селезенка съ 8-го ребра.

30/хІ: Выписался по собственному желанію, еще не вполне оправившись. При выпискѣ: незначительная желтушная окраска покрововъ; малокровенъ; печень еще прощупывается, не болѣзненна; селезенка съ 8-го ребра, не прощупывается; на низѣ самостоятельно, 1—2 раза въ день; испражненія хорошо окрашены; въ мочѣ бѣлая и бактерій нѣтъ; реакція на желчные пигменты отрицательная.



Кривая 2. ----- Кривая за 1903 г. ————— Кривая за 1904 г.

Лѣченіе состояло въ назначеніи ежедневныхъ ваннъ, значительно облегчавшихъ чувство зуда кожи; внутрь—вначалѣ легкія слабительныя, уротропинъ и салолъ.

Изъ мочи 11/хІ были выдѣлены палочки, обладавшія слѣдующими свойствами: подвижныя палочки, не окрашивающіяся по *Gram*’у и не растущія на агарѣ *Conradi-Drigalsk*’аго; бульонъ при посѣвѣ чрезъ сутки обнаруживаетъ равномерное помутнѣніе, какъ при палочкахъ тифозныхъ; на виноградно-сахарномъ агарѣ небольшое развитіе газовъ; медленно разжижаетъ желатину; флюоресценция (6 дней) не обнаруживается; бульонная 20-часовая разводка съ сывороткой больного чрезъ 2 час. въ термостатѣ даетъ замѣтное макроскопически склеиваніе въ отношеніи 1:50, 1:100. Мочи не разлагаетъ.

Изъ испражненій была выдѣлена палочка, обладавшая тѣми же свойствами, но не дававшая склеиванія съ сывороткой даже въ отношеніи 1:25.

Разводки были случайно уничтожены 17/хІ. Собранная 18/хІ моча уже не содержала бактерій; въ пробѣ крови ихъ также не было найдено.

Во всякомъ случаѣ выдѣленные бактеріи нѣсколько отличались отъ *b. proteus fluorescens*, какъ онъ описанъ въ статьѣ

Brünig'a. Ихъ нельзя также отнести къ группѣ палочки кишечной или брюшно-тифозной.

Клинически я рассматривалъ этотъ случай, какъ возвратъ заразной желтухи (Weill'ева болѣзни). Отъ 1-го заболѣванія протекло дов. много времени, въ теченіи котораго больной чувствовалъ себя вполне удовлетворительно, могъ заниматься и работать. Болѣзнетворный микроорганизмъ могъ сохраниться въ кишечникѣ и при благоприятныхъ условіяхъ снова проникнуть въ кровообращеніе. Но гораздо естественнѣе предположить задержку его въ печени или желчи, подобно тому, какъ брюшно-тифозныя палочки могутъ очень долгое время сохраняться въ желчи и давать даже поводъ къ образованію желчныхъ камней (Forster и Kayser, Blumenthal).

При наличности бактерій въ желчи организмъ можетъ заразиться двоякимъ путемъ. Прежде всего—черезъ кишечникъ, при нарушеніи цѣлости эпителия слизистой оболочки кишекъ. Но и при катарральномъ воспаленіи слизистой оболочки общаго желчнаго протока и желчнаго пузыря, вызванномъ тѣми-же бактеріями, не исключается возможность зараженія черезъ печень. У моего больного, дѣйствительно, на первый планъ выступало поражение печени: увеличеніе ея объема, сильная болѣзненность, задержка желчи. Температура также давала указанія на поступленія въ кровь бактерій или ихъ токсиновъ. Частное подтвержденіе сказанному выше можно видѣть въ обнаруженіи бактерій внутри бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ на окрашенныхъ препаратахъ крови.

Чрезвычайно интереснымъ въ обоихъ случаяхъ является легкое выращиваніе специфическихъ бактерій изъ мочи, тогда какъ изъ крови это не удавалось; между тѣмъ, кровородное происхожденіе ихъ и, слѣд., вторичная послѣдовательная задержка въ почкахъ не можетъ подлежать сомнѣнію.

Какъ можно судить по исторіи болѣзни М. (съ заразной желтухой) бактеріурія съ дов. сильными воспалительными явлениями со стороны почекъ (бѣлокъ, гнойные шарики) можетъ проходить безслѣдно.

Литература. 1. R. Koch. Die Bekämpfung des Typhus. «Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militärsanitätswesens», 1903 г., т. 21. — 2. F. Kornfeld. Zur Aetiologie und Klinik der Bakteriurie. «Wiener med. Presse», 1904 г. № 21—24. — 3. F. Kornfeld. Aetiologie und Klinik der Bakteriurie, 1906 г. — 4. Büsing. Ein Fall von langdauernder Ausscheidung von Typhusbacillen mit dem Urin. «Deutsche med. Wochenschrift», 1902 г., № 25. «Centralblatt f. Bakteriologie», т. 32, реф. стр. 751. — 5. Vincent. Sur la présence du bac. d'Eberth dans l'urine des typhodiques pendant et après la maladie. «Comptes rendus de la Société de Biologie», 1903 г., № 16. — 6. Herbert. Ueber das Vorkommen von Typhusbacillen in den Faeces und dem Urin von Typhusrekonvalescenten. «Münchener med. Wochenschrift», 1904 г. № 11. — 7. L. Fornaci и L. Meille. Nota sulla batteriuria tifica etc. «Progresso medico», 1905 г. № 9/10. «Centralblatt f. Bakteriologie», 1905 г., реф. 7/10. — 8. Stefanelli и E. Cumbo. Ricerche batteriologiche in alcuni casi di febbre tifoidea etc. «Rivista critica di clinica medica», 1904 г. № 11.—13. «Centralblatt f. Bakteriologie», т. 37, реф. № 21—23. — 9. Blumer and Neumann, Mc. Cral, Rosenberger, Gordimer. Прив. по O. Lubarsch и R. Ostertag, Ergebnisse der allgem. Pathologie und pathol. Anatomie des Menschen und der Tiere, 1905 г., стр. 218. — 10. C. Staubli. Klinische und experimentelle Untersuchungen über Trichinosis und über Eosinophilie im Allgemeinen. «Deutsches Archiv f. klin. Medicin», т. 85, т. 3—4. — 11. L. Hoche и P. Briquel. Les lésions du rein et des capsules surrénales 1904 г. — 12. U. Nothnagel. Specielle Pathologie u. Therapie, 1899 г. т. 18, ч. 1, стр. 153. — 13. U. Brünig. Ueber infektiösen fieberhaften Icterus (m. Weillii) im Kindesalter, zugleich ein Beitrag zur Pathogenese des B. proteus fluorescens. «Deutsche med. Wochenschrift», 1904 г. № 35.—14. F. Blumenthal. Ueber das Vorkommen von Typhus und Paratyphusbacillen bei Erkrankungen der Gallenwege. «Münchener med. Wochenschrift», 1904 г. № 37. — 15. I. Forster u. U. Kayser. Ueber das Vorkommen von Typhusbacillen in der Galle von Typhuskranken und «Typhusbacillenträgern. Тамъ-же, 1905 г., № 31.

СХХХІХ. Изъ Елизаветинской дѣтской больницы въ Петербургъ.

Къ казуистикѣ лѣченія Basedow'ой болѣзни сывороткой Моebius'a \*).

М. Л. Абельмана.

Нижеприводимый случай Basedow'ой болѣзни представляетъ интересъ въ терапевтическомъ отношеніи въ виду прекраснаго результата, достигнутаго въ очень короткое время сывороткой Моebius'a, т. наз. антитиреоидиномъ.

Основываясь на мысли Моebius'a, что слизистый отекъ (мукоедема) и Basedow'a болѣзнь представляютъ 2 диаметрально противоположныхъ болѣзненныхъ процесса, такъ какъ въ основѣ перваго лежитъ атрофія щитовидной железы и отсутствіе отпавленій ея, а въ основѣ второй—усиленная дѣятельность названной железы, Burghardt <sup>1)</sup> уже въ 1897 г. пользовался сывороткой, полученной изъ крови больного слизистымъ отекомъ, для успѣшнаго лѣченія Basedow'овой болѣзни.

Впослѣдствіи Burghardt и Blumenthal употребляли кровь и даже молоко (Lans) животныхъ, у которыхъ предварительно вырѣзывали щитовидную железу. Это молоко обрабатывали алкоголемъ, затѣмъ сушили и такимъ образомъ приготовили препаратъ подъ названіемъ «Rodagen». Его давали ежедневно отъ 5 до 50 грм. Моebius <sup>2)</sup> приготовилъ особый препаратъ, т. наз. антитиреоидинъ,—сыворотку барановъ, у коихъ предварительно вырѣзывали щитовидную железу. Сначала Моebius совѣтовалъ сыворотку эту впрыскивать подъ кожу, но впослѣдствіи сталъ съ такимъ-же хорошимъ результатомъ употреблять ее внутрь. Онъ хвалитъ дѣйствіе этой сыворотки въ виду ослабленія пучеглазія, тахикардіи и другихъ нервныхъ припадковъ Basedow'ой болѣзни.

О хорошихъ результатахъ, достигнутыхъ сывороткой Моebius'a при этой болѣзни, говорятъ также Alexander <sup>3)</sup>, Lomer <sup>4)</sup>, Dürig <sup>5)</sup> и Eulenburg <sup>6)</sup>, хотя послѣдній и не считаетъ ее орудіемъ кореннымъ. У своей больной я употреблялъ сыворотку въ теченіи 20 дней; началъ (4/ш) съ 2-хъ капель и мало по малу дошелъ до 12 капель, 3 раза въ день. Всего дѣвочка приняла 475 капель. Никакихъ побочныхъ явленій за все время лѣченія я не наблюдалъ. Чтобы лучше судить о результатѣ лѣченія, опишу вкратцѣ то состояніе, въ какомъ была больная въ началѣ лѣченія, т. е. 4/III:

О. С., 13 л. принята въ больницу 15/III 1906 г. Мать жива и здорова. Отецъ страдалъ, по разсказу матери, пучеглазіемъ, былъ очень нервный и умеръ 40 л., отчего—не знаетъ. Сифилисъ и бугорчатка со стороны родителей отрицаются; отрицаются и заразная заболѣванія.

Средняго сложенія и питавія. Кожа чистая; слизистыя оболочки нѣсколько блѣдны. Рѣзкое выпячиваніе глазныхъ яблокъ, въ особенности праваго. Характерныя для Basedow'ой болѣзни явленія со стороны глазъ всѣ на лицо: глазная щель широко раскрыта, и въ моментъ, когда дѣвочка закрываетъ глаза съ запрокинутой назадъ головой, можно убѣдиться, что она не вполне смыкаетъ вѣки и вѣки начинаютъ при этомъ дрожать (признакъ этого описанъ, какъ извѣстно, Stellwag'омъ); на лицо также признакъ Graefe, состоящій въ томъ, что, если предложить больному смотрѣть книзу, то верхнее вѣко отстаетъ отъ движенія глазного яблока, и въ результатѣ между верхнимъ краемъ роговицы и нижнимъ краемъ верхняго вѣка остается обнаруженной полоска склеры (признакъ этотъ у моей больной былъ выраженъ рѣзко). 3-й припадокъ со стороны глазъ, описанный Моebius'омъ, тоже былъ на лицо: я заставлялъ дѣвочку, не переставая, смотрѣть обоими глазами на мой палецъ, который я держалъ сначала на вѣкоторомъ разстояніи, а затѣмъ медленно приближалъ къ ея носу, вынуждая ее такимъ образомъ сводить ея зрительныя оси; при приближеніи пальца къ носу сведеніе (конвергенція) не удавалось: глазное яблоко то правое, то лѣвое отклонялось кнаружи, и получалось косоглазіе. 2-ой основной признакъ Basedow'ой болѣзни—зобъ—былъ ясно выраженъ. 4/ш я опредѣлилъ размеры шеи, при чемъ точкой опоры служилъ мнѣ 7-ой позвонокъ: нижняя окружность шеи была 31, средняя 29 и верхняя 28 см., ширина щитовидной железы 9 см. Наконецъ, имѣлись явленія и со стороны сердца: границы его были нормальны, тоны чисты, но пульсъ даже при спокойномъ состояніи колебался между 130 и 150.

Сегодня, послѣ 3-недѣльнаго лѣченія сывороткой, наблюдается

\*) Сообщено въ Обществѣ дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ 29/III 1906 г. съ предъявленіемъ больной.

уже совсем иная картина; девочка в общем стала гораздо спокойнее; тахикардия исчезла совсем; пульс колеблется между 75 и 90; со стороны глаз следует отметить резко уменьшение пучеглазия; выпячивание глазных яблок едва замечать; признаки *Stellwag'a* и *Moebius'a* нить вовсе; признаки *Graefe* иногда еще наблюдается; зоб почти исчез; осталось лишь очень незначительное увеличение щитовидной железы; размеры шеи следующие: 28—27—27 см., а шарина железы только 4 см.

Этой же сывороткой я в одно и то же время лечил 14-лѣтнюю девочку съ зобомъ, но безъ *Basedow*'ой болѣзни. Результаты получились тоже вполне удовлетворительные.

При началѣ леченія было ясно выражено сдавленіе дыхательнаго горла. Размеры шеи 4/ш были: 37—33 и 31 см. 25/ш я могъ установить исчезновеніе сдавленія дыхательнаго горла. Девочка сама утверждаетъ, что дышать ей гораздо легче. Размеры шеи уменьшились, вмѣсто 37—33 см., вмѣсто 33—31 см. и вмѣсто 31—29 см.

**Литература.** 1. *Burghardt und Blumenthal.* Ueber die spezifische Behandlung des Morbus Basedowii. «Therapie der Gegenwart», 1903 г. 2. *Moebius.* Ueber das Antithyreoidin. «Münchener medic. Wochenschrift», 1903 г., № 4.—3. *Alfred Alexander.* Zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Thyreoidin — *Moebius.* Тамъ же, 1905 г. № 29.—4. *Lomer.* Antithyreoidin bei Basedow'scher Krankheit mit Psychose. Тамъ же, 1905 г. № 18.—5. *Dürig.* Ein Beitrag zur Serumbehandlung des Morbus Basedowii. Тамъ же.—6. *A. Eulenburg.* Zur Antithyreoidinbehandlung der Basedow'schen Krankheit. «Berliner klin. Wochenschrift». 1905 г.

#### СХІ. Изъ Московской городской Яузской вольницы.

**Объ эхинококковой кисты почки, временами вскрывающейся въ почечную лоханку и освобождающейся отъ своихъ дочернихъ пузырей, и объ ея леченіи.**

М. С. Давыдова.

Въ виду того, что эхинококковая киста почки страданіе дов. рѣдкое, я позволяю себѣ описать здѣсь наблюденный мною случай этой болѣзни, представлявшій нѣкоторыя особенности, давшія мнѣ возможность сдѣлать нѣсколько общихъ выводовъ по вопросу объ ея леченіи.

Въ Московскую городскую Яузскую больницу 24/хп 1905 г. поступила П. С. С., 41 г. (N скорбнаго листа 6394) съ жалобами на сильныя боли въ лѣвой 1/2 живота и на вздутіе его. С. родилась въ деревнѣ, гдѣ прожила въ обычныхъ крестьянскихъ условіяхъ до 19 лѣтъ. Маленькой девочкой она болѣла лихорадкой (?). Лѣтъ съ 14 у больной разъ или 2 въ мѣсяцъ сильно болѣла животъ, такъ что она, по ея выраженію «каталась отъ болей»; никакихъ точныхъ данныхъ объ этихъ боляхъ она, однако, дать не можетъ. 18 лѣтъ вышла замужъ и переехала въ Москву. Мѣсяцныя пришли на 19-мъ году. Съ 19 до 25 л. нѣсколько разъ были рѣзущія боли въ животѣ, не стоявшія ни въ какой связи съ мѣсячными; припадки болей раздѣлялись значительными промежутками времени. Животъ болѣлъ слѣва, приблизительно въ теченіи сутокъ; боли обрывались вдругъ; вскорѣ послѣ ихъ прекращенія являлся позывъ на мочу, и съ мочей выходилъ слизистый (?) кусочекъ. На 25-мъ году перенесла дизентерію. Припадки болей, какъ сообщала больная, проходятъ черезъ всю ея жизнь, такъ какъ и послѣ дизентеріи послѣднія 15 лѣтъ тоже бывали боли въ животѣ, при чемъ сильно пучило животъ, «ходило по животу», какъ она выражалась; но «кусочковъ» съ мочей не выходило. Предпослѣдній разъ боли были за 2 недѣли до поступления въ больницу и длились 3 дня. Всего приступовъ болей за послѣднія 15 лѣтъ было около 8. За 21 годъ замужества С. родила 9 чел. дѣтей; изъ нихъ только 2-ое остались живы. Последнее заболѣваніе началось вдругъ съ 6 час. вечера 23/хп: поднялись рѣзкія боли въ животѣ, рвота, продолжавшаяся весь вечеръ и ночь; рвало зеленою; запаха кала въ рвотѣ не было.

25/хп: Средняго сложенія и питанія. Стонетъ отъ болей; но, не смотря на это, общій видъ болѣе удовлетворительный; осунувшагося выраженія лица нѣтъ. Костякъ неправильный: обособлена грудь, —грудина выпячена впередъ въ мѣстѣ прикрѣпленія вторыхъ реберъ. Легкія эмфизематозны. Хриповъ нѣтъ. Небольшой кашель. Сердце закрыто. 1-ый тонъ у верхушки нечистый; тоны вездѣ слышны слабо. Пульсъ достаточныхъ силы и наполненія, нечастый. Рвоты утромъ 25/хп и весь день 24/хп не было. Стѣнки живота дряблыя, животъ мягкій. Рѣзкія боли при ошупываніи лѣвой 1/2 живота. Селезенка прощупывается, пальца на 2 выступаетъ изъ-подъ лѣваго подреберья, болѣзненна. Можно прощупать правую подвижную почку, уменьшенную (?) въ размѣрахъ; лѣвая почка не прощупывается; мѣсто, гдѣ она должна лежать, очень болѣзненно. Если нѣкоторое время ошупывать животъ, то удается вызвать живую перистальтику кишокъ, при чемъ ясно вырисовываются вздутыя петли тонкихъ кишокъ. Постоянная наклонность къ запору; послѣдніе дни не слабело. Въ мочѣ умѣренное количество бѣлка. Бѣлей нѣтъ. Веч. 24/хп и утромъ

25/хп 38°4. Послѣ высокаго промывательнаго обильно прослабило отошли газы. Рвоты не было и за 2-ую половину дня 25/хп. Мочи, за сутки выдѣлилось 1000 к. стм. Еще днемъ больная почувствовала, что при мочеиспусканіи у нея выскочилъ какой-то кусочекъ, который и оказался въ кружкѣ, предназначенный для собиранія мочи. Когда онъ вышелъ, она почувствовала себя легче и сошла это за указаніе на благополучный исходъ болѣзни, какъ это бывало и раньше. Веч. 25/хп 38°8.

На другой день, 26/хп, я нашелъ больную въ вполне удовлетворительномъ состояніи: она оправилась отъ болей; кишечной перистальтики, не смотря на усиленное стараніе, вызвать не удалось; но боли въ животѣ, главнымъ образомъ въ области лѣвой почки, остались резко выраженными. Въ мочѣ, выдѣленной за 25/хп, оказалось много гноя; въ осадкѣ ея подъ микроскопомъ исключительно были гнойныя тѣльца. Слизистый кусочекъ, величиной съ горошину, по внѣшнему виду походилъ на эхинококковый маленький пузырь; однако природа его не была опредѣлена. Въ испражненіяхъ не найдено ничего особаго. 37°8—38°2.

27/хп: 37°2—36°8. Послѣ кастороваго масла обильно прослабило окрашенными испражненіями. Перистальтики вызвать не удается. Пропущиваются урчащія петли кишокъ. Воли слѣва значительно ослабли. Животъ мягкій; въ немъ прощупывается мягкій край печени; справа легко прощупывается почка, какъ бы уменьшенная (?) въ размѣрахъ. Селезенка уменьшилась противъ того, какъ была при поступленіи С. въ больницу. Моча насыщена; количество ея 600 к. стм. Назначенъ уротропинъ, 0,5×3.

28/хп: 36°8—37°3. Самочувствіе удовлетворительное. Лѣченіе тоже.

29/хп: 36°—36°7.

30/хп: Въ 2 часа ночи 38°6; утр. 37°; веч. 37°7. Ночью боли въ лѣвой 1/2 живота. Мочи за сутки 250 к. стм. Животъ вздутъ. Не слабитъ 3-ій день. Половые органы, изслѣдованные спеціалистомъ, признаны нормальными. Рвота. Днемъ животъ не болѣлъ.

31/хп: 37°7—37°3.

Съ 1/1 1906 г., по вечеру 3/1 самочувствіе было сносное. Температура была повышена до 37°5—37°8. Позывъ на ѣду повышается; поташивало. Моча щелочной (послѣ стоянія) реакція; въ ней небольшой осадокъ изъ гнойныхъ шариковъ. Съ 1/1 назначенъ салозъ 0,2×3.

4/1: Съ 6 час. вечера 3/1 въ животѣ значительныя боли, отдающія въ лѣвый пахъ. Ясно прощупывается нижняя часть лѣвой почки. Ничего не ѣсть. Чтобы успокоить боли, сдѣлана ванна въ 33° R. При изслѣдованіи въ ваннѣ правая почка найдена бугристой (дольчатой ?); если она и уменьшена противъ нормѣ, то незначительно; лѣвая почка бугристая, увеличена умѣренно. Послѣ ванны боли ослабли. Въ 9 час. веч. больная нѣсколько разъ пыталась помочиться, но безуспѣшно: ей что-то мѣшало. Тогда она сильно натужилась, и у нея выскочили съ мочей какіе-то куски. Воли прошли совершенно. 37°—37,6.

5/1: Болей нѣтъ. Ночь спала. Мочи за вчерашній день 800 к. стм.; въ осадкѣ въ ней на 2 пальца гноя и нѣсколько эхинококковыхъ пузырей. Одинъ изъ нихъ—большой, съ небольшимъ яблокомъ; онъ выдѣлился разорваннымъ (5×5 стм.); другіе, числомъ около десятка, маленькіе, съ выпиню и немного больше ея. Тѣмъ же утромъ очень свѣжа. Температура упала до нормѣ.

6/1—8/1: Чувствуетъ себя хорошо. Въ мочѣ въ осадкѣ гной и немного обрывковъ пузырей. Температура нормальная. Принимаютъ салозъ, 0,2×3, съ 8/1—уротропинъ, 0,5×3.

9/1: Моча свѣтлая; количество ея 1200; гноя въ ней мало; пузырей нѣтъ. Появился позывъ на ѣду. Силы растутъ. Температура нормальная.

13/1: Чувствуетъ себя хорошо. Въ легкихъ тоже, что и при поступленіи. Деятельность сердца вполне удовлетворительна. Позывъ на ѣду плохой: ѣсть безъ всякаго ощущенія вкуса: «все, какъ трава». Явленія новаренія нѣтъ. За все время пребыванія въ болѣзни произвольныхъ испражненій не было. Животъ не болитъ; мягокъ, но слегка вздутъ; стѣнки его отвислы. Кишки не прощупываются. Печень выступаетъ изъ-подъ края реберъ по правой сосковой линіи на палецъ; края ея мягки. Селезенка едва прощупывается; край ея острый. Почки—правая прощупывается, безболѣзненная, лѣвая нѣтъ. При изслѣдованіи въ горячей ваннѣ (33° R) на правой почкѣ замѣчена какъ бы дольчатость (физиологическая?); въ ваннѣ удалось нащупать нижній край лѣвой почки, умѣренно болѣзненной. Температура нормальная.

14/1: Мочи утромъ найдено 1200 к. стм.; она свѣтлая, и безъ бѣлка; подъ микроскопомъ послѣ центрифугированія въ ней оказалось очень немного гноя. 13/1 была сдѣлана, какъ сказано выше, въ 11 1/2 час. дня, съ цѣлью изслѣдованія, ванна въ 33° R. Въ 3 1/2 час. дня появились сильныя боли въ животѣ, длившіяся до 8 час. веч. Характеръ болей, какъ и раньше. Въ 6 час. веч. сдѣлано промывательное; выдѣлились испражненія. Въ 8 час. веч. боли вдругъ оборвались; больная помочилась, и съ мочей вышло много гноя. Съ 12 час. дня 13/1 по 12 час. дня 14/1 мочи собралось около 2400 к. стм., въ 2-хъ кружкахъ: въ 1-ой, гдѣ она была собрана за вчерашній день, на днѣ было на 1 1/2 пальца гноя; во 2-ой съ послѣдующими порціями—гноя было очень мало. Въ 1-ой кружкѣ вмѣстѣ съ гноемъ найдены эхинококковые пузыри (2,3, величиной съ вишню); больная не чувствовала, какъ они прошли чрезъ мочеиспускательный протокъ. Температура нормальная.

16/1: Больная выписалась, отказавшись отъ предложенной операціи, потому что считала себя совершенно поправившейся.

Первымъ предположеніемъ при опредѣленіи болѣзни у этой больной было: не имѣется-ли здѣсь непроходимость ки-



печенки? За это говорил ряд припадков: сильные боли въ животъ при наличности запора, острое начало заболѣванія, рвота и, главное, возможность при ощупываніи живота вызвать перистальтику и вздутіе нѣсколькихъ петель тонкихъ кишокъ. Съ представленіемъ же о непроходимости не взиравшись достаточно хорошій видъ больной и удовлетворительный пульсъ. Но одной непроходимостью кишокъ все не объяснялось: при изслѣдованіи мочи, какъ было сказано, въ 1-ый же день былъ найденъ на днѣ кружки своеобразный кусочекъ, величиной съ горошину, а подъ микроскопомъ—въ осадкѣ гной; все это вмѣстѣ съ болями въ животѣ съ лѣвой стороны указывало, что у больной имѣется и еще одно страданіе — лѣвосторонняя почечная колика. Разспросъ о прошломъ, подтвердившій, что больная страдаетъ приступами болей въ животѣ давно и что у нея съ мочей уже много разъ отходили слизистые пузыри, дов. ясно опредѣлять, что почечная колика зависитъ здѣсь отъ пораженія лѣвой почки эхинококковой кистой.

При наличности этихъ 2-хъ предположеній—возможности кишечной непроходимости и лѣвосторонней почечной колики—естественно, хотѣлось обѣ болѣзни поставить въ общую связь: думалось, что почечная колика, установленная на основаніи объективныхъ признаковъ, является страданіемъ основнымъ, а главный припадокъ, говорящій о непроходимости, — «вздувающимся петли кишокъ», составляють его осложненія, при чемъ самое вздутіе ихъ возникаетъ или чисто отраженнымъ путемъ, вслѣдствіе болей, или оттого, что кишка припаялась стѣнкой къ почечной эхинококковой кистѣ и такимъ образомъ встрѣчаетъ препятствіе къ своему опорожненію. За возможностью отраженной перистальтики и вздутія кишечныхъ петель до нѣкоторой степени можетъ говорить заявленіе Boas'a <sup>1)</sup> о существованіи чисто нервного перистальтического «безпокойства» тонкой кишки при одновременномъ запорѣ и боляхъ въ кишечникѣ \*); за 2-ое положеніе — наблюденіе авторовъ, что эхинококковые кисты имѣютъ склонность оростаться съ соседними органами или вплотную, или при помощи перемычекъ и пластинъ и что на поверхности ихъ обычно развивается богатая кровеносная сѣть [Rosenstein <sup>2)</sup>]. Уже къ вечеру 25/xii вопросъ о непроходимости былъ рѣшенъ въ отрицательномъ смыслѣ: послѣ высокихъ промывательныхъ болвану прослабило. Но вопросъ о томъ, свободны ли у нея кишки или припаяны, конечно, остался открытымъ.

Въ дальнѣйшемъ распознаваніе эхинококковой кисты въ лѣвой почкѣ подтвердилось вполне, а именно 3/i, съ 6 час. веч. начались боли въ области лѣвой почки, отдававшія въ пахъ, продолжавшіяся съ небольшимъ суетки и такъ же вдругъ затихшія, какъ онѣ и начались. Результатомъ ихъ было—выдѣленіе эхинококкового пузыря съ мочей. Слѣдующій припадокъ съ рѣзко опредѣленной продолжительностью болей былъ 13/i; закончился онъ тоже отхожденіемъ пузырей и гноя, но на этотъ разъ больная вовсе не чувствовала того, какъ пузыри прошли чрезъ мочеиспускательный каналъ \*\*).

Я думаю, что и всѣ припадки болей, которыми страдала больная всю жизнь, начиная съ 14-лѣтняго возраста, т. е. на протяженіи 25 лѣтъ, можно поставить въ связь съ наличностью у нея въ лѣвой почкѣ эхинококковой кисты, временами вскрывающейся въ почечную лоханку и опорожняющейся черезъ мочеоточникъ въ пузырь. Подчеркну, что больная, какъ это показала наблюденіе за ней въ больницѣ, не всегда чувствовала прохожденіе пузырей черезъ мочеиспускательный каналъ; быть можетъ, и въ прошломъ послѣ приступовъ болей пузыри отходили у нея съ мочей, но она сама объ этомъ и не знала. Съ 13-лѣтняго возраста существованіе кисты—несомнѣнно: съ этого времени отхожденіе пузырей замѣчено больною \*\*\*).

Такое длительное существованіе эхинококка въ организмѣ у человека поразило меня; особенно удивительной показалась живучесть чужероднаго, киста котораго много разъ вскрывалась въ почечную лоханку, опорожнялась и снова продолжала расти; однако, отыскивая литературу по этому вопросу, я нашелъ случаи, аналогичные моему. Изложу вкратцѣ нѣкоторые изъ нихъ.

Случай Luteau <sup>3)</sup>. Старикъ—57 л. Съ 14-лѣтняго возраста страдаетъ почечной коликой, послѣ которой (прежде) всякій разъ выходилъ камушекъ, признанный за оксалатъ. Приступы повторялись часто. На 37-мъ году при выдѣленіи мочи съ болями вышелъ эхинококковый пузырь. Затѣмъ пузыри отдѣлялись 2—3 раза въ годъ, съ болями. Luteau видѣлъ больного на 57-мъ году, прощупавъ у него опухоль въ лѣвой почкѣ, распозналъ эхинококкъ и предположилъ операцію, отъ которой, однако, больной отказался. Припадки продолжались и послѣ.

Случай Houzel <sup>4)</sup>. 43-лѣтній больной, оперированный вслѣдствіе присутствія эхинококка въ лѣвой почкѣ. Эхинококковые пузыри выходили съ 22-лѣтняго возраста, каждые 2 года, съ припадками болей. Всѣхъ припадковъ было до 10. Во время послѣдняго Houzel нашелъ опухоль въ области лѣвой почки; съ мочей вышло 2—3 пузыря, и это опредѣлило распознаваніе. Гноя въ мочѣ не было. Сдѣлана perihotomia. Выдѣлилось 3 литра содержимаго кисты. Черезъ 52 дня выздоровленіе.

Случай Г. И. Барановскаго <sup>5)</sup>. Священникъ—45 л. «Съ 16-лѣтняго возраста больной по временамъ сталъ испытывать боль въ поясницѣ съ правой стороны; боль держалась по 4—5 дней; повторялось это каждый годъ; вмѣстѣ съ болями бывала ознобъ. Съ 33-хъ лѣтъ боли усилились; прекращались онѣ послѣ мочеиспусканія, при чемъ больной испытывалъ рѣзъ. На 38-мъ году не спалъ цѣлую ночь отъ сильныхъ болей въ поясницѣ, а утромъ при мочеиспусканіи съ мочой выдѣлился пузырь, изъ котораго вышло до 50 малыхъ пузырей. Съ этихъ поръ 1—2 раза въ годъ стали выходить пузыри вмѣстѣ съ мочей». При изслѣдованіи въ правой 1/2 живота найдена опухоль, величиной съ голову новорожденнаго, съ неясными границами. Больному сдѣлана операція. Въ клиникѣ больной пробылъ съ 22/x 1901 по 6/i 1902 г. Вышелъ со священіемъ.

Rosenstein <sup>2)</sup> (стр. 460) говоритъ, что самый длительный срокъ существованія эхинококковой кисты почки отмѣченъ въ 20—31 годъ.

Случай Quiquerez <sup>6)</sup>. У больного, 50 л., киста существовала 33 года. Припадки выдѣленія пузырей начались съ 17-лѣтняго возраста; первыя опорожненія кисты происходили лѣтъ черезъ 7, а за послѣдній годъ—каждые 4—6 недѣль.

Приведенныхъ выше случаевъ и справокъ, мнѣ кажется, достаточно, чтобы доказать, какъ долго длится иногда эхинококковая болѣзнь почки и какъ своеобразно она протекаетъ. Такое же теченіе эхинококковая болѣзнь можетъ принимать и тогда, когда чужеродное находится и въ другихъ органахъ, напр., въ печени. Въ своей статьѣ <sup>7)</sup> я привелъ такой случай: на основаніи анамнеза и изслѣдованія кака была распознанъ «хроническій» эхинококкъ печени, по временамъ опорожнявшійся въ желчные ходы и черезъ нихъ въ кишку. Въ обоихъ моихъ случаяхъ выдѣлялись дов. мелкіе пузыри (дочерніе?); это служитъ лишнимъ доказательствомъ тому, что въ обоихъ случаяхъ главный пузырь остался въ организмѣ.

Отличительное распознаваніе не вскрывшейся кисты почки очень трудно; всѣ авторы при описаніи своихъ случаевъ даютъ, однако, нѣкоторые опорные пункты (напр., Houzel). Распознаваніе вскрывшейся кисты, напротивъ, чрезвычайно просто.

Мой случай показываетъ, насколько признаки эхинококкового пораженія почки могутъ быть общи съ признаками почечной колики въ зависимости отъ камней,—только отхожденіе эхинококковыхъ пузырей указало на истинное страданіе. Если-бъ больная попала къ врачу между приступами колики, опорнымъ пунктомъ служилъ-бы анамнезъ. Въ моемъ случаѣ не было даже опухлости почки (какъ и въ случаѣ Le Dentu). Только время приступа болей, 4/i, удалось прощупать нижній сегментъ лѣвой почки, а послѣ изслѣдованія больной въ горячей ваннѣ можно было говорить объ умѣренномъ увеличеніи этой почки въ объемѣ. Повторяю, этотъ случай похожъ на чистый случай почечныхъ камней также, какъ описанный мною случай эхинококка печени—на обычный случай желчныхъ камней.

Отхожденіе пузырей съ мочей при эхинококковомъ пораженіи почки наблюдается, какъ это показываетъ изученіе литературы вопроса, очень часто; по статистикѣ Beraud на 67 случаевъ, включая сюда 2 случая Rosenstein'a, пузыри отходили въ 48. «Очень часто» (?), говоритъ Rosenstein (стр. 452), «дѣло обходится однимъ припадкомъ: но

\* Впервые на это обратилъ вниманіе Kussmaul.

\*\* 1-ый припадокъ, изъ-за котораго больная и поступила въ больницу, продолжался съ 23/xii до 24/xii; во время него выдѣлился плотный дов. кусочекъ, весьма напоминавшій тканъ зародыша въ ранніе періоды его развитія.

\*\*\* Сообщая о томъ, что съ мочою у нея выдѣляются «какіе-то кусочки», больная чрезвычайно смущалась и даже старалась скрыть это, вѣроятно, считая свою болѣзнь за «судурную».

иногда припадки болей и выделение пузырей продолжаютсѣ съ большими или меньшими интервалами дни, мѣсяцы и даже годы».

*Vigla* \*) наблюдалъ одну женщину, страдавшую ежегодно, въ январѣ, приступами болей въ поясницѣ съ послѣдующимъ опорожненіемъ пузырей при мочеиспусканіи.

Что касается самихъ приступовъ, то интересно отмѣтить, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные строго опредѣляютъ начало приступа, когда у нихъ «что-то рвется» въ почкѣ. Во время приступа нарушенія общаго самочувствія, лихорадки, желудочныхъ явленій, тошноты, рвоты обыкновенно не бываетъ. Какъ только гидатиды попадаютъ въ мочевой пузырь, появляется сильный позывъ на мочу. Бываетъ, что пузыри не могутъ выдѣлиться безъ сторонней помощи или безъ помощи самого больного; напр., женщины вытаскивали ихъ у себя пальцами. Длительность отдѣльныхъ приступовъ извѣстна отъ 1 до 9 сутокъ.

У моей больной съ мочей выдѣлялся гной. Такъ какъ признаковъ страданія мочевого пузыря не было, то пришлось отнести появленіе гноя на счетъ страданія лѣвой почечной лоханки. Количество гноя въ мочѣ колебалось: до приступа его бывало немного, послѣ приступа—больше; напр., 13/1 выдѣлилось много гноя съ небольшимъ количествомъ пузырей. Такое колебаніе гноя въ количествѣ могло указывать на то, что онъ задерживается въ эхинококковой кистѣ, что и она стала нагнаиваться.

Погибнетъ-ли самъ эхинококкъ? Возможно.

Я долженъ еще нѣсколько остановиться на увеличеніи и болѣзненности селезенки у моей больной. Неизвѣстно, зависѣло-ли это отъ общаго зараженія, ибо и температура у больной была повышена, или селезенка сама приняла участіе въ мѣстномъ воспаленіи?

Положеніе больной надо считать серьезнымъ въ виду возможности развитія перинефрита и гноекровія.

Оперативное пособіе—нефротомія сзади [К. П. Серапинъ \*)] безусловно было-бъ лучшимъ лѣченіемъ для моей больной. Ей и была предложена операція, но она отъ нея отказалась. Операція была показана прежде всего потому, что было, вѣроятно, нагноеніе въ самой кистѣ и было важно, по возможности, скорѣй освободить организмъ отъ гнойнаго очага въ почкѣ.

Въ моемъ случаѣ эхинококкъ остался живымъ еще и при выпискѣ больной; на это указывала свѣжесть тканей выдѣлявшихся дочернихъ пузырей. Желаніе излѣчить больную отъ эхинококка служило другимъ побужденіемъ предложить ей операцію. Возможно, конечно, что нагноеніе и само убѣтъ у нея чужеродное. Если-бы у больной не было въ мочѣ гноя, а на лицо оставались всѣ остальные припадки, я все равно предложилъ-бы ей операцію, считая послѣднюю единственно вѣрнымъ способомъ лѣченія: на основаніи данныхъ изъ прошлаго больной и изученія литературы я могъ достаточно убѣдиться, что опорожнившійся эхинококкъ почки самъ собой не погибнетъ, а снова начинаетъ расти, снова вскрывается и т. д. Обыкновенно операція при эхинококкѣ почки и дѣлается тогда, когда съ мочей выдѣляются пузыри и на лицо имѣется опухоль почки, въ моемъ-же случаѣ опухоли почки не было, а я тѣмъ не менѣе настаивалъ на операціи именно въ силу выше изложенныхъ основаній.

Выводы: 1. Эхинококковая киста можетъ жить очень долго въ организмѣ челоѣка (въ печени, въ почкѣ), временами вскрываясь въ разные выводные пути и опоражниваясь отъ своихъ дочернихъ пузырей.

2. Я высказываюсь за безусловную необходимость оперативнаго пособія при эхинококкѣ почки, хотя-бы онъ вскрылся самъ собой въ почечную лоханку и дочерніе его пузыри выдѣлились съ мочей: наблюденіе учитъ, что самъ эхинококкъ остается при этомъ живымъ и продолжаетъ снова развиваться, а потому ждать самовызлѣченія трудно; не сдѣлать операціи—это значитъ заставлять больныхъ напрасно мучиться и подвергать ихъ опасности гноекровія, такъ какъ рано или поздно киста можетъ нагноиться, что и было въ моемъ напр. случаѣ \*).

\*) *Houzel* приводитъ, по *Beraud* и *Boesckel*ю, слѣдующую статистику исходовъ въ 29 случаяхъ эхинококка почки, вскры-

Литература вопроса очень подробно приведена въ статьѣ *Houzel*а; новѣйшая—въ статьѣ *Г. И. Барадулъ*а. Приведенные въ статьѣ источники: 1. *Boas*. Diagnostik u. Therapie der Magenkrankheiten, 4-oe изд., стр. 70.—2. *Rosenstein*. Die Pathologie u. Therapie der Nierenkrankheiten. Berlin, 1863 г.—3. *Lutman*. Annales des maladies des organes génitourinaires, 1899, стр. 1174.—4. *Houzel*. «Revue de Chirurgie», 1898 г., VIII, IX, стр. 689.—5. *Г. И. Барадулъ*а. «Медицинское Обозрѣніе», 1905 г., № 20, стр. 553.—6. *Quigues*. «Oesterreich. Zeitschrift f. praktische Heilkunde» 1861 г.—7. *М. С. Давыдовъ*. «Медицинское Обозрѣніе», 1905 г., № 22.—8. *Vigla*. «Bulletin de la Société anatomique», 1838 г.—9. *А. П. Серапинъ*. «Лѣтопись Русской Хирургіи», 1898 г. кн. 1.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

### Тюремное заключеніе.

«Народъ изнываетъ по тюрьмамъ сырымъ». (Изъ пѣсни).

«Можно привести много примѣровъ душевныхъ заболѣваній въ широкомъ смыслѣ слова, происшедшихъ и происходящихъ благодаря и вълѣдствіе бюрократической политики». (Хорошко).

«Въ Умани среди заключенныхъ политическихъ, доведенныхъ до полнаго отчаянія невѣроятнымъ произволомъ подполк. Самойлова, начались самоубійства: лишилъ себя жизни винокуръ Гервицъ, вынулъ изъ гортани Тульчинеръ, тяжело психически заболѣли Холодовская и Шмушкинъ». (Изъ думскихъ запросовъ).

Замѣтки эти были записаны еще въ январѣ, но я такъ увѣровалъ въ амнистію, которую ждали со дня на день, что отложилъ ихъ обработку до болѣе свободнаго времени. Я ошибся. И сейчасъ, какъ и тогда, тюрьмы наполнены десятками тысячъ заключенныхъ. Точного, или даже приблизительнаго числа «политическихъ», къ сожалѣнію, и указать нельзя. На основаніи обнародованныхъ официальныхъ и офиціозныхъ данныхъ («Русская Газета»), число жертвъ освободительнаго движенія съ 1-го января 1905 г. по 1-ое января 1906 г. по минимальному подсчету слѣдующее: убиты 14300 чел., казнены 900, ранены 19524 и взяты въ плѣнъ 72000, итого 106554. Иногда двери тюремъ приотворяются, и часть измученныхъ обитателей выходитъ, рѣдко на свободу, чаще на поселеніе въ мѣста, столъ и не столъ отдаленныя; на мѣсто ихъ приходятъ новыя и новыя толпы. Въ наше революціонное время воздухъ прямо насыщенъ психогенными элементами. Каждая вспышка и послѣдующая реакція гонитъ неустойчивыхъ, предрасположенныхъ, дегенеративныхъ лицъ въ психіатрическія больницы; многіе, несомнѣнно душевно-больные погибаютъ на улицахъ, приговариваются къ смертной казни; для нихъ широко открыты тюремныя двери. Но характерная особенность нашего времени заключается въ томъ, что при поступленіи въ тюрьмы патологическихъ элементовъ не происходитъ естественнаго отбора, массовые аресты и немотивированные захваты заполнили тюрьмы здоровымъ населеніемъ. Поэтому-то съ научной точки зрѣнія интересенъ безумный опытъ правительства для доказательства вреда тюремнаго заключенія, какъ психогеннаго условія въ его чистомъ видѣ.

Мы лишены возможности посѣщать тюремныя учрежденія. Многое изъ происходящаго за тюремными стѣнами теперь темно и долго еще будетъ покрыто мракомъ невѣстности. Мы требуемъ широкаго общественнаго контроля надъ тюрьмами, но даже мировые судьи наталкиваются на непреодолимые препятствія при попыткахъ поближе ознакомиться съ положеніемъ заключенныхъ и съ формальнымъ правомъ ихъ задержанія. Московскіе городскіе санитарные врачи ходатайствовали передъ мѣстной

шагосъ въ почечную лоханку: въ 6 случаяхъ наступило выздоровленіе (?), въ 6 кисты остались стационарными, въ 7 кистъ остался ненавѣстенъ; 10 больныхъ умерли: а) 7—отъ марванъ, 1—отъ раковаго худосочія, в) 1—отъ чахотки, г) 1—отъ вторичнаго вскрытія въ легкія.

администрацией о разрешении им произвести санитарный осмотр тюрьмы. Губернатор и тюремная инспекция, а впоследствии и главное тюремное Управление отказали им в этом ходатайстве. Врачи указывали, что эпидемические заболевания в тюрьмах угрожают заболеваниями всему городскому населению. Только гонимая, как никогда, печать приносит вести из застенка; а потому у каждого теперь в тюрьме родные, знакомые, товарищи...

Психиатры относят тюремное заключение к причинам, вызывающим душевную болезнь. Еще *Griesinger* указывал, что «тюремное заключение представляет одновременно много вредных влияний, грозящих психическому здоровью,—угрызение совести (?), желание свободы, сосредоточенность на тесном круге немногих идей, часто дурная пища и воздух, недостаточность движения и т. д.» «Как моральное состояние заключенного в тюрьму», говорит в своем учебнике *С. С. Корсаков*, «так и дурные условия тюремной жизни способствуют проявлению скрытого расположения, а иногда и прямо вызывают болезнь». В частности об одиночном заключении *Griesinger* пишет: «Совершенное, строгое одиночное заключение, примененное ко всем безразлично, навряд ли не могут переносить его, в особенности очень раздражительные и уже вполнину психически разстроенные лица; они легко впадают в галлюцинации, возбуждение и сумасшествие, и часто быстро выздоравливают снова, как скоро их переводят в общую тюрьму». «Само тюремное заключение», пишет проф. *Ковалевский*, «представляет собою неблагоприятные условия: человек—общественное животное—при одиночном заключении лишается этого величайшего наслаждения; в каждый момент своей жизни человек получает новые впечатления, в одиночной жизни он остается без новой жизни и тем самым ограничивает круг своей умственной деятельности: здесь он переживает лишение семейной жизни, а также верьхко и несчастье и потери для других лиц, зависящие от его заключения; здесь он всегда налицо с своими преступлениями и безнадёжною будущностью!» «Частое появление помешательства у содержащихся в тюрьме—статистический факт», говорит *Kraft-Ebing. Mendel* в своем руководстве пишет: «в тюремном заключении возникает большая % душевных заболеваний, особенно при одиночном заключении в связи с системой молчаливости». *В. П. Сербский* пишет: «К психическим причинам относятся влияние тюремного заключения, особенно одиночного. По исследованиям *Hansen'a*, директора одной из образцовых тюрем Дании, % заболеваемости арестантов вообще увеличивается с возрастанием срока пребывания в одиночном заключении. Так, между заключенными на 2 года в этой тюрьме заболели психическим расстройством 5%, на 3 года—14%, на 3½—17%. Наиболее вредным одиночное заключение считается для людей малоразвитых и умственного отношения, для женщин и для молодых лиц». *В. Ф. Чиж*, при изучении влияния одиночного заключения на психическое здоровье арестантов, произведенном им по поручению главного тюремного Управления в Бельгийских, Германских и Французских (след., действия главного тюремного Управления вполне сознательны и продуманы) тюрьмах, пришел к заключению, что «одиночное заключение в высшей степени притупляет заключенных, ведет к общему ослаблению психических сил; после продолжительного (3—10 лет) одиночного заключения многие становятся слабоумными; слабоумие, или, правильнее сказать, ослабление всех психических сил, редко достигает высокой степени; при постоянном одиночном заключении, более чем 10 лет (!), это ослабление психических сил поражает очень многих».

Позволю себе напомнить один опыт правительства с одиночным заключением в Шлиссельбург. М. Ю. Ашенбреннер в своих воспоминаниях о Шлиссельбургской тюрьме за 20 лет пишет: «В первые годы погубило около 50%, в том числе 2-ое были расстреляны за

оскорбление действием. Потом началось почти повальное сумасшествие».

Важно и интересно отметить, что психические заболевания в тюрьмах обычно начинаются очень скоро после заключения: «чаще всего в первые 1½-года или в 1-ый год после заключения» (*Корсаков*). «Психоз проявляется иногда уже в первые дни или недели заключения (во время следствия), но чаще через несколько месяцев и редко после 2-го года» (*Kraepelin*). Это необходимо помнить при нашей русской системе задержания политических преступников. Тюрьмы очень подолгу задерживают своих пленников, долгие месяцы тянутся следствия, люди на наших глазах, по нашему мнению не виноватые, калечатся, и наше дело повторять и повторять—так нельзя!

Но относятся ли заключения профессором к данному моменту. Обратимся опять к газетам.

«Выше 17-го февраля на свидании с заключенными в одиночной тюрьме, передают, что среди заключенных сильно распространяются сыпной тиф и *тихое помешательство* («Русь»).

В «Крестах», по словам медицинского персонала, все страдания заключенных нейрастений, истерий, меланхолий имеют много общего с *тихим помешательством*.

В «Минск» по случаю волнений в узде тюрьма переполнена. Многие из арестованных прямо душевно-больные люди; здоровые же настолько верно-потрашены, что почти *близки к помешательству* (О. В.).

Политические арестованные в Бутырской тюрьме пишут: «душевное настроение в настоящее время у всех нас таково, что может толкнуть на самые нежелательные действия, лишь бы только добиться изменения нашего положения». И т. д.

Что это значит—мы хорошо понимаем. По тюрьмам начались побег, часто с заведомо негодными средствами, разного рода сопротивления, голодовки, отказы от свиданий, бунты.

Не буду останавливаться на отдельных случаях самоубийств и сумасшествий в тюрьмах, а подойду ближе к условиям жизни в наших тюрьмах и постараюсь выяснить, из каких слагаемых получается всеми признаваемое психогенное действие тюрьмы.

Все вредоносные условия тюремного обихода, безконечно разнообразные и видоизменяющиеся, служащие предрасполагающими или прямо производящими причинами душевных заболеваний, можно разделить на физические (соматические) и нравственные (психические). Первые действуют непосредственно, вызывая расстройства соматической жизни, последние—путем морального воздействия. Конечно, это деление очень схематично, и имеет целью только удобство обозрения (обычно каждая причина бьет на оба фронта); при том и психические причины действуют в конце концов физическим же путем. Часто причины тюремных душевных заболеваний сравнительно мелки, но действуют своей суммарностью и непрерывностью, медленно и неуклонно разрушая душевные силы заключенного.

Остановлюсь сначала на физических причинах душевных заболеваний. Замечу, что психические заболевания часто идут рука об руку с разными соматическими расстройствами и с ослаблением питания. Прежде всего все почти тюрьмы в России построены самым отвратительным способом, с грубым нарушением элементарнейших требований гигиены. Обычно это—громоздкие, сырые казармы, обнесенные высоким забором, с длинными, темными корридорами, с низкими, большими, полутемными душными палатами, в которых заключенные и спят, и едят, проводят целые сутки. Конечно, и штатные места в наших тюрьмах рассчитаны очень не широко, а теперь «в военное время» они чрезвычайно переполнены. Главное тюремное Управление составило справку о числе арестованных, содержащихся в 31 тюрьмах разных губерний, и определяет переполнение губернских мест заключения в 65%. В некоторых провинциальных тюрьмах еще в 1902 и 1903 гг. на одну койку приходилось от 3 до 6 арестантов. Куда же дёваются новые пленники? Арестованных помещают в подвальных помещениях участков. Приходится иногда отказывать в приеме уже доставленным арестованным. Их возят из участка в уча-

стокъ, какъ Московскихъ родильницъ по родильнымъ пріютамъ, гдѣ найдется мѣстечко. Въ тюремномъ вѣдомствѣ думаютъ о постройкѣ новыхъ тюремъ. Изъ Харькова пишутъ, что за переполненіемъ тюремъ политическіе арестованные содержатся при полицейскихъ участкахъ, въ камерахъ, предназначенныхъ для отрезвленія задержанныхъ въ городѣ пьяныхъ. Въ Москвѣ женщины должны были отсиживать длительные аресты при участкахъ съ каждодневно мѣняющимся контингентомъ забираемыхъ съ бульваровъ проститутокъ. Въ Смоленскѣ жандармы сажали арестованныхъ въ покойницкую. Въ Медынѣ арестованнаго посадили въ баню, а послѣ протеста перевели на голубятню. Въ Владикавказѣ тюремный смотритель растерявъ, утомленъ, злобенъ, раздраженъ, выкрикиваетъ: «Ну, куда я ихъ дѣну? У меня все биткомъ набито. Сидятъ въ банѣ, въ пекарнѣ, въ карцерахъ. Въ свою квартиру, что ли, прикажете сажать?» Потомъ бросается бумагами, хлопаетъ дверью и велитъ разищать помощнику. Помощникъ вызываетъ арестованныхъ по списку и приказываетъ надзирателю: «Въ карцеры! Въ баню! Камера № 5 (гдѣ тифозные больные)! Въ пекарню!» И тоже бурчитъ и разомъ озлобляется при возраженіяхъ о неудобствѣ помѣщенія здоровыхъ съ тифозными больными («Лавина»). За переполненіемъ слѣдуетъ отсутствіе свѣта, воздуха, воды, провѣтриванія. Не вездѣ въ камерахъ есть форточки и не вездѣ позволяютъ ихъ открывать. Во многихъ тюрьмахъ заключеннымъ голодовками приходилось добиваться позволенія открывать окна. Повсюду крайне несовершенное и недостаточное отопленіе; холодъ и утары. Всюду жалуются на грязь; помѣщенія пропитаны сыростью и гнилью; постоянны сквозняки; холодный асфальтовый полъ. Почти вездѣ отсутствіе канализации и пресловутая «параша», которая, напр. въ Курскѣ, остается въ камерахъ по цѣлымъ суткамъ. Спать заключенные часто на грязномъ и липкомъ полу. Недостача бѣлья, нечисты всякаго рода. отъ маленькой платевой вши до большой крысы. Не вездѣ есть бани, и не вездѣ позволяютъ ими пользоваться; мало воды, нѣтъ мыла. Нары стоятъ, гдѣ они есть, близко другъ къ другу, а мѣстами и безъ всякаго промежутка. Почти повсемѣстно дурной, однообразный, недостаточный столъ: скверный хлѣбъ, недопеченый, затхлый, съ пескомъ, испорченное мясо съ червями; такой-же борщъ. Вообще отмѣчается, что заключенные нуждаются въ самомъ необходимомъ; на казенномъ столѣ безъ «выписки» жить нельзя; въ которыхъ приходится сидѣть безъ прогулки, потому что «брюки такіе, что совѣстно въ нихъ показаться» и т. д., и т. д. Дальше слѣдуетъ отмѣтить короткое время прогулокъ, въ иныхъ мѣстахъ не превышающее 4-хъ мин., на маленькихъ замкнутыхъ дворикахъ, а кое-гдѣ и полное лишеніе прогулокъ. Петербургское жандармское управленіе отклонило даже ходатайство врачей, пользующихъ политическихъ заключенныхъ «въ Крестахъ», о необходимости увеличить имъ время прогулокъ въ виду увеличенія среди нихъ нервныхъ заболѣваній. Отмѣчу еще недостатокъ тѣлесныхъ упражненій, отсутствіе привычныхъ занятій и жизненной обстановки. Въ видѣ иллюстраціи ко всему сказанному позволю себѣ привести выдержку изъ описанія «столичной» тюрьмы—Бутырокъ.

«Окна разломаны потому, что иначе нѣтъ возможности провѣтривать помѣщенія. Сверху надъ дверями рѣшетки сквозныя, а въ коридорѣ всегда открыты форточки, вслѣдствіе чего постоянный сквознякъ, способствующій простудамъ; полъ асфальтовый, со многими выбоинами, въ которыхъ скапливается всякая грязь, и вообще полы не скреблись по меньшей мѣрѣ съ января, такъ что, если ихъ полить водой передъ тѣмъ, какъ вѣсти, то ноги къ нимъ прилипаютъ, если-же не поливать, то поднимается страшная пыль, а между тѣмъ между заключенными не мало и чахоточныхъ. Кашель свирѣпствуетъ въ камерахъ и не умолкаетъ всю ночь; плюютъ, конечно, на полъ, и, не смотря на всѣ старанія старосты, чистоты навести невозможно. Курятъ безпрерывно, 80%—махорку. Въ тюремную больницу идти боялся, и такимъ образомъ больные, подолбленные и здоровые тутъ спятъ, ѣдятъ и занимаются» (Пусть).

Въ связи съ этимъ тюрьмы являются разсадниками эпидемій. Бугорчатковыя палочки находятъ въ тюремныхъ стѣнахъ лучшую среду для произростанія. Сыпной тифъ, чесотка, цынга, ревматизмъ, простудныя заболѣванія, заболѣванія желудочно-кишечнаго канала свили себѣ прочныя гнѣзда въ нашихъ отвратительныхъ тюрьмахъ. Жерт-

вою сыпного тифа въ Бутырокой тюрьмѣ былъ, между прочими, и д-ръ Д. К. Лебедевъ. Кроме того, тюремныя больницы очень плохи; обособленіе больныхъ въ нихъ обычно невозможно, и больные арестанты предпочитаютъ перемогаться въ общихъ камерахъ. Къ сожалѣнію, въ письмахъ заключенныхъ встрѣчаются и тяжелыя обвиненія по адресу тюремныхъ врачей. Жалуются на ихъ грубость, политику недоверія, обманы при выпискѣ и т. п. Низшій медицинскій персоналъ, будто-бы, просто глумится надъ больными. Эта тяжелая обстановка и подрывается и физическое, и психическое здоровье заключеннаго.

Перейду теперь къ выясненію моральныхъ причинъ, дѣйствующихъ болѣзнетворно на психическое здоровье заключеннаго.

Петербургское Общество психіатровъ на запросъ Пироговскаго Общества о вліяніи государственныхъ условій на психическое здоровье народа отвѣтило: «Самой главной причиной душевныхъ заболѣваній среди заключенныхъ по политическимъ и религіознымъ дѣламъ являются продолжительное пребываніе въ одиночномъ заключеніи и тѣ особыя условія, которыми обставлена жизнь этихъ лицъ въ русскихъ тюрьмахъ. Полная неизвѣстность, въ которой остаются эти заключенные цѣлыми мѣсяцами, а часто и годами; недопустимые приемы жандармскаго допроса, усиливающіе и безъ того повышенную возбудимость; понятное недоверіе къ тѣмъ лицамъ, которые тайно и безконтрольно ведутъ сѣдствія по политическимъ дѣламъ,—вотъ тѣ моральныя причины, которыя губительно вліяютъ на душевное состояніе заключенныхъ и способствуютъ развитію среди нихъ душевныхъ заболѣваній». М. Новорусскій, просидѣвшій въ Шлиссельбургской крѣпости 18½ лѣтъ, отсылаетъ своихъ читателей къ воспоминаніямъ Поливанова, въ которыхъ, по его мнѣнію, «уловлена, такъ сказать, вся квинтэссенція строгаго одиночнаго заключенія: исканіе развлеченій, привязанность ко всякому живому существу (пауку даже), и изобрѣтательность въ отыскиваніи путей къ общенію съ товарищами, горячая любовь къ ближнему сосѣду-сосѣднику, бывшему единственной отрадой и утѣшеніемъ въ тяжкія минуты; боль и мука за другихъ, страдающихъ и умирающихъ на твоихъ глазахъ; душевная пытка отъ сознанія невозможности облегчить ихъ послѣднія минуты; наконецъ,—и это самое главное—жизнь прошлымъ, воспоминаніе о пережитомъ, оживавшемъ иногда съ яркостью галлюцинацій, сожалѣніе о невозвратномъ и особенно о тѣхъ ошибкахъ, которыя когда-нибудь были одѣланы и поправить которыя уже теперь невозможно; и, какъ вѣнецъ всего—мысль о самоубійствѣ, какъ единственномъ выходѣ изъ безвыходнаго положенія».

Въ повседневномъ обиходѣ русскихъ тюремъ очень и очень много тяжелыхъ условій, которыя могутъ поколебать нормальный жизненный тонусъ, вывести изъ равновѣсія мало-мальски неустойчивый съ психической стороны организмъ: тюремный режимъ, казарменная обстановка и вынужденное общежитіе въ общихъ камерахъ, лишеніе личной свободы, большая неосвѣдомленность о вѣдѣвшихъ событіяхъ, сосредоточенность на тѣсномъ кругѣ идей, безпокойство о близкихъ и товарищахъ; въ одиночномъ заключеніи—вынужденное молчаніе, одиночество, тишина могилы; затѣмъ заботы о домѣ, гдѣ часто осталась большая семья, изъ которой выхваченъ единственный кормилецъ, о непоправимомъ разстройствѣ хозяйства; грубость жандармовъ, низкій уровень развитія надзирающаго персонала, постоянное засматриваніе въ душу и надругательство надъ элементарными правами челоѣческой личности, обычное и въ «свободной жизни» русскаго гражданина и принимающее въ тюрьмахъ наиболѣе уродливыя и злокачественныя формы; цѣлыя системы наказаній за выдуманные и мелочныя проступки: лишеніе книгъ, газетъ, прогулокъ, бани, свиданій съ родными, сношеній между заключенными, лишеніе денегъ, приносимыхъ изъ дома гостинцевъ, лишеніе казеннаго пайка и т. п. мелкіе и крупныя, дѣйствующіе всѣ угнетающимъ образомъ запреты, дальше—сырые, темные, холодные карцера; массовыя и оди-



ночные избиения, <sup>1)</sup> пытки; приводъ силою на допросы; снятие фотографій насильственнымъ способомъ: «въ моментъ опмания арестованную держали за руки, за ноги и за волосы»; постоянныя унижительныя обыскивания (обыскиваютъ даже приходящихъ на свиданіе родныхъ, ища оружія); немотивированные разстрѣлы заключенныхъ <sup>2)</sup>—все идетъ, нарастая, вплоть до черноостенной агитаціи внутри тюрьмы (Курскъ) среда уголовныхъ и организованнаго погрома политическихъ заключенныхъ <sup>3)</sup>.

....Дальше, кажется, идти некуда!

Въ тюрьмѣ, какъ и въ жизни, ничего не дается даромъ, не дѣйствуютъ просьбы, а всякой мелкой уступки и послабленія приходится добиваться тяжелой борьбой при полной сѣорганизованности. Одиночные протесты, даже голодовки, нанесеніе себѣ увѣчий, самоубійства проходятъ безъ слѣда. Въ тюрьмѣ чрезвычайно развивается духъ товарищества. Наше время именно характерно массовыми движеніями въ тюрьмахъ. Отказы отъ свиданій съ родными, отъ присылаемыхъ изъ дома вещей, разнаго рода obstructiō, вынужденныя сопротивленія, даже защитительныя баррикады, обычно ведущія къ приводу войскъ и военному разгрому тюрьмы, стали теперь обычными явленіями. Тяжелыя эпидеміи голодовокъ—героическаго средства пассивной борьбы, несомнѣнно, патологическаго характера—прокатились по всѣмъ тюрьмамъ нашего много-страдальнаго отечества. На вопросъ о голодовкахъ я позволю себѣ остановиться нѣсколько подробнѣе въ другой работѣ. Повсюду происходятъ, иногда кончающіеся роковымъ образомъ, массовые и единичные побѣги, часто завѣдомо неудачные, показывающіе степень напряженности, невыносимости положенія заключенныхъ; иногда пытаются бѣжать человекъ, не имѣющій особыхъ грѣховъ, чуть-ли не наканунѣ своего освобожденія. Обычныя сидѣніе недѣлями и мѣсяцами безъ предьявленія обвиненія сильно подрываетъ душевныя силы заключенныхъ. «Доктора Бутырской тюрьмы («Путь») заявляютъ единогласно, что объявленіе заболѣвшимъ заключеннымъ причины ихъ ареста или рѣшенія ихъ судьбы часто оказываетъ благотворное вліяніе. Нервные больные успокаиваются и, прежде весьма возбужденные, выпадаютъ въ апатію и покорность судьбѣ»; послѣднее, вѣроятно, зависитъ отъ жестокости рѣшенія. Политическіе арестованные въ своемъ заявленіи 11-го марта Московскому губернатору въ числѣ причинъ разнообразныхъ нервныхъ среди нихъ заболѣваний выставляютъ продолжительную неизвѣстность о положеніи своихъ дѣлъ.

Въ такой тяжелой атмосферѣ течетъ жизнь арестованныхъ. Нервно-психическій тонусъ колеблется; настроеніе массы нарастаетъ и электризуетъ отдѣльныхъ лицъ; психическая зараза виситъ въ воздухѣ. «Необходимъ врачъ-специалистъ по нервнымъ болѣзнямъ, пишутъ изъ «Бутырокъ», потому что заболѣванія на нервной почвѣ среди заключенныхъ усилились, и часто бредъ или истерика одного нервнаго больного ведутъ къ заболѣванію его соседа на нервной почвѣ». Такъ начинаются психическія эпидеміи. Наконецъ, переполненіе тюремъ, усиленная ра-

бота, тревожное время, а также, можетъ-быть, и зараза вызвали заболѣванія и среди тюремнаго персонала. «Нѣкоторые служащіе въ Бутыркахъ заболѣли; у нихъ проявляются всѣ признаки утомленія. Ихъ нервнось ведетъ къ учащеннымъ конфликтамъ между ними и заключенными, и часто администрація пересыльной тюрьмы вынуждена констатировать, что то или другое лицо изъ тюремнаго персонала неправое» («Путь»).

Не буду дѣлать выводовъ и выставлать какія-либо общія положенія въ концѣ своей работы. Это значило-бы опять переписать все снова и прибавить многое пропущенное. Коренное средство одно, это—полная амнистія. Заболѣвшіе, напр., въ одиночномъ заключеніи часто быстро поправляются, когда ихъ переведутъ въ общую тюрьму. Еще лучшія условія для выздоровленія на свободѣ, дома, въ своей семьѣ.

Л. Прозоровъ.

Москва.

## Изъ Константинополя.

(Письмо 8-ое).

### Антирабическій и бактериологическій Институты.

Институтъ для лѣченія заболѣвшихъ бѣшенствомъ и изготовленія нужныхъ для этого средствъ былъ основанъ въ Константинополѣ въ 1886 г. и до октября 1905 г. помѣщался въ деревянномъ одноэтажномъ баракѣ при В.-Медицинской Школѣ. До 1900 г. директоромъ его былъ д-ръ Зоерсъ-наша, грекъ, а съ ноября 1900 г. должность эту занялъ директоръ бактериологическаго Института д-ръ Remlinger, французъ, работавшій раньше въ Pasteur'овскомъ Институтѣ и напечатавшій много научныхъ статей во французскихъ медицинскихъ журналахъ. Съ 1905 г. Институтъ этотъ помѣщается уже не въ Стамбулѣ, а на азиатскомъ берегу, въ Хайдарѣ, въ специально приспособленномъ зданіи, каменномъ и просторномъ, служившемъ тюрьмой для греческихъ плѣнныхъ солдатъ во время послѣдней греко-турецкой войны. Онъ находится въ разстояніи 300—400 м. отъ новой В.-Медицинской Школы, выстроенной подъ наблюденіемъ д-ра Rieder'a-namı, и составляетъ ея отдѣленіе. Медицинская Школа, какъ и всѣ прочія военныя школы, подчинена Зеки-пашѣ. Турецкія мѣстныя административныя власти обязаны присылать въ Институтъ на казенный счетъ укушенныхъ бѣшенными животными даже изъ самыхъ отдаленныхъ частей Имперіи. Былъ случай присылки укушеннаго изъ африканскаго Триполи. Присылаются не только турецкіе подданные, но и иностранцы. Содержатся они и лѣчатся въ Институтѣ даромъ. Въ Институтѣ могутъ быть помѣщены 100 чел. больныхъ, но число одновременно лѣчащихся колеблется между 60 и 80, при чемъ между лѣтними и зимними мѣсяцами не замѣчается большой разницы. Лѣченіе продолжается отъ 18 до 28 дней. Его продолжительность и сила зависятъ отъ характера и мѣста укуса, а также отъ породы укушеннаго животного. При укусахъ бѣшеныхъ волковъ, шакаловъ и лисицъ—лѣченіе ведется энергичнѣе. Впрыскиванія начинаютъ съ эмульсіи изъ кроличьяго мозга 10-дневной сушки и кончаются эмульсіей изъ мозга 2-дневной сушки. Определеннаго бюджета для Института не установлено. Директоръ предьявляетъ письменныя требованія, а начальство медицинской Школы приобретаетъ все, что нужно. Директоръ стоитъ въ сторонѣ отъ контроля и предпочитаетъ даже не справляться, по какимъ цѣнамъ что покупается. Персоналъ служащихъ въ Институтѣ состоитъ изъ директора, 3-хъ препараторовъ (турецкіе военные врачи) и 6 служителей. 2 конюшни для кроликовъ выстроены позади зданія Института: одна для запасныхъ, другая для привитыхъ. Ежегодно лѣчатся въ Институтѣ отъ 800 до 1000 укушенныхъ. Въ 1905 г. лѣчились 902. Изъ этого числа умерли, но не вошли въ статистику смертности (такъ какъ смерть послѣдовала въ теченіи лѣченія или въ первые 15 дней по окончаніи его) 9 чел., и только 3-ое умерли болѣе, чѣмъ черезъ 15 дней по окончаніи лѣченія. Это составляетъ 0,37% смертности.

<sup>1)</sup> Вотъ маленькая выписка изъ «Руси», рисующая тяжелую атмосферу тюрьмы: «О ужасы!... Опять этотъ душу раздирающій крикъ: «бьютъ!» Это кричитъ большой бугорчатой товарищъ. Затѣмъ слышенъ звонъ, свистки, тяжелые удары табуретками въ дверь, опять неистовые крики; по лѣстницамъ и галлереямъ бѣгутъ запыхавшіеся надзиратели, солдаты и тюремные офицеры. Все слилось въ сплошной гулъ. Это продолжается всего 1½ или 2 мин., а потомъ... а потомъ глухое барахтанье и отдѣльные крики и стоны товарищей. Сегодня уже 3-й день, какъ начались у насъ въ тюрьмѣ эти ужасы...»

<sup>2)</sup> 22-го іюня въ тюремной камерѣ застрѣленъ часовымъ, безъ всякаго повода, политическій, социаль-демократъ Годашинъ («Путь»). Въ Бакинской тюрьмѣ часовымъ убитъ политическій заключенный за отказъ отойти отъ окна. Въ Калугѣ надзиратель убилъ арестанта выстрѣломъ изъ револьвера и т. д. Начальникъ Костромской тюрьмы («Костромской Вѣстникъ») на жалобу заключенныхъ на грубое обращеніе стражниковъ «объяснилъ»: «Васъ сюда ввезли насильно... Вы здѣсь не въ гостяхъ... И обращеніе съ вами насильственное».

<sup>3)</sup> Были избиты и иранены ножами 11 чел., крестьянъ, заключенныхъ въ тюрьму за аграрные «беспорядки». И всѣ политическіе, 200 чел., должны были объявить голодовку, требуя прибытія губернатора и принятія мѣръ, гарантирующихъ отъ новыхъ погромовъ («Русь»).

Бактеріологическій Институтъ былъ основанъ въ 1892 г., и 1-мъ его директоромъ былъ д-ръ *Nicollé*. Съ 1901 г. эту должность занялъ д-ръ *Remlinger*, совмѣщающій теперь должности директора обоихъ учреждений. Такъ какъ Институты отстоятъ одинъ отъ другаго на большомъ разстояніи, то директоръ бываетъ 3 раза въ недѣлю въ одномъ и 3 раза въ недѣлю въ другомъ. Бактеріологическій Институтъ помѣщается въ деревянномъ и плохо приспособленномъ турецкомъ домѣ въ части города, называемой Нишанъ-ташъ, въ 10 мин. ходьбы отъ русской больницы. Хотя онъ, какъ и Институтъ антирабическій, зависитъ отъ В.-Медицинской Школы, но имѣетъ свой бюджетъ: 130 турецкихъ лиръ въ мѣсяцъ на наемъ помѣщенія и на все содержаніе, кромѣ жалованья директору (на русскія деньги это составляетъ 1118 р. въ мѣсяцъ). Персоналъ служащихъ, кромѣ директора, состоитъ изъ 2-хъ военныхъ врачей, 2-хъ ветеринаровъ и 6 служителей. 1 конюшня имѣется для лошадей и 1 для барановъ, собакъ, кроликовъ, морскихъ свинокъ, бѣлыхъ крысъ и бѣлыхъ мышей. Директоръ Института каждый годъ читаетъ лекціи по бактеріологіи врачамъ военнымъ, гражданскимъ и ветеринарамъ. Для военныхъ врачей курсъ продолжается 3 мѣс. (5 лекцій въ недѣлю), для гражданскихъ 2 мѣс. (5 лекцій въ недѣлю) и для ветеринаровъ весь годъ (1 лекція въ недѣлю, кромѣ 4-хъ недѣль поста «рамазана» и 1½ мѣс. лѣтнихъ каникулъ). Число слушателей: военныхъ врачей — 100, гражданскихъ — 20 и ветеринаровъ — 15. Въ бактеріологическомъ Институтѣ производятся анализы воды, консервовъ, пищевыхъ веществъ, мочи, крови, мокроты, готовится противудифтерійная сыворотка, туберкулинъ, малленъ и, кромѣ того, производятся научныя изслѣдованія. Свои отчеты и работы Институтъ печатаетъ въ журналахъ: «Annales et Bulletins de l'Institut Pasteur», «Comptes rendus de la Société de Biologie», «Recueil de Médecine vétérinaire», «Revue d'Hygiène», «Journal de Physiologie et de Pathologie générale» и «Les Archives de Parasitologie». Въ послѣдніе годы турецкое правительство, по указаніямъ и по настойчивымъ рекомендаціямъ здѣшняго германскаго посольства и самого германскаго императора, пригласило на службу во многіе свои учреждения и отдѣлы администраціи нѣмцевъ. Но Институты антирабическій и бактеріологическій продолжаютъ оставаться въ завѣдываніи француза. Въ лицѣ д-ра *Remlinger*'а французское посольство нашло и рекомендовало турецкому правительству преданнаго наукъ ученаго, усерднаго работника и человѣка обладающаго спокойнымъ, уравновѣшеннымъ и стойкимъ характеромъ. Въ Турціи, когда нужно имѣть дѣло съ турками, это — драгоценное качество. Безъ него, безъ спокойствія и терпѣнія здѣсь трудно ужитья и достигнуть успѣха въ какомъ-бы то ни было дѣлѣ.

В. Щепотьевъ.

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физиологія и общая патологія.** 526. Для полученія ровныхъ и тонкихъ мазковъ крови д-ръ *Johnston* (Dublin) пользуется слѣдующимъ способомъ. Стекланный цилиндръ въ 3,5 см. длины и 1 см. въ поперечникѣ снабженъ ручкой, вилкообразно прикрѣпленной къ концамъ его. На предметное стекло, вблизи одного изъ концовъ, помѣщается капля крови. Цилиндръ подводятъ съ противоположнаго конца стекла къ каплѣ, которая тотчасъ-же и распределяется между цилиндромъ и предметнымъ стекломъ во всю ширину послѣдняго. Затѣмъ цилиндръ ведутъ обратно, при чемъ увлекаемая имъ кровь ровнымъ слоемъ покрываетъ предметное стекло. Кровяныя тѣльца не подвергаются при этомъ способѣ никакому давленію или тренію; не слѣдуетъ только проводить приборчикъ очень быстро по стеклу, иначе мазокъ получается менѣе ровный; надлежащее время — около 2 сек. (The British Medical Journal, 23 декабря 1905 г.).

Л. Старокадомскій.

527. Д-ръ *С. Орельбрандъ* (Варшава) изучалъ вопросъ о затвердѣніи аорты у кроликовъ подъ влияніемъ внутри-

венныхъ впрыскиваній раствора  $BaCl_2$ . Опыты были поставлены на 6 кроликахъ, которымъ вводился въ ушную вену  $BaCl_2$  крѣпости:  $BaCl_2$  1,0,  $NaCl$  0,8, перегнанной воды 100,0 — по 0,5 к. см. и больше, черезъ 1—2 и нѣсколько дней. У 3-хъ кроликовъ аорта оказалась здоровой; лишь размѣры и вѣсъ сердца были нѣсколько увеличены. У остальныхъ 3-хъ найдены измѣненія въ аортѣ, при чемъ у 2-хъ небольшія, сказывавшіяся въ отдѣльныхъ небольшихъ атероматозныхъ изъязвленіяхъ въ восходящей части и дугѣ аорты, которымъ сопутствовало на небольшомъ протяженіи помутнѣніе внутренней оболочки. У кролика (№ 6), которому за 18 разъ было впрыснуто 0,56 грм.  $BaCl_2$ , измѣненія найдены обширныя: дуга аорты оказалась равномерно расширенной; при ощупываніи пальцемъ попадались твердыя бляшки; внутренняя оболочка вся помутнѣла и была устлана малыми атероматозными изъями; на наружной поверхности нисходящей аорты было нѣсколько анейризматическихъ выпячиваній; стѣнка здѣсь имѣла твердость костной скорлупы. Микроскопическое изслѣдованіе авт. общаетъ сообщить въ будущемъ (Medycyna, 2 июня).

С. Островскій.

528. Д-ръ *Brugsch* путемъ опытовъ и клиническаго наблюденія изучалъ вопросъ о влияніи желчи и сока поджелудочной железы на кишечное пищевареніе и пришелъ къ слѣдующимъ результатамъ. Всякіе острые и хроническіе болѣзненные процессы поджелудочной железы у человѣка, связанные съ ея перерожденіемъ и сопровождающіеся уменьшеніемъ количества выделяемаго ею сока, обуславливаютъ уменьшеніе всасыванія жира, но не влияют на его расщепленіе. Значительное содержаніе омыленных жировъ всегда говоритъ противъ отсутствія сока поджелудочной железы, низкое содержаніе ихъ — за отсутствіе сока. Потеря азота при болѣзняхъ поджелудочной железы отстываетъ на задній планъ и составляетъ всего 20—25% принятаго съ пищей азота. При неосложненномъ задержаніи оттока желчи потеря жира съ испражнениями составляетъ въ среднемъ 45%; значительное превышеніе этой границы должно возбудить подозрѣніе на пораженіе и поджелудочной железы. При неосложненной желтухѣ потеря азота съ испражнениями составляетъ 11%, между тѣмъ какъ при желтухѣ и заболѣваніи поджелудочной железы эта потеря составляетъ 33%. При заболѣваніяхъ поджелудочной железы усвоеніе углеводовъ хорошее. Нужно имѣть въ виду, что и при нормальномъ количествѣ желчи и сока поджелудочной железы можетъ получиться потеря жира въ 40%, если только кишечная перистальтика очень сильна. Во всякомъ случаѣ содержаніе жира выше 30%, сухого остатка кала должно возбудить подозрѣніе на расстройство въ его всасываніи. При желтухѣ содержаніе жира въ сухомъ остаткѣ кала можетъ составлять 80%, при заболѣваніяхъ поджелудочной железы оно въ среднемъ равно 60%, а при большихъ потеряхъ азота еще меньше. Пониженіе какъ всасыванія жира, такъ и расщепленія его и образованія мыль наблюдается еще при адипозѣ во время сахарнаго мочеизнуренія. Авт. склоненъ объяснять это явленіе обѣднѣніемъ кишечныхъ соковъ щелочами. Поэтому на основаніи болѣе значительныхъ потерь жировъ и азота съ испражнениями у диабетиковъ въ тяжеломъ стадіи болѣзни нельзя дѣлать вывода о заболѣваніи поджелудочной железы. Что касается вопроса, насколько важно при усвоеніи жировъ эмульгированное ихъ состояніе, то слѣданные опыты показали, что у собаки съ удаленной поджелудочной железой все-таки незначительная часть введенныхъ неэмульгированныхъ жировъ всасывается. У человѣка при полномъ отсутствіи сока поджелудочной железы эмульгированный жиръ въ видѣ молока всасывается лучше, чѣмъ не эмульгированный. Въ общемъ относительно всасыванія бѣлковъ и жира при отсутствіи сока поджелудочной железы между человѣкомъ и собакой существенныхъ отличій не замѣчается (Zeitschrift für klinische Medizin, т. 58, тетр. 5 и 6).

А. Коварскій.

**Бактеріологія.** 529. Д-ръ *Trautmann* описываетъ эпизоотію, появившуюся среди мелкихъ животныхъ Hamburg'скаго гигиеническаго Института (преимущественно среди крысъ) и вызванную весьма характерной палочкой, которая при ближайшемъ изслѣдованіи оказалась принадле-

жашей къ группѣ паратифа и тождественной съ *b. enteritidis Gärtner'a*. Между обѣими этими бактеріями обнаружено полное сходство какъ въ разводочныхъ признакахъ, такъ и въ способности къ склеиванію. Сильной болѣзнетворностью отличались только свѣжовыдѣленные разводки, которыя при пересѣвахъ со среды на среду быстро теряли ее; при проведеніи черезъ организмъ свинокъ, болѣзнетворность для крысъ удавалось возстановить. Весьма интересно, что въ телячьей мясѣ ядовитость этой палочки сильно повышалась; тоже самое наблюдалось и при ростѣ на агарѣ съ голубиную кровью. Поѣдая ядовитую разводку съ кормомъ, крысы заражались, и зараза быстро передавалась отъ одной къ другой. Такимъ образомъ эта палочка оказалась сильно болѣзнетворной для крысъ. Ея принадлежность къ группѣ паратифа даетъ автору возможность высказать предположеніе, что въ распространеніи паратифозныхъ заболѣваній среди людей могутъ играть роль крысы точно такъ-же, какъ въ распространеніи чумы. Поэтому онъ совѣтуетъ осторожно относиться къ вызыванію тифа среди крысъ и считаетъ его небезопаснымъ для людей, тѣмъ болѣе, что изслѣдованіе показало тождественность крысинаго тифа *Danysz'a* съ *Hamburg'sкой* палочкой. (Въ этомъ отношеніи мнѣніе *Trautmann'a* идетъ въ разрѣзъ съ взглядами *Löffler'a*, который считаетъ мышиный тифъ безопаснымъ для людей и крупныхъ животныхъ. *Рей.*) [*Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten*, т. 54, тетр. 1].

Б. Клейнъ.

530. Вопросъ о паратифѣ и тифоподобныхъ палочкахъ въ настоящее время разрабатывается въ бактериологій съ особой настойчивостью. По мѣрѣ ознакомленія съ новыми представителями этой группы микроорганизмовъ бактериологамъ приходится встрѣчать значительныя затрудненія въ ихъ систематикѣ, — затрудненія, которыя нерѣдки не только въ бактериологій, но и въ болѣе старыхъ и разработанныхъ классификаціяхъ, какъ, напр., въ зоологій или въ ботаникѣ. Недавно *Kolle* высказалъ тотъ взглядъ, что биологическіе признаки (склеиваніе, бактериоубивающія свойства, болѣзнетворность) являются специфическими для каждаго вида бактеріи въ отдѣльности и оспаривалъ мнѣніе *Zurlik'a*, признающаго склеиваніе родовымъ признакомъ, общимъ для цѣлыхъ группъ бактерій. Проф. *Pribram* (Прага) выступаетъ въ защиту взглядовъ *Zurlik'a* и подвергаетъ пересмотру всю характеристику вида тифозныхъ палочекъ *Eberth'a-Gaffky*. Въ лабораторіи *Pribram'a* было изслѣдовано 47 разводокъ тифа различнаго происхожденія и изучено отношеніе тифозной палочки къ различнымъ питательнымъ и цвѣтнымъ средамъ, (главнымъ образомъ отсутствіе реакціи броженія при ростѣ на различныхъ углеводахъ). Изъ биологическихъ свойствъ была изслѣдована способность къ склеиванію, и таблицы, приведенныя авторомъ, съ наглядностью указываютъ на тотъ уже извѣстный и прежде фактъ, что различныя тифозныя разводки склеиваются неодинаково. Поэтому *Pribram* высказываетъ ту мысль, что основываться на одномъ склеиваніи для распознаванія палочки тифа нельзя, такъ какъ агглютинирующія тифозныя сыворотки склеиваютъ въ значительныхъ разведеніяхъ и другія тифоподобныя бактеріи; въ этомъ и выражаются свойства склеивающей способности, какъ родового признака. Для точнаго распознаванія палочки тифа *Pribram* считаетъ болѣе важными слѣдующіе признаки: ростъ на лакмусовомъ агарѣ *v. Drigalsk'ago-Conradi* и на лакмусовой сывороткѣ (*Laktusmolke*) *Petruschky* и отсутствіе реакціи броженія различныхъ углеводовъ; ростъ на картофелѣ, по наблюденіямъ *Pribram'a*, нехарактеренъ, такъ какъ нѣкоторыя разводки тифа растутъ на картофелѣ дов. обильно (\*). [*Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten*, т. 54, тетр. 1].

Б. Клейнъ.

(\*) Нельзя при этомъ не отмѣтить, что, хотя тифозныя разводки склеиваются различнымъ образомъ одной и той-же специфической сывороткой, но для распознаванія тифозной палочки важенъ сравнительный результатъ, получаемый путемъ изслѣдованія способности одной и той же сыворотки склеивать настоящія тифозныя разводки, хотя-бы и различнаго происхожденія, съ одной стороны, и паратифозныя, съ другой. А въ этомъ смыслѣ между обѣими видами бактерій, несомнѣнно, существуетъ разница, на которую указываетъ и самъ *Pribram. Рей.*

Внутреннія болѣзни. 531. Д-ръ *Castellani* описываетъ наблюдавшіеся имъ на о. Цейлонѣ 2 случая кровохарканія съ огромнымъ количествомъ спирохетъ въ мокротѣ.

1-й больной, 44 л., страдалъ хроническимъ кашлемъ, особенно сильнымъ по утрамъ, съ болѣе или менѣе обильной слизистогнойной мокротой. Временами мокрота содержала примѣсы крови, хорошо смѣшанной съ нею; иногда-же бывали приступы и чистаго кровохарканія, при чемъ выходило 1—2 столовыхъ ложки чистой крови. Болѣзнь развивалась постепенно въ продолженіи 2-хъ лѣтъ, не вымывая, однако, рѣзкихъ измѣненій въ общемъ состояніи больного, которое оставалось хорошимъ. Изрѣдка наблюдались повышенія температуры то утромъ, то вечеромъ. Тщательное изслѣдованіе мокроты на палочки *Koch'a* дало отрицательный результатъ: 2 морскія свинки, которымъ была выпрыснута мокрота, остались живы; одна изъ нихъ, убитая 2 мѣс. спустя, не обнаружила на вскрытіи слѣдовъ бугорчатки. Также не подтвердилось микроскопическимъ изслѣдованіемъ предположеніе, что это—эдемическое кровохарканіе отъ двустуки *Ringer'a*. Физическое изслѣдованіе груди ничего, кромѣ нѣсколькихъ крупныхъ влажныхъ хриповъ у основанія легкихъ, не дало. Зато въ мокротѣ, особенно когда она содержала много крови, были найдены въ огромномъ количествѣ спирохеты; онѣ найдены были и въ слюнѣ и соскобѣ съ десенъ, только въ меньшемъ количествѣ.

Картина болѣзни у 2-го больного такая-же, какъ и у 1-го. Въ мокротѣ также было найдено много спирохетъ, особенно тогда, когда въ ней бывало много крови. Спирохеты хорошо окрашивались по способу *Leishman'a*, принимая голубоватую окраску, хуже—анилиновыми красками. Мокрота почти не содержала примѣсей другихъ микроорганизмовъ.

*Castellani* различаетъ 4 вида спирохетъ мокроты и ротовой полости, напоминающихъ иногда *spirochaeta pallidam* и различающихся между собою по толщинѣ, числу извилины, заостренности концовъ и т. д. Въ заключеніе онъ высказываетъ предположеніе, что тутъ имѣется дѣло съ бронхіальнымъ или бронхо-альвеолярнымъ мѣстоположеніемъ ротовой спирохеты, представляющей, безъ сомнѣнія, много разновидностей. То, что спирохеты, часто безъ примѣся другихъ микроорганизмовъ, встрѣчаются въ мокротѣ въ такомъ большомъ количествѣ, подтверждаетъ предположеніе, что, быть можетъ, онѣ и играютъ роль въ этиологій заболѣванія. Интересно отмѣтить, что *Plimmer* наблюдалъ у морскихъ свинокъ особую форму ложной бугорчатки, при которой въ мазкахъ, сдѣланныхъ изъ пораженныхъ мѣстъ, находились многочисленныя спирохеты (*The Lancet*, № 20).

Н. Добровольская.

532. Д-ръ *J. Rosengart* (Frankfurt a/M) на основаніи своихъ наблюденій рисуетъ клиническую картину *артериосклероза брюшныхъ сосудовъ*. Характернымъ для него являются жалобы больныхъ на мучительное скопленіе газовъ, болѣзненное вздутіе живота, въ особенности въ области правой надчревной области; временами появляются колики и отрыжка; послѣдняя нерѣдко даетъ облегченіе; еще значительнѣе облегчаетъ больныхъ отхожденіе газовъ. Больные большею частью легко возбудимы. Сонъ недостаточенъ и непродолжителенъ: больные просыпаются очень рано, часто вслѣдствіе вздутія живота и чувства стѣсненія въ области желудка. Иногда они получаютъ облегченіе ночью, если садятся и съѣдаютъ что-нибудь. Позывъ на ѣду обыкновенно бываетъ хороший, испражненія-же нѣсколько задержаны. Объективное изслѣдованіе органовъ пищеваренія большею частью не даетъ никакихъ ощутительныхъ результатовъ. Желудокъ обыкновенно варитъ хорошо; иногда находятъ слегка увеличенныя количества соляной кислоты. Только постепенно обнаруживаются явленія со стороны сердца: увеличивается частота пульса, расширяется область сердечнаго притупленія, появляется систолическій шумъ, при чемъ иногда одновременно съ нимъ появляется усиленіе 2-го звука на аортѣ; наконецъ, повышается напряженіе артеріальныхъ стѣнокъ и увеличеніе кровяного давленія ясно указываютъ на связь всѣхъ упомянутыхъ явленій. Нерѣдко наблюдаются также катарральное воспаленіе прямой кишки, лишаи задняго прохода и почечуиные узлы. Рѣже встрѣчается въ этой ступени болѣзни бѣлокъ въ мочѣ. Всѣ описанныя явленія могутъ однако въ теченіи многихъ лѣтъ давать такую неясную картину, что разобраться въ ней бываетъ очень нелегко; но появленіе одного непродолжительнаго приступа стенокардіи можетъ сразу-же освѣтить темную до того картину и облегчить распознаваніе. До этого приступа та-

кихъ больныхъ, всегда производящихъ впечатлѣніе легко возбудимыхъ, обыкновенно лѣчатъ отъ нервной диспепсіи, чрезмѣрной кислотности или тому подобныхъ желудочно-кишечныхъ страданій, изъ-за которыхъ они и обращаются къ врачу. Что артеріосклерозъ брюшныхъ органовъ относится къ обычнымъ и не рѣдкимъ страданіямъ, подтверждается, по мнѣнію автора, тѣмъ, что для теченія этой болѣзни имѣется даже просто народный способъ выраженія. Въ народѣ часто приходится слышать, что «больной многіе годы страдалъ почечуемъ, который потомъ перешелъ у него на грудь, отъ чего онъ и умеръ». Что касается анатомическихъ измѣненій при этой болѣзни, то авт. полагаетъ, что здѣсь имѣется такой же мѣстный артеріосклерозъ, какъ, напр., и при «пережимающейся хромотѣ» (Claudication intermittente). Клиническія явленія обуславливаются главнымъ образомъ уменьшеніемъ просвѣта сосудовъ и происходящимъ вълѣдствіе этого малокровіемъ орошаемыхъ этими сосудами частей; въ то время, какъ при покой органа это малокровіе не даетъ себя чувствовать ничѣмъ, оно сказывается, когда къ органу предъявляются наибольшія требованія и, слѣд., имѣется потребность въ большемъ количествѣ крови, колюкообразными болями, судорогами и частичными параличами кишечника; слѣдствіемъ послѣднихъ является метеоризмъ. Авт. наблюдаетъ отдѣльные тяжелые случаи, гдѣ очень сильныя припадки колики (главнымъ образомъ ночью) сопровождались кровавыми рвотой и испражнениями, такъ что можно было подозрѣвать образованіе тромбовъ въ мелкихъ артеріяхъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 20).

А. Коварскій.

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни.** 533. Д-ръ Richardson предлагаетъ новый способъ укрѣпленія выпадающей матки. Послѣ разрѣза по средней линіи живота, отъ пупка до лобка, поочередно извлекаются обѣ круглыя маточныя связки и перерѣзаются между 2-мя зажимными щипцами, возможно дальше отъ матки. Короткіе отрѣзки перевязываются и опускаются, за длинныя-же матку приподнимаютъ къ брюшной ранѣ, при чемъ круглыя связки ножницами освобождаются отъ одѣвающего ихъ брюшиннаго покрова. Удерживая матку въ приподнятомъ положеніи, отслаиваютъ по обѣ стороны брюшной раны кожу съ поверхностной фасціей отъ брюшного сухожильнаго растяженія до наружнаго края прямыхъ мышцъ живота, послѣ чего сквозь это растяженіе, прямую мышцу и брюшину съ каждой стороны, отступя на 1½ дюйма отъ края раны, проводятъ щипцы, которыми извлекаютъ круглыя связки, каждую на соответственную сторону. Брюшина и сухожильное растяженіе сшиваются послойно, послѣ чего круглыя связки перекрещиваются на апоневрозѣ и прикрѣпляются какъ къ нему, такъ—на срединѣ—и другъ къ другу; излишнія части связокъ удаляются. Въ заключеніе закрывается кожная рана. При закрываніи раны брюшины полезно захватывать въ швы и брюшинный покровъ матки. Преимущества операціи: ея простота, быстрота выполненія, отсутствіе опасности кровотеченія изъ матки, повреждаемой при обычномъ способѣ прикрѣпленія ея къ брюшной стѣнкѣ, незначительная боль въ первые дни послѣ операціи; больной можетъ быть разрѣшено лежать на боку; матка оказывается хорошо укрѣпленной; вѣтъ опасности образованія орошеній и перетяжекъ. — Авт. оперировалъ по своему способу 12 больныхъ. Въ 1 случаѣ снова образовалось выпаденіе матки; 2 больныя потеряны изъ вида; остальные 9 находятся въ хорошемъ состояніи. Со времени операцій прошло отъ 1 до 3 лѣтъ (The Lancet, 23 декабря 1905 г.).

Л. Старокадомскій.

534. Д-ръ Max Jacoby примѣнялъ съ большимъ успѣхомъ при лѣченіи расстройствъ мѣсячныхъ стиптолъ (фталевокислый котарининъ). Внутреннее лѣченіе этимъ препаратомъ показывается во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда расстройство мѣсячныхъ развилось не на почвѣ какихъ-либо анатомическихъ измѣненій въ области полового прибора, а причиной его является блѣдная немочь или общее истерическое или нейрастическое состояніе. Благопріятное дѣйствіе препарата объясняется не столько его кровоостанавливающимъ, сколько болеутоляющимъ дѣйствіемъ;

но для того, чтобы это болеутоляющее дѣйствіе могло проявляться, необходимо назначать препаратъ въ довольно значительныхъ количествахъ; такъ какъ препаратъ не вызываетъ (по даннымъ имѣющимся до сихъ поръ дов. значительнаго опыта) никакихъ вредныхъ побочныхъ дѣйствій, то противъ увеличенія пріемовъ нѣтъ никакихъ противопоказаній. Средство начинаютъ принимать за 3 дня до наступленія мѣсячнаго 3 раза въ день, по 2 таблетки (каждая содержитъ 0,05 грм.) и постепенно доходятъ до 5 разъ въ день, по 2 таблетки, при чемъ продолжаютъ принимать лѣкарство во все время мѣсячныхъ. Подъ вліяніемъ этого лѣченія прекращаются боли, уменьшается потеря крови, если она была обильна, и сокращается продолжительность мѣсячныхъ, если она была велика. Въ случаѣ, если глотаніе таблетокъ встрѣчаетъ какія-либо затрудненія, назначаютъ слѣдующую микстуру: порошка стиптола 1,0, сиропа 50,0, укропной воды 50,0, 3 раза въ день по 2 чайныхъ ложки; чтобы устранить неприятный вкусъ, лучше запивать микстуру небольшимъ количествомъ коньяка (Therapie d. Gegenwart, июнь).

А. Коварскій.

**Нервные болѣзни.** 535. Д-ръ Reinhold Dunger описываетъ до сихъ поръ никѣмъ еще не отмѣченную форму нейрита—мочекровный нейритъ (Neuritis uraetica).

Крѣпкій, до того совершенно здоровый слесарь внезапно заболѣлъ тяжелымъ геморрагическимъ нефритомъ, сопровождавшимся высокой лихорадкой и поведшимъ въ короткое время къ образованію дов. распространенныхъ отековъ и къ легкимъ явленіямъ мочекровія. Въ то время, какъ эти тяжелыя явленія постепенно улучшались, появились сильныя рвущія боли въ лѣвой рукѣ; стволы нервовъ руки стали очень чувствительны къ давленію; развился парезъ всѣхъ мышцъ лѣвой руки, въ особенности иннервируемыхъ срединнымъ нервомъ. Въ то время, какъ отеки на всемъ туловищѣ мало по малу исчезли, отекъ предплечья остался въ прежнемъ положеніи. Въ дальнѣйшемъ теченіи появились парестезіи ладони, но за то исчезли боли и чувствительность къ давленію нервныхъ стволовъ; парезъ мышцъ постепенно исчезалъ, за исключеніемъ иннервируемыхъ срединнымъ нервомъ. Наконецъ, получилась умѣренная атрофія мышцъ большого пальца.

Авт. не сомнѣвается въ томъ, что въ данномъ случаѣ нейритъ развился на почвѣ нефрита и что причиной пораженія нервовъ послужилъ измѣненный составъ крови, содержащей въ большемъ избыткѣ продукты обмена, предназначенные къ выдѣленію изъ организма. Очень вѣроятно, что пораженіе руки объясняется профессіей больного (слесарь): нервы часто подвергались у него перенапряженію и усиленному давленію инструментами. Авт. полагаетъ, что случаи нейритовъ при болѣзняхъ почекъ не такъ ужъ рѣдки; возможно, что до сихъ поръ на нихъ обращали слишкомъ мало вниманія (Münchener med. Wochenschrift, № 16).

А. Коварскій.

## ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

LX—LXVI. Изъ Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ.

(Засѣданіе 26-го января).

И. М. Гордѣевъ. Вліяніе различныхъ сортовъ пды на работу пепсиновыхъ железъ.

Ч. пр. В. Н. Болдыревъ. О новомъ искусствѣномъ условномъ рефлексѣ на слюнную железу.

Н. П. Тихомировъ. Вліяніе кислотъ на пепсинъ.

Содержаніе этихъ докладовъ см. въ отдѣлѣ текущей печати.

(Засѣданіе 9-го февраля).

Ч. пр. В. Я. Рубашкинъ. О регрессивныхъ измѣненіяхъ лямъ въ запусывающихъ Graaf'овыхъ пузырькахъ (съ предъавленіемъ препаратовъ). (См. выше. № 32 и 33).



**С. И. Метальников.** Къ вопросу о невосприимчивости къ заражению началу бугорчатки (съ предъявлениемъ препаратовъ). Продолжая свои изслѣдованія, о которыхъ онъ уже сообщалъ въ одномъ изъ предшествовавшихъ засѣданій Общества, докладчикъ имѣлъ возможность установить, что кровь нормальной гусеницы пчелиной моли (*Galleria mellonella*) дѣйствуетъ разрушительно на бугорчатковыя палочки не только въ тѣлѣ гусеницы, но даже и *in vitro*. Такое бактерицидное свойство крови гусеницы можетъ быть значительно усилено, если гусеницъ предварительно сдѣлать 2—3 выпрыскиванія мертвыхъ бугорчатковыхъ палочекъ. Обосновавъ прочно этотъ фактъ, докладчикъ занялся изученіемъ крови или вытяжки изъ тѣла гусеницы въ отношеніи инкубизаціи или другихъ животныхъ противъ бугорчатки, а равно и какъ лечебнаго средства. Изъ 2-хъ серій морскихъ свинокъ, зараженныхъ человеческой бугорчаткой (въ брюшную полость), та, которая лечилась потомъ кровью или вытяжкой изъ тѣла гусеницы пчелиной моли, осталась жива и ко времени доклада, тогда какъ животныя 2-ой серіи, оставленные безъ леченія, погибли уже болѣе 6 недѣль назадъ. Въ дальнѣйшемъ докладчикъ ставитъ себѣ новую задачу чрезвычайной важности: помимо вышеуказанной пассивной невосприимчивости, вызываемой введеніемъ крови или вытяжки изъ тѣла гусеницы пчелиной моли развить въ организмѣ животного активную невосприимчивость по отношенію къ бугорчаткѣ, на что онъ питаетъ большія надежды.

**Ч. пр. Н. П. Тишуткинъ.** Объ одновременной обработкѣ многочисленныхъ срывовъ (съ предъявленіемъ) (см. выше, № 4).

(Засѣданіе 23-го февраля).

**Ч. пр. Г. Ю. Яевинъ.** Случай желудочной ахиліи. Докладчикъ привелъ интересный случай (и показалъ при этомъ большого) ненормальнаго содержимаго желудка, выражавшійся почти полнымъ отсутствіемъ въ немъ пепсина и соляной кислоты. Содержимое желудка, взятое натощакъ, давало щелочную реакцію, съильную послѣ приема пищи кислой—отъ молочной кислоты—и переходящую потомъ снова въ щелочную. Смотри на этотъ случай, какъ на случай желудочной ахиліи, докладчикъ стремится опредѣлить его этиологію, при чемъ останавливается на той формѣ этого заблѣванія, которая известна подъ названіемъ *achylia gastrica simplex* v. *idiopathica*, считая для даннаго случая неподходящими другія встрѣчающіяся формы: раковую, катаральную и нервную ахилію. Основываясь, далѣе, на нѣкоторыхъ формахъ вырожденія, наблюдаемыхъ у больного какъ-то: свободное 10-ое ребро, *pavus vasculosus*, докладчикъ склоненъ смотрѣть на данный случай ахиліи, какъ на одинъ изъ такихъ признаковъ вырожденія.

Проф. Л. В. Поповъ спросилъ, какъ отразилась подобная ненормальность въ составѣ желудочнаго сока на содержаніи хлорофилла въ мочѣ?

Докладчикъ отвѣтилъ, что въ соотвѣтствующей литературѣ нѣтъ указаній по этому вопросу.

Проф. И. П. Павловъ высказалъ, что съ физиологической точки зрѣнія мыслимы известныя аномаліи въ составѣ желудочнаго сока въ зависимости отъ недоразвитія тѣхъ или другихъ отдѣловъ слизистой оболочки желудка, имѣющихъ различныя назначенія, напр., слизистой оболочки дна или привратниковой части желудка.

**Д-ръ В. Гроссъ.** Къ физиологическимъ пепсиннымъ железамъ.

**Н. А. Камеринникова.** Новый искусственный условный рефлексъ на слюнные железы.

2 послѣдніе доклада (содержаніе ихъ см. въ отдѣлѣ текущей печати) вывалили интересный обмѣнъ мнѣній между представителями 2-хъ направленій въ изслѣдованіи отравленій центральной нервной системы: чисто физиологическаго (проф. И. П. Павловъ) и психологическаго (ч. пр. А. О. Лазурскій).

(Засѣданіе 9-го марта).

**И. А. Эдельманъ.** Движенія желудка и переходъ содержимаго изъ желудка въ кишки.

**Ч. пр. В. Ю. Чоковъ.** Къ вопросу о физиологическомъ дѣйствіи тучекъ.

Содержаніе этихъ докладовъ см. въ отдѣлѣ текущей печати.

(Засѣданіе 13-го апрѣля).

**Г. П. Зеленый.** Ориентированіе собаки въ области звуковъ. (Содержаніе см. въ отдѣлѣ текущей печати).

**Ч. пр. Л. В. Соболевъ.** Къ патологическимъ поджелудочной железамъ (съ предъявленіемъ препаратовъ). Нѣсколько лѣтъ назадъ докладчикъ выступалъ въ Обществѣ въ качествѣ защитника т. наз. чистой островковой теоріи (*stricken Inseltheorie*). Въ той-же роли защитника ея онъ выступалъ и теперь. Въ поджелудочной железн, какъ известно, помимо пищеварительной части, т. е. связанной съ выводными протоками трубочекъ, имѣется 2-ая железа, разбѣнная по всему протяженію 1-ой въ видѣ отдѣльныхъ кучекъ нѣсколькихъ особенныхъ клѣтокъ (мѣжтрубоччатыхъ клѣточныхъ кучекъ *Langerhans'a*). О значеніи этихъ клѣтокъ было высказано много предположеній. По мнѣнію докладчика, эти островки нужно считать вполне самостоятельными образованіями, какъ въ анатомическомъ, такъ и въ функциональномъ отношеніи; именно они заведутъ регуляціей сахарнаго обмѣна, и выходящее изъ функций обуславливаетъ сахарную болѣзнь. Пытаясь обосновать свое предположеніе, докладчикъ подходилъ къ этому вопросу съ различныхъ сторонъ. Такъ, въ одной работѣ, онъ, придерживаясь своего взгляда, слѣдующимъ образомъ толковалъ патологію новообразованій—въ частности рака поджелудочной железы. Известно, что раки поджелудочной железы, даже захватывая всю железу, не вызываютъ появленія въ мочѣ сахара.

Старые изслѣдователи становились передъ подобнымъ фактомъ втупикъ. Новѣйшіе же разрѣшали этотъ вопросъ смѣлѣе. Они говорили, что раковая клѣтка, какъ прямой потомокъ панкреатической, наследуетъ всѣ свойства этой послѣдней, слѣд. и регуляцію сахарнаго обмѣна, который въ такихъ случаяхъ, очевидно, и не страдаетъ. Въ такой формѣ эта остроумная гипотеза успѣла даже проникнуть въ учебники. Между тѣмъ островковая теорія допускаетъ иное объясненіе этого факта. Именно, съ точки зрѣнія этой теоріи необходимо предположить, что островки при ракѣ, какъ болѣе стойкіе элементы, сохраняются, но, благодаря своимъ морфологическимъ свойствамъ, легко могутъ быть просматриваемы, если не обращать на это обстоятельство особаго вниманія. Такое сохраненіе этихъ островковъ при раковомъ новообразованіи въ поджелудочной железн, дѣйствительно, подтвердилось даже въ работахъ противниковъ такого взгляда. Въ настоящее время и докладчику удалось собрать нѣкоторый матеріалъ въ пользу этого предположенія. Всего имъ изслѣдовано было 17 случаевъ первичнаго рака поджелудочной железы, 1—вторичнаго и 1—случай саркомы, повидимому, переноснаго происхождения. При этомъ получились слѣдующіе результаты. Ракъ, медленно растущій, уничтожаетъ паренхиму железы, не оказывая преимущественнаго предпочтенія островкамъ. При ракѣ, инфильтрирующей ткань далеко за предѣлами главнаго узла, островки, какъ и при склерозѣ железы, хорошо сохраняются, оставаясь одними представителями перенхимы. Съ той-же цѣлью подтвержденія островковой теоріи докладчикъ предпринималъ опыты на животныхъ. Идея ихъ возникла такимъ образомъ. Наши обычные яды, если и даютъ гликозурию, то лишь преходящую, незначительную и при томъ при токсическихъ дозахъ. *Phloridzin*, какъ производящій почечную гликозурию, долженъ быть оставленъ въ сторонѣ. Докладчикъ надѣялся въ цитотоксинахъ найти специфическое средство для отравленія элементовъ островковъ. Матеріалъ для этого получался путемъ перевязки *Wirsung'*ова протока у кролика. Мѣсяца черезъ 4 послѣ этой операціи железа атрофируется и оказывается состоящей изъ плотной соединительной ткани съ островками и протоками. Чтобы избавиться отъ массы жира, развивающагося при этой атрофіи, животныя около недѣли подвергались голоданію; затѣмъ кроликъ убивался кровопусканіемъ, поджелудочная железа асептически извлекалась и измельчалась въ приборѣ *Leprieu*. Полученная такимъ образомъ эмульсія вводилась въ брюшную полость морскимъ свинкамъ. Послѣ 5 выпрыскиваній съ недѣльными промежутками сыворотка свинки выпрыскивалась кролику. Сахара, кромѣ одного случая, гдѣ были лишь слѣды его, при этомъ не оказалось. Поджелудочная железа кролика, убитаго черезъ нѣкоторое время, измѣненій не представляла. Неудачный исходъ своихъ опытовъ, къ которымъ онъ приступалъ 3 раза, докладчикъ объясняетъ тѣмъ соображеніемъ, что трудно получить ядъ, способный особенно дѣйствовать на элементы, различающіеся между собой лишь въ функциональномъ отношеніи.

Докладъ былъ поясненъ массой предъявленныхъ препаратовъ, содержащихъ, между прочимъ, такіе рѣдкости, какъ добавочная поджелудочная железа, нервный узелъ железы и струма островка *Langerhans'a*.

(Засѣданіе 4-го мая).

**В. П. Равская.** Клиническія наблюденія надъ эпидемическимъ cerebro-спинальнымъ менингитомъ (2 случая). (Докладъ будетъ напечатанъ въ «Русскомъ Врачѣ»).

**Д-ръ Розенфельдъ.** О кристаллической оксидазѣ изъ корня рудьки (*Rhaphanus sativus* L.). За отсутствіемъ докладчика сообщеніе было сдѣлано проф. Н. П. Краковымъ. Изслѣдуя въ своихъ цѣляхъ оксидазу, докладчикъ встрѣтился со слѣдующимъ крайне интереснымъ фактомъ. Если къ водному раствору оксидазы, добытой по способу *Bach'a* и *Chodat*, прибавить немного щелочи—1—2 капли 10% амміака, то прозрачный растворъ оксидазы мутится, и черезъ нѣкоторое время изъ него выпадаетъ кристаллическій нерастворимый осадокъ, при ближайшемъ изслѣдованіи оказавшійся фосфорнокальціевой солью. Если, далѣе, освободившую отъ этого осадка жидкость сгустить и осадить 5—6 объемами спирта, то можно получить осадокъ, легко растворимый въ водѣ, со всѣми свойствами оксидазы. Водный растворъ этой оксидазы при испареніи въ обыкновенной температурѣ оставляетъ блестящую кристаллическую массу, имѣющую подъ микроскопомъ форму иглъ или удлинненныхъ ромбическихъ таблицъ. (Образцы кристалловъ и реакціи были показаны при сообщеніи).

**Студ. Н. Н. Аничковъ.** О примѣненіи ацетона въ гистологической техникѣ. Испытавъ ацетонъ на различныхъ тканяхъ и при разнообразныхъ способахъ окраски, докладчикъ пришелъ къ заключенію, что въ нормальной гистологіи нельзя ожидать особаго преимуществъ отъ этого средства.

(Засѣданіе 11-го мая).

Засѣданіе открылось сообщеніемъ проф. И. П. Павлова, который въ общихъ чертахъ обрисовалъ задачу и методику изученія т. наз. психической дѣятельности на строю физиологической почвѣ. Затѣмъ послѣдовали рядъ докладовъ изъ его лабораторіи—студ. Е. Е. Воскобойниковой—Гранстремъ, д-ра Н. А. Камеринникова, студ. П. Н. Васильева, студ. А. В. Паладина, и д-ра П. П. Пименова, посвященныхъ отдѣльнымъ вопросамъ изъ этой области.

Г. Флейшеръ.

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФИЯ.

Д-р мед. А. Ф. Мамцев. Учебник психиатрии (для фельдшеров, фельдшерниц и учащихся в фельдшерских школах). Полтава, 1905 г. 259 стр., с 3-мя рис. в текст.

Прежде оглавлением читатель находит в этом «Учебник психиатрии» 2 изречения: «Уход за душевно-больными требует знаний. При недостатке знаний дополняйте их любовью». Так как не указано, откуда заимствованы эти изречения, то надо думать, что они принадлежат автору; а если это так, то, казалось-бы, удобнее было-бы, если-бы их не было совсем, потому что не принято в собственных сочинениях пользоваться своими же изречениями. В «Введении» авт. дает определение понятия психиатрии, поясняет, от чего зависят душевные болезни и пр. Он полагает, что «органом душевной деятельности человека... служит головной мозг и главным образом — наружная серая кора больших полушарий его. Остальные части головного мозга, а также продолговатый и спинной мозг имеют свои особые назначения или функции. Участие же нервной системы в душевной деятельности выражается главным образом в проведении психических возбуждений». Выходит, по автору, что продолговатый мозг не относится к головному; при чем, выделяя из нервной системы какой-то особый орган душевной деятельности он как будто противопоставляет последний той-же нервной системе (стр. 1). Утверждая, что «душевные болезни развиваются при обширных поражениях мозговой ткани» (стр. 2), авт. делает ошибочное заключение, что «заболевания ограниченных участков мозга не вызывают душевных болезней». Как известно, и стойкие очаговые заболевания дают иногда картину расстройства душевной деятельности, правда, может быть, не столь грубая и не так резко бросающаяся в глаза. Говоря о «характере мозговых изменений при душевных заболеваниях», авт. указывает (стр. 2) на то, что «в одних случаях изменения состоят в расстройствах мозгового кровообращения и нарушении питания мозговых элементов или мозговых клеток», в других — «болезненные изменения мозговой ткани представляются в виде глубоких нарушений мозгового вещества, напр., рубцовых стягиваний, уплотнений, размягчений и пр.» (стр. 3). Неужели автору неизвестно, что есть другие, часто встречающиеся, процессы, в эти рамки не укладывающиеся? Напр., известно, что при раннем слабоумии, одной из самых частых душевных болезней, дело сводится к преждевременному отживанию нервных корковых элементов, что при некоторых формах острой спутанности гистологическое исследование обнаруживает паренхиматозные изменения и т. д., и т. д. Как видно, след., многие рассуждения автора в его «Введении» отличаются неполнотою изложения, ошибочны и могут повести к недоразумению. В глав. «Краткая анатомическая свіднія о мозге и нервах» встречаются аналогичные же неточности, а также неполнота и даже ошибочная терминология, которая неопытного читателя может ввести в заблуждение; напр., говорится (стр. 11) о том, что «проtoplазматический отросток» «разсыпается на огромное количество тончайших нитечек или фибрилл», и авт. не смущается тем, что термин «фибриллы» имеет теперь определенное значение и здесь совсем не к месту. Изложение автора о нейронах (стр. 12) свидетельствует о незнакомстве его с новыми гистологическими исследованиями и взглядами и является отсталым. Я не буду останавливаться подробно на свідніях по анатомии и гистологии мозга, сообщаемых автором вообще; скажу лишь, что при чтении этой главы нередко встречаются аналогичные погрешности. В глав. «Происхождение душевных процессов» бросаются в глаза те же недостатки; напр., авт. утверждает категорически и без оговорок, что «все нервные волокна, как чувствительные, так и двигательные, идущие чрез продолговатый мозг, перекрещиваются в пирамидальных пучках» (стр. 25). Это — не только неточность в выражении, но и грубая, непростительная ошибка. «Психологические свіднія» автора не дают чего-либо оригинального; но здесь рассуждения его не приводят читателя в такое недоразумение, как предыдущая глава. Затѣм в «Учебник психиатрии» идет глава о «Причинах душевных болезней»; тут также часто поражают неожиданностью, недостаточное послѣдовательность и отсутствием научного изложения многие рассуждения автора; приведу для примѣра такую фразу (стр. 40): «Замѣчательно, что из разных свойств человеческой души легче всего при вырождении поражается нравственное чувство. Особенно резко выступают у таких лиц несоответствие между рѣчами и поступками и крайнее непостоянство их характера, вследствие чего на этого рода людей никогда нельзя полагаться (неуравновѣшенныя натуры)». Здесь смѣшиваются недостатки развития нравственного чувства с другими видами вырождения, гдѣ нравственное чувство может быть даже и гипертрофированным. Авт. не делает оговорки, что иногда у дегенерантов (психических) может вовсе и не быть физических признаков вырождения. Нельзя признать научным еще такое, напр., изложение: «эти неврозы (дело идет о судорожной эпилепсии, нервастении, истерии и хорее) нередко соединяются с душевными

болезнями и вызывают т. наз. психоневрозы с послѣдовательным слабоумием» (стр. 42). Можно-ли сказать, что упомянутые неврозы причина психозов? Ясно, что обыкновенно неврозы и психозы являются здесь выражением одного и того-же страдания, но такой вопрос не приходится, по видимому, и в голову автору. Кстати: термин «психоневрозы» употребляется тут в особом смысле и без всякой оговорки (т. е., ни в смысле *Krafft-Ebing's*, ни в смысле *Dubois*). В числ. причин душевных болезней выставляется, между прочим, истощение организма и нервной системы тяжелыми заразными болезнями, напр., тифом, гриппом и т. п. Не только истощение, но самое главное отравление (нитоксикация). Перечисляя различные неблагоприятные условия, как причины душевных болезней, авт. послѣ «половых злоупотреблений» в скобках поясняет «онанизма». Неопытный читатель и приравняет «половые злоупотребления» к «онанизму», что будет с его стороны ошибкой, виновником которой придется считать д-ра Мамцева. Описание «Признаков душевных болезней» нельзя признать также удачным; напр., слабоумие представлено односторонне, ибо говорится только о глубоких степенях его, и здесь несколько строк подряд возбуждают недоумение. Упомянув об обманах в области слуха, авт. упускает «голоса на расстоянии»; некоторые из зрительных обманов смѣшиваются с бредовым толкованием (стр. 45); упоминается о том, что больным мерещатся «вкус мертвечины» (правильнее об этом говорить по поводу обманов обоняния — запаха мертвечины). Ошибочно утверждается, что «больные им (обманам) со стороны органов чувств» «безусловно вѣрят» (стр. 46). Неужели авт. не встречался с психозами, когда больные не вѣрят в реальность голосов, по крайней мѣрѣ, в некоторые периоды болезни? «Бредовая идея есть ложная или ошибочная мысль, принимаемая больным за истину», пишет д-р А. Ф. Мамцев (стр. 48). Если согласиться с таким определением автора, то, пожалуй, пришлось бы и указанными выше ошибками в «Учебник психиатрии» отнести к бредовым мыслям; но, вѣдь, это было-бы неверно. «Связь бредовой мысли с другими мыслями происходит так, что больной старается все свои мысли подогнать к тому, чтобы объяснить бредовую мысль» читаем в «Учебник психиатрии» (стр. 49). Ну, а при бредовом бреде? Сомнѣваюсь, чтобы так просто обстояло дело даже и при хронической типической паранойе, и там не «все мысли» подгоняются под бредовую мысль. При описании «угнетеніе душевных чувств» авт. упускает из вида простые, без мыслей самообвинения, депрессивныя состоянія; при описании «болезненно измененных действий и поступков» (стр. 57—60) не говорится о стереотипных позах, ни о негативизмѣ. По поводу «извращения полового влечения» авт. упоминает об онанизмѣ, приводимъ «обыкновенно к ослабленію умственных способностей, паденію нравственных чувств и разрушенію физических сил»; трудно было-бы поверить, что эта фраза не из легкомысленнаго руководства по секретным болезням, а из «Учебника психиатрии», если-бы не было тому очевидных доказательств на стр. 59—60 этой книги. Перечислив болезненные влечения, в том числ. и запой, авт. пишет не смущаясь: «все указанныя дѣйствія могут совершаться больными, помимо влеченій, под влияніем бредовых мыслей и обманов и чувств». Неужели и запой? Странно, кроме того, что автору непонятно, что если участвуют бредовыя идеи и обманы со стороны органов чувств, то совсем нельзя и говорить о «непреодолимых влечениях». В замѣткѣ о «трофических расстройствах» авт. забывает упомянуть о таких важных признаках, как отчетность конечностей и синюха, не забывая о сыпях и чирьях. В главѣ о «меланхолии» отмѣчаются сходные (в качественном отношеніи) недостатки; напр., не совсем точно дана картина того, что называется в психиатрии «*status melancholicus*» (стр. 69); неверно утверждение автора, что малокровіе и исхуданіе развиваются у меланхоликов только вследствие желудочно-кишечных расстройств; вѣдь, бывають случаи, когда меланхоликъ и питается хорошо, а не похѣтитъ, пока длится меланхолия. Нельзя одобрить лѣченіе меланхоликов подѣжными впрыскиваниями (систематическими) опіатовъ, такъ какъ впрыскиванія могутъ пугать больныхъ, быть для нихъ иногда тягостными; достаточно однихъ пріемовъ внутрь, и лишь изрѣдка, въ случаяхъ крайней нужды, для временнаго успокоенія больного можно еще пользоваться единичными впрыскиваніями, особенно при высшихъ степеняхъ меланхолическаго возбужденія, а не *larga manu*, не направо и налево. Упомянув о снотворныхъ при меланхолии, авт. «Учебника психиатрии», изданнаго въ 1906 г., не нашелъ ничего лучше хлоралъ-гидрата. Соглашаясь съ А. Ф. Мамцевымъ, что меланхолики находятъ правильное лѣченіе въ спеціальной больницѣ (стр. 75—76), я долженъ однако, замѣтить, что иногда удается удачно провести лѣченіе и въ домашней обстановкѣ; нельзя сказать, что при всякихъ условіяхъ надо всякаго меланхолика вести въ больницу. Слишкомъ категорически и безъ оговорки относительно періода болѣзни и личныхъ особенностей больного меланхоликъ утверждается, что «должны быть запрещены свиданія съ родственниками» (стр. 77). По поводу пищи для больныхъ, страдающихъ меланхолией, авт. вдругъ въ концѣ этой замѣтки употребляетъ фразу, которая можетъ вызвать и улыбку: «хорошимъ укрѣпляющимъ веществомъ для меланхоликовъ можетъ считаться кофе со сливками» (стр. 78). Почему именно кофе, а не что-либо другое въ этомъ родѣ, и почему со сливками, а не съ молокомъ? Лишнимъ и едва-ли целесообразнымъ надо считать назначеніе меланхоликамъ влажныхъ завертываній «въ простыни съ оборачиваніемъ поверхъ нихъ въ теплыя одеяла на 15—20 и даже 30 минутъ». Нужно учасливо относиться къ

больному (меланхолику) и не разублаждать его въ заблужденіяхъ, а ободрять и выражать надежду на скорое его выздоровленіе», говорить авторъ (стр. 78), и, конечно, не поддерживать больного въ его бредовыхъ мысляхъ. Нельзя согласиться съ авторомъ, что «всѣмъ полуты и откладывая начало дѣла (при выполнении врачебныхъ предписаній) въ виду сопротивленія больныхъ только портать» (?) ихъ, деморализуютъ и ухудшаютъ ихъ болѣзненное состояніе» (стр. 79); проще всего я предложилъ бы при обращеніи съ больными въ этихъ случаяхъ обдуманная дѣйствія и терпѣніе со стороны окружающихъ. При отказѣ меланхоликовъ отъ пищи авторъ совѣтуетъ, «не затягивая времени, пораньше приступить къ насильственному кормленію чрезъ желудочный зондъ» (стр. 79); не знаю, какихъ больныхъ именно имѣетъ въ виду д-ръ А. Ф. Малецка, но у настоящихъ меланхоликовъ, въ огромномъ большинствѣ случаевъ удается обойтись безъ этого насилія. Авторъ дѣлаетъ упущеніе, не говоря о томъ, какъ нужно бороться съ отказомъ пищи у меланхоликовъ, какъ поступать здѣсь, какъ помогаютъ тутъ иногда клизмы изъ поваренной соли и пр.; онъ съ легкимъ сердцемъ предлагаетъ также и катетеризацію мочевого пузыря въ этихъ случаяхъ, какъ-бы не зная, что необходимо использовать сначала другіе способы, напр., клизмы для кишечника съ обращеніемъ вниманія на пузырь, такъ какъ часто бываетъ, что больной, выпуская каловыя массы, въ тоже время и помочится. Напрасно авторъ смущаетъ своихъ неопытныхъ читателей тѣмъ, что меланхолики склонны къ неоправности; повидному, подъ меланхоликами онъ подразумевает не только ихъ однихъ, а еще и другого рода больныхъ напр., съ затѣмненіемъ сознанія. Глава о «маніи» страдаетъ также недостатками; напр., авт. совѣтуетъ помѣщать маніаковъ въ отдѣльную комнату и проводить при этомъ постельное содержаніе; но это, по моему, лучше удастся сдѣлать въ общихъ комнатахъ, гдѣ присутствіе другихъ больныхъ иногда вліяетъ на маніака благотворнымъ образомъ. При леченіи маніаковъ авт. предлагаетъ много лишняго (стр. 87—90); и прохладныя ванны, и обертыванія, и опіаты.

Если-бы я еще остановился на разборѣ остальныхъ недостатковъ въ «Учебникѣ психіатріи» д-ра А. Ф. Малецка, указывая на другія, имъ описываемыя формы болѣзней, то моя рецензія оказалась-бы, какъ видно, очень длинной, противъ моихъ воли и желанія. Постараюсь указать лишь на наиболѣе существенныя недостатки этой книги, такъ какъ изъ вышеназложеннаго ясно ее недочеты. А. Ф. Малецка любитъ совѣтывать рѣшительность при обращеніи съ больными (стр. 90); онъ забываетъ при леченіи иногда упомянуть о самомъ важномъ средствѣ—психотерапіи, не колеблясь предлагать останавливать припадокъ «строгими окрикомъ» (стр. 145); это его подлинное выраженіе. При современныхъ взглядахъ на психотерапію нельзя назвать эти взгляды д-ра А. Ф. Малецка прогрессивными и соответствующими современному уровню знаний; отъ нихъ вѣетъ отсталостью. Рядомъ со «строгимъ окрикомъ» онъ совѣтуетъ «во время истерическихъ припадковъ... предохранять больныхъ отъ ушибовъ, паденій и т. п.» (стр. 146); хорошей совѣтъ, но бесполезный, ибо извѣстно, что больные истеріей при этомъ обыкновенно не ушибаются. Слишкомъ категорически мнѣ кажется утвержденіе автора, что «лѣченіе и уходъ при бѣлой горячкѣ требуютъ прежде всего помѣщенія больныхъ въ психіатрическое заведеніе» [стр. 180]; съ этимъ можно-бы согласиться, если-бы авт. добавилъ, что это бываетъ необходимо, однако далеко не всегда, такъ какъ вліяніе проявленія бѣлой горячки отличаются большими разнообразіемъ. Въ главѣ объ «устройствѣ психіатрическихъ заведеній и условіяхъ лечебнаго значенія ихъ» находимъ терминологию, которую надо признать устарѣвшей: «отдѣленія для буйныхъ» «общія помѣщенія для буйныхъ» (стр. 231). Слово «буйный» для слуха современнаго психіатра должно звучать странно и непріятно. Изгнаніе такихъ словъ изъ психіатрическаго обихода имѣетъ воспитательное значеніе для ухаживающихъ за больными. «Прививчиваніе» мебели къ полу въ благоустроенныхъ больницахъ, при надлежащей постановкѣ ухода за больными, лишне и не нужно; отъ него, какъ и отъ многихъ старыхъ ухищреній при уходѣ за больными, современная психіатрія отказывается, это—также одинъ изъ свидѣтелей старыхъ, уже оставленныхъ взглядовъ. На стр. 232 находится описаніе «отдѣльныхъ комнатъ для изоляціи буйныхъ больныхъ»; читая эти строки съ трудомъ вѣрится, что это «Учебникъ психіатріи», изданный немного лѣтъ назадъ,—а въ наше время; тутъ снова предлагаются: прививчанія къ полу мебель, рѣшетки въ окнахъ и тому подобная обстановка, похожая болѣе на тюремное помѣщеніе, чѣмъ на лечебницу. Также-отсталые взгляды высказываетъ авт. и по поводу ухода за неоправными больными; онъ, повидному, не согласенъ или совсѣмъ не знакомъ съ тѣмъ возрѣніемъ, что неоправность больныхъ служитъ показателемъ недостаточности умѣлаго ухода за больными; разъ уходъ за больными поставленъ правильно, неоправность будетъ сводиться къ minimum'у; не слѣдуетъ думать, что неоправность больныхъ есть нѣчто роковое и неизбѣжное. Девизомъ правильнаго современнаго психіатрическаго ухода за больными должно быть: отдѣленія для неоправныхъ не нужны, ибо и неоправныхъ больныхъ быть не должно.

На этомъ я закончу свою затанувшуюся рецензію объ «Учебникѣ психіатріи» д-ра А. Ф. Малецка. Я не позволялъ-бы себѣ такъ долго останавливаться на этомъ руководствѣ, если-бы не считалъ важными ошибочные взгляды автора, важными въ практическомъ отношеніи, такъ какъ «Учебникъ психіатріи» предназначается для лицъ, которымъ придется принимать участіе въ уходѣ за психически-больными и которые, вооружившись несовершенными и часто отсталыми взглядами своего учителя, мо-

гутъ оказаться лишь вслѣдствіе одного этого, не на высотѣ своего служенія дѣлу ухода за душевно-больными и леченія ихъ. Говоря о книгѣ д-ра А. Ф. Малецка, я остановился на ея отрицательныхъ сторонахъ и не упоминалъ о положительныхъ; и это я сдѣлалъ не потому, чтобы не было послѣднихъ: нѣтъ, и это есть, конечно, но перечисленіе ихъ не имѣетъ уже такого практическаго значенія.

С. Сухановъ.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

СЛХХІV. М. Г.! Въ письмѣ, напечатанномъ въ № 22 «Русскаго Врача», полк. Драгомировъ къ наѣтамъ на меня § 2 приказа по 147 Самарскому полку за № 347 прибавляетъ новыя, въ опроверженіе моихъ прошу Васъ дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Заявивъ въ началѣ своего письма, что онъ будетъ касаться преимущественно фактической стороны, полк. Драгомировъ прежде всего пускается въ объясненіе того, что для военнаго бюрократа «приказъ» кого-либо немедленно уволить есть синонимъ «сразѣшенія» задержать этого подлежащаго немедленному увольненію—«сважо» только, чтобы причина задержанія была уважительная, а сама задержка насколько возможно ограничена. Пусть будетъ такъ. Но въ своемъ письмѣ, напечатанномъ въ № 10 «Русскаго Врача», я какъ разъ и показалъ, что никакой причины, кромѣ произвола полк. Драгомирова, задерживать меня въ полку не было. Подчиняться же безъ возраженій произволу или нести общественныя и служебныя повинности и тяготы—далеко не одно и тоже.

Далѣе полк. Драгомировъ утверждаетъ, что «главный интересъ дѣла Мысленкова основывался на взаимныхъ обвиненіяхъ и на контрахъ между чинами полка, составлявшими гарнизонъ сел. Сиоланди-Сантунъ. Съ одной стороны, начальникъ гарнизона и командантъ упрекали врачами въ неправильномъ производствѣ дознанія, съ другой—одинъ изъ свидѣтелей показалъ, что «коллежскій ассесоръ Утробинъ» нѣсколько смутилъ меня распросами, вслѣдствіе чего мнѣ показалось, что не надо выдавать фельдфебеля Мысленкова». Изъ приводимыхъ ниже документовъ будетъ видно, въ чемъ упрекался начальникъ гарнизона. Одинъ изъ свидѣтелей, которому «показалось» и т. д., это—радовой 3-ей роты Богдановъ. Можно ли говорить тутъ о какихъ-либо контрахъ и взаимныхъ обвиненіяхъ,—предоставляю судить читателямъ; изъ дальнѣйшаго же изложенія самого полк. Драгомирова видно, что полковой судъ не придавалъ значенія тому, что «показалось» этому свидѣтелю.

Я не знаю, что еще надумаетъ извлечь изъ архива полковаго суда полк. Драгомировъ; но, что онъ во всякомъ случаѣ не выдержалъ принципа, что для него «нѣтъ ялинь или іудей», этому имѣются доказательства въ видѣ копій со слѣдующихъ документовъ: «Старшій врачъ 147 пѣх. Самарскаго полка. 24-го ноября 1905 г., № 534, д. Сиоланди-Санъ-Тунъ», командиру полка рапортъ. Надзиратель больныхъ Денисъ Мысленковъ заявилъ мнѣ, что начальникъ гарнизона подполковникъ Швецовъ, явившись 13-го сего ноября въ пріемный покой полка для производства предварительнаго дознанія, въ присутствіи врача Утробина, подчиненныхъ Мысленкова, при китайскихъ властяхъ, среди которыхъ былъ переводчикъ, и на улицѣ, при цѣлой толпѣ китайцевъ и нижнихъ чиновъ полка, аттестовалъ Мысленкова, какъ мерзавца, пьяницу и человѣка способнаго на любое преступленіе. Такая оскорбительная характеристика прямо противорѣчитъ моему представленію о Мысленковѣ, какъ вѣрномъ слугѣ престолу и отечеству, состоящемъ подъ однимъ знаменемъ съ подполковникомъ Швецовымъ. За все время пребыванія полка въ Маньчжуріи при боевой обстановкѣ Мысленковъ безотлучно находился при перевозочномъ пунктѣ и долгъ службы выполнялъ честно, самоотверженно и аккуратно, отличаясь трезвостью и исполнительностью, въ виду чего, признавая жалобу Мысленкова вполнѣ законной, представляю его претензію на Ваше усмотрѣніе. Надзирный совѣтникъ Денисевичъ». — «Его В—дію надв. сов. Денисевичу. Записка по 147 пѣх. Самарскому полку дер. Сюдопа 15-го января 1906 г. № 329. Командиръ полка приказалъ донести, почему В. В—діе нарушили § 103 устава дисциплинарнаго, принявъ жалобу надзирателя больныхъ Мысленкова на подполковника Швецова, хотя надзиратель больныхъ Вамъ непосредственно не подчиненъ. Полковой адъютантъ штабсъ-капитанъ Ваткинъ». — «Старшій врачъ 147 пѣх. Самарскаго полка. 16 января 1906 г. № 50, дер. Чаушатырь. Командиру полка рапортъ. Согласно записки по 147 пѣх. Самарскому полку отъ 15-го сего января за № 329, полученной мною 16-го сего января въ 12 час. дня, доношу, что приказомъ по полку за № 125, отъ 6-го мая 1905 г., заведующій лазаретомъ заурядъ-прапорщикъ Васильевъ отчисленъ отъ должности для несенія обязанностей офицера 5-ой роты, и за недостаткомъ въ полку офицеровъ новаго заведующаго назначено не было, и съ этого времени обязанности заведующаго лазаретомъ, въ силу необходимости, пришлось нести мнѣ самому, и, согласно дополненію къ приказу по полку отъ 30-го июня 1905 г. за № 180, мнѣ выданъ подъ росписку авансъ для расходовъ по пріему покой въ размѣрѣ 200 р. Приказомъ по полку отъ 28-го ноября 1905 г. за № 332 вѣдніе пріемныхъ покоевъ въ сел. Сиоланди-Санъ-Тунъ въ отношеніи общаго

порядка службы возложено на подпоручика Прессъ, мнѣ же предписано сдать названному офицеру команду и имѣющіеся на рукахъ авансы. Изъ всего выше изложеннаго явствуетъ, что до назначенія подпоручика Прессъ команда находилась въ моемъ подчиненіи и, въ силу необходимости, обязанности заведующаго лазаретомъ пришлось исполнить мнѣ, такъ какъ полкъ не нашелъ возможнымъ для этой цѣли назначить офицера. Во исполненіе лежавшихъ на мнѣ обязанностей заведующаго приемнымъ покоемъ мною и была принята отъ надирателя больницы Дениса Мысленкова жалоба на нанесеніе ему подполковникомъ Швецовымъ оскорбленія словами, каковая претензія была передана мною, согласно § 103 дисциплинарнаго устава, по командѣ, въ порядкѣ подчиненности В. В.—дику и вмѣстѣ съ симъ предложено Мысленкову заявить свою претензію и командиру нестроевой роты. Названный совѣтникъ *Денисевичъ*.—«Приказъ 37-ой пѣхотной дивизіи 22 января 1906 г. № 9. Дер. Сіолави-Сытунъ. § 1. И. д. старшаго врача 147 пѣх. Самарскаго полка надв. сов. *Денисевичъ* рапортомъ отъ 24-го ноября прошлаго года за № 534 донесъ командиру полка о жалобѣ на того же полка подполковника Швецова, при чемъ не ограничился только передачей этой жалобы, а распространился отъ себя о совершенно не относящихся къ жалобѣ идеяхъ службы Престолу и Отечеству подъ однимъ знаменемъ съ подполковникомъ Швецовымъ и пр. Подробно разобравъ обстоятельства дѣла, считая необходимымъ напомнить надв. совѣтн. *Денисевичу*, что онъ нарушилъ § 103 устава дисциплинарнаго, такъ какъ всѣ нижние чины нестроевой роты подчиняются командиру нестроевой роты, а врачу лишь по своей специальности. То, что врачу можетъ быть поручено производить различнаго рода расходы на нужды лазарета частей войскъ и надзоръ за ними, вовсе не исключаетъ общаго порядка службы. Ставлю въ вину д-ру *Денисевичу* главнымъ образомъ то, что онъ, помимо непониманія духа военныхъ законовъ по существу, не ограничился корректнымъ изложеніемъ жалобы, а воспользовался случаемъ высказывать лишнее по адресу подполковника Швецова, могущее нанести несправедливое чувство разлада между чинами одной полковой семьи, что не должно существовать и что, къ сожалѣнію, уже мною замѣчено. Увѣренъ, что одного напоминанія о семъ надворн. сов. *Денисевичу* будетъ достаточно, и что онъ не заставитъ меня принять болѣе энергичныя мѣры къ тому, чтобы ни въ одномъ изъ полковъ дивизіи нежелательныхъ отношеній между чинами его не было. Командующій дивизіей генералъ-майоръ Столица».

И такъ, «судены!» «досталось»: мнѣ—въ приказѣ по полку за № 347, старшему врачу—въ приказѣ по дивизіи за № 9, а «эллины»?.. «Эллины», должно быть, находятся въ положеніи недосагаемости. Все это должно, по мнѣнію полк. Драгомирова, избавить его отъ «упрека въ пристрастіи», такъ какъ онъ «не счелъ возможнымъ привлечь къ ответственности ни ту, ни другую сторону».

Утвержденіе полк. Драгомирова: «жалоба г. *Утробина* об оставленіи его въ полку на неопредѣленное время не соответствуетъ дѣйствительности»—противорѣчитъ его-же словамъ въ приказѣ № 347 и тому, что было на самомъ дѣлѣ: онъ меня задержалъ «до окончанія разбора дѣла о надирателѣ Мысленковѣ». Приведеніе полк. Драгомировымъ вырванныхъ изъ контекста моей жалобы командующему 37-ой дивизіи словъ, въ качествѣ доказательства моего покушенія поколебать авторитетъ суда, свидѣтельствуется только о томъ, что онъ не брезгаетъ даже передержкой. Утвержденіе, что «свидѣтель китаецъ Анбинъ и китаецъ переводчикъ есть одно и то же лицо, дублированное г. *Утробинимъ*»,—именно китаецъ переводчикъ (а не свидѣтель) Чанбинъ, бывший при томъ на засѣданіи суда 12-го декабря,—не правда. Когда я писалъ и въ жалобѣ своей командующему 37-ой дивизіей, и въ письмѣ въ редакцію, что на 1-ое судебное засѣданіе не явились, между прочимъ свидѣтель китаецъ и китайскій переводчикъ, то я имѣлъ въ виду китайскаго чиновника Анбинъ, не умѣющаго говорить по русски, присутствовавшая вмѣстѣ со своимъ переводчикомъ и китайскими полицейскими во время производства комендантомъ сел. Сіаланди-Сантунъ дознанія по дѣлу Мысленкова (о нихъ упоминается въ вышеприведенномъ рапортѣ старшаго врача за № 534). Вотъ уже 2 лица. Переводчикъ-же, бывший на засѣданіи суда 12-го декабря (полк. Драгомировъ пишетъ, что его зовутъ Чанбинъ)—это уже 3-ье лицо, и доставленъ онъ былъ въ засѣданіе суда обвиняемымъ. Это могутъ подтвердить бывшіе на засѣданіяхъ суда. Гдѣ же тутъ дублированіе, о которомъ пишетъ полк. Драгомировъ? Гдѣ тутъ «подтасовка» съ моей стороны?... Слова полк. Драгомирова: «2-ой разъ списокъ свидѣтелей подсудимому не долженъ былъ предъявляться и, дѣйствительно, не предъявлялся»—не правда. Списокъ свидѣтелей, въ которомъ не значились ни я, ни Анбинъ со своимъ переводчикомъ, былъ предъявленъ подсудимому 11-го декабря. Тогда я узналъ, что не вызываюсь въ качествѣ свидѣтеля въ засѣданіе суда, назначенное на 12-ое декабря, и тогда-же высказалъ свое по поводу всего этого удивленіе, что меня, не смотря ни на что, продолжаютъ задерживать въ полку. При этомъ присутствовали прикомандированные къ штабу 37-ой дивизіи прапорщики 147 пѣх. Самарскаго полка; отъ нихъ о томъ, что я, не вызываясь въ судъ въ качествѣ свидѣтеля, узналъ въ штабѣ дивизіи, а черезъ штабъ дивизіи и полк. Драгомировъ, какъ онъ самъ говоритъ въ приказѣ по полку отъ 13-го декабря 1905 г. за № 347.

Изъ всего вышеизложеннаго явствуетъ, сколько неправды нагромождаетъ полк. Драгомировъ въ своемъ письмѣ.... О какой степени развитія нравственной щепетильности полк. Драгоми-

рова можно говорить при такомъ его обращеніи съ истиной, предоставляю судить читателямъ. Врачъ *Утробина*.

Сарапулъ, Вятской губ. 25-го августа 1) 1906 г.

CLXXV. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Во время матажа въ крѣпости Свеаборгъ врачи крѣпости находились все на своихъ мѣстахъ; поводомъ-же къ распространенію слуховъ о томъ, что «нѣкоторые» врачи крѣпости оставили послѣднюю въ началѣ бомбардировки, могло послужить временное отсутствіе изъ крѣпости старшаго врача крѣпостной артиллеріи, д-ра П. А. *Клюева*, который ѣздилъ въ городъ 18-го іюля навѣстить своихъ раненыхъ, отправленныхъ въ Гельсингфорскій мѣстный лазаретъ; по его словамъ, онъ не могъ вернуться въ ту-же день за прекращеніемъ сообщенія и возвратился при первой возможности въ разгарѣ бомбардировки, до конца коей и оставался на перевязочномъ пунктѣ.

Свеаборгскій крѣпостной врачъ Н. *Георгиевскій*.  
Крѣпость Свеаборгъ. 29-го августа 1906 г.

CLXXVI. М. Г.! Для характеристики нравовъ, царящихъ среди нѣкоторыхъ врачей, не откажите огласить слѣдующій фактъ.

Д-ръ медицины и ветеринаръ В. Ф. *Нагорскій*, начальникъ ветеринарнаго Управленія Министерства внутреннихъ дѣлъ, имѣя со мной личныя столкновенія, происшедшія на почвѣ специальности и служебныхъ отношеній, счелъ вполнѣ подходящимъ обратиться не къ Суду товарищей, или третейскому и даже не къ мировому Суду, а къ просьбѣ къ градоначальнику, чтобы я на основаніи чрезвычайной охраны былъ подвергнутъ административному высылканію. Нужно замѣтить, что г. *Нагорскій* считался земскимъ дѣятелемъ и раньше долгое время служилъ въ Московскомъ Земствѣ.

По доносу г. *Нагорскаго* я былъ вызванъ для дачи объясненій въ сыское отдѣленіе 28-го мѣсяца августа.

Магистръ ветеринарныхъ наукъ *Максутъ*.

Петербургъ. 1-го сентября 1906 г.

CLXXVII. М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующее

Открытое письмо Коллегіи врачей Харьковской губернской земской больницы Н. Н. *Баженову*.

Многоуважаемый Николай Николаевичъ! Когда Вы говорили 22-го марта въ земскомъ Собораніи свою рѣчь, насъ, бывшихъ тамъ и знавшихъ Ваше прежнее мнѣніе о д-рѣ *Якобѣ*, какъ о человѣкѣ, «мало чтущемъ единственную богиню—истину» и охотно уклоняющемся въ сторону другихъ божествъ, которымъ уже и названіе другое, позволявшее себѣ «клеветническіе навіты на дорожную и свѣтлую память проф. *Корсакова*», о человѣкѣ, на чью голову Вы возвращали комокъ грязи, которымъ д-ръ *Якобій* хотѣлъ бросить въ проф. *Корсакова*,—насъ поразило тогда то, что теперь Вы его называли выдающейся индивидуальностью, человѣкомъ выше окружающей его среды, дѣятельностью котораго не можетъ уложиться въ рамки нашей отечественной дѣйствительности; Вы уподобляете его европейцу, который пытался устроить библиотеку для папуасовъ. Примирить эти 2 мнѣнія очень трудно; такъ они противорѣчивы, и, не столько ища правды о д-рѣ *Якобѣ*, сколько причины противорѣчія, мы намѣрены были обратиться къ Вамъ за разъясненіемъ. Насъ предупредилъ д-ръ П. П. *Тутышкинъ*.

Но Вашъ отвѣтъ на его письмо ровно ничего никому не разъяснилъ. Не понимая, неизвѣстно намъ почему, его провинческаго восклицанія: «пролейте-же, Николай Николаевичъ, свѣтъ на загадочную личность д-ра *Якобія*», Вы уклонились отъ прямого отвѣта, сказавъ очень много такого, что совершенно не относится къ вопросу, и ни слова, что-бы объясняло не-примѣримость 2-хъ Вашихъ сужденій объ одномъ человѣкѣ.

Мы, частью знающіе, частью не знающіе д-ра *Якобія*, совершенно не согласны съ Вашими словами въ письмѣ къ д-ру *Тутышкину*, будто «психологическій этюдъ» о личности д-ра *Якобія* былъ-бы дѣйствительно интереснымъ и представлялъ-бы изъ себя «очень любопытную работу», что онъ стоялъ-бы труда человѣка, обладающаго «тонкостью анализа и проникновенностью». Мы, напротивъ, думаемъ, что выполненіе этой задачи—«ислѣдованіе сложныхъ, своеобразныхъ» и «парадоксальныхъ психологическихъ настроеній и состояній» въ душѣ д-ра *Якобія* будетъ менѣе интересно и важно съ общественной точки зрѣнія, чѣмъ примиреніе Вашихъ собственныхъ 2-хъ противорѣчивыхъ сужденій о личности д-ра *Якобія*.

Пролейте-же, многоуважаемый Николай Николаевичъ, свѣтъ на загадочность Вашего противорѣчія въ отношеніи сужденія о личности д-ра *Якобія*.

Врачи Харьковской губернской земской больницы: Н. Андюна, А. Разимовъ, И. П. Рутковский, А. Иносоевъ, Рабиновичъ, А. Саванели, Грабовскій, Ферзминъ, П. Паржанъ.

Харьковъ. 3-го сентября 1906 г.

1) Ранѣе я не могъ отвѣтить на письмо полк. Драгомирова потому, что только 23-го августа получилъ прилагаемое къ нему письмо д-ра *Денисевича*, коимъ онъ, между прочимъ, разрѣшаетъ мнѣ воспользоваться документами, въ которыхъ рѣчь идетъ о немъ, а безъ этого разрѣшенія я не считалъ себя въ правѣ оглашать ихъ въ печати.—Врачъ У.



**CLXXVIII. М. Г.!** Не откажите огласить слѣдующій *списокъ пожертвованій, поступившихъ въ Московскій Комитетъ общественной помощи голодающимъ за августъ 1906 г.*

*Черезъ Пироговское Общество врачей:* нижние чины 5-ой роты 2-го Запаснаго ж.-дорожнаго батальона чрезъ А. А. Филатовъ—10 р., В. М. Потапова—3 р., А. Н. Вобровникова 100 р., Всеволодъ Якименко 60 р., собранные Н. М. Воскресенскимъ 17 р., 20 к., собранные Л. А. Юнгисомъ 69 р., персоналъ К.-ской земской лѣчебницы 2 р., 50 к., Н. Г. Пенковъ 5 р., Лейфельдъ 12 р., отъ спектакля 23/ви въ с. Богатомъ чрезъ М. Ельевича 106 р., 33 к., служащіе въ Черниговскомъ одѣбно-статистическомъ Бюро 12 р., 30 к., врачи Алексѣевской больницы 35 р., Григорьева 2 р., 50 к., неизвестная въ Москвѣ 25 р., служащіе Полѣвскихъ дорогъ 1 р., 15 к., Н. Н. Смѣльницкій 7 р., пр. А. В. Матенко 25 р., неизвестный священникъ 25 р., земскіе служащіе въ Подольскомъ у. 10 р., 45 к., земскіе служащіе въ Дмитровскомъ у. 28 р., водопроводный Отдѣлъ Московской городской Управы 36 р., 75 к., Е. и А. Герасимовы 1 р., земскіе служащіе Можайскаго у. 7 р., 35 к., Енисейскій Комитетъ помощи голодающимъ чрезъ Е. В. Алексѣеву 100 р., служащіе Старо-Екатерининской больницы 48 р., 64 к., Ф. Ф. и В. Я. Тихомировы 2 р., В. Г. Струковъ 5 р., Л. А. Тарасевичъ 15 р., служащіе главной конторы Бакинскаго отдѣленія въ бр. Нобель 54 р., 60 к., служащіе Екатеринбургской войсковой больницы 10 р., 58 к., Т. Я. Синкинъ 12 р., собранные К. И. Прощаевой для голодающихъ дѣтей 15 р., ч. пр. А. А. Кисель 30 р., чины Туркестанскаго окружного в.-медицинскаго Управления 12 р., 15 к., ветер. врачъ А. В. Полозовъ 3 р., есаулъ В. Г. Толстовъ 10 р., чины Ташкентскаго в. госпиталя 20 р., 30 к., Тульское Отдѣленіе Союза медицинскаго персонала 10 р., 3. В. Сабаникова 15 р., а всего 974—80 к.

*Чрезъ селско-хозяйственное Общество:* В. М. Потаповъ 3 р., чрезъ председателя Тобольскаго окружного Суда пожертвованныхъ цинами Тобольскаго окружного Суда 32 р., 61 к., И. П. Приказчиковъ 5 р., служащіе и рабочіе Ржевскаго виннаго склада 6 р., 21 к., А. В. Бугонъ 5 р., А. Н. Григорьевъ 3 р., чины Главнаго Управленія неокладныхъ сборовъ и казенной продажи питей 108 р., 41 к., Туркестанское Общество селскаго хозяйства 28 р., 48 к., а всего 171 р., 41 к.

Комитетъ.

Москва. 3-го сентября 1906 г.

## ИРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1613. «Рѣчь» (2 сентября) передаютъ изъ Харькова, что Совѣтъ Университета сообщилъ министру народнаго просвѣщенія, что онъ не ручается за *правильный ходъ занятій* въ виду общаго и мѣстныхъ причинъ, военнаго положенія и прочихъ условій политической жизни.

1614. «Рѣчь» (30 августа) сообщаетъ, что въ виду недостатка въ военныхъ врачахъ Конференція В.-Медицинской Академіи предполагаетъ *ускорить* въ настоящемъ уч. году *выпускъ* *м-карей*. Выпускъ, вѣроятно, состоится въ январѣ будущаго года и коснется студентовъ, уже прослушавшихъ 4 курса и части студентовъ 4-го курса, главнымъ образомъ тѣхъ, которые, по той или другой причинѣ, провели 2 и 3 года на этомъ курсѣ и участвовали въ качествѣ врачей или помощниковъ ихъ въ войнѣ на Дальнемъ Востокѣ. Всего будетъ выпущено чел. 65. Чтобы дать выпускаемымъ законченное медицинское образованіе, въ Академіи будутъ происходить усиленные какъ лекціонныя, такъ и практическія занятія, съ расчетомъ, чтобы студенты могли пройти всю программу 5-го курса и сдать государственные экзамены. На ускоренный выпускъ врачей Конференція Академіи уже имѣетъ разрѣшеніе военнаго министра. Что касается остальныхъ студентовъ 4-го курса, то они будутъ выпущены изъ Академіи весной 1907 г., при чемъ государственнымъ экзаменамъ будутъ подвергнуты осенью того-же года. Занятія 4-го курса, какъ и занятія другихъ курсовъ, будутъ тоже усилены. 2-ой семестръ курса будетъ законченъ во 2-ой половинѣ будущаго октября, и тогда будутъ произведены переходные экзамены только по теоретическимъ предметамъ.

1615. На медицинскій факультетъ *Московскаго Университета*, какъ сообщаетъ «Рѣчь» (29 и 31 августа и 1 сентября), зачислены 168 *слушателей*—исключительно окончившихъ гимназіи Московскаго округа, *Томскаго*—103, *Одесскаго*—79 (изъ 284-хъ подавшихъ прошенія); въ *Кіевскомъ* Университетѣ, за *перечисленіемъ медицинскаго факультета*, предложено подавшимъ прошенія избрать факультетъ другой.

1616. «Рѣчь» (1 сентября) сообщаетъ, что выработанныя особой Комиссіей (проф. А. М. Левинъ, А. А. Лихачевъ и М. А. Шателенъ) *основныя положенія по вопросу о предметной системѣ* были приняты Совѣтомъ профессоровъ Женскаго Медицинскаго Института. Согласно этимъ положеніямъ, всѣ предметы, прохожденіе которыхъ обязательно для полученія выпускнаго свидѣтельства, дѣлятся на 2 основныя группы. Въ составъ предметовъ 1-ой группы входятъ: всѣ естественныя науки, фармацевтическія, анатомія и физиологія; въ составъ 2-ой —

всѣ медицинскія науки. Нормальнымъ срокомъ для прохожденія предметовъ 1-ой группы считается 4 семестра, 2-ой—6 семестровъ. Соотвѣственно этимъ срокамъ и составляется расписание лекцій и практическихъ занятій. Предѣльнымъ срокомъ для 1-ой группы считается 6, для 2-ой—10 семестровъ. По отношенію къ предметамъ 1-ой группы слушательницамъ предоставляется свобода въ порядкѣ записи на лекціи и сдачи экзаменовъ. Къ записи-же на предметы 2-ой группы слушательницы допускаются лишь по сдачѣ экзаменовъ и выполненіи всѣхъ требуемыхъ зачетовъ по предметамъ 1-ой группы. Для допущенія къ практическимъ занятіямъ и кураторству въ клиникахъ требуется сдача экзаменовъ по соотвѣствующимъ предметамъ. Экзамены производятся по курсу каждаго предмета въ теченіи всего лекціоннаго времени въ особо установленныя профессорами сроки. Къ экзамену по каждому курсу слушательницы имѣютъ право приступать лишь по его прослушаніи. Для получения диплома врача требуется зачетъ по всѣмъ обязательнымъ для изученія наукамъ.

1617. По сообщенію агентскихъ телеграммъ (отъ 29-августа), на *медицинскій факультетъ Томскаго Университета*, за неимѣніемъ мѣстъ на низшихъ курсахъ, приняты только 20 *женщинъ* на высшіе курсы.

1618. Какъ сообщаетъ «Новое Обозрѣніе» (29-го августа), насколько времени тому назадъ состоялось постановленіе Совѣта Одесскаго Университета о томъ, чтобы *оставленіе профессоровъ*, выслужившихъ срокъ, на *дальнѣйшее 5-лѣтіе* могло состояться только послѣ баллотировки ихъ по факультетамъ и въ Совѣтѣ. На дняхъ, однако, полученно извѣстіе, что Министерство народнаго просвѣщенія намѣрено, обойдя это постановленіе, оставить на дальнѣйшее 5-лѣтіе проф. С. В. Левашова и В. И. Адамовича, а также предоставить ординатуру проф. Н. А. Щеголеву.

1619. Справочное Бюро при Обществѣ врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія, проситъ насъ довести до свѣдѣній товарищей, что въ наступающемъ 1906/7 уч. году состоится *Курсъ для врачей въ Клиническомъ Повивально-Гинекологическомъ Институтѣ*, начиная съ 15-го сентября (см. «Русскій Врачъ», № 30, стр. XII) и въ Клиническомъ Институтѣ в. кн. Елены Павловны, начиная съ 3-го октября; въ этомъ послѣднемъ сверхъ обычныхъ курсовъ, въ осеннемъ 1/2-годи наступающаго уч. года объявленъ проф. Г. В. Хлюпиннымъ курсъ химической и бактериологической методики санитарныхъ изслѣдованій съ практическими занятіями. По примѣру прежнихъ лѣтъ врачи допускаются для занятій въ хирургическія отдѣленія Обуховской и Маріинской больницъ. Какъ при Повивально-Гинекологическомъ, такъ и Еленинскомъ Институтахъ имѣются столовыя для врачей-слушателей. Бюро по прежнему даетъ всевозможныя справки врачамъ по первому ихъ запросу. Завѣдующимъ Бюро состоитъ д-ръ В. Г. Лысовой (Петербургъ, Университетская линія, 3, кв. 97).

1620. Намъ сообщаютъ, что въ *Ставропольской тюрьмѣ* въ настоящее время вмѣстѣ съ другими *содержатся* врачъ для инородческаго населенія Ставропольской губ. (съ лѣтней Трухменской ставки) А. В. Виноградовъ. Онъ арестованъ за то, что «принималъ участіе въ революціонной дѣятельности». Арестованъ его и заключилъ въ тюрьму временно управляющій Ставропольской губ. ген.-маіоръ Литвиновъ. Вмѣстѣ съ нимъ 27-го августа въ с. Петровскомъ *арестованъ аптекарь* мѣстной аптеки В. В. Тымискій; послѣдній взятъ за скрывшагося сына.

1621. «Рѣчь» (29 августа) телеграфируетъ изъ Костромы, что 27-го августа *заключенъ въ Костромскую тюрьму* членъ губернскаго Комитета партіи народной свободы земскій врачъ А. С. Дурново; вмѣстѣ съ нимъ арестована его жена.

1622. Д-ръ И. И. Розенбаумъ, арестованный 16-го марта въ гостиницѣ «Вристоръ», *отправленъ* 31-го августа *этапнымъ порядкомъ въ Орелъ* («Товарищъ», 1 сентября).

1623. Намъ сообщаютъ, что земскій врачъ Пензенскаго уѣзда В. И. Фишманъ, прослужившій Земству 6 лѣтъ, *уволненъ со службы* Пензенскимъ губернаторомъ.

1624. Грандиозная съ трагедіей водевилъ... Мы слышали изъ беззастѣнчиваго достовѣрнаго источника, что разсказанная одной Петербургской газетой исторія съ попыткой *арестовать лейбъ-хирурга проф. Е. В. Павлова* въ общемъ совершенно вѣрна. Е. В. былъ, дѣйствительно, остановленъ на улицѣ, при выходѣ отъ больнаго, не въ мѣру усердствующей по части смысла полиціи, заподозрѣвшей въ немъ переодѣтаго «крамольника», и лишь внимательство высшей полицейской власти избавило его отъ пріятной перспективы слѣдовать въ участокъ и т. д. Не откроетъ-ли хоть этотъ случай, кому слѣдуетъ, глаза,—кто-же, дѣйствительно, страдаетъ отъ всѣхъ этихъ усиленныхъ, чрезвычайныхъ и прочихъ охранъ?

1625. По словамъ «Рѣчи» (29 и 30 августа), 28-го августа «Новому Пути» доставлено сообщеніе о томъ, что въ теченіи этого дня во *всѣхъ Московскихъ больницахъ производились повальные обыски*, вызывавшіе въ нѣкоторыхъ больницахъ драматическіе эпизоды. Особенно тяжелыя сцены происходили въ психіатрической лѣчебницѣ д-ра Н. Н. Баженова: обыски приводили нервныхъ больныхъ однихъ въ изступленіе, другихъ въ обмороки, истерики и пр. Не меньшій переполохъ царилъ и въ дѣтской Ново-Екатерининской больницѣ св. Владимира, гдѣ также обыскивали дѣтскія кровати, въ которыхъ и подъ которыми кого-то разыскивали, при чемъ не обращали никакого вниманія на положеніе больныхъ дѣтей. Также обыскивались Сокольническая и многія другія больницы. Дѣло скоро разъяснилось: обыски производились по экстренному распоряженію департамента полиціи, которому кто-то сообщилъ, что въ одну изъ Московскихъ боль-

ниц доставленъ и находится въ ней раненый при побѣгѣ изъ поѣзда организаторъ ограбленія Московскаго купческаго Общества взаимнаго кредита Вѣленцовъ. Обыскъ производили и въ психиатрической клиникѣ Университета, при чемъ между заведующими клиникой проф. В. П. Сербскимъ и полицией произошелъ рѣзкій конфликтъ. Проф. В. П. Сербскій не хотѣлъ допустить обыска въ клиникѣ, указывая, что это можетъ подѣйствовать на нервныхъ больныхъ. Полиція же настаивала на своемъ. Тогда проф. Сербскій обратился по телефону къ градоначальнику, прося его отнѣяться отъ обыска; но градоначальникъ отвѣчалъ, что это не въ его власти, такъ какъ распоряженіе объ обыскахъ исходить изъ Петербурга. Проф. Сербскій заявилъ, что во всякомъ случаѣ добровольно онъ не подчинится этому распоряженію и уступить только силѣ. И, дѣйствительно, полиція силою ворвалась въ клинику, гдѣ, разумеется, ничего не нашла, произведя лишь переполохъ среди больныхъ.

1626. Въ «Перестрой» (1 сентября) мы прочитали слѣдующія строки о началѣ деятельности д-ра Егорова (Г. Н.), переѣхавшаго въ Пензу изъ Курска и занимающаго мѣста уполномоченнаго мѣстныхъ губернаторомъ помощника врачебнаго инспектора (А. В. Генке) и тюремнаго врача. «Намъ передаютъ, что политическіе, заключенные въ мѣстной тюрьмѣ, жалуются посѣщающимъ ихъ на грубое обращеніе тюремнаго врача, вновь назначеннаго на должность помощника врачебнаго инспектора, д-ра мед. Егорова. Онъ обязанъ посѣщать тюрьму для пріема и осмотра больныхъ по средамъ, новъ среду 16-го августа онъ только расписался въ книгѣ, а въ другую среду, 23-го августа, его кое-какъ поймали на дворѣ, когда онъ уходилъ домой, и освидѣтельствованіе онъ производилъ уже въ тюремной конторѣ, а не въ больницѣ. Въ виду слишкомъ плохой тюремной пищи, которую съ трудомъ перевариваютъ даже постоянные обитатели тюрьмы часть изъ политическихъ просили перевести ихъ, въ виду плохого здоровья, на больничную порцію. Въ этихъ просьбахъ д-ръ Егоровъ увидѣлъ какую-то «крамолу» и на одного изъ политическихъ накинута съ такимъ крикомъ, что больные подумали, не имѣютъ-ли они дѣло съ передѣтыми полицейскими. Не удовлетворившись своей расправой, онъ хотѣлъ прибѣгнуть еще къ помощи тюремщика, приказавъ ему вывести больного, котораго еще не освидѣтельствовалъ; но тюремщикъ не могъ исполнить такого распоряженія гуманнаго представителя медицины. Власть свою онъ все-таки показалъ, лишивъ всѣхъ больничной порціи, которую прописалъ только одному, пришедшему, изъ любопытства, съ товарищами посмотреть, очевидно, на новаго доктора — прописалъ, вѣроятно, за хорошее поведение, такъ какъ тотъ не предъявлялъ никакихъ требованій и все время молчалъ. Вѣроятно, режимъ настоящаго времени слишкомъ заразително дѣйствуетъ на всѣхъ, соприкасающихся съ нимъ, обращая даже представителей гуманной науки въ грубыхъ тюремщиковъ. Невозможныя гигиеническія условія тюрьмы, о которыхъ мы уже нѣсколько разъ писали, при наличности такого врача, заставляютъ родныхъ и близкихъ заключенныхъ въ тюрьмѣ опасаться не только за ихъ здоровье, но и за жизнь».

1627. «Рѣчь» (30 августа) сообщаетъ, что предсѣдатель Ярославскаго Отдѣла Союза русскаго народа, пресловутый г. Качауровъ, за нѣсколько дней до избіенія интеллигенціи и рабочихъ, устроеннаго тамъ членами Союза 27-го августа, «старательно вооружилъ свою банду и заказалъ для нея у Вагромеева 300 напастей».

1628. «Товарищъ» (3 сентября) передаетъ, что въ арестномъ домѣ при Рождественской части въ Петербургѣ въ настоящее время находится свыше 200 арестованныхъ; камеры переполнены, и многіе, за отсутствіемъ свободныхъ мѣстъ въ камерахъ, живутъ въ корридорѣ, гдѣ спать на каменномъ полу, безъ всякихъ подстилокъ. По рассказамъ арестованныхъ, за чтеніе книгъ и газетъ ихъ сажаютъ въ карцеръ. Жалуются арестованные также и на плохую поставленную медицинскую помощь: многіе больные не попадаютъ къ врачу потому только, что не записались на пріемъ заранее. Пища отвратительная, все тухлое, плохо готовится.

1629. «Рѣчь» (2 сентября) сообщаетъ изъ Екатеринослава, что болѣе или менѣе сносно обставленный земскій народный домъ, какъ помѣщеніе для политическихъ арестованныхъ, упраздненъ и политическіе переведены въ арестантское отдѣленіе, *иде съирѣтствуетъ трагедіа*. 150 политическихъ потребовали отдѣлитъ больныхъ.

1630. 29-го августа, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (31 августа), состоялось засѣданіе Московскаго Комитета общественной помощи голодающимъ. Товарищъ предсѣдателя Д. Н. Жбанковъ сообщилъ отчетъ о дѣятельности Комитета за 1905—1906 г. Всего до іюля текущаго года на нужды Комитета поступило 116760 р. Истрасходовано было 103491 р. Полученіе остатка, который съ новыми поступившими пожертвованіями составляетъ около 17500 р. объясняется главнымъ образомъ 3-мя причинами: 1) значительными пожертвованіями за послѣдніе мѣсяцы; 2) возвратомъ ссудъ, неизрасходованныхъ отрядами, и 3) препятствіями со стороны администраціи, которая не позволяла въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ довести дѣло помощи до конца вслѣдствіе закрытія столовыхъ и пр.

1631. Ямбургское чрезвычайное земское Собраніе постановило, какъ сообщаютъ агентскія телеграммы (отъ 29-го августа), вслѣдствіе непоступленія земскихъ сборовъ и истощенія средствъ, предоставить Управѣ *закрывать земскія учрежденія уѣзда*, предупредить служащихъ о неизвѣстности оплаты ихъ труда и ходатайствовать о ссудѣ въ 60000 р.

1632. «Русскія Вѣдомости» (31 августа) сообщаютъ слухъ, что

бывшій частный приставъ Ермоловъ, убившій ч. пр. А. А. Воробьева на Прѣснѣ во время декабрьскихъ событій, отстраненный затѣмъ отъ должности и осужденный Судомъ присяжныхъ, *продолжаетъ получать жалованье*.

1633. «Волгарь» (21 августа) сообщаетъ, что Министерство внутреннихъ дѣлъ циркулярнымъ предложеніемъ поручило Нижегородскому губернатору войти въ соглашеніе съ земскими и городскими Управы о пріемѣ въ подвѣдомственные имъ больницы *бесплатно или за возможно меньшую плату больныхъ и требующихъ госпитальнаго лѣченія чинныхъ полицейской стражи въ уѣздахъ Нижегородской губ.* Губернаторъ проситъ Управы внести этотъ вопросъ на обсужденіе ближайшихъ земскихъ Собраній и городскихъ общественныхъ Управленій съ тѣмъ, чтобы рѣшеніе было сообщено ему немедленно.

1634. Одна изъ больныхъ въ письмѣ въ редакцію «Крымскаго Курьера» (26 августа) обращаетъ вниманіе на ужасное, *кощунственное состояніе могилъ Ялтинскаго общественного дѣятеля д-ра В. Н. Дмитриева*.

1635. По сообщенію Петербургскаго телеграфнаго агентства (отъ 1-го сентября), Высочайше утвержденной Комиссіей для борьбы съ чумой и холерой выработаны *новыя правила образованія мѣстныхъ санитарныхъ Комитетовъ*. По новымъ правиламъ, предсѣдательствовать въ Комитетѣ будетъ предсѣдатель земской Управы или городской голова. Въ составъ Комитета будутъ входить всѣ врачи, находящіеся на общественной и правительственной службѣ. Губернатору предоставляется право вѣстательства только въ тѣхъ случаяхъ, если постановленія Комитета будутъ противорѣчить закону или международнымъ конвенціямъ.

1636. «Рѣчь» (30 августа) сообщаетъ, что Министерство народного просвѣщенія назначило въ распоряженіе наѣстника на Кавказѣ на *противочумныя мѣропріятія* и содержаніе временнаго ветеринарнаго персонала 150000 р.

1637. Г-жа Е. Мечникова даетъ въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (31-го августа) весьма обстоятельную замѣтку о происходившемъ съ 31-го мая по 4-ое іюня въ Соляномъ городкѣ въ Петербургѣ 1-мъ Всероссийскомъ Съѣздѣ по педагогической психологіи и главнымъ образомъ о послѣдующихъ за нимъ *кратковременныхъ Педагогическихъ Курсахъ*. Число слушателей этихъ Курсовъ не превышало 100 чел. Составъ ихъ былъ самый разнообразный. «Здѣсь видны были, говорятъ г-жа Мечникова, и элегантныя дамы, и просто одѣтыя дѣвушки, и скромныя сестры милосердія, и директора среднихъ учебныхъ заведеній, и сельскіе учителя, и преподаватели разныхъ вѣдомствъ, и доктора, и священники...» и эти разнообразные слушатели, по свидѣтельству г-жи Мечниковой, «получили отъ Курсовъ несравненно болѣе того, на что могли рассчитывать», и «всѣ покидали Соляной городокъ съ чувствомъ глубокой благодарности къ устроителямъ и лекторамъ кратковременныхъ Педагогическихъ Курсовъ». Заслужены были слѣдующія лекціи: проф. Л. В. Блауменца «О строеніи головного мозга», акад. кн. И. Р. Тарганова «О способахъ изслѣдованія кровообращенія» и «Объ усталости»; проф. Г. И. Турнера — «О физическомъ воспитаніи на Западѣ», А. А. Кроуца «О психофизиологіи органовъ чувствъ», проф. Н. Е. Введенскаго — «Какъ живетъ нервная система?»; проф. Н. П. Гундобина прочиталъ 2 лекціи по гигіенѣ дѣтскаго возраста, д-ръ А. С. Гривоботовъ — 4 лекціи о психофизиологическихъ ненормальностяхъ у дѣтей; А. Ф. Лазурскій въ 2-хъ лекціяхъ изложилъ ходъ развитія ученія о темпераментахъ, съ ихъ физиологической и психологической стороны, и современное ученіе о характерѣ и ихъ классификаціи, а также ознакомилъ слушателей со способами личной характеристики учащихся; А. П. Нечаевъ прочелъ 5 лекцій по экспериментальной психологіи. Кромя лекцій, ежедневно устраивались еще экскурсіи, такъ что слушатели имѣли возможность посѣтить и Институтъ экспериментальной медицины, и психофизиологическую лабораторію при В.-Медицинской Академіи, побывали и въ анатомическомъ Музеѣ, и въ училищѣ для глухонѣмыхъ, и въ пріютѣ для идиотовъ и эпилептиковъ, и въ психопатологическомъ Музеѣ В.-Медицинской Академіи, и въ физиологической лабораторіи Университета. Словомъ, по свидѣтельству автора замѣтки, какъ уже указано было выше, слушатели могли считать достигнутой свою цѣль — «познакомиться, на сколько это возможно при современномъ состояніи психологіи, съ внутреннимъ міромъ ребенка, съ процессами, совершающимися въ его душѣ, наконецъ, съ тѣми требованіями психологіи и физической природы, которыя необходимо разумно удовлетворить, чтобы создать изъ ребенка здороваго и полезнаго члена общества».

1638. «Южному Краю» (27 августа) сообщаютъ изъ Славянска, что закрытіе сезона мѣстныхъ минеральныхъ водъ, 25-го августа, сопровождалось *чествованіемъ* городскими и общественными дѣятелями, врачами и представителями другихъ вѣдѣвъ интеллигентнаго труда и промышленности директора водъ, проф. С. И. Зальтскаго. Въ благодарность за его труды по благоустройству водъ постановлено открыть при Славянскихъ минеральныхъ водахъ на частныя средства *Клиническій Институтъ* по *большимъ обмѣна веществъ* съ назначеніемъ С. И. его директоромъ и руководителемъ. Для осуществленія предпріятія избранъ Комиссія изъ 7 членовъ, въ составъ которой вошли 2 врача: д-ръ Кистьяковский и д-ръ Коссовскій, которому и принадлежитъ самая мысль объ устройствѣ Института. — Участіе въ Комиссіи крупныхъ финансистовъ сулитъ Институту матеріальный достатокъ, а научное имя глубокоуважаемаго С. И. обезпечиваетъ ему и широкую научную дѣятельность. Въ добрый часъ!

1639. «Астраханскій Листокъ» (22 августа) передаетъ, что въ

Управление главного врачебного инспектора поступило ходатайство о разрешении открыть в Петербурге санитарно-технический Институт, главной задачей которого является «научное разрешение вопросов водоснабжения, канализации, гигиенического домостроительства и городского благоустройства». Практическая деятельность Института будет заключаться в консультативной и исполнительной работ по санитарно-техническим вопросам.

1640. Только-что полученный нами Отчет о деятельности Харьковскаго медицинского Общества за 1904 г. включает: 1) отчет секретаря Общества, 2) отчет о деятельности лечебных Харьковскаго медицинского Общества и больницы имени Д. А. Донеца-Захоржевскаго, 3) отчет по приему для укушенных бешеными животными, 4) отчет о деятельности бактериологическаго Института, 5) отчет о деятельности Института предохранительных против водобоязни прививок, 6) отчет по библиотеке, 7) отчет Правления и хозяйственной Комиссии, 8) отчет о деятельности химико-микроскопическаго кабинета и 9) отчет канцелярии. В заседаниях Общества за отчетный год, как сообщается в отчете секретаря д-ра М. П. Раскляскаго, были заслушаны следующие доклады: 1) С. Г. Якушевскаго—Къ вопросу о гемолитических и животных съ удаленной селезенкой; 2) его же—О преципитинах; 3) В. В. Фавра—О некоторых врачебных и санитарных учреждениях Петербурга; 4) Г. Я. Остранина—Отчет о командировках на Пироговскій Съезд; 5) Е. П. Браунштейна—Ангинеиформ съчатой оболочкой глаза; 6) В. И. Недригайлова—Войны и бактерии; 7) Е. П. Браунштейна—Къ оперативному лечению опущения верхняго века; 8) М. И. Сетугина—Къ вопросу о сифилисѣ внутреннихъ органовъ: а) сифилисѣ сердца; б) сифилисѣ желудка; 9) П. Н. Лашенкова—Гигиеническіе отряды на театрѣ войны; 10) В. И. Недригайлова—Практическое применение некоторых химическихъ средствъ для очистки питьевой воды въ походахъ; 11) А. Н. Деревянко—Предъявление больного съ врожденнымъ отсутствиемъ среднихъ пальцевъ на рукахъ и 3-го и 4-го на ногахъ; 12) М. И. Сетугина—Окольное кровообращение почки; 13) П. П. Эминета—Случай Бехтеревою формъ неподвижности позвоночника; 14) М. С. Гофмана—Предъявление больного, оперированнаго по поводу холестеатомы уха и сосцевиднаго отростка; 15) М. Т. Алексеева—Исторія у солдатъ, по собственнымъ наблюдениямъ; 16) М. М. Трофимова—Предъявление 4-хъ больныхъ: а) съ пластикой предплечья по Маау; б) съ рубцовой неподвижностью нижней челюсти; в) съ истечениемъ костей таза совместно съ нижней конечностью; г) съ огромной фибромой малыхъ губъ; 17) М. М. Миломова—Лечение воспалительныхъ заболѣваній тазовой брюшины и придатковъ матки; 18) В. И. Недригайлова—Pasteur'овскій Институтъ и le dispensaire antituberculeux въ Lille'; 19) П. И. Шатилова—Реакція на индоль въ разводахъ желчныхъ, холерныхъ и некоторыхъ другихъ микробовъ; 20) М. И. Лифшица—Къ вопросу о нагноенияхъ при брюшномъ тифѣ. 2 случая варьировъ въ печени; 21) его же—Къ казуистикѣ злокачественныхъ новообразований, определяемыхъ исследованиемъ отхаркиваемыхъ массъ; 22) В. И. Недригайлова—Къ вопросу о значеніи фиксаторовъ и стимуляторовъ въ бактерицидныхъ сывороткахъ. 3-й и 20-ый изъ этихъ докладовъ напечатаны въ вып. 1 «Трудовъ» Харьковскаго медицинскаго Общества за 1905 г., доклады 12-ый и 19-ый—въ вып. 3 тѣхъ-же «Трудовъ» за 1904 г.

1641. Въ г. Алуштѣ учреждается Общество курортнаго благоустройства («Крымскій Курьеръ», 24 августа).

1642. 19-го августа, какъ передаетъ «Терекъ» (24 августа), состоялось соединенное засѣданіе врачей, практикующихъ на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ, и бактериологическаго Общества. На этомъ засѣданіи д-ръ Борисовъ прочелъ докладъ объ *организации группнаго управленія и постановокъ санитарнаго на водахъ*. Вопросъ этотъ былъ раздѣленъ на 2 части: 1) о коррективѣ въ существующей системѣ группнаго управленія, которая не требуетъ законодательной санкціи и значительнаго измѣненія бюджета и могутъ быть осуществлены къ сезону будущаго года, и 2) о коренномъ переустройствѣ системы управленія водами и о созданіи санитарныхъ учреждений, заведующихъ санитарнымъ дѣломъ какъ на самыхъ водахъ, такъ и въ районѣ казенныхъ владѣній. Относительно 1-ой части приняты следующие рѣшенія: а) Во главѣ управленія каждой группы должно находиться коллегиальное учрежденіе, состоящее изъ представителей Управленія водъ, 3-хъ практикующихъ на водахъ врачей [и 2-хъ кандидатовъ къ нимъ] по выбору товарищей и 2-хъ выборныхъ представителей мѣстнаго населенія. б) Коллегиальное группное учрежденіе распоряжается самостоятельно хозяйственно-операционнымъ бюджетомъ группы. в) Должности приглашаемыхъ на сезонъ группныхъ и санитарныхъ врачей упраздняются. г) На каждой группѣ учреждается должность постояннаго санитарнаго врача, живущаго въ теченіе всего года на группѣ, съ содержаніемъ не менѣе 3000 р. Санитарный врачъ не занимается частной практикой. д) Всѣ 4 должности заведующихъ группами должны быть замѣнены врачами. Врачи, заведующіе группами, не занимаются частной практикой. е) Идущіеся на группныхъ низшихъ постоянный хозяйственный и административный персоналъ сохраняется. ж) Въ составъ коллегиальнаго группнаго учрежденія въ качествѣ представителей Управленія водъ входятъ: врачъ, заведующій группой; санитарный врачъ, горный инженеръ, архитекторъ и въ подлежащихъ случаяхъ—химикъ. з) Всѣ члены коллегиальнаго группнаго учрежденія, какъ назначенные, такъ и выбранные,

имѣютъ въ Собраніи Коллегіи рѣшающій голосъ. Инструкція для всѣхъ должностныхъ лицъ группы вырабатывается въ общемъ Собраніи коллегиальнаго учрежденія. и) Врачи, желающіе занять мѣста заведующихъ группами, вызываются черезъ публикацію въ медицинскій и общей печати, и полученные отъ врачей заявленія съ приложеніемъ curriculum vitae и ученыхъ работъ препровождаются Управленіемъ водъ на разсмотрѣніе бактериологическаго Общества, которое даетъ свой отзывъ о желательности кандидатахъ. Окончивъ обсужденіе 1-ой части вопроса, Собраніе постановило: если администрація не введетъ къ будущему сезону предлагаемое Собраніемъ коррективы и будетъ на прежнихъ основаніяхъ приглашать врачей на временныя должности группныхъ и санитарныхъ врачей, то Собраніе объявляетъ, что лицъ, принявшихъ эти приглашенія, оно не будетъ считать товарищами и не будетъ входить съ ними въ какія-либо сношенія. По 2-ой части рѣшено избрать 2 Комиссіи, по 7 членовъ каждая, въ Пятигорскѣ и Москвѣ, для выработки проекта. Комиссіи работаютъ самостоятельно, а по составленіи проектовъ обмѣниваются трудами. Въ началѣ сезона 1907 г. Комиссіи вырабатываютъ общій проектъ или представляютъ свои проекты общему Собранію всѣхъ практикующихъ на водахъ врачей.

1643. «Новому Обзорѣн» (27 августа) сообщаютъ изъ Одессы о следующемъ *случаѣ операци*, произведенной больной на *самой себѣ*. Больная (г-жа П.), долго страдавшая водяной жизнью, однажды утромъ найдена была лежащей въ постели безъ сознанія; подъ ея кроваткой оказалась большая лужа водянистой жидкости съ примѣсью крови, а рядомъ—окровавленная бритва. Приведенная въ чувство, больная разсказала, что она рѣшила сама произвести себѣ операцию на животѣ, которая, какъ ей казалось, должна была быть несложной. Для этого она взяла бритву и, вскрывъ себѣ животъ, выпустила изъ него воду. Положеніе г-жи П. тяжелое...

1644. Многоуважаемый П. П. Тутмышкинъ, объ обвиненіи котораго въ мадонствѣ на Липецкомъ курортѣ мы сообщали 2 недѣли назадъ (см. выше, № 34, стр. 1070), прислалъ намъ въ засвидѣтельствованныхъ копияхъ нѣсколько документовъ, *которые возстановляютъ, на нашъ взглядъ, его оставшаеся до сихъ поръ незапятнаннымъ доброе имя*. Документы эти следующие: 1) «Протоколъ Совѣщанія врачей, практикующихъ на Липецкихъ минеральныхъ водахъ, отъ 17-го августа 1906 г.», собиравшихся, по просьбѣ П. П. Тутмышкина, съ varочитомъ цѣлью «обсудить корреспонденціи, помѣщенные въ № 79 «Тамбовскаго Голоса» и № 201 «Русскаго Слова», которыми кладутъ тѣнь на его врачебную репутацію»; 2) заявленіе его товарищей и сослуживцевъ по Харьковской губернской земской больницѣ, посланное ими въ Тамбовскую психіатрическую больницу, куда онъ выступаетъ кандидатомъ на должность директора; 3) заявленіе 25-ти курортныхъ его больныхъ, поданное ими директору Липецкихъ водъ, и 4) письмо его больного, г. Дурново, посланное имъ въ редакцію «Русскаго Слова» и до сихъ поръ \*) пока тамъ не напечатанное. Вотъ резолюція Совѣщанія Липецкихъ врачей: «Совѣщаніе врачей, выслушавъ объясненія д-ра Тутмышкина; принявъ къ свѣдѣнію всѣ представленныя Совѣщаніемъ документальныя данныя; сопоставивъ свои личныя наблюденія надъ врачебной дѣятельностью д-ра Тутмышкина за истекшій сезонъ съ фактами, приведенными въ корреспонденціяхъ; принявъ во вниманіе свѣдѣнія о д-рѣ Тутмышкинѣ, которые они, врачи, получили отъ общихъ съ нимъ больныхъ; наконецъ, отнѣтивъ связь корреспонденцій, касающихся личности д-ра Тутмышкина, съ цѣлымъ рядомъ корреспонденцій въ «Тамбовскомъ Голосѣ», въ которыхъ дѣлаются совершенно ни на чемъ не основанныя нападки на порядки Липецкаго курорта («Тамбовскія Губернскія Вѣдомости» въ № 177 совершенно ясно разоблачили лживость и замалчиваніе корреспонденцій «Тамбовскаго Голоса» о Липецкомъ курортѣ);—принявъ все это въ соображеніе, Совѣщаніе врачей вынесло единогласно следующую резолюцію: Давныя, сообщенныя въ корреспонденціяхъ «Русскаго Слова» (№ 201) и «Тамбовскаго Голоса» (№ 79), которыми кладется тѣнь на врачебную репутацію д-ра П. П. Тутмышкина, должны быть признаны въ большей своей части извращенными, а въ остальной—просто лживыми» (слѣдуютъ подписи). Врачи Харьковской губернской Земской больницы писали по этому же поводу врачамъ психіатрической больницы Тамбовскаго губернскаго Земства следующее: «Мы, нижеподписавшіеся врачи Харьковской губернской Земской больницы, товарищи и сослуживцы д-ра П. П. Тутмышкина, узнавъ, что онъ выступаетъ кандидатомъ на должность директора психіатрической больницы Тамбовскаго губернскаго Земства, считаемъ своимъ товарищескимъ долгомъ довести до свѣдѣнія Тамбовскихъ товарищей, что мы волюй присоединяемся къ единогласной резолюціи врачей, практикующихъ на Липецкихъ минеральныхъ водахъ, признавшихъ корреспонденціи «Тамбовскаго Голоса» и «Русскаго Слова», которыми кладется тѣнь на врачебную репутацію д-ра П. П. Тутмышкина, лживыми и извращающими дѣйствительность. Зная близко д-ра Тутмышкина, какъ гуманнаго врача, не только безкорыстно, но даже въ ущербъ своимъ личнымъ интересамъ борющагося за улучшеніе больничнаго дѣла, организуемаго на началахъ аутономіи и коллегиальности, мы утверждаемъ, что онъ не способенъ на поступки, въ совершеніи которыхъ его обвиняютъ авторы 2-хъ упомянутыхъ корреспонденцій (слѣдуютъ подписи). Заявленіе 25-ти ку-

\*) Документъ присланъ намъ П. П. Тутмышкинымъ 2-го сентября. Ред.



портных больных д-ра *Тутышкина* и письмо г. Дурново свидетельствуют о внимательном и гуманном его к ним отношении. «Ни разу д-ром *Тутышкиным* я не был вынуждаем», пишет, между прочим, г. Дурново, «улачивать ему гонорар, и доктор в продолжении курса лечения делал мне подожжым выписывания, выслушивая меня, давая мне советы, прописывая по ходу болезни те или иные средства, довольствовался одним рублем, который я ему давал за это, и всегда неизменно был со мною ласков, внимателен, терпелив»...

1645. В присланном нам № 3 «Степного Понера» (от 25-го июля) — прогрессивной ежедневной газеты, издающейся (? *Ред.*) в Омске, — мы с глубокою скорбью прочитали следующую заметку: «*Карьера и... домовитость*». — «Это началось в ту эпоху, когда русский народ лил свою кровь на Дальнем Востоке, а причастные к войне бюрократы — крупные, средние и мелкие — устранили свою судьбу, одни по принципу одной из героинь Успенского: «В кармане-то, в кармане-то норови!», а другие, которым судьба заградила доступ к хлебным делам, довольствовались движением по службе, утешаясь тем, что лучше хотя что-нибудь, чем ничего. В эту многообещающую эпоху там, в Петербурге, в один весьма прекрасный день выпал жребий и на долю некоего ст. сов. врача *Керстена*. Был он до сего дня чиновником (VI класса) для поручений при главном в.-медицинском Управлении и, что называется, сидел у (чиновничьего) моря и жалел погоды, в тайн вздыхая, что погода близко приближается к «шторму»: ни взад, ни вперед. Но вот подул втерок с запада, и... в его руках парус, т. е. виновать бумага, в кой прописано, что он чиновник VI класса *Керстенс* командирован чиновником V класса Сибирского в.-окружного медицинского Управления. Хорошее начало, открывающее «разумные» перспективы. «В чин повысился» и посылают если не на войну, то к войне поближе и для военных надобностей, туда, где получают, отправляют, выдают, снабжают на огромные числа военные суммы... В Омске! а в Омске есть склад или т. наз. аптечный магазин Сибирского в.-медицинского Управления. В этом магазине получается отовсюду, а из него отправляется даже до Харбина. Все это приятно было в соображение, и ст. сов. *Керстенс* начал свою службу для войны письмом на имя управляющего этим магазином Макарскаго. Мы не будем приводить этого письма целиком (оно у нас имеется). Скажем только, что оно написано весьма тонко и политично, как и подобает «Петербургской шутке». В нем говорится, что вновь назначенному чиновнику V класса желательно прожить в Омске дешево и удобно. Свое право на такое соизволение несовместимого чиновник V класса формулирует так: «Пріѣзжаю я в Омск на время войны на должность чиновника для поручений V класса и по окончании ее возвращусь в главное в.-медицинское Управление, каковое обстоятельство прошу принять во внимание, а равно и родъ предстоящей мнѣ деятельности». Как ни тонко был сдлан намек, однако его поняли, и в Омске в квартире управляющего нашелся приличный угол как для самого г. *Керстена*, так и для его супруги. Тут же был готовым всегда и стол. И все это бесплатно. Вышло именно так, как он и желал — весьма дешево и очень удобно. Но оказалось, что ни он, ни его супруга одним этим не могут еще удовлетвориться — им нужно еще поклонение и уничижение. В этом направлении и поведена была атака на гостеприимных хозяев. Атака была более энергичная и действительная, что в это время г. *Керстенс* состоял председателем Комиссии, ревизующей аптечный магазин. Предупреждающим и его женой сама собой вставала дилемма: «Или уйдешь, или готовься к неприятностям. Как затѣм происходила в подробностях эта борьба, неизвестно; но только в конце концов жена управляющего заявила жене ревизора: «Вон из нашей квартиры! Довольно натерпелись мы от вас. Из квартиры ревизор, конечно, ушел, но затѣм в магазин не всем стала оказываться недостава. Этого нѣтъ, другого не хватает. Управляющий, человек больной, взял да в самом начал этих нападений и умер от разрыва сердца. А оставшиеся чиновники магазина пробовали было заявить г. *Керстенсу*. Позвольте, мы Вам найдемъ все эти недостающие предметы. Но от него получился гордый ответ: Комиссия не указывает; она сама находит. Однако не находила; начесть увеличивался, и на долю умершего пришлось что-то около 700 р., которые должна уплатить жена из своей вдовой пенсис. Непочтительность была таким образом наказана. Ревизор же от магазина перешел к другим делам и вездѣ действовал с поразительной энергией, как он это сам говорит в написанной его рукой аттестации самому себе от имени окружного инспектора. Вот выдержка из этого отзыва *Керстена* о *Керстенс*, подписанного по слабости характера бывшим инспектором *Казанским*: «Привел в порядок дела аптечного склада в тяжелое для управления время, при чем по целым дням работал в магазине, исполняя в тоже время обязанности моего (инспектора) помощника и принимая участие в других Комиссиях». «Кроме того» и в тоже время «с успехом побывал в Семипалатинскѣ, с чем и представил отчет, заслуживший одобрение командующего войсками округа». «Энергическими и умными мерами он с успехом остановил развитие брюшного тифа в Сибирском кадетском корпусе и в гарнизонѣ». «Все эти деятельности» заслуживают одобрения... Принимая во внимание, что все это пишет человек сам о себе, мы не смеем сомневаться, что все было

именно так, а не иначе. Не усомнилось и начальство (высшее), хотя и не знало об авторстве владельца аттестации, и наградило его чином действительного статского советника. Это, конечно, не много, далеко не то, что миллион, напр., в банк, но все же кое-что! А, если принять во внимание, что впереди итѣется в виду место инспектора, то для малограмотного человека, который пишет «все эти деятельности», пожалуй, и достаточно, ибо тут открывается путь к тайному советнику. А между тем «все эти деятельности» теперь всплывают наружу и оказываются ничем иным, как мелкой личной мстостью мертвому. Новый управляющий магазином, принимая имущество, был поражен, что все отмеченные Комиссией *Керстена* недостатки в магазине оказываются налицо. Расспросив, что это значить, он узнал всю историю с ее начала, с квартиры со столом и пр. А узнав, доложил кому следует, точно также показал и письмо *Керстена* к покойному Макарскому. Инспектор *Казанский*, в свою очередь, телеграммой спланил облить память покойного. Словом, вдов не грозит больше никакая опасность. Но... А г. *Керстенс*? Неужели он будет продолжать «все эти деятельности»? Вид, если хорошенько вдуматься, то в его поступках найдется очень многое, что стоит в прямой противоречии с русским законодательством. Впрочем, может быть, все происходило не так, как это у нас изложено (хотя мы пишем по документам)<sup>1)</sup>; тогда не благоволили ли г. *Керстенс* исправить наши ошибки? — Так как № газеты (от 25-го июля) прислан нам только на днях, то нужно думать, что «исправлений» со стороны г. *Керстена* (Н. П.) до сих пор еще не последовало. Неужели они не последуют и впредь? Неужели печальной памяти война приведет к позорному столбу, на суд народный, среди других «героев хищничества» таких же «героев» и из врачей?!

1646. Оскорбительная для д-ра *Баумана* заметка (см. выше, № 33, стр. 1038, № 35, стр. 1103) продолжают появляться на страницах «Волгара». В газетѣ этой от 26-го августа итѣется, напр., следующая: «*Медицинскія знаменитости*. Фельдшер П. А. Шитов и доктор В. В. Баулин положительно сдѣлались знаменитостями. По поводу сборов в лечебницѣ их фамилии упоминаются даже в специальном медицинском журнале «Русский Врач». Журнал советует врачу Баулину для реабилитации себя привлечь местные газеты к ответственности». — Мы, действительно, видим в этом единственный возможный ответ на оскорбления и недоумиваем перед молчанием д-ра *Баумана*.

1647. «Рѣчи» (31 августа) сообщают, что в Москве открылась серия растрат: вслѣд за растратой в Обществѣ сельского хозяйства, обнаружена растрата в *Соборской дѣтской больницѣ*, приблизительно на такую же сумму и также производившаяся в теченіи нѣскольких лѣтъ. Растратен капитал в 40000 р. слишком, принадлежавший существующему при больницы благотворительному Обществу помощи выходящим из больницы дѣтям. Фактическое завѣдываніе этим Обществом, а слѣд. и его капиталами находились всецѣло в руках д-ра *Яблокова* и его супруги, которые занимали в Обществѣ должности казначея и секретаря. Никакой контроль и никакая ревизія из деятельности не касались, и только, когда д-ръ *Яблоков* умер, началась «поправка сумм» и «ознакомленіе с его деятельностью», что и не замедлило вынести растрату.

1648. Как сообщает «Рѣчи» (1 сентября), в Алафузовской городской больницы в Петербургѣ произошел новый конфликт между главным врачом и служебными персоналом больницы. Поводом к возникновению конфликта послужило требованіе главного врача, чтобы в больницу допускались только те булочники, которые им избраны и которые доставляют булки много лѣтъ. Против этого служащие энергично протестуют и настаивают на допущеніи къ продажѣ в больницу булокъ всѣх торговцев, хотя бы они и не принадлежали къ числу избранных главного врача.

1649. По словам «Одесскаго Листка» (25 августа), Херсонской уѣздной земской Управой в сентябрѣ созывается *врачебно-санитарное Совѣщаніе*, къ участію, в котором предполагается пригласить по 1 представителю отъ фельдшеров и фельдшериц — при обсужденіи условий деятельности фельдшерскаго персонала.

1650. Как передает «Астраханскій Листокъ» (25 августа), опубликовано положеніе об *Астраханской школѣ фельдшеровъ и фельдшериц-акушерицъ*. Въ школѣ 4 класса — первые 3 — фельдшерскіе, а послѣдній — акушерскій. Принимаются лица въ возрастѣ 16—28 л., окончившія курсъ мужских или женскихъprogимназій.

1651. «Рѣчи» (30 августа) сообщают, что вслѣд за нѣкоторыми германскими Университетами, предпринявшими въ этомъ году извѣстныя репрессіи по отношенію къ вновь поступающимъ студентамъ-иностранцамъ, пошли также и свободные швейцарскіе Университеты, установившіе въ этомъ году спеціальныя для иностранцевъ вступительныя экзамены по нѣмецкому и французскому языкамъ.

<sup>1)</sup> Документы итѣются слѣдующіе: 1) копія съ письма *Керстена* къ Макарскому отъ 16-го декабря 1905 г.; 2) копія съ аттестата за № 10616; 3) копія съ запроса инспектора *Казанскаго* управляющему Кремневу за № 3070; 4) копія съ ответа на запросъ за № 581; 5) копія съ телеграммы инспектора *Казанскаго* въ главное Управление отъ 9-го апрѣля 1906 г., № 3068.



1652. «La Quinzaine thérapeutique» (10 сентября) отмѣчает появленіе въ печати брошюры д-ра *Icard'a* (изъ *Marseille'a*)—*La signe de la mort réelle en l'absence du médecin. La constatation et le certificat automatique des décès à la campagne*. Брошюра эта, заслуживающая, по мнѣнію названнаго журнала, самаго серьезнаго вниманія общественныя властей, врачей и всѣхъ, озабоченныхъ возможностью смѣшенія мнимой смерти съ действительной, посвящена изложенію опасности такой ошибки и средствъ избѣжать ея. Въ отсутствіи врача единственнымъ несомнѣннымъ признакомъ смерти можетъ считаться начавшееся гніеніе. Но признакъ этотъ—слишкомъ поздній, и выжиданіе его не можетъ быть разрѣшено, какъ противорѣчащее требованіямъ общественной гигіены. Заслуга д-ра *Icard'a* состоитъ въ томъ, что онъ указалъ способъ опредѣленія начавшагося разложенія гораздо раньше обнаруженія несомнѣнныхъ признаковъ гніенія. Разложеніе уже очень рано проявляется выдѣленіемъ сѣрныхъ газовъ, наличие которыхъ, должнымъ образомъ доказанная, съ тою-же несомнѣнностью свидѣлствуетъ о действительной смерти, какъ и очевидное гніеніе. Эти сѣрные газы, равнѣ продукты трупнаго разложенія, образуются главнымъ образомъ и въ большомъ изобиліи въ легкихъ, откуда и выдѣляются черезъ носъ. Такимъ образомъ для доказательства действительности смерти достаточно ввести въ одинъ изъ носовыхъ ходовъ или положить у одной изъ ноздрей кусочекъ реактивной бумаги, измѣненіе цвѣта которой подъ влияніемъ сѣрныхъ газовъ дастъ очевидное для самыхъ неослѣдженныхъ лицъ, чисто автоматическое, доказательство действительности смерти. Д-ръ *Icard* для этой цѣли предлагаетъ обыкновенную писчую бумагу съ начертанными на ней растормомъ нейтральнаго уксуснокислаго свинца какими-нибудь надписями или чертежами, обнаруживающимися на этой камушкой совершенно блѣлой бумагѣ только при воздѣйствіи на нее сѣрныхъ газовъ. Эта реакція на сѣрные газы происходитъ во всѣхъ случаяхъ действительной смерти, и ея не получается во всѣхъ случаяхъ смерти мнимой; она является признакомъ несомнѣнной смерти, столь-же вѣрнымъ, какъ и гніеніе, и въ то-же время яснымъ для всѣхъ. Проявляясь при средней температурѣ къ концу 1-го дня или началу 2-го, она вмѣстѣ съ тѣмъ оказывается и относительно раннимъ признакомъ.

1653. Въ Соединенныхъ Штатахъ рѣшено строго наказывать пренебрегающихъ запрещеніемъ плавать въ общественныхъ мѣстахъ. Недавно арестованы въ одинъ вечеръ 9 лицъ, плававшихъ въ корридорахъ и фойе театра. Между ними были богатый биржевой маклеръ, зажиточный купецъ, управляющій крупнымъ помѣстьемъ и известный актеръ. Биржевому маклеру, ходатайствовавшему объ отпускѣ его подъ залогъ, полиція предложила внести 500 долларовъ (2500 фр.). Такъ какъ у него оказалось съ собой только 300 долларовъ, то ему пришлось провести ночь подъ арестомъ, въ камерѣ, гдѣ газовый рожокъ освѣщала прописное объявленіе: «No spitting allowed» (*Montpellier médical*, 19 августа).

1654. Чтобы дать понятіе о частотѣ кровопусканій въ *Vitiges* въ концѣ среднихъ вѣковъ, д-ръ *Meuser* приводитъ счетъ госпиталя *Saint-Jean*. По этому счету администрація названнаго учрежденія уплатила въ 1342 г. огромную сумму въ 334 парижскихъ фунта (*livres parisis*) за кровопусканія, произведенныя только сестрамъ госпиталя, по расчету—2 денѣе (*denier*— $\frac{1}{2}$  су) за кровопусканіе, и это только за одинъ 1342-ой годъ (*Montpellier médical*, 19 августа).

1655. Умерли: 1) 21-го августа земскій врачъ Калазинскаго уѣзда, Тверской губ., *Гавриилъ Михайловичъ Жерновковъ*, родившійся въ 1857 г., а званіе врача получившій (въ Москвѣ) въ 1884 г. Въ Калазинское Земство покойный поступилъ вскорѣ-же по окончаніи курса и пробывъ тамъ участковымъ врачомъ въ с. Талдомѣ до 1-го мая 1906 г., когда вынужденъ былъ оставить службу по болѣзни—ракъ пищевода, давшій въ послѣдствіи переносы въ печени и брыжжѣ. Смерть унесла прекраснаго товарища, честнаго и в. мягкаго человѣка, отзывчиваго на всѣ нужды окружающихъ его людей. Отдать послѣдній долгъ покойному собралось все населеніе с. Талдома, гдѣ работалъ все время своей службы *Г. М.*, и много жителей окрестныхъ селеній. (Сообщено *Г. А. Стратонитскимъ*).—2) 24-го августа, въ Кисловскѣ, *Фридрихъ Готфридовичъ Дебеле* («Товарищъ», 3 сентября), родившійся въ 1868 г., а званіе врача получившій въ 1894 г. По единодушному отзыву знавшихъ покойнаго, онъ былъ весьма свѣдущій и опытный врачъ и человѣкъ необычайно располагающихъ къ себѣ душевныхъ качествъ, приобщавшихъ ему вездѣ, гдѣ-бы онъ ни служилъ, общія симпатіи и уваженіе.—3) 27-го августа, въ Ростовѣ н/Д., старшій ординаторъ мѣстной Николаевской больницы *Иванъ Юстиновичъ Ставскій* («Привозскій Край», 29 августа), родившійся въ 1851 г., а званіе врача получившій въ 1878 г.—4) Въ Одессѣ, скоропостижно, *Евгеній Адольфовичъ Фрикеръ*, родившійся въ 1846 г., а званіе врача получившій въ 1874 г. Покойный былъ однимъ изъ организаторовъ Одесской Евангелической больницы и много лѣтъ заведывалъ ея хирургическимъ отдѣленіемъ. Въ «Новомъ Обозрѣніи» (29 августа), откуда мы имѣемъ извѣстіе объ его смерти, помѣщенъ очень теплый его некрологъ.

Намъ доставлены слѣдующія, относящіяся къ порядѣшему времени, *официальныя свѣдѣнія* о врачахъ: *Абуляниъ* (онъ же *Абуловъ*), земскій врачъ Бахмутскаго уѣзда, уволенъ отъ службы, за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ Земствомъ,—*Азбукинъ*, штатный ординаторъ Орловской губернской земской больницы, уволенъ отъ службы, согласно прошенію.—*Адресовъ*, ординаторъ Тамбовской психиатрической лѣчебницы душевно-больныхъ, опредѣленъ на должность помощника директора означенной больницы.—*Аристовъ*, врачъ 2-го участка Павлодарскаго уѣзда, уволенъ въ отставку, согласно прошенію.—*Атласъ*, и. д. сельскаго врача 4-го участка Астраханскаго уѣзда, освобожденъ, согласно прошенію, отъ исполненія обязанностей временно занимаемой имъ должности.—*Бабаловъ*, Карскій окружной врачъ, перевѣщенъ, согласно прошенію, на должность ординатора Закавказскаго Олыгискаго повивальнаго Института.—*Бартольдъ*, врачъ для порученій при Управленіи медицинской частью гражданскаго вѣдомства на Кавказѣ, перевѣщенъ, согласно прошенію, на должность младшаго врача Бакинскій морской центральной врачебно-наблюдательной станціи.—*Буконинъ*, опредѣленъ и. д. Новоалександровскаго городского врача.—*Бурмадзе*, опредѣленъ на должность сельскаго врача Ахалкалакскаго уѣзда.—*Веймалъ*, младшій врачъ Бакинскій морской центральной врачебно-наблюдательной станціи, уволенъ отъ службы, согласно прошенію.—*Вируцкій*, опредѣленъ на должность сельскаго врача 4-го участка Орскаго уѣзда.—*Гурвичъ*, сверхштатный врачъ Сывранской земской больницы, уволенъ отъ службы, за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ Земствомъ.—*Евсеевъ*, врачъ 3-го участка Павлодарскаго уѣзда, уволенъ въ отставку согласно прошенію.—*Еленискій*, провекторъ при кафедрѣ патологии и анатоміи Харьковскаго Университета, перевѣщенъ на должность провектора Харьковской Николаевской больницы.—*Захаринъ*, опредѣленъ на должность врача при Гомельскомъ духовномъ училищѣ сверхъ штата.—*Иакириновъ*, опредѣленъ на должность земскаго врача Вобровскаго уѣзда.—*Ильинскій*, штатный ординаторъ Московской городской имени кн. А. А. Щербатова больницы, уволенъ отъ службы, согласно прошенію.—*Казанковъ*, опредѣленъ и. д. Карсунскаго уѣзднаго врача.—*Калантарянцъ*, ж.вр., назначена временно исправляющей должность сельскаго врача 4-го участка Астраханскаго уѣзда.—*Калмыковъ* (онъ же *Безсоловъ*), опредѣленъ ординаторомъ Ростовской на Дону Николаевской городской больницы.—*Камневъ*, Маленковский городской врачъ, уволенъ отъ службы, согласно прошенію.—*Киришенбаиъ*, опредѣленъ на должность врача для порученій при Управленіи медицинской частью гражданскаго вѣдомства на Кавказѣ.—*Клячко*, опредѣленъ на должность Островскаго городского врача.—*Колянъ*, младшій врачъ Кишиневской еврейской больницы, уволенъ отъ занимаемой имъ должности, за выѣздомъ изъ Россіи.—*Кузнецовъ*, уволенъ, согласно прошенію, отъ правъ государственной службы по должности земскаго врача Хорольскаго уѣзда.—*Кузмановъ*, врачъ-консультантъ Эстляндской Крестоводвиженской общины сестеръ милосердія, уволенъ отъ службы, согласно прошенію.—*Кусакинъ*, опредѣленъ на должность земскаго врача Сарапульскаго уѣзда.—*Малеинъ*, опредѣлена на службу врачомъ Устьянскаго переселенческаго врачебнаго пункта, Енисейской губ.—*Михайловъ*, Горійскій уѣздный врачъ, перевѣщенъ, согласно прошенію, на должность врача 3-й части гор. Тифлиса.—*Мяновскій*, и. д. Аратовскаго уѣзднаго врача, уволенъ отъ службы, согласно прошенію.—*Петерсонъ*, опредѣленъ и. д. Ревельскаго уѣзднаго врача.—*Розенъ*, опредѣленъ на должность сельскаго врача 13-го участка Верхнеуральскаго уѣзда.—*Роткель*, опредѣленъ на должность врача при Люблинской губернской типографіи.—*Синельниковъ*, опредѣленъ и. д. Кобеляскаго городского врача.—*Струлинскій*, опредѣленъ и. д. Григоріопольскаго городского врача, Тираспольскаго уѣзда.—*Субичинскій*, Опоченскій уѣздный врачъ, уволенъ отъ службы, согласно прошенію.—*Смѣтестровичъ*, назначенъ Мисскимъ городовымъ врачомъ.—*Тааръ*, утверждёнъ въ должности Ампельскаго приходскаго врача Эстляндской губ.—*Татаркинъ*, земскій врачъ Таганрогскаго округа, назначенъ, согласно прошенію, на должность Ростовскаго на Дону городского врача.—*Фридь*, назначенъ ординаторомъ при вновь выстроенномъ домѣ для умалишенныхъ на Александровской высотѣ въ Ригѣ.—*Ходоровскій*, и. д. Сорокскаго уѣзднаго врача, переведенъ на должность земскаго врача Оргѣвскаго уѣзда.—*Черниковъ*, и. д. Свияжскаго уѣзднаго врача, переведенъ на должность врача санитарнаго надзора Самарскаго участка Казанскаго округа путей сообщенія.—*Шатъ-Алисъ*, Ардаганскій окружной врачъ, перевѣщенъ, согласно прошенію, на должность Карскаго окружного врача.

Опечатки въ статьѣ д-ра *З. Ф. Орловскаго*—«Изъ клиническихъ наблюденій надъ дигаленомъ», помѣщенной въ №№ 32—34.

Стр.	Столб.	Строка.	Напечатано:	Слѣдуетъ читать:
984	2-й	2	сн.	плоты погоды
985	1-й	7	св.	<i>Liegenbet</i> <i>Ziegenbein</i>
»	»	17	»	удалось удавалось.
»	2-й	21	сн.	<i>Rottmann</i> <i>Kottmann</i>
986	2-й	28	св.	<i>Pezzi</i> <i>Pesci</i>
№ 34.				
1050	2-й	31	св.	слѣва влѣво
1051	1-й	13	сн.	небольшая наибольшая
1052	1-й	23	»	<i>Runnberg</i> <i>Romberg</i> .

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

## МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Нѣмецкіе.

Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie, т. XV. 1. Auerbach und Brodnitz. Ueber einen grossen intraduralen Tumor des Cervikalmarkes. Случай успешнаго удаленія опухоли спинного мозга. 2. Cohn. Ueber Gefrierpunktbestimmungen des Blutes und seröser Körperflüssigkeiten. Опредѣленіе точки замерзанія крови и сывороточныхъ жидкостей при различнаго рода заболѣваніяхъ. 3. Boas. Welche Aussichten bestehen für eine Frühdiagnose der Intestinalcarcinome. О раннемъ распознаваніи раковыхъ опухолей кишечника. Клиническій очеркъ. 4. Renner. Künstliche Hyperleucocytose als Mittel zur Erhöhung der Widerstandskraft des Körpers gegen operative Infektionen. Рассматриваетъ вліяніе мукленной кислоты какъ средства повышающаго лейкоцитовъ теср. сопротивляемость зараженію при операціяхъ. 5. Kaufmann. Peptisches Geschwür nach Gastroenterostomie. Случай образованія свища между желудкомъ, ободочной и тощей кишками послѣ операціи желудочно-кишечнаго соустья. 6. Looser. Zur Kenntniss der Osteogenesis imperfecta congenita und tarda. Описаніе случая. 7. Schüller. Guajacol zur Behandlung der Nierentuberkulose. Отмѣчаетъ благоприятное вліяніе гуакола при бугорчаткѣ почекъ. 8. Sarbach. Das Verhalten der Schilddrüse bei Infektionen und Intoxikationen. Выводъ: острья заразная болѣзнь, особенно скарлатина вызываютъ въ щитовидной железнѣ рѣзкія измѣненія (приливъ крови, разжиженіе коллоидной ткани, сгущиваніе эпителия). 9. Lüthi. Ueber experimentelle venöse Stauung in der Hundeschilddrüse. Исслѣдованіе измѣненій наступающихъ въ щитовидной железнѣ при перевязкѣ ея вѣнь. 10. Aeschbacher. Ueber den Einfluss krankhafter Zustände auf den Iod- und Phosphorgehalt der normalen Schilddrüse. О вліяніи различныхъ заболѣваній на содержаніе въ щитовидной железнѣ фосфора и іода. 11. De Quervain. Thyreoiditis simplex und toxische Reaktion der Schilddrüse. Отмѣчаетъ разницу между простымъ воспаленіемъ щитовидной железы и измѣненіями въ ней вследствие общаго отравленія при различнаго рода болѣзняхъ. 12. Anschütz. Ueber die Darmstörungen nach Magenoperationen. О разстройствѣ кишечника послѣ операціи на желудкѣ. Обстоятельный клиническій очеркъ. 13. Hesse. Ueber eine Beobachtung von bilateraler idiopathischer juveniler osteoarthritis deformans des Hüftgelenkes. Случай обособивающаго воспаленія бедренныхъ суставовъ у молодой женщины. 14. Ledderhose. Studien über den Blutlauf in den Hautvenen unter physiologischen Bedingungen. О кровяномъ токъ въ кожныхъ венахъ при нормальныхъ и ненормальныхъ условіяхъ. Весьма обстоятельное клинико-физиологическое исслѣдованіе. 15. Laeuer. Untersuchungen über den funktionellen Wert der sich nach Entkapselung neubildenden Nierenkapseln. Опытное исслѣдованіе объ отравленіяхъ новообразованной (вслѣдъ за искусственнымъ снятіемъ) почечной оболочкой. 16. Stadler und Hirsch. Meteorismus und Kreislauf. Опыты на животныхъ относительно вліянія вдутія воздуха на кровообращеніе. 17. Adolph. Fall von schwerster Allgemeinfektion bei Cholangitis. Случай тяжелаго общаго отравленія при воспаленіи желчныхъ путей съ исходомъ въ выздоровленіе послѣ операціи. 18. Lennander. Ueber lokale Anästhesie und über Sensibilität der Organe und Gewebe. Исслѣдованіе надъ чувствительностью различныхъ органовъ человѣческаго тѣла. 19. Pochhammer. Beobachtungen über Entstehung und Rückbildung traumatischer Aphasie. Описаніе случая. 20. Loeb. Gutachten über eine traumatische Verletzung des Conus terminalis. Случай перелома позвоночника съ пораженіемъ нижняго отрѣзка спинного мозга. 21. Goebel. Ueber Leberabscesse. 17 случаевъ нарыва печени. 22. М. И. Ростовцевъ. Ueber die epidemische Natur der Perityphilitis und deren Beziehungen zu Influenza und anderen Infektionskrankheiten. О т. наз. эпидемичности перитифлита. Цифрами опровергаетъ ученіе объ эпидемичности. 23. Hoffmann. Beitrag zur Frage der Darmdesinfektion. Наблюденія надъ противогнилостнымъ вліяніемъ принятаго внутрь неоформа. Результаты положительныя. 24. Oppenheim. Zur Symptomatologie und Therapie der sich im Umkreis des Rückenmarkes entwickelnden Neubildungen. Объ опухоляхъ развивающихся въ оболочкахъ или въ костномъ каналѣ спинного мозга. 5 собственныхъ наблюденій. 25. Ramstom. Die Peritonealnerven der vorderen und lateralen Bauchwand und des Diaphragma. Анатомическое исслѣдованіе о распространеніи нервныхъ окончаній въ передней и боковой брюшной стѣнкѣ и въ грудобрюшной перегородкѣ. 26. Korach. Ueber Appendicitis larvata. Клиническій очеркъ. 27. Oberndörfer. Beiträge zur pathologischen Anatomie der chronischen Appendicitis. О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при затяжномъ аппендицитѣ. 28. Schmidt. Vegetationsbilder bei Magen-Darmerkrankungen. О бактеріяхъ желудка и кишечника при различныхъ заболѣваніяхъ.

Tuberculosis, январь. 1. J. A. Knopf. Heilstätten für tuberkulöse Patienten und deren medicinische und sociale Aufgabe. Рѣчь, читанная на Парижскомъ международномъ Сѣздѣ по бугорчаткѣ. 2. В. Buhre. Der schwedische Nationalverein gegen Tuberkulose. Изложеніе дѣятельности общества. 3. Pierre J. Rondopoulo. La tuberculose pulmonaire en Grèce pendant les 5 dernières années (fréquence, formes, etc.). Краткій очеркъ. 4. Проф. de-la-Camp. Fortschritte in der Diagnostik der Lungentuberkulose. Очеркъ успѣховъ въ области распознаванія бугорчатки. 5. Internationale Enquête über die Beziehungen zwischen Prostitution und Tuberkulose. Вопросный листъ.

Февраль. 1. Desider O. Kuthy. Sur les moyens de combattre la tuberculose dans les établissements pénitentiaires. О борьбѣ съ бугорчаткой въ тюрьмахъ. 2. Internationale Enquête über die Tuberculose in Gefängnissen. Вопросный листъ. 3. Stoevesandt. Das Luftkurhaus in Bremen. Описаніе здравницы. 4. H. Carrière. La tuberculose et l'armement antituberculeux en Suisse. Борьба съ бугорчаткой въ Швейцаріи. 5. Erlass des Königlich-Sächsischen Ministeriums des Inneren, betreffend Bekämpfung der Tuberculose. Указъ Саксонскаго министерства внутреннихъ дѣлъ о борьбѣ съ бугорчаткой. 6. Ordinance in Relation to Consumption in St. Louis. Объ обязательной регистраціи бугорчатки въ С.-Луи. 7. Projet de règlement relatif au nettoyage et à la désinfection du matériel affecté au transport des voyageurs, à la constructions et à l'entretien des locaux mis à la disposition du public et du personnel. Проектъ правилъ объ очисткѣ и обеззараживаніи желѣзно-дорожныхъ вагоновъ. 8. Aerztliche Erfahrungen aus den Lungenheilstätten der Landesversicherungsanstalt Berlin in Beelitz. Врачебныя наблюденія изъ здравницы Beelitz возлѣ Берлина.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, т. 9, тетр. 9 (Декабрь). 1. E. v. Leyden. Der 1 Kongress für Physiotherapie in Lüttich vom 12 bis 15 August 1905. Отчетъ о первомъ Сѣздѣ по физиотерапіи. 2. Ernst Sommer. Ueber Ischiassbehandlung mittels physikalisch-therapeutischer Methoden. Лѣченіе ишиаса физическими способами. 3. M. Krahn. Ueber einen einfachen Ersatz des elektrischen Viereckenbades. Критическія замечанія къ описанію. 4. Проф. Заблудовскій. Der Massageunterricht in der Universität Berlin. О постановкѣ преподаванія массажа въ Берлинскомъ Университетѣ. 5. A. Schanz. Die Bedeutung von Massage und Heilgymnastik in der Skoliosen-Therapie. Значеніе массажа и лечебной гимнастики при лѣченіи искривленій спиннаго хребта.

Тетр. 10 (январь 1906 г.). 1. James Fränkel. Zur Behandlung von Handversteifungen mit dem Bier'schen Saugapparat. 2. Leopold Freund. Eine Schutzvorrichtung für Radiotherapeuten. Описаніе предохранительнаго аппарата для врачей, применяющихъ рентгенотерапію. 3. Achert. Die physikalische Therapie der chronischen Herzkrankheiten in moderner Auffassung und unter epikritischer Beleuchtung. Физиотерапія хроническихъ болѣзней сердца. Обзоръ. 4. Оскар в. Новорка. Die Grenzen und Wechselbeziehungen zwischen der mechanischen Orthopädie und orthopädischen Chirurgie. О границахъ и взаимныхъ отношеніяхъ механической ортопедіи и ортопедической хирургіи.

Тетр. 11 (февраль). 1. Hermann Weber. Mittel zur Verlängerung des Lebens. Рѣчь, читанная въ Лондонскомъ медицинскомъ Обществѣ. 2. Проф. E. Lesser. Die neuen Behandlungsmethoden des Lupus. Лучшее лѣченіе сифиса по Finckel. 3. Koudinju. Die Indikationen der methodischen Massage bei der Behandlung der Neuritis und Polyneuritis. 4. Оскар в. Новорка. Die Grenzen und Wechselbeziehungen zwischen der mechanischen Orthopädie und orthopädischen Chirurgie.

Zeitschrift für Heilkunde, т. 37, тетр. 1, январь. 1. D. H. Lando. Ueber Veränderungen des Pankreas bei Lebercirrhose. Подробная патолого-анатомическая работа объ измѣненіяхъ селенки при циррозѣ печени. 2. Ernst Sträussler. Zur Kenntnis der angeborenen Kleinhirnatrophie mit degenerativer Hirnstrangerkrankung des Rückenmarks. Клиническій очеркъ въ связи съ описаніемъ случая. 3. Wilhelm Scholz и проф. Hermann Zingerle. Beiträge zur pathologischen Anatomie der Kretinengehirne. Къ анатоміи мозга кретинновъ.

Тетр. 2 (Февраль). 1. Emil Zdarek. Chemische Untersuchung eines Chyluszysteninhalts. Химическое исслѣдованіе гнилостнаго содержимаго кисты. 2. Franz Erben. Eine cytologische und hämatologische Untersuchung eines Falles von primärem Endothelioma pleurae. 3. Alexander Skutecky. Die an der Klinik v. Jaksch in den Jahren 1889—1903 beobachteten Fälle von Typhus abdominalis. Обзоръ. 4. Hans Rotky. Weitere Beiträge zur Kasuistik der Perityphilitis larvata. Описаніе случаевъ скрытаго перитифлита. 5. Franz Erben. Klinische und chemische Beiträge zur Lehre von der exsudativen Perikarditis. (He околочена). 6. Fritz Dautwitz. Beitrag zur biologischen Wirkung der radioaktiven Uranpfecherzrückstände aus St. Joachimsthal in Böhmen. Въ остаткахъ отъ урановыхъ смоляныхъ рудъ авторъ тоже нашелъ радиоактивныя свойства.

Редакторы } Д-ръ С. В. Владиславлевъ.  
Проф. В. В. Подвысоцкій.

# СХЛ. Опухоли глазницы, развившіяся въ слѣдствіе кистовиднаго растяженія лобныхъ пазухъ (Sinuitis frontalis ckr-cum dilatatione).

Ч. пр. В. Медицинской Академіи И. Э. Гагенъ-Торна.

Я имѣю въ виду описать особую форму доброкачественныхъ опухолей глазницы, встрѣчающихся весьма рѣдко, — быть можетъ, потому, что не всегда онѣ распознаются. На эту мысль меня наводятъ 2 случая, изъ коихъ въ одномъ я оказывалъ больной оперативную помощь въ Тамбовской губернской земской больницѣ, другой мнѣ пришлось наблюдать въ клиникѣ проф. Н. А. Вельяминова въ бытность мою ассистентомъ клиники. Въ подобныхъ случаяхъ клинически, да, пожалуй, и анатомически, мы имѣемъ дѣло съ опухолью глазницы; съ точки-же зрѣнія развитія и образования этихъ опухолей онѣ представляютъ собой расширение стѣнокъ придаточныхъ полостей носа. Такъ какъ въ русской литературѣ мнѣ не удалось найти описанія случаевъ, соответствующихъ нижеприводимымъ, то я позволю себѣ остановиться нѣсколько подробнѣе на этой формѣ болѣзни.

Прежде, чѣмъ перейти къ имѣющимся въ литературѣ даннымъ по этому вопросу, приведу исторію болѣзни оперированной мною больной и коснусь случая изъ клиники проф. Н. А. Вельяминова, по скольку онъ имѣетъ отношеніе къ моему и даетъ возможность сдѣлать нѣкоторыя общенія.

М. Е., 20 л., крестьянка Елатомскаго уѣзда, Тамбовской губ., поступила въ больницу 1/хІ 1905 г. съ жалобой на опухоль въ области лѣваго глаза. 10 лѣтъ назадъ, сообщила больная, она получила ударъ копытомъ лошади въ область лѣваго глаза и лба. Съ тѣхъ поръ она лишилась зрѣнія на лѣвый глазъ. Рана долго не заживала. Постепенно въ глазницѣ стала развиваться опухоль; появились боли въ области лѣвой 1/4 головы и лѣваго глаза, усиливавшіяся при наклоненіи головы и во время лѣтнихъ полевыхъ работъ.

Высокаго роста; хорошаго сложенія и питанія. Внутренніе органы безъ измѣненій отъ нормы. Лѣвый глазъ закрытъ; открыть вѣки не активно, не пассивно не удается. Въ области лѣваго глаза — опухоль, съ дѣтской кулакъ, занимающая глазницу и выпячивающаяся въверхъ. Нижнее вѣко маленькое, верхнее же очень большое, раза въ 4 больше здороваго; оно выпячено въ видѣ небольшого свода. Наружные покровы вѣкъ не измѣнены. Отъ внутренней спайки вѣкъ лѣваго глаза черезъ переносицу къ брови праваго тянется небольшой, едва замѣтный, бѣлый рубецъ. При ощупываніи выпяченнаго вѣка получается ощущение плот-



Рис. 1.

ной опухоли, но замѣтно и глубокое зыбленіе. При ощупываніи верхняго края глазницы обнаруживается, что край ея неровный, и отчетливо ощущается нѣкій рядъ костныхъ отростковъ, дающихъ впечатлѣніе остеофитовъ. Біенія при надавливаніи на опухоль прощупать не удается. При сдавливаніи опухоль не уменьшается въ объемѣ; надавливаніе на нее не отражается на пульсѣ. При задержкѣ дыханія и наклоненіи головы опухоль въ объемѣ не увеличивается. При попыткѣ открыть глазъ можно обнажить лишь часть конъюнктивы нижняго вѣка. За время наблюденія въ теченіи нѣсколькихъ дней температура все время была нормальная.

З вѣрхъ и кнаружи и отъ внутренней кверху и внутрь до надпереносья (glabella); затѣмъ разрѣзана конъюнктива, и верхнее вѣко отслоено и откинута на лобъ. По верхнему краю глазницы проведенъ разрѣзъ черезъ надкостницу, при чемъ кончикъ ножа проникъ между 2-мя выступами, остеофитами, въ полость, изъ которой показалась густая, сливкообразная, вязкая жидкость. Всѣ остеофиты по верхнему краю глазницы были сняты долотомъ, и полость широко раскрыта. Изъ нея вытекло и извлечено тампонами около стакана вязкой, густой жидкости. Полость эта оказалась выстланной слизистой оболочкой. Верхняя и задняя стѣнки ея были гладкія, правая медіальная представляла стѣнку лобной пазухи, лѣвая стѣнка доходила почти до височной кости. На днѣ полости имѣлся рядъ костныхъ перегородокъ и ячеекъ, напоминавшихъ медовые соты; по удаленіи ихъ костными щипцами осталась истонченная костная пластинка, которая представляла собой горизонтальную перегородку, раздѣлявшую глазницу на 2 половины и одинаково отстоявшую какъ отъ верхняго края ея, такъ и отъ нижняго; оказалось, что это была *верхняя стѣнка* *глазницы*. По удаленіи этой пластинки костными щипцами была вскрыта уже настоящая полость глазницы, въ которой находилось атрофированное глазное яблоко, величиной съ маленькую вишню. Глазъ удаленъ былъ ножницами; костными ячейки и пластинки тщательно выравнены; слизистая оболочка, выстилавшая верхній этажъ полости и лобную пазуху, выскоблена острой ложкой (она легко отдѣлилась отъ кости); полость выложена іодоформной марлей; кожный разрѣзъ по ту и по другую сторону спайки вѣкъ сшитъ нѣсколькими узловатыми швами.

Черезъ 7 дней швы были сняты; получилось заживленіе первыми натяженіемъ. Боль въ глазницѣ исчезла на другой день послѣ операціи; температура все время была нормальная. Полость тампонировалась и постепенно выполнялась грануляциями; отдѣляемое ея было незначительное.

31/хІ М. Е. выписана съ небольшимъ тампономъ, введеннымъ подъ верхнее вѣко въ значительно спавшуюся полость.

Изъ приведенной исторіи болѣзни видно, что въ данномъ случаѣ имѣлась опухоль въ области лѣвой глазницы; но было чрезвычайно трудно рѣшить, какого она была характера? Въ хирургическое отдѣленіе больная была переведена изъ глазнаго отдѣленія съ распознаніемъ — саркома лѣваго глазнаго яблока. Дѣйствительно, опухоль была плотная, неравномѣрная, что давало впечатлѣніе бугристости; зыбленіе можно было различить съ трудомъ, а, какъ извѣстно, ложное зыбленіе часто наблюдается при саркомахъ. На показанія больной, весьма мало развитой, трудно было положиться и потому, вѣроятно, давность заболѣванія не была принята въ расчетъ при постановкѣ перваго распознанія. Принимая, однако, во вниманіе, что опухоль развивалась медленно и существовала нѣсколько лѣтъ, что объективное изслѣдованіе тоже давало возможность судить о давности процесса, ибо сквозь наружные покровы можно было прощупать по верхнему краю глазницы остеофиты, я счелъ возможнымъ исключить предположеніе о наличности злокачественной опухоли. Постановка распознанія значительно осложнялась тѣмъ обстоятельствомъ, что нельзя было съ точностью выяснить, въ какомъ состояніи находилось само глазное яблоко? Трудно было рѣшить, въ какой мѣрѣ пострадалъ глазъ, и пострадалъ-ли онъ въ слѣдствіе травмы или въ слѣдствіе вліянія развившейся опухоли? На связь заболѣванія съ травмой указывалъ не только анамнезъ, но и объективный признакъ — рубецъ, имѣвшій направленіе черезъ переносицу къ брови праваго глаза и представлявшій собой, очевидно, слѣдъ отъ бывшаго удара копытомъ, отъ котораго не только пострадалъ глазъ, но и сосѣдніе съ глазницей органы и ткани. Если допустить, слѣд., что глазъ пострадалъ отъ травмы, то оставалось рѣшить вопросъ, имѣла-ли сама опухоль отношеніе къ травмѣ, или она развилась независимо отъ нея?

Изъ доброкачественныхъ опухолей глазницы, учать *Duplay* и *Reclus*'), надо имѣть въ виду опухоли стѣнокъ глазницы и опухоли самой полости ея. Въ полости глазницы различаютъ опухоли сосудистыя и безсосудистыя. Сосудистыя опухоли бываютъ бьющіися и не бьющіися; къ первымъ принадлежатъ ангиомы и т. наз. четковидныя расширения венъ, ко вторымъ — анейризмы. Т. наз. безсосудистыя опухоли дѣлятся на сплошныя (*tumeurs solides*) и кистовидныя. Въ послѣдней категоріи различаютъ прирожденные опухоли и случайныя кисты; къ прирожденнымъ относятся тератомы, мозговые и оболочечныя грыжи (*encephalo-и meningocele*) и дермоидныя кисты. Неприрожденные кистовидныя опухоли дѣлятся на кровяныя, сыровоточныя и чужеродныя; среди послѣднихъ чаще другихъ встрѣчается ахиноккозная киста глазницы. Кроме опухолей самой

остозы, экзостозы, а также воспалительные процессы стѣнокъ, т. наз. остеоперіоститы, особенно хроническіе, развивающіеся на почвѣ конституціональных болѣзней—сифилиса и бугорчатки.

Уже одно краткое перечисленіе всѣхъ формъ заболѣваний глазницы, приводимыхъ въ руководствахъ, показываетъ, какъ трудно разобраться въ опредѣленіи опухоли глазницы, тѣмъ болѣе, что многія изъ нихъ встрѣчаются крайне рѣдко.

При изслѣдованіи опухоли у вышеописанной больной сосудистую опухоль можно было исключить, ибо ея опухоль не давала біенія, не увеличивалась въ объемѣ при задержкѣ дыханія или при наклоненіи головы, при надавливаніи на опухоль объемъ ея не уменьшался. Мозговые и оболочечныя грыжи чаще всего образуются у верхне-внутренняго угла глазницы и въ области слезноносового канала: но иногда онѣ совершенно походятъ на опухоли полости глазницы. Наиболѣе характернымъ признакомъ ихъ, если сохранилось сообщеніе съ полостью черепа, является наличность костнаго надика, біенія, выпирания и вліяніе на пульсъ при давленіи на опухоль; этихъ признаковъ въ моемъ случаѣ не было. Хотя съ большою вѣроятностью и можно было исключить въ моемъ случаѣ предположеніе о томъ, что здѣсь имѣется опухоль прирожденная, тѣмъ не менѣе мы знаемъ, что нѣкоторые изъ прирожденныхъ опухолей, напр., дермоидныя кисты, остаются иногда не замѣтными до поры до времени, а затѣмъ, въ періодъ половой зрѣлости, начинаютъ быстро увеличиваться въ объемѣ, достигаютъ значительныхъ размѣровъ и вытѣсняютъ даже глазное яблоко.

Положеніе опухоли, ея неравномѣрная плотность, зыбленіе и медленный ростъ не исключали возможности развитія дермоидной кисты въ моемъ случаѣ. Возможно было предположить и эхинококкъ глазницы. Мнѣ пришлось однажды оперировать больного съ эхинококкомъ глазницы, также присланнаго съ распознаваніемъ саркомы ея; но въ томъ случаѣ сама стѣнка глазницы не представляла никакихъ измѣненій, тогда какъ въ этомъ верхній край ея былъ неровный и на немъ прощупывались остеопиты. Этотъ своеобразный признакъ особенно останавливалъ на себѣ вниманіе и заставлялъ думать о томъ, что въ этомъ случаѣ опухоль скорѣе всего развилась не въ самой полости глазницы, а исходила изъ стѣнокъ ея; въ то-же время другой признакъ—зыбленіе, особенно отчетливое по соосѣдству съ остеопитами,—исключалъ предположеніе о развитіи изъ стѣнокъ глазницы костной опухоли—остеома; кистовидныя же формы самостоятельныхъ опухолей стѣнки глазницы надо считать проблематичными. Зыбленіе на ряду съ остеопитами наблюдалось и описано еще при хроническихъ остеоперіоститахъ глазной стѣнки, вызываемыхъ чаще всего бугорчаткой или третичнымъ сифилисомъ; но въ такихъ случаяхъ опухоль не достигаетъ большихъ размѣровъ и того напряженія и плотности, которыя наблюдались у моей больной; раньше или разовьется разлитая флегмона глазницы, или образуется свищъ. Кромѣ того, у моей больной не было никакихъ другихъ проявленій бугорчатки или сифилиса.

Еще при изслѣдованіи больной я вспомнилъ, что подобное сочетаніе признаковъ мнѣ уже пришлось наблюдать одинъ разъ, нѣсколько лѣтъ назадъ, у больной, о которой рѣчь будетъ ниже; во время-же операціи сходство обоихъ случаевъ выяснилось еще болѣе опредѣленно. Когда полость была вскрыта, оказалось, что мѣсто, въ которомъ прощупывалось зыбленіе, представляло собой стѣнку полости, истонченную до исчезновенія въ ней костнаго вещества, тогда какъ остальные стѣнки полости сохранились костными и были выстланы слизистой оболочкой. Полость вмѣщала большое количество тягучей, густой, бѣловатожелтой, сливкообразной жидкости, которая сама не выливалась; ее приходилось вычерпывать тампонами.

Изслѣдованная мною подъ микроскопомъ жидкость оказалась состоявшей изъ распада, жировыхъ капель и рѣдкихъ кристалловъ холестерина; бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ или другихъ форменныхъ элементовъ найти въ ней не удалось. Микробовъ въ окрашенныхъ препаратахъ (мазкахъ) тоже не было найдено. Разводки, произведенныя, по моей просьбѣ, прозекторомъ боль-

ленаго гноя; но, такъ какъ жидкость перенесена была въ лабораторію, къ сожалѣнію, безъ бактериологическихъ предосторожностей, то этой находкѣ большого значенія придавать нельзя.

Полость представляла, какъ это видно изъ описанія операціи, своеобразное строеніе: она заключена была со всѣхъ сторонъ, за исключеніемъ части истонченной передней стѣнки, костной тканью и состояла изъ растянутаго и слившихся лобной, рѣшетчатой и клиновидной пазухъ. Лобная пазуха была дов. ровной, и ее можно было опупать пальцемъ; сообщенія ея съ полостью носа найти не удалось. Кзади и внаружи на костной стѣнкѣ полости были остатки костныхъ перегородокъ, а книзу и внаружи, кромѣ костныхъ перегородокъ, сохранились и отдѣльныя костныя ячейки; очевидно, это были ячейки рѣшетчатой пазухи, а кзади—видоизмѣненная и расширенная полость клиновидной пазухи. Нижняя стѣнка полости представляла собой верхнюю стѣнку глазницы, но настолько опущенную, что самая глазница оказалась на  $\frac{1}{2}$  меньше глазницы другого глаза. Когда эта пластинка была удалена костными щипцами, то я вошелъ въ настоящую полость глазницы и нашелъ въ ней атрофированное глазное яблоко. Такое состояніе полости и отношеніе ея къ глазницѣ заставляеть думать, что ударъ копытомъ, полученный больной въ дѣтствѣ, вызвалъ, съ одной стороны, поврежденіе глаза съ послѣдовательной атрофіей глазного яблока, а съ другой, коснувшись переносицы, нарушилъ цѣлость выводного протока лобной пазухи въ полость носа. Судя по рубцу и по состоянію лобной пазухи, обслѣдованной изнутри пальцемъ, сама лобная пазуха повреждена не была; но вслѣдствіе уничтоженія протока выводного протока въ ней стала скопляться жидкость; отдѣляемое ея слизистой оболочкой постепенно распирало полость, и стѣнка послѣдней стала подаваться въ сторону наименьшаго сопротивленія, т. е. въ сторону верхней пластинки глазницы. Постепенно въ этотъ процессъ вовлечены были ячейки рѣшетчатого лабиринта и клиновидная пазуха, а такъ какъ въ полости глазницы глазъ атрофировался, то и вся верхняя стѣнка глазницы подавалась въ сторону отчасти запустѣвшей полости глазницы. Такимъ образомъ кистовидная опухоль съ громадной полостью развилась на счетъ растяженія костныхъ стѣнокъ придаточныхъ полостей носа и верхней стѣнки глазницы. Такое образованіе трудно не назвать опухолью, и въ то-же время его нельзя назвать кистой или эмпіемой лобной пазухи; еще менѣе подходит названіе водянки пазухи.

Другая больная, которую мнѣ пришлось наблюдать нѣсколько лѣтъ назадъ, во многихъ отношеніяхъ походила на только что описанную. У нея глазъ сохранился; но громадная опухоль глазницы оттѣснила его внизъ и внаружи настолько, что центръ праваго зрачка оказался на  $\frac{1}{2}$  пальца ниже зрачка лѣваго здороваго глаза. У этой больной, какъ видно изъ помѣщенного ниже съѣтписнаго снимка, любезно предоставленнаго мнѣ проф. Н. А. Вельяминовымъ, тоже черезъ переносицу шелъ рубецъ; она тоже въ дѣтствѣ получила ударъ копытомъ въ переносицу. При опущиваніи опухоли вдоль верхняго глазничнаго края сквозь наружные покровы замѣчались выступы, напоминавшие остеопиты и въ одномъ мѣстѣ образовавшіеся какъ-бы вѣнчики, сквозь который палецъ опущалъ болѣе мягкую часть опухоли, дававшую не вполне ясное ощущеніе зыбленія. При операціи изъ разрыва, сдѣланнаго по верхнему краю глазницы, показалась тягучая, сливкообразная жидкость, которая подъ микроскопомъ оказалась состоявшей изъ распада и блестящихъ жировыхъ шариковъ. Полость сообщалась съ расширенной лобной пазухой, а нижняя ея стѣнка, очевидно, истончилась, растянута и вытѣснила глазъ изъ глазницы въ направленіи книзу и внаружи. Очевидно, и въ этомъ случаѣ опухоль развилась на счетъ расширенія лобной пазухи, а вѣроятно, и рѣшетчатой, вслѣдствіе накопленія въ ней отдѣляемаго ея слизистой оболочкой и вслѣдствіе того, что отъ переносицы траумой закрылся выводной протокъ лобной пазухи.

Развитіе опухолей глазницы вслѣдствіе кистовиднаго растяженія полостей носа представляется образованіемъ рѣдкимъ, и въ большинствѣ руководствъ по хирургіи о такихъ опухоляхъ или вовсе не упоминается, или упоминается лишь вскользь, при чемъ изъ одного учебника въ другой переходитъ названіе «*hydrops sinus frontalis*» или «*mucocele*», причиной развитія которыхъ выставляется хроническое воспаленіе лобной пазухи и закрытіе протока выводного протока ея вслѣдствіе набуханія слизистой оболочки и образованія полиповъ. Опредѣленныхъ истинныхъ признаковъ не приводится. Въ русск.





Рис. 2.

словъ; въ руководствѣ *Bergmann'a*, *Brunns'a* и *Mikulics'a* \*) въ главѣ о хирургическихъ заболѣваніяхъ носа и его придаточныхъ полостей (статья проф. *Kümmel'a*) говорится лишь объ острыхъ и хроническихъ нагноеніяхъ придаточныхъ полостей носа, развивающихся какъ на почвѣ общихъ заразныхъ болѣзней, такъ и вслѣдствіе перехода *per continuitatem* воспалительнаго процесса изъ полости носа. Та форма, которую я собственно и имѣю въ виду, обойдена молчаніемъ. Въ руководствѣ *Duplay* и *Reclus* \*) упоминается лишь о томъ, что наблюдаются случаи скопленія жидкостей въ лобной пазухѣ—«*collection liquide du sinus frontal*»; подъ этимъ названіемъ надо разумѣть эмпиему и водянку лобной пазухи. Нагноеніе лобной пазухи бываетъ острое и хроническое; послѣдняя форма зависитъ по большей части отъ сифилиса и бугорчатки (?). Водянка лобной пазухи (*hydropisie enkystée*) есть скопленіе не гнойной жидкости: сюда относятся кисты железистыя, кровяныя и эхинококковыя. Железистыя кисты лобной пазухи появляются либо вслѣдствіе скопленія отдѣляемаго слизистой оболочки пазухи при закрытіи выходнаго ея протока, либо развиваются, какъ настоящія кисты, на счетъ пролифераціи какой-либо железы, собственно ея слизистой оболочки.

За послѣднее время интересъ къ заболѣваніямъ лобныхъ пазухъ и вообще придаточныхъ полостей носа замѣтно увеличился; появились спеціальныя атласы, посвященные изображенію анатоміи полостей [изъ нихъ особаго вниманія заслуживаютъ атласъ *Onodi* \*) и *Killian'a* \*)]; появился цѣлый рядъ монографій по этому вопросу въ англійской, французской и нѣмецкой литературахъ. Слѣдуетъ указать на монографіи *Logan Turner'a* \*), *Luc'a* \*), *Kunth'a* \*), *Hajek'a* \*). *L. Turner*, впрочемъ, упоминаетъ лишь объ острыхъ и хроническихъ эмпиемахъ полостей; *Hajek* тоже останавливается по преимуществу на этихъ заболѣваніяхъ, но упоминаетъ и о разбираемой мною формѣ заболѣванія; такъ, въ главѣ о заболѣваніяхъ лобной пазухи онъ говоритъ о «воспалительныхъ опухоляхъ» лобной пазухи, къ числу которыхъ относитъ кисты, полипы и водянку ея. Подъ названіемъ водянки (*hydrops*) надо понимать, говоритъ онъ, скопленіе вслѣдствіе временнаго или постояннаго закрытія выводнаго протока слизистаго отдѣляемаго, которое постепенно распираетъ стѣнки лобной пазухи. Въ извѣстномъ числѣ случаевъ развитіе водянки приводится въ причинную связь съ травмой; въ другихъ причина ея остается невьясненной, такъ какъ нѣкоторые авторы наблюдали ушибъ въ самомъ раннемъ дѣтствѣ, между 3 и 6 годами, а опухоль развивалась лишь потомъ, между 20—25 годами».

истончается сначала на мѣстѣ ушиба, а затѣмъ и въ окрестности его, и такимъ образомъ въ области лба или глазницы появляются опухоли значительной величины. При обширномъ расширеніи полости не только можетъ быть выпячено глазное яблоко, но могутъ быть смѣщены и лабиринтъ рѣшетчатой кости и даже клиновидная пазуха. Иногда наиболѣе тонкая стѣнка пазухи—верхняя стѣнка глазницы—не истончается, а выпячивается и выгибается по направлению къ глазницѣ, какъ это было въ случаѣ, описанномъ герцогомъ *Karl'омъ Theodor'омъ Баварскимъ*, и въ моемъ случаѣ; иногда-же истончается не только глазничная пластинка, но и задняя стѣнка пазухи, какъ это было въ случаѣ *Bellingham'a*, въ которомъ можно было наблюдать біеніе мозга и непосредственно ощупать глазное яблоко.

Наиболѣе подробно изложены болѣзни лобной пазухи въ «*Handbuch für Laryngologie und Rhinologie*» *Heymann'a* \*). Въ соответствующей главѣ этого руководства проф. *Killian* описываетъ особую форму заболѣванія лобной пазухи, которую онъ называетъ «*sinuitis frontalis chr. cum dilatatione*». Заболѣваніе это настолько рѣдкое, что самому проф. *Killian* у ни разу не пришлось наблюдать его, но въ литературѣ онъ собралъ 64 соответствующихъ описанія \*). *Killian* указываетъ на то, что расширеніе пазухи происходитъ при этомъ заболѣваніи весьма медленно и постепенно и обнаруживается лишь черезъ 1—2 года отъ начала его; оно достигаетъ иногда значительныхъ размѣровъ, такъ что полость вмѣщаетъ 100, 200 и даже 300 к. см. жидкости. Жидкость весьма рѣдко оказывалась водянистой (только въ 5 случаяхъ); въ большинствѣ-же случаевъ она была или слизистая, или слизисто-гнойная, такъ что въ сущности названіе «водянка» (*hydrops*) совершенно не подходяще и должно быть оставлено. Скорѣе можно было-бы этому скопленію дать названіе «*mucosele*» или «*pyosele*». Жидкость—слизистая, безъ запаха, тягучая, сѣроватаго, желтоватаго или иногда бурого цвѣта, содержитъ, по описанію нѣкоторыхъ авторовъ, кристаллы холестерина и рѣдко микроорганизмы. Слизистая оболочка пазухи, по *Müller'u*, представляется при этомъ слизисто-перерожденной, но съ сохранившимся эпителиемъ. Стѣнка пазухи, постепенно расширяясь, иногда такъ истончается, что при давленіи получается «трескъ пергамента»; иногда костная ткань совершенно исчезаетъ, такъ что оболочка пазухи выпячивается въ образовавшуюся недостатку въ родѣ грыжи. Иногда въ процессъ вовлекаются и сосѣднія полости: ячейки лобной и рѣшетчатой костей (*cellulae frontales* и *ethmoidales*). Процессъ образованія опухоли на счетъ расширенія пазухи протекаетъ въ теченіи многихъ лѣтъ (отъ 1 года до 6 и даже до 25 лѣтъ). Чаше всего, въ  $\frac{3}{4}$  случаевъ, растяженіе полости происходитъ на счетъ наиболѣе тонкой костной пластинки глазничной стѣнки лобной пазухи, а потому, естественно, отражается на глазномъ яблокѣ, которое смѣщается кнаружи и книзу. Описаны 2 случая, говоритъ *Killian*, въ которыхъ смѣщеніе глаза было настолько велико, что онъ находился на уровнѣ кончика носа; въ одномъ наступила полная слѣпота на этотъ глазъ; въ общемъ, однако, зрѣніе страдаетъ рѣдко, а, такъ какъ процессъ протекаетъ медленно, то часто не бываетъ и двоенія въ глазахъ; подвижность глазнаго яблока и вѣкъ, особенно верхняго, рѣзко ограничены. Опухоль развивается, однако, не только въ сторону глазницы; иногда, въ рѣдкихъ случаяхъ, истончается и выпячивается и передняя стѣнка пазухи, и тогда опухоль распространяется на лобъ и високъ; изображеніе такихъ случаевъ имѣется въ работѣ *Steiner'a* \*), (случай *Langenbeck-Barckhausen'a*) и въ работѣ *Prochnow'a* \*), (изъ Будапештской клиники). Иногда истончается и задняя стѣнка, отдѣляющая лобную пазуху отъ полости черепа; такой случай, какъ уже было упомянуто, описать *Bellingham'омъ*.

Относительно происхожденія этихъ опухолей, по мнѣнію *Killian'a*, вопросъ еще не вполне выясненъ. Въ собранныхъ имъ случаяхъ заболѣваніе не зависѣло отъ каріознаго процесса въ костяхъ или отъ образованія гнойника. *Killian* отрицаетъ также причинную связь расширенія

\*) Сюда вошли, между прочимъ, случаи, описанные еще въ

полости съ развитіемъ въ ней самостоятельной кисты, такъ какъ ни разу не было найдено при этомъ двойной стѣнки, т. е., кромѣ стѣнки пазухи, еще стѣнки кисты. Французскіе авторы, наоборотъ, допускаютъ такое образованіе этихъ опухолей; такъ *Garreau*<sup>14)</sup> въ своей диссертации приводитъ 1 свой и 3 случая изъ литературы и на основаніи анализа жидкости пытается доказать, что въ этихъ случаяхъ опухоль образовалась вслѣдствіе развитія въ ея полости кисты изъ железокъ слизистой оболочки. Доказательства его, однако, не убѣдительны. «Было-бы благодарной задачей», говоритъ *Killian*, «пролить больше свѣта на то обстоятельство, въ какой мѣрѣ на развитіе этихъ заболѣваній вліяютъ травматическія поврежденія въ области лобной пазухи и какъ поврежденія эти отражаются на *ostium frontale*?» Къ сожалѣнію, въ описанныхъ случаяхъ рѣдко отмѣчалось состояніе выходного прохода изъ лобной пазухи (*ostium frontale*); но изъ 15 случаевъ, въ которыхъ имѣются указанія на этотъ счетъ, въ 11 была полная его непроходимость. Въ этомъ отношеніи описываемые мною случаи могутъ пополнить пробѣлы: въ нихъ обоимъ была травма, при чемъ сохранившійся рубецъ указывалъ ея мѣсто—область переноса; выходной проходъ оказался при операціи непроходимымъ.

Выходной проходъ изъ лобной пазухи—*ostium frontale* или *ductus nasofrontalis*—образуется лобной и рѣшетчатой костями на мѣстѣ ихъ соединенія. Онъ помѣщается въ самой нижней части лобной пазухи и открывается въ воронку (*infundibulum*). Выходное отверстіе со всѣхъ сторонъ окружено частями рѣшетчатой кости. Ударъ въ области переноса можетъ, даже не разрушая носовыхъ костей, отразиться на цѣлости частей рѣшетчатой кости и измѣнить расположеніе канала или даже уничтожить его просвѣтъ, не говоря уже о вліяніи на состояніе послѣдняго кровоизліянія и отслойки выстилающей каналъ слизистой оболочки. Такимъ образомъ даже безъ воспалительнаго процесса могутъ быть созданы условія, вызывающія накопленіе жидкости въ пазухѣ. То, на первый взглядъ странное обстоятельство, что опухоль развивается къ 20—25 годамъ, въ то время, какъ ушибъ былъ полученъ еще въ дѣтствѣ (какъ было и въ моихъ случаяхъ), объясняется, быть можетъ, тѣмъ, что въ дѣтствѣ имѣется лишь зачаточное состояніе лобной пазухи и она развивается вплоть, какъ показали анатомическія изслѣдованія, къ 7—11 годамъ.

Если воспалительный процессъ изъ носовой полости переходитъ въ лобную пазуху и слизистая оболочка, вслѣдствіе воспаленія, перерожденія или образованія полиповъ, набухаетъ, то просвѣтъ канала тоже можетъ быть уничтоженъ, и начавшаяся эмпіема пазухи вызоветъ также растяженіе полости при значительномъ скопленіи гноя. Дѣйствительно, случаи хроническаго воспаленія лобной пазухи съ расширеніемъ ея имѣютъ много общаго съ эмпіемой пазухи; въ этихъ случаяхъ полость также подается въ сторону глазницы, но чаще всего даетъ выпячиваніе у внутреннего угла глаза. Выпячиваніе, т. е. образованіе опухоли и растяженіе полости, не достигаетъ большихъ размѣровъ; чаще происходитъ прободеніе стѣнки, и развивается флегмона глазницы. Если процессъ переходитъ на ячейки рѣшетчатой кости, то выпячиваніе, въ случаѣ накопленія гноя, можетъ произойти въ самой глазницѣ и вліять на положеніе глазного яблока. Случаевъ подобнаго рода описано за послѣдніе годы дов. много. *Moure*<sup>15)</sup> сообщилъ интересный случай, когда эмпіема ячеекъ рѣшетчатой кости вызвала выпячиваніе глазного яблока; послѣднее стало на мѣсто послѣ произведенной внутриносовымъ путемъ операціи—вскрытія рѣшетчатыхъ пазухъ.

При эмпіемахъ выходной протокъ закрывается не вполне или лишь временно; поэтому при изслѣдованіи полости носа можно замѣтить появленіе въ передней части средняго носового хода, въ области воронки, капли гноя, и это обстоятельство даетъ цѣнный признакъ для постановки diagnosa (*Hajek*). При полной закупоркѣ выходного отверстія этимъ признакомъ воспользоваться нельзя. Кромѣ того, при эмпіемахъ постоянно имѣется другой характерный признакъ — боли въ области лобной

пазухи, или самостоятельныя или получающіяся при постукиваніи въ области ея. Часто въ этой области и въ области вѣка наблюдается отечность кожи. Отсутствіе перечисленныхъ признаковъ въ случаяхъ эмисселе, часто протекающихъ безболѣзненно, значительно затрудняютъ распознаваніе.

Такимъ образомъ опухоль, развившуюся вслѣдствіе кистовиднаго растяженія лобной пазухи, можно распознать съ трудомъ; характернымъ является развитіе опухоли въ области глазницы со смѣщеніемъ глазного яблока; иногда бываетъ замѣтно истонченіе кости, которая вдавливается, какъ крышка жестянки, или даетъ хрустъ пергамента; иногда часть стѣнки опухоли даетъ зыбленіе; возможно присутствіе остеофитовъ [которые, между прочимъ, отмѣчены и *Stedmann*'омъ<sup>16)</sup> въ его случаѣ]. Если будетъ обращено большее вниманіе на значеніе травмы, бывшей много лѣтъ назадъ, то соотвѣтствующій анамнезъ можетъ тоже способствовать распознаванію.

Относительно способа лѣченія рассматриваемыхъ образованій нужно сказать, что онъ еще не выработанъ, тогда какъ вопросъ о хирургическомъ лѣченіи эмпіемъ породилъ цѣлую литературу и цѣлый рядъ различныхъ типовъ и способовъ операцій. Отмѣчу способы *Ogston-Luc'a*, *Kunth'a*, *Jansen'a*, *Killian'a*. При всѣхъ нихъ лобная пазуха вскрывается со стороны наружныхъ покрововъ, при чемъ въ однихъ случаяхъ разсѣкается передняя ея стѣнка (*Ogston, Kunth*), въ другихъ — нижняя (*Jansen*), въ третьихъ — передняя и нижняя (*Killian*). Существуютъ еще различныя видоизмѣненія этихъ способовъ, имѣющія цѣлью устранить неблагоприятные результаты операцій въ косметическомъ отношеніи. Большинство авторовъ, вскрывая полость, дренируютъ ее черезъ носъ, пролагая путь черезъ выходной проходъ и расширяя его; другіе (*Kunth, Jansen*) не совѣтуютъ дренировать черезъ носъ, а предлагаютъ выскабливать слизистую оболочку полости и добиваться заустѣнія послѣдней путемъ развитія грануляцій и соединительной ткани. Въ случаяхъ, соотвѣствующихъ описаннымъ мною, — большинство ихъ относится къ до-противогнозному періоду, — хирурги ограничивались вскрытіемъ полости, при чемъ иногда принимали лѣченіе проколомъ, а иногда широко вскрывали полость ножомъ, долотомъ, пилой. Лѣченіе это давало или отрицательные результаты и возвращало болѣзнь (при проколѣ), или долго не заживавшіе свищи. Необходимо, мнѣ кажется, удалять, какъ это и было сдѣлано въ моемъ случаѣ, всю слизистую оболочку и стремиться къ заустѣнію полости. Въ другихъ случаяхъ, когда всю слизистую оболочку удалить не удастся, необходимо проложить изъ лобной пазухи путь черезъ выходной ея проходъ въ полость носа; тогда только и можно надѣяться на скорое заживленіе наружной раны.

Источники. 1. *Duplay et Reclus*. *Traité de chirurgie*, т. IV. *Maladies de l'orbite*. — 2. *Koenig*. «Руководство къ частной хирургіи», 1894 г., т. 1. — 3. *Bergmann, Bruns u. Mikulicz*. *Handbuch der practischen Chirurgie*, т. 1. — 4. *Duplay et Reclus*. *Traité de chirurgie*, т. I, стр. 18. — 5. *Onodi*. *Die Nebenhöhlen der Nase*. Wien. 1905 г. — 6. *Killian*. *Die Nebenhöhlen der Nase*. Jena. 1903 г. — 7. *Logan Turner*. *The Accessory sinuses of the nose*. Edinburgh. 1901 г. — 8. *Luc*. *Lectures sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires du nez*. Paris. 1900 г. — 9. *Kunth*. *Entzündl. Erkrankungen der Stirnhöhle*. Wiesbaden. 1895 г. — 10. *Hajek*. *Pathologie u. Therapie der Nebenhöhlen der Nase*. Wien. 1899 г. — 11. *Heymann*. *Handbuch der Laryngologie u. Rhinologie*, т. III, стр. 1124. — 12. *Steiner*. «Archiv f. klin. Chirurgie», 1872 г., т. 13. — 13. *Prochnow*. «Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie», т. XXXIII, стр. 387. — 14. *Garreau*. *Des kystes des sinus frontaux*. Парижская диссертация, 1881 г. — 15. *Moure*. «Annales des maladies de l'oreille» и пр. 1904 г. — 16. *Stedmann*. «The Medical Record», 1885 г., стр. 121.

CXLII. Изъ Обуховской женской больницы въ Петербургъ.

По поводу 2-хъ случаевъ склеродерміи \*).

М. Д. Ханутиной.

Относительная рѣдкость склеродерміи побуждаетъ меня сообщить 2 наблюдавшихся мною случая этой болѣзни, тѣмъ болѣе, что мнѣ удалось произвести въ нихъ и посмертное изслѣдованіе кожи. Одна изъ моихъ больныхъ пріѣхала въ Петербургъ съ специальной цѣлью лечиться отъ своего недуга; это былъ случай разлитой склеродерміи. 2-ая больная поступила въ больницу въ состояніи мочекаменной и умерла на 4-ый день; у этой больной наблюдалась болѣе ограниченная форма, т. наз. склеродактилія и склеродермія носа. Не смотря на то, что твердокожіе уже давно сдѣлалось предметомъ всестороннихъ изслѣдованій, мы и до сихъ поръ еще не знаемъ сути анатомическаго процесса, разыгрывающагося въ кожѣ, а потому я съ особымъ интересомъ занялась изслѣдованіемъ своихъ случаевъ.

Jarisch<sup>1)</sup> въ своемъ извѣстномъ руководствѣ называетъ анатомическій процессъ при склеродерміи гипертрофіей клейдающаго (коллагеннаго) вещества и подкожной кѣтчаткѣ. Очевидно, ему не приходило въ голову изслѣдовать кожу склеродермиковъ, и онъ лишь повторяетъ слова Унна<sup>2)</sup>. Последний съ своей стороны, насколько мнѣ извѣстно, наблюдалъ только 4 случая этой болѣзни, въ числѣ которыхъ имѣлся 1 случай разлитой склеродерміи. Унна резюмируетъ свои изслѣдованія такъ: склеродермія есть гипертрофія предсуществующаго клейдающаго вещества, поражающая всѣ части кожи и приводящая къ атрофіи какъ сосудаго пучка, такъ и эпителиальнаго покрова; въ раннемъ періодѣ болѣзни сосуды собственно кожи (cutis) остаются еще расширенными и бываютъ окружены разномужными соединительно-тканными кѣтками; позже они оказываются суженными, а иногда и совсѣмъ исчезаютъ; подкожная кѣтчатка также постепенно замѣщается разросшимся клейдающимъ веществомъ; волосные мѣшки и потовыя железы бываютъ только одавлены; гипертрофія клейдающаго вещества заканчивается атрофіей, исходной точкой которой можетъ служить т. наз. запусѣвающая артерія (arteriitis obliterans); запусѣваніе же артерій есть слѣдствіе запусѣванія капилляровъ кожи (cutis).

Естественно, что склеродермію въ началѣ смѣшивали съ другими страданіями кожи, и Colies<sup>3)</sup> увѣряетъ, что *Rassman* имѣлъ дѣло не съ твердокожіемъ, а съ истинной словесностью кожи. Только во 2-ой половинѣ 19-го столѣтія стали появляться надежныя микроскопическія изслѣдованія, благодаря которымъ представленіе объ этой своеобразной болѣзни постепенно начало выходить изъ хаотическаго состоянія. Такъ, *Rosbach*<sup>4)</sup>, отмѣчая рѣзко выраженный склерозъ собственно кожи (derma), обращаетъ вниманіе на накопленіе пигмента въ глубокихъ слояхъ *Malpighi*евой сѣти, у отверстій потовыхъ железъ и по близости сосудовъ. Подкожная кѣтчатка въ его случаѣ также изобиловала плотной соединительной тканью и вмѣстѣ съ утолщенной кожей достигала 3—4 мм. въ толщину. Нужно замѣтить, что *Rosbach* принимаетъ свой случай за сочетание склеродерміи съ *Addison*овой болѣзнью на основаніи именно пигментаціи кожи; но изученіе клинической картины его случая показываетъ, что означенная окраска кожи повсюду шла рука объ руку съ затвердѣніемъ, чего, какъ извѣстно, при *Addison*овой болѣзни не бываетъ. На основаніи отрицательной реакціи на гемосидеринъ *Rosbach* исключаетъ кровородное происхожденіе пигмента.

*Lagrange*<sup>5)</sup> въ своемъ случаѣ не наблюдалъ пигментаціи; но его больная умерла отъ рожи, и возможно, что пигментъ видоизмѣнился здѣсь подъ вліяніемъ воспалительнаго пропитыванія кожи. *Lagrange* полагалъ, что видитъ предъ собой только различныя ступени одного и того же хроническаго процесса; но описаніе его такъ подробно и точно, что нетрудно вывести, какія явленія слѣдуетъ отне-

сти къ острому и какія къ хроническому процессамъ. Пузырчатое, мѣстами зернистое перерожденіе кѣточной протоплазмы и ядеръ слизистаго слоя, скопленіе гноя въ подкожной кѣтчаткѣ, лейкоцитозъ въ верхнихъ слояхъ представляютъ продуктъ рожаго воспаленія въ то время, какъ плотность сосочковъ и собственно кожи, разроженіе соединительно-тканыхъ балокъ, почти вполне замѣнившихъ подкожную кѣтчатку, прижатіе потовыхъ железъ плотной соединительной тканью, уменьшеніе числа сосудовъ относятся къ хроническому страданію кожи. Изъ приведеннаго ясно, что авторъ схватываетъ всѣ главныя анатомическія черты склеродерміи. Въ результатѣ—мнѣніе *Lagrange*'а, что склеродермія есть хроническій воспалительный процессъ.

Изслѣдованіе *Chizri*<sup>6)</sup> не прибавляетъ никакихъ подробностей къ тому, что найдено было *Rosbach*омъ.

Работа *Radcliffe Crocker*'а<sup>7)</sup> интересна въ томъ отношеніи, что даетъ автору возможность установить полную тождественность микроскопической картины ограниченныхъ формъ склеродерміи съ разлитыми (*Unna* не признаетъ этой тождественности ни съ клинической, ни съ анатомической точекъ зрѣнія). По *Crocker*'у разница между этими формами заключается только въ степени распространенія процесса: таже пигментація глубокихъ слоевъ *Malpighi*евой сѣти, мелкія кѣтки вокругъ салныхъ железъ и закупоренныхъ сосудовъ. Въ раннемъ періодѣ процессъ не распространяется на полосу потовыхъ железъ и на подкожную кѣтчатку; въ болѣе позднемъ онъ переходитъ на болѣе глубокіе слои, а сосуды къ тому времени уже запусѣваютъ.

Изъ русскихъ авторовъ д-ръ *Георіевскій*<sup>8)</sup> вмѣстѣ съ *Lagrange*емъ и *Crocker*омъ считаетъ склеродермію хроническимъ воспалительнымъ процессомъ. Подтвердивъ всѣ указанныя другими авторами данныя микроскопіи, онъ отмѣчаетъ уменьшеніе числа сосудовъ, не упоминая, однако, объ измѣненіяхъ ихъ стѣнокъ.

*Bouttier*<sup>9)</sup> первый болѣе подробно описалъ измѣненія сосудовъ. Въ сосочкахъ онъ нашелъ ихъ суженными, а въ кожѣ и въ подкожной кѣтчаткѣ артеріи окружены были толстымъ кольцомъ соединительной ткани; но, очевидно, авторъ не придавалъ этому факту особаго значенія.

Правда, *Vidal* еще въ 1875 г. отнесъ найденныя имъ измѣненія въ сосудахъ къ самому существу болѣзни, но лишь съ появленіемъ работы *Goldschmidt*'а<sup>10)</sup> вопросъ о роли сосудовъ при склеродерміи вступилъ въ новый фазисъ. *Goldschmidt* прямо считаетъ страданія кожи при этой болѣзни слѣдствіемъ болѣзни сосудистыхъ стѣнокъ. Сущность патологическихъ явленій въ послѣднихъ сводится, по его мнѣнію, къ запусѣвающимъ эндоартериту и эндофлебиту хроническаго характера, поражающимъ конечныя артеріи кожи, легкихъ и почекъ. Мнѣніе о первенствующемъ значеніи сосудистыхъ измѣненій подтверждается тѣмъ, что измѣненія эти обнаружены были даже въ такихъ частяхъ кожи, которыя на видъ казались совершенно здоровыми. По мнѣнію *Goldschmidt*'а возможно, что измѣненія мелкихъ сосудовъ кожи зависятъ отъ вліянія на нихъ нервныхъ, если не микробическихъ, воздѣйствій. Если относительно больной *Goldschmidt*'а, имѣвшей 43 г. отъ роду, можетъ возникнуть сомнѣніе, не было-ли здѣсь артеріосклероза, то оно вполне исключается у больной *Méry*<sup>11)</sup>, которой было всего 22 г. Въ этомъ случаѣ, также рядомъ съ пигментаціей, склерозомъ соединительной ткани и т. п. признаками склеродерміи, имѣлся на лицѣ распространенный эндоартеритъ, захватившій даже сосуды мышцъ; пораженными оказались одни лишь капилляры.

*Dinkler*<sup>12)</sup> очень подробно описываетъ различныя степени измѣненій въ сосудахъ при склеродерміи. Съ одной стороны, наблюдалось запусѣваніе капилляровъ; съ другой—болѣзненные процессы сосредоточивались главнымъ образомъ во внутренней и наружной сосудистыхъ оболочкахъ. Въ наружной оболочкѣ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ наблюдалась мелкокѣтчаточковая инфильтрація, въ другихъ—атрофія, достигавшая такой степени, что средняя оболочка оказывалась прилегающей непосредственно къ окружа-

\*) Сообщено на засѣданіи врачей Обуховской больницы 14-го 1906 г.

вадась нарушенной, и недостача была замещена соединительной тканью. Кроме того, наблюдалось разрушение упругого слоя внутренней оболочки и разрошение соединительной ткани въ послѣдней; исходной точкой этого склероза внутренней оболочки были инфильтраты, направлявшіеся изъ оболочки средней. Интересно, что *Dinkler* нашелъ вышеописанныя патологическія измѣненія въ стѣнкахъ сосудовъ даже въ самомъ раннемъ періодѣ болѣзни (*stadium oedomatousum*). Что касается мелкоклетчатковыхъ инфильтратовъ, то они имѣлись не только въ наружной оболочкѣ сосудовъ, но и вокругъ железистыхъ образований. Въ эпителиальномъ покровѣ *Dinkler* видѣлъ нѣкоторыя отступленія отъ нормы въ болѣе застарѣломъ случаѣ, а именно онъ нашелъ здѣсь отсутствіе отростковъ въ нитчатомъ слоѣ (*stratum filamentosum*). Такъ какъ данныя, полученные *Dinkler*омъ, касаются больныхъ 34- и 6-лѣтняго возраста, то этимъ (особенно цѣненъ въ этомъ отношеніи послѣдній случай) уже съ положительностью исключается всякая другая причина измѣненій въ сосудахъ, помимо присущей самой склеродерміи. Неудивительно поэтому, что *Dinkler* пришелъ къ заключенію, что центръ тяжести болѣзни заключается именно въ этихъ измѣненіяхъ и что гипертрофія клейдающаго вещества есть явленіе вторичное.

Исслѣдованія *Hoffa* <sup>13)</sup> подтвердила тотъ фактъ, что измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ, описанныя *Dinkler*омъ, наблюдаются уже въ самой ранней ступени болѣзни.

*Franken* <sup>14)</sup> также безусловно увѣренъ въ справедливости теоріи *Dinkler*'а.

*Wolters* <sup>15)</sup> въ 1892 г., подтвердивъ въ обширной работѣ всѣ полученныя *Dinkler*омъ подробности гистологическаго изслѣдованія, не считаетъ, однако, возможнымъ признавать за сосудистыми измѣненіями первенствующее значеніе. По его мнѣнію, склеродермія представляетъ собой хроническое и межуточное воспаленіе, выражающееся 1) стадіемъ размноженія молодыхъ клетокъ вокругъ железъ и сосудовъ, 2) увеличеніемъ количества соединительной ткани кожи и 3) измѣненіями сосудовъ вслѣдствіе сдавливанія ихъ сморщивающейся соединительной тканью. Въ концѣ концовъ въ этой работѣ онъ, однако, говоритъ: трудно рѣшить, измѣняется-ли раньше соединительная ткань или сосуды?; точно также трудно установить причинную связь между этими процессами». Въ 1895 г. *Wolters* <sup>16)</sup> высказывается уже опредѣленнѣе и допускаетъ, что склерозъ клейдающаго вещества не есть причина измѣненій сосудовъ, но развивается рядомъ съ послѣдними.

*Vandervelde* <sup>17)</sup> идетъ дальше *Dinkler*'а и *Wolters*'а и считаетъ склеродермію общимъ артеріосклерозомъ съ преобладаніемъ кожныхъ явленій; къ сожалѣнію, онъ не упоминаетъ о возрастѣ своей больной.

*Lewin* и *Heller* <sup>18)</sup> нашли въ микроскопической картинѣ при склеродерміи тѣ-же подробности, какія уже описаны были выше, но представляютъ себѣ самый ходъ патологическаго процесса нѣсколько иначе: по ихъ мнѣнію, здѣсь подъ вліяніемъ той или другой причины происходитъ параличъ сосудодвигательныхъ центровъ, который и ведетъ къ расширенію сосудовъ, а слѣдствіемъ этого является просачиваніе сыворотки, что усиливаетъ питаніе соединительной ткани и влечетъ за собой гипертрофію ея; отверднѣніе-же соединительной ткани, дѣйствуя вредоносно на равнѣ измѣненныя стѣнки сосудовъ, ведетъ къ эндартериту и эндофлебиту.

Наблюденіе д-ра *Линдстрема* <sup>19)</sup> поучительно въ томъ отношеніи, что измѣненія сосудовъ найдены имъ уже въ ранней ступени болѣзни—въ періодѣ отека.

*Hektoen* <sup>20)</sup>, очевидно, также изслѣдовалъ кожу въ раннемъ періодѣ болѣзни; между тѣмъ въ его случаѣ уже имѣлась на лицѣ гипертрофія клейдающаго вещества, тогда какъ ни одного признака остраго процесса (мелко-клетчатой инфильтраціи) не было вовсе. Возможно также, что у его больного (50 л.) имѣлся уже и артеріосклерозъ, такъ какъ въ работѣ *Hektoen*'а есть указанія на утолщеніе внутренней оболочки и перерожденіе средней также и въ крупныхъ сосудахъ. *Hektoen* старается связать происхожденіе кожного страданія въ его случаѣ съ найденной имъ у его больного атрофіей питовидной железы. Однако, *Notthafft* <sup>21)</sup> по поводу этой гипотезы замѣчаетъ, что па-

тологическія измѣненія зубной железы наблюдаются слишкомъ часто, не сопровождаясь страданіемъ кожи, чтобы не считать такого сочетанія 2-хъ патологическихъ процессовъ простымъ совпаденіемъ.

*Leredde* и *Thomas* <sup>22)</sup> развиваютъ токсическую теорію склеродерміи. Въ микроскопическомъ отношеніи ихъ случай отличается полнымъ отсутствіемъ потовыхъ железъ.

*Notthafft* <sup>23)</sup> нашелъ при склеродерміи разрошеніе соединительной ткани и въ другихъ органахъ—въ печени, селезенкѣ, почкахъ и легкихъ.

Работа *Warde-Turnbridge* <sup>24)</sup> какъ нельзя лучше подтверждаетъ отсутствіе анатомической разницы между частичной и общей склеродерміей. Подобно *Leredde*у и *Thomas*, онъ признаетъ причиной склеродерміи обращающееся въ крови вредоносное начало, химическое, которое и вызываетъ по окружности сосудовъ разрошеніе соединительной ткани.

Въ ряду новѣйшихъ работъ по разбираемому вопросу совершенной неожиданностью является изслѣдованіе *Goldschmidt*'а <sup>25)</sup>: при вскрытіи одного склеродермика онъ нашелъ у него склерозъ внутренней оболочки крупныхъ сосудовъ, въ то время какъ сосуды кожные, если не считать уменьшенія числа ихъ, измѣненій не представляли.

Въ итогѣ микроскопическія данныя при склеродерміи, почти вполнѣ совпадающія у различныхъ авторовъ, указываютъ на такое измѣненіе клейдающаго вещества, которое сопровождается въ начальномъ періодѣ болѣзни явленіями какъ-бы воспалительнаго характера, а позже переходитъ въ періодъ наростанія этого вещества и заканчивается его атрофіей. Эпителиальный покровъ кожи большей частью измѣняется мало, и измѣненія его сводятся по преимуществу къ уменьшенію числа рядовъ *Malpighi*'ева слоя, иногда—къ отсутствію слоя зернистаго [*Schadewaldt* <sup>26)</sup> и др. находили его] и къ отсутствію отростковъ въ слоѣ остистомъ (*Dinkler*). Такое отношеніе безразличное отношеніе эпителиальнаго покрова, можетъ быть, обусловливается бесосудистостью этой ткани, предполагающей извѣстную непрятязательность ея въ смыслѣ питанія.

Скопленіе пигмента въ основномъ слоѣ *Malpighi*'евой стѣи вдоль сосудовъ и потовыхъ железъ есть почти неизмѣнный спутникъ склеродерміи (изъ литературы имѣ извѣстенъ только случай *Lagrange*'а, въ которомъ пигмента не было). Способъ происхожденія пигмента при склеродерміи до сихъ поръ неясенъ: съ одной стороны, химическія реакціи на гемосидеринъ давали отрицательные результаты, съ другой—измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ, наблюдаемыя при склеродерміи, явно свидѣтельствуютъ о кровоизлитіи въ его происхожденіи. Замѣчу однако, что почти всѣ авторы указываютъ на наличность пигментныхъ отложеній также по близости потовыхъ железъ и ихъ протоковъ, что, естественно, наводитъ мысль вообще на какое-то отношеніе эпителия къ образованію пигмента.

Что касается вопроса объ измѣненіяхъ сосудовъ при склеродерміи, то я уже упоминала о томъ, что нѣкоторые авторы склонны видѣть въ нихъ сущность болѣзни, другіе-же, наоборотъ, считаютъ ихъ явленіемъ вторичнымъ (*Unna*). Описаніе этихъ измѣненій сходны между собой почти у всѣхъ новѣйшихъ авторовъ и различаются лишь въ частности; вездѣ повторяется одно и тоже, а именно, что число сосудовъ уменьшено, что самые сосуды склонны къ заустѣвнѣ и что, наконецъ, что очень важно, болѣзненныя измѣненія сосудовъ наблюдаются не только въ гипертрофированной кожѣ собственно, каковое состояніе ея, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, можетъ вести къ послѣдовательнымъ измѣненіямъ стѣнокъ сосудовъ, но и въ сосудахъ, лежащихъ свободно въ глубокой подкожной клетчаткѣ [*Huismans* <sup>27)</sup> и др.] и въ мышцахъ (мой случай 1). *Unna*, впрочемъ, признаетъ эти измѣненія глубокихъ сосудовъ слѣдствіемъ заустѣвнѣ капилляровъ собственно кожи. Насколько трудно оспаривать мнѣніе этого автора, на столько-же трудно доказать справедливость его, если принять во вниманіе, что капилляры собственно кожи (*corii*) снабжаются кровью сосудами болѣе глубокихъ слоевъ кожи (*cutis*). Такъ или иначе, но страданіе сосу-



создании всей картины болезни. То обстоятельство, что некоторые авторы (*Dinkler, Wolters* и др.) наблюдали чередование заболѣвшихъ сосудовъ со здоровыми, говорить противъ возможности какого-либо врожденнаго изъяна въ сосудистой системѣ, ибо наличность этого чередованія уже сама по себѣ исключаетъ подобное предположеніе; наконецъ, врожденные недостатки другихъ отдѣловъ сосудистой системы встрѣчались въ общемъ слишкомъ рѣдко: въ 1-мъ случаѣ *Goldschmidt'a* имѣлся открытый *Botallo*въ протокъ, во 2-мъ — атрофія крупныхъ сосудовъ. Изъ приобретенныхъ страданій сосудовъ артеріосклерозъ, въ обыкновенномъ смыслѣ этого слова, наблюдался в. рѣдко; кромѣ того, самъ по себѣ онъ не вызываетъ тѣхъ измѣненій кожи, которыми характеризуется склеродермія; по крайней мѣрѣ, произведенное мной повѣрочное изслѣдованіе кожи умершаго отъ послѣдствій артеріосклероза мужчины вовсе не обнаружило ни рѣзкихъ измѣненій въ сосудахъ ее, ни вообще какихъ-либо измѣненій въ составляющихъ ее тканяхъ. Возвращаясь къ значенію описанныхъ измѣненій кожныхъ сосудовъ, я повторяю, что съ ними необходимо считаться. Наблюденіе *Goldschmidt'a* (2-ое) нисколько не противорѣчитъ проводимой мною мысли, ибо установленное имъ уменьшеніе числа сосудовъ могло, разумѣется, произойти лишь въ силу какихъ-либо дегенеративныхъ процессовъ.

Потовыя железы обыкновенно находили при склеродерміи сжатыми, иногда — мало измѣненными.

Мышцы, выпрямляющія волосы, часто описываются гипертрофированными, и авторы полагаютъ, что это — слѣдствіе повышенной дѣятельности ихъ, вызванной увеличеннымъ сопротивленіемъ утолщенной и уплотненной кожи.

Подкожная клѣтчатка, какъ видно изъ приведеннаго, представляетъ ту территорію, по направленію къ которой и идетъ разрастаніе клейдающаго вещества.

Такимъ образомъ вопросъ о еути склеродерміи пока еще не рѣшенъ. Правда, обнаруженіе артерита и флебита въ ранней ступени болѣзни говоритъ, какъ будто, за несомнѣнно первичную роль сосудистой системы; но, съ другой стороны, *Hektoen* видѣлъ въ самой ранней ступени болѣзни уже вполне развитую картину гипертрофіи клейдающаго вещества. Это противорѣчіе, можетъ быть, объясняется тѣмъ, что болѣзненные измѣненія въ кожѣ начинаютъ развиваться задолго до того, какъ болѣзнь сами начинаютъ созавать у себя существованіе недуга; вслѣдствіе этого данныя изслѣдованія якобы въ ранней ступени склеродерміи на дѣлѣ совсѣмъ не соответствуютъ ей. Въ общемъ, насколько трудно доказать при этой болѣзни первичность сосудистыхъ измѣненій, настолько же трудно представить себѣ идиопатическую гипертрофію клейдающаго вещества, хотя ч. пр. *Россолимо*<sup>28)</sup> и полагаетъ, что у вырождающихся, рядомъ съ другими изъязненіями, можетъ существовать и недоразвитіе кожи, представляющее хорошую почву для нѣкоторыхъ кожныхъ страданій; такая врожденная, чисто наследственная слабость нѣкоторыхъ системъ тканей извѣстна (нарастающая мышечная атрофія).

Что касается происхожденія болѣзни, то нѣкоторые авторы пытались связать склеродермію съ страданіями нервной системы. Такъ, *Westphal*<sup>29)</sup> нашелъ 2 раза измѣненія въ головномъ, а *Luys* и *Chalmers* — въ спинномъ мозгу; но такихъ наблюденій имѣется слишкомъ мало; а изъ подробнаго сопоставленія 500 случаевъ *Lewin'a* и *Heller'a* видно, что вообще измѣненія нервной системы при склеродерміи встрѣтились всего 7 разъ, и это были самыя повседневныя страданія. *Hoppe-Seyler*<sup>30)</sup>, *Ebstein*<sup>31)</sup> признаютъ заразное происхожденіе склеродерміи. *Eulenburg*<sup>32)</sup> считаетъ ее трофонейрозомъ. Наконецъ, цѣлый рядъ авторовъ признаютъ токсическое происхожденіе твердогожія (*Warde - Tunbridge, Goldschmidt* и др.). *Huismans* высказываетъ мысль, что, если и признавать страданіе сочувственнаго нерва исходной точкой заболѣванія (что не подтверждается статистикой *Lewin'a* и *Heller'a*), то необходимо въ тоже время допустить, что ему предшествовало зараженіе кровообразовательныхъ железъ.

обобщеніе *Hektoen'a* о связи склеродерміи съ измѣненіями зубной железы вообще, хотя въ отдѣльных, частныхъ случаяхъ, быть можетъ, такую связь установить и удастся.

Перехожу къ своимъ наблюденіямъ.

1. С. И., 18 л., крестьянка, дѣвица, поступила въ 4-ое отдѣленіе женской Обуховской больницы 8/уш 1903 г. \*) и передала слѣдующее. 5 лѣтъ назадъ она почувствовала боли въ суставахъ ногъ; позднѣе появились боли и въ лучезапястныхъ суставахъ, и незамѣтно развилось то состояніе, которое и заставило ее лечь въ больницу. Наслѣдственное предрасположеніе и алкоголизмъ въ семьѣ отрицаетъ. Мѣсячныя съ 16 лѣтъ. Занималась крестьянскими работами.

Невысокаго роста; средняго сложенія. Вѣсъ 95<sup>3</sup>/<sub>4</sub> ф., п. 84, дмх. 16. Лицо сѣроватоблѣдное, съ кое-гдѣ видѣющимися темноватыми пятнами; поражаетъ почти полнымъ отсутствіемъ миимики во время разговора. Кожа щекъ напряжена; въ толщѣ ея прощупываются плотные узлы, болѣе или менѣе отграниченные отъ здоровыхъ участковъ. Губы очень блѣдны; при улыбкѣ онѣ растягиваются съ трудомъ и какъ-бы натягиваются надъ здоровыми зубами, обнаруживая оч. блѣдныя десны. Кожа щекъ такая плотная, что въ складку ее захватить не удается. Носъ, особенно хрящевая его часть, туго обтянутъ твердой кожей. Изъ мимическихъ движеній больная производитъ только слѣдующія: она болѣе или менѣе свободно сморщиваетъ лобъ и легко опускаетъ и поднимаетъ вѣки; при спокойномъ-же разговорѣ лицо ея представляется точно окаменѣвшимъ. Кожа на шеѣ измѣнена только сзади, а на грудной клѣткѣ она рѣзко уплотнена только спереди въ области грудины; на животѣ справа отъ срединной линіи она рѣзко пигментирована, слѣва-же почти совсѣмъ обезцвѣчена; обезцвѣчиваніе распространяется и на волосы, покрывающіе лѣвую <sup>1</sup>/<sub>4</sub> лобка; въ тоже время кожа на животѣ вся представляется утолщенной, плотной на ошупь; ее нельзя захватить въ складку, хотя здѣсь она и менѣе напряжена чѣмъ на лицѣ; кожа на поясницѣ, ягодицахъ и въ верхнихъ частяхъ бедеръ пигментирована въ различной степени; на ягодицахъ она отчасти плотна; въ области-же тазобедренныхъ суставовъ плотность эта настолько велика, что въ результатѣ даетъ тугоподвижность суставовъ и вообще ограничиваетъ ихъ движенія въ различныхъ направленияхъ; такъ, больная не можетъ вполнѣ согнуть, отвести и привести бедро; упомянутое уплотненіе кожи распространяется внизъ по бедрамъ безъ рѣзкихъ границъ и не переходитъ на голени; все это мѣшаетъ большой сидѣть въ постели выпрямившись; ходить-же она хорошо. Высшая степень твердогожія въ общемъ наблюдается и на рукахъ; если взять больную за ручные пальцы, то отъ нихъ получается ощущеніе какъ-бы отъ трупца; они холодны, худы, нѣсколько согнуты, напоминая *main en griffe*; цвѣтъ ихъ синеватосѣрый; кожа на нихъ плотна, какъ-бы припаяна къ костямъ; надъ фаланговыми суставами видны болѣе или менѣе глубокія трещины, происшедшія, очевидно, отъ того, что твердая, но истонченная кожа лопалась при сгибательныхъ движеніяхъ пальцевъ (трещины эти постоянно приходится держать подъ повязкой, чтобы избѣжать загрязненія); тылъ обѣихъ кистей пигментированъ; здѣсь также имѣется 2—3 обезцвѣченныхъ пятнышка; ладонная поверхность мертвенно-блѣлая цвѣта, но мягка, слегка влажна и цвѣтомъ своимъ представляетъ рѣзкій контрастъ съ тыломъ кистей. Уплотненіе кожи съ нѣкоторой отчетливостью (1) ее распространяется на наружную и внутреннюю поверхности предплечій и, перейдя черезъ локтевые суставы, неправильно заканчивается на нижнихъ частяхъ обѣихъ плечъ; трещины, и дов. глубокія, имѣются и надъ локтевыми отростками; въ локтевыхъ и лучезапястныхъ суставахъ дов. рѣзкая тугоподвижность. Ногти измѣнены, оч. блѣдны и вслѣдствіе атрофіи пальцевъ кажутся какъ бы вложенными на мягкія части. Волосы на рукахъ длинныя, обильныя. Пульсъ на лучевыхъ артеріяхъ съ трудомъ прощупывается въ глубинѣ уплотненныхъ мягкихъ частей. На видимыхъ слизистыхъ оболочкахъ ни уплотненій, ни пигментаций. Сухожильные рефлексы сохранены, какъ на рукахъ, такъ и на ногахъ, но нѣсколько ослаблены. Чувствительность всѣхъ видовъ нормальная. Реакція на фарадическій и гальваническій токи, пожалуй, нѣсколько замедлена со стороны мышцъ, вѣроятно, вслѣдствіе уменьшенія электропроводности кожи. Паренхиматозные органы и легкія нормальны. Толчекъ сердечной верхушки въ 5-мъ межреберьѣ по лѣвой сосковой линіи; тамъ-же и лѣвая граница сердечной тупости, правая граница — у праваго края грудины; у верхушки небольшое удареніе на 1-мъ тонкѣ; усиленіе на 2-мъ тонкѣ аорты. Уд. вѣсъ мочи колеблется между 1013 и 1015; реакція ея кислая; бѣлка и сахара въ ней нѣтъ, есть немного индикана; микроскопически въ мочѣ ничего ненормальнаго не найдено. Отправленія пищеварительныхъ органовъ въ порядкѣ; позывъ на стулъ хороший. Температура колебалась между 36<sup>2</sup>/<sub>2</sub> и 37<sup>4</sup>/<sub>4</sub> по утрамъ и 36<sup>2</sup>/<sub>2</sub> и 37<sup>4</sup>/<sub>4</sub> по вечерамъ.

Со дня поступленія (8/уш 1903 г.) до іюня 1904 г. въ состояніи больной не замѣтно было существенныхъ прогрессивныхъ измѣненій; наоборотъ, мнѣ казалось, что подъ влияніемъ массажа, ваннъ, фарадизаціи, внутренняго употребленія КЖ и мышьяка упругость уплотненныхъ частей кожи нѣсколько восстанавливается; общее состояніе также было удовлетворительнымъ, и больная прибывала въ вѣсѣ (къ <sup>1</sup>/<sub>2</sub> января онъ достигъ 115 ф., т. е. увели-

\*) Она была показана на общемъ Совѣщеніи врачей Обухов-

валась нарушенной, и недостава была замещена соединительной тканью. Кроме того, наблюдалось разрушение упругого слоя внутренней оболочки и разрошение соединительной ткани в последней; исходной точкой этого склероза внутренней оболочки были инфильтраты, направлявшиеся из оболочки средней. Интересно, что *Dinkler* нашел вышеописанные патологические изменения в ствнках сосудов даже в самом раннем периоде болезни (*stadium oedomatousum*). Что касается мелкоклеточковых инфильтратов, то они имелись не только в наружной оболочке сосудов, но и вокруг железистых образований. В эпителиальном покрове *Dinkler* видел некоторые отступления от нормы в более застарелом случае, а именно он нашел здесь отсутствие отростков в нитчатом слое (*stratum filamentosum*). Так как данные, полученные *Dinkler*ом, касаются больных 34- и 6-лѣтняго возраста, то этим (особенно ценен в этом отношении послѣдний случай) уже с положительностью исключается всякая другая причина изменений в сосудах, помимо присущей самой склеродермии. Неудивительно поэтому, что *Dinkler* пришел к заключению, что центр тяжести болезни заключается именно в этих изменениях и что гипертрофия клейдающаго вещества есть явление вторичное.

Исследования *Hoffa* <sup>13)</sup> подтвердили тот факт, что изменения сосудистых ствнок, описанные *Dinkler*ом, наблюдаются уже в самой ранней степени болезни.

*Franken* <sup>14)</sup> также безусловно уверен в справедливости теории *Dinkler*'а.

*Wolters* <sup>15)</sup> в 1892 г., подтвердив в обширной работе все полученные *Dinkler*ом подробности гистологического исследования, не считает, однако, возможным признавать за сосудистыми изменениями первенствующее значение. По его мнению, склеродермия представляет собой хроническое и межточное воспаление, выражающееся 1) стадией размножения молодых клеток вокруг желез и сосудов, 2) увеличением количества соединительной ткани кожи и 3) изменениями сосудов вследствие сдавливания их сморщивающейся соединительной тканью. В конце концов в этой работе он, однако, говорит: трудно решить, изменяется ли раньше соединительная ткань или сосуды?; точно также трудно установить причинную связь между этими процессами». В 1895 г. *Wolters* <sup>16)</sup> высказывается уже определеннее и допускает, что склероз клейдающаго вещества не есть причина изменений сосудов, но развивается рядом с послѣдними.

*Vandervelde* <sup>17)</sup> идет дальше *Dinkler*'а и *Wolters*'а и считает склеродермию общим артерioskлерозом с преобладанием кожных явлений; къ сожалѣнію, он не упоминает о возрастѣ своей больной.

*Lewin* и *Heller* <sup>18)</sup> нашли в микроскопической картинѣ при склеродерміи тѣ-же подробности, какія уже описаны были выше, но представляют себѣ самый ход патологическаго процесса нѣсколько иначе: по ихъ мнѣнію, здѣсь подъ вліяніемъ той или другой причины происходитъ параличъ сосудодвигательныхъ центровъ, который и ведетъ къ расширенію сосудовъ, а слѣдствіемъ этого является просачиваніе сыворотки, что усиливаетъ питаніе соединительной ткани и влечетъ за собой гипертрофію ея; отвердѣніе-же соединительной ткани, дѣйствуя вредоносно на ранне измененныя стѣнки сосудовъ, ведетъ къ эндартеріиту и эндофлебиту.

Наблюденіе д-ра *Линдстрема* <sup>19)</sup> поучительно в томъ отношеніи, что изменения сосудовъ найдены имъ уже в ранней степени болезни—въ периодѣ отека.

*Hektoen* <sup>20)</sup>, очевидно, также исследовалъ кожу в раннемъ периодѣ болезни; между тѣмъ въ его случаѣ уже имѣлась на лицѣ гипертрофія клейдающаго вещества, тогда какъ ни одного признака остраго процесса (мелкоклетчатой инфильтраціи) не было вовсе. Возможно также, что у его больного (50 л.) имѣлся уже и артерioskлерозъ, такъ какъ въ работѣ *Hektoen*'а есть указанія на утолщеніе внутренней оболочки и перерожденіе средней также и въ крупныхъ сосудахъ. *Hektoen* старается связать происхожденіе кожнаго страданія въ его случаѣ съ найденной имъ у его больного атрофіей питовидной железы. Однако,

тологическія измѣненія зобной железы наблюдаются слишкомъ часто, не сопровождаясь страданіемъ кожи, чтобы не считать такого сочетанія 2-хъ патологическихъ процессовъ простымъ совпаденіемъ.

*Leredde* и *Thomas* <sup>22)</sup> развиваютъ токсическую теорію склеродерміи. Въ микроскопическомъ отношеніи ихъ случай отличается полнымъ отсутствіемъ потовыхъ железъ.

*Notthafft* <sup>23)</sup> нашелъ при склеродерміи разрошеніе соединительной ткани и въ другихъ органахъ—въ печени, селезенкѣ, почкахъ и легкихъ.

Работа *Warde-Turnbridge* <sup>24)</sup> какъ нельзя лучше подтверждаетъ отсутствіе анатомической разницы между частичной и общей склеродерміей. Подобно *Leredde*'у и *Thomas*, онъ признаетъ причиной склеродерміи обращающееся въ крови вредоносное начало, химическое, которое и вызываетъ по окружности сосудовъ разрошеніе соединительной ткани.

Въ ряду новѣйшихъ работъ по разбираемому вопросу совершенной неожиданностью является изслѣдованіе *Goldschmidt*'а <sup>25)</sup>: при вскрытіи одного склеродермика онъ нашелъ у него склерозъ внутренней оболочки крупныхъ сосудовъ, въ то время какъ сосуды кожные, если не считать уменьшенія числа ихъ, измененийъ не представляли.

Въ итогѣ микроскопическія данныя при склеродерміи, почти вполне совпадающія у различныхъ авторовъ, указываютъ на такое измѣненіе клейдающаго вещества, которое сопровождается въ начальномъ периодѣ болезни явленіями какъ-бы воспалительнаго характера, а позже переходитъ въ периодъ наростанія этого вещества и заканчивается его атрофіей. Эпителиальный покровъ кожи большей частью измѣняется мало, и измѣненія его сводятся по преимуществу къ уменьшенію числа рядовъ *Malpighi*'ева слоя, иногда—къ отсутствію слоя зернистаго [*Schadewaldt* <sup>26)</sup> и др. находили его] и къ отсутствію отростковъ въ слое остистомъ (*Dinkler*). Такое относительно безразличное отношеніе эпителиальнаго покрова, можетъ быть, обуславливается безсосудистостью этой ткани, предполагающей извѣстную неприязнательность ея въ смыслѣ питанія.

Скопленіе пигмента въ основномъ слое *Malpighi*'евой стѣи вдоль сосудовъ и потовыхъ железъ есть почти неизмѣнный спутникъ склеродерміи (изъ литературы мнѣ извѣстенъ только случай *Lagrange*'а, въ которомъ пигмента не было). Способъ происхожденія пигмента при склеродерміи до сихъ поръ неясенъ: съ одной стороны, химическія реакціи на гемосидеринъ давали отрицательные результаты, съ другой—измѣненія сосудистыхъ ствнокъ, наблюдаемыя при склеродерміи, явно свидѣтельствуютъ о кровородномъ его происхожденіи. Замѣчу однако, что почти всѣ авторы указываютъ на наличность пигментныхъ отложеній также по близости потовыхъ железъ и ихъ протоковъ, что, естественно, наводитъ мысль вообще на какое-то отношеніе эпителия къ образованію пигмента.

Что касается вопроса объ измѣненіяхъ сосудовъ при склеродерміи, то я уже упоминала о томъ, что нѣкоторые авторы склонны видѣть въ нихъ сущность болезни, другіе-же, наоборотъ, считают ихъ явленіемъ вторичнымъ (*Unna*). Описаніе этихъ измѣненій сходны между собой почти у всѣхъ новѣйшихъ авторовъ и различаются лишь въ частности; вездѣ повторяется одно и то же, а именно, что число сосудовъ уменьшено, что самые сосуды склонны къ заустѣнью и что, наконецъ, что очень важно, болѣзненные измѣненія сосудовъ наблюдаются не только въ гипертрофированной кожѣ собственно, каковое состояніе ея, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, можетъ вести къ послѣдовательнымъ измѣненіямъ ствнокъ сосудовъ, но и въ сосудахъ, лежащихъ свободно въ глубокой подкожной клетчаткѣ [*Huismans* <sup>27)</sup> и др.] и въ мышцахъ (мой случай 1). *Unna*, впрочемъ, признаетъ эти измѣненія глубокихъ сосудовъ слѣдствіемъ заустѣнія капилляровъ собственно кожи. Насколько трудно оспаривать мнѣніе этого автора, на столько-же трудно доказать справедливость его, если принять во вниманіе, что капилляры собственно кожи (*corii*) снабжаются кровью сосудами болѣе глубокихъ слоевъ кожи (*cutis*). Такъ или иначе, но страданіе сосудистыхъ ствнокъ играетъ несомнѣнно важную роль въ

создания всей картины болезни. То обстоятельство, что некоторые авторы (*Dinkler*, *Wolters* и др.) наблюдали чередование заболѣвшихъ сосудовъ со здоровыми, говоритъ противъ возможности какого-либо врожденнаго изъяна въ сосудистой системѣ, ибо наличность этого чередования уже сама по себѣ исключаетъ подобное предположеніе; наконецъ, врожденные недостатки другихъ отдѣловъ сосудистой системы встрѣчались въ общемъ слишкомъ рѣдко: въ 1-мъ случаѣ *Goldschmidt*'а имѣлся открытый *Botallo*въ протокъ, во 2-мъ — атрофія крупныхъ сосудовъ. Изъ приобретенныхъ страданій сосудовъ артерioskлерозъ, въ обыкновенномъ смыслѣ этого слова, наблюдался в. рѣдко; кромѣ того, самъ по себѣ онъ не вызываетъ тѣхъ измѣненій кожи, которыми характеризуется склеродермія; по крайней мѣрѣ, произведенное мной повѣрочное изслѣдованіе кожи умершаго отъ послѣдствій артерioskлероза мужчины вовсе не обнаружило ни рѣзкихъ измѣненій въ сосудахъ ея, ни вообще какихъ-либо измѣненій въ составляющихъ ее тканяхъ. Возвращаясь къ значенію описанныхъ измѣненій кожныхъ сосудовъ, я повторяю, что съ ними необходимо считаться. Наблюденіе *Goldschmidt*'а (2-ое) нисколько не противорѣчитъ проводимой мною мысли, ибо установленное имъ уменьшеніе числа сосудовъ могло, разумѣется, произойти лишь въ силу какихъ-либо дегенеративныхъ процессовъ.

Потовыя железы обыкновенно находили при склеродерміи сжатыми, иногда — мало измѣненными.

Мышцы, выпрямляющія волосы, часто описываются гипертрофированными, и авторы полагаютъ, что это — слѣдствіе повышенной дѣятельности ихъ, вызванной увеличеннымъ сопротивленіемъ утолщенной и уплотненной кожи.

Подкожная клѣтчатка, какъ видно изъ приведеннаго, представляетъ ту территорію, по направленію къ которой и идетъ разростаніе клейдающаго вещества.

Такимъ образомъ вопросъ о сути склеродерміи пока еще не рѣшенъ. Правда, обнаруженіе артерита и флебита въ ранней ступени болѣзни говоритъ, какъ будто, за несомнѣнно первичную роль сосудистой системы; но, съ другой стороны, *Heke* видѣлъ въ самой ранней ступени болѣзни уже вполне развившуюся картину гипертрофіи клейдающаго вещества. Это противорѣчіе, можетъ быть, объясняется тѣмъ, что болѣзненные измѣненія въ кожѣ начинаютъ развиваться задолго до того, какъ больные сами начинаютъ сознавать у себя существованіе недуга; вслѣдствіе этого данныя изслѣдованія якобы въ ранней ступени склеродерміи на дѣлѣ совсѣмъ не соотвѣтствуютъ ей. Въ общемъ, насколько трудно доказать при этой болѣзни первичность сосудистыхъ измѣненій, настолько же трудно представить себѣ идиопатическую гипертрофію клейдающаго вещества, хотя ч. пр. *Россолимо* 28) и полагаетъ, что у вырождающихся, рядомъ съ другими изъязненіями, можетъ существовать и недоразвитіе кожи, представляющее хорошую почву для некоторыхъ кожныхъ страданій; такая врожденная, чисто наследственная слабость некоторыхъ системъ тканей извѣстна (нарастающая мышечная атрофія).

Что касается происхожденія болѣзни, то некоторые авторы пытались связать склеродермію съ страданіями нервной системы. Такъ, *Westphal* 29) нашелъ 2 раза измѣненія въ головномъ, а *Luys* и *Chalmers* — въ спинномъ мозгу; но такихъ наблюденій имѣется слишкомъ мало; а изъ подробнаго сопоставленія 500 случаевъ *Lewin*'а и *Heller*'а видно, что вообще измѣненія нервной системы при склеродерміи встрѣтились всего 7 разъ, и это были самыя повседневныя страданія. *Hoppe-Seyler* 30), *Ebstein* 31) признаютъ заразное происхожденіе склеродерміи. *Eulenburg* 32) считаетъ ее трофонейрозомъ. Наконецъ, цѣлый рядъ авторовъ признаютъ токсическое происхожденіе твердой кожи (*Warde-Tunbridge*, *Goldschmidt* и др.). *Huismans* высказываетъ мысль, что, если и признавать страданіе сочувственнаго нерва исходной точкой заболѣванія (что не подтверждается статистикой *Lewin*'а и *Heller*'а), то необходимо въ тоже время допустить, что ему предшествовало зараженіе кровоподводящихъ железъ

обобщеніе *Heke* о связи склеродерміи съ измѣненіями зубной железы вообще, хотя въ отдѣльных, частныхъ случаяхъ, быть можетъ, такую связь установить и удастся.

Перехожу къ своимъ наблюденіямъ.

1. С. И., 18 л., крестьянка, дѣвица, поступила въ 4-ое отдѣленіе женской Обуховской больницы 8/ви 1903 г. \*) и передала слѣдующее. 5 лѣтъ назадъ она почувствовала боли въ суставахъ ногъ; позднѣе появились боли и въ лучезапястныхъ суставахъ, и незамѣтно развилось то состояніе, которое и заставило ее лечь въ больницу. Наслѣдственное предрасположеніе и алкоголизмъ въ семьѣ отрицаются. Мѣсячныя съ 16 лѣтъ. Занималась крестьянскими работами.

Невысокаго роста; средняго сложенія. Въст 95<sup>3</sup>/<sub>4</sub> ф., п. 84, дмх. 16. Лицо сѣроватоблѣдное, съ кое-гдѣ виднѣющимися темноватыми пятнами; поражаетъ почти полнымъ отсутствіемъ мимики во время разговора. Кожа щекъ напряжена; въ толщѣ ея прощупываются плотные узлы, болѣе или менѣе отграниченные отъ здоровыхъ участковъ. Губы очень блѣдны; при улыбка онѣ растягиваются съ трудомъ и какъ-бы натягиваются надъ здоровыми зубами, обнаруживая оч. блѣдныя десны. Кожа щекъ такая плотная, что въ складку ее захватить не удается. Носъ, особенно хрящевая его часть, туго обтянута твердой кожей. Изъ мимическихъ движеній больная производитъ только слѣдующія: она болѣе или менѣе свободно сморщиваетъ лобъ и легко опускаетъ и поднимаетъ вѣки; при спокойномъ же разговорѣ лицо ея представляется точно окаменѣвшимъ. Кожа на шеѣ измѣнена только сзади, а на грудной клѣткѣ она рѣзко уплотнена только спереди въ области грудины; на животѣ справа отъ срединной линіи она рѣзко пигментирована, слѣва же почти совсѣмъ обезцвѣчена; обезцвѣчиваніе распространяется и на волосы, покрывающіе лѣвую <sup>1</sup>/<sub>2</sub> лобка; въ тоже время кожа на животѣ вся представляется утолщенной, плотной на ощупь; ее нельзя захватить въ складку, хотя здѣсь она и менѣе напряжена чѣмъ на лицѣ; кожа на поясницѣ, ягодицахъ и въ верхнихъ частяхъ бедеръ пигментирована въ различной степени; на ягодицахъ она отчасти плотна; въ области же тазобедренныхъ суставовъ плотность эта настолько велика, что въ результатѣ даетъ тугоподвижность суставовъ и вообще ограничиваетъ ихъ движенія въ различныхъ направленіяхъ; такъ, больная не можетъ вполне согнуть, отвести и привести бедра; упомянутое уплотненіе кожи распространяется внизъ по бедрамъ безъ рѣзкихъ границъ и не переходитъ на голени; все это мѣшаетъ больной сидѣть въ постели выпрямившись; ходить же она хорошо. Выстая степень твердой кожи въ общемъ наблюдается и на рукахъ; если взять болную за ручные пальцы, то отъ нихъ получается ощущение какъ-бы отъ трупа; они холодны, худы, нѣсколько согнуты, напоминая *main en griffe*; цвѣтъ ихъ синеватосѣрый; кожа на нихъ плотна, какъ-бы припаяна къ костямъ; надъ фаланговыми суставами видны болѣе или менѣе глубокия трещины, происшедшія, очевидно, отъ того, что твердая, но истонченная кожа лопалась при сгибательныхъ движеніяхъ пальцевъ (трещины эти постоянно приходится держать подъ повязкой, чтобы избѣжать загрязненія); тылъ обѣихъ кистей пигментированъ; здѣсь также имѣется 2—3 обезцвѣченныхъ пятнышка; ладонная поверхность мертвенно-блѣлого цвѣта, но мягка, слегка влажна и цвѣтомъ своимъ представляетъ рѣзкій контрастъ съ тыломъ кистей. Уплотненіе кожи съ нѣкоторой отчетностью (!) ея распространяется на наружную и внутреннюю поверхности предплечій и, перейдя черезъ локтевыя суставы, неправильно заканчивается на нижнихъ частяхъ обѣихъ плечъ; трещины, и дов. глубокия, имѣются и надъ локтевыми отростками; въ локтевыхъ и лучезапястныхъ суставахъ дов. рѣзкая тугоподвижность. Ноги измѣнены, оч. блѣдны и вслѣдствіе атрофіи пальцевъ кажутся какъ бы наложенными на мягкія части. Волосы на рукахъ длинныя, обильныя. Пульсъ на лучевыхъ артеріяхъ съ трудомъ прощупывается въ глубинѣ уплотненныхъ мягкихъ частей. На видимыхъ слизистыхъ оболочкахъ ни уплотненій, ни пигментаций. Сухожильные рефлексы сохранены, какъ на рукахъ, такъ и на ногахъ, но нѣсколько ослаблены. Чувствительность всѣхъ видовъ нормальна. Реакція на фарадическій и гальваническій токи, пожалуй, нѣсколько замедлена со стороны мышцъ, вѣроятно, вслѣдствіе уменьшенія электропроводимости кожи. Паренхиматозные органы и легкія нормальны. Толчекъ сердечной верхушки въ 5-мъ межреберьи по лѣвой сосковой линіи; тамъ же и лѣвая граница сердечной тупости, правая граница — у праваго края грудины; у верхушки небольшое удареніе на 1-мъ тонкѣ; усиленіе на 2-мъ тонкѣ аорты. Уд. въст мочи колеблется между 1013 и 1015; реакція ея кислая; бѣлка и сахара въ ней нѣтъ, есть немного индикана; микроскопически въ мочѣ ничего ненормальнаго не найдено. Отправленія пищеварительныхъ органовъ въ порядкѣ; позывъ на ѣду хорошій. Температура колебалась между 36<sup>3</sup>/<sub>2</sub> и 37<sup>3</sup>/<sub>4</sub> по утрамъ и 36<sup>3</sup>/<sub>2</sub> и 37<sup>3</sup>/<sub>4</sub> по вечерамъ.

Со дня поступленія (8/ви 1903 г.) до іюня 1904 г. въ состояніи больной не замѣтно было существенныхъ прогрессивныхъ измѣненій; наоборотъ, мнѣ казалось, что подъ влияніемъ массажа, ваннъ, фарадизаціи, внутренняго употребленія КJ и мышьяка упругость уплотненныхъ частей кожи нѣсколько восстанавливается; общее состояніе также было удовлетворительнымъ, и больная прибывала въ вѣст (къ <sup>1</sup>/<sub>2</sub> января онъ достигъ 115 ф., т. е. увели-

\*) Она была показана на общемъ Совѣщаніи врачей Обухов-

чился почти на 10 ф.). В мае 1904 г. больная перенесла брюшную тиф, послѣ котораго у нея остался поносъ, плохо поддававшийся лѣчению; въ мочѣ обнаружены были слѣды бѣлка, въ легких—нѣсколькихъ сухихъ хриповъ; появились небольшой, сухой кашель; общее состояніе было дов. плохое. 10/уш у больной развилась рожа на лѣвой рукѣ, вскорѣ перешедшая и на правую, захвативъ въ тоже время верхнюю часть грудной кѣтки, спереди и сзади; 16/уш рожеистый процессъ распространился на лицо и голову, и 19/уш больная скончалась.

Итоги вскрытія: гипертрофія сердца въ слабой степени и паренхиматозное его перерожденіе; пассивная гиперемія легких; хроническая ограниченная бугорчатковая пневмонія въ верхней доль правого легкаго, хроническій разлитой зернистый нефритъ; рожа на обѣихъ рукахъ, на груди и головѣ; общая склеродермія.

Къ сожалѣнію, рожеистый процессъ захватилъ здѣсь наиболѣе измѣненные участки кожи, и, хотя я и подвергла микроскопическому изслѣдованію кожу пальцевъ и предплечій, но выводы мнѣ пришлось основывать исключительно на результатахъ изученія кожи живота, которая была менѣе плотна и, очевидно, представляла т. наз. отечную ступень болѣзни, хотя и поздняго періода. Для изслѣдованія взята часть пигментированной и часть обезцвѣченной кожи. Изслѣдованію подвергнуты были также и мышцы живота и одна изъ лучевыхъ артерій.

На препаратахъ изъ пигментированной части кожи живота, окрашенныхъ хвасдовымъ карминомъ и по другимъ способамъ, при небольшомъ увеличеніи основной слой эпителиальнаго покрова представляется темнымъ, т. наз. остистый слой (*stratum spinosum*) окрашенъ въ желтоватокрасный цвѣтъ, ядра—въ нѣжно-синеватый. Сосочки очень неправильной формы и мѣстами сглажены настолько, что эпителиальный покровъ не представляетъ обычныхъ, входящихъ въ кожу отростковъ, но простирается надъ сосочками просто въ видѣ плоскаго покрова. Нѣкоторыя ядра эпителиальныхъ кѣтокъ, особенно *Malpighi*'ева слоя, заключаютъ въ себѣ сморщенное содержимое, окруженное частью пустой оболочкой ядра, что придаетъ ядрамъ видъ бѣлыхъ пятенъ. Пограничный слой (*stratum germinativum*) обзавъ своей темной окраской обильному содержанію пигмента въ протоплазмѣ его кѣтокъ; кромѣ того, можно убѣдиться, что пигментъ содержится также и въ нѣкоторыхъ кѣткахъ остистаго слоя и даже въ нѣкоторыхъ измѣненныхъ кѣткахъ слоя раздѣленнаго (*stratum disjuncti*). Уже при небольшомъ увеличеніи удается различить раздѣляющіе кѣтки *Malpighi*'ева слоя соковые каналы. Пигментъ лежитъ, кромѣ того, иногда въ видѣ крупныхъ глыбокъ въ собственно кожѣ (*corium*) то въ соединительнотканнхъ кѣткахъ, то свободно, мѣстами въ лимфатическихъ щеляхъ, берущихъ начало въ сосочковомъ слой. Много пигмента въ ткани, окутывающей протоки потовыхъ железъ. Въ подкожной кѣтчаткѣ пигмента уже невидно.

Хотя *Wollers* и полагаетъ, что пигментъ въ томъ или другомъ количествѣ нѣтъ и въ нормальной кожѣ собственно и, *von Brunn*<sup>23)</sup> также говоритъ объ этомъ, но на моихъ препаратахъ наблюдается такое обиліе пигмента, которое едва-ли можно считать явленіемъ физиологическимъ. Реакція на гемосидеринъ дала результаты отрицательные.

При болѣе значительномъ увеличеніи кѣтки пограничнаго слоя представляются содержащими пигментъ въ своей протоплазмѣ.

Въ нѣтчатомъ слой (*stratum filamentosum*) кѣтки хорошо сохранились; лишь въ нѣкоторыхъ изъ нихъ ядра оказываются сморщенными; ясно удается видѣть соковые каналы и перестѣкляющіе ихъ отростки. Зернистаго слоя (*stratum granulosum*) мѣстами совсѣмъ нѣтъ, мѣстами же въ глаза бросается полное отсутствіе зернистости въ кѣткахъ, въ которыхъ по мѣсту и по очертаніямъ еще можно угадать кѣтку зернистаго слоя. Нужно замѣтить, что зернистый слой есть вообще не совсѣмъ постоянное образованіе (v. *Brunn*, *Ehrmann* и *Fick*<sup>24)</sup>), и толщина его различна въ различныхъ отдѣлахъ кожи. Въ нормальной кожѣ ладони (кисть этой больной была отсѣчена шашкой), взятой мною для сравненія, я видѣла вполне отчетливый зернистый слой, состоявшій изъ 2-хъ рядовъ крупныхъ, зернистыхъ кѣтокъ, вполнѣ нормально расположенныхъ; на кожѣ же голени зернистый слой состоялъ изъ 1 ряда крупныхъ, зернистыхъ кѣтокъ, но не совсѣмъ сплошного. Другое дѣло у описываемой больной: здѣсь зернистаго слоя, какъ таковаго, нѣтъ вовсе; тѣже кѣтки, которыя по положенію своему соответствуютъ зернистому слою, представляютъ относительно оч. небольшія тѣла съ однороднымъ содержаниемъ и сморщенными ядрами, окруженными безцвѣтнымъ ободкомъ.

Соединительно-тканнй отдѣлъ кожи слишкомъ вдвое толще нормальнаго; сосочки мѣстами очень узки и малы, а мѣстами плоски настолько, что приближаются къ прямой линіи. Въ нѣкоторыхъ сосочкахъ удается видѣть капиллярные сосуды, неизмѣненные.

Сѣтчатая часть собственно кожи (*pars reticularis corii*) представляетъ густо волокнистый слой, въ которомъ кое-гдѣ удается видѣть наполненные кровью капилляры и очень рѣдко дов. широкую вену. Нормальные волосы отъ времени до времени перестаютъ собственно кожу. Мышцы, поднимающіе волосы, развиты оч. хорошо. Потовыя железы, въ противоположность нормальнымъ отношеніямъ, тѣсно окружены плотной соединитель-

осталось 1—2 миниатюрныхъ поперечника. Мѣстами удается видѣть и такіе железы, которыя особымъ измѣненіемъ не представляютъ, можетъ-быть, благодаря тому, что онѣ нѣкоторой своей частью остались въ неподвергнутой еще уплотненію подкожной кѣтчаткѣ; въ эпителии ихъ дов. часто попадаются митозы; мѣстами ясно различаются гладкія мышцы собственной оболочки; всегда рядомъ находится болѣе или менѣе сохранившіеся сосуды. Въ соединительной ткани дов. часто попадаются вокругъ сосудовъ, потовыхъ железъ, у основанія волосныхъ мѣшковъ небольшіе мелкокѣтчатковые инфильтраты; иногда инфильтраты эти достигаютъ болѣе крупныхъ размѣровъ. Чтобы покончить съ составными элементами собственно кожи, отмѣчу, что ни по *Unna-Tänzer*'у, ни по *Manehot*, ни по *Hersheimer*'у, въ составъ и въ количествѣ упругихъ волоконъ, мнѣ не удалось найти рѣзкихъ отклоненій отъ нормы.

Что касается подкожной кѣтчатки, то часть ея, какъ уже явствуетъ изъ вышеизложеннаго, была захвачена разросшейся плотной соединительной тканью (значительная толщина собственно кожи, содержаніе потовыхъ железъ въ самой толщѣ кожи). Въ сохранившейся подкожной кѣтчаткѣ можно наблюдать разпространяющіяся вглубь ея соединительно-тканнныя балки, а въ послѣднихъ удается видѣть обширные мелкокѣтчатковые инфильтраты вдоль или вокругъ сосудовъ.

Переходя къ сосудистой системѣ, приходится, во 1-хъ, отмѣтить, что число сосудовъ вообще очень незначительно; зачастую удается видѣть въ сѣтчатой части капилляры, но заключающіе крови; во 2-хъ—измѣненія стѣнокъ сосудовъ; послѣднія выражаются, съ одной стороны, мелкокѣтчатковой инфильтраціей наружной оболочки; измѣненія въ средней оболочкѣ выражаются утолщеніемъ ея на счетъ вросстающей въ нее соединительной ткани, вѣроятно, изъ наружной оболочки; внутренняя оболочка представляетъ то болѣе, то менѣе рѣзкія разрозненія; на срединныхъ препаратахъ удается видѣть разрушенный урургій слой внутренней оболочки. Мнѣ приходилось видѣть артеріи, въ которыхъ почти совсѣмъ не осталось просвѣта; стѣнка, особенно мышечная часть ея, была разрыхлена, очень толста и незаметно переходила въ наружную оболочку. Въ другихъ сосудахъ разросшаяся въ видѣ фестоновъ внутренняя оболочка 2-хъ противоположныхъ стѣнокъ дошла до полного соприкосновенія между собой (срощенія?), образовавъ такимъ путемъ въ сосудѣ 2 отверстия, выстланные эндотелиемъ.

Описанные измѣненія одинаково поражаютъ и вены, и артеріи. Вмѣстѣ съ тѣмъ въ небольшомъ отдаленіи отъ измѣненныхъ сосудовъ иногда удается видѣть совершенно нормальные. Наконецъ, мнѣ удалось видѣть въ просвѣтѣ артеріальнаго сосуда оторванную часть внутренней оболочки вмѣстѣ съ частью урургіаго слоя ея. Ваза вазогимъ болѣе крупныхъ сосудовъ болѣею частью содержатъ 1—2 кровяныхъ шарика. Отмѣчу, что наиболѣе рѣзкіе измѣненія наблюдались въ сосудахъ, лежащихъ свободно въ подкожной кѣтчаткѣ.

Въ сосудахъ мышцъ живота найдены тѣже измѣненія. На одномъ изъ препаратовъ видна мелкокѣтчатковая инфильтрація всей толщѣ стѣнки большого продольнаго сосуда (вены); такую-же мелкокѣтчатковую инфильтрацію можно видѣть вблизи болѣе мелкихъ сосудовъ въ межмышечной соединительной ткани. Малѣйшія артеріи оказываются также очень измѣненными, что особенно ясно видно при изученіи поперечныхъ срѣзовъ. Мышечная ткань сама по себѣ почти нормальна; артерка въ ней можно видѣть нѣкоторое размноженіе ядеръ сарколеммы; самыя мышечныя волокна не представляютъ тѣхъ рѣзкихъ контрастовъ въ поперечникѣ, которые приходится наблюдать при нарастающей мышечной атрофіи; очень рѣдко мышечное вещество какъ-бы спирально извивается въ своей оболочкѣ, сохраняя въ тоже время всѣ элементы своего тончайшаго строенія.

Нервы ни въ кожѣ, ни въ мышцахъ особымъ измѣненіемъ не представляли. Въ лучевой артеріи также никакихъ измѣненій не найдено.

Чтобы покончить съ микроскопической картиной у этой больной, добавлю, что въ кожѣ предплечій, гдѣ рожеистый процессъ былъ еще въ самомъ разгарѣ, наблюдалось полное отсутствіе эпителиальнаго покрова, ткань собственно кожи была отечна и пронизана болѣе или менѣе значительными инфильтратами, а мѣстами въ ней имѣлись дов. крупныя скопленія гноя. Кожа пальцевъ отчасти уже пришла въ нормальное состояніе, но все же была отечна; въ ней тоже были скопленія гноя; эпителиальный покровъ ея дов. толстый; въ основномъ слой она содержитъ блѣдный пигментъ, въ *Malpighi*'евомъ—много митозъ, въ собственно кожѣ—кое-гдѣ плазматическія кѣтки. Словомъ, острое заболѣваніе совершенно затѣмило хроническое страданіе, но измѣненія сосудовъ мѣстами имѣли оч. характерный для склеродерміи видъ. Я должна еще упомянуть, что и въ обезцвѣченной части кожи живота было дов. много пигмента, но здѣсь онъ былъ свѣтлѣе.

Очевидно, въ этомъ случаѣ кожа живота представляется картину болѣе ранней ступени склеродерміи, когда идетъ процессъ инфильтраціи, что, вѣроятно, и давало опущеніе не только уплотненной, но и утолщенной кожи.

2. Н. И., 46 л., крестьянка, вдова, явилась въ больницу 3/у 1906 г. въ состояніи дов. тяжелаго мочекровія. Изъ разспросовъ ея выяснилось слѣдующее: 4 дня назадъ у нея появилась рвота, головная боль и общее недомоганіе; прежде бывали отеки въ ногахъ и на лицѣ; измѣненія кожи на обѣихъ кистяхъ замѣтила 20 лѣтъ назадъ. Алкоголизмъ и сифилисъ отрицаетъ.



боль. Язык густо обложен. Отековъ нѣтъ. Сердце увеличено въ поперечникъ; звуки его чисты; на 2-мъ тогъ аорты удареніе; п. 88. Легкія свободны. Уд. вѣсъ мочи 1006, бѣлка въ ней 5%<sub>100</sub>, въ осадкѣ немного крови, цилиндровъ не найдено. Почки на 2 и 3 пальца выходятъ изъ подреберья. Кожа на пальцахъ, кистяхъ и отчасти на предплечьяхъ блѣдна, гладка, холодна на ощупь и какъ-бы приросла къ костямъ; сами пальцы прижаты къ ладонямъ, тверды, пассивно разгибаются съ большимъ трудомъ и далеко не вполнѣ. Кожа на носу также плотна и какъ-бы припаяна къ подлежащимъ плотнымъ частямъ. Въ общемъ получается впечатлѣніе, что кожа названныхъ частей атрофирована. На 3-й день тяжелое положеніе больной осложнилось правостороннимъ паротитомъ, а на 4-й день больная умерла.

Итоги вскрытія: гипертрофія сердца въ слабой степени; паренхиматозное перерожденіе его мышцы; двусторонній частичный острый фибринозный слипчивый плейритъ; застойная гиперемія печени и селезенки; хроническій мезентерическій и подострый паренхиматозный нефритъ, ограниченная склеродермія тыла кистей и пальцевъ обѣихъ рукъ и носа.

Въ этомъ случаѣ для микроскопическаго изслѣдованія взята была кожа тыла пальцевъ и кистей, лучевой нервъ и лучевая артерія.

Толщина кожи немного превосходитъ нормальныя размѣры. Слой роговой и раздѣленный нормальной толщины; зернистаго слоя нѣтъ вовсе; слизистый слой дов. широкъ; лишь мѣстами онъ состоитъ изъ 2-3-хъ рядовъ кѣлокъ; интересно, что кѣлки этого слоя чрезвычайно мелки; въ основномъ слой виденъ свѣтлый пигментъ, который лишь изрѣдка попадаетъ въ кѣлкахъ *Malpighi*ова слоя. Въ противоположность случаю 1, здѣсь уже въ кожѣ видны крупныя сосуды, какъ артеріи, такъ и вены; въ стѣнкахъ вѣкоторыхъ изъ нихъ рѣзкія измѣненія. Въ скудной подкожной кѣлчаткѣ (очень небольшой слой и вслѣдъ за нимъ суховатой) также попадаются сосуды съ измѣненными стѣнками. Цитовыя железы сжаты въ толщѣ плотной кожи; дольки ихъ очень малы, а мѣстами отъ нихъ остались лишь съ трудомъ различимыя слѣды. При большомъ увеличеніи въ сосудахъ замѣтно сильное разрастаніе внутренней оболочки въ видѣ язычковъ, направленныхъ къ противоположной стѣнкѣ сосуда; въ вѣкоторыхъ сосудахъ можно видѣть нѣсколько такихъ язычковъ. Утолщеніе сосудистыхъ стѣнокъ происходитъ главнымъ образомъ за счетъ развитія соединительной ткани, раздвигающей мышечныя кѣлки средней оболочки и мѣстами вполнѣ замѣщающей ее. Въ наружной оболочкѣ инфильтратовъ нѣтъ, но въ ней замѣтно увеличеніе количества соединительной ткани; мѣстами она составляетъ одно цѣлое съ перерожденной средней оболочкой. *Vasa vasorum* большей частью запустѣли; иногда въ нихъ видно 1-2 кровяныхъ шарика. Въ венахъ характеръ патологическаго процесса совершенно такой-же, какъ и въ артеріяхъ; иногда члско мышечныхъ кѣлокъ средней оболочки низведено до 2-4 х. Дов. часто попадаютъ сосуды съ 2-мя отверстиями, образовавшимися путемъ сращенія 2-хъ противоположныхъ стѣнокъ посредствомъ разрастающейся внутренней оболочки; оба отверстия выстланы эндотелиемъ. Иногда сильно пострадавшая вена лежитъ рядомъ съ хорошо сохранившейся артеріей. Я уже упоминалъ, что въ кожѣ попадаются дов. крупныя сосуды; это, вѣроятно, объясняется тѣмъ, что большая часть подкожной кѣлчатки уже захвачена гипертрофированнымъ клейдающимъ веществомъ и, вѣроятно, въ собственно кожѣ оказались крупныя сосуды. Волосы попадаютъ рѣдко и кажутся сдавленными. Кожныхъ мышцъ совсѣмъ не видно. Нервы кожи не измѣнены. Количество упругихъ волоконъ въ собственно кожѣ кажется уменьшеннымъ.

При изслѣдованіи лучевого нерва также найдены рѣзкія измѣненія сосудовъ въ окружающей его кѣлчаткѣ, самый-же нервъ оказался неизмѣненнымъ (van *Gieson*, *Weigert*).

Ни въ кожѣ, ни въ подкожной кѣлчаткѣ инфильтратовъ не обнаружено, что въ связи съ клинической картиной «атрофіи» кожи даетъ поводъ заключить, что процессъ здѣсь былъ уже вполнѣ законченный.

Въ заключеніе позволю себѣ представить слѣдующія положенія относительно сущности склеродерміи:

1. Мелкокѣлочковые инфильтраты располагаются вокругъ сосудовъ и, можетъ быть, являются первоначальнымъ толчкомъ къ измѣненію клейдающаго вещества.

2. Самый фактъ мелкокѣлочковой инфильтраціи уже предполагаетъ предрасполагающія измѣненія въ стѣнкахъ сосудовъ, а

3. потому вѣроятно, что вредоносное начало прежде всего поражаетъ сосудистую систему, процессы-же гипертрофіи и конечной атрофіи клейдающаго вещества — лишь вторичныя явленія.

Считаю приятнымъ долгомъ выразить здѣсь мою благодарность прозектору Обуховской больницы, ч. пр. А. Н. Соколову за неизмѣнно внимательное отношеніе къ моей работѣ.

Литература. 1. *Jarisch*. *Nothnagel*, Handbuch f. specielle Pathologie und Therapie, т. 24, ч. II, стр. 801.—2. *Unna*. Hystopathologie der Haut. Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie von *Joh. Orth*, стр. 1119.—3. *Coliez*. Du sclereme des

sche Krankheit und Scleroderme. «*Virchow's Archiv*», т. 50.—5. *Lagrange*. Contribution à l'étude de la sclérodémie avec arthropathie. Парижская диссертация, 1874 г.—6. *Chiari*. Ueber den anatom. Befund in einem Falle von Scleroderme. «*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*», 1878 г., стр. 189.—7. *Radcliffe Crocker* «*Hystology and Pathology of Morphoea*». «*British Med. Journal*, 1879 г., т. II, стр. 736.—8. Д. *Геопескый*. Scleroderma adultorum. «*Врачъ*», 1884 г., № 49.—9. *Gauttier*. Etude sur la sclérodémie. Парижская диссертация, 1886 г.—10. *Goldschmidt*. «*Revue de médecine*», 1887 г., стр. 401.—11. *Méry*. La pathologie anatom. et la nature de la sclérodémie. Парижская диссертация, 1889 г.—12. *Dinkler*. Zur Lehre von der Scleroderme. «*Deutsch. Archiv f. klin. Medicin*», т. 48, стр. 514.—13. *Hoffa*. Zur Patholog. der Scleroderme. «*Münchener med. Wochenschrift*», 1895 г., № 35.—14. *Franken*. Zwei Fälle von Scleroderme. Berlin'sкая диссертация, 1892 г.—15. *Wollers*. Beiträge zur Kenntniss d. Scleroderme. «*Archiv f. Dermatologie und Syphilis*, 1892 г., стр. 665.—16. Онъ-же. Zur pathol. Anatomie der Scleroderme. Тамъ же, т. 30.—17. *Vandervelde*. Examen anatomopathologique d'un cas de scleroderme. «*Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie*, 1893 г., стр. 561.—18. *Lewin und Heller*. Die Scleroderme. «*Charité Annalen*», 1894 г.—19. *Lundström*. Къ патологической анатоміи склеродерміи. Пироговскій Съездъ, 1906 г., стр. 84, прибавл. V, № 12.—*Hektoen*. Ein Fall von scleroderma diffusa. «*Centralblatt f. allgem. Pathologie und patholog. Anatomie*», 1897 г., № 17.—21. *Notthast*. Neuere Arbeiten und Ansichten über Scleroderme. Тамъ же. 1898 г., № 21.—22. *Leredde* и *Thomas*, «*Archive de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*», 1898 г., стр. 665.—23. op. c.—24. *Warde-Tunbridge*. Ein Fall von multiplex circumscripser Scleroderme. «*Monatshefte f. praktische Dermatologie*, т. 35, стр. 419.—25. *Goldschmidt*. Sclérodémie sans artérite. «*Revue de médecine*», 1902 г., январь.—26. *Schadewaldt*. Beitrag zur Lehre von der Scleroderme. Berlin'sкая диссертация, 1888 г.—27. *Huismans*. Münchener med. Wochenschrift 1905 г., № 10.—28. *Россолимо*. Съездъ врачей въ память Н. И. Пирогова 1892 г., стр. 178.—29. *Westphal*. Zwei Fälle von Scleroderme. «*Charité Annalen*», 1876 г., стр. 341.—30. *Hoppe-Seyler*. Zwei Fälle von Scleroderme. «*Deutsches Archiv f. klin. Medicin*», т. 44, стр. 581.—31. *Ebstein*. Zur Pathologie und Therapie der Scleroderme. «*Deutsche med. Wochenschrift*», 1903 г., № 1 и 2.—32. *Eulenburg*. Ueber Scleroderme. Тамъ же. 1894 г., стр. 455 и 486.—33. v. *Brunn*. Handbuch der Anatomie des Menschen, т. V, отд. 1.—34. Prof. *Ehrmann* und Dr *Fick*. Einführung in das mikroskopische Studium der normalen und kranken Haut, 1905 г.

### СХЛШ. Изъ ПЕТЕРБУРГСКАГО РОДОВОСПОМОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДЕНІЯ.

## ЗАРАЖЕНІЕ ЧЕРЕЗЪ ПУПОВИНУ, КАКЪ НОВЫЙ СПОСОБЪ ВАКЦИНАЦИИ.

Ч. пр. В. П. Жуковского.

(Предварительное сообщеніе).

Восприимчивость новорожденныхъ дѣтей къ прививкѣ вакцины, при надлежащей силѣ детрита, можетъ доходить до 100% успеха (99,5—99,9% по *Губерту*, 100% по *Вольфу*). Теченіе вакциннаго процесса у нихъ болѣе легкое, чѣмъ у дѣтей старшихъ—«безъ замѣтнаго недомоганія», какъ выразился еще *Jenner*. Точно и многими доказанные затѣмъ эти 2 факта даютъ намъ полную возможность прививать оспу новорожденнымъ дѣтямъ, тѣмъ болѣе, что по заявленію наиболѣе опытныхъ оспопрививателей, «вопросъ о теченіи вакциннаго процесса у новорожденныхъ, особенно въ первые дни жизни, представляетъ громадный интересъ».

Изучая этотъ вопросъ для цѣлей преподаванія на новорожденныхъ дѣтяхъ, привитыхъ обычнымъ образомъ—«надрѣзами на рукахъ», я еще съ весны настоящаго года предпринялъ рядъ наблюденій съ цѣлью вызвать у нихъ оспенный процессъ путемъ прививки завѣдомо-свѣжаго и сильнаго телячьяго детрита и гуманизированной лимфы черезъ пуповину. Общее зараженіе новорожденныхъ черезъ пуповину давно было известно клиницистамъ и патолого-анатомамъ, а въ последнее время доказано и опытами на животныхъ; оно удается, впрочемъ, только лишь при зараженіи пуповины стрептококкомъ (стафилококковое зараженіе невозможно, либо очень трудно).

Такимъ образомъ, предпринятая мною клиническая наблюденія затрагиваютъ нѣсколько научныхъ вопросовъ въ области какъ «вакцинаціи», такъ и клиники новорожденныхъ, не говоря уже о практическихъ результатахъ; во

свѣжей пуповины вполне допустима и, вызывая сама по себѣ живѣйшій интересъ, заслуживаетъ вниманія не однихъ только дѣтскихъ врачей.

До сего времени привиты мною такимъ образомъ свыше 100 новорожденныхъ. Оспенный процессъ постоянно сопровождается у нихъ одними и тѣми-же температурными колебаніями—«вакциной лихорадкой», короткой, незначительной; кромѣ многочисленныхъ измѣненій температуры, я пользовался для доказательства возможности вакцинаціи и ея успѣшности предложенными для этого средствами—повѣрочными прививками, ранней и послѣдовательной вакцинаціей дѣтей, которыя оставались въ учрежденіи около мѣсяца, либо приносились матерями въ открытую при родовспомогательномъ заведеніи амбулаторію для оспопрививанія.

Пуповина отпадаетъ безъ всякихъ осложнений въ заживленіи пупочной ранки; съ засыхающей и отпадающей пуповиной исчезаютъ и слѣды прививокъ. До сихъ поръ, въ теченіи 5 мѣсяцевъ, въ родовспомогательномъ заведеніи не отмѣчено ни одного случая заболѣванія пупка или пупочныхъ сосудовъ. У 2-хъ дѣтей, умершихъ отъ случайныхъ причинъ (мозговое кровоизліяніе, внезапная смерть), при вскрытіи не найдено и слѣдовъ этихъ заболѣваній послѣ оспопрививанія.

Дальнѣйшія прививки на рукахъ у дѣтей до сихъ поръ остаются безуспѣшными, такъ что возможно говорить о перенесенной «*vaccina sine vaccinis*».

Наблюденія мои еще продолжаются, и подробности ихъ будутъ вскорѣ мною описаны въ отдѣльной работѣ.

#### CXLIV. Изъ Колмовской психіатрической больницы.

#### Къ вопросу о физическихъ припадкахъ при преждевременномъ слабоуміи (*dementia praecox*).

С. А. Бруштейн и Г. Г. Нахсидова.

Подъ именемъ преждевременнаго слабоумія (*dementia praecox*) проф. *Kraepelin*, которому эта форма болѣзни и обязана своимъ правомъ гражданства въ классификаціи душевныхъ болѣзней, разумѣетъ цѣлый рядъ болѣзненныхъ картинъ, общая особенность которыхъ заключается въ исходѣ «въ своеобразное состояніе слабости». Проф. *Kraepelin* различаетъ 3 основныхъ формы преждевременнаго слабоумія, характеризующихся цѣлымъ рядомъ какъ психическихъ, такъ и физическихъ припадковъ. Эти формы слабоумія суть: гебефреническая (*dementia hebefrenica*), кататоническая (*dementia katatonica*) и параноидная (*dementia paranoidea*). Здѣсь-же уместно отмѣтить, что ученіе *Kraepelin*'а вызвало оживленный обмѣнъ мнѣній и породило цѣлую литературу. Правда, и по настоящее время единство взглядовъ еще далеко не достигнуто; тѣмъ не менѣе, психическая картина страданія разработана уже съ достаточной полнотой. Къ сожалѣнію, далеко не такъ обстоятъ дѣла съ изслѣдованіемъ физическихъ припадковъ этого своеобразнаго заболѣванія нервной системы. Здѣсь согласныхъ наблюденій еще меньше. Самъ *Kraepelin* отмѣчаетъ слѣдующее: сухожильные рефлексы обычно бываютъ повышены, а часто—и весьма значительно; точно также оказывается повышенной механическая возбудимость мышцъ и нервовъ; зрачки часто бываютъ замѣтно расширены (а именно при состояніяхъ возбужденія), иногда-же наблюдается разница въ величинѣ зрачковъ (относительно реакціи со стороны зрачковъ проф. *Kraepelin* не рѣшается сдѣлать какихъ-либо опредѣленныхъ заключеній); болевая чувствительность нерѣдко представляется пониженной; весьма часты, затѣмъ, сосудодвигательныя разстройства (синюха, дерматографія), а въ отдѣльныхъ случаяхъ—сильное потоотдѣленіе; увеличеніе щитовидной железы; не рѣдко встрѣчаются физическіе признаки вырожденія: неправильности въ строеніи черепа, дѣтское сложеніе, неправильные зубы, уши, косоглазіе и т. п.

*Mignot* <sup>1)</sup> изслѣдовалъ 63 больныхъ преждевременнымъ слабоуміемъ и въ 32% отмѣтилъ неравномѣрность зрач-

ковъ, въ 62%—разстройство ихъ реакціи на свѣтъ, въ 7%—отсутствіе этой реакціи, въ 12%—разстройство приспособленія, въ 52%—измѣненія формы зрачковъ и, наконецъ, въ 30%—расширеніе зрачковъ.

По наблюденіямъ *M. Dide* и *L. Chénais* <sup>2)</sup> у больныхъ съ преждевременнымъ слабоуміемъ имѣется повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ и мышечнаго тонуса, пониженіе кожныхъ рефлексовъ и нормальная кожная чувствительность. Кожные рефлексы—большого пальца ноги и съ широкой фасціи—при кататонической формѣ преждевременнаго слабоумія всегда оказываются или пониженными, или уничтоженными вовсе. Нормальными остаются рефлексы съ мышцъ, поддерживающихъ яички, и брюшные. *L. Chénais* <sup>3)</sup> отмѣтилъ у такихъ больныхъ пониженіе или исчезновеніе рефлекса съ широкой фасціи, иногда—клонусъ стопъ, часто разстройство со стороны жомовъ, измѣненіе формы зрачковъ въ  $\frac{1}{4}$  всѣхъ случаевъ и рѣдко—неравномѣрность ихъ. Очень часто, даже, встрѣчаются парадоксальная реакція на свѣтъ и сосудодвигательныя разстройства. Физическіе признаки вырожденія наблюдались рѣдко. *Séglas* <sup>4)</sup> сообщилъ въ медико-психологическомъ Обществѣ на засѣданіи 28-го октября 1901 г. о дермографизмѣ у душевно-больныхъ, при чемъ отмѣтилъ присутствіе этого припадка въ 100% при кататонической формѣ, въ 50%—при гебефренической и въ 30%—въ параноидной.

*M. Dide* изъ 19 больныхъ съ преждевременнымъ слабоуміемъ у 18 нашелъ повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, у 4—клонусъ стопы, у 2—клонусъ коленной чашки. По его мнѣнію, для физической оферы при преждевременномъ слабоуміи характерно слѣдующее: повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, пониженіе или даже исчезновеніе кожныхъ и, наконецъ, мышечная гипертонія.

По даннымъ *Serieux* и *Masselon* <sup>5)</sup>, изслѣдовавшихъ 25 мужчинъ и столько-же женщинъ съ преждевременнымъ слабоуміемъ преимущественно въ исходныхъ состояніяхъ, оказывается, что расширенія зрачковъ чаще встрѣчается въ начальной, чѣмъ въ конечной ступени болѣзни и притомъ въ параноидной формѣ рѣже, чѣмъ въ гебефренической и кататонической. Неравенство зрачковъ отмѣчено въ 37%, расширеніе въ 53% и измѣненіе формы ихъ въ 41%. Ослабленіе свѣтовой реакціи наблюдалось въ 77%, при чемъ въ позднѣйшихъ стадіяхъ болѣзни оно было выражено рѣзче, чѣмъ въ начальныхъ; разстройство приспособленія—въ 78% (оно возрастаетъ пропорціонально длительности болѣзни). Въ 73% получилось повышеніе коленныхъ рефлексовъ. Раздраженіе подошвы давало сокращеніе мышцъ, натягивающей широкую фасцію (*tensor fasciae latae*), и подошвенное сгибаніе пальцевъ. Подошвеннаго рефлекса не было въ 22,2%, и онъ былъ пониженъ въ 27,7%. Брюшного рефлекса не было въ 28,5%; въ 4-хъ случаяхъ онъ былъ повышенъ. Рефлекса съ мышцъ, поддерживающей яичко, не было въ 47,3%. Болевая кожная чувствительность была затронута больше всего у кататониковъ (изъ 4-хъ случаевъ въ 3-хъ была понижена). Въ 2-хъ случаяхъ гебефреники болевое чувство было притуплено. У параноидиковъ наблюдалось пониженіе болевого чувства въ 66%. Дермографизмъ не отмѣченъ ни разу. Какъ важную особенность встрѣчающихся при преждевременномъ слабоуміи физическихъ припадковъ авторъ отмѣчаетъ ихъ непостоянство.

*G. Blin* <sup>6)</sup> изслѣдовалъ глаза у 87 больныхъ преждевременнымъ слабоуміемъ. Всѣ разстройства въ зрѣніи онъ дѣлитъ на 2 категоріи. Къ 1-ой относитъ измѣненія непостоянныя, переходящія; ко 2-ой—измѣненія упорныя, постоянныя. Данныя 1-ой группы онъ выражаетъ въ слѣдующихъ цифрахъ: расширеніе зрачковъ—20%, неравномѣрность ихъ—19%, суженіе—7%, пониженіе или полное отсутствіе обоихъ рефлексовъ—5% и сохраненіе свѣтового рефлекса при потерѣ приспособленія—10%. 2-ая категорія (припадки болѣе стойкіе) представлена въ слѣдующихъ цифрахъ: признакъ *Argyll-Robertson*'а—13,8%, расширеніе зрачковъ—7%, неравномѣрность ихъ—7%, суженіе—2%, пониженіе или полное отсутствіе рефлексовъ—3% и сохраненіе свѣтового рефлекса при потерѣ приспособленія—6%. Особую важность придаетъ авторъ признаку

*Argyll-Robertson'a*, который онъ считаетъ единственнымъ стойкимъ измѣненіемъ со стороны глазъ при преждевременномъ слабоуміи.

Изъ приведенныхъ литературныхъ данныхъ явствуетъ, что согласнаго мнѣнія о физическихъ припадкахъ при преждевременномъ слабоуміи среди авторовъ не имѣется, и вопросъ этотъ такимъ образомъ остается открытымъ.

Нашу задачу мы опредѣлили такъ: изслѣдовать состояніе чувствительности, рефлексы и возбудимость мышцъ у больныхъ съ преждевременнымъ слабоуміемъ, а также отмѣтить имѣющіеся у нихъ признаки вырожденія. При изслѣдованіи мы пользовались обычными клиническими способами. Въ виду особенностей психического состоянія нашихъ больныхъ и связанной съ этимъ трудности при изслѣдованіи чувствительности, мы принуждены были ограничиться изслѣдованіемъ одной лишь болевой чувствительности. При этомъ мы отмѣчали и т. наз. болевую реакцію зрачка. Среди рефлексовъ, на ряду съ имѣющимися уже опредѣленное клиническое значеніе, мы отмѣчали состояніе и другихъ, недавно описанныхъ и еще мало ослѣдованныхъ, рефлексовъ. Материаломъ намъ служили 50 больныхъ мужчинъ, находившихся въ Колмовской психиатрической больницѣ. Возрастъ ихъ—отъ 17 до 38 л., при чемъ по возрасту больные наши распредѣлялись такъ: 17—20 л. было 5, 21—25 л. 12, 26—30 л. 27 и 31—38 л. 6.

По отношенію къ принимаемымъ *Kraepelin'*омъ 3-мъ группамъ у насъ имѣются такія данныя: съ гебефренической формой 12 больныхъ, съ паранойдной 17 и съ кататонической 21.

Продолжительность болѣзни выражается слѣдующими цифрами: болѣзнь длилась до 1 г. у 20, отъ 1 г. до 5 л. у 22, отъ 5 до 10 л. у 8.

Результаты мы получили слѣдующіе:

**Болевая кожная чувствительность** найдена нормальной въ 36%, повышенной въ 14% и пониженной, въ большей или меньшей степени, въ 50%. По формамъ преждевременнаго слабоумія эти измѣненія чувствительности распредѣляются такъ:

	Болевая кожная чувствительность.		
	нормальная.	повышенная.	пониженная.
	Въ процентахъ.		
Гебефреническая форма . . . .	42	—	58
Кататоническая » . . . .	38	24	38
Паранойдная » . . . .	29	12	59

Такимъ образомъ болевая чувствительность въ  $\frac{1}{2}$  случаевъ представлялась пониженной. Здѣсь-же умѣстно отмѣтить, что *болевая реакція зрачка* дала отрицательный результатъ, т. е. при уколѣ не получалось расширенія зрачка, въ 28%. Она удавалась при нормальномъ состояніи болевой чувствительности или даже при незначительномъ ея пониженіи. При болѣе-же глубокихъ степеняхъ пониженія болевой чувствительности зрачекъ не отвѣчалъ на болевое чувство. Въ цифрахъ эти данныя выражаются такъ:

Расширеніе зрачка. Неподвижность зрачка.  
Въ процентахъ.

Гебефреническая форма . . . .	50	50
Кататоническая » . . . .	86	14
Паранойдная » . . . .	71	29

**Рефлексы.** Сухожильные рефлексы на рукахъ по большей части были нормальны. Коленный рефлексъ въ значительномъ числѣ случаевъ давалъ повышеніе. Рефлексъ съ Ахилловой жилы почти во всѣхъ случаяхъ былъ въ предѣлахъ нормы. У 1 кататоника отмѣчено отсутствіе

	нормаль- ный %).	повышенъ.	нѣтъ.	различенъ на обѣихъ сто- ронахъ.	пониженъ.
Въ процентахъ.					
Рефлексъ съ 2 - главой мышцы . . . .	50	34	6	10	—
» съ 3 - главой мышцы . . . .	44	34	10	12	—
» коленный . . . .	30	64	2	2	2
» съ Ахилловой жилы . . . .	88	—	6	6	—
» лопаточно-пле- чевой . . . .	74	—	14	12	—
» грудной . . . .	30	—	60	10	—
» подлопаточный . . . .	100	—	—	—	—
» акроміальный . . . .	22	—	70	8	—
» глазной . . . .	38	—	62	—	—
» скуловой . . . .	38	—	60	2	—
» нижне-челюст- ный . . . .	38	—	62	—	—
» пояснично-бед- ренный . . . .	22	—	78	—	—
» ладонный . . . .	22	—	66	12	—
» брюшной . . . .	86	—	14	—	—
» подчревный . . . .	74	—	22	4	—
» ягодичный . . . .	78	—	20	2	—
» мочовочный . . . .	20	—	80	—	—
» съ мышцы, под- держивающей яички . . . .	72	—	18	10	—
» подошвенный . . . .	26	—	70	4	—
» ножно - пальце- вой . . . . .	74 (сгибаніе пальцевъ)	—	26	—	—
» съ мышцы, на- тягивающей ши- рокую фасцію . . . .	70	—	24	6	—
» съ больше-бер- цовой мышцы . . . .	38	—	54	8	—
» конъюнктив- альный . . . .	92	—	8	—	—
» носовой . . . .	64	—	32	4	—
» глоточный . . . .	12	—	88	—	—
» тошнотный . . . .	54	—	46	—	—

Состояніе нѣкоторыхъ рефлексовъ въ каждой изъ формъ преждевременнаго слабоумія видно изъ слѣдующаго:

Рефлексъ <i>колынный</i> .	нормальный.	повышенъ.	пониженъ.	нѣтъ.	различенъ на обѣихъ сто- ронахъ.
	Въ	про	цен	тахъ.	
Гебефреническая форма .	42	50	—	—	8
Кататоническая » .	19	76	—	5	—
Паранойдная » .	35	59	6	—	—
Рефлексъ съ <i>Ахилловой</i> <i>жилы</i> .					
Гебефреническая форма .	83	—	—	—	17
Кататоническая » .	90	—	—	5	5
Паранойдная » .	88	—	—	12	—

**Дермографизмъ** наблюдался въ 90% всѣхъ случаевъ, при чемъ онъ выражался или покраснѣніемъ соответствующихъ мѣстъ кожи послѣ кратковременнаго ихъ поблѣднѣнія, или-же непосредственнымъ и стойкимъ поблѣднѣніемъ ея безъ послѣдующаго покраснѣнія.

**Тонусъ мышцъ** былъ повышенъ въ 76%. Точно также отмѣчены: повышеніе механической возбудимости мышцъ (въ 92%) и идіо-мышечное сокращеніе *Schiff'a* (въ 94%).

**Светозная реакція зрачка** наблюдалась нормальной въ 92%, вялой въ 6% и неодинаковой на обоихъ глазахъ въ 2%. Что касается величины зрачковъ, то ни суженія, ни расширенія ихъ отмѣчено не было. Незначительная разница въ величинѣ зрачковъ была лишь въ 18%.

**Физическіе признаки вырожденія** имѣлись въ 94% всѣхъ случаевъ.

**Произвольное движеніе** во всѣхъ обследованныхъ случаяхъ было вполне нормально.

Такимъ образомъ на основаніи нашихъ данныхъ мы пришли къ заключенію, что, хотя въ картинѣ преждевременнаго слабоумія и встрѣчаются отклоненія со стороны физической сферы, но ничего характернаго для дан-

свѣжей пуповины вполнѣ допустима и, вызывая сама по себѣ живѣйшій интересъ, заслуживаетъ вниманія не однихъ только дѣтскихъ врачей.

До сего времени привиты мною такимъ образомъ свыше 100 новорожденныхъ. Оспенный процессъ постоянно сопровождается у нихъ одними и тѣми-же температурными колебаніями—«вакцинной лихорадкой», короткой, незначительной; кромѣ многочисленныхъ измѣреній температуры, я пользовался для доказательства возможности вакцинации и ея успѣшности предложенными для этого средствами—повѣрочными прививками, ранней и послѣдовательной вакцинаціей дѣтей, которыя оставались въ учрежденіи около мѣсяца, либо приносились матерями въ открытую при родовспомогательномъ заведеніи амбулаторію для оспопрививанія.

Пуповина отпадаетъ безъ всякихъ осложненій въ заживленіи пупочной ранки; съ засыхающей и отпадающей пуповиной исчезаютъ и слѣды прививокъ. До сихъ поръ, въ теченіи 5 мѣсяцевъ, въ родовспомогательномъ заведеніи не отмѣчено ни одного случая заболѣванія пупка или пупочныхъ сосудовъ. У 2-хъ дѣтей, умершихъ отъ случайныхъ причинъ (мозговое кровоизліаніе, внезапная смерть), при вскрытіи не найдено и слѣдовъ этихъ заболѣваній послѣ оспопрививанія.

Дальнѣйшія прививки на рукахъ у дѣтей до сихъ поръ остаются безуспѣшными, такъ что возможно говорить о перенесенной «vaccina sine vaccinis».

Наблюденія мои еще продолжаются, и подробности ихъ будутъ вскорѣ мною описаны въ отдѣльной работѣ.

#### CXLIV. Изъ Колмовской психиатрической больницы.

#### Къ вопросу о физическихъ припадкахъ при преждевременномъ слабоуміи (dementia praecox).

С. А. Вруштейна и Г. Г. Нахсидова.

Подъ именемъ преждевременнаго слабоумія (dementia praecox) проф. *Kraepelin*, которому эта форма болѣзни и обязана своимъ правомъ гражданства въ классификаціи душевныхъ болѣзней, разумѣетъ цѣлый рядъ болѣзненныхъ картинъ, общая особенность которыхъ заключается въ исходѣ «въ своеобразное состояніе слабости». Проф. *Kraepelin* различаетъ 3 основныхъ формы преждевременнаго слабоумія, характеризующихся цѣлымъ рядомъ какъ психическихъ, такъ и физическихъ припадковъ. Эти формы слабоумія суть: гебефреническая (dementia heberphrenica), кататоническая (dementia katatonica) и паранойдная (dementia paranoidea). Здѣсь-же уместно отмѣтить, что ученіе *Kraepelin*'а вызвало оживленный обмѣнъ мнѣній и породило цѣлую литературу. Правда, и по настоящее время единство взглядовъ еще далеко не достигнуто; тѣмъ не менѣе, психическая картина страданія разработана уже съ достаточною полнотой. Къ сожалѣнію, далеко не такъ обстоятъ дѣла съ изслѣдованіемъ физическихъ припадковъ этого своеобразнаго заболѣванія нервной системы. Здѣсь согласныхъ наблюденій еще меньше. Самъ *Kraepelin* отмѣчаетъ слѣдующее: сухожильные рефлексы обычно бываютъ повышены, а часто—и весьма значительно; точно также оказывается повышенной механическая возбудимость мышцъ и нервовъ; зрачки часто бываютъ замѣтно расширены (а именно при состояніяхъ возбужденія), иногда-же наблюдается разница въ величинѣ зрачковъ (относительно реакціи со стороны зрачковъ проф. *Kraepelin* не рѣшается сдѣлать какихъ-либо опредѣленныхъ заключеній); болевая чувствительность нерѣдко представляется пониженной; весьма часты, затѣмъ, сосудодвигательныя разстройства (синюха, дерматогрфія), а въ отдѣльныхъ случаяхъ—сильное потоотдѣленіе; увеличеніе щитовидной железы; не рѣдко встрѣчаются физическіе признаки вырожденія: неправильности въ строеніи черепа, дѣтское сложеніе, неправильные зубы, уши, косоглазіе и т. п.

*Mignot* <sup>1)</sup> изслѣдовалъ 63 больныхъ преждевременнымъ слабоуміемъ и въ 32% отмѣтилъ неравномѣрность зрач-

ковъ, въ 62%—разстройство ихъ реакціи на свѣтъ, въ 7%—отсутствіе этой реакціи, въ 12%—разстройство приспособленія, въ 52%—измѣненія формы зрачковъ и, наконецъ, въ 30%—расширеніе зрачковъ.

По наблюденіямъ *M. Dide* и *L. Chenaïs* <sup>2)</sup> у больныхъ съ преждевременнымъ слабоуміемъ имѣется повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ и мышечнаго тонуса, пониженіе кожныхъ рефлексовъ и нормальная кожная чувствительность. Кожные рефлексы—большого пальца ноги и съ широкой фасціи—при кататонической формѣ преждевременнаго слабоумія всегда оказываются или пониженными, или уничтоженными вовсе. Нормальными остаются рефлексы съ мышцъ, поддерживающихъ яички, и брюшные. *L. Chenaïs* <sup>3)</sup> отмѣтилъ у такихъ больныхъ пониженіе или исчезновеніе рефлекса съ широкой фасціи, иногда—клонусъ стопы, часто разстройства со стороны жомовъ, измѣненіе формы зрачковъ въ 1/4 всѣхъ случаевъ и рѣдко—неравномѣрность ихъ. Очень часто, далѣе, встрѣчаются парадоксальная реакція на свѣтъ и сооудовдвигательныя разстройства. Физическіе признаки вырожденія наблюдались рѣдко. *Séglas* <sup>4)</sup> сообщилъ въ медико-психологическомъ Обществѣ на засѣданіи 28-го октября 1901 г. о дермографизмѣ у душевно-больныхъ, при чемъ отмѣтилъ присутствіе этого припадка въ 100% при кататонической формѣ, въ 50%—при гебефренической и въ 30%—въ паранойдной.

*M. Dide* изъ 19 больныхъ съ преждевременнымъ слабоуміемъ у 18 нашелъ повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, у 4—клонусъ стопы, у 2—клонусъ коленной чашки. По его мнѣнію, для физической сферы при преждевременномъ слабоуміи характерно слѣдующее: повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, пониженіе или даже исчезновеніе кожныхъ и, наконецъ, мышечная гипертонія.

По даннымъ *Serieux* и *Masselon* <sup>5)</sup>, изслѣдовавшихъ 25 мужчинъ и столько-же женщинъ съ преждевременнымъ слабоуміемъ преимущественно въ исходныхъ состояніяхъ, оказывается, что расширенія зрачковъ чаще встрѣчается въ начальной, чѣмъ въ конечной ступени болѣзни и притомъ въ паранойдной формѣ рѣже, чѣмъ въ гебефренической и кататонической. Неравенство зрачковъ отмѣчено въ 37%, расширеніе въ 53% и измѣненіе формы ихъ въ 41%. Ослабленіе свѣтовой реакціи наблюдалось въ 77%, при чемъ въ позднѣйшихъ стадіяхъ болѣзни оно было выражено рѣже, чѣмъ въ начальныхъ; разстройство приспособленія—въ 78% (оно возрастало пропорціонально длительности болѣзни). Въ 73% получилось повышеніе коленныхъ рефлексовъ. Раздраженіе подошвы давало сокращеніе мышцы, натягивающей широкую фасцію (m. tensor fasciae latae), и подошвенное сгибаніе пальцевъ. Подошвеннаго рефлекса не было въ 22,2%, и онъ былъ пониженъ въ 27,7%. Брюшного рефлекса не было въ 28,5%; въ 4-хъ случаяхъ онъ былъ повышенъ. Рефлекса съ мышцъ, поддерживающей яичко, не было въ 47,3%. Болевая кожная чувствительность была затронута болѣе всего у кататониковъ (изъ 4-хъ случаевъ въ 3-хъ была понижена). Въ 2-хъ случаяхъ гебефреники болѣе чувствительны были притуплены. У паранойниковъ наблюдалось пониженіе болевого чувства въ 66%. Дермографизмъ не отмѣченъ ни разу. Какъ важную особенность встрѣчающихся при преждевременномъ слабоуміи физическихъ припадковъ авторъ отмѣчаетъ ихъ непостоянство.

*G. Blin* <sup>6)</sup> изслѣдовалъ глаза у 87 больныхъ преждевременнымъ слабоуміемъ. Всѣ разстройства въ зрѣніи онъ дѣлитъ на 2 категоріи. Къ 1-ой относитъ измѣненія непостоянныя, переходящія; ко 2-ой—измѣненія упорныя, постоянныя. Данныя 1-ой группы онъ выражаетъ въ слѣдующихъ цифрахъ: расширеніе зрачковъ—20%, неравномѣрность ихъ—19%, суженіе—7%, пониженіе или полное отсутствіе обоихъ рефлексовъ—5% и сохраненіе свѣтового рефлекса при потерѣ приспособленія—10%. 2-ая категорія (припадки болѣе стойкіе) представлена въ слѣдующихъ цифрахъ: признакъ *Argyll-Robertson*'а—13,8%, расширеніе зрачковъ—7%, неравномѣрность ихъ—7%, суженіе—2%, пониженіе или полное отсутствіе рефлексовъ—3% и сохраненіе свѣтового рефлекса при потерѣ приспособленія—6%. Особую важность придаетъ авторъ признаку



Argyll-Robertson'a, который онъ считаетъ единственнымъ стойкимъ измѣненіемъ со стороны глазъ при преждевременномъ слабоуміи.

Изъ приведенныхъ литературныхъ данныхъ явствуетъ, что согласнаго мнѣнія о физическихъ припадкахъ при преждевременномъ слабоуміи среди авторовъ не имѣется, и вопросъ этотъ такимъ образомъ остается открытымъ.

Нашу задачу мы опредѣлили такъ: изслѣдовать состояніе чувствительности, рефлексы и возбудимость мышцъ у больныхъ съ преждевременнымъ слабоуміемъ, а также отмѣтить имѣющіеся у нихъ признаки вырожденія. При изслѣдованіи мы пользовались обычными клиническими способами. Въ виду особенностей психического состоянія нашихъ больныхъ и связанной съ этимъ трудности при изслѣдованіи чувствительности, мы принуждены были ограничиться изслѣдованіемъ одной лишь болевой чувствительности. При этомъ мы отмѣчали и т. наз. болевую реакцію зрачка. Среди рефлексовъ, на ряду съ имѣющимися уже опредѣленное клиническое значеніе, мы отмѣчали состояніе и другихъ, недавно описанныхъ и еще мало обследованныхъ, рефлексовъ. Матеріаломъ намъ служили 50 больныхъ мужчинъ, находившихся въ Колмовской психиатрической больницѣ. Возрастъ ихъ—отъ 17 до 38 л., при чемъ по возрасту больные наши распредѣлялись такъ: 17—20 л. было 5, 21—25 л. 12, 26—30 л. 27 и 31—38 л. 6.

По отношенію къ принимаемымъ Kraepelin'омъ 3-мъ группамъ у насъ имѣются такіа данныя: съ гебефренической формой 12 больныхъ, съ паранойдной 17 и съ кататонической 21.

Продолжительность болѣзни выражается слѣдующими цифрами: болѣзнь длилась до 1 г. у 20, отъ 1 г. до 5 л. у 22, отъ 5 до 10 л. у 8.

Результаты мы получили слѣдующіе:

Болевая кожная чувствительность найдена нормальной въ 36%, повышенной въ 14% и пониженной, въ большей или меньшей степени, въ 50%. По формамъ преждевременнаго слабоумія эти измѣненія чувствительности распредѣляются такъ:

	Болевая кожная чувствительность.		
	нормальная.	повышенная.	пониженная.
	Въ процентахъ.		
Гебефреническая форма . . . .	42	—	58
Кататоническая » . . . .	38	24	38
Паранойдная » . . . .	29	12	59

Такимъ образомъ болевая чувствительность въ 1/2 случаевъ представлялась пониженной. Здѣсь-же умѣстно отмѣтить, что болевая реакція зрачка дала отрицательный результатъ, т. е. при уколѣ не получалось расширенія зрачка, въ 28%. Она удавалась при нормальномъ состояніи болевой чувствительности или даже при незначительномъ ея пониженіи. При болѣе-же глубокихъ степеняхъ пониженія болевой чувствительности зрачекъ не отвѣчалъ на болевое чувство. Въ цифрахъ эти данныя выражаются такъ:

	Расширеніе неподвижность зрачка.	
	Въ процентахъ.	
Гебефреническая форма . . . .	50	50
Кататоническая » . . . .	86	14
Паранойдная » . . . .	71	29

Рефлексы. Сухожильные рефлексы на рукахъ по большей части были нормальны. Колѣнный рефлексъ въ значительномъ числѣ случаевъ давалъ повышеніе. Рефлексъ съ Ахилловой жилы почти во всѣхъ случаяхъ былъ въ предѣлахъ нормы. У 1 кататоника отмѣчено отсутствіе

	Въ процентахъ.				
	нормальный *).	повышенъ.	нѣтъ.	различенъ на обоихъ сторонахъ.	пониженъ.
Рефлексъ съ 2 - головной мышцы . . . .	50	34	6	10	—
» съ 3 - головной мышцы . . . .	44	34	10	12	—
» колѣнный . . . .	30	64	2	2	2
» съ Ахилловой жилы . . . .	88	—	6	6	—
» лопаточно-плечевой . . . .	74	—	14	12	—
» грудной . . . .	30	—	60	10	—
» подлопаточный . . . .	100	—	—	—	—
» акромиальный . . . .	22	—	70	8	—
» глазной . . . .	38	—	62	—	—
» скуловой . . . .	38	—	60	2	—
» нижне-челюстной . . . .	38	—	62	—	—
» пояснично-бедерный . . . .	22	—	78	—	—
» ладонный . . . .	22	—	66	12	—
» брюшной . . . .	86	—	14	—	—
» подчревный . . . .	74	—	22	4	—
» ягодичный . . . .	78	—	20	2	—
» мошоночный . . . .	20	—	80	—	—
» съ мышцы, под-держивающей яички . . . .	72	—	18	10	—
» подошвенный . . . .	26	—	70	4	—
» ножно-пальцевой . . . .	74 (сгибаніе пальцевъ)	—	26	—	—
» съ мышцы, натягивающей широкую фасцію . . . .	70	—	24	6	—
» съ больше-берцовой мышцы . . . .	38	—	54	8	—
» конъюнктивальный . . . .	92	—	8	—	—
» носовой . . . .	64	—	32	4	—
» глоточный . . . .	12	—	88	—	—
» тошнотный . . . .	54	—	46	—	—

Состояніе нѣкоторыхъ рефлексовъ въ каждой изъ формъ преждевременнаго слабоумія видно изъ слѣдующаго:

Рефлексъ колѣнный.	Въ процентахъ.				
	нормальный.	повышенъ.	пониженъ.	нѣтъ.	различенъ на обоихъ сторонахъ.
Гебефреническая форма . . . .	42	50	—	—	8
Кататоническая » . . . .	19	76	—	5	—
Паранойдная » . . . .	35	59	6	—	—
Рефлексъ съ Ахилловой жилы.					
Гебефреническая форма . . . .	83	—	—	—	17
Кататоническая » . . . .	90	—	—	5	5
Паранойдная » . . . .	88	—	—	12	—

Дермографизмъ наблюдался въ 90% всѣхъ случаевъ, при чемъ онъ выражался или покраснѣніемъ соответствующихъ мѣстъ кожи послѣ кратковременнаго ихъ поблѣднѣнія, или-же непосредственнымъ и стойкимъ поблѣднѣніемъ ея безъ послѣдующаго покраснѣнія.

Тонусъ мышцъ былъ повышенъ въ 76%. Точно также отмѣчены: повышеніе механической возбудимости мышцъ (въ 92%) и идіо-мышечное сокращеніе Schiff'a (въ 94%).

Светозная реакція зрачка наблюдалась нормальной въ 92%, вялой въ 6% и неодинаковой на обоихъ глазахъ въ 2%. Что касается величины зрачковъ, то ни суженія, ни расширенія ихъ отмѣчено не было. Незначительная разница въ величинѣ зрачковъ была лишь въ 18%.

Физическіе признаки вырожденія имѣлись въ 94% всѣхъ случаевъ.

Произвольное движеніе во всѣхъ обследованныхъ случаяхъ было вполне нормально.

Такимъ образомъ на основаніи нашихъ данныхъ мы пришли къ заключенію, что, хотя въ картинѣ преждевременнаго слабоумія и встрѣчаются отклоненія со стороны физической сферы, но ничего характернаго для дан-

\*) Къ этой рубрицѣ отнесено полученіе рефлекса средней

наго заболѣванія они не даютъ и едва-ли могутъ служить распознавательнымъ цѣлямъ. Что-же касается выясненія происхожденія этой интересной формы душевнаго расстройства, то подобныя наблюденія, рядомъ съ изслѣдованіемъ психической картины заболѣванія, намъ кажется, могутъ помочь разрѣшенію нѣкоторыхъ возникающихъ въ этомъ направленіи вопросовъ.

**Источники.** 1. *Mignot*. Les troubles pupillaires dans quelques maladies mentales. Парижская диссертация. 1900 г. — 2. *Société de neurologie*. Засѣданіе 13-го марта 1901 г. — 3. *L. Chénais*. Recherches sur les symptômes physiques de la démence précoce à forme catatonique. Парижская диссертация, 1902 г. — 4. Прив. по *Эриксоу*. Преждевременное юношеское слабоуміе. «Обзорніе психіатріи», 1905 г., № 6. — 5. «Annales medico-psychologiques», 1902 г., т. XVI. — 6. *Sérical et Masselon*. Les troubles physiques chez la démence précoce. Тамъ-же, 1902 г., т. XVI. — 7. *G. Blin*. Les troubles oculaires dans la démence précoce. «Revue neurologique», 1906 г., № 4.

#### СХLV. Изъ сывороточнаго отдѣленія Кіевскаго бактериологическаго Института.

### Къ вопросу объ эпидемиологии и профилактикѣ дифтерій.

М. П. Нецадименко.

Чтобы принять правильныя предохранительныя мѣры въ борьбѣ съ эпидеміей, необходимо, какъ извѣстно, точно знать источникъ заразы. Такими источниками при дифтеріи въ огромномъ большинствѣ случаевъ служатъ человекъ—или больной дифтеріей, или выздоровѣвшій отъ нея и носящій въ своей глоткѣ вирулентныя дифтерійныя палочки, или на видъ совершенно здоровый, а лишь бывшій въ соприкосновеніи съ больнымъ дифтеріей и получившій отъ него дифтерійныя палочки. Короче говоря, источникомъ дифтерійной заразы чаще всего является глотка или зѣвъ и полость носа человека, больного, перенесшаго дифтерію, а нерѣдко и совершенно на видъ здороваго. Поэтому и основной вопросъ борьбы съ дифтеріей и научной профилактики дифтерій, съ точки зрѣнія современной науки, сводится къ борьбѣ съ дифтерійными палочками въ зѣвѣ, глоткѣ и въ носу больного и выздоровѣвшаго отъ этой болѣзни человека.

*Löffler*, давшій точное описаніе дифтерійной палочки, полученной имъ въ чистой разводкѣ, и доказавшій ея этиологическое значеніе при дифтеріи, доказалъ, что палочки эти можно встрѣтить во рту у совершенно здоровыхъ людей. *Roux* и *Yersin* своими бактериологическими изслѣдованіями дифтерійныхъ пленокъ и слизи рта, по окончаніи заболѣванія, установили, что дифтерійныя палочки долго сохраняются во рту послѣ выздоровленія. На этомъ основаніи на Международномъ Сѣздѣ въ Berlin'ѣ въ 1890 г., въ Отдѣлѣ гігіены д-ръ *Хавкинъ*, отъ имени *Roux* <sup>1)</sup>, сообщилъ, что для предупрежденія распространенія дифтеріи необходимо строго отдѣлять выздоравливающихъ до полного исчезанія у нихъ палочекъ во рту, а также изслѣдовать бактериологически зѣвъ у учениковъ, въ случаѣ заболѣванія кого-нибудь между ними дифтеріей. *Löffler* <sup>2)</sup> здѣсь-же сообщилъ, что дифтерійныя палочки сохраняются въ зѣвѣ по окончаніи заболѣванія до 4-хъ недѣль.

Въ одномъ изъ 18 положеній, выработанныхъ на 8-мъ Международномъ Сѣздѣ въ Buda-Pest'ѣ, въ 1894 г. по вопросу о причинѣ, предупрежденіи и лѣченіи дифтеріи обращается вниманіе на то, что очень вирулентныя дифтерійныя палочки встрѣчаются въ зѣвѣ и въ носу у здоровыхъ людей, которые могутъ заболѣть подъ вліяніемъ какихъ-либо внѣшнихъ условій (раненій слизистой оболочки, простуды), а также указывается на возможность распространенія дифтеріи выздоравливающими отъ нея и сохраняющими вирулентныя дифтерійныя палочки во рту иногда до нѣсколькихъ мѣсяцевъ. На этомъ Сѣздѣ были сообщены очень интересные результаты бактериологическихъ изслѣдованій зѣва у выздоравливающихъ отъ дифтеріи. На основаніи 752 бактериологическихъ изслѣдованій зѣва *W. H. Welch* <sup>3)</sup> сообщилъ слѣдующіе сроки исчезанія дифтерійныхъ палочекъ изъ зѣва послѣ очищенія его

отъ дифтерійныхъ пленокъ: у 325 чел. дифтерійныя палочки исчезли изъ зѣва черезъ 3 дня, у 201 черезъ 5—7 дней, у 84 черезъ 12 дней, у 69 черезъ 15 дней, у 55 черезъ 3 недѣли, у 15 черезъ 5 и у 1 черезъ 7 недѣль.

Послѣ этого Сѣзда появилось очень много изслѣдованій, подтверждающихъ то положеніе, что, помимо самихъ больныхъ дифтеріей, источникомъ распространенія ея могутъ служить какъ выздоравливающіе отъ нея, такъ и совершенно здоровые, но имѣвшіе соприкосновеніе съ дифтерійными больными. Я позволю себѣ привести здѣсь нѣкоторыя изъ этихъ изслѣдованій.

Во время одной школьной эпидеміи *Löffler* и *Abel* <sup>4)</sup> между 160 учениками нашли у 4-хъ, совершенно здоровыхъ, вирулентныя дифтерійныя палочки въ зѣвѣ.

*Biggs, Park, Beebe* <sup>5)</sup> наблюдали 14 семействъ съ 48 дѣтьми, гдѣ обособленіе больныхъ дифтеріей было недостаточно или и совсѣмъ невозможно; при бактериологическомъ изслѣдованіи здоровыхъ дѣтей у 50% изъ нихъ были найдены дифтерійныя палочки, и 40% скоро заболѣли дифтеріей.

Между солдатами въ одной казармѣ въ Christian'и появились заболѣванія дифтеріей въ теченіи 4-хъ мѣс., не смотря на то, что всякій разъ при заболѣваніи больные отдѣлялись въ госпиталь, казарма тщательно обеззараживалась, а платки заболѣвшихъ обезпуживались текущимъ паромъ. Это подало поводъ *Aaser*у <sup>6)</sup> произвести бактериологическое изслѣдованіе зѣва у всѣхъ 89 чел., жившихъ въ казармѣ, и у 17 изъ нихъ найдены были во рту дифтерійныя палочки; 1 изъ послѣднихъ вскорѣ заболѣлъ дифтеріей. Послѣ того, какъ солдатъ съ дифтерійными палочками въ зѣвѣ отдѣлили, новыхъ заболѣваній не наблюдалось и эпидемія прекратилась.

Въ скрапатономъ отдѣленіи госпиталя появился случай дифтеріи; при бактериологическомъ изслѣдованіи зѣва у всѣхъ бывшихъ въ отдѣленіи *Aaser* напелъ у 20% дифтерійныя палочки въ зѣвѣ. Переведа дѣтей съ дифтерійными палочками въ зѣвѣ въ другое отдѣленіе и выпуску оставшимся предохранительную дозу противодифтерійной сыворотки, *Aaser* не наблюдалъ новыхъ заболѣваній. Онъ обращаетъ вниманіе на слѣдующій фактъ: одна дѣвочка была выписана съ дифтерійными палочками въ зѣвѣ, а черезъ 6 дней поступила въ больницу 2 сестры ея, заболѣвшія дифтеріей.

При бактериологическомъ изслѣдованіи слизи изъ зѣва у выздоравливавшихъ отъ дифтеріи ученицъ одной изъ Кіевскихъ гимназій *Г. П. Гладинъ* <sup>7)</sup> изъ 20 человекъ у 4-хъ напелъ вирулентныя дифтерійныя палочки, у 5-не вирулентныя; въ 2-хъ случаяхъ дифтерійныя палочки въ зѣвѣ наблюдались черезъ 33 дня послѣ выздоровленія; а въ 1 случаѣ, невирулентныя, черезъ 45 дней.

Въ своей работѣ о дифтеріидахъ глотки проф. *А. Д. Павловскій* <sup>8)</sup> сообщаетъ о томъ, что онъ находилъ у здоровыхъ людей дифтерійныя палочки, которыя оставались у нихъ въ зѣвѣ очень долго, не смотря на лѣченіе.

*C. Fraenkel, Wassermann, Fraenkel, Müller, Glucksmann* и мн. др. указываютъ на возможность распространенія дифтеріи какъ выздоравливающими, такъ и совершенно здоровыми людьми, имѣющими въ зѣвѣ дифтерійныя палочки.

Далье, *R. A. Rauefuss* обращаетъ вниманіе на яхуарныя жабы дифтерійнаго происхожденія, почему и настаиваетъ на бактериологическомъ изслѣдованіи при нихъ слизи изъ зѣва, такъ какъ жабы эти могутъ быть источникомъ распространенія дифтеріи. На VII Пироговскомъ Сѣздѣ врачей, въ Казани ч. пр. *Г. Н. Габричскій* <sup>9)</sup> по вопросу о борьбѣ съ дифтеріей также указалъ на необходимость бактериологическихъ изслѣдованій при дифтеріи какъ съ цѣлью распознаванія, такъ и съ цѣлью предупрежденія болѣзни.

При бактериологическомъ изслѣдованіи слизи изъ зѣва во время эпидеміи дифтеріи въ одномъ пансіонѣ *Н. И. Власевскій* <sup>10)</sup> напелъ среди 66 учениковъ дифтерійныя палочки въ зѣвѣ у 21.

Ч. пр. *Г. Н. Габричскій* описываетъ эпидемію дифтеріи въ пансіонѣ, продолжавшуюся 4 мѣс., не смотря на тщательное обеззараживаніе помѣщеній и платя, и исчезнувшую лишь послѣ того, какъ были отдѣлены 2 здоровыхъ на видъ мальчика съ дифтерійными палочками въ зѣвѣ.

*Н. М. Берестинскій* <sup>11)</sup> въ Елизаветинскомъ Институтѣ во время эпидеміи дифтеріи на 230 ученицъ напелъ дифтерійныя палочки въ зѣвѣ у 15; изъ этихъ послѣднихъ 7 впоследствии заболѣли дифтеріей.

Д-ръ *Яковлевъ* напелъ на 245 здоровыхъ, бывшихъ въ соприкосновеніи съ дифтерійными больными, дифтерійныя палочки въ зѣвѣ у 16.

Такимъ образомъ бактериологическое изслѣдованіе слизи полости рта и носа часто можетъ давать указаніе, гдѣ нужно искать источникъ заразы при дифтеріи?

По предложенію Кіевскаго окружнаго в.-медицинскаго инспектора *М. Ѳ. Вознесенскаго*, я принималъ участіе въ борьбѣ съ 2-мя школьными эпидеміями дифтеріи—въ Полтавскомъ кадетскомъ корпусѣ и въ Кіевской в.-фельдшерской школѣ. Въ числѣ мѣръ, принимавшихся для борьбы съ болѣзью, было произведено 910 бактериологическихъ изслѣдованій слизи изъ зѣва (полости рта и носа) у боль-

ныхъ и выздоравливавшихъ, съ одной стороны, и у всѣхъ здоровыхъ, т. е. какъ у воспитанниковъ корпуса и школы, такъ и у лицъ учебно-воспитательнаго персонала, а также у служителей, имѣвшихъ какое-бы то ни было отношеніе къ учащимся, съ другой. Въ корпусѣ заболѣванія дифтеріей наблюдались среди кадетъ только въ одной 4-ой ротѣ, помѣщающейся въ нижнемъ, 1-мъ, этажѣ. 1-ое заболѣваніе наблюдалось 22/ix 1905 г., и когда къ 4/х число больныхъ дифтеріей достигло 6, то кадеты этой роты были распущены по домамъ. Уѣхали они, однако, не всѣ, и въ корпусѣ оставались 50 чел. Изъ этихъ послѣднихъ ко дню моего пріѣзда въ Полтаву, 22/х 1905 г., заболѣли дифтеріей еще 3-ое кадета. Исходя изъ того положенія, что источникомъ распространенія дифтеріи можетъ быть и совершенно здоровый человѣкъ, но съ дифтерійными палочками въ зѣвѣ или въ носу, я и предпринялъ бактериологическое изслѣдованіе слизи рта и носа у всѣхъ кадетъ 4-ой роты, оставшихся въ корпусѣ, у всего учебно-воспитательнаго персонала его и у всѣхъ служителей. Въ итогѣ дифтерійныя палочки были найдены въ зѣвѣ у 1 кадета и у 1 служителя. Кадетъ былъ тотчасъ-же отдѣленъ и выдержанъ обособленно до полного исчезновенія у него дифтерійныхъ палочекъ изъ зѣва, на что потребовалось 10 дней, а служитель былъ отправленъ въ городскую больницу. Послѣ этого всѣ помѣщенія 4-ой роты и всѣ вещи въ ней были обеззаражены. У возвратившихся черезъ мѣсяцъ изъ отпуска кадетъ точно также было произведено бактериологическое изслѣдованіе слизи изъ зѣва и носа, и они были введены въ помѣщенія 4-ой роты лишь по окончаніи этого изслѣдованія. Изъ отпуска не вернулись въ срокъ 4 кадета: по свѣдѣніямъ, полученнымъ отъ ихъ родителей, они по пріѣздѣ домой заболѣли дифтеріей. Если передъ роспускомъ кадетъ у нихъ у всѣхъ была бактериологически изслѣдована слизь изъ зѣва, рта и носа, то дифтерійныя палочки, по всей вѣроятности, были-бы найдены у этихъ 4-хъ кадетъ, они были-бы отдѣлены и этимъ было-бы предупреждено занесеніе заразы въ ихъ семью и вообще дальнѣйшее распространеніе дифтеріи.

Такимъ образомъ въ помѣщеніи 4-ой роты, гдѣ было 9 заболѣваній дифтеріей, между которыми были очень тяжелые случаи и 1 смертельный, вошли кадеты безъ дифтерійныхъ палочекъ въ зѣвѣ и въ носу, и послѣ этого новыхъ заболѣваній дифтеріей здѣсь не наблюдалось. Выздоровливавшіе отъ дифтеріи не выпускались изъ лазарета до полного исчезновенія у нихъ дифтерійныхъ палочекъ въ зѣвѣ и до полного восстановленія силъ послѣ болѣзни.

Въ Кіевской в.-фельдшерской школѣ всѣхъ заболѣваній дифтеріей было 11. Въ виду того, что заболѣванія эти наблюдались не въ одномъ какомъ-нибудь классѣ, а почти во всѣхъ классахъ и отдѣленіяхъ, рѣшено было произвести бактериологическое изслѣдованіе слизи зѣва и носа у всѣхъ воспитанниковъ, воспитателей и служителей. 17/xii 1905 г. было сдѣлано 395 посѣвовъ слизи на сыроватку *Löffler's*. Въ этомъ массовомъ изслѣдованіи мнѣ любезно помогала мой товарищъ по сыровоточному отдѣленію, д-ръ А. А. Юрелюнасъ, которому и приношу здѣсь свою благодарность. При этомъ изслѣдованіи, продолжавшемся 4½ дня\*), дифтерійныя палочки были найдены въ зѣвѣ у 26 воспитанниковъ, совершенно здоровыхъ и ни на что не жаловавшихся. 2-ое изъ нихъ черезъ 2 дня заболѣли дифтеріей и были отправлены въ госпиталь, а остальные 24 воспитанника были строго отдѣлены. Черезъ каждые 4—5 дней у отдѣленныхъ производились повторныя бактериологическія изслѣдованія. Остальные воспитанники школы, безъ палочекъ въ зѣвѣ, были отпущены на Рождественскіе праздники. При повторномъ бактериологическомъ изслѣдованіи оказалось, что нерѣдко вирулентныя дифтерійныя палочки сохранялись у отдѣленныхъ, на видъ совершенно здоровыхъ воспитанниковъ 4—25 дней. Только послѣ отдѣленія воспитанниковъ съ дифтерійными палочками, было произведено обеззараживаніе всей школы формалиномъ. Какъ возвратившіеся изъ отпуска, такъ и оставшіеся въ

школѣ воспитанники, прежде чѣмъ войти въ обеззараженные помѣщенія школы, были подвергнуты вторичному поголовному бактериологическому изслѣдованію на присутствіе дифтерійныхъ палочекъ. При этомъ вторичномъ изслѣдованіи снова были обнаружены дифтерійныя палочки въ зѣвѣ у 12 учениковъ, изъ которыхъ нѣкоторые были отдѣлены, въ виду присутствія у нихъ дифтерійныхъ палочекъ при повторномъ изслѣдованіи, до 22-хъ дней. По обеззараживаніи школы и принятіи вышеуказанныхъ мѣръ новыхъ заболѣваній дифтеріей въ ней не наблюдалось.

И такъ, въ научныхъ данныхъ, выработанныхъ современной бактериологіей — я разумно главнымъ образомъ изслѣдованія *Löffler's*, *Roux* и *Yersin's*, *Behring's* и др., — мы обладаемъ такими могучими средствами для борьбы съ дифтеріей, о которыхъ при другихъ болѣзняхъ едва-ли можно и мечтать. Пользуясь точными способами изслѣдованія, мы можемъ знать источникъ распространенія этой болѣзни. Какъ видно и изъ вышеизложеннаго, этимъ источникомъ нерѣдко можетъ быть совершенно здоровый человѣкъ, бывшій въ соприкосновеніи съ дифтерійнымъ больнымъ или выздорѣвшимъ отъ этой болѣзни.

Въ борьбѣ со всякой эпидеміей и въ частности съ эпидеміей дифтеріи важно правильное распознаваніе перваго случая заболѣванія. Благодаря точнымъ бактериологическимъ способамъ изслѣдованія, распознаваніе дифтеріи ставится безошибочно, между тѣмъ какъ при одномъ клиническомъ распознаваніи ошибки всегда возможны. Это особенно хорошо доказывается обнародованными опросными листами Breslau'ской станціи, изъ коихъ явствуетъ, что клиническое распознаваніе дифтеріи подтвердилось бактериологически только въ 65%, въ 20%-же оно было ошибочнымъ. Но еще хуже дѣло обстоитъ съ распознаваніемъ «Nichtdiphtherie», подтвердившемся лишь въ 39%, при чемъ въ 18% оно было ошибочнымъ. На бактериологической станціи при гигиеническомъ Институтѣ *Pfeiffer's* въ Koenigsberg'ѣ по изслѣдованію дифтеріи было произведено 2982 бактериологическихъ изслѣдованія присланныхъ на станцію пленокъ и слизи изъ зѣва. На основаніи этихъ изслѣдованій *Scheller*<sup>12)</sup> показалъ, что клиническое распознаваніе «Diphtherie mit Belag» подтвердилось бактериологически въ 70%, «Diphtherie ohne Belag» — въ 37%. Слѣд., во всѣхъ острыхъ случаяхъ заболѣванія зѣва и носа необходимо бактериологическое изслѣдованіе, тѣмъ болѣе, что, повидимому, невинныя лакунарныя жабы, нерѣдко будучи дифтерійнаго происхожденія, какъ это показали *Roux*, *K. A. Payr*, *Payr*, и др., могутъ служить источникомъ распространенія дифтерійной заразы. *Scheller*<sup>13)</sup>, изслѣдуя присланную на станцію съ клиническимъ распознаваніемъ «типичная фолликулярная жаба» слизь изъ зѣва, нашелъ въ ней дифтерійныя палочки почти въ чистой разводкѣ, а приславшій эту слизь врачъ сообщилъ затѣмъ, что черезъ 4 дня на мѣстѣ исчезнувшихъ желтыхъ фолликулярныхъ налетовъ появились типичныя дифтерійныя налеты со всѣми остальными общими явленіями, характерными для дифтеріи. Наконецъ, извѣстно появленіе параличей послѣ обыкновенныхъ, повидимому, жабъ; несомнѣнно, что эти жабы были дифтерійнаго происхожденія.

Для предупрежденія дифтеріи необходимо, далѣе, выписывать изъ больницъ выздоравливающихъ отъ дифтеріи лишь послѣ того, какъ бактериологическимъ изслѣдованіемъ будетъ установлено отсутствіе у нихъ дифтерійныхъ палочекъ въ полости рта. *Prip*<sup>14)</sup>, напр., наблюдалъ съ несомнѣнностью доказанное зараженіе отъ выздоравливающихъ въ 1% своихъ случаевъ и въ 3% вѣроятное, въ 1 случаѣ — черезъ 3 мѣс. послѣ выздоровленія.

Для рѣшенія вопроса, какъ долго сохраняются во рту дифтерійныя палочки по выздоровленіи, особенно цѣнны, кромѣ приведенныхъ выше данныхъ, слѣдующіе сроки, установленные *Scheller*омъ на основаніи изслѣдованій 339 лицъ, выздорѣвшихъ отъ дифтеріи: по очищеніи зѣва отъ пленокъ дифтерійныя палочки сохраняются во рту до 10 дней у 77%, до 21 дня у 35%, до 31 дня у 18%, до 41 дня у 10%, до 51 дня у 7,6%, до 61 дня у 5% и до 90 дней у 2%. По общему среднему значенію, палочки сохраняются во рту до 21 дня.

\*) Послѣ 10—20-часового пребыванія въ термостатѣ посѣвовъ слизи на сыроваткѣ *Löffler's* были сдѣланы препараты изъ раз-





CXLVI. Изъ Омскаго военнаго госпиталя.

Случай гладкихъ металлическихъ инородныхъ тѣлъ въ пищеварительномъ каналѣ.

К. П. Левоневского.

Казакъ Н. З. 17 л., поступилъ въ Омскій военный госпиталь 15/хI 1903 г. За 3 дня до поступления, т. е. 12/хI, онъ проглотилъ 14 оболочечныхъ ружейныхъ пуль новаго образца, уже бывшихъ въ употребленіи; на слѣдующій день онъ проглотилъ еще 31 пулю. По заявленію отца, онъ продолжалъ все это въ соревнованіи съ товарищами, которые проглотили лишь по нѣскольکو пуль. Вслѣдствіи однако выяснилось, что среди мѣстнаго казачьяго населенія существуетъ повѣріе, что, если казакъ проглотитъ пулю, то на войнѣ его пуля не убьетъ; отецъ-же больного скрылъ это обстоятельство потому, что такая мѣра, по тому же повѣрію, оказывается дѣйствительна лишь въ томъ случаѣ, если ее держать тайнѣ. Сначала З. дурно себя не чувствовалъ, былъ какъ обыкновенно, но потомъ въ подложечной области появилась боль и отецъ больного обратился къ врачу, который давалъ ему слабительнаго нѣсколько разъ, но пули не вышли. У товарищей-же больного пули вскорѣ вышли, не причинивъ имъ никакого вреда.

На 2-ой день по поступленіи въ госпиталь, 16/хI, у З. замѣчено значительное слюнотеченіе и эрозія въ правомъ углу рта. На слѣдующій день слюнотеченіе прекратилось, и больной ни на что не жаловался. Прощупать пули черезъ брюшныя стѣнки не удавалось, хотя самъ больной думалъ, что онъ ихъ прощупываетъ. Назначено: ѣсть картофель и лежать на правомъ боку съ приподнятымъ на подушкѣ тазомъ. 17/хI при просвѣщиваніи лучами *Roentgen'a*, въ лежачемъ на спинѣ положеніи, въ лѣвомъ подреберьѣ опредѣлена темная, подвизная при дыханіи тѣнь, неправильной формы, величиной болѣе ладони, рѣзко измѣнявшая свое мѣсто при измѣненіи положенія тѣла больного: при поворачиваніи его на тотъ или другой бокъ темная тѣнь рѣзко смѣщалась на соответствующую сторону; въ стоячемъ положеніи она опускалась ниже пупка.

20/хI съ помощью х-лучей можно было видѣть нѣсколько отдѣлившихся пуль въ толстой кишкѣ около S-образной; остальные оставались еще въ желудкѣ.

21/хI при всаправненіи вышли 3 пули. Все время самочувствіе хорошее; болей никакихъ нѣтъ; ходитъ свободно.

24/хI при рентгеноскопіи только 1 пуля замѣчена отдѣлившейся отъ общей ихъ массы.

30/хI при рентгеноскопіи темная тѣнь опускалась уже такъ низко, что являлось предположеніе, что пули находятся уже въ S-образной кишкѣ; кромѣ того, тѣнь казалась уже не такой большой, какъ вначалѣ.

7/хII при просвѣщиваніи х-лучами пули, по прежнему, казались лежащими въ толстыхъ кишкахъ; нѣсколько изъ нихъ отдѣлились, и 3 вышли одна за другой въ послѣдующіе дни.

19/хII просвѣщиваніемъ х-лучами на экранѣ получено изображеніе темной тѣни, опускавшейся очень низко, почти до лоннаго соединенія. Не смотря на это, можно было думать, что пули все-же находятся въ желудкѣ, ибо изъ кишекъ онѣ должны-бы были постепенно выходить; кромѣ того, онѣ раздѣлились-бы при разныхъ положеніяхъ тѣла больного и не лежали-бы всѣ вмѣстѣ.

21/хII вечеромъ появились рвота съ сильнымъ каловымъ запахомъ. Больной чувствовалъ себя плохо, ослабѣлъ. Въ слѣдующіе 3 дня положеніе его ухудшилось, пищи онъ уже не принималъ вовсе, а животъ остановился все болѣе и болѣе болѣзненнымъ какъ при ощущеніи, такъ и безъ него; нѣкоторое облегченіе больной получалъ, когда грѣлъ себѣ животъ передъ топившейся печкой. Изъ рта появился противный запахъ. Окраска кожи стала сѣрвовой.

Въ виду такъ рѣзко ухудшившагося общаго состоянія и малой надежды на то, что пули вскорѣ выйдутъ сами, безъ оперативнаго вмѣшательства, 24/хII было рѣшено приступить къ гастротоміи, чтобы прекратить возможное дальнѣйшее всасываніе свинца, непокрытаго оболочкой у основанія пули. Разрѣзъ по средней линіи, на 2 пальца отступя внизъ отъ мечевиднаго отростка, до пупка. Въ рану вынуть желудокъ. Больной повернуть на правый бокъ, и потрясеніемъ его тѣла достигнуто передвигеніе пули на самое низкое мѣсто желудка, расположенное внѣ брюшной полости. Тогда полоской марли желудокъ былъ временно перетянутъ, чтобы при горизонтальномъ положеніи больного пули снова не упали на прежнее мѣсто. Желудокъ вскрытъ по большой кривизнѣ, между сосудами, на протяженіи 4 см. Черезъ рану вытекла кровянистая жидкость, темно-краснаго цвѣта, съ неприятнымъ, какъ-бы гнилостнымъ, запахомъ, въ количествѣ приблизительно 1 стакана. Коричневымъ удалено 11 пуль; онѣ были совершенно гладкія, и никакихъ налетовъ на нихъ не замѣчалось. Слизистая оболочка желудка оказалась гиперемизованной, съ множествомъ мелкихъ кровоподтековъ. Попадавшіеся въ разрѣзъ стѣнокъ желудка сосуды перевязывались шелкомъ. Желудокъ зашитъ 3-яруснымъ шелковымъ швомъ и опущенъ на свое мѣсто. Брюшныя стѣнки зашиты тоже 3-яруснымъ шелковымъ-же швомъ.

Ночью послѣ операціи была рвота такой-же жидкостью и такъ-же пахнувшей, какъ и при операціи.

4-ро сутокъ до операціи больной ничего не ѣлъ, такъ какъ совѣтъ не хотѣлъ ѣсть послѣ операціи еще 4-ро сутокъ ему не

позволяли ни ѣсть, ни пить; на 5-ые сутки разрѣшено было выпить чая съ сухаремъ, принявъ предварительно салицилово-кислый висмутъ; принимать послѣдній было назначено 3 раза въ сутки, по 0,3, передъ ѣдой. Рвота болѣе не повторилась, и всѣ отправления постепенно возобновились. Ни на какія боли оперированный не жаловался; въ вѣсѣ сталъ прибывать, температура ни разу не поднималась выше нормъ. Спустя 32 дня послѣ операціи З. выписался совершенно здоровымъ. За 12 дней до выписки онъ еще разъ былъ подвергнутъ рентгеноскопіи, при чемъ прежде наблюдавшейся тѣни, характерной для пули, нигдѣ обнаружено не было. Нужно, стало быть полагать, что остальные 28 пуль вышли черезъ кишечникъ незамѣченными.

Пули были взвѣшены; для взвѣшиванія были взяты 1) 10 штукъ, не бывшихъ ни въ желудкѣ, ни въ кишкахъ; 2) 11 штукъ, пролежавшихъ въ желудкѣ 1 мѣс. и 12 дней, и 3) 6 пуль, вышедшихъ черезъ заднепроходное отверстіе. Получились слѣдующія данныя:

Вѣсъ пуль находившихся въ желудкѣ 1 мѣс. и 12 дней:

- 1) 13,526
- 2) 13,622
- 3) 13,572
- 4) 13,532
- 5) 13,568
- 6) 13,611
- 7) 13,579
- 8) 13,672
- 9) 13,677
- 10) 13,550
- 11) 13,576

149,485 : 11 =  
средній вѣсъ  
13,3168

Вѣсъ пуль, вышедшихъ черезъ заднепроходное отверстие.

- 1) 13,611
  - 2) 13,640
  - 3) 13,676
  - 4) 13,646
  - 5) 13,603
  - 6) 13,643
- 81,819 : 6 =  
средній вѣсъ  
13,6365

Вѣсъ пуль такого-же качества, но не бывшихъ ни въ желудкѣ, ни въ кишкахъ.

- 1) 13,674
- 2) 13,649
- 3) 13,685
- 4) 13,6822
- 5) 13,676
- 6) 13,7368
- 7) 13,6638
- 8) 13,678
- 9) 13,715
- 10) 13,724

136,8838 : 10 =  
средній вѣсъ  
13,688

13,6365 — 13,3168 = 0,3197, что составляетъ разницу въ потерѣ въ вѣсѣ пуль, пролежавшихъ въ желудкѣ 1 мѣс. и 12 дней, и пуль, которыя, пройдя пищеварительный трактъ вышли черезъ заднепроходное отверстіе.

13,688 — 13,316 = 0,372, что составляетъ потерю въ вѣсѣ пуль, пробывшихъ въ желудкѣ 1 мѣс. и 12 дней, по сравненію съ пулями повѣрочными.

Интересъ случая состоитъ, мнѣ кажется, въ слѣдующемъ: 1) желудокъ способенъ опускаться очень низко (до лоннаго соединенія); 2) гладкія тѣла, какъ извлеченныя при операціи пули, выйти изъ организма самостоятельно не могли въ теченіи 1 мѣс. и 12 дней, а дальнѣйшее выжиданіе привело-бы, по всей вѣроятности, къ смертельному исходу, хотя въ № 103 «La Presse médicale», за 1904 г. д-ръ *Perthes* сообщилъ объ одномъ изъ своихъ больныхъ, проглотившемъ въ числѣ другихъ металлическихъ предметовъ 2 рукоятки свинцовыхъ ложекъ; отъ операціи больной отказался, и черезъ 1 1/2 года съ помощью радіографіи у него въ желудкѣ обнаружено присутствіе одной изъ этихъ рукоятокъ; ни о какихъ явленіяхъ отравленія свинцомъ д-ръ *Perthes* при этомъ не упоминаетъ; 3) свинецъ, находившійся въ желудкѣ, всасывался очень медленно, что видно изъ вышеприведенныхъ цифръ, ибо разница въ вѣсѣ между пулями повѣрочными и пролежавшими въ желудкѣ 1 мѣс. и 12 дней, составляетъ лишь 0,372; 4) на вынутыхъ изъ желудка пуляхъ не замѣчено никакихъ налетовъ. Какъ обратное этому, я могу привести другое наблюденіе, сдѣланное мною въ русско-японскую войну, — а именно, извлеченія пули, застрявшія въ разныхъ частяхъ тѣла раненыхъ, я встрѣчалъ у основанія ихъ, гдѣ свинецъ не покрытъ оболочкой, сѣрвато-бѣлыя массы, состоявшія изъ известковыхъ отложеній.

Въ настоящее время прошло со времени операціи 8 мѣс., и здоровье З. не оставляетъ желать ничего лучшаго.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

Къ постройкѣ въ Эссенукахъ новой грязелѣчебницы.

Среди различныхъ способовъ лѣченія, примѣняемыхъ на Эссентукской группѣ Кавказскихъ минеральныхъ водъ, одно изъ видныхъ мѣстъ, безспорно, занимаетъ грязелѣченіе. Оно примѣняется въ видѣ общихъ разведенныхъ ваннъ и въ видѣ т. наз. мѣстнаго грязелѣченія, т. е. при-

мѣненія гризи на отдѣльныя части тѣла. Грязелѣченіе проводится въ старомъ сѣрно-щелочномъ ванномъ зданіи, гдѣ имѣется 7 грязевыхъ кабинъ, и въ Николаевскомъ ванномъ зданіи. Въ послѣднемъ имѣется 12 грязевыхъ кабинъ для общихъ грязевыхъ ваннъ и помѣщеніе для мѣстнаго грязелѣченія. Всѣ эти грязевыя отдѣленія были уже подробно описаны въ «Русскомъ Врачѣ» въ отчетѣ группныхъ врачей *В. А. Штанге, В. Ф. Орловскаго и В. В. Гомолицкаго* («Русскій Врачъ», 1903 г., №№ 17—20 и 22—24). Съ того времени въ устройствѣ указанныхъ отдѣленій не произошло существенныхъ перемѣнъ, за исключеніемъ небольшого расширенія комнатъ для мѣстнаго грязелѣченія и установки въ грязевыхъ кабинкахъ ваннъ меньшаго размѣра. При наличности указанныхъ отдѣлений количество грязевыхъ ваннъ, которое можетъ быть отпущено въ Ессентукахъ ежедневно, достигаетъ 209 общихъ грязевыхъ ваннъ и 77 процедуръ въ мѣстныхъ грязевыхъ отдѣленіяхъ. Такое количество не отвѣчало спросу на эти ванны въ разгаръ сезона уже давно. Обычно съ 10-го іюня по конецъ іюля многими больными приходилось записываться кандидатами и подолгу ждать своей очереди. Особенно неудовлетворительно стояло дѣло съ мѣстнымъ грязелѣченіемъ. Для того, чтобы хоть нѣсколько ослабить недостатокъ въ ваннахъ, въ нынѣшнемъ сезонѣ была примѣнена не практиковавшаяся до сихъ поръ мѣра, заключающаяся въ томъ, что ванны зданія въ разгаръ сезона были открыты въ теченіи всего дня. Примѣненіе этой мѣры оказалось возможнымъ только при согласіи практикующихъ врачей назначать съ 1 часу до 3 час. пополудни грязевыя ванны, приготовляемыя на прѣсной водѣ вмѣсто обычно примѣняемой сѣрно-щелочной, такъ какъ пришлось столкнуться съ незначительнымъ дебитомъ Гааза-Пономаревского сѣрно-щелочнаго источника. Въ виду подобнаго положенія дѣла я дѣлалъ представленіе директору водъ о крайней необходимости постройки въ Ессентукахъ новой грязелѣбницы. Получивъ въ отвѣтъ предложеніе выработать проектъ новой грязелѣбницы, я, съ своей стороны, предложилъ Обществу практикующихъ на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ врачей выбрать Комиссію, которая, совмѣстно съ группной администраціей, обсудила-бы тѣ требованія, которымъ должно удовлетворять новое зданіе. Общество охотно пошло на встрѣчу, и такимъ образомъ составила Комиссія изъ старшаго группнаго врача *В. Ф. Орловскаго*, младшаго группнаго врача *В. В. Гомолицкаго*, врача, завѣдующаго грязелѣченіемъ *А. А. Червковой*, санитарнаго врача *Р. І. Сливинскаго*, врача, завѣдующаго гидронатическимъ заведеніемъ *Ф. А. Соловьева*, инж. *И. М. Пушинова*, и д. завѣдующаго группой *Лисичкина* и представителей Общества *В. А. Александрова, П. М. Борисова, С. М. Доброхотова, В. В. Завьялова, Н. Н. Кирикова, Н. И. Радецкаго, М. И. Свѣтухина* и *В. А. Штанге*. Комиссія подъ предсѣдательствомъ старшаго группнаго врача *В. Ф. Орловскаго* имѣла 2 засѣданія и выработала ниже помѣщаемый проектъ грязелѣбницы.

Комиссія прежде всего заслушала докладъ врача, завѣдующаго грязелѣченіемъ въ Ессентукахъ, *Червковой* (см. «Русскій Врачъ», 1906 г., № 32) и докладъ Комиссіи русскаго бальнеологическаго Общества по поводу проектируемой въ Пятигорскѣ грязелѣбницы. Изъ возникшихъ послѣ того преній выяснилось, что Комиссія въ виду холодныхъ раннихъ и позднихъ вечернихъ часовъ въ Ессентукахъ единогласно считаетъ необходимымъ ограничить грязелѣченіе въ Ессентукахъ 10-ю часами, именно, съ 8 час. утр. до 6 час. веч. безъ перерыва. При постройкѣ новой грязелѣбницы Комиссія считаетъ необходимымъ принять въ расчетъ постепенный ростъ курорта, полагая, что грязелѣбница должна быть выстроена въ такомъ масштабѣ, чтобы она могла удовлетворить увеличенному, по крайней мѣрѣ, втрое спросу на грязелѣченіе въ настоящее время. При этомъ Комиссіей была принята во вниманіе крайне неудовлетворительная постановка мѣстнаго грязелѣченія, изъ-за которой многіе больные продѣлываютъ процедуры мѣстнаго грязелѣченія въ общихъ кабинкахъ или у себя дома.

Исходя изъ этихъ соображеній, Комиссія считала не-

обходимымъ, по возможности, шире поставить мѣстное грязелѣченіе въ новомъ зданіи. Съ этой цѣлью признано необходимымъ имѣть въ новомъ зданіи 6 комнатъ для мѣстнаго грязелѣченія, рассчитанныхъ каждая на 10 чел.; такимъ образомъ число мѣстныхъ грязелѣбныхъ процедуръ, которыя будутъ въ состояніи отпускать новое зданіе, достигнетъ 600, вмѣсто 77, отпускаемыхъ въ настоящее время. Что касается числа кабинъ для общихъ грязевыхъ ваннъ, то большинство членовъ Комиссіи оставилось на 20, меньшинство же считало необходимымъ повысить эту цифру до 25, исходя изъ того соображенія, что съ постройкой новаго зданія Ессентуки потеряютъ 7 грязевыхъ кабинъ, находящихся въ старомъ сѣрно-щелочномъ зданіи. Такимъ образомъ при цифрѣ, принятой меньшинствомъ, число общихъ грязевыхъ ваннъ, которыя могутъ быть отпущены въ Ессентукахъ, достигнетъ 370 въ сутки, вмѣсто 209, отпускаемыхъ нынѣ, при цифрѣ же большинства число отпускаемыхъ ваннъ достигнетъ 320. Большинство считало такое количество вполне достаточнымъ, имѣя въ виду, что и въ настоящее время недостатокъ въ общихъ грязевыхъ кабинкахъ зависитъ исключительно отъ примѣненія мѣстнаго грязелѣченія въ общихъ кабинкахъ, вызваннаго неудовлетворительнымъ состояніемъ мѣстнаго грязевого отдѣленія. Къ тому же большинство полагало, что число грязевыхъ кабинъ можетъ быть увеличено въ Николаевскомъ ванномъ зданіи, съ уничтоженіемъ мѣстныхъ грязевыхъ отдѣленій, по крайней мѣрѣ, на 2 кабинъ, что увеличивало-бы число общихъ грязевыхъ ваннъ еще на 20.

#### Устройство кабинъ для общихъ грязевыхъ ваннъ.

Кабины для общихъ грязевыхъ ваннъ должны имѣть такой-же размѣръ, какой онѣ имѣютъ въ Николаевскомъ ванномъ зданіи, т. е.,  $4,3 \times 4,3$  метр. ( $6 \times 6$  арш.). При каждой кабинѣ должна быть раздѣвальня. Размѣръ раздѣвалень можетъ составлять  $\frac{2}{3}$  теперешнихъ раздѣвалень въ Николаевскомъ зданіи. При общихъ грязевыхъ кабинкахъ должны находиться 2 потѣльни — мужская на 10 и женская на 15 чел. Потѣльни должны быть устроены такъ, чтобы больные могли переходить въ нихъ непосредственно изъ раздѣвальни. Стѣны кабинъ, раздѣвалень и потѣленъ должны быть въ нижней части выкрашены прочной масляной краской; верхняя же часть стѣнъ и потолка должна быть оштукатурена; гнѣздо ваннъ слѣдуетъ обложить кафелемъ; полъ долженъ быть бетонный; грязевыя ванны должны быть деревянные, обмывные — фазисовыя. Ванны должны быть съ поручнями для погруженія и съ откидными планками, чтобы держаться въ ваннѣ. Ванны должны быть 3-хъ размѣровъ: 2 ванны большихъ, остальные выстимостью 25—30 ведеръ и, кромѣ того, нѣсколько дѣтскихъ въ 7, 10 и 15 ведеръ. Одна изъ кабинъ должна быть отдана подѣ дѣтскія ванны. Кабины должны быть снабжены прѣсной водой и имѣть рукава со смѣсителемъ для прѣсной воды. Обстановку кабинъ и раздѣвалень должны составлять: Тоннетовская кушетка съ плетенымъ сидѣньемъ натурального цвѣта, туалетный столикъ, стулъ, зеркало, вѣшалка, плевательница на ножкахъ, чашка для компрессовъ и резиновыя дорожки.

**Потѣльни.** При мужскихъ и женскихъ кабинкахъ должно быть устроено по одной потѣльнѣ, въ которую большой переходилъ-бы прямо изъ раздѣвальни. Мужская потѣльня должна быть рассчитана на 10 чел., женская на 15. Размѣръ потѣленъ долженъ быть таковъ, чтобы на каждого больного приходилось не менѣе 3 к. саж. воздуха. Потѣльни должны быть снабжены кроватями, подушками и матрацами, покрытыми клеенчатыми чехлами изъ бѣлой вѣситиновой клеенки, простынями, бѣлыми байковыми одѣялами, подающими мытью; между кроватями должны быть деревянные ширмы; у каждой кровати — столикъ и стулъ. Въ потѣльнѣ должно быть нѣсколько крановъ съ умывальными кранами для холодной воды и плевательницами.

**Мѣстное грязелѣченіе.** Комиссія остановилась на желательности имѣть 6 отдѣльныхъ комнатъ, на 10 чел. каждая, съ тѣмъ, чтобы можно было отводить для женщинъ и мужчинъ отдѣльныя комнаты по мѣрѣ надобности.

Размеры комнат должны быть таковы, чтобы на каждого больного приходилось  $1\frac{1}{2}$  кв. саж. площади пола, кроме 0,7 кв. саж., который Коммиссия считала необходимым отвести для каждой раздвальной. Полъ долженъ быть бетонный, прикрытый деревянными рѣшетками; нижнюю часть стѣнъ желательнo облицевать кафелемъ, а верхнюю и потолок оштукатурить. Для раздѣленія ваннъ необходимо имѣть ширмы. Для обмыванія въ каждой комнатѣ необходимо имѣть низходящій душъ безъ давленія со смѣсителямъ и приспособленіемъ для боковой струи. Инвентарь мѣстной грязелѣчебницы долженъ состоять:

1) Полуваннъ (гинекологическихъ) цинковыхъ, обшитыхъ деревомъ

на 4 ведра грязи 12  
» 5 » » 6  
» 3 » » 6

2) Сапоговъ (для обѣихъ ногъ) цинковыхъ, обшитыхъ деревомъ

на 4 ведра грязи 6  
» 5 » » 6

3) Кадокъ (для обѣихъ ногъ) цинковыхъ, обшитыхъ деревомъ

на 5 ведеръ грязи 6  
» 6 » » 6

4) Ведеръ для голеноостопныхъ суставовъ

на 2 ведра грязи—12

5) Кушетокъ съ приподнятымъ изголовьемъ, обшитыхъ клеенкой 12.

6) Ваннъ цинковыхъ (для ногъ и другихъ примѣненій) съ перегородкой (по имѣющемуся образцу)—4

7) Мѣшковъ (для ногъ) 12 } по имѣющемуся образцу.  
( » рукъ ) 12 }

8) Витовъ (для брюшной полости) 12 } по имѣющемуся  
( » для спинной и поясницы ) 12 } образцу

9) Клеенки (вексатиновой бѣлой) для непредвидѣнныхъ случаевъ 20 арш.

10) Столиковъ (приподнимаемыхъ) 4

11) Эмалированныхъ тазиковъ для компрессовъ 60

12) Графиновъ для воды 6

13) Стакановъ 12.

Въ виду того, что у больныхъ не всегда имѣются плитки для компрессовъ, послѣдніе должны входить въ инвентарь грязелѣчебницы, подобно половикамъ и прочему бѣлью.

При мѣстномъ грязелѣченіи долженъ быть залъ для отдыха.

**Подача грязи и приготовленіе грязевыхъ ваннъ.** При принятіи Коммиссіей планъ зданія подача грязи единственно возможна изъ подвального помѣщенія. Для приготовления грязевыхъ ваннъ желательнo имѣть механическіе смѣсители, а также грязь, нагрѣтую до опредѣленной температуры. По послѣднему вопросу мнѣнія раздѣлились: 4 члена Коммиссіи считали достаточнымъ имѣть наготовѣ грязь  $30^{\circ}$ — $32^{\circ}$ — $34^{\circ}$ — $36^{\circ}$ — $38^{\circ}$ — $40^{\circ}$ , 3—за предложеніе проф. Штанге— $30^{\circ}$ — $31^{\circ}$ — $32^{\circ}$ — $33^{\circ}$ — $34^{\circ}$ — $36^{\circ}$ — $38^{\circ}$ — $40^{\circ}$ . Наконецъ, 3-е предложеніе д-ра Черевковой имѣть грязь отъ  $30^{\circ}$  до  $40^{\circ}$  не нашло защитниковъ. Въ своемъ предложеніи проф. Штанге исходилъ изъ того, что чаще всего грязевыя ванны назначаются отъ  $28^{\circ}$  до  $33^{\circ}$ ; д-ръ же Черехова, напротивъ, исходила изъ того, что чаще всего назначается для мѣстнаго грязелѣченія грязь  $34^{\circ}$ — $40^{\circ}$ .

Остѣженіе принято Коммиссіей верхнее или верхнебоковое.

**Провѣтриваніе.** Коммиссія высказалась за искусственное провѣтриваніе въ цѣляхъ непрерывнаго обмѣна воздуха въ кабинетахъ. Залы для мѣстнаго грязелѣченія, корридоры, уборныя и кабинеты признано желательнымъ снабдить паровымъ отопленіемъ для возможности работать грязелѣчебницѣ въ началѣ и въ концѣ лѣтнаго сезона. При грязелѣчебницѣ должно быть помѣщеніе для приготовления теплаго питья.

По вопросу объ устройствѣ при грязелѣчебницѣ постоянного жилья для медицинскаго персонала Коммиссія подавляющимъ большинствомъ высказалась отрицательно. При грязелѣчебницѣ долженъ быть кабинетъ для врача, фельдшера и фельдшерицы, помѣщенія для отдыха прислуги и бѣльева.

По вопросу объ обязанностяхъ врача грязелѣчебницы мнѣнія раздѣлились: одни требовали постоянного присутствія врача въ теченіи всего времени работы ваннаго зданія, другіе полагали, что задачей врача является постановка грязелѣченія на надлежащую высоту и надзоръ за правильнымъ исполненіемъ различныхъ процедуръ.

Наилучшимъ мѣстомъ для него Коммиссія признала сѣверо-восточный уголъ Пятелимоновскаго парка у Пятелимоновской ул., противъ музыкантскаго дома. Вторымъ намѣченнымъ Коммиссіей мѣстомъ является площадь противъ санаторіи Азау, дома инж. Пугинова и санаторіи Бугрова. Это мѣсто, однако, уступаетъ первому, какъ болѣе отдаленное, что будетъ имѣть значеніе для больныхъ, нуждающихся въ мѣстномъ грязелѣченіи и живущихъ въ т. наз. старыхъ Ессентукахъ.

Съ постройкой новаго ваннаго зданія мѣстное грязелѣчебное отдѣленіе Николаевскихъ ваннъ Коммиссія считаетъ необходимымъ закрыть, устроивъ въ нихъ общія кабинеты. Старое сѣрно-щелочное ванное зданіе Коммиссія признала нужнымъ отремонтировать и отвести его для сѣрно-щелочныхъ и прѣсныхъ ваннъ, удѣливъ 1 кабину подъ дѣтскую ванну. Коммиссія вообще признаетъ необходимымъ, чтобы въ каждомъ ванномъ зданіи было по 1 дѣтской кабинѣ.

Коммиссія представила только что приведенный проектъ на обсужденіе Общества практикующихъ на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ врачей, которое и рассмотрѣло его въ засѣданіи 19 іюля. По обсужденіи Общество приняло проектъ съ слѣдующими измѣненіями:

1. Количество кабинъ для общихъ грязевыхъ ваннъ въ новомъ зданіи желательнo имѣть 25, согласно мнѣнію меньшинства Коммиссіи.

2. Для мѣстнаго грязелѣченія достаточно имѣть 4 комнаты, на 10 чел. каждая.

3. Мужская потѣльня должна быть рассчитана на 12, женская на 18 чел.

4. Обмывныя ванны могутъ быть не только фаянсовые, но и болѣе дешевыя чугуно-эмалированныя.

5. Что касается температуры грязи, то Общество полагаетъ достаточнымъ имѣть наготовѣ грязь  $30^{\circ}$ ,  $32^{\circ}$ ,  $34^{\circ}$ ,  $36^{\circ}$ ,  $38^{\circ}$ ,  $40^{\circ}$ .

6. Наиболѣе удобнымъ мѣстомъ для грязелѣчебницы Общество считаетъ площадь противъ санаторіи Азау, дома Пугинова и санаторіи Бугрова.

По вопросу о болѣе удобномъ мѣстѣ подъ грязелѣчебницу въ одномъ изъ послѣдующихъ засѣданій Общества П. М. Борисовъ, С. М. Доброхотовъ и Р. И. Сливинскій вошли съ особымъ мнѣніемъ, къ которому нѣсколько позже присоединился и А. И. Лебедевъ. По ихъ мнѣнію, самымъ удобнымъ мѣстомъ является фруктовый садъ. Доводы только-что упомянутыхъ лицъ сводятся къ слѣдующему: 1) фруктовый садъ—болѣе центральное мѣсто; 2) онъ расположенъ въ паркѣ; 3) онъ лежитъ относительно высоко, что важно съ орографической стороны; 4) съ постройкой въ фруктовомъ саду новой грязелѣчебницы паркъ расширится въ эту сторону, и такимъ образомъ больные получатъ новыя мѣста для прогулокъ; 5) наконецъ, по мнѣнію упомянутыхъ лицъ, если грязелѣчебница будетъ помѣщаться на площади, у санаторіи Азау, газы, которые могутъ скопляться при работѣ грязелѣчебницы, будутъ заноситься сѣверо-восточнымъ вѣтромъ въ Ессентуки.

Изъ преній, возникшихъ по поводу этого предложенія въ засѣданіи 15-го августа, выяснилась однако полная непригодность мѣстности фруктоваго сада. Въ самомъ дѣлѣ, хотя это мѣсто и кажется относительно высокимъ, но и горизонтъ почвенныхъ водъ, соотвѣтственно ему, тоже относительно высокъ, между тѣмъ при постройкѣ зданія придется углубиться въ почву значительно, ибо подача грязи въ новомъ зданіи предполагается снизу, изъ подвального помѣщенія. Конечно, это обстоятельство можно было-бы устранить устройствомъ хорошаго дренажа, но дренажированіе почвы въ этомъ мѣстѣ вызоветъ огромные расходы; кромѣ того, съ дренажнымъ вопросомъ въ Ессентукомъ паркѣ нужно быть очень осторожнымъ, такъ какъ почвенныя воды, несомнѣнно, имѣютъ громадное значеніе для жизни сѣрно-щелочнаго Гаазо-Пономаревскаго, а можетъ быть, и другихъ источниковъ. Кромѣ того, сама мѣстность фруктоваго сада очень нездорова, а оздоровленіе ея повлечетъ за собой громадные расходы. Разъ въ этомъ мѣстѣ будетъ встроено ванное зданіе, то въ близкомъ будущемъ въ составѣ этой мѣстности будетъ входить

ности начать строить дома. Таким образом постройка грязелечебницы поведет къ застроению нездоровыхъ участковъ. Само мѣсто—отнюдь не центрально, если принять во вниманіе ростъ Ессентуковъ на Сѣверъ и Сѣверо-Востокъ, а скорѣе надо признать его расположеннымъ на окраинѣ. Что касается развитія газовъ, то при постройкѣ грязелечебницы въ фруктовомъ саду ими отравлялся-бы весь паркъ. Нужно, однако, признать, что, благодаря техническимъ усовершенствованіямъ, опасенія накопленія газовъ ни на чемъ не основаны. Наконецъ, постройка грязелечебницы во фруктовомъ саду потребовала-бы проведенія новыхъ пробѣжнихъ дорогъ.

При баллотировкѣ, произведенной въ слѣдующемъ заведеніи 22-го августа, окончательно выбранъ подъ грязелечебницу предложенный Коммиссіей сѣверо-восточный уголъ Пантелеймоновскаго парка.

Ч. пр. В. Орловскій.

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Бактеріологія.** 535. Д-ръ *Walter Gaetgens* (изъ гігіеническаго Института въ Strassburg'ѣ) выработалъ способъ производства *Widal'еской* реакціи, сокращающій время, нужное для полученія результата до 10 мин.

Въ 1 пробирку центрифуги помѣщаютъ обычнымъ образомъ изслѣдуемую сыворотку больного, физиологическій растворъ поваренной соли и взвѣшенные бактеріи въ такихъ количествахъ, чтобы сыворотка была разведена 1:100; во 2-ую пробирочную пробирку наливаютъ эмульсію бактерій въ поваренной соли. Обѣ пробирки центрифугируютъ въ теченіи 10 мин.; въ пробирочной пробиркѣ получается при этомъ незначительный осадокъ бактерій въ 2 мм. въ діаметрѣ; если встряхнуть 3—4 раза пробирку, то этотъ осадокъ вполне исчезаетъ, и при микроскопическомъ изслѣдованіи становятся видны лишь отдѣльныя палочки, которыя во всякомъ случаѣ не встрѣчаются вмѣстѣ больше 2—3; тоже получается и въ пробиркѣ съ сывороткой при отрицательномъ результатѣ реакціи. При положительномъ результатѣ реакціи послѣ центрифугирования получается гораздо большій осадокъ, который послѣ встряхиванія не пропадаетъ окончательно, а остается въ видѣ мелкихъ точекъ; точно также и при микроскопическомъ изслѣдованіи находятъ кучки бактерій; реакцію, однако, слѣдуетъ считать положительной лишь въ томъ случаѣ, если находятъ кучки не менѣе, чѣмъ въ 10 бактерій, и если въ каждой каплѣ такихъ кучекъ нѣсколько (*Münchener medic. Wochenschrift*, № 28).

А. Коварскій.

**Внутреннія болѣзни.** 537. Въ 1905 г. проф. *Sahli* предложилъ для изслѣдованія *пищеварительной дѣятельности желудка безъ помощи зонда* особую пробу, которую онъ назвалъ «Desmoldprobe».

Проба эта, какъ извѣстно, основана на томъ, что содержащій пепсинъ желудочный сокъ перевариваетъ соединительную ткань только въ присутствіи соляной кислоты; панкреатическій же сокъ не растворяетъ ее. Для производства пробы берутъ гуттаперчевый мѣшочекъ, наполняютъ его метиленовой синькой и завязываютъ ниткой изъ катгута. Мѣшочекъ проглатывается больнымъ. Если въ желудкѣ есть HCl, то катгутъ растворяется, а содержимое всасывается въ кишкахъ, что можетъ быть доказано окраской мочи; если-же свободной HCl нѣтъ, то проба даетъ отрицательный результатъ.

Д-ръ *Uhlich*, проверяя эту пробу, сдѣлалъ прежде всего большое число опытовъ въ пробиркѣ. При этомъ оказалось, что ни пепсинъ, ни HCl сами по себѣ не растворяютъ катгута; искусственные смѣси этихъ веществъ перевариваютъ не такъ энергично, какъ желудочный сокъ, содержащій пепсинъ и HCl. Наконецъ, смѣсь пепсина и молочной кислоты (1:400) также перевариваютъ катгутъ. Это послѣднее обстоятельство заставляеть автора думать, что проба можетъ дать положительный результатъ въ тѣхъ (рѣдкихъ) случаяхъ, когда при отсутствіи HCl имѣется большое количество молочной кислоты. При опытахъ на здоровыхъ людяхъ авт. нашелъ, что окраска мочи появляется черезъ 5—7 час.; при hyperaciditas окраска бываетъ рѣзче и появляется скорѣе (черезъ 3 часа); при aciditas проба даетъ отрицательный результатъ. Вообще на основаніи своихъ наблюденій авт. считаетъ пробу цѣннымъ распознавательнымъ средствомъ и предлагаетъ ее для практики (*Medicinische Klinik*, № 14).

Ф. К.

538. Д-ръ *Wohlgemuth* (Berlin) сообщаетъ результаты

*химическаго изслѣдованія мочи въ одномъ случаѣ отравленія лизоломъ.*

Моча получена была отъ 50-лѣтняго душевно-больного, выпившаго лизоль; послѣдній не обусловилъ у него, однако, никакихъ химическихъ явленій отравленія; лишь моча, выдѣленная въ тотъ-же день, имѣла очень темный цвѣтъ. Изслѣдованіе ея показало, что она не содержитъ ни бѣлка, ни сахара, вращаетъ плоскость поляризаціи *α* на 40°. Реакція съ ординомъ и соляной кислотой дала рѣзко положительный результатъ, а при спектроскопическомъ изслѣдованіи получилась характерная для гликуроновой кислоты полоса поглощенія въ спектрѣ. Чтобы окончательно доказать присутствіе гликуроновой кислоты въ большомъ количествѣ, авт. нагрѣлъ 50 к. стм. мочи съ сѣрной кислотой, расщепивъ такимъ образомъ парные соединенія гликуроновой кислоты; послѣдняя получилась въ свободномъ состояніи. Это обнаружилось тѣмъ, что жидкость теперь сильно восстанавливала *Fehling'ову* жидкость и вращала плоскость поляризаціи вправо. Что касается парнаго вещества, съ которымъ гликуроновая кислота была соединена, то оно состояло изъ крезола—главной составной части лизола. Изслѣдованіе на сульфаты обнаружало, что вся сѣрная кислота находилась въ мочѣ въ видѣ парныхъ соединеній съ феноломъ; преформированной сѣрной кислоты не было вовсе. Моча слѣдующаго дня уже имѣла нормальный составъ сульфатовъ, и парные соединенія составляли тутъ только 1/10 общего количества сульфатовъ. Такого огромнаго количества гликуроновыхъ соединеній до сихъ поръ въ литературѣ описано не было (*Berliner klin. Wochenschrift*, № 17).

А. Коварскій.

539. Д-ръ *Karl Simrock* (Frankfurt a/M) описываетъ новое видоизмѣненіе *Trommer'овской* пробы для изслѣдованія мочи на сахаръ. Сущность этого видоизмѣненія заключается въ примѣненіи реактива другого состава, чѣмъ обычный. Реактивъ этотъ былъ привезенъ изъ Америки и носить названіе «жидкости *Hein'a*». Составъ его слѣдующій: сѣрноокислой мѣди 2,0, глицерина и перегнанной воды по 15,0, раствора ѣдкаго калия (5%) 150,0. Преимущество этой жидкости заключается въ томъ, что она можетъ сохраняться безъ разложенія неопредѣленно долгое время и этимъ выгодно отличается отъ *Flemming'овой* жидкости, которую приходится смѣшивать каждый разъ передъ употребленіемъ. Сама реакція производится такимъ образомъ, что къ реактиву прибавляется только 10—15 капель мочи и жидкость затѣмъ короткое время кипятится. Здѣсь недостаточно только нагрѣть жидкость, какъ при пробѣ *Trommer'a*, а необходимо доводить ее до кипѣнія. Въ присутствіи сахара выдѣляется красный или коричнево-красный осадокъ закиси мѣди. Авт. обращаетъ вниманіе на то, что глицеринъ, присутствіемъ котораго и объясняется способность реактива сохраняться долгое время безъ разложенія, можетъ быть примѣненъ также и для предохраненія отъ порчи мочи. Примѣняемый обыкновенно для этой цѣли хлороформъ обладаетъ восстанавливающими мѣдь свойствами и потому нерѣдко можетъ служить источникомъ ошибокъ при изслѣдованіи мочи на сахаръ. Авт. на практикѣ убѣдился, что прибавка глицерина къ мочѣ не мѣшаетъ изслѣдованію на бѣлокъ, индиканъ и т. п. [Слѣдуетъ также испытать, не вліяетъ-ли вредно прибавка глицерина на форменные элементы, въ особенности на цилиндры. *Реф.*].

А. Коварскій.

**Хирургическія болѣзни.** 540. Д-ръ *Hermann Löhrer* (Giessen) описываетъ случай *измѣненія истерическаго сведенія нижней конечности при помощи поясничнаго обезболиванія.*

Крѣпкая, хорошо сложенная дѣвушка, 23 л., поранила себѣ во время полевыхъ работъ правую ногу въ области ступни. Черезъ нѣсколько дней образовался гнойникъ, который и былъ вскрытъ врачомъ. Послѣ этого больная 6 недѣль лежала въ постели, а затѣмъ была переведена въ больницу, гдѣ опять былъ сдѣланъ разрѣзъ, при которомъ выдѣлился гной. Постепенно нога приняла неправильное положеніе, которое соответствовало положенію *pes equinovagus*. Больная не могла произвольно измѣнить положенія ноги, а всякія попытки насильственно привести конечность въ нормальное положеніе вызывали сильныя боли. Такъ какъ никакихъ анатомическихъ измѣненій, которыми можно было-бы объяснить происхожденіе сведенія, найти было нельзя, то было поставлено распознаваніе траматическа-истерическаго нейроза и рѣшено было при леченіи поставить на первый планъ психическое воздѣйствіе, т. е. показать больной, что ея конечность можетъ дѣйствовать правильно. Для этой цѣли, какъ показалъ проф. *Wilms* (*Deutsche med. Wochenschrift*, № 24), наилучшимъ средствомъ является поясничное обезболиваніе. Больной было вприснуто 0,05 ставина. Когда наступилъ параличъ обѣихъ ногъ, больной показано было, что ея нога можетъ быть безъ всякихъ болей и напряженія приведена въ естественное положеніе. Ей было объяснено, что это достигнуто операціей



поясничного прокола и что для того, чтобы удержать навсегда ногу в этом положении, необходимо наложить гипсовую повязку. Последняя пролежала 4 недели. Больная совершенно выздоровела (Münchener medicinische Wochenschrift, № 32).  
А. Коварский.

**Глазные болѣзни.** 541. Въ лекціи, прочитанной врачамъ (post-graduate students) въ Glasgow'ской глазной лечебницѣ д-ръ Fergus говорилъ о *клиническомъ значеніи бактериологіи при глазныхъ болѣзняхъ*. Микробы, встречающіеся на соединительной оболочкѣ, могутъ быть раздѣлены на 2 разряда: 1) часто обнаруживаемые на оболочкѣ, но вызывающіе воспаленіе лишь при особыхъ обстоятельствахъ, и 2) всегда обуславливающіе воспаленіе, хотя въ некоторыхъ случаяхъ и не совсемъ острое. Къ 1-му разряду относятся пневмококкъ, золотистый гроздекоккъ, бѣлый гроздекоккъ и цѣпкоккъ, а ко 2-му — Neisser'овскій гонококкъ, диплопалочка Morax'a, палочка Weeks'a и палочка Klebs-Löffler'a. Пневмококкъ встречается при воспаленіи глазъ у новорожденныхъ, похажетъ на перелойное, при воспаленіи слезного мѣшка, иногда при перепончатомъ воспаленіи соединительной оболочки и очень часто при извѣстной роговой оболочки съ гноемъ въ передней камерѣ (hypopyon). Желтый гроздекоккъ иногда обуславливаетъ приступы легкаго катарра соединительной оболочки; особенно же опасна наличность этого микроба при операціяхъ на глазу. Бѣлый гроздекоккъ совершенно безвреденъ; при немъ и оперировать можно, хотя обыкновенно въ такихъ случаяхъ послѣоперационное теченіе осложняется катаральными явленіями. Гораздо опаснѣе цѣпкоккъ, дающій повторные приступы остраго воспаленія соединительной оболочки и встречающійся при остромъ воспаленіи слезного мѣшка; въ послѣднемъ случаѣ картина болѣзни очень напоминаетъ рожу лица. Острое воспаленіе подкожной клетчатки, развивающееся послѣ неосторожнаго зондирования слезно-носового канала, повидимому, обуславливается тѣмъ-же цѣпкоккомъ. Иногда цѣпкоккъ обнаруживается и при ложно-перепончатомъ воспаленіи соединительной оболочки. Изъ микробовъ 2-го разряда чаще всего встречается палочка Weeks'a, вызывающая остро-заразный катарръ соединительной оболочки безъ серьезныхъ послѣдствій. Диплопалочка Morax'a является возбудителемъ менѣе острой формы катарра, сопровождающагося воспаленіемъ свободного края вѣкъ. Наиболее опасны для зрѣнія гонококкъ Neisser'a и палочка Klebs-Löffler'a; при воспаленіи, вызываемомъ этими микробами, необходимы съ самаго-же начала чрезвычайныя мѣры — защита здороваго глаза, впрыскиваніе противудифтерійной сыворотки, а отличить въ началѣ болѣзни перелойное воспаленіе отъ остро-заразнаго катарра и дифтерійное отъ простого перепончатого возможно лишь путемъ бактериологическаго изслѣдованія. Особенно же важнаго значенія бактериологіи для глаза слѣдуетъ ожидать въ будущемъ, когда удастся открыть лечебныя сыворотки для борьбы съ тѣми болѣзнями, отъ которыхъ теперь гибнутъ глаза. А пока самое лучшее — предоставить болѣзнь ея собственному теченію, заботясь лишь о механическомъ удаленіи микробовъ путемъ промываній заболѣвшаго глаза. Возлагать же надежды на противузаразные способы леченія, по мнѣнію Fergus'a, неосновательно, такъ какъ, по его словамъ, у насъ нѣтъ такого средства, которое могло-бы примѣняться на соединительной оболочкѣ въ достаточно крѣпкомъ растворѣ и достаточно долгое время, чтобы дѣйствительно убить находящіяся тамъ бактеріи \*) (The Edinburgh Medical Journal, февраль).  
P. Каузъ.

\*) По мнѣнію д-ра Fergus'a, улучшеніе въ ходѣ болѣзни, наступающее при примѣненіи какого-нибудь изъ имѣющихся у насъ средствъ, зависитъ лишь отъ того, что средство это не препятствуетъ произвольному исцѣленію. Въ этомъ именно и заключается, по мнѣнію автора, полезное дѣйствіе протаргола, аргирола и цѣлаго ряда другихъ препаратовъ, предложенныхъ и предлагаемыхъ взаимѣ адскаго камня, — «они дѣйствуютъ лучше азотнокислаго серебра оттого, что они безвредны». Я не принадлежу къ числу скептиковъ въ родѣ д-ра Fergus'a. Я очень хорошо знаю, что острый катарръ иногда проходитъ безъ всякаго леченія; но я знаю и то, что, если у одного члена семьи катарръ прошелъ отъ однихъ лишь обмываній борнымъ растворомъ, то у другого онъ можетъ проявиться въ болѣе сильной степени и потребуетъ болѣе основательнаго леченія. Я знаю

542. Д-ръ Ноишевскій сообщаетъ дальнѣйшія свои наблюденія относительно операціи, предложенной имъ въ 1889 г. для далеко зашедшихъ случаевъ трахомы съ мясистымъ раппусомъ роговицы. Исходя изъ того положенія, что трахомный раппус, всегда начинающійся въ верхней части роговицы, обуславливается соприкосновеніемъ послѣдней съ пораженной оболочкой верхняго вѣка и что область этого соприкосновенія не превышаетъ 15 мм. въ горизонтальномъ направленіи, а краевая полоска соединительной оболочки, покрывающая выводные протоки Меибо-тиевыхъ железъ, меньше всего поражается трахомой, авторъ предложилъ очерчивать на соединительной оболочкѣ верхняго вѣка 4-угольникъ означенной длины, отступая на 3 мм. отъ свободного края вѣка и доходя въ вышину до верхняго хряща, и, соскобливъ въ области этого 4-угольника всю соединительную оболочку до хряща, пересаживать на ея мѣсто слизистую оболочку съ губы; для удержанія-же пересаженнаго лоскута онъ совѣтовалъ укрѣплять концы лоскута 4-мя швами, проводя 2 нижние шва сквозь толщу вѣка и завязывая ихъ на кожѣ послѣдняго, дабы не раздражать ихъ узлами роговую оболочку.

Въ одномъ случаѣ, гдѣ операція была произведена такимъ образомъ, дѣло шло съ 12-лѣтней дѣвочкой, страдавшей трахомой съ 4-лѣтняго возраста и потерявшей зрѣніе на обоихъ глазахъ вслѣдствіе мясистаго помутнѣнія роговицы; сохранилось лишь простое свѣтоощущеніе. На 4-ый день послѣ операціи лоскутъ устоялся красными крапинками новообразованныхъ сосудовъ, на 6-ой день сняты были верхніе швы; на 7-ой удалены нижніе, на 21-ый мясистый видъ роговицы уступилъ мѣсто темносѣрой окраскѣ, и больная считала пальцы съ разстоянія 1 метра; черезъ 4 мѣсяца острота зрѣнія у нея поднялась до 0,1, а черезъ годъ она равнялась уже 0,5 противъ нормы; трахома исчезла и больше не появлялась.

Среди дальнѣйшихъ случаевъ стали попадаться и менѣе удачныя; встречалась иногда и полная неудача, какъ это, напр., было въ 1 случаѣ съ сухостью роговой оболочки, гдѣ отъ операціи никакого улучшенія не послѣдовало. Но при надлежащемъ подборѣ случаевъ полезное дѣйствіе операціи выступало съ полной очевидностью: мясистый раппус просвѣтлялся и зрѣніе улучшалось, а пересаженный лоскутъ не только не подвергался самъ трахомнымъ измѣненіямъ, но во многихъ случаяхъ дѣйствовалъ благотворно и на сосѣднія части соединительной оболочки, быстро очищавшіяся отъ трахомы при обильномъ выдѣленіи клейкой слизи. Всего за истекшія 17 лѣтъ означенная операція произведена была авторомъ 84 раза, а на основаніи всѣхъ этихъ наблюденій онъ приходитъ въ настоящее время къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Операція показуема во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ никакіе иные способы леченія, какъ лѣкарственные, такъ и механическіе, не приносятъ пользы, особенно-же тамъ, гдѣ трахома осложнена мясистымъ помутнѣніемъ роговицы и зрѣніе понижено до простого лишь свѣтоощущенія. 2) Не слѣдуетъ пересаживать слизистой оболочки въ случаяхъ съ обильнымъ выдѣленіемъ слизи и гноя до тѣхъ поръ, пока выдѣленіе либо совсемъ

своимъ путемъ, не смотря на прижиганія ляписомъ, а иногда и ухудшается отъ этихъ прижиганій; но это оттого, что при остро-заразномъ катаррѣ прижиганія адскимъ камнемъ не всегда уместны, желатосадоочная же ртутная мазь обрываетъ эту болѣзнь на 2-ой или 3-й день (см. мою статью — «Желтая ртутная мазь при остро-заразномъ конъюнктивитѣ», «Вѣстникъ Офтальмологіи» 1905 г.). Я достаточно рассмотрѣлъ на всякаго рода запущенные катарры, недѣлями и мѣсяцами остававшіеся безъ всякаго леченія, чтобы съ легкимъ сердцемъ отдался скептицизму, проповѣдуемому д-ромъ Fergus'омъ. И все же я не могу не признать въ его словахъ и извѣстной доли истины. Я упоминаю случай гнойнаго воспаленія соединительной оболочки у новорожденнаго, гдѣ послѣ безуспѣшныхъ прижиганій ляписомъ я обратился къ протарголу, и въ нѣсколько дней наступило исцѣленіе. Въ ближайшемъ случаѣ бленорреи я началъ съ протаргола, но принужденъ былъ вернуться къ ляпису. Тоже самое повторилось и въ нѣсколькихъ дальнѣйшихъ случаяхъ, пока я вовсе не отказался отъ протаргола, убѣдившись въ его беспомощности. Въ другомъ случаѣ бленорреи у новорожденнаго настойчивыя прижиганія адскимъ камнемъ не давали ничего, кромѣ обильныхъ разроженій на слизистой оболочкѣ, которыхъ раньше не было, и гной продолжалъ выдѣляться комками, пока я не рѣшился приостановить прижиганія, назвавъ ихъ лишь выпусканіе жероформной мази за вѣки; на другой же день уменьшилось выдѣленіе, а черезъ нѣсколько дней, при той-же мази, исчезли и всѣ прочія болѣзненные явленія. Очевидно, что, какъ протарголъ въ 1-мъ случаѣ, такъ и жероформная мазь въ 2-мъ

не прекратится, либо не станет незначительнымъ. 3) Пересаживаемый лоскутъ долженъ быть тонкимъ, безъ примѣси соединительной и железистой тканей, и долженъ быть взятъ со здоровой слизистой оболочки, не слишкомъ далеко отъ свободнаго края губы; слизистая оболочка дѣтей болѣе пригодна для пересадки, чѣмъ оболочка старыхъ людей, хотя и въ послѣднемъ случаѣ получаются нерѣдко вполне удовлетворительные результаты (Postęp okulistyczny, май). К.

543. Побуждаемый сообщеніемъ Р. Каца о весьма полезномъ дѣйствиі желтой ртутной мази при остро-за-разномъ катаррѣ соединительной оболочки (см. выше, стр. 145, № 65), проф. Н. Frenkel (Toulouse) и съ своей стороны сталъ примѣнять это средство при заразныхъ конъюнктивитахъ, при которыхъ ни классическій адокий камень, ни новѣйшіе препараты—проталголь и аргироль, предложенные взаимѣ азотнокислаго серебра, не приводили къ цѣли. Всего такихъ случаевъ авторомъ собрано 18. По клиническому своему теченію это были острые, а иногда и подострые катарры; бактериологическое же изслѣдованіе обнаруживало въ нихъ либо палочку Weeks'a, либо двояпалочку Morax'a. Во всѣхъ этихъ случаяхъ желтоосадочная ртутная мазь быстро уменьшала выдѣленіе и устраняла другія воспалительныя явленія, приводя въ короткое время къ излѣченію (Revue génér. d'ophth., № 1; Postęp okulist., май). Р. Кацъ.

544. Д-ръ Gulewowski (Paris) сообщаетъ случай ослабленія зрѣнія отъ отравленія мѣдью.

У 57-лѣтняго рабочаго, уже 7 лѣтъ жаловавшагося на туманъ передъ глазами, изслѣдованіе показало пониженіе остроты зрѣнія праваго глаза до  $\frac{1}{10}$  и центральную скотому въ  $10^{\circ}$ — $15^{\circ}$  на лѣвомъ глазу, на которомъ глазное зеркало обнаруживало легкое поблѣднѣніе височной части соска зрительнаго нерва. Зрачки были отвлѣчаны на свѣтъ. Въ тоже самое время больной страдалъ частыми коликами въ животѣ. Осмотръ тѣла обнаружилъ отложенія темнозеленаго вещества на рукахъ и зеленоватый налетъ на зубахъ, особенно на верхнихъ рѣзцахъ. Изъ разспросовъ выяснилось, что съ 12-лѣтняго возраста этотъ рабочий участвовалъ въ музыкальной капеллѣ, играя тамъ съ 9 час. веч. до 3—4 час. утра на мѣдномъ инструментѣ (Recueil d'ophtalm., октябрь 1905; Ophthalmic Review, мартъ; Woch. f. Ther. u. Hyg. des Auges, 29 марта). Р. Кацъ.

545. Д-ръ Reis (Bonn) убѣдился на нѣсколькихъ случаяхъ, что дыра въ желтомъ пятнѣ (retinitis atrophicans centralis, по Kuhn't'y) можетъ явиться слѣдствіемъ отека въ центрѣ сѣтчатки, безразлично, произошелъ ли этотъ отекъ отъ поврежденія, или отъ болѣзни.

Въ 1-мъ случаѣ, у 25-лѣтняго мужчины, случайно замѣчено было въ серединѣ желтаго пятна лѣваго глаза рѣзко ограниченное, поперечно-овальное, красное отверстіе съ  $\frac{1}{2}$  соска величиной, какъ бы вырванное пробойникомъ; расположенію и размѣрамъ отверстія соответствовала центральная скотомы въ полѣ зрѣнія этого глаза. Изъ разспросовъ оказалось, что 2 года назадъ больной получилъ по лѣвому глазу сильный ударъ палкой.

Во 2-мъ случаѣ, у 50-лѣтней женщины, имѣлось на обоихъ глазахъ мочеблѣковое воспаленіе сѣтчатки, при чемъ область желтаго пятна была отечна и усыяна мелкими кровоизлияніями. Черезъ  $\frac{1}{2}$  года, вслѣдъ за улучшеніемъ состоянія почекъ, уменьшились измѣненія и въ соскахъ зрительныхъ нервовъ; въ области же желтаго пятна найдены были многочисленные желтоватыя точки, мѣстами сливавшіяся въ болѣе крупныя очаги. Черезъ годъ измѣненія въ зрительныхъ нервахъ совершенно исчезли, а въ серединѣ желтаго пятна въ обоихъ глазахъ оказалось по типичной дырѣ, правильно и рѣзко ограниченной, размѣрами въ  $\frac{1}{2}$  поперечника соска зрительнаго нерва, темнокраснаго цвѣта со слегка сѣроватыми крапинками.

Въ 2-хъ остальныхъ случаяхъ, приводимыхъ авторомъ, дыра въ желтомъ пятнѣ образовалась послѣ ушиба; въ одномъ изъ этихъ случаевъ прослѣжено было развитіе дыры изъ характернаго отека сѣтчатки съ краснымъ пятнышкомъ по серединѣ (Zeitschrift für Augenheilkunde, XV, 1; Woch. f. Ther. u. Hyg. des Auges, 29 марта). Р. Кацъ.

546. Занявшись вопросомъ о прицѣлливаніи стрѣлковъ, д-ра Ginestous и Coullaud изслѣдовали остроту зрѣнія и преломленіе глазъ у 86 пѣхотинцевъ, въ числѣ которыхъ было 25 лучшихъ стрѣлковъ полка, 25 худшихъ стрѣлковъ, 25 солдатъ, стрѣлявшихъ съ лѣваго плеча, (съ 1890 г. это разрѣшено во французской арміи), и 11 солдатъ, стрѣлявшихъ безъ прищуриванія другаго глаза. Затѣмъ, ими изслѣдованы были глаза у 10 лучшихъ стрѣлковъ одного изъ кавалерійскихъ полковъ. Наконецъ, ими собраны были свѣдѣнія о зрѣніи и прицѣлливаніи у многихъ стрѣлковъ, пользующихся всемірной извѣстностью. Выводы: 1) Прицѣлливаніе при стрѣлбѣ представляетъ со-

бою актъ одноглазнаго зрѣнія. 2) Точность стрѣльбы вполне совмѣстима съ значительнымъ уменьшеніемъ и даже съ полной потерей зрѣнія одного глаза. 3) Стрѣлокъ обыкновенно выбираетъ для прицѣлливанія тотъ глазъ, острота зрѣнія котораго лучше; у стрѣляющихъ съ лѣваго плеча въ большинствѣ случаевъ оказывается недостатокъ въ остротѣ зрѣнія или преломленіи праваго глаза; у тѣхъ, кто держитъ оба глаза открытыми при стрѣлбѣ, болѣею частью понижено зрѣніе нецѣлящаго глаза, въ виду чего они и не нуждаются въ прищуриваніи этого глаза для исключенія его отъ акта зрѣнія; прицѣлливашіеся съ лѣваго плеча, какъ и безъ прищуриванія другаго глаза, могутъ также сдѣлаться превосходными стрѣлками. 4) Острота зрѣнія цѣлящаго глаза не должна быть ниже  $\frac{1}{2}$ ; хорошіе стрѣлки съ болѣе низкимъ зрѣніемъ представляютъ исключительное явленіе (въ этихъ исключительныхъ случаяхъ обыкновенно оказывается астигматизмъ, и стрѣлокъ наклоняетъ голову такимъ образомъ, что линія прицѣла приходится противъ болѣе правильнаго меридіана роговицы). 5) Преломленіе глаза имѣетъ менѣе важное значеніе для точности стрѣльбы, чѣмъ приспособленіе, такъ какъ наводчикъ долженъ ясно видѣть какъ прорѣзъ цѣлика, такъ и мушку. 6) Такъ какъ мушка въ пѣхотномъ ружьѣ (Lebel'евскомъ) отстоитъ отъ глаза въ среднемъ на 118 см., а въ кавалерійскомъ карабинѣ на 78,8 см. (отъ прорѣза она отстоитъ на 77,5 и 35 см.), то стрѣлку полезно исправить очками близорукость, превышающую 1 диоптрію; безсиліе же приспособленія, столь частое у дальнзорокихъ стрѣлковъ, а также и старческая дальнзорокость требуютъ ношенія двояковыпуклыхъ стеколъ. 7) Разрѣшеніе стрѣлать всякому, какъ ему удобнѣе—съ прищуриваніемъ того или другаго глаза или безъ прищуриванія, съ лѣваго плеча или съ праваго—должно быть признано вполне целесообразнымъ; острота зрѣнія для строевой службы должна быть не ниже  $\frac{1}{2}$ , на одномъ глазу, при чемъ зрѣніе другаго глаза можетъ быть понижено и до  $\frac{1}{50}$ . Германскій уставъ (какъ и русскій. Регл.), допускающій почти полную слѣпоту на одинъ глазъ, лучше всего согласуется съ потребностями современной стрѣльбы на полѣ военныхъ дѣйствій \*) (Archives d'ophtalmologie, май). Р. Кацъ.

\*) То обстоятельство, что для военной службы у насъ допускается все же лишь почти полная слѣпота на лѣвый глазъ, полная же слѣпота, къ которой приравнивается и острота зрѣнія въ  $\frac{1}{50}$ , не разрѣшается (ст. 30 лѣт. А), очевидно, имѣетъ въ своей основѣ потребность въ достаточно широкомъ полѣ зрѣнія. Между тѣмъ, возможны случаи, гдѣ на лѣвомъ глазу острота зрѣнія и выше  $\frac{1}{50}$ , а для поля зрѣнія этотъ глазъ почти совершенно бесполезенъ, какъ, напр., при атрофіи зрительнаго нерва съ сохраненіемъ какого-нибудь сектора во внутренней части поля зрѣнія. Мало того, возможны и такіе случаи, въ которыхъ центральная острота зрѣнія вполне удовлетворительна на обоихъ глазахъ, поле же зрѣнія сужено не меньше, чѣмъ у кривого. Если при этомъ еще нарушена и способность приравливанія къ слабому освѣщенію (курная слѣпота), какъ это бываетъ при пигментномъ перерожденіи сѣтчатки, то о пригодности такого человѣка къ военной службѣ, конечно, не можетъ быть и рѣчи; по уставу же, считающемуся лишь съ центральной остротой зрѣнія, онъ долженъ быть приравненъ годнымъ. Такой именно случай, небезынтересный и въ клиническомъ отношеніи, встрѣтился мнѣ въ прошломъ году, въ бытность мою въ Красноярскѣ, среди новобранцевъ, присланныхъ на испытаніе въ мѣстный лазаретъ. Это былъ одинъ изъ тѣхъ рѣдкихъ случаевъ «пигментнаго ретинита безъ пигмента», которые описаны были Fuchs'омъ подъ названіемъ «retinitis punctata albescens». При суженныхъ сосудахъ и слегка затуманенныхъ сѣроватожелтыхъ соскахъ, характерныхъ для пигментнаго ретинита, окружающія сѣтчатки были усыяны не черными пятнышками въ видѣ костныхъ тѣлецъ, а свѣтлыми пузырькообразными точками, которыя правильными параллельными рядами располагались по ходу нервныхъ волоконъ, напоминая своимъ видомъ четкообразныя группы рожистаго цѣпкока. Особенно большія количества этихъ точекъ находились въ верхней части сѣтчатокъ, соответственно чему и поле зрѣнія, суженное со всѣхъ сторонъ, казалось наиболее ограниченнымъ въ нижней его части, столь важной и въ обыденной жизни. При такихъ измѣненіяхъ въ глазномъ днѣ являлась вполне достовѣрной и понятной и курная слѣпота, на которую испытуемый особенно жаловался. Ясно было, что въ солдаты такой человѣкъ ни въ какомъ случаѣ годиться не могъ; освободить же его отъ воинской повинности на основаніи статей росписанія, касающихся зрѣнія, также не было возможности, такъ какъ центральная острота его зрѣнія въ освѣщенномъ помѣщеніи равнялась полнымъ 0,3 на правомъ глазу и 0,4 на лѣвомъ. Р. Кацъ.

547. Д-ръ Landman сообщает рѣдкій случай врожденной недостаточности всей сосудистой оболочки и стѣтчатки, кроме области желтого пятна, въ обоихъ глазахъ.

Больной, 44 л., всегда страдалъ свѣтбоязнью, плохо развивался къ разницѣ въ освѣщеніи и съ трудомъ опознавался въ мѣстности. Его поле зрѣнія на обоихъ глазахъ было сужено со всѣхъ сторонъ до 3°; центральная-же острота зрѣнія равнялась  $\frac{1}{4}$  нормальной на правомъ глазу и  $\frac{1}{2}$  на лѣвомъ; сохранено было у него и центральное цвѣтоощущеніе. При изслѣдованіи зеркаломъ можно было видѣть по всему главному дну блестяще-бѣлую поверхность бѣлочной оболочки, кое-гдѣ устьянную точечными скопленіями пигмента. Сосокъ зрительнаго нерва, окруженный широкимъ бѣлочно-оболочечнымъ кольцомъ, былъ блѣдный; кровеносные его сосуды были коротки и тонки. На мѣстѣ желтого пятна имѣлось круглое сѣтеніе изъ кровеносныхъ сосудовъ различныхъ размѣровъ.

Означенную ненормальность авт. объясняетъ закупоркой длинныхъ заднихъ рѣсничныхъ артерій во внутритробоной жизни: окружность сосудистой оболочки и стѣтчатки не развилась, короткія-же заднія рѣсничныя артеріи, остававшіяся нормальными, дали развиваться желтому пятну.—Еще одно такое-же наблюденіе было сообщено Congdon 13 лѣтъ назадъ (Archives of ophthalmology, сентябрь 1905; Archives d'ophtalmologie, мартъ). Р. Кауэ.

548. Д-ръ Meding наблюдалъ 2 случая пучеглазія отъ цынготнаго кровоизліянія въ глазницы, у грудныхъ младенцевъ.

Одному ребенку было отъ роду 7 мѣс., другому—11; оба они питались скверно. Безцвѣтная припухлость верхняго вѣка около носа и пучеглазіе вызвали предположеніе о воспаленіи рѣсничной паузы. Лишь впоследствии появились въ 1 случаѣ точечныя кровоизліянія на животѣ и отекъ лѣвой ноги, при повышеніи температуры до 38°. Десны оставались нормальными. Съ назначеніемъ правильнаго питанія наступило быстрое излѣченіе (Archives of ophthalm., декабрь 1905; Archives d'opht., мартъ). Р. Кауэ.

549. Д-ръ Fromaget наблюдалъ скачущій зрачекъ (hippus) при неполномъ параличѣ глазодвигательнаго нерва, на лѣвомъ глазу 38 лѣтней женщины, страдавшей въ то же время судорожнымъ сокращеніемъ вѣкъ праваго глаза.

На послѣднемъ имѣлось нормальное зрѣніе при нормальной дѣятельности мышцъ, и единственной причиной волоконцевыхъ сокращеній круговой мышцы вѣкъ этого глаза представлялось легкое затѣжное воспаленіе соединительной оболочки. На лѣвомъ-же глазу, скошенномъ къ виску, зрѣніе было ослаблено (отъ неупотребленія), и подвижности вверху, внутри и книзу не было вовсе, въ то время, какъ верхнее вѣко этого глаза, будучи опущеннымъ, все-же сохраняло нѣкоторую подвижность. Зрачекъ праваго глаза правильно отвѣчалъ на свѣтъ, лѣвый-же зрачекъ то суживался, то расширялся, при чемъ суживаніе происходило постепенно въ продолженіи 8—10 сек. и въ наиболѣе суженомъ состояніи зрачекъ оставался въ теченіи 10 сек., а начинавшееся вслѣдъ затѣмъ расширеніе зрачка достигало наивысшей своей степени въ 30 сек. и въ такомъ состояніи держалось 3 сек. Такимъ образомъ въ теченіи 1 мин. лѣвый зрачекъ расширялся и суживался по 1 разу, останавливаясь неодинаково долго на наивысшей степени суженія и расширения. Наскільки можно было судить по словамъ больной, параличныя явленія на лѣвомъ глазу были врожденныя. Сифилиса, истеріи не было.

На основаніи этого случая авт. заключаетъ, что явленіе, извѣстное подъ названіемъ «hippus», представляетъ собою ритмическое суженіе зрачка, расширеннаго вслѣдствіе неполнаго паралича радужно-оболочечнаго жома, и, по аналогіи съ подобными-же явленіями въ парализованныхъ мышцахъ другихъ частей тѣла, какъ, напр. послѣ половиннаго паралича, онъ предлагаетъ и данную ненормальность зрачка обозначать словомъ «атетозъ». Авт. увѣренъ, что, если-бы тщательно искали «скачущаго» зрачка при глазныхъ параличахъ, то это явленіе оказалось-бы далеко не столь рѣдкимъ, какимъ его считаютъ теперь (Archives d'ophtalm., апрѣль). Р. Кауэ.

**Подозрѣніе и женскія болѣзни.** 550. Д-ръ Gordon (Manchester) сообщаетъ случай послеродового миклокропіа, вызваннаго зараженіемъ кишечной палочкой.

Больная—первородящая; роды протекали правильно и быстро. На 5-й день послѣ родовъ былъ ознобъ, появилась лихорадка. На 7-й день больная доставлена въ больницу въ состояніи сна. Значительное малокровіе. Сильно вздутый животъ. Матка мягкая, вялая, до пупка; изъ влагалища выдѣляется немного зловонной гнойной жидкости; на маточной шейкѣ небольшіе надрывы. Съ внутренней поверхности матки сдѣланы посѣвы на питательныя среды. Матка высохнута. вытока обезображиваю-

100 к. стм. поливалентной противуцѣпкоковой сыворотки. На слѣдующій день больной замѣтно хуже, былъ ознобъ, 40,0° (105° F). На средахъ выросла частая разводка кишечной палочки. Выприснуто 100 к. стм. сыворотки лошади, получившей 5 вырискываній разводки кишечной палочки. На другой день больной значительно лучше; сознание прояснилось; 37,8 (100° F). Дальнѣйшее выздоровленіе шло непрерывно. Попытка выдѣлать микробовъ изъ крови не имѣла успѣха (The Lancet, 10 февраля). Л. Старокадомскій.

551. Д-ръ Brown Fernwald приводитъ случай первичной бугорчатки матки, подтвержденный микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

Больной, которая жаловалась на повторное и безпорядочное кровотеченіе и бесплодіе послѣ 9 лѣтъ супружества, было сдѣлано выскабливаніе. При микроскопированіи высокочелюстныхъ частичекъ слизистой оболочки матки были обнаружены характерныя клѣтки—великаны, находившіяся въ центрѣ образованія, совершенно тождественнаго съ бугорчатковымъ узелкомъ. Вокругъ по периферіи—бѣлая кровяная тѣльца. Послѣ выскабливанія больная поправилась, прибыла въ вѣкъ и чувствовала себя совершенно здоровой; она еще находится подъ наблюденіемъ. Въ этомъ случаѣ плохой наслѣдственности у больной не было; мужъ ея тоже былъ вполне здоровъ. Болѣзнь не проявляла себя ничѣмъ, и обратилась больная къ врачу съ жалобами, ничего общаго съ бугорчаткой не имѣющими. Вѣрность распознаванія несомнѣнна, какъ основанная на гистологическомъ изслѣдованіи. Операция больной сдѣлана не была, ибо послѣ тщательнаго гистологическаго изслѣдованія, пришли къ заключенію, что пораженъ только эндометрій, а такъ какъ больная оставалась подъ наблюденіемъ, то всегда была возможность при возвратѣ болѣзни удалить матку.

На основаніи хорошаго исхода въ этомъ случаѣ авт. приходитъ къ заключенію, что при пораженіи бугорчаткой эндометрія, чтò, можетъ быть, встрѣчается чаще, чѣмъ это принято думать, при точномъ, на основаніи гистологическихъ данныхъ поставленномъ распознаваніи, слѣдуетъ предпочитать сохраняющій способъ лѣченія. (Wiener klin. Wochenschrift, 4 июня). А. Соловцова.

**Дѣтскія болѣзни.** 552. Д-ръ Lüthie изслѣдовалъ сердце у 845 дѣтей въ возрастѣ отъ 6 до 20 л. и получилъ при этомъ очень интересные результаты. Именно у 76% всѣхъ изслѣдованныхъ мальчиковъ и у 70% дѣвочекъ онъ нашелъ систолическій шумъ на мѣстѣ выслушиванія легочной артерій; почти у 80% дѣтей оказалось удареніе на 2-мъ тонѣ легочной артерій. Оба явленія наблюдаются чаще всего у дѣтей въ возрастѣ 10—14 л., почему авт. и считаетъ ихъ правиломъ для этого возраста. Что касается шума, то особенности его слѣдующія: онъ слышенъ часто при покойномъ положеніи, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ появляется только послѣ движеній; подавленіе дыханія и выдохъ дѣлаютъ его болѣе громкимъ; напротивъ, глубокій вдохъ чрезвычайно ослабляетъ его, во всякомъ случаѣ гораздо сильнѣе, чѣмъ ослабляются при этомъ всѣ остальные аускультативныя явленія со стороны сердца; шумъ слышенъ иногда исключительно на ограниченномъ мѣстѣ, во 2-мъ межреберьѣ слѣва отъ грудины, но онъ можетъ распространяться и на другія мѣста сердечной области; въ послѣднемъ случаѣ онъ ослабляется по мѣрѣ удаленія отъ 2-го лѣваго межреберья, не измѣняя своего характера. Шумъ этотъ, по наблюденіямъ автора, очень часто встрѣчается и у взрослыхъ. Причину его появленія авт. видитъ въ механическихъ условіяхъ: шумъ зависитъ отъ «относительнаго суженія легочной артерій»; слѣд., онъ долженъ появляться во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда увеличивается разница между величинами желудка и устья артерій; а эта разница увеличивается при плоской груди, которая нерѣдко наблюдается въ періодѣ усиленнаго роста, далѣе при выдыханіи, при надавливаніи стетоскопомъ на тонкую, упругую грудную клѣтку въ области легочной артерій; во всѣхъ этихъ случаяхъ авт. очень часто наблюдалъ появленіе или усиленіе прежде бывшаго шума. Точно также «относительнымъ суженіемъ легочной артерій» нужно объяснить появленіе систолическаго шума на легочной артерій, нерѣдко наблюдаемаго при недостаточности двустворчатой заслонки. Напротивъ всякій систолическій шумъ, который громче всего, resp. исключительно слышенъ у верхушки, по автору, указываетъ на недостаточность двустворчатой заслонки (относительную, мышечную или органическую). Столь часто наблюдаемое усиленіе 2-го тона легочной артерій авт. объясняетъ тѣмъ, что въ дѣтскомъ возрастѣ мѣсто

дующему уху, чѣмъ мѣсто возникновенія 2-го тона аорты; у взрослыхъ-же или мѣняются анатомическія отношенія, или прибываетъ сила 2-го тона аорты, такъ что сила 2-хъ токовъ на обѣихъ артеріяхъ выравнивается (Medicinische Klinik, №№ 16 и 17). Ф. К.

**Нервные и душевные болѣзни. 553.** Д-ръ *Bricage* (Lyon'ская диссертация) разсматриваетъ *лѣчение стрѣляющихъ болей при спинной сухоткѣ сантониномъ*. Средство это, впервые предложенное д-ромъ *Negro*, испытано проф. *Combemale* (Lille) и д-ромъ *Chamberlont*. Д-ръ *Collet* (Lyon) назначаетъ 0,3 — 0,45 грм. сантонина въ день (въ 3 приема); но, такъ какъ иногда и меньшіе приемы (0,1—0,2 грм.) вызываютъ припадки отравленія, то лучше начинать съ меньшихъ приемовъ. Дѣйствіе сантонина на стрѣляющія боли при приемахъ въ 0,05—0,1 грм. скоропреходяще; при приемахъ же въ 0,15—0,3 грм. въ день онъ быстро успокаиваетъ боли, и дѣйствіе лѣкарства продолжается и послѣ прекращенія приемовъ. Слабая ядовитость сантонина позволяетъ употребить его въ теченіи нѣсколькихъ дней подрядъ, и иногда его давали даже въ продолженіе 2-хъ мѣсяцевъ. При появленіи желтаго видѣнія, перваго признака отравленія, слѣдуетъ прекратить приемы. Сантонинъ дѣйственъ и при гортанныхъ боляхъ спинносухоточныхъ. Замѣчательно, что сантонинъ успокаиваетъ боли при спинной сухоткѣ болѣе, чѣмъ въ  $\frac{1}{2}$  случаевъ, а между тѣмъ не оказываетъ такого-же вліянія при обыкновенныхъ нейралгіяхъ (сѣдалищнаго, лицевого нерва и т. д.) (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, № 5). В. Дитманъ.

554. Д-ръ *Berret* (Lyon'ская диссертация), по предложенію д-ра *Clément*, изучалъ *дѣйствіе муравьиной кислоты при болѣзняхъ, сопровождающихся дрожаніемъ*. Дрожаніе бываетъ 2-хъ родовъ: 1) какъ слѣдствіе уменьшенія мышечнаго тонуса; сюда относится дрожаніе послѣ отравленій, при выздоровленіи отъ заразныхъ болѣзней, старческое дрожаніе и дрожаніе при болѣзни *Parkinson*'а безъ сведеній; во всѣхъ этихъ случаяхъ муравьиная кислота излѣчиваетъ или уменьшаетъ дрожаніе, такъ какъ она замѣтно поднимаетъ мышечную силу; 2) какъ слѣдствіе чрезмерно увеличеннаго мышечнаго тонуса; сюда относятся разсѣянный склерозъ, половинная хорea послѣ половиннаго паралича (отъ низходящаго пораженія пирамидальныхъ пучковъ), болѣзнь *Parkinson*'а въ дальнѣйшемъ ея развитіи, при сведеніяхъ; въ этихъ случаяхъ муравьиная кислота недействительна. Она, стало-быть, показывается только у больныхъ 1-го рода. Средство назначалось въ видѣ муравьинокислаго натра, по 3—4 грм. въ день, иногда въ теченіи продолжительнаго времени (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, № 6). В. Дитманъ.

555. Проф. *Abadie* (Bordeaux) описалъ въ 1905 г. (Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux) *новый признакъ, характерный для спинной сухотки, а именно безболѣзненность Ахиллова сухожилія*. По *Abadie* признакъ этотъ имѣетъ в. важное практическое значеніе, такъ какъ онъ наблюдается чаще, чѣмъ признакъ *Westphal*'а и отсутствіе рефлекса зрачковъ, и относится къ раннимъ признакамъ. Опредѣляется онъ такъ: захватываютъ Ахиллово сухожиліе у самаго доступнаго мѣста его, позади мыщелковъ, и постепенно сдавливаютъ его; при умѣренномъ давленіи изслѣдуемый испытываетъ непріятное ощущеніе, превращающееся при усиленіи давленія въ боль, такъ что изслѣдуемый инстинктивно отталкиваетъ руку изслѣдующаго; провѣрочное изслѣдованіе показываетъ, что боль эта происходитъ не отъ сдавленія кожи, а отъ сдавленія сухожильнаго влагалища; что сухожильное влагалище, дѣйствительно, имѣетъ чувствующіе нервы, доказывается тѣмъ, что при воспаленіяхъ этого влагалища наблюдаются очень сильныя боли. *Abadie* нашелъ, что у 80% всѣхъ больныхъ спинной сухоткой это сжиманіе Ахиллова сухожилія не вызываетъ боли, иногда даже тогда, если это сжиманіе производится обѣими руками. Д-ръ *Racine* (Essen) рѣшилъ провѣрить наблюденія *Abadie*, при чемъ для болѣе точнаго измѣренія степени давленія на сухожиліе пользовался особымъ, нарочито для этой цѣли придуманнымъ, приборомъ, показывавшимъ силу сжиманія въ килограммахъ. Въ общемъ онъ могъ подтвер-

дить данныя *Abadie*, при чемъ анальгезія или гипестезія сухожилія была выражена тѣмъ сильнѣе, чѣмъ рѣзче были выражены и остальные признаки спинной сухотки. *Racine* нашелъ также, что этотъ признакъ не встрѣчается при другихъ заболѣваніяхъ спинного мозга, а при сухоткѣ спинного мозга онъ наблюдается и въ ранней стадіи болѣзни, и въ не типичныхъ случаяхъ, а потому онъ можетъ имѣть значеніе при отличительномъ распознаваніи. Не согласенъ лишь *Racine* съ *Abadie* въ томъ, что этотъ признакъ настолько важенъ, что его слѣдуетъ отнести къ основнымъ (Münchener med. Wochenschrift, № 20). А. К.

**Кожныя и венерическія болѣзни. 556.** Проф. *M. v. Zeissl* (Wien) разбираетъ *лѣчение прыщеватости, сикоза и чирьевъ*. До 1894 г. авт. применялъ главнымъ образомъ мѣстное лѣченіе и припоминаетъ случай у 18-лѣтней дѣвушки, у которой все лицо было покрыто прыщами; больная жила въ комнатѣ, окно которой выходило во дворъ, служившій для обработки конскаго волоса; повидимому, заболѣваніе обуславливалось множественнымъ вѣдреніемъ возбудителей нагноенія въ сальныя железы. Ежедневное очищеніе лица мыльно-калійнымъ спиртомъ и водою съ послѣдующимъ ополаскиваніемъ лица растворомъ сулемы, крѣпости 1:10000, дало быстрое излѣченіе. При покраснѣніи лица отъ этого лѣченія авт. назначалъ смазываніе лица цинко-росянолоданной мазью *Wilson*'а. Въ одномъ случаѣ аспе гомасеа у 60-лѣтняго больного излѣченіе произошло, благодаря примѣненію пузыря со льдомъ, въ теченіи 4-хъ недѣль съ послѣдующимъ примѣненіемъ сѣрнаго тѣста. Въ другомъ случаѣ то-же заболѣваніе исчезло послѣ 4-недѣльнаго прикладыванія ртутнаго пластира къ спинкѣ носа. Въ одномъ случаѣ чирьеватости излѣченіе наступило отъ внутренняго употребленія Karlsbad'ской воды и ваннъ изъ соды ( $\frac{1}{2}$  кило на ванну, 3 раза въ недѣлю). Когда появились сообщенія о благотворномъ вліяніи дрожжей, авт. испыталъ это лѣченіе въ 80 случаяхъ. Въ послѣднее время онъ, вмѣсто дрожжей сталъ примѣнять *церолинъ* (изготавливаемый фирмою Boehringer въ Mannheim-Waldhof), по 9 пилюль въ день (по 0,1 грм. сухихъ дрожжей въ каждой) и горячо совѣтуетъ это средство, давшее ему превосходные результаты въ 90 случаяхъ. (Wiener medizinische Presse, № 16). В. Дитманъ.

557. Д-ръ *Fritz Freund* (Prag) съ большимъ успѣхомъ *лѣчилъ зудъ при помощи 10%-ной мази изъ анестезина Ritsert*'а. Особенно полезнымъ оказывается этотъ препаратъ при зудѣ у страдающихъ сахарнымъ мочеизнуреніемъ, при старческомъ зудѣ и зудѣ влагалища. Проникновению анестезина слѣдующимъ образомъ: анестезина *Ritsert*'а 25,0, ланолина 250,0. Эта мазь не только сразу-же облегчаетъ зудъ, но въ большинствѣ случаевъ прекращаетъ его на многие часы, благодаря чему является возможность излѣченія всѣхъ тѣхъ поврежденій кожи, которые обуславливаются постояннымъ чесаньемъ. Мазь эта обнаруживала всегда свое дѣйствіе тамъ, гдѣ всѣ другія средства оказывались недействительными. Въ доказательство того, что средство это не вызываетъ никакихъ побочных неблагоприятныхъ дѣйствій, авт. приводитъ тотъ фактъ, что въ 1 случаѣ онъ въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ примѣнилъ 300 грм. порошка анестезина и не видѣлъ никакихъ неблагоприятныхъ послѣдствій; получилось полное излѣченіе больного (диабетика) отъ тягостнаго зуда. При зудѣ влагалища излѣченіе получалось въ теченіи 8 дней (Therapie der Gegenwart, июнь). А. Коварскій.

558. Проф. *Alb. Neisser* и его сотрудники д-ра *Baertman* и *Halberstädter* при своихъ работахъ надъ сифилисомъ у обезьянъ въ Батавіи, между прочимъ, изучали вопросъ *объ отношеніи Framboesiae tropicae къ сифилису*. Дѣло въ томъ, что клиническая картина *Framboesiae tropicae* представляетъ такъ много общаго съ сифилисомъ, что болѣзни эти часто отождествляются. Опыты *Neisser*'а и его сотрудниковъ заключались въ перевивкѣ матеріала *Framboesiae* отъ человѣка на обезьянъ, перевивкѣ отъ обезьянъ обезьянамъ, перевивкѣ матеріала изъ внутреннихъ органовъ больныхъ животныхъ на здоровые и одновременной прививкѣ обезьянамъ *Framboesiae* и сифилиса. На основаніи своихъ опытовъ авторы приходятъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. *Framboesia tropica* переносима отъ человѣка на



низшихъ и высшихъ обезьянъ. 2. Болѣзнь эта переносима также отъ обезьянъ на обезьянъ. 3. Какъ показываютъ опыты съ прививкой матеріала, взятаго изъ внутреннихъ органовъ, ядъ Framboesia пропитываетъ весь организмъ. 4. Животныя, зараженныя сифилисомъ, оказываются, не смотря на это воспримчивыми къ сифилису. Изъ сказаннаго явствуетъ, что этиологически эти болѣзни различны. Если бы найденныя Castellani при Framboesia спирохеты оказались возбуждателями этой болѣзни, то изъ этого можно было бы заключить о близкомъ родствѣ, но ни въ коемъ случаѣ не о тождествѣ обѣихъ болѣзней (Münchener medicinische Wochenschrift, № 28).

А. Коварский.

## ОТЧЕТЫ

### изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

#### LXVII и LXVIII. Изъ Русскаго хирургическаго Общества (Пирогова \*).

(Засѣданіе 11-го января).

Д. М. Пуссенъ. Средства транспортировки раненыхъ въ империю русско-японскую войну. Докладчикъ подробно остановился на описаніи и степени пригодности всѣхъ транспортныхъ средствъ, примѣнявшихся на войнѣ: носилокъ (китайцы), двуколки, фургоновъ, арбъ, футурунговъ, вьючныхъ ословъ, транспортовъ и полутранспортовъ и узкоколейной желѣзной дороги. Последняя должна идти дугообразно, или кругомъ и по радиусамъ къ одному центру. Докладчикъ особенно отнѣсся нерациональность нераздѣльности транспортовъ, въ искусственную, повидимому, стройность, которая на дѣлѣ только тормазала перевозку раненыхъ. Кромѣ того, дов. много мѣста въ своемъ докладѣ онъ удѣлилъ вопросу о способахъ эвакуаціи раненыхъ съ позицій до перваго перевязочнаго пункта.

Проф. А. С. Тауберъ. Почему Вы думаете, что ученый Комитетъ сталъ думать о транспортныхъ средствахъ по окончаніи войны. Еще въ февралѣ 1904 г. (т. е. послѣ начала войны. Ред.) мы уже осматривали и испытывали двуколки. В.-медицинскій ученый Комитетъ не виноватъ. Вы говорите все о недостаткахъ, а не указываете средствъ и мѣръ къ ихъ устраненію. Врачи могли и должны были на мѣстѣ стараться устранить замѣченные недостатки, а не довольствоваться тѣмъ, что имъ давалось.

Д. Б. Зельдовичъ. Мы не довольствовались тѣмъ, что имѣли, а если и молчали, то что могли сдѣлать военные врачи въ одиночку или даже всѣ вмѣстѣ? Кто ихъ сталъ бы слушать? Могли-ли они? Имѣли-ли они какую-либо инициативу?

П. Т. Склифосовскій. Узкоколейная дорога представляеть нововѣстность, а согласенъ; если бы она была сдѣлана своевременно, мы-бы ее использовали. Дѣйствительно, двойственность власти въ санитарномъ дѣлѣ портила дѣло по существу. Что касается Вашихъ приспособленій, то я нахожу ихъ рациональными, и врачи оставались имъ совершенно удовлетворенными. Отъ насъ, врачей, не зависѣло имѣть то, что намъ было нужно. Мы пользовались тѣмъ, что было, а было плохо.

Ч. пр. А. Р. Войничъ-Синоженскій. Перевязочныя средства оказались, слѣд., неподходящими. Трудно разобраться въ частности, но все-же нужно рѣшить, на какихъ типахъ въ будущемъ намъ придется остановиться. По моему, пока нужно остановиться на 4-хъ типахъ: 1) на носилкахъ; онѣ не могутъ быть вытѣснены ни въ какомъ случаѣ; 2) на вьючныхъ приспособленіяхъ; ихъ тоже необходимо оставить; 3) на колесныхъ приспособленіяхъ и 4) на дековильхъ. Необходимо озаботиться, чтобы въ будущемъ были приняты японскія носилки и двуколки: онѣ легки, низки (двуколки), имѣютъ наклонную плоскость, покойны, помѣстительны и прочны.

Докладчикъ (проф. Тауберъ). Вы говорите, что врачъ могъ требовать. Если ученый Комитетъ, эта высшая инстанція, не могъ сдѣлать того, что было нужно, то что могли сдѣлать врачи, при томъ военныя и разрозненныя? Такого упрека имъ дѣлать нельзя. Врачи должны въ сферѣ своей дѣятельности имѣть власть въ своихъ рукахъ. Мы не привыкли начальствовать, и нами помыкаетъ всякій, кому не лѣнь. Обо всемъ этомъ нужно было подумать главному в.-медицинскому Управленію уже давно, задолго до войны.

Проф. А. С. Тауберъ. Я во всемъ съ Вами согласенъ; но указываете, какъ обойти тѣ недоразумѣнія, которыя будутъ

повторяться въ самой ближайшей войнѣ. Мы должны заботиться о томъ, чтобы раненый не былъ (?) вовсе транспортированъ.

Н. И. Спасокукоцкая. Случай обширнаго изсѣченія тонкихъ кишекъ (см. выше, № 2).

С. П. Вертоградовъ. Чѣмъ занимается Вашъ больной и насколько работоспособны такіе больные?

Докладчикъ. Онъ работаетъ въ коробочной мастерской. Всѣ больные, у которыхъ удалены значительный отрѣзокъ тонкихъ кишекъ, чувствовали себя вполне работоспособными.

Ч. пр. В. Н. Гейманъ. Schlatter у своего больного удалилъ около 2 м. тонкихъ кишекъ. Оперированный былъ выписанъ выздоровѣвшимъ, но затѣмъ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ явился къ нему умирающимъ. Онъ былъ вторично откормленъ и вновь выписанъ. Какъ-бы и съ Вашимъ больнымъ не случилось того же. Пока прошло слишкомъ мало времени, чтобы судить о томъ, какъ больной справится съ удаленіемъ значительнаго отрѣзка кишекъ.

Ч. пр. Г. Ф. Цейдлеръ. Главный интересъ случая заключается въ длинѣ удаленнаго отрѣзка кишечника. Можно, значить, удалить 1/2 кишечника, что для насъ крайне важно. Главной причиной плохихъ исходовъ при изсѣченіяхъ кишекъ было омертвѣніе концовъ кусковъ, такъ какъ старались, по возможности, не трогать здоровыхъ участковъ. Сшивать, однако, нужно вполне здоровыя ткани. Что далѣе лучше, первично-ли изсѣкать кишку или накладывать искусственный задній проходъ? Большинство хирурговъ высказывается теперь за первое. Кромѣ того, нужно отмѣтить, что въ данномъ случаѣ было сдѣлано боковое соустье.

Проф. А. С. Тауберъ. Я имѣлъ подобный случай омертвѣнія при грыжестѣченіи. Въ началѣ былъ наложенъ искусственный задній проходъ, а затѣмъ были изсѣчены кишки. Сначала все шло хорошо. Но затѣмъ больной погубъ, и на вскрытіи между петлями кишекъ съ служеніемъ ихъ просвѣта оказались обширныя сращения. Препараты этотъ былъ показанъ покойному Virchow'у и хранится въ Berlin'скомъ музее.

А. А. Трояновъ. При изсѣченіи кишекъ мы руководились состояніемъ слизистой оболочки, а не симвороточнаго покрова.

Проф. М. С. Субботинъ. Удаленіе тонкихъ кишекъ на большемъ протяженіи не можетъ во всякомъ случаѣ остаться безъ вреда для питанія организма.

(Засѣданіе 25-го января).

Ч. пр. Г. Ф. Цейдлеръ показалъ 2-хъ больныхъ — одного съ упорной нейралгіей тройничнаго нерва, страдавшаго ею уже 7 лѣтъ; у него были задѣты въ концѣ концовъ всѣ 3 вѣтви, и былъ удаленъ по Krause, Gassero'у узелъ съ изсѣченіемъ скуловой дуги, и 2-го — съ раненіемъ сердца. 2-ой больной, 19 л., за часъ до поступленія въ Обуховскую больницу, получилъ рѣзано-колотую рану ножомъ по лѣвой окологрудной линіи въ 5-мъ межреберьѣ. Приблизительно черезъ 1 1/2—2 часа было приступлено къ операциі, при чемъ были изсѣчены части 5-го, 6-го и 7-го ребра, ближе къ груднѣ, въ-подъ которой выступила кровь. Рана поперечная на сердечной сорочкѣ, около 1,5 см. въ длину, приблизительно соответствовала такой-же ранѣ въ стѣнкѣ праваго желудочка, ближе къ его верхушкѣ. На сердечную рану послѣ нѣкотораго приподнятія наложено 3 шелковыхъ шва; швы наложены и на сердечную сумку. Полное выздоровленіе, хотя на слѣдующій послѣ операциі день былъ полный пнеймотораксъ съ тяжелыми состояніемъ. У докладчика это—4-ый случай; 2-ое изъ оперированныхъ имъ умерли и 2-ое живы.

Ч. пр. В. Н. Гейманъ. Почему больныхъ съ тяжелыми нейралгіями описываютъ въ Германіи въ 10—20 разъ чаще, чѣмъ у насъ? Трудно допустить, что ихъ у насъ мало. Не зависѣли-ли это отъ того, что у насъ для оперативнаго вмѣшательства иныя показанія, а у нѣмцевъ они болѣе широкія. Я думаю, однако, что и въ нѣкоторыхъ нашихъ случаяхъ можно обойтись безъ операциі, чему я недавно видѣлъ яркій примѣръ.

Проф. С. П. Оедоровъ. Я тоже хочу сказать по поводу изсѣченія тройничнаго нерва. Нѣмцамъ приходится оперировать при болѣе чемъ выборѣ больныхъ. По моему мнѣнію, удаленіе Gassero'а узла показано тамъ, гдѣ въ процессы вовлечена и 3-ья вѣтвь.

Ч. пр. Р. Р. Вреденъ. Иногда настойчивое не-оперативное леченіе даетъ совершенно неожиданныя результаты, а потому операциі подлежатъ лишь тѣ случаи, гдѣ до нея были использованы, но безуспѣшно, рѣшительно всѣ средства.

Докладчикъ. Надъ вопросомъ о показаніяхъ я не останавливался. Во всякомъ случаѣ, если нужно, лучше удалить Gassero'у узелъ и тѣмъ избавить больного отъ возврата.

Ч. пр. А. Р. Войничъ-Синоженскій. Относительно 2-го больного. Труднымъ моментомъ операциі было отысканіе мѣста раненія въ околосердечной сумкѣ. Рана тутъ, вѣроятно, лежала влѣво отъ лѣваго края грудины, или, быть можетъ, она совпадала съ сердечной раной?

Докладчикъ. Приблизительно онѣ совпадали.

В. Н. Томашевскій. Къ вопросу о леченіи застойной гипереміей острыхъ заразныхъ хирургическихъ заболеванийъ съ предъявленіемъ больныхъ (см. выше, № 12).

Ч. пр. Г. Ф. Цейдлеръ. Въ началѣ мы примѣняли этотъ способъ съ большимъ выборомъ. Въ легкихъ случаяхъ онъ давалъ конечно, блестящіе результаты, но здѣсь за нимъ я не видѣлъ особаго преимуществъ. Въ другой категоріи случаевъ, гдѣ была болѣе или менѣе развита флегмона, способъ Руда не помогъ.

\* Отчетъ объ этихъ засѣданіяхъ, къ сожалѣнію, не попалъ въ напечатанный уже отчетъ (см. выше, № 30, стр. 934) о засѣданіяхъ послѣдней сессіи. Докладчикъ, въ изданіи на-...

ски; но при еще болѣе развитыхъ глубокихъ флегмонахъ онъ насъ не удовлетворилъ; тутъ вѣрнѣе дѣйствовалъ широкій разрывъ. Если тѣмъ не менѣе пользоваться этимъ способомъ больныхъ съ выборомъ, то у многихъ изъ нихъ получаются хорошіе результаты.

**Ө. И. Граменницкій:** Мнѣ за послѣднее время пришлось испытать этотъ способъ на порядочномъ числѣ больныхъ. При разнаго рода панариціяхъ получался эффектъ рѣзкій. Не столь хороши были результаты при флегмонахъ стопы и кисти. Мнѣ удавалось даже обрывать обширныя флегмоны, гдѣ онѣ были слабо выражены или не сопровождались тяжелыми общими явлениями. Но въ случаяхъ перелойнаго артриты успѣха я не видѣлъ.

**Проф. Н. А. Вельяминовъ:** Способъ *Bier'a*, несомнѣнно, долженъ составить эру въ развитіи медицины. Если мы раньше увлекались въ ней химизмомъ, то теперь мы стали примѣнять средства механическія, термическія. *Bier'овскій* способъ — способъ физиологическій; пользуясь имъ, мы впервые научаемся дозировать эту весьма чувствительную реакцію, этотъ терапевтическій агентъ. Будучи обоснованъ научно теоретически, этотъ способъ былъ тщательно проверенъ самимъ *Bier'омъ* на практикѣ, и несомнѣнно, онъ имѣетъ громадное будущее.

**А. Б. Зельдовичъ:** При опискѣ всякаго способа надо принимать во вниманіе всѣ данныя за и противъ. Въ недавнее время появилось сообщеніе (*Brunsa*), гдѣ на 34 случая, въ которыхъ примѣнено было лѣченіе по *Bier'у*, отмѣчено 6 случаевъ осложненія рожей. На этотъ фактъ, я думаю, слѣдуетъ обратить вниманіе.

**Проф. Г. И. Турнеръ:** Я думаю, что способъ *Bier'a* долженъ напомнить намъ цѣлый рядъ фанатическихъ увлеченій; такъ мы пережили эру іодоформа, массажа и др. Въ этомъ способѣ весь вопросъ вертится въ дозировкѣ, которой не было раньше. Что касается его лѣчебной цѣнности, то напр., по отношенію къ булгорчаткѣ способъ, несомнѣнно, не сыгралъ той роли, которую собирался сыграть. Къ способу этому вообще надо относиться осторожно: мы тутъ какъ-бы хотимъ отбросить всѣ тѣ убѣжденія, которыя до сихъ поръ считались краеугольными камнями хирургіи. Приемы *Bier'a* могутъ дать непріятные результаты. Гиперемія у него вызывается то накладываніемъ бинта, то насасываніемъ, а это—2 вещи разныя. Я думаю, что способъ *Bier'a* не можетъ замѣнить ножа.

**Ч. пр. В. А. Оптеле:** Теоретическія разсужденія *Bier'a* возможны, но не доказаны. Цѣлебныя свойства воспаления,—а гиперемія по *Bier'у* ничто иное, какъ процессъ воспалительный—я вижу лишь въ фагоцитарной теоріи *И. И. Мечникова*. Съ практической точки зрѣнія за способомъ *Bier'a* надо оставить значительное болеутоляющее дѣйствіе. Нѣкоторыя выгоды онъ несомнѣнно представляетъ. Но эру онъ составить не можетъ; онъ составилъ-бы ее, если-бы могъ излѣчивать гнилостные, напр., процессы, гдѣ единственнымъ средствомъ является широчайшій разрывъ.

**И. И. Грековъ:** Позволю себѣ подѣлиться общими результатами наблюденій въ женской Обуховской больницѣ. При лѣченіи тяжелыхъ случаевъ я все таки не рѣшился-бы поднать руку на *Bier'a*. Онъ, несомнѣнно, вноситъ новую свѣжую струю въ ходъ нашихъ размышленій. Въ этомъ способѣ есть что-то, что дѣйствуетъ противовоспалительно. Но способъ этотъ, къ сожалѣнію, крайне коварный; требуется разработать тщательно его технику и примѣнять его лишь послѣ предварительнаго основательнаго ознакомленія съ нею. У насъ при воспаленіяхъ сухожильныхъ влагалищъ, костнаго мозга получались результаты неудовлетворительныя, что въ значительной степени, надо думать, охладило нашъ пылъ; но тутъ виноваты были исключительно мы, а не способъ *Bier'a*.

**Ч. пр. А. Р. Войничъ-Сяноженскій:** Мнѣ кажется, что въ пользу ученія *Bier'a* труднѣе всего привести клиническія доказательства. Что касается гнойниковъ, то они требуютъ широкаго разрыва. Случаи докладчика недостаточно убѣдительны.

**Ч. пр. В. Н. Гейнауъ:** Неудачи, я думаю, отнюдь нельзя ставить въ вину самому *Bier'у*. Ихъ никогда не бываетъ съ этими стеклянными приборами. При примѣненіи жгута можно сойти съ или малымъ, или въ вовсе безъ разрыва. Я, далѣе, не могу согласиться съ указаніями на вредное дѣйствіе отсасывающихъ тампоновъ. Способъ *Bier'a* чрезвычайно интересенъ и заслуживаетъ проверки.

**И. И. Грековъ (д-ру Гейнауъ):** Вы говорите, что при отсасывающихъ банкахъ нѣтъ никакой опасности. Я могу привести одно сообщеніе недавнее, гдѣ у больной былъ двусторонній маститъ, гдѣ пробовали способъ *Bier'a* и гдѣ въ концѣ концовъ пришлось удалить даже одну грудь.

**С. В. Гольдбергъ:** Основная мысль способа такая: медленно дѣйствующіе гидрамические агенты даютъ запаснымъ силамъ организма возможность развернуться.

**Ч. пр. Н. Н. Петровъ:** *Bier* слишкомъ ярко показалъ въ своихъ работахъ, какъ осторожно онъ относится къ своимъ выводамъ. Не надо забывать, что тотъ-же самый *Bier* предложилъ спинномозговую анестезію, которую онъ не стремился предлагать практикамъ.

**Ч. пр. Р. Р. Вреденъ:** Я тоже интересовался этимъ способомъ. Суть *Bier'овскаго* способа, хотя она и недостаточно еще ясна, состоитъ въ томъ, что застой крови достигается двояко. Взглядъ этотъ однако односторонній. При мало вирулентныхъ зараженіяхъ способъ самъ по себѣ мало опасенъ, при болѣе токсическихъ инфекціяхъ онъ совершенно не примѣнимъ.

**Проф. Д. О. Оттъ:** Насколько я могъ понять, большинство

бѣгать чрезмѣрныхъ увлеченій. И гинекологическая литература по этому вопросу имѣетъ уже данныя, которыя позволяютъ очень сдержанно высказываться по поводу способа *Bier'a*.

**Докладчикъ:** Всякое подозрѣніе въ какой-либо утрировкѣ своего способа *Bier'омъ* совершенно неѣрно. *Bier'a* занимаетъ идея и только. Что касается технической стороны дѣла, то она, конечно, не можетъ быть безупречной, не удовлетворяя многимъ требованіямъ. Лѣчение острыхъ заразныхъ заболеванийъ есть одна изъ сторонъ примѣненія способа *Bier'a*. Что касается наложенія бинта, то теперь его можно регулировать микрометрическимъ винтомъ.

**Проф. М. С. Субботинъ:** Я думаю, что особаго какого-нибудь открытія *Bier* не сдѣлалъ. Онъ лишь предлагаетъ средство, всѣмъ намъ извѣстное. Насколько его можно дозировать, насколько *Bier* научилъ насъ примѣнять это средство,—вопросъ остается открытымъ. Само средство можетъ быть коварнымъ, капризнымъ и даже опаснымъ. Бинтъ несомнѣнно коварное средство, и имъ надо пользоваться чрезвычайно осторожно.

**В. Божовскій.**

## **LXIX. Изъ Харбинскаго в.-санитарнаго Общества<sup>1)</sup>.**

(Засѣданіе 20-го апрѣля 1905 г.)

Предсѣдательствовалъ главный в.-медицинскій инспекторъ тыла Манчжурскихъ армій **В. Ф. Быстровъ**.

**Д-ръ Коренчевскій.** Къ вопросу о предохраненіи противъ брюшнаго тифа, натужнаго кроваваго поноса и холеры на войнѣ. Указавъ на то, что холера, кровавый поносъ и брюшной тифъ связаны между собою способами происхожденія и развитія, докладчикъ отмѣтилъ, что въ Манчжуріи каждая группа заразныхъ болѣзней появляется въ опредѣленное время года. Такъ, весною наблюдаются острые заболевания дыхательныхъ путей — бронхиты, пневмоніи, плеуриты и гриппы; на лѣтніе мѣсяцы падаютъ главнымъ образомъ заболевания энтеро-колитами и натужнымъ кровавымъ поносомъ; наконецъ, въ августѣ, сентябрѣ и октябрѣ разгарается эпидемія брюшнаго тифа. Основываясь на этихъ фактахъ, военное вѣдомство въ общемъ отчетъ по войскамъ дѣйствующей арміи приводитъ цифровыя данныя, указывающія, когда и въ какой мѣрѣ слѣдуетъ подготовиться къ встрѣчѣ каждой группы болѣзней, т. е. отвѣсти извѣстное число госпиталей для пріятія той или другой категоріи больныхъ, предназначить спеціальныя поѣзда для эвакуаціи ихъ и вообще принять всѣ мѣры для ограниченія эпидеміи. Что касается холеры, которая въ этомъ году можетъ быть занесена сюда и изъ Россіи, слѣдуетъ отмѣтить, что въ противоположность брюшному тифу и натужному кровавому поносу, она здѣсь не эндемична. За все время пребыванія русскихъ въ Манчжуріи, т. е. съ 1897 г. по 1905 г., холера наблюдалась только въ 1902 г., между тѣмъ какъ вспышки ея за этотъ періодъ времени наблюдались нѣсколько разъ въ Японіи, Корей и на Формозѣ. Въ 1902 г. холера держалась въ Манчжуріи недолго—острый періодъ ея продолжался всего 1½ мѣс., послѣ чего наблюдались только спорадическія заболевания. Наибольшая заболеваемость приходилась на іюнь и іюль. Переходя къ выясненію причинъ развитія упомянутыхъ заболеваний въ Манчжуріи, докладчикъ склоняется къ тому воззрѣнію, что распространеніе заразы происходитъ главнымъ образомъ черезъ посредство воды, въ которой всегда можно найти какъ брюшнотифозныя, такъ и холерныя палочки. Менѣе точно установлена т. наз. гидрогенная теорія натужнаго кроваваго поноса, хотя нѣкоторые факты, безъ сомнѣній, указываютъ, что въ этиологіи этой болѣзни вода играетъ такую-же выдающуюся роль, а между тѣмъ въ Манчжуріи рѣдко гдѣ можно достать годную для питья и вполнѣ безопасную воду. Слѣдующія строки изъ оффіціального наставленія «Объ охранѣ здоровья дѣйствующей арміи», даютъ ясное представленіе о свойствахъ Манчжурской воды. Нынѣшній театръ военныхъ дѣйствій въ Манчжуріи, на Ляодунскомъ и Квантунскомъ полуостровахъ, по всѣмъ даннымъ, представляетъ много неблагоприятныхъ условій для обезпеченія войскъ хорошей питьевой водой. Рѣки, протекающія на глинистомъ, лессовомъ грунтѣ, несутъ мутную, богатую взвѣшенными частицами, воду. Предварительное просвѣдѣніе такой воды необходимо. Берега значительныхъ рѣкъ густо заселены и служатъ источникомъ обильнаго и опаснаго въ санитарномъ отношеніи загрязненія отбросами и экскрементами. При отсутствіи въ мѣстномъ населеніи самыхъ элементарныхъ повѣстій о гигиенѣ и чистотѣ, попеченія о чистотѣ источниковъ водъ нѣтъ вовсе. Между тѣмъ опасность заноса холеры въ эти мѣстности существуетъ постоянно, и дизентерія, брюшной тифъ составляютъ эндемическія болѣзни, могущія, при неблагоприятныхъ обстоятельствахъ военнаго времени, принять въ арміи опасныя размѣры. Все это должно заставить врачей и командировъ час-

<sup>1)</sup> Протокольные отчеты о дѣятельности научныхъ врачебныхъ Обществъ, открытыя на театрѣ военныхъ дѣйствій въ мнущуюся войну,—живое и объективное свидѣтельство того, что призванные на поле брани товарищи находятъ время и охоту научно работать сообща и при самыхъ невообразимыхъ условіяхъ внѣшней обстановки. Да не поскутуютъ поэтому на насъ читатели, если мы предложимъ ихъ вниманію нѣкоторые изъ такихъ присланныхъ намъ отчетовъ, хотя они и являются по времени уже историческими документами. **Ред.**

той войск принимать всевозможные усилия к тому, чтобы войска могли пользоваться безопасной питьевой водой. Но, кроме воды, есть еще другие условия для распространения заразы—это пыль и мухи. Известно, что микробы сохраняются в сухом песке около 12 дней, и при распылении песка, загрязненного извержениями, палочки могут быть перенесены и на здоровых людей. Господствующие в Манчжурии сильные ветры поднимают ужасную пыль, покрывающую густым слоем все одушевленные и неодушевленные предметы—песок забирается в рот, невольно проглатывается и вносится с собою в организм заразное начало. Не меньшую роль играют и мухи; садясь на извержения больных и затем на пищевые вещества, они безусловно могут способствовать разнесению заразы. В англо-бурскую войну врачи приписывали этим 2-м обстоятельствам громадную роль в распространении брюшного тифа и нутужного кровавого поноса. Таким образом вода, пыль и мухи служат разносчиками заразы, конечно, при посредстве почвы, загрязненной извержениями заразных больных. Быть может, брюшной тиф и нутужный кровавый понос эндемичны в Манчжурии вследствие крайней нечистоплотности китайцев и китайского способа удобрения полей человеческими извержениями; дожди смывают всю эту грязь, и вспышки эпидемии как раз совпадают с периодом дождей. Наконец, нужно обратить особое внимание на легкия формы заболеваний во время эпидемий холеры, брюшного тифа и нутужного кровавого поноса, ибо, по исследованиям проф. Kitasato, во время эпидемии нутужного кровавого поноса даже у здоровых в испражнениях находят кроваво-поносную палочку. Легкие случаи часто остаются нераспознаваемыми, а потому при них не принимается и меры предосторожности против разнесения заразы; между тем установлено, что брюшно-тифозные палочки продолжают сохраняться в теле больных еще долго спустя после падения у них температуры и выделяются как с испражнениями, так и с мочой. Меры, которыми докладчик предложил против развития упомянутых болезней в армии, следующие: 1. Необходимо внушить солдатам, чтобы они соблюдали все самые элементарныя требования гигиены и санитарии, иначе никакия меры и предписания не достигнут цели. Известно, что наши солдаты эдят без разбора, пьют всякую воду и исполняют естественныя потребности, где пошло. Поэтому настоятельно необходимо устраивать собесѣдования с солдатами и распространять среди них летучие листки по гигиенѣ, написанные понятным и образным языком. 2. Необходимо снабдить все части войск походными лабораториями для исследования питьевой воды, которое должно обязательно производиться при выборѣ мѣста стоянки. Лучшей колодезь должен предназначаться только для людей и строго охраняться часовым. Воду из других колодезѣв можно предназначать для лошадей и для других потребностей. Скверные колодезѣ должны заколачиваться. Если хорошаго источника воды нѣтъ и если почему-либо нельзя кипятить воду, то, согласно официальному наставленію, нужно принимать бромистый способ обеззараживания после предварительнаго просвѣтленія еѣ. Тѣмъ хорошаго и удобнаго для переноски набора для этихъ цѣлей уже выработаны главнымъ в.-медицинскимъ Управленіемъ. Все большіе кипятильники, а также сложныя обеззараживающіе приборы неудобны въ томъ отношеніи, что доставляютъ затрудненія при быстрыхъ передвиженіяхъ войскъ. 3. Купанье, мытье лица и рукъ, мытье овощей и посуды должно быть разрѣшено только въ удовлетворительной водѣ, ибо зараза может проникнуть въ организмъ и этимъ путемъ. 4. Всѣ пищевые припасы и питьевая вода должны тщательно охраняться отъ пыли и мухъ. 5. На всѣ случаи заболѣванія поносами, даже быстро проходящими, должно быть обращено особое вниманіе, ибо поносъ эти часто служатъ предвѣстниками наступающей эпидеміи. Въ случаѣ невозможности отправить такихъ больныхъ въ госпитали, полевые врачи должны отдѣлить ихъ въ особую команду—околки съ особой мочой для ихъ изверженій. 6. Летучіе обеззараживающіе и санитарные отряды должны регулярно посѣщать лагери. 7. Мочу тифозныхъ слѣдуетъ также тщательно обеззараживать, и съ этой цѣлью всѣмъ брюшно-тифознымъ въ концѣ болѣзни слѣдуетъ давать по 0,5 уротропина, 3 раза въ день, въ теченіи 3—5 сутокъ. Брюшно-тифозныхъ больныхъ можно считать безопасными въ смыслѣ распространенія заразы не ранее 6 недѣль послѣ спаденія у нихъ температуры. 8. Для каждой группы заболѣвшихъ слѣдуетъ заранѣе подготовить отдѣльныя госпитали и санитарныя поѣзда для эвакуаціи. При эвакуаціи брюшно-тифозныхъ, кроваво-поносныхъ и поносныхъ обязательно нѣтъ побольше переносныхъ сосудовъ и обеззараживающихъ веществъ, во избѣжаніе загрязненія пути эвакуаціи. На каждой станціи этого пути должны быть устроены вблизи ж.-дорожнаго полотна свалочныя ямы. 9. Что касается предохранительныхъ прививокъ, то главное в.-медицинское Управленіе вѣло примѣненіе ихъ въ обширныхъ размѣрахъ преждевременныя.

Прежде чѣмъ открыть пренія по поводу доклада д-ра Кореневского, председатель показалъ 2 рентгенограммы, снятыя съ плечевой кости, въ которой застряли пули, при чемъ по снимку не видно, чтобы пуля проникла въ кость, пули произвели въ ней трещину или вообще оставили за собой какой-нибудь слѣдъ. Впечатленіе получается такое, будто пули проникли въ костную массу. Рентгенограммы эти должны считаться унісумъ. Д-ръ Ильинскій высказалъ предположеніе, что, вѣроятно, направленіе пули было касательное къ кости, и, вѣроятно, могъ ошибиться.

сверлить кость, вставить пулю и сдѣлать снимокъ; на снимкѣ непременно должна получиться тѣнь отъ канала.

Затѣмъ послѣдовали пренія по поводу доклада д-ра Кореневского. Председатель, отмѣтивъ прекращеніе нутужнаго кроваваго поноса среди нижнихъ чиновъ послѣ запрещенія пользоваться водой изъ колодца, въ которомъ были найдены палочки Shiga-Krause, спросилъ докладчика, легко-ли опредѣлять присутствіе этихъ палочекъ въ водѣ? Докладчикъ отвѣтилъ, что не легко и въ данномъ случаѣ имъ было сдѣлано до 15 поствовъ. Председатель напомнилъ относительно массовыхъ предохранительныхъ прививокъ отрицательное отношеніе къ нимъ ученаго в.-медицинскаго Комитета. Д-ръ Чаусовъ подтвердилъ, что результаты предохранительныхъ прививокъ при тифѣ и нутужномъ кровавомъ поносѣ не настолько удовлетворительны, какъ при чумѣ. Относительно-же распространенія брюшного тифа мочей онъ указалъ, что въ испраженіяхъ брюшно-тифозныхъ палочки исчезаютъ съ прекращеніемъ болѣзни, тогда какъ въ мочѣ онѣ начинаютъ появляться только съ этого момента. Поэтому назначеніе уротропина весьма цѣлесообразно, хотя при массовыхъ заболѣваніяхъ едва-ли это возможно. Докладчикъ возражалъ, что по послѣднимъ работамъ брюшно-тифозныхъ палочекъ въ испраженіяхъ встрѣчаются въ теченіи 6 недѣль и по окончаніи процесса. Д-ръ Чаусовъ заявилъ, что по вопросу о томъ, черезъ какую среду происходитъ распространеніе брюшного тифа, онъ является сторонникомъ теоріи Pettenkofer'a; зараза распространяется не водой, а почвой, примѣромъ чему можетъ служить известнымъ Мюнхенскій колодезь, который пробовали заражать громаднымъ количествомъ брюшно-тифозныхъ палочекъ, и тѣмъ не менѣе черезъ 24 часа присутствіе ихъ въ водѣ не могло быть обнаружено. Своими обеззараживающими свойствами вода обязана жизнедѣятельности простѣйшихъ. Тотъ фактъ, что въ Манчжурии холера развилась въ теченіи 2-хъ недѣль, согласуется съ работами школы Pettenkofer'a, по ученію которой развитіе бактерий въ почвѣ идетъ въ теченіи 1-й недѣли, а далѣе ослабѣваетъ—начинается оздоровленіе почвы, связанной съ обратнымъ переходомъ азотисто-кислыхъ соединеній въ азотно-кислыя. Докладчикъ замѣтилъ, что смотрѣть на воду, какъ на передатчину заразы. Д-ръ Лебедевъ указалъ, что общія профилактика противъ пыли невозможна, а потому слѣдуетъ все вниманіе обращать на частную—не оставлять колодезѣв открытыми, снабжать ихъ бадьями и т. д. Что-же касается обеззараживанія воды, то въ Нижегородской губ. съ успѣхомъ достигали этого прибавленіемъ марганцовокислаго кала. Д-ръ Демичъ указавъ на то, что тифозная эпидемія въ Манчжурии во многомъ отлична отъ нашихъ тифовъ, предложилъ начать изученіе еѣ по тому матеріалу, который скопился въ госпиталяхъ, чтобы знать, какъ поступать съ этой болѣзью въ будущемъ? Было-бы желательно, чтобы всѣ госпитали составили краткій обзоръ минувшей тифозной эпидеміи. Д-ръ Чаусовъ заявилъ, что, интересуюсь этими вопросами, онъ уже собралъ рядъ наблюденій относительно реакціи Vidal'a и возвратовъ при тифѣ. Его поразили большіе % смертности въ тѣхъ случаяхъ, когда возвратъ былъ раньше недѣли. Кроме того, имъ собранъ матеріалъ относительно осложненій тифа цынгой, при чемъ отеки при тифѣ онъ склоненъ считать цынготнаго происхожденія. Председатель замѣтилъ, что брюшной тифъ въ Манчжурии представляетъ много особенностей; прежде всего, наблюдается громадная высыпь, которая часто вводитъ врачей въ заблужденіе, заставляя ихъ принимать брюшной тифъ за сыпной. Сыпной тифъ появился у насъ только въ самое послѣднее время. Такъ, въ 31-мъ Харбинскомъ сводномъ госпиталѣ отъ сыпного тифа умерла сестра милосердія; еще 2 случая съ смертельнымъ исходомъ наблюдались въ Германскомъ лазаретѣ, при чемъ во всѣхъ упомянутыхъ случаяхъ вскрытіе подтвердило распознаваніе, поставленное при жизни. Къ сожалѣнію, источники зараженія въ этихъ случаяхъ остались совершенно невыясненными. Отмѣтивъ фактъ существованія въ Харбинѣ сыпного тифа, председатель просилъ врачей обратить особое вниманіе на всѣ заразные заболѣванія.

Л. Абрамовъ.

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФІЯ.

Д-ръ Н. Баженовъ. Психологія казнимыхъ (Изъ «Сборника противъ смертной казни»). Ц. 15 к.

Небольшой этюдъ д-ра Н. Н. Баженова богатъ мыслями, иллюстрированъ многочисленными фактами и оригиналенъ по идѣ. Если вообще требуется какое-либо научное обоснованіе нашему возмущенію противъ смертной казни, то въ брошюрѣ Н. Н. Баженова, несомнѣнно, его можно найти и очень солидное. Основная мысль автора сводится къ тому, что смертная казнь убійцѣ не есть простое воздаяніе смертью за смерть, какъ думаютъ или говорятъ мудрые администраторы; въ смертной казни заключается нѣчто гораздо большее, чѣмъ простое отнятіе жизни—а именно еще и «опустошеніе души человѣка мрачными и безвыходными отчаяніемъ» впродолженіе дней и недѣль, предшествующихъ казни. Тяжесть наступающей смерти вообще ощущается людьми крайне различно въ зависимости отъ многихъ причинъ. Дѣти обыкновенно не сознаютъ близости смерти и умираютъ безъ душевныхъ страданій. Легко умираютъ старики, у которыхъ жизнь уже давно потеряла всякую цѣль и интересъ. Молодые люди, напротивъ, часто умираютъ, сознавая близость смерти, и въ этомъ случаѣ смерть является для нихъ не освобожденіемъ, а новымъ испытаніемъ. Въ этомъ случаѣ смерть является для нихъ не освобожденіемъ, а новымъ испытаніемъ. Въ этомъ случаѣ смерть является для нихъ не освобожденіемъ, а новымъ испытаніемъ.

въ молодые годы; но и здѣсь очень часто предшествующая болѣзнь облегчаетъ ожиданіе конца. Нѣкоторые болѣзни вызываютъ, вѣроятно, путемъ отравленія—особое состояніе душевнаго благополучія, которое возрастаетъ по мѣрѣ приближенія смерти. Сюда относится общезвѣстный фактъ хорошаго самочувствія умирающихъ отъ чахотки. Легка, конечно, и внезапная смерть. Въ тѣхъ случаяхъ неожиданно наступающей смертельной опасности, когда сознание сохраняется нѣсколько секундъ или минутъ, оно, вопреки ожиданіямъ, меньше всего занято ужасомъ предстоящаго конца. Многочисленныя наблюденія, приводимыя Н. Н. Баженовымъ, показываютъ, что въ подобныхъ случаяхъ чаще всего испытывается ощущеніе физическаго благо-состоянія, объясняемое шокомъ.

Со всѣми этими категориями смерти совершенно не сравнима смерть на эшафотѣ. Ужасъ холоднаго отчаянія, наполняющаго душу приговореннаго къ смерти, не знаетъ себѣ равнаго въ человѣческой психологіи. Достаточно прочесть приводимыя авторомъ страницы изъ Достоевскаго, В. Гюго, Оскара Уайльда, чтобы содрогнуться отъ одной только мысли о душевныхъ мукахъ человѣка, ждущаго казни. Эти муки могутъ найти себѣ нѣкоторую аналогію только въ душевномъ состояніи психически больныхъ, напр. тяжелыхъ меланхоликовъ. Авт. поэтому вполне правъ, когда говоритъ, что смертный приговоръ есть преступный опытъ, вызывающій искусственно у человѣка тяжелую душевную болѣзнь. Чѣмъ это отличается отъ прививки сифилиса или проказы преступникамъ? Можно-ли послѣ этого сказать, что смертная казнь есть простое воздаяніе смертью за смерть? Нѣтъ; убійца убивается только послѣ долгой и ужасной душевной пытки, которой его собственная жертва не испытала.

Брошюру Н. Н. Баженова слѣдуетъ прочесть всякому мыслящему человѣку; но строго слѣдуетъ обратить на нее вниманіе тѣхъ врачей, которые такъ или иначе прикосновенны къ смертной казни. Не секретъ, что каждый смертный приговоръ приводится въ исполненіе въ присутствіи врача. По истинѣ непостижимо, какъ можетъ врачъ присутствовать при этомъ позорномъ дѣлѣ, не чувствуя себя предателемъ передъ своей наукой и передъ своей врачебной честию. «Психологія казненныхъ» никому не можетъ быть такъ понятна, какъ врачамъ; казнимъ-же образомъ ихъ собственная психологія позволяетъ имъ обогрѣть свои руки въ крови? Н. Видорчикъ.

Изъ Института Pasteur'a при больницѣ имени Императора Александра III въ Москвѣ. Изшенство. Составилъ д-ръ мед. К. А. Бари.—Ц. 25 коп. Москва, 1906 г.

По свидѣтельству автора, во всѣхъ Институтахъ Pasteur'a часто приходится отказывать въ леченіи, въ виду его ненужности, приѣзжающимъ лечиться даже по совѣту врачей, не говоря уже о прислаемыхъ, помимо врача, среднимъ медицинскимъ и ветеринарнымъ персоналомъ, а также во медицинскими служащими земства и чинами полиціи. На одной только станціи Pasteur'a въ Москвѣ въ книгу отказовъ ежегодно заносится до 400 случаевъ (на 3500 обращеній за совѣтомъ), когда не было основанія лечитъ обращающихся прививками. Чтобы одѣлать этотъ фактъ, нужно вспомнить, что большинство укушенныхъ приѣзжаютъ изъ дальнихъ губерній и деревень, чаще всего (по новымъ правиламъ) съ провожатыми, и все это за счетъ земствъ или учрежденій другихъ ведомствъ (военнаго, путей сообщенія и т. п.). Съ другой стороны, въ Институты доходятъ свѣдѣнія и о такихъ случаяхъ, гдѣ пострадавшимъ отъ укушенія не было предложено воспользоваться прививками по способу Pasteur'a, когда было на то прямое указаніе. Помочь избѣжать такихъ ошибокъ и было цѣлью автора при изданіи названной выше брошюры. Руководясь главнымъ образомъ монографіей Будапештскаго проф. Högyes'a («Lysa» von prof. Dr. A. Högyes in Budapest. Wien 1897) и собственными наблюденіями, д-ръ Бари предлагаетъ краткій очеркъ ученія о водобоязни и въ 26 заключительныхъ положеніяхъ даетъ обстоятельные отвѣты на всѣ вопросы, возникающіе въ случаяхъ, когда приходится рѣшать, подлежитъ или нѣтъ пострадавшій леченію въ Pasteur'овскомъ Институтѣ? При необходимости обыкновенно спѣшности такого рѣшенія маленькая (въ 32 стр.) брошюра д-ра Бари вполне удовлетворитъ потребность быстро освѣжить въ своей памяти необходимыя для этого рѣшенія данныя. Л. Лавровская.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦИЮ.

CLXXIX. М. Г.! Въ № 31 «Русскаго Врача» помѣщено письмо д-ра В. Бинитюка подъ заглавіемъ «Какъ относится главное в.-медицинское Управленіе къ врачамъ запаса, призваннымъ на службу во время русско-японской войны?», въ которомъ говорится, что автору и другимъ врачамъ отказано въ выдачѣ жалованья за время переѣзда съ Дальняго Востока по случаю увольненія въ запасъ и что отказъ этотъ представляется не только несправедливымъ, но и болѣе, чѣмъ страннымъ, такъ какъ одному врачу жалованье было выдано.

Заявленіе это не отвѣчаетъ истинному положенію дѣла: ни врачу Бинитюку, ни другимъ врачамъ, возвратившимся съ Дальняго Востока, главнымъ в.-медицинскимъ Управленіемъ не было отказываемо въ выдачѣ жалованья, а напротивъ, по собраніи всѣхъ требовавшихся по этому вопросу матеріаловъ, дѣло объ удовлетвореніи врачей запаса содержаніемъ представлено на рѣшеніе высшей инстанціи. Что касается ссылки на выдачу содержанія одному врачу, также бывшему на Дальнемъ Востокѣ, то этотъ случай имѣлъ свои особые основанія.

Главное в.-медицинское Управленіе всегда готово идти на встрѣчу удовлетворенію интересовъ врачей запаса, и двери его всегда широко открыты для всякихъ справокъ.

По порученію главнаго в.-медицинскаго Инспектора, прошу Васъ не отказать помѣстить вышеприведенное разъясненіе \*).

Помощникъ начальника главнаго в.-медицинскаго Управленія В. Бистровъ.

Петербургъ. 7-го сентября 1906 г.

CLXXX. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Въ № 24 «Русскаго Врача» отъ 17-го іюня этого года помѣщено было письмо 8 профессоровъ медицинскаго факультета Одесскаго Университета (изъ бывшей группы 11) по поводу опубликованнаго 2-й группой академическаго Союза адреса декану медицинскаго факультета А. К. Медведеву. Въ письмѣ этомъ 8 профессоровъ заявляютъ, что приводимые въ адресѣ факты или извращены, или неправильно освѣщены и излагаютъ обстоятельства дѣла со своей точки зрѣнія. По ихъ словамъ, проф. Медведевъ нарушалъ законныя права автономной факультетской коллегіи, ассистенты проф. Щеголева д-ра Липина и Кадыробова, во время октябрьскаго погрома поклялись клинику съ болѣе чѣмъ 100 тяжело ранеными больными изъ-за личныхъ счетовъ съ проф. Щеголевымъ, а лица, подписавшія адресъ\*\*), выступили съ обвиненіями противъ 11 профессоровъ безъ достаточнаго знанія дѣла и безъ малѣйшихъ основаній.

Ознакомившись въ засѣданіи 30/ви съ письмомъ профессоровъ и не найдя въ немъ никакихъ данныхъ для того, чтобы измѣнить изложенную въ адресѣ оцѣнку событій, имѣвшихъ мѣсто въ жизни медицинскаго факультета Одесскаго Университета, 2-ая группа академическаго Союза поручила Бюро, во избежаніе могущихъ возникнуть недоразумѣній, одѣлать соответствующее разъясненіе въ печати.

Исполняя это порученіе, Бюро считаетъ необходимымъ указать на слѣдующее: всѣ приведенныя въ письмѣ профессоровъ обвиненія противъ декана А. К. Медведева и нашихъ товарищей Липина и Кадыробова, а равно и многія другія были представителями 11 профессоровъ изложены въ засѣданіяхъ Совѣта Университета. Совѣтъ посвящалъ разсмотрѣнію впрямую засѣданій и въ результатѣ постановилъ: признать дѣйствія декана А. К. Медведева юридически и этически правильными и выразить ему довѣріе; для выясненія же столкновенія между проф. Щеголевымъ и его ассистентами избралъ Комиссію изъ профессоровъ. Для всякаго ясно, что подобнаго рѣшенія не могло бы быть, если бы обвиненія, выдвинутыя противъ декана факультета и противъ нашихъ товарищей, были справедливы. Очевидно, освѣщеніе фактовъ, данное представителями группы 11, не отвѣчаетъ дѣйствительности, и, если мы не считаемъ нужнымъ опровергать приводимыя ими въ своемъ письмѣ указанія, то только потому, что фактическая сторона дѣла будетъ достаточно освѣщена подлежащими опубликованію протоколами засѣданій Совѣта.

Что же касается нашей освѣдомленности, то мы утверждаемъ, что она вполне достаточна для правильной оцѣнки дѣла, ибо всѣ обстоятельства его совершались на нашихъ глазахъ, а о томъ, что происходило на засѣданіяхъ Совѣта, мы имѣли подробныя свѣдѣнія отъ нашихъ представителей, которые, съ разрѣшенія Совѣта, присутствуютъ на его засѣданіяхъ и удаленія которыхъ изъ этихъ засѣданій требовалъ, между прочимъ, проф. Головинъ. Помимо этого, нельзя упускать изъ виду, что продолжительная совместная дѣятельность при Университетѣ даетъ достаточно матеріала, чтобы составить определенное и при томъ фактически обоснованное мнѣніе о каждомъ изъ членовъ профессорской или преподавательской коллегіи.

Бюро 2-ой группы Одесскаго Отдѣленія академическаго Союза.

Одесса. 2-го сентября 1906 г.

CLXXXI. М. Г.! Не откажите огласить слѣдующее извлеченіе изъ протокола экстреннаго засѣданія Кубанскаго медицинскаго Общества, 28-го августа.

Собраніе созвано было по случаю ареста администраціей члена

\*) Къ сожалѣнію, уважаемый представитель главнаго в.-медицинскаго Управленія обходитъ молчаніемъ въ своемъ разъясненіи 2 существенныхъ пункта въ заявленіи товарища Бинитюка: 1) исторію продолжавшейся съ нимъ въ Управленіи, по истинѣ возмутительной, волокиты и 2) причину допущеннаго Управленіемъ въ такомъ дѣлѣ исключенія; разъяснить ту и другую, въ особенности послѣднюю, намъ кажется, было бы въ интересахъ не одного лишь д-ра Бинитюка.—Ред.

\*\*) Адресъ былъ подписанъ присутствовавшими въ Одессѣ 55 членами кружка, т. е. значительнымъ большинствомъ младшихъ преподавателей Одесскаго Университета.



Общества д-ра А. М. Городецкаго за «вмѣшательство въ дѣйствія полиціи».

Собравшіеся изъ устъ самого арестованнаго узнали «вину» его, повлекшую за собой арестъ на 7 сутокъ. Во время столкновений 6-го августа народа съ казаками на улицахъ города, д-ръ Городецкій, увидѣвъ одного избитаго, сильно окровавленнаго и кровоточащаго, заявилъ бывшей съ раненымъ полиціи, что онъ Городецкій—врачъ и обязанъ оказывать раненому помощь, взявъ его на фаянтъ и увезъ въ городскую больницу.

Исполненіе своего долга врачомъ въ данномъ случаѣ квалифицировалось, какъ «вмѣшательство въ дѣйствія полиціи», за что виновный долженъ понести жару—7 сутокъ тюремнаго заключенія \*). По невыясненнымъ причинамъ, А. М. Городецкій, пробывъ въ тюрьмѣ 5—6 час., былъ, по распоряженію администраціи, выпущенъ на свободу.

Единогласно была вынесена слѣдующая резолюція.

1) Выразить товарищу А. М. Городецкому свое полное сочувствіе и солидарность Общества, заявивъ, что при подобныхъ обстоятельствахъ каждый изъ насъ долженъ поступать такимъ же образомъ.

2) Постановленіе администраціи объ арестѣ, основанное исключительно на показаніяхъ чиновъ полиціи, безъ всякаго опроса обвиняемаго, считать грубымъ произволомъ и насиліемъ надъ личностью врача.

Председатель Общества А. Новицкій. Секретарь Соловьевъ.

Екатеринодаръ. 2-го сентября 1906 г.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1656. Деканъ медицинскаго факультета Харьковскаго Университета проф. Л. В. Орловъ подалъ рапортъ *объ увольненіи его отъ этой должности*. Исполненіе обязанностей декана поручено проф. А. Х. Кузнецову («Харьковскія Вѣдомости», 3 сентября).

1657. Какъ передаетъ «Новое Обозрѣніе» (31 августа), въ заведеніи Одесскаго Отдѣла академическаго Союза постановлено, чтобы проф. Е. М. Медведевъ и К. М. Сапжко *приняли участіе въ медицинской испытательной Комиссіи*, согласно приглашенію председателя ея, проф. С. В. Левашева.

1658. Предстоящее осенью текущаго года открытіе при Высшихъ Женскихъ Курсахъ въ Москвѣ медицинскаго факультета выдвинуло вопросъ о предоставленіи городскихъ больницъ въ распоряженіе новаго факультета и взаимоотношеніи этихъ учреждений—вопросъ, практически очень важный, какъ показалъ опытъ Женскаго Медицинскаго Института въ Петербургѣ. Ч. пр. М. А. Членовъ въ обширной статьѣ, напечатанной въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (1 сентября)—«*Женскій медицинскій факультетъ въ Москвѣ и городская медицина*»—сообщаетъ, что вопросъ этотъ рассматривался уже нѣсколько разъ (въ Комиссіи изъ профессоровъ и главныхъ врачей въ городскомъ врачебномъ Совѣтѣ, въ Собраніи врачей Сокольничьяго района и, наконецъ, въ соединенной Комиссіи Высшихъ Женскихъ Курсовъ и городского врачебнаго Совѣта), но опредѣленнаго рѣшенія по нему еще не состоялось, и городской врачебный Совѣтъ постановилъ отложить его до представленія учредителями факультета подробнаго плана клиникъ и клиническаго преподаванія, а также распределенія по больницамъ клиникъ, лабораторій и аудиторій. Д-ръ Членовъ останавливается въ своей статьѣ, какъ на болѣе интересныхъ, на 2-хъ изъ этихъ проектовъ: проектъ врачей Сокольничьяго района, рисующемъ отношеніе самихъ городскихъ врачей къ новому дѣлу, и проектъ, выработанный недавно соединенной Комиссіей Высшихъ Женскихъ Курсовъ и городского врачебнаго Совѣта. Оба эти проекта высказываются за устройство клиническихъ отдѣленій въ городскихъ больницахъ; оба они обуславливаютъ, далѣе, полную академическую самостоятельность за клиническими преподавателями, при чемъ въ клиническомъ преподаваніи долженъ, по возможности, приниматься участіе врачебный персоналъ больницъ, и всецѣло подчиняются отдѣленія Конференціямъ больницъ въ хозяйственномъ и административномъ отношеніяхъ; но въ тоже время оба проекта представляютъ въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ весьма существенныя различія. Такъ, 2-ой проектъ, по разъясненію М. А. Членова, и въ его теперешнемъ, значительно видоизмѣненномъ сравнительно съ первоначальнымъ «академическимъ проектомъ», видъ, придаетъ постановкѣ дѣла всецѣло академическій характеръ: клинические преподаватели выбираютъ для своихъ отдѣленій больныхъ изъ амбулаторныхъ больныхъ, для чего участвуютъ въ пріемѣ; съ наступленіемъ вакаціоннаго времени клиническія отдѣленія переходятъ въ вѣдѣніе больничной администраціи; клиническіе преподаватели избираются, по возможности, изъ врачей больницъ, которые должны удовлетворять требованіямъ устава; ихъ ассистенты избираются факультетомъ преимущественно изъ врачей больницъ. 1-ый же проектъ выдвигаетъ на первый планъ больничные интересы; клиническія отдѣленія заполняются на общихъ основаніяхъ; профессора и преподаватели, *состоящіе на городской службѣ*

(курсивъ нашъ. Ред.), несутъ всѣ обязанности, связанныя съ ихъ службой въ городскихъ больницахъ; ассистенты проходятъ чрезъ Конференціи больницъ; клиническія отдѣленія работаютъ и лѣтомъ, при чемъ заведуются клиническими персоналомъ; въ составѣ факультета входятъ главный врачъ и еще одинъ представитель, избираемый Конференціей, и эти-же представители должны быть приглашены для выработки устава Курсовъ; преподаватели избираются по конкурсу, при чемъ требованіе степени доктора медицины необязательно. Усматривая въ указанныхъ разногласіяхъ обоихъ проектовъ серьезныя причины для недоразумѣній, д-ръ Членовъ, признавая въ общемъ законность большинства изъ положеній городскихъ врачей, пытается склонить послѣднихъ на уступки по нѣкоторымъ пунктамъ: «...намъ кажется все-же», говоритъ онъ, «что свободное академическое дѣло должно быть, по возможности, избавлено отъ всякихъ стѣсненій и регистрацій, и вѣдь-ли можно, напр., согласиться, въ интересахъ дѣла, съ тѣмъ, чтобы профессора и преподаватели, состоящіе на городской службѣ, несли всѣ обычныя больничныя обязанности (напр., дежурства и т. д.), которые отвлекали бы ихъ отъ ихъ прямого научнаго дѣла, и не имѣли-бы права на лѣтнія вакаціи, связанныя съ научными побужденіями и т. д.»—Намъ кажется, что М. А. Членовъ не вполне оцѣнилъ положеніе городскихъ больничныхъ врачей; иначе онъ не предложилъ бы имъ дежурить, а лѣтомъ и исполнять всю больничную работу за *состоящими на городской службѣ профессорами и преподавателями*. Вѣдь, они говорятъ только о таковыхъ, совмещающихъ 2 отдѣльно оплачиваемыя должности, при чемъ занятіе этими преподавателями штатныхъ мѣстъ по городской службѣ, въ случаѣ освобожденія ихъ отъ обязанностей по этой службѣ, можетъ, при предлагаемомъ обоими проектами преимущественномъ избраніи преподавателей изъ числа больничныхъ городскихъ врачей, свести число несущихъ исключительно больничную работу врачей на такую ничтожную цифру, что послѣднимъ придется дежурить постоянно и никогда не имѣть отпусковъ. Мы вполне согласны и съ авторами разсматривавшихся проектовъ, и съ М. А. Членовымъ, что привлеченіе больничныхъ врачей къ преподавательской дѣятельности желательно; но, разъ избранные сохраняютъ за собой содержаніе по городской службѣ, они должны нести и обязанности по этой службѣ, пользуясь отпусками на общемъ основаніи со всеми состоящими на городской службѣ, обычно заведенными работой и плохо обеспеченными товарищами. Если, согласно пожеланію проекта городскихъ врачей и М. А. Членова, въ разработкѣ вопросовъ, связанныхъ съ самой организаціей новаго факультета, своевременно примутъ участіе не только учредители Курсовъ и городской врачебный Совѣтъ, но и представители Конференцій тѣхъ больницъ, гдѣ будутъ основаны факультетскія отдѣленія, то, надо надѣяться, возможность всякихъ недоразумѣній будетъ устранена.

1659. Какъ сообщаетъ «Волжскій Курьеръ» (27 августа), на 1-мъ курсѣ медицинскаго факультета Казанскаго Университета имѣется *10 свободныхъ вакансій для женщинъ*.

1660. Въ В.-Медицинской Академіи учреждается *стипендія имени умершаго проф. Н. И. Быстрова*. Деньги собираются по подпискѣ («Биржевыя Вѣдомости», 18 сентября).

1661. Умершій д-ръ Л. Г. Манцевичъ завѣщалъ *50000 р. на учрежденіе стипендій*, изъ коихъ 1000 р. передалъ въ распоряженіе медицинскаго факультета Варшавскаго Университета на стипендію для преуспѣвающаго студента-медика (Przegląd lekarski, 15 сентября).

1662. «Рѣчи» (7 сентября) сообщаютъ изъ Москвы, что Московское студенчество въ настоящее время вырабатываетъ программу *Всероссійскаго Союза представителей студенчества*, который предполагается созвать въ будущемъ октябрѣ въ Петербургѣ.

1663. Какъ сообщаетъ «Рѣчь» (6 сентября), *Комитетъ к.-д. группы студентовъ В.-Медицинской Академіи* постановилъ выступать официально, какъ организація, во всѣхъ студенческихъ дѣлахъ, для чего и выработалъ особую декларацию, которая была прочитана 5-го сентября представителями Комитета на 1-мъ общеакадемическомъ Собраніи студентовъ. Въ декларации напомнимъ о томъ исключительномъ положеніи, въ какое поставлена Академія въ ряду другихъ высшихъ учебныхъ заведеній. Автономныя начала, на которыхъ построена теперь жизнь русскаго университета, не нашли прижизненія въ Академіи. Студенты ея лишены самыхъ элементарныхъ правъ студенческаго самоуправленія. Во главѣ Академіи стоитъ Конференція, открыто игнорирующая желанія студентовъ. Студенческая читальня, ссудо-сберегательная касса и пр. чисто студенческія учрежденія находятся подъ контролемъ штабъ-офицеровъ. Студенты, по словамъ декларации, должны проводить принципы автономіи въ Академіи явочнымъ порядкомъ, руководясь постановленіями прошлагоднихъ Сходокъ.

1664. По словамъ «Рѣчи» (5 сентября), въ В.-Медицинской Академіи начинаются уже *недоразумѣнія между начальствующими лицами и учащимися*. «Первыя, ссылаясь на начальника Академіи, указываютъ на то, что все о-талось по старому и что объ автономіи въ «военномъ» заведеніи и рѣчи быть не можетъ. На почвѣ недоразумѣній возникаютъ столкновенія студентовъ съ штабъ-офицерами. Послѣдніе, вопреки установившейся традиціи, сняли всѣ объявленія, вывѣшенныя студенческими Бюро о предстоящей Сходкѣ и членами столовой Комиссіи объ открытіи столовой. Произошло это потому, что объявленія не были предъявлены для подписанія штабъ-офицерами. Кромѣ того, штабъ-офицеры предложили студентамъ не входить въ сту-

\*) Гор. Екатеринодаръ на положеніи усиленной охраны. При-  
дѣлано 22. 01

денческую столовую посторонних лиц; для ограждения от них столовой начальство собирается вводить «строгий мѣръ». Недоразумѣнія коснулись также и студенческой формы, за несоблюдение которой учащими начали дѣлать выговоры. Для усиления надзора за студентами, въ этомъ году увеличено число штабъ-офицеровъ, которыхъ теперь 10 чел..

1665. По словамъ агентскихъ телеграммъ (отъ 6-го сентября), общее число студентовъ Московскаго Университета достигаетъ 8940 чел., изъ коихъ на медицинскомъ факультетѣ—1986 чел. Факультетъ этотъ по численности занимаетъ 2-ое мѣсто; 1-ое принадлежитъ факультету юридическому (3215 чел.). Дальнѣйшій пріемъ слушателей въ Университетъ окончательно прекращенъ.

1666. «Рѣчи» (10 сентября) телеграфируютъ изъ Кіева: «Ректоръ Цитовичъ объявилъ, что студенты будутъ допускаться въ Университетъ только по билетамъ, какъ это было при Плеве. Надзоръ за студентами снова порученъ инспекціи, за которой постановленіемъ Совѣта профессоровъ въ прошломъ году были оставлены только канцелярскія функціи».

1667. «Рѣчь» (9 сентября) сообщаетъ, что получившія на Рождественскихъ Курсахъ въ Петербургѣ званіе лѣкарскихъ помощницъ ходатайствуютъ о пріемѣ ихъ на 4-ый курсъ Женскаго Медицинскаго Института съ предварительнымъ повѣрчивымъ испытаніемъ по тѣмъ предметамъ, которые на Курсахъ не читались. Ходатайство это поддерживаютъ директоръ Курсовъ ч. пр. Г. Ю. Явейнъ и директоръ Института проф. С. С. Салазкинъ.

1668. Въ «Рѣчи» (6 сентября) напечатано: «Студенты Дерптскаго Ветеринарнаго Института, собравшіеся на Сходку, 3-го сентября 1906 г., въ числѣ 73 чел., послѣ обсуждения, единогласно постановили: 1) Призывая необходимымъ, по соображеніямъ какъ политическаго, такъ и академическаго характера, возможно скорѣе открытіе высшихъ учебныхъ заведеній—возобновитъ занятія въ Институтѣ, не ожидая заповѣданныхъ товарищей; и, 2) предоставляя будущей общекурсовой Сходкѣ, при законномъ ея составѣ, право перерѣшенія вопроса,—напечатаніемъ настоящей резолюціи въ газетахъ и письмами обратиться къ товарищамъ съ просьбой постыпиться своими пріяздмъ въ Дерптъ».

1669. По словамъ агентскихъ телеграммъ (отъ 3-го сентября), Одесскимъ военнымъ судомъ вручены обвинительные акты 13 лицамъ, въ томъ числѣ д-ру Я. Б. Левинскому. Обвиненіе предъявляется въ участіи въ сообществѣ подъ названіемъ «Военная организація при Одесскомъ объединенномъ Комитетѣ Россійской социаль-демократической рабочей партіи», поставившемъ цѣлью низверженіе существующаго общественнаго строя.

1670. Въ Нарымѣ, какъ пишутъ «Товарищу» (10 сентября), уволенъ со службы «за неблагонадежность» д-ръ Любимовъ. Многоуважаемый Н. П., какъ значится въ «Россійскомъ Медицинскомъ Спискѣ» за 1906 г., занималъ въ Нарымѣ (Томской губ.) мѣсто участковаго врача.

1671. «Рѣчи» (5 сентября) сообщаютъ изъ Кіева, что одно арестованнаго въ Умані бывшаго члена Государственной Думы д-ра С. Р. Френкеля назначено къ слушанію на 12-ое сентября. Его обвиняютъ въ распространеніи среди крестьянъ легальныя брошюры Платонова.—«Какъ начала работать Государственная Дума?» Обвиненіе предъявлено по ст. 129. Обвинителемъ выступаетъ Уманскій исправникъ, «котораго С. Р. разоблачалъ». Здоровье С. Р., по словамъ той-же газеты (8 сентября), внушаетъ серьезныя опасенія: у него опредѣленъ плеиритъ на почвѣ бургорчатки.

1672. Въ «Товарищѣ» (10 сентября) напечатано слѣдующее письмо «жи Ю. Безродной» подъ заглавіемъ:—«Съ міру по ниткѣ»: «Судя по газетнымъ извѣстіямъ, правительство, повидимому, серьезно озабочено мыслію «колонизировать» Нарымскій край. Административные ссылки отправляются туда по этапу сотнями. Огромное большинство ихъ—люди безъ всякихъ средствъ, и многие тамъ буквально голодаютъ. Но, какъ ни тяжела нужда матеріальной необеспеченности, еще острѣе чувствуется потребность въ чтеніи, а нѣтъ ни книгъ, ни газетъ, ни журналовъ. Помощь этому дѣлу такъ легко. Немного вниманія,—и въ далекомъ Нарымѣ, съ міру по ниткѣ, можетъ вырасти общественная бібліотека. Съ небольшимъ кружкомъ сочувствующихъ мы организуемъ пересылку книгъ, газетъ и журналовъ въ Нарымскій край. Желających помочь въ этомъ маленькомъ дѣлѣ просимъ прислать свои пожертвованія по слѣдующему адресу: Петербургъ, Большая Подъячская, д. 18, кв. 23, Юлія Ивановнѣ Безродной, или же чрезъ редакціи тѣхъ газетъ, которыя не откажутъ намъ въ своемъ содѣйствіи».

1673. Слѣды врачей Архангельской губ., предполагавшіяся въ текущемъ году, какъ передаетъ газета «Сегодня» (9 сентября), Министерствомъ внутреннихъ дѣлъ не разрѣшенъ «изъ опасенія, что оны приметь характеръ политическаго митинга».

1674. Какъ сообщаетъ «Рѣчь» (8 сентября), въ Москвѣ получено извѣстіе, что изъ ссыльно-политическихъ врачей въ Тобольскую губ. 13 земскихъ врачей, въ томъ числѣ нѣсколько Московскихъ, приняты на государственную службу и заняли должности сельскихъ врачей. Медицинскую часть они организовали по земскимъ образцамъ, и теперь въ этомъ отношеніи Тобольская губ. занимаетъ въ Сибири 1-ое мѣсто.

1675. Въ с. Самарово сельскимъ врачомъ назначенъ И. О. Фруминъ, административно высланный въ Тобольскую губ. («Сибирскій Листокъ», 24 августа).

1676. «Рѣчи» (9 января) телеграфируютъ изъ Житомира, что положеніе политическихъ въ мѣстной тюрьмѣ ужасное. Въ одну

изъ общихъ камеръ, напр., посадили психически-больного, который буйствуетъ и бросается на товарищей по заключенію. Заключенные требуютъ удаленія больного; въ противномъ случаѣ грозятъ забастовкой».

1677. Въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (1-го сентября) помѣщено слѣдующее письмо Правленія Харьковскаго медицинскаго Общества: «Съ нѣкоторыхъ поръ на имя учрежденій Харьковскаго медицинскаго Общества и въ томъ числѣ больницы Общества имени Довицъ-Захаржевскаго стала присылаться въ нѣсколькихъ экземплярахъ газета «Россія». Правленіе медицинскаго Общества въ отношеніи отъ 21-го іюля с. г. за № 1307 обратилось къ редактору этой газеты съ просьбой прекратить ея высылку, мотивируя это тѣмъ, что Правленіе никогда этой газеты не выписывало и выписывать ее, въ виду ея направленія, не желаетъ. Не смотря на такой формальный отказъ, администрація газеты съ поразительной настойчивостью продолжаетъ высылать ее. Въ виду такой удивительной назойливости позволю при посредствѣ Вашей уважаемой газеты публично обратиться къ администраціи указаннаго органа съ категорическимъ заявленіемъ, что такой органъ, какъ «Россія», Правленіе Харьковскаго медицинскаго Общества получать не желаетъ даже и бесплатно. Предсѣдатель М. Свѣтушкинъ. Секретарь Сергеевскій».

1678. «Новое Обозрѣніе» (5 сентября) сообщаетъ, что избраные на послѣднемъ Съѣздѣ земскихъ врачей штатные врачи при Одесскомъ Земствѣ до сихъ поръ еще Херсонскимъ губернаторомъ не утверждены и къ исполненію своихъ обязанностей не приступили; между тѣмъ развивающаяся въ уѣздѣ эпидемія требуютъ все большей и большей подачи медицинской помощи. Одесская земская Управа обратилась къ губернатору съ ходатайствомъ, въ которомъ проситъ его послѣдить утвержденіемъ списка 8 врачей, назначенныхъ ею завѣдывать нѣкоторыми земскими участками въ Одесскомъ уѣздѣ.—Опять все то же!

1679. «Страна» (9 сентября) передаетъ, что 24-го августа въ земскую грязелѣчебницу въ Сакахъ, переполненную больными, явился приставъ съ ингушами и безъ предупрежденія больничной администраціи и врачей лѣчебницы произвелъ обыскъ и арестовалъ больного Берсенева. Ингушами были обысканы и перерыты земскіе бараки, важное зданіе; искали нелегальную литературу. Протесты старшаго врача больницы и остальнаго врачебнаго персонала вызвали со стороны пристава цѣлый рядъ грубостей и предупрежденіе, что оны употребятъ силу.

1680. Штатъ санитарныхъ врачей Харьковскаго губернскаго Земства, уменьшенный по постановленію земскаго Соборанія съ 11 на 3, былъ пополненъ Управомъ, какъ сообщаетъ «Врачебно-санитарная Хроника Харьковской губ.» (№ 6), приглашеніемъ только-что отчисленнаго за штатъ бывшаго санитарнаго врача Н. В. Щербина, при чемъ Управа предложила завѣдующему Бюро выбрать себѣ изъ оставленныхъ санитарныхъ врачей товарища по Бюро. Завѣдующій Бюро представилъ въ Управу возраженія противъ такой комбинаціи. Управа назначила Н. В. Щербину исполняющимъ должность помощника завѣдующаго санитарнымъ Бюро.

1681. Намъ получены «Протоколы засѣданій Общества Бѣлгородскихъ врачей 1904/5 г.», свидѣтельствующіе о весьма живой дѣятельности Общества въ отчетномъ году. Правленіе его въ своемъ отчетѣ удостовѣряетъ, что научно-практическая дѣятельность Общества въ этомъ году была наиболее плодотворной изъ всѣхъ 5 лѣтъ его существованія. Въ составѣ Общества числились: 1 почетный членъ, 20 действительныхъ, 15 корреспондентовъ и 5 сореволюционеров. Всѣхъ засѣданій было 10, на которыхъ сдѣлано 15 слѣдующихъ докладовъ: 1) Обзоръ эпидемическихъ заболеванийъ по городу и уѣзду за 1904 г.—Правленію Общества; 2) Осенняя работа на свекловичныхъ плантаціяхъ, какъ одна изъ главныхъ причинъ возникновенія брюшнаго тифа въ Масловскомъ уѣздѣ, и дальнѣйшее его развитіе въ эпидемію—Ф. Г. Гойера; 3) 2 случая дупленогорбья—Б. Ф. Хомичева; 4) Къ казуистикѣ гнилокровія—его же; 5) Рѣдкое осложненіе при экстракціи старческой катарракты—Г. Н. Байчера; 6) Ламонно-кислая мѣда при нѣкоторыхъ глазныхъ заболеванияхъ—А. Г. Кротова; 7) Примѣненіе смеси ихтиола (50%), воды и глицерина при корнѣ, оспѣ и скарлатинѣ;—15 наблюдений—П. И. Костенко; 8) Опытъ санитарнаго медицинскаго обзора школъ 1-го медицинскаго участка Бѣлгородскаго уѣзда въ 1904 г.—Н. А. Слатина; 9) Очеркъ санитарнаго состоянія Бѣлгородской женской гимназіи съ 1900 по 1905 г.—А. А. Федосизинъ; 10) Самопожизненіе или повѣшеніе посторонней рукой?—Н. К. Середенко; 11) О лучахъ Roentgen'a—В. П. Ильинскаго; 12) Различные способы освѣщенія жилыхъ помѣщеній и влияние ихъ на порчу воздуха—его же; 13) Примѣненіе лучей Roentgen'a для цѣлей медицины—П. И. Костенко; 14) О 10-лѣтней дѣятельности бактериологическаго Института Харьковскаго медицинскаго Общества—его же; 15) О Бѣлгородскомъ общественномъ скотобойномъ заводѣ—А. П. Бочарова. Благодаря докладу по эпидемиологіи и общественной гигиенѣ, Общество отчасти выяснило санитарное неблагополучіе города и уѣзда, что вызвало соответствующія постановленія, съ которыми Правленіе и обратилось къ мѣстнымъ общественнымъ учрежденіямъ. Докладъ ветеринарнаго врача А. П. Бочарова далъ поводъ Обществу просить городского врача А. И. Крайнова войти въ городское Управленіе съ предложеніемъ мѣръ, необходимыхъ для санитарныхъ улучшеній убоа скота на городскихъ бойняхъ. Общество улучшило статистику эпидемическихъ заболеванийъ въ городѣ, и въ концѣ года Правленіе, разработавъ собранный по городу и уѣзду статистическій матеріалъ, точно выяснило причины развитія брюшнаго тифа и намѣтило мѣры къ предотвра-

шению его. Д-ръ Ф. Г. Гойеръ въ своемъ докладѣ фактами подтвердилъ выводы Правленія, познакомивъ Общество съ бытовыми условиями рабочихъ на свекловичныхъ плантацияхъ. Эти доклады тоже вызвали соответствующія постановления Общества, и чрезъ Правленіе оно обратилось въ мѣстную земскую Управу для проведения въ жизнь выработанныхъ мѣропріятій. Докладъ д-ра Н. А. Слатина по школьной гигиенѣ въ его участіи ярко освѣтилъ недостатки школы, какъ помѣщенія, при устройствѣ котораго не принималось во вниманіе выработанныхъ школьных нормъ свѣта, воздуха, мебели и пр.; такъ какъ по другимъ участкамъ уѣзда докладовъ по затронутому вопросу пока не было, то Общество не рѣшилось сдѣлать общихъ выводовъ и указать Земству на замѣчанные недостатки (? Ред.). Докладъ д-ра А. А. Федосимовой о санитарномъ состояніи помѣщеній женской гимназіи выяснилъ много недочетовъ, которые въ новомъ помѣщеніи, какъ надѣется Правленіе, будутъ предотвращены. —Такъ охарактеризована дѣятельность Общества въ отчетѣ его Правленія, засвидѣтельствовавшего, какъ сказано выше, особую плодотворность ея въ отчетномъ году. Ознакомленіе съ «Протоколами» засѣданій Общества выясняетъ полную справедливость такой характеристики. Душевно жеемъ молодому Обществу сохранить въ полномъ объемѣ свою энергію и на дальнѣйшіе годы.

1682. 7-го сентября, какъ передаютъ «Биржевыя Вѣдомости» (8 сентября), въ Александровской мужской больницѣ въ Петербургѣ (нѣмецкой) праздновали 25 лѣтіе больницы и 70-лѣтнюю годовщину для рожденія главнаго ея врача д-ра Э. Ф. Морица. Въ честь Э. Ф. почитатели собрали капиталъ въ 27000 р., который билларъ тутъ-же распредѣлилъ на благотворительныя цѣли.

1683. Какъ передаетъ «Одесскій Листокъ» (3 сентября), Правленіе Одесской Евангелической больницы открываетъ подписку для сбора капитала на учрежденіе 2-хъ кроватей (по одной въ мужскомъ и женскомъ отдѣленіяхъ больницы), имени покойнаго д-ра Е. А. Фрикера (см. выше, № 36, стр. 1135) для бѣдныхъ больныхъ безъ различія національности.

1684. Какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (1 сентября), Московская городская Управа, въ виду недостатка средствъ, намерена установить плату съ кожныхъ больныхъ за леченіе въ городской больнице, а также въ городскихъ родильныхъ пріютахъ. Предполагается освобождать отъ платы только недостаточныхъ при удостовѣреніи ихъ бѣдности городскихъ Попечительствъ о бѣдныхъ. Предполагается предварительное обсужденіе этого вопроса въ городскомъ врачебномъ Совѣтѣ (рѣшеніе котораго, думается, предугадать не трудно. Ред.).

1685. Въ концѣ іюня въ Харьковской губернской земской больницѣ среди низшаго персонала служащихъ происходили волненія, закончившіяся 27-го числа попыткой произвести забастовку. «Врачебно-санитарная Хроника Харьковской губ.» (№ 6) такъ описываетъ это происшествіе. «Дѣло началось съ предъявленія Управѣ 21-го іюня ряда требованій, изложенныхъ въ 26 пунктахъ и касавшихся улучшеній въ положеніи персонала. Требования о введеніи 8-часового рабочаго дня; объ увеличеніи жалованья служащимъ съ 10 до 12 р. въ мѣсяцъ и сидѣлкамъ съ 8 до 11 р.; о разрѣшеніи служащимъ принимать у себя въ помѣщеніяхъ, иной разъ плохо изолированныхъ отъ палатъ, посѣтителей во всякое время; объ учрежденіи Комиссіи изъ служащихъ для приглашенія и увольненія ихъ, — эти требованія Управа не нашла возможнымъ удовлетворить, остальные въ большей или меньшей степени удовлетворяла или обѣщала разработать въ срокъ для ихъ осуществленія. Отвѣтъ Управы не удовлетворилъ рабочихъ, и они, грозя забастовкой, требовали немедленнаго пересмотра его Управою. Управа нашла возможнымъ, въ виду непростительныхъ дней, произвести этотъ пересмотръ лишь 26-го числа и, съ своей стороны, просила и рабочихъ вновь обдумать свои требованія, чтобы имѣть возможность придти къ соглашенію и избѣжать забастовки. Въ 10 час. веч., а затѣмъ въ полночь съ 26-го на 27-ое рабочіе требовали немедленнаго пріѣзда всей Управы на Сабурову дачу для переговоровъ, грозя въ противномъ случаѣ съ утра начать забастовку. Управа на этотъ вызовъ отвѣтила отказомъ, какъ потому, что въ то время не закончила еще обсужденія предъявленныхъ требованій (новая петиція, почти тождественная съ первой), такъ и потому, что находила совершенно неудобнымъ ѣхать на Сабурову дачу и вести дѣловые переговоры ночью, и обѣщала явиться туда на другой день къ 11 час. утра. Къ пріѣзду Управы на Сабурову дачу забастовка тамъ уже началась: съ утра не работали кухни, прачешная, мастерскія и пр.; въ отдѣленіяхъ при больныхъ оставались лишь по 2—3 чел. и средній и высшій медицинскій персоналъ, не принимавшій участія въ забастовкѣ. Пищу больнымъ — конечно, холодную — привезли изъ города. У воротъ больницы былъ сильный нарядъ полиціи. Управа заявила рабочимъ, что еще сдѣлала имъ нѣкоторыя уступки, такъ что въ общемъ подсчетъ сумма требованій, удовлетворяемыхъ Управою на свой рискъ, превышаетъ сумму на 16000 р. въ годъ. Рабочіе настаивали на полномъ удовлетвореніи ихъ требованій. Управа отказала въ этомъ, заявивъ, что увольняетъ всѣхъ, кто не станетъ на работу. Въ отвѣтъ на это рабочіе рѣшили снять съ работъ тѣхъ, кто находился еще при дѣлѣ, и нѣкоторые высказывали намѣреніе выпустить буйныхъ больныхъ. Привести въ исполненіе эти предположенія, однако, не удалось, такъ какъ военный отрядъ, находившійся за воротами больницы, былъ введенъ въ ея территорію и занялъ рядъ постовъ передъ зданіями. Послѣ этого организа-

ціи лицъ) ступевались или удалились, а рабочіе стали становиться на работу, такъ что къ утру были на мѣстахъ всѣ, за исключеніемъ нѣсколькихъ человекъ. Въ результатѣ число уволенныхъ рабочихъ оказалось 29; теперь и они вновь приняты на службу».

1686. Общія газеты (отъ 6-го сентября) передаютъ, что 3-го сентября, около 4 час. дня, въ Обуховскую городскую больницу въ Петербургѣ явились 19 больныхъ проказою (12 мужчинъ и 7 женщинъ), находившихся на излеченіи въ Имбургской лепрозории, съ выраженіемъ протеста противъ администраціи лепрозории и существующаго тамъ режима. Лепрозорию они, очевидно, покинули тайно и рѣшительно отказываются возвратиться въ нее обратно, если ихъ требованія объ улучшеніи быта въ лепрозории не будутъ удовлетворены. Въ Петербургѣ они временно размѣщены въ Алафузовской (мужчины) и Калинкинской (женщины) больницахъ.

1687. По сообщенію «Новаго Обозрѣнія» (31 августа), въ Одессѣ свирѣпствуютъ *скарлатина* и *тифа*; заболѣванія ими принимаютъ эпидемическій характеръ.

1688. Въ Одесскую земскую Управу, какъ сообщаетъ «Новое Обозрѣніе» (2 сентября), поступило ходатайство отъ центрального Комитета *Попечительства о глухонѣмыхъ*, въ которомъ указывается, что въ Одессѣ около 53 лѣтъ существовало частное училище для глухонѣмыхъ, но въ 1896 г., за недостаткомъ средствъ, оно было закрыто. Въ 1903 г. въ Одессѣ вновь возникло Отдѣленіе Попечительства о глухонѣмыхъ, находящееся подъ покровительствомъ Государыни Императрицы Маріи Феодоровны, и открыло свое училище. Въ настоящее время Отдѣленіе также сильно нуждается въ денежной поддержкѣ. Поэтому Попечительство проситъ Управу оказать ему содѣйствіе путемъ учрежденія въ училищѣ стипендій или выдачи ему субсидій. Земская Управа, представляя Собранію по этому поводу специальный докладъ, замѣчаетъ, что Одесская школа глухонѣмыхъ почти не обслуживаетъ Одесскаго уѣзда, а означенное ходатайство имѣетъ въ виду усиленіе средствъ центральнаго учрежденія Попечительства, почему и предлагаетъ его отклонить.

1689. Петербургская городская Управа, какъ сообщаетъ «Рѣчь» (6 сентября), признала необходимымъ устроить *лѣчебницу для алкоголиковъ* и рѣшила съ этого цѣлью оказать материальную помощь образовавшемуся въ Петербургѣ «Обществу по устройству колоній и лѣчебницы для алкоголиковъ».

1690. Предлагаемъ вниманію нашихъ читателей слѣдующее, помѣщенное въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (3 сентября), письмо, отъ 29-го августа, изъ *Ялты*, такъ какъ оно является, между прочимъ, обращеніемъ и къ врачамъ: «Тяжелый экономическій кризисъ, переживаемый Ялтой за послѣдніе 2 года вслѣдствіе слабаго пріѣзда курортной публики, въ одномъ, и очень существенно, отношеніи отражается на интересахъ значительнаго числа иногороднихъ больныхъ. Дѣло въ томъ, что въ Ялту ежегодно пріѣзжаютъ на зиму много больныхъ бугорчаткой либо съ недостаточными средствами, либо совсѣмъ лишенныхъ средствъ. Вся эта армія больныхъ рассчитываетъ найти здѣсь тѣ или другіе заработки; нѣкоторые же надѣются на благотворительныя организаціи, имѣющіяся въ Ялтѣ и приспособленныя для оказанія помощи нуждающимся пріѣзжимъ больнымъ. Понятно, что соответственно съ паденіемъ пріѣзда публики упалъ и спросъ на уроки и прочіе виды интеллигентнаго труда, и еще въ большей степени упалъ и притокъ пожертвованій въ пользу нуждающихся больныхъ, точно также почти прекратилась возможность собирать для этой цѣли средства и путемъ устройства увеселеній. Вслѣдствіе этого существующее въ Ялтѣ Попечительство о нуждахъ пріѣзжихъ больныхъ, имѣвшее прежде возможность выдавать въ теченіи каждаго зимняго 1/2-годія пособій на 5000—6000 р., принуждено было съ текущаго года ограничить свою дѣятельность содержаніемъ дешеваго пансіона «Яузларъ» (45 р. въ мѣсяцъ), прекративъ всякую выдачу пособій за полнымъ истощеніемъ средствъ. Тѣмъ не менѣе число пріѣзжающихъ сюда неизлеченныхъ больныхъ не уменьшается, и въ виду сказаннаго положенія ихъ здѣсь часто бываетъ безвыходно. Попечительство о нуждахъ пріѣзжихъ больныхъ дважды въ этомъ году оповѣщало публику черезъ «Петербургское телеграфное агентство», что касса Товарищества иссякла и что больные, направляющіеся на южный берегъ, не должны рассчитывать на поддержку Попечительства; но эти предостереженія, повидимому, не до всѣхъ доходятъ, и многіе больные безъ средствъ продолжаютъ пріѣзжать въ Ялту и иногда въ первый-же день безплодно обращаться за помощью къ Попечительству. Цѣль настоящихъ строкъ — не въ желаніи вызвать иногороднихъ пожертвователей (при повсемѣстномъ тяжеломъ положеніи на это надежды нѣтъ); цѣль наша — обратиться на вынужденное прекращеніе благотворительной помощи въ Ялтѣ вниманіе тѣхъ лицъ (очень часто это — врачи) которые направляютъ въ Ялту неизлеченныхъ больныхъ на «авось»; это «авось» реализуется часто въ очень жестокую дѣйствительность».

1691. Весною текущаго года, какъ сообщаетъ «Рѣчь» (6 сентября), въ *городской больницѣ Маріи Магдалины въ Петербургѣ* была обнаружена *растрата*. Назначенная для ревизіи дѣлъ больницы особая Комиссія выяснила, что сумма растраты достигаетъ 2400 р. (по сообщенію «Товарища» — 200 р.) и что виновниками ея являются смотритель больницы Цвѣтиковъ и дѣлопроизводитель Каузовъ. Предсѣдатель больницы Комиссіи проф. А. И. Лебедевъ тогда-же сдѣлалъ распоряженіе объ увольненіи этихъ лицъ со службы. Въ настоящее время оказалось, что попечитель больницы не только не уволилъ смотрителя отъ должности, но и произвелъ выговоръ съ уменьшеніемъ оклада.







# ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

### МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

#### Английские.

*Annals of Surgery*, 1906 г., февраль—июнь. 1. Alessandri. *Surgical intervention in tuberculosis of the meninges and of the brain*. Къ собственному наблюдению (успѣшное удаление одиночнаго бугорка Roland'овой борозды) присоединяетъ 27 случаевъ изъ литературы. 2. Tait. *The elastic ligature and the ligature method*. О примѣненіи каучуковыхъ лигатуръ для обра- зования соусть. Указывается на преимущества способа и опре- дѣляетъ показанія для его примѣненія. 3. Carrel and Guthrie. *The reversal of the circulation in a limb*. Интересные опыты, показывающіе возможность у собакъ обратнаго тока крови отъ центра къ конечностямъ черезъ вены и отъ конечностей къ центру черезъ артерію путемъ сшиванія периферическаго кон- ца вены съ центральною кондомъ артерій и наоборотъ. 4. Cur- tis. *Carcinomatous metastases*. 5 случаевъ раковыхъ переносовъ въ другіе органы (безъ мѣстнаго возврата) спустя слѣшкомъ 3 года послѣ удаления рака грудной желовы. 5. Erdmann. *Cardiospasm*. Случай судорожнаго сокращенія входа въ желу- докъ. Насильственное расширеніе (со стороны желудка). Вы- здоровленіе. 6. Le Conte. *The treatment of diffuse septic peri- tonitis*. 2 случая разлитого воспаления брюшины съ благоприят- нымъ исходомъ послѣ операціи. 7. Moynihan. *Entroversion of the bladder*. Случай эктопіи мочевого пузыря. Пересадка моче- точника въ прямую кишку. Результатъ прекрасный. 8. Mar- noch. *Two cases of rupture of the bladder*. 2 случая успѣшной операціи при разрывахъ мочевого пузыря. 9. Connell. *Loose bodies in the knee joint*. 4 случая извлечения свободныхъ тѣлъ изъ полости коленного сустава. 10. Bartlett. *An external metal support for direct application to the shaft of a fractured long bone*. Случай укрѣпленія сломанной плечевой кости посред- ствомъ металлической шины, приложенной непосредственно къ костнымъ осколкамъ (осложненный переломъ). 11. Dowd. *The use of wolfe grafts and tendon lengthening in treating cicatricial contractures*. О значеніи пересадки кожи и удлинненія сухожилий при лѣченіи рубцовыхъ суженій. 12. Russ. *Fractures of the metacarpal bones*. О переломахъ пястныхъ костей. 13. Thienhaus. *Fracture of the astragalus*. Случай перелома таранной кости съ вывихомъ стопы sub talo. Удаленіе таран- ной кости. Выздоровленіе. 14. Moseley. *Frontal and ethmoid sinus empyema*. Описание случая. 15. Keiller. *Anatomy of a case of cystic adenoma of the thyroid gland*. Случай мѣстечной опухоли щитовидной железы. 16. Curtis. *The result of the sur- gical treatment of exophthalmic goitre*. 3 случая оперативнаго лѣ- ченія Basedow'ой болѣзни. 17. Rigby. *Impaction of a toy bi- cycle in the oesophagus*. Случай успѣшнаго удаления (путемъ наружнаго сѣченія пищевода) игрушечнаго велосипеда у 4-лѣт- ней дѣвочки. 18. Noble. *Overlapping the aponeuroses in the closure of wounds of the abdominal wall*. Предлагаетъ для закры- тія брюшныхъ ранъ способъ надрыванія сухожильнаго растяже- нія. 19. Cooper. *Foreign body pseudotuberculosis of the perito- neum*. О ложныхъ бугоркахъ, вызываемыхъ присутствіемъ ино- родныхъ тѣлъ. Случай прободящей раковой явзы желудка съ образованіемъ въ брюшной полости бугорковъ съ частичками пищи въ центрѣ. 20. Vance. *Solid tumors of the mesentery*. Случай явственнаго плотнаго опухоли брызжейки. Въ литературѣ описано 27 случаевъ. 21. Porter. *Chylous cysts of the mesentery*. Случай килеозной кисты брызжейки. При- водитъ 20 случаевъ изъ литературы. 22. Elder. *Perforating duodenal ulcer*. Случай прободящей язвы 12-перстной кишки. Операція. Выздоровленіе. 23. Nanerode. *Surgery of large bowel*. 8 случаевъ. Въ 6 исѣченіе толстыхъ кишокъ по поводу рака, въ 1—по поводу бугорчатки слѣпой кишки, въ 1—по поводу калового свища послѣ гнойнаго воспаления брюшины вслѣд- ствіе прободенія отростка. Изъ 8 оперированныхъ выздоровѣ- ли 7. 24. Watson. *Kidney drainage in nephrostomy*. Техника дренированія почекъ при нефротоміи. 25. Barling. *Surgery of kidney*. 6 случаевъ исѣченія почки съ благоприятнымъ исхо- домъ по поводу разлитыхъ поражений органа. 26. Flint. *A new method of excision of the knee joint*. Считаетъ новымъ спо- собъ исѣченія суставныхъ концовъ коленного сустава безъ вскрытія суставной сумки. 27. Taylor. *The effect upon glandular tissue of exposure to the x-rays*. Краткая замѣтка о благоприят- номъ вліянніи x-лучей на неоперабельныя злокачественныя опу- холи. 28. Gibson. *The differential leucocyte count*. Отмѣчаетъ важное распознавательное и предсказательное значеніе лейко- цитоза при острыхъ хирургическихъ заболѣваніяхъ. 29. Rose. *Fibrolipoma of jaw and neck*. Случай фибромы щеки и шеи. 30. Ranschoff. *Dissection of pleura in chronic empyema*. 4 слу- чаа операціи Schede-Estlander'a. 31. Cannon and Murphy. *The movements of the stomach and intestines in some surgical condi- tions*. Авторы на животныхъ изучали вліяніе на движенія же- лудка и кишокъ брюшныхъ операцій, усилненія, воздуха, хо- лода, разминанія кишокъ между пальцевъ. 32. Mayo. *The*

кишечнаго соустья. 33. Curl. *Cecostomy in amebic dysentery*. На 11 случаевъ лѣченія затажного кроваваго поноса наложо- ниемъ свища въ слѣпой и промываніемъ черезъ свищъ 8 вы- здоровленій. 34. Wiener. *The use of silver wire for the cure of large herniae*. Объ употребленіи серебряной проволоки для за- шиванія широкихъ грыжевыхъ воротъ. 35. Davis. *Primary tumors of the urinary bladder*. Разборъ 41 случая первичныхъ опухолей мочевого пузыря. 36. Ferguson. *Ischemic muscular atrophy*. 2 случая пластической операціи при сокращеніи сухо- жилий и атрофіи мышцъ верхней конечности. 37. Дерюжин- скій. *Resection of chest wall and diaphragm*. Случай частичнаго исѣченія грудной стѣнки и грудобрюшной преграды по поводу первичной саркомы плевры. 38. Woolsey. *Typhoid perforation*. На 17 случаевъ операціи при прободномъ тифозномъ воспаленіи брюшины. 4 выздоровленія. 39. Torek. *Combined appendix and hernia operation*. Предлагаетъ общимъ разрывомъ пользоваться для операціи правой паховой грыжи и удаленія червеобразнаго отростка. 40. Wood. *Appendicular femoral hernia*. Объ аппен- дицитѣ въ бедренной грыжѣ. 2 собственныхъ наблюденія и 98 изъ литературы. 41. Halstead. *Inguinoproperitoneal and inguino- interstitial hernia*. Описание 2-хъ случаевъ. 42. Russel. *Congenital tumors of the groin*. 2 случая доброкачественныхъ врож- денныхъ опухолей паховой области. 43. Berg. *Functional capa- city of kidneys*. Краткая замѣтка о значеніи кіоскопіи. 44. Dea- ver. *Ureteral calculus*. 5 случаевъ камней мочеточника. 45. Gib- bon. *Ureterolithotomy*. 3 случая камней мочеточника. Техника операціи. 46. Corson. *Gritti-Stokes amputation*. Объ операціи Gritti. 47. Thienhaus. *Epiphyseal separation of trochanter*. Описание случая отдѣленія большого вертела на мѣстѣ эпифиза. 48. Bellby. *Affections of the thyroid gland*. О заболѣваніяхъ щитовидной железы. Клинико-патолого-анатомическій очеркъ. 49. Chevers. *Bronchial fistula*. Случай шейнаго свища. 50. Sip- ru. *Diagnosis of oesophageal lesions*. О распознаваніи болѣзней пищевода. Клиническая лекція. 51. Finney. *Postoperative ileus*. Разборъ 26 случаевъ послѣдовательной за операціей кишечной непроходимости. 52. Lyman. *Backward dislocation of the second carpometacarpal articulation*. Случай вывиха кисти во 2-мъ пястно-запястномъ сочлененіи. 53. Babler. *Cornu cutaneum of the human scalp*. Случай роговой опухоли черепа у женщины 62 л. 54. Lilienthal. *Evacuation of distended viscera*. Описы- ваетъ троакаръ для опорожненія сильно раздутыхъ кишокъ.

#### Нѣмецкіе.

*Die Therapie der Gegenwart*, № 1. 1. Проф. А. Fraenkel. *Zur Behandlung der Pneumonie*. 2. Проф. F. Umber. *Ueber Digitalisbehandlung*. О показаніяхъ и способахъ примѣненія на- перстанки. 3. Проф. Th. Ziehen. *Syphilitische Erkrankungen im Bereich der hinteren Schädelgrube*. (Не окончена). 4. Проф. O. Hildebrand. *Die Behandlung des Kropfes*. Клиническій очеркъ о лѣченіи зоба. 5. Проф. А. Hoffa. *Die Behandlung des Malum coxae senile* (Arthritis deformans des Hüftgelenks). Лѣченіе обезображивающаго артрита. 6. Проф. А. Passow. *Das Gehör- organ und die Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraums*. Вліяніе болѣзней носа и носоглоточной полости на ухо. 7. Fritz Meyer. *Der heutige Stand der Streptokokkenserum therapie*. (Не окончена). 8. Th. Brugsch. *Die interne Behandlung der Base- dowschen Krankheit*. Лѣченіе Basedow'ой болѣзни. 9. Проф. C. Binz. *Ueber Behandlung der Frostbeulen*. Лѣченіе обновленій. 10. Проф. E. H. Kisch. *Ueber kombinierte Verordnung von Arzneimitteln*.

Февраль. 1. Проф. Th. Ziehen. *Syphilitische Erkrankungen im Bereich der hinteren Schädelgrube*. Клиническій очеркъ. 2. Проф. H. Pässler. *Salicyltherapie und Nephritis bei akutem Gelenkrheumatismus*. 3. Georg Hauffe. *233 Gelenkrheumatiker ohne Salicylpräparate behandelt*. 4. Проф. А. Passow. *Das Ge- hörorgan und die Erkrankungen der Nase und des Nasenrachen- raums*. Клиническій очеркъ. 5. Carl Oppenheimer. *Emil Fischer über seine Eiweissarbeiten*. Краткій рефератъ. 6. Fritz Meyer. *Der heutige Stand der Streptokokkenserumtherapie*. Об- зоръ современнаго положенія вопроса. 7. C. Hofmann und R. Lüders. *Vesipyrin, ein neues Antirheumaticum und Harndesin- ficiens*. Новый салициловый препаратъ. 8. Werner. *Zur Be- handlung der Tuberkulose mit Pneumin*. Новый препаратъ креозота.

Мартъ. 1. Kurt Pollack. *Ueber rasche und dauernde Hei- lung einer alten Verätzungstriktur des Oesophagus durch Thios- namin*. Описание случая. 2. Ladislaus v. Ketyly. *Ueber die Behandlung des Diabetes insipidus mit Strychninjektionen*. При- мѣненіе стрихнина въ 4-хъ случаяхъ съ благоприятнымъ дѣй- ствіемъ. 3. J. Sadger. *Zur Hydrotherapie des Morbus Basedowii*. Водолѣченіе. Польза водолѣченія при Basedow'ой болѣзни. 4. Georg Müller. *Die Skoliosenbehandlung des praktischo- Artes*. Подробное описаніе (съ рисунками) лѣченія сколиоза гимнастикой. 5. E. Rost. *Ueber die neuen örtlichen Anaesthe- tica*. Обзоръ. 6. Karl Fürntratt. *Ueber Trypanosomen und Trypanosomenkrankheiten*. Обзоръ. 7. Ludw. Schuster. *Erfol- greiche Quecksilberkur bei einem Gichtkranken*. Описание слу- чая. 8. Theodor Hoffa. *Ueber eine hygienische Verbesserung der Frauenkleidung*. Описание особаго лифа вмѣсто корсета. 9. Alte Recepte von C. Gerhardt. Нѣсколько рецептовъ по- казаннаго профессора Gerhardt'a.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, т. XXII,

*ringravidität*. Описание случая в связи с литературным вопросом. 2. H. agn. *Ueber zwei Fälle vorgeschrittener Ectariteringravidität*. В одном случае беременность в 6 месяцев во время операции сильное кровотечение и смерть от малокровия, в другом — плацентарная гибель в 9-м месяце беременности. Операция через 2 месяца. Излечение. 3. Fränkel. *Ueber spontane purperale Gangrän beider oberen Extremitäten*. Описание случая. Исход смертельный. 4. Martin. *Ueber einen Fall von Cystoma ovarii multiloculare pseudomucinosum mit breiter (durch Druckatrophie bedingter) Perforation in Blase und mit fistulösen Durchbrüchen in Ileum und Flexura sigmoidea*. Протокол вскрытия и описание препарата. 5. Voigt. *Erfahrungen mit der Morphinum Skopolaminarkose bei gynäkologischen Operationen*. На основании 100 случаев автор говорит, что этот вид обезболивания сам по себе недостаточен и не может с успехом заменить дыхательных способов усыпления.

*Zeitschrift für experimentelle Pathologie und Therapie*, т. 2, тетр. 3, январь. 1. L. Mohr. *Ueber regulierende und compressirende Vorgänge im Stoffwechsel der Anämischen*. В организме малокровных происходит увеличенное использование кислорода крови и ускоренное кровообращение. 2. Онъ же. *Ueber die Herkunft des Zuckers im Pankreas-Diabetes von Hunden*. Сахар образуется не из углеводов, а из бѣлков или жиров. 3. Онъ же. *Ueber Zuckerbildung aus Eiweiss*. Сахар, вѣроятно, образуется из аминокислоты. 4. Онъ же. *Ueber die Beziehungen der Fette und Fettsäuren zur Zuckerbildung*. Экспериментальное исследование безъ определенных результатов. 5. Th. Deneke und H. Adam. *Beobachtungen am isolierten überlebenden menschlichen Herzen*. Исследование надъ сердцемъ канальной преступницы. 6. Проф. Hering und J. Rühl. *Ueber atrioventriculäre Extrasystolen*. Клинический очерк на основании двухъ собственныхъ случаевъ. 7. Проф. Hering. *Experimentelle Untersuchungen über Herzunregelmässigkeiten am Affen (1901)*. 8. J. Rühl. *Zwei Apparate zur künstlichen Herzreizung*. Описание инструментовъ. 9. A. Schittenhelm und A. Katzenstein. *Ueber die Beziehungen des Ammoniaks zum Gesamtstickstoff im Urin*. 10. Онъ же. *Verfütterung von i-Alanin am normalen Hunde*. 11. Онъ же. *Untersuchungen über das menschliche Fibrinferment*. 12. Eugen Petry. *Ueber das menschliche Labferment und seine Abscheidung bei Krankheiten*. Авторъ нашелъ, между прочимъ, что при рахъ желудка количество сычужнаго бродила уменьшено. 13. J. Meinertz. *Beiträge zur Kenntniss der Beziehungen von Leber und Milz zur Hämolyse*. 14. Theodor Brugsch. *Zur Stoffwechselpathologie der Gicht*. Очеркъ обмена при подагрѣ. 15. Emil Abderhalden. *Klinische Eiweissuntersuchungen*. Исследование различныхъ видовъ бѣлковъ. 16. Paul Reckzeh. *Ueber protoplasmatische Körperchen in den Lymphdrüsen Syphilitischer*. Авторъ нашелъ особые образования въ железахъ сифилитиковъ. 17. Alfred Klett. *Zur Chemie der Weigert'schen Elasticafärbung*. Химическое исследование. 18. L. Mohr. *Ueber die Ausscheidung von Aminosäuren im diabetischen Harn*. 19. Rahel Hirsch. *Zum Verhalten von Monoaminosäuren im hungernden Organismus*. Полемиическая замѣтка. 20. Heinsheimer. *Ueber die Ursache der Zuckerausscheidung im Pankreas-Diabetes der Hunde*.

*Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie*, т. 57, тетр. 1. 1. B. S. Schultze. *Zur Lehre vom Scheintod der Neugeborenen*. Возраженіе на статью Ahlfeld'a въ 56 томѣ, тетр. 1. 2. G. Winter. *Die malignen und benignen Degenerationen der Uterusmucosa*. Подробная разработка вопроса о соотношеніи миомъ съ ракомъ, саркомой, объ омертвѣніи миомъ и слизистомъ ихъ перерожденіи. 3. F. Ahlfeld. *Fruchtwasserschwund und in der zweiten Schwangerschaftshälfte, eine typische Form der Oligohydramnie*. Описание 7 случаевъ. 4. Онъ же. *Wann und wie soll die dritte Geburtsperiode beendet werden*. На основании 400 случаевъ авторъ доказываетъ, что въ 65% послѣдъ произвольно не отходить. 5. H. Natwig. *Die Kenntniss des menschlichen Uterus bei den Hippokratikern*. Историко-критическія замѣчанія. 6. M. Henkel. *Ueber die Pubiotomie*. Критическій разборъ значенія операции лоннаго сѣченія на основаніи 7 собственныхъ случаевъ.

*Zeitschrift für klinische Medizin*, т. 58, тетр. 1 и 2. 1. H. Chr. Geelmuyden. *Studien über die Beziehung zwischen optischer Aktivität und Reduktion bei diabetischer und nicht diabetischer Glykosurie*. Соотношеніе между вращательной и восстанавливающей способностью мочи при диабетической и недиабетической гликозурии. 2. A. Looss. *Einige Betrachtungen über die Infektion mit Ankylostomum duodenale von der Haut aus*. Зараженіе анкилостомами черезъ кожу. 3. Проф. Dennstedt и проф. Th. Rumpf. *Weitere Untersuchungen über die chemische Zusammensetzung des Blutes und verschiedener menschlicher Organe in der Norm und in Krankheiten*. Химическій составъ крови и органовъ человека въ нормѣ и при болѣзняхъ. 4. Hans Risel. *Ein Beitrag zu den Purpura-Erkrankungen*. Описание случая. 5. Julius Donath und Karl Landsteiner. *Ueber paroxysmale Hämoglobinurie*. О припадочной гемоглобинурии. 6. Tintemann. *Stoffwechseluntersuchungen bei einem Fall von Pentosurie*. Исследование обмена въ одномъ случаѣ пентозурии. 7. E. Aron. *Weiteres zur Mechanik der Expektorations*. Къ механикѣ откашливанія.

Тетр. 3 и 4. 1. Julius Benoe. *Klinische Untersuchungen über die Viscosität des Blutes*. Исследование о вязкости крови. 2. P. Bergell und A. Bickel. *Experimentelle Untersuchungen*

*über die physiologische Bedeutung der Radioaktivität der Mineralwässer*. Содержащаяся въ натуральныхъ минеральныхъ водахъ эманация радія имѣетъ вліяніе на физиологическія и биологическія процессы. 3. Alfred Alexander. *Zur Kenntniss der Rückenmarksveränderungen nach Verschluss der Aorta abdominalis*. Измѣненія спинного мозга послѣ закрытія брюшной аорты. 4. Ettolo Jamele. *Beitrag zur Kenntniss der Cytologie der Cerebrospinalflüssigkeit bei Nervenkranken*. О клеточномъ составѣ спинно-мозговой жидкости при нервныхъ болѣзняхъ. 5. Heinrich Börger. *Ueber einen Fall von geheilt Aneurysma dissectans der Aorta*. Случай излеченія аневризмы аорты. 6. P. J. Wallerstein. *Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der Harncylinder*. Происхожденіе почечныхъ цилиндровъ. 7. M. Georgopoulos. *Ueber den Einfluss des Wassergehaltes des Blutes auf die Dimensionen der roten Blutkörperchen*. О вліяніи содержанія воды въ крови на величину красныхъ кровяныхъ шариковъ. 8. Max Scheier. *Ueber den Blutbefund bei Kindern mit Wucherungen des Nasenrachenraums*. У дѣтей съ аденоидными разрастаніями въ носоглоткѣ замѣчается гиперлейкоцитозъ. 9. Albu. *Bemerkung zu dem Aufsatz von Brandenstein und Chajes: Ueber die Folgen subcutaner Kochsalzinfusion nach Nephrectomie*. Полемиическая замѣтка.

*Zeitschrift für Krebsforschung*, т. 3, тетр. 4. 1. O. Laszar. *Zum Stande der Krebstherapie*. Современное положеніе леченія рака. 2. Richard Lewisohn. *Ueber zwei seltene Carcinomfälle, zugleich ein Beitrag zur Metaplasiefrage*. О 2-хъ рѣдкихъ случаяхъ рака. 3. L. Polak. *Daniels. Beitrag zur Kenntniss der Histogenese des primären Leberkrebses*. Гистогенезъ первичнаго рака печени. 4. D. v. Hansemann. *Kritische Betrachtungen zur Geschwulstlehre*. Критическія замѣчанія къ ученому объ опухоляхъ. 5. H. Apolant und G. Embden. *Ueber die Entstehung Plimmer'scher Körperchen aus Kerndegenerationen*. Полемиическая замѣтка по поводу статьи д-ра Unna «О псеидопаразитахъ рака».

*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, т. 30, тетр. 1 и 2, (декабрь). 1. R. Balint und H. Benedict. *Ueber Erkrankungen des Comus terminalis und der Cauda equina*. 2. Bud. Fabinyi. *Ueber die syphilitische Erkrankung der Basilararterien des Gehirns*. Описание 6 случаевъ сифилитическаго заболѣванія артерій основанія мозга. 3. Hans Hunziker. *Beitrag zur Lehre von den intraventriculären Gehirntumoren*. 3 случая опухоли внутримозговыхъ желудочковъ. 4. Friedrich Hüttenbach. *Ein Beitrag zur Frage der Kombination organischer Nervenkrankungen mit Hysterie*. Описание 3-хъ случаевъ сочетанія органическаго заболѣванія нервной системы съ истеріей. 5. Paul L. Schlippe. *Hochgradige Kontrakturen und Skelettatrophie bei Dystrophia musculorum progressiva*. Описание случая.

*Hoppe-Seyler's Zeitschrift für physiologische Chemie*, т. 47, тетр. 1, февраль. 1. Kossa. *Die quantitative Bestimmung der Harnsäure im Vogelharn*. Описание способа. 2. Kraft. *Ueber die Bedeutung des Wassers für die Bildung kolloidaler Hohlkörper aus Seifen*. Физико-химическое исследование. 3. Forssner. *Ueber das Vorkommen von freien Aminosäuren im Harn und deren Nachweis*. Нахожденіе свободнаго гликокола въ мочѣ еще не можетъ служить для отличительнаго распознаванія подagrы. 4. Steensma. *Ueber Farbenreaktionen der Eiweisskörper des Indols und des Skatols mit aromatischen Aldehyden und Nitrilen*. Описание новыхъ реакцій. 5. Winterstein und Bissegger. *Zur Kenntniss der Bestandteile des Emmentaler Käses. III Mitteilung. Versuche zur Bestimmung der stickstoffhaltigen Käsebestandteile*. Химическое исследование бѣлковъ швейцарскаго сыра. 6. Winterstein und Strickler. *Die chemische Zusammensetzung des Kolostrums mit besonderer Berücksichtigung der Eiweisstoffe*. Исследование состава молозива. 7. Stanek. *Ueber die quantitative Trennung von Cholin und Betain*. Описание способа отдѣленія холина отъ бетана. 8. Scheuert und Grimmer. *Ueber die Verdauung des Pferdes bei Maisfütterung*. Исследование пищеваренія у лошади при кормѣ изъ маиса.

## ЕЖЕНЕДЕЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

### Нѣмецкіе.

*Medicinische Woche* (съ приложеніемъ «*Balneologische Centralzeitung*»), 1906 г., 22 января. 1. E. Franck. *Die Indikation und die Technik der Hetolbehandlung für den praktischen Arzt*.

29 января. 1. R. Deutschmann. *Ueber Gebrauch und Missbrauch von Atropin in der Augenheilkunde*.

5 февраля. 1. A. Vossius. *Zur Behandlung des Ulcus serpens corneae mit Berücksichtigung des Pneumokokkenserum* (Rümer). 2. R. Deutschmann. Окончаніе статьи объ атропинѣ при глазныхъ болѣзняхъ.

19 февраля. 1. Scherk. *Zur Aetiologie der Knorpel und Nierengicht*. Къ этиологіи подагры хрящей и почек. (Не окончена). 2. Niessen. *Beeinflussung des Gefäßtonus und der Blutstromgeschwindigkeit durch thermische und mechanische Reize*. (Не окончена).

26 февраля. 1. Scherk. (Окончаніе). 2. Niessen (Продолженіе).

Редакторы: Д-ръ С. В. Владиславлевъ.  
Проф. В. В. Подвысоцкій.

CXLVII. Изъ ортопедической клиники В.-Медицинской Академии.

# О патологii и лѣченii genu valgum <sup>1)</sup>.

Проф. Г. И. Турнера.

Прошло уже нѣсколько десятковъ лѣтъ съ тѣхъ поръ, какъ покойный *Volkman* высказался скептически о возможности и цѣлесообразности существованiя особыхъ ортопедовъ и ортопедическихъ учреждений. «При всемъ уваженiи, говорилъ онъ, къ отдѣльнымъ ортопедамъ, нужно надѣяться, что ортопедическiе институты скоро исчезнутъ». Былъ-ли правъ этотъ авторитетный хирургъ, показало время. Съ одной стороны, мы видимъ самыя солидныя имена современныхъ хирурговъ, связанныхъ съ разработкой главнѣйшихъ вопросовъ т. наз. ортопедii. Достаточно по этому поводу напомнить, напр., труды самого *Volkman*'а, *Hueter*'а, *König*'а, *Billroth*'а, *Ogston*'а, *Mikulicz*'а, *Schede* и др., касающихся патологii и лѣченiя искривленiя позвоночника и особенно конечностей—этихъ главнѣйшихъ отдѣловъ современной ортопедii. Съ другой стороны, является постепенное фактическое обособленiе цѣлага ряда хирургическихъ заболѣванiй, своеобразныхъ по своему существу и требующихъ особаго, подчасъ сложнаго, лѣченiя, сочетаннаго изъ чисто хирургическихъ и механическихъ приемовъ. Мы видимъ постепенное размноженiе и разрастанiе размѣровъ ортопедическихъ институтовъ, въ университетахъ нарождаются ортопедическiя клиники. Во главѣ этихъ учреждений стоятъ имена, привлекающiя къ себѣ ищущихъ помощи изъ отдаленныхъ концовъ свѣта. Мы достаточно упомянуть *Lorenz*'а, *Hoff*'а, *Vulpinus*'а, *Bradford*'а, *Lovett*'а и др.

У насъ въ Россii ортопедiя до послѣдняго времени представляла *tabula incognita*, если не считать нѣсколькихъ ортопедическихъ мастеровъ въ столицахъ. Грустно смотрѣть до сихъ поръ на паломничество больныхъ за границу съ цѣлью перерѣзки 1 или 2-хъ сухожилий или полученiя простѣйшей кожаной гильзы. Специализацiя ортопедическаго дѣла, несомнѣнно, успѣла уже внести, помимо практической пользы, много свѣта въ научную разработку отдѣльныхъ главъ, составлявшихъ прежде часть общей хирургii, какъ-то: околiоза, спондилита, врожденныхъ вывиховъ и т. п. Кому неизвѣстны заслуги *Lorenz*'а въ дѣлѣ разработки раньше столь мало вѣдомой области врожденныхъ вывиховъ, основанная на колоссальномъ опытѣ и знанiи.

Соосредоточенiе большого ортопедическаго матеріала въ отдѣльныхъ рукахъ, несомнѣнно, способствуетъ упраздненiю того, безсознательнаго подчасъ, шаблона, который принимается до сихъ поръ при лѣченiи ряда заболѣванiй, одинаковыхъ по названiю, но представляющихъ столь большое разнообразiе по сути. Къ числу подобныхъ, несомнѣнно, принадлежитъ и боковое искривленiе колѣна, именуемое кратко «*genu valgum*».

Кому неизвѣстно это столь распространенное обезображиванiе челоука, начинающееся въ дѣтскомъ еще возрастѣ, часто съ первыхъ-же лѣтъ отягощенiя ногъ при ходьбѣ, или развивающееся при благопрiятныхъ къ тому условiяхъ въ періодѣ усиленнаго роста молодого организма, въ годы юности. Хирургическiя клиники, среди другаго разнообразнаго матеріала, обыкновенно отдѣляютъ достаточно мѣста и случаямъ *genu valgum*. Крупныя авторитеты хирургii отдають не мало вниманiя этой формѣ заболѣванiя, останавливаясь на его патологii и способахъ лѣченiя. Труды *Mac-Ewen*'а, *Ogston*'а, *Mikulicz*'а и *Albert*'а въ этомъ направленiи общеизвѣстны. Ортопедическая литература, конечно, удѣляетъ этому вопросу особое вниманiе, и, обзрѣвая все то, что написано на эту тему, можно сказать, что мы имѣемъ дѣло съ обширнѣйшимъ литературнымъ матеріаломъ, размѣрами своими доказывающимъ, что еще не все высказано по этому вопросу, что мы не дошли еще до конца какъ въ изученiи патологii болѣзни, такъ и выработки способа лѣченiя. Недаромъ столь

крупный знатокъ дѣла, какъ покойный *Albert*, въ своемъ сравнительно недавнемъ (1899 г.) сочиненiи о боковыхъ искривленiяхъ колѣна высказался, что онъ даетъ лишь матеріалъ или намекъ на будущую теорiю *genu valgum* и что молодымъ поколѣнiямъ остается разработать намѣченное.

Всѣ статистическiя данныя и ежедневныя наблюденiя клиники весьма опредѣленно говорятъ, что изъ всѣхъ искривленiй нижней конечности искривленiе колѣна въ видѣ *genu valgum* — самое частое. Есть, стало-быть, для того какая-то причина, несложная и часто встречающаяся.

Разсуждая просто и всматриваясь въ преимущественное искривленiе позвоночника и особенно нижнихъ конечностей, трудно не придти къ заключенiю, что и *genu valgum* есть одно изъ проявленiй дѣйствiя тяжести при несоотвѣтствii между требованiями статики и строенiемъ поддерживающаго прибора костей, связокъ, мышцъ. По этиологii своей, конечно, *genu valgum* стоитъ въ одномъ ряду съ *genu varum*, *coxa vara*, *pes valgus*, *planus* и др. и въ проявленiяхъ своихъ даетъ тоже разнообразiе, которое мы видимъ и во всѣхъ этихъ другихъ формахъ статическихъ искривленiй. Не входя глубоко въ разсмотрѣнiе той великой цѣлесообразности въ строенiи нашего скелета по отношенiю къ его задачамъ, строенiю, очевидномъ для каждаго способнаго и желающаго видѣть, можно сказать, что и въ устройствѣ нижнихъ конечностей функцiональныя нужды отмѣчены въ особенностяхъ строенiя отдѣльныхъ костей. Нужно-ли говорить о требованiяхъ, предъявляемыхъ строенiю нижней конечности рабочаго, несущаго грузъ въ 10 пудъ? Функцiональныя нужды внесли, однако, въ постройку нижней конечности, взятой въ цѣломъ, нѣкоторыя архитектурныя трудности, невыгодныя въ статическомъ отношенiи, а именно: бедро упирается въ тазъ, будучи согнуто подъ угломъ въ области шейки; на протяженiи всей конечности, около ея середины, — нарушенiе цѣлости рычага вслѣдствiе существованiя колѣннаго сустава и, наконецъ, ввиду опоры всей конечности служить сводъ стопы. Въ дивной цѣлесообразности строенiя соответственныхъ отдѣловъ этихъ костей и ихъ сочетанiя, обратившей на себя вниманiе анатомовъ и инженеровъ, заключается обезпеченiе прочности дѣйствiя всей системы, подлежащей однако порчѣ при неудачныхъ условiяхъ, которыя и даютъ картину *pes planus*, *valgus*, *genu valgum*, *coxa vara* и пр. въ отдѣльныхъ или сочетанныхъ проявленiяхъ. Останавливаясь въ этой работѣ лишь на намѣченномъ мною предметѣ, перейду къ разсмотрѣнiю сущности *genu valgum*.

Нѣтъ сомнѣнiя, что эта форма искривленiя нижней конечности является чѣмъ-то зауряднымъ, преобладающимъ среди всѣхъ другихъ формъ. За это говорятъ и ежедневныя практическiя наблюденiя; тоже самое подтверждаютъ статистическiя цифры хирургическихъ и особенно ортопедическихъ учреждений. Такъ, *Albert*, собравшiй матеріалъ 10 вѣнскихъ клиникъ за періодъ времени 1892—1897 гг., нашелъ 202 случая *genu valgum* у мужчинъ и 47 у женщинъ; одновременно *genu varum* было 39 случаевъ у мужчинъ и 30 у женщинъ.

Матеріалъ заведенной мною клиники даетъ за 5 лѣтъ 263 больныхъ съ *genu valgum* на 5662 больныхъ вообще; въ томъ числѣ на долю мужчинъ приходилось 179 случаевъ, на долю женщинъ 83 (включая въ это число, конечно, и дѣтей). Изъ этихъ фактовъ можно уже вывести слѣдующихъ 2 заключенiя, а именно: 1) что *genu valgum* болѣе распространено, чѣмъ *genu varum*, и 2) что женскiй полъ гораздо менѣе склоненъ къ заболѣванiю *genu valgum*, чѣмъ мужской. Эти прочныя данныя съ несомнѣнностью уже говорятъ о школьныхъ причинахъ происхожденiя *genu valgum* и о его сущности. Но къ нимъ надо прибавить еще то обстоятельство, что развитiе искривленiя обыкновенно наблюдается или въ дѣтскомъ, или въ юношескомъ возрастѣ.

Если къ этому присоединить еще предрасположенiе къ образованiю *genu valgum* въ зависимости отъ нѣкоторыхъ профессiй въ юношескомъ возрастѣ, то этиологiя заболѣванiя вырисовуется въ тѣхъ общихъ чертахъ, которыя не допускаютъ отвлеченiя въ сторону мелочей по отношенiю какъ къ сути болѣзни, такъ и ея лѣченiя. Чѣмъ болѣе

<sup>1)</sup> Сообщено въ Русскомъ хирургическомъ Обществѣ Пиро-

ясняется въ самомъ дѣлѣ поразительная частота genu valgum вообще? Поясненіе этому факту, несомнѣнно, надо искать въ основныхъ данныхъ анатомической постановки нижней конечности. Открытый снаружн тупой уголъ въ области колѣна уже намѣченъ вслѣдствіе того, что при нормальныхъ условіяхъ обѣ голени должны стоять параллельно, когда оба бедра расходятся кверху, разъединяемыя тазомъ. Очевидно, что въ приспособленіяхъ организма—его мышцъ, связокъ, костей—лежитъ противовѣсъ постепенному уменьшенію этого тупого угла, т. е. образованія genu valgum. Съ другой стороны, неблагоприятныя условія лишь пускаютъ въ ходъ уже намѣченный механизмъ отклоненія въ сторону одной или обѣихъ ногъ. Какимъ эти условія, отчасти выясняютъ вышеприведенныя статистическія данныя. Среди этихъ причинъ можно найти такія, которыя не относятся къ области патологии и представляются чисто механическими. Усиленный спросъ на работу конечностей, въ смыслѣ непомѣрной нагрузки, профессиональное занятіе, требующее длительного невыгоднаго положенія одной или обѣихъ ногъ при стояніи или сидѣніи, привычка къ неправильному стоянію или пользованію преимущественно одной ногой—вотъ обыденныя условія происхожденія genu valgum у лицъ, въ остальныхъ отношеніяхъ сравнительно здоровыхъ. Этимъ и объясняется преимущественное предрасположеніе къ такой неправильности мужского пола; въ этомъ-же лежатъ причины и частаго распространенія genu valgum среди лавочниковъ, приказчиковъ, булочниковъ, парикмахеровъ и пр. Нужно-ли удивляться, что сочетаніе приведенныхъ условій съ уменьшенной стойкостью скелета въ зависимости отъ патологическихъ причинъ даетъ наилучшую возможность образованія этого искривленія? Вотъ почему ранній дѣтскій возрастъ даетъ въ этомъ смыслѣ особо богатую почву. Среди булочниковъ, лавочниковъ и лицъ другихъ подобныхъ-же профессій вредныя условія жилья играютъ также не малую роль. Въ обычномъ дѣленіи genu valgum на категоріи, искривленіе у дѣтей называется обыкновенно genu valgum rachiticum. Это послѣднее наименованіе вполне соотвѣтствуетъ истинѣ, ибо у маленькихъ дѣтей это искривленіе колѣна является лишь однимъ изъ многихъ проявленій мягкости скелета наряду съ искривленіемъ черепа, реберъ, позвоночника, верхней конечности, бедеръ и т. д. Внимательное изученіе каждаго отдѣльнаго случая такого сложнаго искривленія на почвѣ рахита очень часто даетъ весьма поучительныя данныя на тему механической этиологии и хронологіи развитія отдѣльныхъ искривленій. Среди моихъ больныхъ одинъ, юноша лѣтъ 16, даетъ поводъ къ весьма опредѣленнымъ заключеніямъ.

Пораженный рахитомъ въ раннемъ дѣтствѣ, онъ еще на рукахъ няньки получилъ сколіозъ. Общая слабость, обревшая его на продолжительное сидѣніе и отягощеніе позвоночника, увеличила этотъ сколіозъ до тяжелыхъ предѣловъ. На помощь отказавшемуся служить позвоночнику при сидѣніи пришли руки, опираясь на которыя ребенокъ получалъ искривленіе предплечья, преимущественно лучевой кости, какъ непосредственно воспринимающей давленіе снизу. Сидѣніе на скамейкѣ или на стулѣ со свѣшанными ногами дало искривленіе бедеръ выпуклостью впередъ, и, наконецъ, попытка ходить въ дальнѣйшіе годы дала быстрый ходъ образованію тяжелаго genu valgum.

Въ живомъ молодомъ организмѣ, на ряду съ этимъ простымъ процессомъ искривленія, происходятъ, однако, совмѣстно еще 2 явленія, а именно—ростъ и одновременная борьба съ обезображиваніемъ путемъ цѣлаго ряда предохранительныхъ или уравнивающихъ неправильность приспособленій: строеніе отдѣльныхъ костей видоизмѣняется путемъ удивительно цѣлесообразныхъ процессовъ, такъ прекрасно разработанныхъ покойнымъ Wolf'омъ подъ именемъ трансформациі, преслѣдующей цѣли предохраненія конечности отъ дальнѣйшаго искривленія или приспособленія къ невыгоднымъ существующимъ условіямъ. Изъ сочетанія всѣхъ этихъ силъ и получается столь сложная картина искривленія конечности, позвоночника и пр. То обстоятельство, что разбираемые мной процессы совпадаютъ съ періодомъ роста, играетъ весьма важную роль въ 2-хъ противоположныхъ направленіяхъ. Съ одной стороны, нарушенная правильность

статикъ при дальнѣйшемъ обычномъ отягощеніи, конечно, закрѣпляется, а часто и ухудшается; растущая кость приспособляется свои очертанія къ новому распредѣленію давленія. Этимъ объясняются, напр., клиновидныя формы тѣлъ позвонковъ при сколіозѣ, обезображиваніе таранной кости при косолапости и пр. Въ высшей степени интересны въ этомъ отношеніи несложныя опыты на животныхъ, продѣланные Maas'омъ<sup>1)</sup>, который, придавая продолжительное искусственное положеніе конечности растущихъ животныхъ и видоизмѣняя распредѣленіе давленія, достигалъ желаемой формы искривленія. Опыты эти напоминаютъ обычные результаты садовника, направляющаго быстро растущее дерево въ желаемую сторону, давая ему желаемыя изгибы. Maas'у удавалось такимъ образомъ воспроизвести искусственно genu valgum и цѣлый рядъ другихъ искривленій. Свои данныя онъ излагаетъ въ весьма наглядной и простой формѣ. Растущая кость, говоритъ онъ, уподобляется потоку, который, будучи задержанъ въ одномъ мѣстѣ, ищетъ пути въ сторонѣ меньшаго сопротивленія. Мѣстное увеличеніе давленія уменьшаетъ объемное увеличеніе кости на сторонѣ этого давленія, но производство кости идетъ съ неуменьшенной напряженностью, и происходитъ уравнивающее костообразование, направленіе котораго зависитъ отъ физиологическихъ условій роста, а также отъ величины и направленія препятствій для него по чисто механическимъ законамъ<sup>2)</sup>. Эти весьма поучительныя опыты ясно освѣщаютъ и патологию genu valgum у человѣка, обрисовывая въ рѣзкихъ чертахъ всю простоту его происхожденія, всю сложность его сущности и частностей. Эти данныя отвлекаютъ насъ, если можно такъ выразиться, отъ мелочности при поискахъ причинъ genu valgum въ области колѣннаго сустава (Hüter и др.)—той мелочности, противъ которой выступилъ Mikulicz<sup>3)</sup> болѣе 20 лѣтъ назадъ въ своей капитальной работѣ о genu valgum. Но ростъ кости, на основаніи тѣхъ-же данныхъ, какія приводитъ Maas, можетъ быть использованъ и для выгодныхъ цѣлей. Это и будетъ то другое его значеніе, на которое я указалъ выше, то значеніе, коимъ пользовались съ цѣлями ортопедическими, для трансформациі, Wolf въ своихъ этажныхъ повязкахъ и др.

Опыты Maas'a даютъ намъ весьма понятное и наглядное толкованіе происхожденія 2-ой категоріи genu valgum, т. наз. genu valgum adolescentium. Здѣсь при удачныхъ условіяхъ нога растетъ въ видѣ genu valgum въ тотъ самый періодъ, когда происходитъ усиленный ростъ бедра и голени, особенно въ области нижняго эпифиза бедренной кости, т. наз. epiphyse fertile (Ollier). Очевидно, что высокій ростъ, иначе сказать, болѣе быстрое увеличеніе длины конечности въ одинъ и тотъ-же обычный періодъ нормальнаго роста, долженъ давать и болѣе выгодныя условія для развитія собираемаго искривленія, конечно, при наличности еще добавочныхъ предрасполагающихъ условій. Эти разсужденія какъ нельзя лучше подтверждаются и статистикой. Такъ, Albert (стр. 14) говоритъ, что при высокомъ ростѣ valgitas встрѣчается чаще, чѣмъ при среднемъ, а при послѣднемъ чаще, чѣмъ при маломъ. Кстати сказать, по отношенію къ genu valgum статистика даетъ обратныя отношенія.

Что касается добавочныхъ предрасполагающихъ условій, о которыхъ я упоминалъ, какъ о влияющихъ на образованіе genu valgum у растущихъ лицъ, то они—весьма сложнаго свойства. Принимая во вниманіе этиологию того-же искривленія въ дѣтскомъ возрастѣ, и по отношенію къ юношескому, говорили о «позднемъ рахитѣ» (Mikulicz). Не отрицая значенія этой заманчивой и несложной причины, ибо кто можетъ съ точностью опредѣлить, когда закончился въ томъ или другомъ случаѣ рахитическій процессъ, ясно существовавшій въ дѣтскіе годы, нельзя, однако, останавливаться исключительно на немъ. На ряду съ собственнъ рахитомъ, какъ формой нарушенія питания преимущественно костей, можетъ существовать цѣлый рядъ другихъ условій, которыя можно подвести въ общій рядъ ослабленнаго питанія вообще на почвѣ наслѣдственности, перенесенной острой болѣзни и т. п. Я наблюдалъ недавно 16-лѣтняго юношу, представителя большой дегенеративной семьи, у котораго genu valgum развивалось,



можно сказать, на глазахъ. Такъ-же быстро оно исчезло при соответственныхъ ортопедическихъ, неоперативныхъ мѣрахъ. Общая слабость, сказывающаяся на питанii скелета, оказываетъ, конечно, влияние и на удерживающіе приборы его, на мышцы и связки, дѣятельность которыхъ, какъ противовѣса искривленію, при этомъ нарушается. При этихъ послѣднихъ условіяхъ очень часто наблюдается то явленіе, которое справедливо выставляется, какъ довольно обычная исходная причина образованія genu valgum, а именно—молодой человѣкъ подъ влияніемъ усталости раздвигаетъ ноги, облегчая себѣ такимъ образомъ стояніе и, конечно, способствуетъ образованію искривленія.

Интересныя данныя въ пользу способовъ происхожденія искривленія колѣна (genu valgum и varum) даютъ намъ наблюденія надъ случаями развитія genu varum на одной и genu valgum на другой сторонѣ у одного и того-же больного. Учебники не даютъ поясненія этого страннаго сочетанія. Наблюденія надъ большимъ матеріаломъ заставляютъ меня согласиться съ предположеніемъ, высказываемымъ по этому поводу моимъ уважаемымъ помощникомъ, докторъ Г. А. Альбрехтомъ, работающимъ специально надъ вопросомъ о genu valgum. Въ этихъ случаяхъ дѣло начиналось, несомнѣнно, съ развитія genu valgum на одной сторонѣ; согнутая подъ угломъ, открытымъ наружу, конечность искала опоры въ другой ногѣ и толкала сосѣднее колѣно въ сторону образованія genu varum. Совершенно такъ-же дѣйствуютъ и болѣе случайныя причины, какъ-то: подражаніе дѣтей работѣ полоторовъ, привычное откидываніе ногъ въ сторону при сидѣніи и даже иногда тяга наружныхъ резиновыхъ подвязокъ. Въ зависимости отъ времени начала дѣйствія вышеприведенныхъ сочетанныхъ условій и получается степень развитія обезображиванія. Но несомнѣнно, что genu valgum adolescentium рѣдко достигаетъ тѣхъ тяжелыхъ степеней, какія наблюдаются у дѣтей-рахитиковъ.

Вкратцѣ и въ общихъ чертахъ разобранная мною этиологія genu valgum даетъ опредѣленное освѣщеніе патологоанатомической сущности этого искривленія, которое, очевидно, представляетъ значительное разнообразіе. Какъ уже было сказано выше, прошло то время, когда суть искривленія отыскивалась въ области сустава или обихъ эпифизовъ. Наиболѣе наглядныя данныя о свойствахъ искривленія можно имѣть, если представить себѣ на время, что нижняя конечность составляетъ одно цѣлое безъ расчлененія въ области колѣна и что этотъ длинный рычагъ перегибается въ срединѣ по плоскости фронтальной. Очевидно, что искаженіе формы при этомъ коснется какъ нижняго конца бедра, такъ и верхняго голени, и это искаженіе легко себѣ представить на основаніи предлагаемаго отвлеченія. Очень часто, дѣйствительно, особенно при тяжелыхъ формахъ, въ дѣлѣ образованія genu valgum играютъ роль какъ бедренная, такъ и большеберцовая кости. На долю послѣдней приходится иногда даже исключительно значеніе. При такомъ взглядѣ на дѣло нельзя помириться съ излагаемымъ въ нѣкоторыхъ руководствахъ по ортопедіи [Lüning'a и Schulther'a<sup>4</sup>), напр.] предположеніемъ, что неизмѣнныя «эпифизы криво насажены на диафизы». Точнѣе можно сказать, что на внутренней сторонѣ этихъ соприкасающихся концовъ костей вообще имѣется усиленное разрастаніе, и это явленіе, не поддающееся точному описанію, дѣлается очевиднымъ, если разсматривать соответственные препараты.

На ряду съ этимъ существеннымъ искривленіемъ, конечно, часто имѣется сложная картина перегиба бедра выпуклостью впередъ, выпрямленіе или рѣже, уменьшеніе угла шейки бедренной кости, изгибъ голени въ нижней 1/3 выпуклостью кнаружи — послѣднее, какъ результатъ уравнивающаго приспособленія для цѣлей статики. Всѣ эти добавочныя явленія болѣе рельефны на почвѣ рахитической. Вспоминая вышеприведенныя наблюденія и толкованія Maas'a, можно, конечно, не сомнѣваться и въ томъ, что и въ очертаніяхъ суставныхъ концовъ, особенно мыщелковъ бедренной кости, должны существовать крупныя измѣненія, и, дѣйствительно, таковыя почти всегда имѣются въ видѣ утолщенія и какъ бы распыленія на

ружнаго и удлиненія внутренняго мыщелковъ. Наконецъ, во взаимномъ разположеніи голени и бедра имѣется отступленіе отъ нормы: голень дѣлается переразогнутой (hyperextensio) и при этомъ поворачивается кнаружи болѣе, чѣмъ обычно. Колѣнная чашка смѣщается при этомъ кнаружи. Положеніе ступни также становится ненормальнымъ; поднятіе внутренняго края (pes valgus), уплощеніе стопы (pes planus)—обычныя спутники genu valgum. Неудивительно поэтому, что всю эту сложную картину можно уподобить сколиозу позвоночника, какъ полагаетъ Lorenz, и что при изученіи genu valgum надо, какъ предложилъ Wolf, разсматривать всю конечность, какъ одно цѣлое, включая ступню и соответствующую 1/2 таза. Внимательное разсмотрѣніе открываетъ далѣе перекручиваніе всего бедра, какъ-будто нижній его конецъ повернулся кнаружи по отношенію къ верхнему. Еще болѣе поучительныя данныя представляютъ обѣ кости голени; данныя эти особенно наглядны, если возможно сравненіе съ другой ногой, не искривленной, или согнутой въ обратную сторону (genu varum). Измѣненіе статическихъ условій при genu valgum, конечно, переноситъ большую часть тяжести на наружную сторону суставныхъ поверхностей колѣна. Приспособленіе организма путемъ трансформации даетъ поэтому весьма очевидныя измѣненія въ строеніи обихъ костей голени—больше-и малоберцовыхъ. Первая, изъятая изъ работы, представляется болѣе деликатной, тонкой по строенію; малоберцовая кость, наоборотъ, вступая въ болѣе серьезную роль подпорки, увеличивается въ размѣрѣ, дѣлается болѣе толстой. Послѣднія измѣненія пока еще какъ-то мало подчеркнуты или освѣщены невѣрно. Такъ въ послѣднемъ руководствѣ Hoffa<sup>5</sup>) читаемъ повтореніе мнѣнія Mikulicz'a, что «малоберцовая кость даже въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ оказывается мало искривленной и въ тоже время отстаётъ въ ростѣ»; между тѣмъ при сравненіи 2-хъ ногъ — одной съ genu varum, другой съ genu valgum—одного и того-же больного вышеупомянутыя явленія такъ и бросаются въ глаза. Совершенно обратное отношеніе между большеберцовой и малоберцовой костями замѣтно при genu valgum. Тамъ на первую выпадаетъ больше тяжести; она поэтому толста и крѣпка; малоберцовая кость, какъ не играющая роли, слабая. При сравненіи 2-хъ паръ больше-и малоберцовыхъ костей въ этомъ случаѣ трудно вѣрится, что онѣ принадлежали одному и тому-же лицу. Очевидно, что строеніе этихъ-же костей на расписѣ даетъ соответственную картину функциональнаго приспособленія, какъ о томъ писалъ Wolf.

Столь сложная и различная картина заболѣванія, именуемаго однимъ общимъ именемъ «genu valgum», даетъ понять, что и лѣченіе этого искривленія должно заключать въ себѣ много разнообразія, соответствующаго возрасту больного, степени искривленія, его формы и пр. Можно-ли въ этомъ отношеніи поставить рядомъ молодого, крѣпкаго человѣка съ почти законченнымъ ростомъ и маленькаго ребенка съ мягкими, податливыми и растущими костями? Вотъ почему и границы терапіи отмѣчены, съ одной стороны, долотомъ, съ другой—нѣжными ручными приемами. Какъ ортопедія вообще, такъ и данный ея отдѣлъ, касающійся genu valgum, въ примѣненіи способовъ лѣченія получили неопѣнимое подспорье въ видѣ лучей Roentgen'a. Рентгеноскопія все болѣе и болѣе подтверждаетъ, какъ необходимо разнообразить способы лѣченія соответственно каждому случаю. Roentgen'овскій отпечатокъ обыкновенно даетъ точное опредѣленіе мѣстъ нахожденія главной кривизны и нерѣдко подтверждаетъ, что большая доля ея приходится не на бедро, а на голени, т. е. на большеберцовую кость. Такимъ образомъ остеотомія бедренной кости, я не говорю уже объ устарѣвшей операціи Ogston'a, не можетъ служить больше шаблономъ.

Распредѣляя способы лѣченія genu valgum по степени ихъ энергичности, можно набросать слѣдующій краткій очеркъ. Нѣтъ сомнѣнія, что пластическій скелетъ рахитическаго ребенка даетъ широкое поле для примѣненія съ пользою самыхъ деликатныхъ, даже не оперативныхъ средствъ. И прежде всего можно ожидать успѣха отъ улучшенія тѣхъ условій, которыя послужили основною причиною рахита. Къ сожалѣнію для громаднаго большинства

гента амбулаторныхъ больныхъ грустныя мечты объ улучшеніи ихъ быта неосуществимы. Пребываніе въ больницѣ, тѣмъ болѣе въ санаторіи, обыкновенно даетъ весьма удовлетворительные результаты. Но это средство при массѣ больныхъ и ограниченности помѣщенія нерѣдко оказывается недоступнымъ. Мнѣ невольно приходится при этомъ на умъ то эпидемическое, странное явленіе, которое ведетъ къ современной неравномѣрной тратѣ денегъ при постройкѣ больничныхъ учреждений и результатомъ котораго является роскошное помѣщеніе для ограниченаго числа больныхъ - счастливецъ и полное отсутствіе помощи для остальной громадной массы ихъ. Амбулаторія ортопедическая, переполненная тяжело-больными спондилитомъ, кокситомъ, часто заставляетъ вспоминать объ этой «пассивной жестокости», какъ я хотѣлъ-бы ее назвать. За недостаточностью основныхъ мѣръ, имѣющихъ цѣлью улучшение общаго состоянія, выступаютъ средства ортопедическія. Какъ вступленіе къ такому леченію, нужно считать мѣры, уменьшающія длительную нагрузку слабыхъ ногъ, т. е. запрещеніе ходьбы, неправильной постановки ногъ; рядомъ съ этимъ, конечно, слѣдуетъ запретить носить наружныя повязки, несомнѣнно при длительномъ вліяніи имѣющія значеніе пособія для начала механизма образованія genu valgum. На ряду съ этимъ, у маленькихъ дѣтей окажутся полезными приемы, по своему дѣйствію обратные причинамъ, вызвавшимъ genu valgum. Сюда относятся: массажъ всей конечности для укрѣпленія мышцъ и ручныя маневры обратнаго разгибанія кривизны, повторяемые по возможности часто. Не бесполезнымъ въ этихъ-же случаяхъ можетъ быть измѣненіе постановки ногъ путемъ придаванія *pedis vagi*, т. е. утолщенія внутренняго края подошвы и каблукъ (*Beely*). По скольку допускаютъ матеріальныя средства и обстановка лечебнаго учрежденія, весьма скорого и положительнаго результата выпрямленія можно достигнуть отъ примѣненія ортопедическихъ приборовъ, сущность которыхъ сводится къ металлической шинѣ по наружной сторонѣ конечности прикрѣпленныхъ къ ней подошвы и тазового пояса. Къ этой основной шинѣ колѣно притягивается поперечными резиновыми или кожаными тяжами. Болѣе сложной конструкціи будутъ приборы, состоящіе изъ 2-хъ шинъ—передней и задней—и вѣнтоваго приспособленія для постепеннаго выпрямленія.

Матеріальныя соображенія заставляютъ, однако, чаще прибѣгать къ болѣе доступнымъ средствамъ, среди которыхъ гипсовая повязка занимаетъ первое мѣсто. Способъ примѣненія ея сводится или къ т. наз. этапнымъ (*Wolf*), или къ шарнирнымъ повязкамъ (*Mikulicz*). И та, и другая рассчитываютъ на постепенное выпрямленіе кривизны, въ одномъ случаѣ при помощи ряда послѣдовательныхъ выпрямленій и закрѣпленія достигнутаго результата, въ другомъ — путемъ постояннаго дѣйствія упругой тяги по наружной сторонѣ, укрѣпленной въ гипсовую повязку, раздѣленную шарнирами на передней и задней поверхности.

Техника наложенія этапной повязки несложна, хотя нѣсколько и кропотлива. При усиленномъ выпрямленіи (безъ наркоза) накладывается гипсовая повязка, охватывающая бедро и голень. Спустя нѣсколько дней круговымъ разрезомъ вокруг колѣна гипсовая повязка раздѣляется на 2 отръзка; дѣлается еще этапъ выпрямленія и повязка закрѣпляется круговымъ ходомъ свѣжаго гипсового бинта. (Для удобства на внутренней сторонѣ повязки при выпрямленіи приходится вырѣзать сегментъ). Выпрямленіе достигается этапами въ нѣсколько недѣль.

Область примѣненія этой повязки относится къ дѣтямъ, у которыхъ, однако, особенно у маленькихъ, техника производства этаповъ и наложенія самой повязки часто представляетъ немалыя затрудненія. Для дѣйствительности повязки надо пользоваться возможно длинными рычагами, т. е. накладывать повязку, захватывая всю ступню и все бедро; послѣднее очень затруднительно у дѣтей съ хорошо развитымъ жировымъ слоемъ. По этой-же причинѣ плотное наложеніе повязки у нихъ почти невозможно.

По поводу техники наложенія этапной гипсовой повязки слѣдуетъ сдѣлать нѣкоторыя практическія замѣчанія. Выпрямленіе, получаемое при ручномъ маневрѣ разгибанія, часто бываетъ кажущимся и происходитъ на

счетъ расхожденія бедеръ въ разслабленныхъ тазобедренныхъ суставахъ. Принимая во вниманіе это обстоятельство, слѣдуетъ въ моментъ насильственнаго выпрямленія производить давленіе на оба большихъ вертела. Для облегченія этой задачи мною<sup>6)</sup> предложенъ простѣйшій приборъ, сдавливающий при помощи пелотовъ оба вертела. Уложенному въ эти тиски больному загипсовываются оба ноги одновременно (чаще встрѣчается обоюдостороннее genu valgum), и до затвердѣнія повязки производится насильственное выпрямленіе, при чемъ между обоими колѣнями помѣщается цилиндрическая, наполненная пескомъ подушка. Съ цѣлью болѣе удобнаго захвата повязкой всего бедра лучше временно сдѣлать колосовидные ходы бинта на тазъ. Такими мѣрами достигается возможность примѣнить безъ особаго затрудненія и боли довольно большую силу. Легкіе случаи genu valgum можно въ одинъ присѣсть перевести въ положеніе genu valgum. Въ такихъ повязкахъ больному дозволяется ходить уже на слѣдующій день. Въ теченіи нѣсколькихъ (2—3) мѣсяцевъ при сѣньныхъ повязкахъ (черезъ 2—3 недѣли) обыкновенно достигается полное выпрямленіе.

Сущность этапнаго леченія представляется сложной по своему дѣйствію. Выпрямленіе здѣсь достигается на счетъ суммированнаго результата растяженія связокъ, сумки и нѣкотораго сдавленія костей. Перемѣна статическихъ условій при продолжающемся ростѣ упрочиваетъ эффектъ выпрямленія ногъ и перестройку системы.

Не особенно рѣзкіе случаи genu valgum у дѣтей обыкновенно не потребуютъ болѣе коренныхъ мѣръ. Однако, тамъ, гдѣ искривленіе достигло высокихъ степеней, обязательно выступаетъ на очередь болѣе энергичный приемъ—остеотомія, остеоклязія или выдвигающійся теперь эпифизеолізъ или отрывъ эпифиза.

Остеоклязія или искусственный переломъ на мѣстѣ искривленія предложена уже давно, главнымъ образомъ *Schede*. Рядъ современныхъ инструментовъ остеоклястовъ (*Lorenz* и др.) имѣетъ въ виду точно установить мѣсто перелома. На мой взглядъ, остеоклязія, не смотря на безкровный ея характеръ, является операцией довольно тяжелой и непривлекательной по ея неточности и грубости. Техника перелома вблизи суставной линіи не особенно легка и, несомнѣнно, сопровождается поврежденіемъ мягкихъ частей.

Лучше, по моему мнѣнію, избрать болѣе вѣрный и точный способъ остеотоміи. *Roentgen*'овскій снимокъ въ настоящее время точно устанавливаетъ мѣсто для операціи, и остается выбирать между большеберцовой костью и бедренной. Въ тяжелыхъ случаяхъ искривленія можетъ понадобиться операція надъ тою и другою костью.

Какъ близкая по своему свойству къ остеоклязіи, но болѣе тонкая по выполненію, въ настоящее время привлекаетъ на себя вниманіе операція эпифизеоліза или насильственнаго отрыва эпифиза, чаще, конечно, нижняго конца бедренной кости. Операція эта имѣетъ въ виду воспользоваться непрочною связью эпифиза съ діафизомъ для выпрямленія на линіи этой спайки. Она тоже не является новостью и уже въ 1874 г. настойчиво была предлагаема французскимъ хирургомъ *Delore* подъ именемъ «*decollement epiphysaire*» и примѣнялась цѣлымъ рядомъ другихъ хирурговъ. Остеоклязія, вооруженная новыми инструментами, на нѣкоторое время вытѣснила - было операцію надъ эпифизомъ. Теоретическія возраженія, которыя могутъ быть выставлены противъ травмы эпифизарной линіи, главнымъ образомъ имѣютъ въ виду, конечно, возможность ущерба для процесса роста. Между тѣмъ, наблюденія надъ случайными поврежденіями такого-же рода, не осложненными большими смѣщеніями, весьма положительно говорятъ о томъ, что по клиническому теченію и окончательному результату отторженія эпифизовъ мало отличаются отъ обычныхъ переломовъ. Въ послѣднее время *Reimer*, представитель школы *Lothgen*'а, выступилъ горячимъ защитникомъ этой операціи и внесъ много точнаго въ ея технику. При производствѣ ея—конечно, подъ наркозомъ,—при боковомъ положеніи больного, пользуются голенью, какъ сильнымъ рычагомъ.

Правильная установка и прочная опора бедра обезпечиваются особымъ несложнымъ зажимомъ. Давленіе на голень производится руками подъ контролемъ глаза и осязанія. Собственно говоря, при этой операціи, особенно у дѣтей старшаго возраста, получается не отторженіе эпифиза бедренной кости, а ломаются и мнутся мягкія, молодыя костеобразованія въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ эпифизарной линіей. Конечно, возможны осложненія въ видѣ надломовъ и большеберцовой кости.

Относительно предѣловъ возраста для этой операціи нельзя указать точныхъ цифръ. *Reiner* считаетъ эпифизеолізъ показаннымъ для возраста не раньше 8 и не позже 17 лѣтъ. Ниже этихъ лѣтъ можно обойтись болѣе деликатнымъ этапнымъ лѣченіемъ или простой остеоклазией. Позже 17 лѣтъ показана обычная остеотомія бедренной кости. Въ послѣднее время *Reiner* расширяетъ предѣлы эпифизеоліза и для дѣтей младшаго возраста. По его мнѣнію, препятствіе для удачной операціи у этихъ дѣтей лежитъ въ особой крѣпости надкостницы около эпифизарной линіи. Поэтому онъ предлагаетъ предварительно перерѣзать надкостницу по наружной сторонѣ крѣпкимъ ножомъ и затѣмъ уже приступать къ эпифизеолізу.

Заканчивая этимъ краткій очеркъ лѣченія genu valgum, считаю необходимымъ остановиться еще на тѣхъ формахъ этого искривленія, которыя представляются своеобразными и до сихъ поръ мало подчеркнуты. Дѣло въ томъ, что, сосредоточивая вниманіе на искривленіяхъ бедра и голени, мы недостаточно придаемъ значенія роли связочнаго прибора. Тѣ же самыя условія, которыя вліяли на искривленіе кости, конечно, ведутъ къ расслабленію и связочнаго прибора колѣна, и съ усиленіемъ образованія genu valgum дальнѣйшее расшатываніе сустава также подвигается впередъ. Такимъ образомъ создается нѣкоторый *circulus vitiosus*. Разсматривая нѣкоторые случаи genu valgum, особенно въ юношескомъ возрастѣ, часто можно убѣдиться въ этомъ расшатываніи сустава, допускающемъ движеніе во фронтальной плоскости, сопровождаемое стукомъ. При изслѣдованіи въ лежачемъ положеніи можно затѣмъ убѣдиться, что степень т. наз. *valgitalis* колѣна представляется измѣнчивой и поддается произвольному увеличенію или полному выпрямленію. Измѣненія въ связочномъ приборѣ, повидимому, составляютъ здѣсь сущность дѣла. Такое расшатанное колѣно весьма склонно къ травмѣ, въ видѣ растяженія связокъ съ послѣдующимъ синовитомъ, и служитъ источникомъ постоянныхъ страданій. Эти случаи, между тѣмъ, сравнительно легко поддаются лѣченію, направленному прямо къ цѣли. Гильзовый снарядъ на бедро и голень съ шарниромъ для колѣна, допускающимъ лишь правильное сгибаніе и разгибаніе, останавливающийъ боковыя колебанія, очень скоро пріостанавливаетъ всѣ тягостныя припадкіи. Ношеніе этого снаряда на одной или обѣихъ ногахъ не стѣсняетъ больного, ибо снарядъ этотъ остается скрытымъ подъ одеждою. Упоминаемые мною случаи—именно тѣ, которые даютъ успѣхъ лѣченія даже при замѣнѣ кожаныхъ гильзъ гипсовыми въ общій практикѣ. Поставленный въ условіе покоя связочный приборъ быстро пріобрѣтаетъ свою прежнюю крѣпость, и genu valgum исчезаетъ. Для примѣра приведу слѣдующій исключительный случай.

Интеллигентная дѣвушка, 21 г., высокаго роста, обратилась ко мнѣ съ явленіями острого синовита праваго колѣннаго сустава, развившагося послѣ паденія ея въ саду. При изслѣдованіи найдены признаки легкой степени genu valgum на обѣихъ сторонахъ. Нѣсколько мѣсяцевъ спустя послѣ излѣченія отъ воспаленія она явилась съ повтореніемъ его, наступившимъ послѣ танцевъ. И здѣсь массажъ, покой, ванны дали удовлетворительный результатъ. Съ 3-мъ припадкомъ больная случайно попала въ другія руки. Энергичное лѣченіе состояло въ натираніи колѣна льдомъ (!) и массажѣ; для коренного исцѣленія предложена Старая Русса. Въ такомъ безотрадномъ положеніи, прикованная къ дому, передвигавшаяся на костыляхъ, больная снова попала ко мнѣ и согласилась носить ортопедическій снарядъ. Съ момента наложенія его всѣ явленія раздраженія колѣна исчезли. Больная стала вести обычную жизнь, много гуляетъ. Спустя 2 мѣс. исчезло боковое расшатываніе праваго колѣна, имѣющаго теперь лишь намекъ на genu valgum, въ то время какъ въ другомъ колѣнѣ эти явленія еще рѣзко замѣтны. Ношеніе снаряда пріостановлено, прекративъ въ скоромъ времени.

Литература: 1. *Maas*. «Berliner klinische Wochenschrift», 1901 г., № 6.—2. *Оль-же*. «Zeitschrift f. Orthopädie», т. XI, стр. 128.—3. *Mikulicz*. «Langenbeck's Archiv», 1879 г.—4. *Langing und Schulther*. Handbuch der Orthopädie, 1901 г., стр. 497.—5. *Hoffa*. Handbuch der Orthopädie, 1905 г., стр. 697.—6. *Г. И. Турнеръ*. «Zeitschrift für Orthopädie», т. XIII.

CXLVIII. Изъ пропедевтической терапевтической клиники проф. А. П. Фавицкаго въ В.-Медицинской Академіи.

## Верональ и его терапевтическое значеніе.

Ассистента клиники Г. Г. Ликиди.

Въ ряду болѣзненныхъ явленій, присущихъ громадному большинству самыхъ разнородныхъ заболѣваній человеческого организма и потому встрѣчающихся какъ въ больничной, такъ и въ частной врачебной практикѣ, на каждомъ шагѣ, одно изъ видныхъ мѣстъ занимаетъ «бессонница» или меньшая степень ея—«плохой сонъ».

Несомнѣнно, что явленіе это, наблюдаемая при самыхъ разнородныхъ заболѣваніяхъ, тѣмъ самымъ заставляетъ думать, что причина, вызывающая его,—т. наз. этиологическій моментъ—тоже можетъ быть разнообразной, а потому, казалось-бы, не должно быть рѣчи объ устраненіи этого болѣзненного явленія однимъ и тѣмъ-же врачебнымъ средствомъ во всѣхъ случаяхъ. Дѣйствительно, въ очень многихъ случаяхъ врачъ, наблюдая бессонницу при какомъ-либо заболѣваніи, не прибѣгнетъ къ назначенію тотчасъ-же любого снотворнаго, а, вдумавшись въ этиологию и ходъ заболѣванія, назначитъ средство для даннаго случая наиболѣе цѣлесообразное, — иначе говоря, постарается сдѣлать свою терапію рациональной; такъ, напр., назначитъ болеутоляющее при бессонницѣ отъ болей, жаропонижающее при бессонницѣ отъ высокой температуры или лихорадки, успокоительное сердечное при бессонницѣ отъ возбужденной работы сердца, опорожняющее кишечникъ при бессонницѣ отъ вздутія кишокъ газами при запорахъ и т. д. Но за всѣми этими соображеніями остается еще цѣлый рядъ случаевъ, когда лѣченіе бессонницы не можетъ, по крайней мѣрѣ въ любой моментъ, быть рациональнымъ въ строгомъ смыслѣ этого слова, когда оно можетъ и даже должно быть припадочнымъ. Сюда надо отнести всѣ многочисленныя случаи бессонницы на нервной почвѣ, главнымъ образомъ при нервномъ переутомленіи, при истеріи, при малокровіи, при известковомъ перерожденіи сосудовъ. Сознывая, конечно, и въ этихъ случаяхъ цѣлесообразность примѣненія средствъ, преслѣдующихъ основное страданіе, врачъ все-же не можетъ обойтись ими одними, когда выступаетъ на первый планъ такой припадокъ, какъ бессонница, когда требуется воздѣйствовать на это болѣзненное явленіе и устранить его въ кратчайшій срокъ. Вотъ тогда-то и пріобрѣтаетъ полную законность назначеніе на нѣкоторый срокъ средствъ снотворныхъ въ тѣсномъ смыслѣ этого понятія.

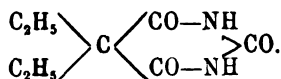
Группа средствъ этого рода довольно многочисленна, и тѣмъ не менѣе она все еще продолжаетъ обогащаться время отъ времени новыми членами, вводимыми въ ея составъ то на основаніи практическаго опыта, то въ силу теоретическихъ соображеній. Этотъ фактъ продолжающагося нарастанія состава группы снотворныхъ, конечно, говорить уже самъ по себѣ за извѣстную неудовлетворительность употреблявшихся или употребляемыхъ средствъ этого рода, и, дѣйствительно, клиника подтверждаетъ это каждый день. Если хлораль-гидратъ, напр., является однимъ изъ наиболѣе вѣрно дѣйствующихъ снотворныхъ средствъ, все-же примѣненіе его не всегда показано въ виду парализующаго его вліянія на сосудо-двигательный и дыхательный центры; хлораль-амидъ, будучи въ этомъ отношеніи менѣе вреднымъ, дѣйствуетъ вдвое и втрое слабѣе хлораль-гидрата въ смыслѣ вызванія сна; еще менѣе дѣйствительной должна считаться хлоралоза. Паральдегидъ и амилент-гидратъ имѣютъ крупный недостатокъ—очень противный вкусъ; нѣсколько сродни имъ въ этомъ отношеніи уретанъ и дорміолъ (соединеніе хлораля съ амилент-гидратомъ), при чемъ снотворное дѣйствіе ихъ не

постоянно, не влияет на вѣрняка. Сульфональ и тріональ отличаются невыгоднымъ свойствомъ очень трудно растворяться (только въ горячей водѣ), а также очень медленнымъ всасываніемъ; этими-же свойствами обладаетъ, вызывающій сравнительно часто явленія диспепсін, гипналь. Гедональ, которому не присущи большинство перечисленныхъ недостатковъ другихъ снотворныхъ, не отличается постоянствомъ своего дѣйствія.

Такимъ образомъ мысль или попытка ввести въ ряды уже изученныхъ снотворныхъ средствъ новое такое-же средство, по возможности, свободное отъ недостатковъ, присущихъ прежнимъ, не можетъ считаться праздною или лишеною клиническаго интереса. Вотъ почему я, заинтересовавшись въ 1903 г. первыми, очень единодушными, хорошими отзывами о новомъ снотворномъ средствѣ «верональ», сталъ его испытывать на различныхъ больныхъ въ пропедевтической терапевтической клиникѣ проф. А. П. Фавицкаго, а также и въ своей частной практикѣ въ отдѣльныхъ подходящихъ случаяхъ. Въ настоящее время, располагая нѣкоторымъ, болѣе или менѣе достаточнымъ для выводовъ, числомъ (78 случаевъ) наблюденій надъ дѣйствіемъ вероната, я позволю себѣ подѣлиться съ товарищами данными, полученными при употребленіи этого средства при различныхъ заболѣваніяхъ, и выводами, которые могутъ быть сдѣланы изъ этихъ наблюденій.

Изложенію своихъ личныхъ наблюденій я предпошлю характеристику свойствъ вероната вообще и его дѣйствія при различныхъ заболѣваніяхъ по имѣющимся уже въ русской и иностранной литературѣ сообщеніямъ различныхъ наблюдателей. Литература объ этомъ средствѣ, не смотря на 2 1/2-годовой срокъ его существованія, разрослась уже довольно значительно, такъ что я могъ насчитать до 64-хъ авторовъ, работавшихъ съ нимъ.

Верональ добытъ синтетическимъ путемъ E. Fischer'омъ и I. Mering'омъ<sup>1)</sup> въ 1903 г. на основаніи слѣдующихъ соображеній, которыя и побудили ихъ предложить ввести это средство во врачебную практику. Раздѣляя вообще всѣ снотворныя по химическому ихъ составу на 4 группы: 1) хлораль-гидратъ и его производныя (хлораль-амидъ, паральдегидъ и т. д.), 2) амиленагидратъ—(и связующій его съ хлораль-гидратомъ— дорміолъ), 3) уретанъ и его производныя (гедональ), и 4) тріональ (дисульфоны), можно было установить на основаніи изслѣдованій Thierfelder'a<sup>2)</sup>, а также Baumann'a и Kast'a<sup>3)</sup>, что сущность снотворнаго дѣйствія дисульфовъ зависитъ главнымъ образомъ отъ количества этиловыхъ группъ, входящихъ въ ихъ составъ. На основаніи этого соображенія синтетическимъ путемъ былъ найденъ рядъ снотворныхъ— производныхъ мочевины, какъ-то: 1) діэтил-ацетил-мочевина, равная по силѣ дѣйствія сульфону; 2) дипропил-малонил-мочевина—средство, дѣйствующее въ 4 раза сильнѣе сульфона, но сопровождающееся рядомъ непереносимыхъ послѣдственныхъ явленій; 3) діэтил-малонил-мочевина, въ которой необходимая для сна группа мочевины сочетается съ особенно выгоднымъ въ смыслѣ снотворнаго дѣйствія производнымъ діалкилмалоновой кислоты. По силѣ дѣйствія это средство стоитъ по среднѣ между первыми 2-мя названными производными мочевины, и оно именно и получило названіе вероната. Химическая формула его  $\text{CO} \cdot (\text{NH} \cdot \text{CO})_2 \cdot \text{C}(\text{C}_2\text{H}_5)_2$  или



По внѣшнему виду это—красиво кристаллизующееся, безцвѣтное вещество, расплавляющееся при 190° Ц., слегка горькое на вкусъ, растворяющееся въ 12 частяхъ кипящей воды и въ 145 частяхъ воды при 20° Ц., слабо кислой реакціи, легко растворимое въ 96%-мъ спиртѣ, менѣе растворимое въ эфирѣ и вовсе не растворяющееся въ прованскомъ маслѣ и въ глицеринѣ.

Испытаніе этого средства на животныхъ, сдѣланное P. Kleist'омъ<sup>4)</sup> въ фармацевтическомъ Институтѣ при Берлинскомъ Университетѣ, показало, что верональ парализуетъ у лягушекъ центральную нервную систему (сначала головную, а потомъ и спинной мозгъ), оставляя нетронутыми периферические нервы. При введеніи вероната собакамъ рег. ос. дѣйствіе его начинало проявляться уже черезъ 1/2 часа, при введеніи-же подъ кожу—еще быстрѣе. Точнѣе-же отмѣчалось и начало выведения его изъ организма; наибольшее дѣйствіе его проявлялось черезъ 3 часа послѣ введенія. Сонъ былъ обыкновенно безпокойный, и при пробужденіи животныя имѣли недовольный видъ. Температура тѣла понижалась иногда на 3°, вѣроятно, вслѣдствіе пониженнаго выведения азота. Кромѣ воздѣйствія на центральную нервную систему, наблюдалось вліяніе вероната и на сосудистую систему: сосуды кожи суживались, сосуды почек значительно расширялись, и вслѣдствіе ускореннаго тока крови увеличивалось выведение воды и твердыхъ составныхъ частей мочи, при чемъ, однако, раздраженія почек не наблюдалось ни разу. Бактерицидическаго свойства за вероналомъ найти не удалось, а равно не пришлось отмѣтить и какого-либо вліянія его на составъ крови,

даже при введеніи его въ кровь въ 1%-мъ растворѣ.—Изъ русскихъ наблюдателей, изучавшихъ дѣйствіе вероната на животныхъ, д-ръ А. А. Кораблевъ<sup>5)</sup> отмѣтилъ также угнетающее дѣйствіе его на центральную нервную систему и психомоторные центры, безъ замѣтнаго вліянія на мышцы и периферические нервы; при отравляющихъ дозахъ сердце переживало дыханіе; и увеличивалась частота пульса (на счетъ пониженія тонуса блуждающаго нерва?).

Н. И. Бочаровъ<sup>6)</sup>, наблюдавшій при малыхъ дозахъ вероната замедленіе сердеченій, объясняетъ послѣднее вліяніемъ вероната на двигательные узлы или на самую мышцу сердца, ускореніе-же сердеченій при отравляющихъ дозахъ ставитъ въ зависимость отъ паралича сосудодвигательнаго центра въ продолговатомъ мозгу.

Д-ръ Н. Е. Печниковъ<sup>7)</sup>, изучавшій на животныхъ сравнительное дѣйствіе на центральную нервную систему, дыханіе и сердце различныхъ снотворныхъ средствъ (жирнаго ряда), признаетъ всѣ преимущества хорошаго вліянія за вероналомъ и вліяніе его на сердце считаетъ очень незначительнымъ (еще менѣе, чѣмъ верональ, вліяетъ на сердце въ ряду снотворныхъ лишь одинъ уретанъ); по силѣ снотворнаго дѣйствія онъ ставитъ его ниже гедоната, изопрала и хлоралгидрата, и выше паральдегида и уретана.

Установивъ болѣе или менѣе твердо сущность физиологическаго дѣйствія вероната на живой организмъ, наблюдатели перешли къ лѣчебному примѣненію его у постели больного и стали вырабатывать наиболѣе выгодную дозировку, такъ какъ Raschkow<sup>8)</sup> установилъ до тѣхъ поръ только смертельную дозу (для холонокровныхъ и теплокровныхъ), равную 1,0 на кило вѣса тѣла. Колебанія въ размѣрахъ единичной, а также и максимальной, дозы при этомъ получились весьма значительныя: въ то время, какъ Rosenfeld<sup>9)</sup>, Lotsch<sup>10)</sup> и Pisarski<sup>11)</sup> получали удовлетворительные результаты при назначеніи 0,25 вероната на приемъ, Aronheim<sup>12)</sup>, Alter<sup>13)</sup> и Toogood<sup>14)</sup> назначали, какъ обычную снотворную дозу, 0,6—1,0; большинство авторовъ все-же остановилось и примѣняли съ довольно постояннымъ успѣхомъ, какъ среднюю дозу, 0,5 для мужчинъ и 0,3 для женщинъ [Lilienfeld<sup>15)</sup>, Matthey<sup>16)</sup>, Euler<sup>17)</sup>, Ulrici<sup>18)</sup>, Jordan<sup>19)</sup>, Luther<sup>20)</sup>] и лишь въ случаяхъ упорной бессонницы примѣняли безъ какихъ-либо вредныхъ послѣдствій 0,75 на приемъ [Schüle<sup>21)</sup>, Poly<sup>22)</sup>]. Особнякомъ въ смыслѣ исключительной дозировки стоятъ наблюденія Jolly<sup>23)</sup>, Kaan'a<sup>24)</sup>, Hoppe<sup>25)</sup> и Hoeftmann'a<sup>26)</sup>, гдѣ больные въ виду сильнаго нервного возбужденія и сопутствующей бессонницы получали въ теченіи нѣсколькихъ дней подъ рядъ по 2,0 вероната на приемъ на ночь (при бѣлой горячкѣ, т. наз. дрожательномъ параличѣ, хроническомъ алкоголизмѣ и морфинизмѣ). Berent<sup>27)</sup> доходилъ до назначенія 3,5 вероната на приемъ и 8,0 въ теченіи дня при падучей болѣзни и не видѣлъ при этомъ вредныхъ послѣдствій. При назначеніи вероната въ количествѣ 4,0 на день (по 1,0 на приемъ) Matthey<sup>16)</sup> могъ отмѣтить только замедленіе пульса до 42-хъ ударовъ въ минуту безъ измѣненія правильности его; между тѣмъ Clarke<sup>28)</sup> наблюдалъ послѣ 7,5 вероната, принятыхъ въ теченіи 3-хъ дней, уже цѣлый рядъ признаковъ отравленія, какъ-то: бредъ, лихорадку, эритематозную сыпь, опуханіе лимфатическихъ железъ и боли въ мышцахъ. Подобные-же признаки отравленія съ добавленіемъ къ нимъ рвоты, суженія зрачковъ и шатающейся походки наблюдали P. Held<sup>29)</sup> послѣ 9,0 вероната, принятыхъ заразъ съ цѣлью самоубійства, I. Geiringer<sup>30)</sup> послѣ 4,5 (на приемъ) и Gerhartz<sup>31)</sup> послѣ 3,0, принятыхъ въ одинъ приемъ. Всѣ эти случаи отравленія закончились выздоровленіемъ послѣ продолжительнаго (24—48 час.) сна и не оставили никакихъ замѣтныхъ измѣненій въ организмѣ. Смертельный исходъ при отравленіи вероналомъ извѣстенъ до настоящаго времени лишь въ одномъ \*) случаѣ, описанномъ въ литературѣ, при чемъ однако нужно оговориться, что описаніе этого случая, наблюдавшагося E. Harnack'омъ<sup>32)</sup>, и обстоятельства, сопровождавшія его, столь туманны, что позволяютъ сомнѣваться въ дѣйствительной ядовитости вероната. Вотъ краткѣйшій этотъ случай.

50-лѣтнему мужчине было отпущено, по ошибкѣ аптекаря, какъ глистогонное, 10,0 вероната (вмѣсто такого-же количества

\*) Когда работа эта близилась уже къ концу, появилось сообщеніе F. Ehrlich'a<sup>34)</sup> о 2-хъ случаяхъ самоубійства посредствомъ вероната: было принято внутрь 15,0 и 11,0. Смерть наступила въ обоихъ случаяхъ черезъ 20 час. при явленіяхъ, схожихъ съ морфиннымъ отравленіемъ.



каналам) въ соединеніи съ 5,5 зерной вытяжки мужского папоротника, послѣдствіемъ этого отравленія былъ тяжелый коматозный сонъ, сопровождавшійся постепеннымъ исчезаніемъ рефлексовъ и закончившійся смертью черезъ 65 час. послѣ принятія лѣкарства. По вскрытіи во внутреннихъ органахъ не найдено никакихъ патологическихъ измѣненій, и лишь путемъ химическаго анализа извлечено изъ органовъ и изъ мочи въ общей сложности 0,2 веронала; между тѣмъ это послѣднее обстоятельство говоритъ отчасти противъ возможности обвиненія въ данномъ случаѣ веронала, такъ какъ наблюденіями *H. v. Kaan*'а<sup>24)</sup> и *Fischer*'а<sup>25)</sup> установлено, что верональ проходитъ черезъ организмъ въ большей своей части въ неизмѣненномъ видѣ и выводится мочою въ теченіи 4—5 дней въ количествѣ 62—70% всего принятаго вещества. Помимо этого, дѣлаетъ этотъ случай неубѣдительнымъ въ смыслѣ отравленія вероналомъ еще и то обстоятельство, что вмѣстѣ съ вероналомъ было введено въ организмъ далеко не безразличное вещество—папоротникъ.

Еще менѣе доказателенъ въ смыслѣ признанія ядовитости за вероналомъ случай «веронализма», упоминаемый *Kressom*'омъ<sup>26)</sup>, гдѣ больная, истеричка, съ тяжелой послѣдственнойностью, какъ то подчеркиваетъ самъ авторъ, погибла при явленіи т. наз. падучаго состоянія послѣ 11½-мѣсячную употребленія веронала, по 1—2 грм. въ сутки. Вскрытіе въ данномъ случаѣ сдѣлано не было, но, и помимо этого обстоятельства, самый фактъ столь продолжительнаго употребленія веронала можетъ говорить скорѣе за относительную неядовитость его, чѣмъ на оборотъ. И дѣйствительно, въ литературѣ имѣются еще нѣсколько указаній на очень продолжительное злоупотребленіе вероналомъ («веронализмъ») безъ какихъ-либо стойкихъ вредныхъ измѣненій въ организмѣ; такъ, напр., *Laudenheimer*'а<sup>24)</sup> сообщаетъ случай, гдѣ 50-лѣтній морфинистъ принималъ въ теченіи мѣсяца около 250 грм. веронала (не менѣе 4,0 въ день), при чемъ не представлялъ никакихъ другихъ патологическихъ явленій, кромѣ припадковъ легкаго опьяненія, какъ-то: приподнятаго настроенія (эйфоріи), возбужденной фантазіи, слегка шатавшейся походки, дрожанія рукъ и заплетавшагося языка; уменьшенное отдѣленіе мочи—до 250 к. стм. въ сутки—и появленіе слѣдовъ бѣлка въ мочѣ, отмѣченное въ этомъ случаѣ, — эти 2 припадка стоятъ особнякомъ во всей литературѣ о вероналѣ и, повидимому, должны быть объяснены имѣвшимся у больного одновременно съ вѣнчикомъ мочеиспускательнаго канала, а также катарромъ мочевого пузыря, тѣмъ болѣе, что собиравшаяся моча была «противнаго запаха и мутная». Объясненіе это или — вѣрнѣе — возможность такого объясненія въ данномъ случаѣ особенно важна, такъ какъ ни одинъ авторъ болѣе не указываетъ на уменьшающую мочеотдѣленіе способность веронала, многіе же [*Homburger* 23), *Kleist* 4), *Michel* и *Raimann* 26)] отмѣчаютъ даже повышенное мочеотдѣленіе при употребленіи среднихъ дозъ веронала; въ равной степени всѣ наблюдатели отрицаютъ появленіе бѣлка въ мочѣ подъ вліяніемъ веронала, что стоитъ въ полной связи съ экспериментальными данными *Trautmann*'а<sup>27)</sup>, предлагавшаго въ свое время верональ, какъ средство, оберегающее бѣлки отъ распада, а потому особенно пригодное при острыхъ лихорадочныхъ и истощающихъ заболѣваніяхъ, — въ противоположность хлоралъ-гидрату, повышающему распадъ бѣлковъ [*Taniguti* и *Peiser* 28)]. Кромѣ указанія *Laudenheimer*'а на возможность очень длительнаго употребленія веронала безъ разрушительнаго вліянія на организмъ, можно привести еще однородныя указанія—*Hoppe* 25), гдѣ 26-лѣтній алкоголикъ принималъ ежедневно на ночь, въ теченіи 7 недѣль подъ-рядъ, по 2,0 и 3,0 веронала, спалъ до полудня и производилъ лишь впечатлѣніе человека не трезваго, и *Hoefmann*'а<sup>28)</sup>, гдѣ молодая морфинистка принимала по 2,0—3,0 веронала ежедневно въ теченіи 4 недѣль.

На основаніи изложеннаго можно признать верональ средствомъ относительно неядовитымъ при условіи даже длительнаго употребленія его, чего, конечно, всегда возможно избѣгать во врачебной практикѣ. Средней дозой его для полученія сна слѣдуетъ считать 0,5 для мужчинъ и 0,3—0,35 для женщинъ; у дѣтей желаемый результатъ получается при дозахъ: 0,025—0,075 для грудныхъ и 0,2—0,3 для дѣтей въ возрастѣ отъ 8 до 12 лѣтъ [*Fr. Schiffer* 40), *Fraenkel M.* 68)].

Быстрота наступленія сна послѣ приема веронала различными авторами опредѣляется довольно различно, а

именно—въ предѣлахъ отъ ¼ часа до 2-хъ часовъ; однако, большинство наблюдателей считаетъ болѣе обычной продолжительность этого періода въ ¼—½ часа [*Lilienfeld* 15), *Pisarski* 11), *Montagnini* 41), *v. Kaan* 24) и др.]. Конечно, возможны колебанія этой величины, т. е. сокращеніе или удлиненіе періода, предшествующаго сну, въ зависимости отъ размѣровъ отдѣльныхъ приемовъ лѣкарства или отъ степени противодѣйствія бодрствующаго организма, какъ это наблюдалъ, напр., *Pisarski* 11), видѣвшій наступленіе сна у малокровныхъ женщинъ и у людей истощенныхъ черезъ 1½ часа послѣ приема только 0,25 веронала, въ то время какъ у большинства мужчинъ приемъ 0,5 веронала давалъ глубокий сонъ черезъ часъ, 0,75—черезъ ¾ часа, а 1,5 грм. усыпляли черезъ ¼ часа. Болѣе длительные періоды бодрствованія послѣ приема среднихъ дозъ веронала наблюдали *Jolowicz* 42), *Drapier* 43), *Luther* 29) и *Jordan* 19), по описаніямъ которыхъ дѣйствіе этого средства проявляется лишь черезъ часъ отъ момента приема, и, наконецъ, по наблюденіямъ *Too-good*'а<sup>14)</sup>, верональ даетъ глубокий сонъ лишь черезъ ½—2 часа.

Гораздо большія колебанія цифръ встрѣчаются у наблюдателей, работавшихъ съ вероналомъ, по отношенію къ продолжительности дѣйствія этого средства, т. е. продолжительности, а также и глубинѣ наступившаго сна. Тутъ мы находимъ среднюю продолжительность сна отъ веронала въ 3—7 час. [*Würth* 44)], въ 6—9 час. [*Pisarski* 11), *Lilienfeld* 15), *Jolowicz* 42)], въ 8—10 час. [*Lotsch* 10), *Schiffer* 40), *Fischer* 39)], въ 9—11 час. [*Berent* 27), *Rosenfeld* 9)] и даже въ 10—12 час. [*Hoppe* 25)]; если отбросить данныя послѣдняго изъ перечисленныхъ наблюдателей, *Hoppe*, имѣвшаго дѣло съ лицомъ, хронически злоупотреблявшимъ вероналомъ и прибѣгавшимъ потому къ приемамъ выше среднихъ, то можно установить, какъ среднюю величину, одну цифру, болѣе часто встрѣчающуюся въ указаніяхъ большинства авторовъ, а именно — 9, она и будетъ въ дѣйствительности показателемъ средней продолжительности сна послѣ среднихъ (0,5—0,75) приемовъ веронала. Въ случаяхъ отравленія вероналомъ наблюдалась, конечно, и болѣе продолжительная сонливость; такъ, напр., въ случаѣ *Gerharts*'а<sup>21)</sup> истеричка, 31 г., проспала послѣ приема 3,0 веронала съ небольшими промежутками 48 час., а въ случаѣ *Held*'а<sup>29)</sup> 30-лѣтняя женщина спала послѣ приема 9,0 средства тяжелымъ сномъ около 60 час., но эти данныя не могутъ имѣть значенія при оцѣнкѣ снотворной способности веронала вообще. Нѣкоторый интересъ въ этомъ смыслѣ могутъ еще представить случаи: *T. Watts*'а<sup>45)</sup>, гдѣ 80-лѣтній старикъ послѣ приема 0,36 веронала спалъ безъ пробужденія 24 часа подъ-рядъ, *H. David*'а<sup>46)</sup>, наблюдавшаго тоже 24-часовой сонъ у 74-лѣтняго старика послѣ приема 1,0 веронала, и, наконецъ, *H. v. Kaan*'а<sup>24)</sup>, отмѣтившаго «хорошій сонъ въ теченіи 32 час. съ поднятіемъ сердечной дѣятельности» у 64-лѣтняго сердечнаго больного, принявшаго въ теченіи дня 3,0 веронала. Во всякомъ случаѣ придавать при оцѣнкѣ веронала рѣшающее значеніе цифрамъ, указывающимъ среднюю продолжительность сна, отнюдь не приходится, потому что въ число слагаемыхъ, обуславливающихъ эту величину, входитъ цѣлый рядъ случайныхъ обстоятельствъ, главнымъ же образомъ личныя свойства больного, столь различныя въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, а потому и не допускающія обобщенія выводовъ. Болѣе цѣннымъ въ этомъ смыслѣ данныя получились-бы, если-бы удалось прослѣдить характеръ самаго сна, условія, при которыхъ онъ болѣе благоприятно развивается и протекаетъ, а также глубину его и послѣдствія, какъ и явленія, сопровождающія пробужденіе. Лучшее всего подойти къ разрѣшенію этого вопроса путемъ разсмотрѣнія различныхъ видовъ бессонницы, при которой примѣнялся верональ, и результатовъ, получавшихся въ различныхъ случаяхъ его примѣненія.

Бессонница, какъ припадокъ, свойственна чуть-ли не всѣмъ видамъ извѣстныхъ доселѣ въ патологіи заболѣваний, проявляясь то въ томъ, то въ другомъ періодѣ ихъ, то болѣе, то менѣе выраженной; тѣмъ самымъ объясняется, конечно, и просторъ области заболѣваній, при которыхъ испытывался верональ; новсе-же чаще всего онъ

находилъ себѣ примѣненіе при различныхъ нервныхъ и душевныхъ страданіяхъ, съ которыхъ я и начну свой обзоръ.

Прежде и чаще всего онъ примѣнялся нейропатологами при явленіяхъ возбужденія и остраго бреда, такъ часто сопутствующихъ цѣлому ряду психическихъ заболѣваній. Результаты у разныхъ изслѣдователей получались неоднородные: въ то время, какъ *Thomson* <sup>47)</sup> и *Jolowicz* <sup>42)</sup> не достигали полного успокоенія у своихъ больныхъ, *v. Hussen* <sup>48)</sup> достигъ желаемого эффекта въ 32-хъ случаяхъ изъ 33-хъ; *Jolly* <sup>23)</sup>, испытывавшій это средство на 148 больныхъ, успокаивалъ больныхъ (бѣлогорачечныхъ), доводя отдѣльные приемы средства до 2,0 за разъ или повторяя приемы по 1,0 черезъ часъ; въ равной степени *Würth* <sup>44)</sup> устранялъ (въ 84 случаяхъ) возбужденіе съ успѣхомъ, назначая верональ по 0,5 черезъ 1—3 часа до дѣйствія; довольны его дѣйствіемъ при возбужденіи у психическихъ больныхъ также и *Toogood* <sup>14)</sup>, *Drappier* <sup>43)</sup> и *Montagnini* <sup>41)</sup>. Отрицательные результаты дало примѣненіе веронала у больныхъ съ преждевременнымъ (*de mentia praecox*) и старческимъ (*d. senilis*), слабоуміемъ, въ чемъ согласны *Rosenfeld* <sup>9)</sup>, *Matthey* <sup>16)</sup>, *Abraham* <sup>49)</sup> и *van Hussen* <sup>48)</sup>. Единичныя указанія на хорошее вліяніе веронала имѣются въ литературѣ по отношенію къ слѣдующимъ болѣзненнымъ формамъ: при мигрени [*Jordan* <sup>19)</sup>], при галлюцинаціяхъ [*Weber* <sup>50)</sup>], при отученіи больныхъ отъ морфія [*Kaan* <sup>24)</sup>, *Lilienfeld* <sup>15)</sup>], при хроническомъ алкоголизмѣ [*Rosenfeld* <sup>9)</sup>, *Hoppe* <sup>25)</sup>], при падучей — въ большихъ дозахъ [*Berent* <sup>27)</sup>]. За всѣмъ тѣмъ, если относительно постоянства дѣйствія веронала при различныхъ формахъ нервныхъ страданій могутъ еще существовать 2 мнѣнія, то по отношенію къ одной формѣ — а именно, *спинномозговой нейрастеніи* — репутація веронала, какъ вѣрнаго, постоянного и безвреднаго снотворнаго средства, можетъ считаться упроченной. Дѣйствительно, всѣ авторы, работавшіе когда-либо съ вероналомъ и примѣнявшіе его отъ бессонницы у нейрастениковъ, какъ-то: *Lilienfeld* <sup>15)</sup>, *Fassbind* <sup>66)</sup>, *Rosenfeld* <sup>9)</sup>, *Oppenheim* <sup>51)</sup>, *Schüle* <sup>21)</sup>, *v. Kaan* <sup>24)</sup> и многіе др., всѣ согласны, что въ этихъ случаяхъ верональ не измѣнялъ имъ и давалъ ровный, глубокий сонъ при хорошемъ пульсѣ, продолжавшійся 6—9 час., не оставившій при пробужденіи никакой тяжести въ головѣ (изрѣдка легкое головокруженіе) и не сопровождавшійся никакими осложненіями. Очень доволенъ вероналомъ, какъ средствомъ снотворнымъ и вообще успокоительнымъ, *H. Davids* <sup>46)</sup>, назначавшій его очень многимъ больнымъ въ своей глазной практикѣ послѣ большихъ операций. Ввести, однако, верональ въ употребленіе, какъ наркотическое средство, со специальной задачей притуплять болевые ощущенія, никому изъ наблюдателей не удалось; даже болѣе того, — если бессонница обуславливалась преимущественно болями, верональ оказывался средствомъ мало дѣйствительнымъ, какъ вызывающее сонъ [*Poly* <sup>22)</sup>, *Thomson* <sup>47)</sup>, *Euler* <sup>17)</sup>]. Не желая все-же отказываться отъ желательнаго снотворнаго вліянія веронала, нѣкоторые наблюдатели въ случаяхъ одновременнаго существованія бессонницы и болей прибавляли къ вероналу болеутоляющія средства и назначали его, напр., такъ: *Pisarski* <sup>11)</sup> — верональ (0,5) съ кодеиномъ (0,02), *Jolowicz* <sup>42)</sup> верональ съ морфіемъ (0,02—0,03); *Homburger* <sup>35)</sup> внутреннему назначенію веронала (0,25) предпосылалъ подкожное впрыскиваніе морфія (0,005). При такомъ способѣ назначенія всѣ названные наблюдатели постоянно получали вполнѣ успѣшные результаты, но относить этотъ успѣхъ на долю веронала или считаться съ нимъ, конечно, рискованно.

Гораздо меньше, чѣмъ въ нейропатологіи, испытывался верональ въ области внутреннихъ заболѣваній. Здѣсь мы имѣемъ только работы *Stein*'а <sup>67)</sup>, *Jolowicz*'а <sup>11)</sup>, *Wiener*'а <sup>52)</sup> и *Alter*'а <sup>13)</sup>, примѣнявшихъ это средство при различныхъ острыхъ и хроническихъ лихорадочныхъ заболѣваніяхъ (при воспаленіи плейры, легкихъ, почекъ, хронической бугорчаткѣ) и оставшихся не вполнѣ удовлетворенными получившимися результатами, затѣмъ работы *Pfeiffer*'а <sup>53)</sup> и *Jordan*'а <sup>19)</sup>, *Pisarski*'а <sup>11)</sup>, *Homburger*'а <sup>35)</sup> и *v. Kaan*'а <sup>24)</sup>, которые въ ряду разнородныхъ заболѣваній примѣняли

верональ также первые 2 — при гриппѣ, а послѣдніе 3 — при хроническихъ болѣзняхъ (при бугорчаткѣ, болѣзняхъ сердца и почекъ, сахарномъ мочеизнуреніи), съ хорошимъ успѣхомъ, при чемъ, помимо непосредственнаго снотворнаго дѣйствія, отмѣтили еще: *Pisarski* <sup>11)</sup> — уменьшеніе суточнаго количества мочи при сахарномъ мочеизнуреніи (съ 4000 к. стм. при уд. в. 1,060 на 2000—3000 к. стм. при уд. в. 1,050) и паденіе  $\frac{1}{10}$ -наго содержанія сахара (съ 14 на 12); *Homburger* <sup>35)</sup> — уменьшеніе бѣлка въ мочѣ при воспаленіи почекъ и *H. v. Kaan* <sup>24)</sup> — поднятіе работы сердца съ исчезаніемъ отековъ у сердечнаго больного. Описаніе не менѣе благотворнаго тонизирующаго вліянія веронала на сердце находимъ мы также въ статьѣ *Jordan*'а <sup>19)</sup>, который наблюдалъ сокращеніе размѣровъ увеличеннаго въ поперечникѣ сердца съ одновременнымъ усиленіемъ и выравниваніемъ пульсовой волны послѣ сна, вызваннаго у больного (съ известковымъ перерожденіемъ сосудовъ) назначеніемъ 1,0 веронала. Требуется упоминанія здѣсь еще одинъ интересный фактъ, случайно замѣченный *Ulrici* <sup>18)</sup> и *Saurek*'омъ <sup>54)</sup>, а потомъ подтвержденный первымъ на 30 больныхъ съ очень хорошимъ успѣхомъ (только 1 случай неудачи), это — уменьшеніе и даже прекращеніе ночныхъ потовъ у больныхъ бугорчаткой легкихъ, при чемъ достаточно было давать 3 дня подрядъ по 0,3—0,6 веронала на ночь, чтобы получить прекращеніе потовъ на 2—3 недѣли; въ этомъ отношеніи *Ulrici* <sup>18)</sup> предпочитаетъ верональ даже атропину и агарипину. Измѣренія вѣса тѣла, производившіяся нѣкоторыми наблюдателями попутно при употребленіи веронала, показывали обычно небольшою простоту вѣса [*Pisarski* <sup>11)</sup>, *Mendel* и *Kron* <sup>55)</sup>, *Köhler* <sup>65)</sup>].

Для того, чтобы заключить характеристику веронала, я долженъ коснуться еще 2-хъ свойствъ его, весьма цѣнныхъ при опредѣленіи значенія снотворнаго средства вообще, а именно: привыканія организма къ употребленію средства, вслѣдствіе чего съ теченіемъ времени приходится увеличивать дозу его для поддержанія эффекта, и побочныхъ явленій, вызываемыхъ примѣненіемъ средства у отдѣльныхъ лицъ. Эти 2 отрицательныхъ качества свойственны, къ сожалѣнію, всѣмъ извѣстнымъ до настоящаго времени снотворнымъ средствамъ; не освободивъ отъ нихъ и верональ.

Относительно привыканія къ вероналу мы имѣемъ цѣлый рядъ наблюденій [*Joly* <sup>23)</sup>, *Berent* <sup>27)</sup>, *Abraham* <sup>49)</sup>, *Luther* <sup>20)</sup>, *Michel* и *Raimann* <sup>36)</sup>, *Neufeld* <sup>56)</sup>, *Honigschied* <sup>57)</sup>], наглядно показывающихъ, что больные, особенно мужчины, довольно быстро привыкали къ начальной дозѣ его и что для усыпленія того-же самого больного послѣ 3—4-хъ дней употребленія веронала приходилось приблизительно удваивать начальную его дозу. *Luther* <sup>20)</sup> говоритъ даже по этому поводу, что 0,5 веронала, принятаго въ 1-ый разъ, дѣйствуютъ сильнѣе, чѣмъ 1,0 въ слѣдующій разъ. Рѣшеннымъ, однако, этотъ вопросъ считать нельзя, ибо въ противовѣсъ приведеннымъ авторамъ можно привести не меньшій рядъ наблюдателей [*Würth* <sup>44)</sup>, *Kaan* <sup>24)</sup>, *Matthey* <sup>16)</sup>, *Lilienfeld* <sup>15)</sup>, *Pisarski* <sup>11)</sup>, *Ulrici* <sup>18)</sup>, *Rosenfeld* <sup>9)</sup>], убѣжденно отстаивающихъ ту мысль, что ослабленія дѣйствія веронала безъ измѣненія дозы не наблюдается даже при употребленіи его изо дня въ день въ теченіи 2—4-хъ недѣль (случаи *Rosenfeld*'а и *Lilienfeld*'а), не говоря уже о постоянствѣ дѣйствія однихъ и тѣхъ же дозъ въ теченіи одной недѣли. Нѣкоторые авторы идутъ еще дальше и отмѣчаютъ склонность веронала къ скапливающемуся дѣйствію, такъ что, по ихъ мнѣнію, наилучшій эффектъ въ смыслѣ глубины она получался не въ 1-ый день и не послѣ 1-го порошка, а послѣ 3-го или 4-го [*Pisarski* <sup>11)</sup>, *Ulrici* <sup>18)</sup>, *Fischer* <sup>39)</sup>]. — фактъ, конечно, рѣзко противорѣчащій вышеприведенному предположенію другихъ наблюдателей о «привыканіи». Приведенныя наблюденія во всякомъ случаѣ достаточно для того, чтобы признать эту отрицательную черту дѣйствія веронала (привыканіе къ нему организма) выраженной не столь рѣзко, чтобы она могла препятствовать лѣчебному примѣненію его.

Переходя къ рассмотрѣнію побочныхъ явленій (нежелательныхъ; о болѣе или менѣе выгодныхъ дополнительныхъ

проявленіяхъ дѣйствія веронала, въ родѣ вліянія его на сердце и т. п., рѣчь уже была выше), вызываемыхъ вероналомъ, нужно замѣтить, что въ этомъ вопросѣ громаднымъ препятствіемъ для правильной оцѣнки всякаго средства является т. наз. идиосинкразія, наблюдающаяся у отдѣльныхъ лицъ по отношенію къ нѣкоторымъ лѣкарственнымъ веществамъ, и потому требуется особая осторожность при изученіи свойствъ какого-либо новаго средства для того, чтобы выдѣлить дѣйствительно постоянную наклонность его вызывать извѣстныя побочныя явленія изъ ряда другихъ, случайныхъ его свойствъ. Къ числу побочныхъ явленій случайнаго происхожденія нужно отнести также всѣ тѣ, которыя вызываются отравляющей, т. е. превышающей обычную, дозой, а равно и тѣ, что наблюдаются при продолжительномъ, хроническомъ, употребленіи средства; поэтому моему разсмотрѣнію будутъ подлежать здѣсь главнымъ образомъ побочныя явленія, наблюдавшіяся при употребленіи *среднихъ* дозъ (0,5—1,0) веронала и въ болѣе или менѣе многочисленныхъ случаяхъ, тѣмъ болѣе что вышеозначенныхъ явленій (при «отравленіяхъ») я уже касался при разборѣ дозировки этого средства.

Къ числу болѣе или менѣе частыхъ осложненій при употребленіи веронала надо отнести головокруженіе, отмѣченное *Mendel'емъ*<sup>55)</sup> въ 10% всѣхъ наблюдавшихся имъ случаевъ, *Kaan'омъ*<sup>56)</sup>—особенно у истеричныхъ больныхъ, *Würth'омъ*<sup>44)</sup> и *Abraham'омъ*<sup>49)</sup>—въ нѣсколькихъ случаяхъ; послѣдніе 2 автора указываютъ на «неуверенную, шатающуюся походку», какъ на частое послѣдствіе примѣненія веронала, наблюдающееся у больныхъ послѣ ихъ пробужденія отъ сна; но этотъ припадокъ едва-ли можно разсматривать отдѣльно отъ головокруженія и не считать его только разновидностью проявленія послѣдняго. Головокруженіе съ сопутствующей головной болью, не рѣзко выраженной и длящейся не долго послѣ пробужденія, изрѣдка наблюдали у своихъ больныхъ также *Offer*<sup>58)</sup> и *Jolly*<sup>23)</sup>. Сравнительно рѣже и меньшимъ числомъ наблюдателей отмѣчены сонливость и вялость рѣчи послѣ пробужденія [*Abraham*<sup>49)</sup>, *Neufeld*<sup>56)</sup> и *Pisarski*<sup>11)</sup> у 6 изъ 60 наблюдавшихся имъ больныхъ], что, впрочемъ, можно разсматривать не какъ осложненіе дѣйствія веронала, а какъ все еще продолжающееся ослабленное снотворное вліяніе его у лицъ, особенно легко ему поддающихся. Еще болѣе рѣдкимъ осложненіемъ являются патологическія измѣненія со стороны пищеварительнаго прибора: *Rosenfeld*<sup>9)</sup> у нѣкоторыхъ больныхъ, преимущественно у женщинъ, на другой день послѣ приема веронала наблюдалъ тошноту; тоже отмѣтилъ въ 2-хъ случаяхъ (изъ 148) *Jolly*<sup>23)</sup>; онъ-же указываетъ на наблюдающуюся повышенную жажду. *Michel*<sup>36)</sup> въ 2-хъ случаяхъ наблюдалъ поносъ; но это наблюденіе стоитъ особнякомъ, и даже при отравленіи вероналомъ указанія на это болѣзненное состояніе у другихъ авторовъ не встрѣчается. Имѣющіяся въ литературѣ описанія другихъ осложненій дѣйствія веронала совершенно единичны и потому позволяютъ предполагать участіе въ ихъ происхожденіи особыхъ, исключительныхъ причинъ въ видѣ предрасположенія или истеріи. Какъ-бы то ни было, я долженъ упомянуть еще о сыпи, появлявшейся у нѣкоторыхъ больныхъ послѣ сна и имѣвшей по внѣшнему ея виду довольно разнообразный характеръ. Такъ, въ 1 случаѣ *Lilienfeld'a*<sup>15)</sup> у истеричной больной послѣ приема 0,5 веронала появилась сыпь на кожѣ груди, рукъ и живота характера эритемы при отравленіи антипириномъ; *Würth*<sup>44)</sup> въ 2-хъ случаяхъ, *Dauids*<sup>46)</sup> въ 1—наблюдали послѣ 0,5 веронала «коревую» сыпь, державшуюся 3—4 дня и закончившуюся шелушеніемъ; *Toogood*<sup>14)</sup> описалъ такую-же сыпь, появившуюся послѣ недѣльнаго употребленія веронала по 0,6 на ночь; наконецъ, *Richter* и *Steiner*<sup>59)</sup> описали 1 случай высыпанія обильной розеолы, на подобіе тифозной, послѣ приема 0,5 веронала. Попутно напомню здѣсь, что при умышленномъ отравленіи вероналомъ съ цѣлью самоубійства (принято за разъ 9,0), окончившемся выздоровленіемъ, описана сыпь пузырьчатого характера (pemphigus) на обѣихъ рукахъ [*Held*<sup>29)</sup>]. Въ одномъ случаѣ (въ родѣ идиосинкразіи) у старика 74 лѣтъ

(съ ползущей язвой на роговицѣ), принявшаго на ночь 1,0 веронала, на утро при вставаніи наблюдалось легкое обморочное состояніе, помимо сонливости и эритематозной сыпи на груди [*Dauids*<sup>46)</sup>]. Въ заключеніе приведу случай *M. Senator'a*<sup>60)</sup>, гдѣ у 40-лѣтней больной, перенесшей воспаленіе легкихъ и плевры, послѣ 2-хъ приемовъ веронала, по 1,0 черезъ часъ, наступилъ сонъ, который черезъ 4 часа прервался явленіями сильнаго возбужденія сердечной дѣятельности въ видѣ приступовъ «сердечной жабы», повторявшихся каждыя  $\frac{1}{4}$ -часа въ теченіи 16 час. подъ рядъ. Хотя эта больная прежде никогда не страдала сердцемъ, все-же въ «чистотѣ» этого наблюденія и въ пригодности его для рѣшительнаго заключенія о свойствахъ веронала приходится усомниться, ибо, во 1-хъ, больная эта только-что перенесла, по словамъ самого-же наблюдателя, «тяжелое воспаленіе легкихъ», которое само по себѣ могло вредно повліять на сердечную мышцу; а, во 2-хъ, вероналъ она получила «послѣ» нѣсколькихъ снотворныхъ и наркотическихъ, которыя, къ сожалѣнію, не поименованы въ статьѣ и которыми, по словамъ автора, «явленія безсонницы и психическаго возбужденія не уступали»; да, наконецъ, и сама величина снотворнаго приема (2,0) въ этомъ случаѣ выходитъ изъ ряда обычныхъ приемовъ веронала. Все вышеизложенное позволяетъ такимъ образомъ признать число побочныхъ явленій (осложненій), вызываемыхъ вероналомъ, очень ограниченнымъ и наиболѣе частымъ изъ нихъ считать—головокруженіе.

(Окончаніе слѣдуетъ).

CXLIX. Изъ Московскаго родовспомогательнаго заведенія.

## Лѣченіе сильнаго слюнотеченія во время беременности атропиномъ.

Директора заведенія С. С. Холмогорова.

Сравнительная частота рвоты и нерѣдко опасныя для организма послѣдствія ея въ 1-ую половину беременности вызвали обширную литературу по этому вопросу. Далеко не то имѣемъ мы по отношенію къ другому осложненію беременности—обильному слюнотеченію. Причина этому кроется въ сравнительной рѣдкости значительныхъ степеней этого страданія. Лишь изрѣдка попадаются беременныя, которыя жалуются на болѣе или менѣе значительное отдѣленіе слюны. Но и эти жалобы раздаются вскользь; сами больныя едва обращаютъ вниманіе на свое страданіе. Врачъ, въ свою очередь, прописываетъ какія-нибудь вяжущія полосканія или что-либо въ этомъ родѣ, и или это осложненіе проходитъ само собой, или беременная сживается съ нимъ, и такимъ образомъ все обходится. Но бывають случаи такого обильнаго слюнотеченія, что больныя буквально истощаются потерей слюны и настойчиво требуютъ помощи отъ врача. Мнѣ пришлось встрѣтить 3 такихъ тяжелыхъ случая, гдѣ требовалось серьезное отношеніе къ этому осложненію беременности. При лѣченіи 1-ой больной я обратился къ текущей литературѣ, но не нашелъ ничего относящагося къ интересующему меня вопросу. Только въ учебникахъ я встрѣтилъ слѣдующее.

У *Schröder'a* (Lehrbuch der Geburtshilfe, 4-ое изд. Bonn, 1886 г., стр. 95) сказано: «Слюнотеченіе (Speichelfluss) также принадлежитъ къ нерѣдкимъ явленіямъ». О лѣченіи не сказано ни слова. Видимымъ образомъ, здѣсь говорится лишь о легкихъ случаяхъ.

У *Müller'a* (Handbuch der Geburtshilfe, т. 2, Stuttgart, 1889 г. стр. 913) сказано: «Чрезмѣрное выдѣленіе слюны, иногда достигающее высокихъ степеней, сколько извѣстно, встрѣчается вовсе нерѣдко и при нѣкоторыхъ условіяхъ имѣетъ своимъ послѣдствіемъ сильное исхуданіе больной». О лѣченіи также ни слова.

Тогда я обратился къ фармакологіямъ и тамъ нашелъ, что красавка и атропинъ уменьшаютъ отдѣленіе слюны. На этомъ основаніи я и прибѣгъ къ этому средству. Въ послѣдствіи, когда я уже съ успѣхомъ провелъ лѣченіе атропиномъ въ 2-хъ случаяхъ, просмотрѣвъ слюнотеченіе

беременныхъ, я нашелъ у *Bumm'a* (Grundriss zum Studium der Geburtshilfe, Wiesbaden, 1902 г., стр. 304) указание на лѣчение этимъ средствомъ отмѣченное между прочимъ, вколъзь. «Одновременно съ обильной рвотой, а иногда и самъ по себѣ, наблюдается другой нейрозъ беременности—слинотечение. У женщинъ въ теченіи дня, а также и въ теченіи ночи, во снѣ, въ большомъ количествѣ вытекаетъ изо рта слюна. Состояніе это болѣе тягостно, чѣмъ опасно, но при продолжительномъ теченіи оно можетъ оказать замѣтное вліяніе на питаніе. Противъ него совѣтуютъ употреблять бромистый калий, кокаинъ, атропинъ, пилокарпинъ и др.; дѣйствіе всѣхъ этихъ средствъ, однако, далеко невѣрно. Очень часто слинотечение прекращается только послѣ родовъ».

Во своихъ 3-хъ случаяхъ я употреблялъ атропинъ въ сравнительно большихъ количествахъ съ рѣзкимъ, хотя лишь временнымъ, успѣхомъ: пока давали атропинъ, слинотечение прекращалось; затѣмъ, по минованіи его дѣйствія, слюна снова выдѣлялась въ прежнемъ количествѣ. Во всѣхъ моихъ случаяхъ слинотечение прекращалось вскорѣ послѣ наступленія 1-го движенія плода, не такъ, какъ отмѣчено у *Bumm'a*,—съ окончаніемъ родовъ. Къ счастью, у всѣхъ 3-хъ моихъ больныхъ атропинъ не вызывалъ никакихъ побочных тяжелыхъ явленій, изъ-за которыхъ пришлось-бы его оставить.

Вотъ въ краткихъ чертахъ описаніе моихъ случаевъ.

1. Н. И. М., 30 л., хорошаго сложенія. Беременная въ 3-й разъ. Замужемъ 9 лѣтъ. Двое срочныхъ родовъ. Последніе роды 7/VI 1894 г. Въ 1-ую половину 1-ой беременности была дов. сильная рвота. 2-ая беременность протекала безъ всякихъ осложненій. Тѣ и другіе роды прошли благополучно. Дѣти родились живыми и доношенными. Последнія мѣсячныя 1/XI—3/XI 1899 г. Слинотечение появилось съ конца января 1900 г. и постепенно все усиливало: больная не успѣвала выплевывать, какъ ротъ снова наполнялся слюной. Попытки проглатывать накопившуюся слюну вызывали рвотныя движенія. Кромѣ того, что беременная выплевывала слюну въ плевательницу, въ песокъ, она смачивала ею болѣе дюжины носовыхъ платковъ въ день, а иногда, вмѣсто платковъ, по 5—6 полотенецъ. По ночамъ подушки на большомъ протяженіи пропитывались слюной. Губы и въ особенности углы рта отъ постоянного смачиванія слюной покраснѣли и стали болѣть. Сама больная стала замѣтно худѣть, блѣднѣть и слабнуть. Въ общемъ состояніе ея мало измѣнилось; позывы на жѣду, отравленія кишечника, сонъ были хороши; изрѣдка по утрамъ тошнило и кой-когда бывала рвота. Испытавъ бромъ, вяжущія полосканія и т. п. безъ малѣйшаго успѣха, я съ 20/II перешелъ къ сѣрноокислому атропину; сначала я давалъ  $\frac{1}{60}$  гр. его въ видѣ пилюли, 1 разъ въ день; но вскорѣ, замѣтивъ успѣхъ и не вида никакихъ неприятныхъ побочных явленій, сталъ давать по  $\frac{1}{60}$  гр. уже 3 раза въ день. Дѣйствіе средства наступало уже черезъ нѣсколько минутъ и длилось часа 3—4. За это время наблюдалась сухость во рту и почти полное прекращеніе слюнотеченія. Но эта сухость не отягощала больной; напротивъ, она чувствовала себя прекрасно. Затѣмъ во рту снова начинала понемногу скапливаться слюна; приходилось опять ее выплевывать. Больная принимала новую пилюлю съ атропиномъ, и опять наступало успокоеніе. Это, повидимому, кратковременное уменьшеніе слюнотеченія дѣйствовало все-же на больную прекрасно: она стала замѣтно поправляться. 30/II появилось 1-ое движеніе плода, и слинотеченіе стало слабѣть. Атропина приходилось принимать гораздо меньше, а черезъ недѣлю отдѣленіе слюны сдѣлалось нормальнымъ, и больная быстро оправилась. За все это время пришлось принять около 2 гр. атропина. Роды наступили нѣсколько преждевременно (7/VIII), но протекали благополучно. Въсѣ ребенка 8 $\frac{1}{4}$  ф.

2. А. Л. К., 20 л., хорошаго сложенія. Беременная въ 2-ой разъ. Замужемъ 3-й годъ. Предыдущая беременность протекала безъ всякихъ осложненій. Родила 16/VI 1901 г. живого, доношеннаго ребенка. Мѣсячныя съ 13 лѣтъ, по 7 дней, черезъ 4 недѣли. Последнія мѣсячныя были 14/IX—20/IX 1901 г. Во 2-ой половинѣ октября началось сильное слинотеченіе: беременная смачивала множество платковъ и полотенецъ; слюна текла и во снѣ. Черезъ нѣкоторое время больная стала блѣднѣть и худѣть. Обычные способы лѣченія слинотеченія вяжущими полосканіями остались безъ всякаго успѣха. Только атропиномъ удалось, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, справиться съ этимъ тягостнымъ страданіемъ. Давали отъ 1 до 3 пилюль съ  $\frac{1}{60}$  гр. сѣрноокислаго атропина въ каждой. Пріемъ унималъ слинотеченіе на нѣсколько часовъ. При возобновленіи слинотеченія давали новый пріемъ. Побочныхъ явленій отъ атропина, которыя заставляли-бы прекратить лѣченіе, не наблюдалось. Общее состояніе улучшилось. 13/VI 1902 г. было 1-ое движеніе плода, и чрезъ нѣсколько дней слинотеченіе прекратилось вовсе. 6/VII 1902 г. родила живого, доношеннаго ребенка.

3. В. К. С., 25 л., вполне здоровая. Беременная въ 4-й разъ. Мѣсячныя съ 12 лѣтъ, по 4 дня, черезъ 3 недѣли; послѣдній разъ они были 25/XI—30/XI 1904 г. Всѣ 3 предыдущія беремен-

ности протекали благополучно, безъ всякихъ осложненій. Первые роды окончены щипцами; извлеченъ живой, доношенный ребенокъ. Двое слѣдующихъ родовъ окончились силами природы; родились живыя, доношенныя дѣти. Последніе роды были 5/VI 1904 г. Слинотеченіе появилось въ концѣ декабря и все усиливало. Больная выплевывала громадные количества слюны. Въ то же время она стала худѣть, блѣднѣть, видимымъ образомъ истощаться. Обычное лѣченіе безъ результата. Назначенъ сѣрноокислый атропинъ, по  $\frac{1}{60}$  гр. 1—3 раза въ день, въ пилюляхъ. Количество слюны послѣ каждого пріема рѣзко уменьшалось. Общее состояніе видимо улучшилось. Въ общемъ принято до 2 гр. атропина. 1-ое движеніе плода—1/IV 1905 г. Слинотеченіе сразу же значительно уменьшилось; атропинъ сталъ не нуженъ, а черезъ нѣсколько дней отдѣленіе слюны стало нормальнымъ. 11/IV 1905 г. родила живого, доношеннаго ребенка.

Такимъ образомъ атропинъ среди другихъ средствъ, предложенныхъ противъ слинотеченія,—одно изъ наиболѣе дѣйствительныхъ. Правда, онъ не уничтожаетъ совершенно слинотеченія, но прекращаетъ на время выдѣленіе слюны и тѣмъ избавляетъ организмъ отъ истощенія. Какъ показываютъ наблюденія, больныя совершенно поправляются. Въ моихъ случаяхъ 1-ое движеніе плода служило поворотнымъ пунктомъ для прекращенія слинотеченія. Моя задача въ описанныхъ случаяхъ сводилась къ тому, чтобы справиться съ слинотеченіемъ только въ 1-ую половину беременности; остальное совершалось силами природы.

## СЛ. Къ вопросу о свертываніи молока сычужнымъ бродиломъ.

Ч. пр. В. И. Словова.

Вопросъ о свертываніи молока издавна занималъ ученыхъ и издавна примѣнялся въ технику для приготовленія сыра. Болѣе точное клиническое изслѣдованіе этого процесса относится однако къ концу прошлаго столѣтія, когда *Hammarsten* у удалось установить нѣкоторые основные факты этого явленія. Оказалось, во 1-хъ, что сычужное бродило дѣйствуетъ только на одну составную часть молока,—на казеинъ, а выпаденіе свертка возможно лишь въ присутствіи солей кальція. На основаніи своихъ опытовъ *Hammarsten* <sup>1)</sup> пришелъ къ выводу, что казеинъ молока подъ вліяніемъ сычуга распадается на 2 составныя части—параказеинъ и небольшое количество какого-то растворимаго бѣлка. Параказеинъ въ присутствіи солей кальція быстро выпадаетъ изъ раствора въ видѣ осадка. Такимъ образомъ дѣйствіе сычуга сводилось къ распаденію казеина и дѣлилось на 2 фазы: 1) распадъ казеина и 2) выпаденіе параказеина. Опыты *Ringer'a* <sup>2)</sup> *Arthur* и *Pages'a* <sup>3)</sup>, *Courant'a*, *Edkins'a* и *Laqueur'a* <sup>4)</sup> <sup>5)</sup>, подтвердили 2-фазность этой реакціи и, кромѣ того, специфическое дѣйствіе сычуга на казеинъ. Особенно интересна въ этомъ отношеніи работа *Laqueur*, который изучилъ измѣненія казеина подъ вліяніемъ сычуга физико-химическимъ путемъ и показалъ, что на основаніи электропроводности, вязкости и т. д. параказеинъ есть, повидимому, тѣло меньшаго молекулярнаго вѣса, чѣмъ казеинъ. Такимъ образомъ и *Laqueur* склоняется къ тому, что дѣйствіе сычуга есть процессъ распаденія казеина.

Просматривая литературу по этому вопросу, можно однако встрѣтить и инныя объясненія дѣйствія сычуга. Такъ, *Fuld* <sup>7)</sup> полагаетъ, что превращеніе казеина въ параказеинъ есть не распадъ, а внутримолекулярная перестановка самой частицы казеина. По *Loewenhard* у параказеинъ есть тѣло большаго молекулярнаго вѣса, чѣмъ казеинъ, и, слѣд., сычугъ дѣйствуетъ на казеинъ скорѣе синтетически.

Наконецъ, нѣсколько иначе разбираютъ вопросъ о свертываніи молока проф. А. Я. Данилевскій и рядъ его учениковъ, какъ *Окуновъ*, *Лавровъ*, такъ и др. изслѣдователи. *Завьяловъ*, *Салазкинъ* и др. Дѣло въ томъ, что проф. А. Я. Данилевскій описалъ своеобразное дѣйствіе сычужнаго бродила на альбумозы и пептоны. При прибавленіи сычужнаго бродила къ раствору пептона или альбумозъ выпадаетъ волюминозный осадокъ бѣлка, напоминающаго по своимъ свойствамъ зидальбуминъ. А. Я. Данилевскій дѣлитъ въ этомъ регенерацію бѣлковой частицы



и альбумовъ и, слѣд., считаетъ весь процессъ дѣйствія сычуга процессомъ, противоположнымъ гидролизу, — «альбуминализацией». Доводы, приводимые для доказательства этого положенія *Окуневыхъ* и др., не признаются, однако, многими авторами. Изученные *Кураевымъ*, *Завьяловымъ*, осадки изъ пептинового и альбумозного раствора, «пластинки» не походили по своему составу на исходные бѣлки. Поэтому нѣкоторые авторы, какъ проф. С. С. Салазкинъ, полагаютъ необходимымъ замѣнить терминъ «пластинки» сычужными альбумозами, полагая, что въ данномъ случаѣ имѣется процессъ, близкій къ гидролизу, при чемъ получаются нерастворимые осадки.

Всѣ авторы до послѣдняго времени считали твердо установленнымъ фактъ, что сычужное и пепсинное (гезр. трипсинное) бродило нужно считать совершенно различными, ибо путемъ извѣстныхъ химическихъ обработокъ удается получать растворы, почти не дѣйствующие гидролитически, но дѣйствующие свертывающимъ образомъ на молоко, и обратно. Сравнительно недавно покойный проф. М. В. Ненцкій, изучая бродила и ихъ распредѣленіе въ натуральномъ желудочномъ содѣ, пришелъ къ выводу, что т. наз. пепсинныя зерна содержатъ въ себѣ всегда какъ пепсинъ, такъ и сычугъ и инвертинъ. Онъ представлялъ поэтому это пепсинное зерно, какъ громадную бѣлковую частицу, въ которой имѣется рядъ цѣпей, дѣйствующихъ тѣмъ или другимъ путемъ.

Проф. И. П. Павловъ и *Паращукъ*, провѣряя опыты раздѣленія сычужнаго бродила и пепсина, пришли къ выводу, что они оба не могутъ быть отдѣлены одинъ отъ другого и что вся суть кажущагося прежнимъ авторамъ раздѣленія этихъ бродилъ основана на недоразумѣніи. Обогащеніе препарата нѣкоторыми солями можетъ затемнить дѣйствіе одного бродила и, наконецъ, сильное подкисленіе препарата сразу кислотой можетъ губительно по дѣйствовать на бродило. Способа для раздѣленія этихъ бродилъ другъ отъ друга не существуетъ; кромѣ того, оказалось, что законы дѣйствія этихъ бродилъ могутъ быть приведены къ общимъ формуламъ, и, слѣд., бродила эти оказываются почти тождественными. Школой проф. И. П. Павлова было поэтому высказано мнѣніе, что сычужное и пепсинное дѣйствіе принадлежатъ одному и тому же бѣлковому бродилу, но сычужное свертывающее дѣйствіе есть дѣйствіе, противоположное пепсинному. Подобно другимъ химическимъ реакціямъ подъ влияніемъ одного и того же агента реакція можетъ идти въ одну или другую сторону, смотря по условіямъ среды. И сычужное, и пепсинное дѣйствіе есть противоположныя направленія дѣйствія одного и того же бродила.

За самое послѣднее время появилась работа д-ра *Завьялова*, въ которой онъ примыкаетъ къ школѣ проф. И. П. Павлова, заявляя, что протеолитическое и сычужное бродило нераздѣльны, дополняетъ данныя *Павловской* школы о параллелизмѣ дѣйствія пепсина и сычуга новыми фактами, но полагаетъ, что сычужное дѣйствіе есть тотъ же гидролитическій протеолитическій процессъ, дающій, однако, въ нѣкоторыхъ случаяхъ такіе продукты распада, которые осаждаются щелочноземельными металлами.

Такимъ образомъ имѣется цѣлый рядъ фактовъ относительно свертыванія молока и альбумозъ сычугомъ, — фактовъ, которые каждый объясняетъ по своему.

Въ своей работѣ я хотѣлъ поближе познакомиться съ количествомъ выпадающаго изъ казеина подъ влияніемъ сычуга параказеина, полагая, что, если описываемый *Hammarsten*омъ процессъ распада есть химическая реакція, то въ концѣ концовъ должны получаться опредѣленныя количественныя соотношенія между параказеиномъ и растворимой частью.

Ради точности, я пользовался растворами чистаго казеина, приготовленными по слѣдующему старинному способу, предложенному *Hammarsten*омъ.

Снятое коровье молоко разводится въ 5 разъ водой и подкисляется уксусной кислотой до полного выпаденія казеина. Осадокъ собирается на полотно и тщательно промывается водой до полного исчезанія кислоты. Отжатая масса растворяется въ 0,5%-мъ растворѣ фосфорнокислаго натра и профильтровывается для удаленія частицъ жира. Прозрачный фильтратъ снова подкисляется уксусной кислотой, собирается на полотно и осажда-

примывается водой, потомъ спиртомъ и эфиромъ и высушивается надъ сѣрной кислотой. Элементарный составъ этого продукта и его свойства точно соответствуютъ даннымъ *Hammarsten*'а.

Для производства опытовъ со свертываніемъ часть порошка растворяется въ 0,5%-номъ фосфорно-кисломъ натрѣ, нагревается до 50° Ц. и медленно смѣшивается съ равнымъ объемомъ 0,44%-го хлористаго кальція. Въ результатѣ получается молочно-бѣлая эмульсія, которая быстро свертывается отъ прибавленія сычуга. Для своихъ опытовъ я пользовался продажной сычужной эссенціей *Hansen*'а, съ 2-мя препаратами сычуга, приготовленными въ лабораторіи проф. А. Я. Данилевскаго.

Для опыта отфильтровывалось по извѣстному объему смѣси. 1 порція осаждалась уксусной кислотой до полного осажденія казеина и считалась провѣрочной; 2-ая и 3-ья нагревались до 30° Ц. и свертывались сычугомъ. 1-ая и 2-ая порція тотчасъ же собирались на предварительно взвѣшенные высушенные фильтры, промывались спиртомъ и эфиромъ и высушивались до постоянного вѣса. 3-ья порція собиралась на фильтръ лишь черезъ 24 часа, но обрабатывалась затѣмъ такъ же, какъ и первыя 2. Ея цѣль была опредѣлить, хорошо-ли отсѣлъ параказеинъ во 2-ой порціи.

Результаты первыхъ 3-хъ опытовъ получились неожиданные.

*Опытъ 1.* Изъ 20 к. стм. раствора казеина осаждено уксусной кислотой 0,2480 грм. казеина, сычугомъ 0,2348 грм. Количество оставшейся въ растворѣ части равно 5,32% начального количества казеина.

*Опытъ 2.* Изъ 20 к. стм. осаждено уксусной кислотой 0,1836 грм. казеина, сычугомъ (тотчасъ отфильтровано) 0,1656 грм., сычугомъ (отфильтровано черезъ 24 часа) 0,055 грм.

*Опытъ 3.* Изъ 10 к. стм. осаждено уксусной кислотой 0,2630 грм., сычугомъ (осаждено тотчасъ же) 0,2167 грм., сычугомъ (отфильтровано черезъ 24 часа) 0,1678 грм., сычугомъ (отфильтровано тотчасъ, осаждено въ присутствіи слѣдовъ соляной кислоты) 0,2623 грм.

Изъ этого видно, что выпадающее подъ влияніемъ сычужнаго бродила количество параказеина меньше, чѣмъ количество находящагося въ жидкости казеина и что при стояніи свертка количество нерастворимаго осадка (параказеина) постепенно уменьшается. Слѣд., въ первый моментъ свертыванія реакція, повидимому, не заканчивается. Является вопросъ, откуда могло взяться это растворяющее дѣйствіе. Съ одной стороны, можно было предположить, что само молоко могло содержать немного протеолитическаго бродила (либо изъ грудной железы, либо отъ попавшихъ въ него бактерій) и что это бродило попало потомъ въ растворы казеина; или это дѣйствіе находится въ самомъ сычужномъ бродилѣ.

Для рѣшенія этого вопроса было поставлено 3 опыта слѣдующаго типа.

Возможно свѣжее снятое молоко смѣшивается съ тимоломъ и дѣлится на 2 порціи; одна изъ нихъ кипятится, а другая остается сырой. Такимъ образомъ ростъ бактерій въ обѣихъ порціяхъ прекращается, а въ одной изъ нихъ, кромѣ того, кипяченіемъ уничтожаются находящіеся въ молокѣ бродила.

Обѣ порціи ставятся въ термостатъ и изъ обѣихъ берутся повторно пробы, въ которыхъ опредѣляется количество казеина (осажденіемъ уксусной кислотой).

Примѣромъ получающихся результатовъ можетъ служить слѣдующая таблица.

Время стоянія жидкости въ термостатѣ (въ час.).	Количество казеина въ 20 к. стм. молока.	
	кипяченнаго.	сырого.
0 . . .	0,5558	0,5558
24 . . .	0,5582	0,4780
62 . . .	0,5420	0,4790
120 . . .	0,5500	0,4568
144 . . .	0,5640	0,4566

Въ свѣжемъ продажномъ молокѣ есть, слѣд., небольшое количество бродила, которое постепенно измѣняетъ казеинъ молока, дѣлая его неосаждающимся уксусной кислотой.

Эти данныя подтверждаются опытами д-ра *Конухеса*, который показалъ, что и въ молозивѣ (при стерильныхъ условіяхъ), при стояніи его въ термостатѣ, очень часто уменьшается количество осаждаемаго уксусной кислотой бѣлка (казеина).

Примѣромъ этого можетъ служить слѣдующая таблица.

	Количество казеина въ молозивѣ.			
	Тотчасъ по отдѣленіи.	черезъ 1½ час.	черезъ 3 час.	черезъ 44 час.
№ 7 . .	5,178	4,909	4,526	3,816
№ 8 . .	1,997	1,853	1,645	1,186
№ 9 . .	2,738	2,506	2,251	2,002
№ 10 . .	2,523	2,040	1,866	1,736

Весьма возможно, слѣд., что раствореніе свертка казеина зависитъ отъ этого бродила молока, и, во избѣжаніе ошибокъ, необходимо кипятить исходную жидкость. На измѣненіе растворовъ казеина при стояніи (измѣненіе кислотности, растворимости) указывалъ также *Edkins* "). Принимая это во вниманіе, я во всѣхъ дальнѣйшихъ опытахъ кипятить растворы казеина до прибавленія къ нимъ хлористаго кальція.

**Опытъ 3.** Изъ 20 к. стм. уксусной кислотой осаждено 0,1590 грм. казеина, сычугомъ (отфильтровано тотчасъ-же) 0,1432 грм., сычугомъ (отфильтровано черезъ 24 часа) 0,060 грм., сычугомъ (въ присутствіи слѣдовъ соляной кислоты, отфильтровано тотчасъ) 0,1590 грм.

**Опытъ 4.** Изъ 50 к. стм. осаждено уксусной кислотой 0,8320 грм., сычугомъ (отфильтровано тотчасъ-же) 0,8086 грм., сычугомъ (отфильтровано черезъ 24 часа) 0,502 грм., сычугомъ (тотчасъ по свертываніи смѣсь нагрѣта до 60° Ц., отфильтровано черезъ 24 часа) 0,8062 грм.

**Опытъ 5.** Изъ 10 к. стм. осаждено уксусной кислотой 0,1122 грм., сычугомъ (отфильтровано тотчасъ-же) 0,1000 грм., сычугомъ (отфильтровано черезъ 24 часа) 0,0304 грм.

**Опытъ 7.** Изъ 10 к. стм. осаждено уксусной кислотой 0,2700 грм., сычугомъ (отфильтровано тотчасъ-же) 0,2320 грм., сычугомъ (отфильтровано черезъ 24 часа) 0,1798 грм., сычугомъ въ присутствіи слѣдовъ соляной кислоты (отфильтровано тотчасъ-же) 0,2342 грм.

**Опытъ 8.** Изъ 10 к. стм. осаждено уксусной кислотой 0,3642 грм., сычугомъ (отфильтровано тотчасъ-же) 0,2820 грм., сычугомъ (отфильтровано черезъ 24 часа) 0,1524 грм., сычугомъ при слабой кислой реакціи (отфильтровано тотчасъ) 0,3195 грм.

**Опытъ 9.** Изъ 10 к. стм. получено уксусной кислотой 0,115 грм., сычугомъ (тотчасъ отфильтровано) 0,112 грм., сычугомъ (отфильтровано черезъ 24 часа) 0,0968 грм., сычугомъ (черезъ 24 часа стоянія въ термостатѣ) 0,0908 грм., сычугомъ (отфильтровано черезъ 24 часа, но тотчасъ послѣ свертыванія осадка нагрѣто до 60° Ц. 0,1132 грм.

**Опытъ 10.** Изъ 15 к. стм. получено уксусной кислотой 0,4580 грм., сычугомъ (отфильтровано тотчасъ) 0,4480 грм., сычугомъ (отфильтровано черезъ 24 часа) 0,3730 грм., сычугомъ (послѣ свертыванія нагрѣто до кипѣнія, отфильтровано черезъ 24 часа) 0,4488 грм.

Данные указанныхъ 10 опытовъ можно привести въ видѣ слѣдующихъ таблицъ.

№ опыта.	Количество казеина.	Количество параказеина.	Количество растворим. части.	Въ %.	Сортъ сычуга.
1	0,2480	0,2348	0,0132	5,32	1
2	0,1836	0,1656	0,0180	9,80	1
3	0,1590	0,1432	0,0158	9,93	1
4	0,8320	0,8086	0,0234	2,81	3
5	0,1122	0,1000	0,0122	10,87	1
6	0,2630	0,2167	0,0463	17,61	2
7	0,2700	0,2320	0,0380	14,08	2
8	0,3642	0,2820	0,0822	22,57	2
9	0,1150	0,1120	0,0030	2,61	3
10	0,4580	0,4480	0,0100	2,00	3

Количество выпадающаго изъ раствора казеина въ 0,5% фосфорнокислаго натра параказеина всегда меньше, чѣмъ количество исходнаго казеина, но точнаго соотношенія между ними не наблюдается. Количество остающейся въ растворѣ части колеблется отъ 2 до 22,57% начальнаго количества. Видѣ или, точнѣе, сортъ казеина имѣетъ, повидимому, значеніе, ибо колебанія примѣнительно къ отдѣльнымъ видамъ сычужнаго бродила меньше. Напр., при 1-мъ сортѣ сычуга количество растворимой части равнялось 5,32%, 9,80%, 9,93%, 10,87%, въ среднемъ 8,98%; при второмъ сортѣ сычуга—17,61%, 14,08% и 22,57%, въ среднемъ 18,09%; при 3-мъ сортѣ—2,81%, 2,61% и 2,00%, въ среднемъ 2,47%.

При стояніи свертка онъ постепенно растворяется; количество параказеина уменьшается.

№ опыта.	Количество казеина.	Количество параказеина.	Количество растворимой части.	Въ %.	Видъ сычуга.
2	0,1836	0,055	0,1286	66,7	1
3	0,1590	0,060	0,0990	62,3	1
4	0,8320	0,502	0,3300	39,7	3
5	0,1122	0,0304	0,0818	72,8	1
6	0,2630	0,1678	0,0952	36,2	2
7	0,2700	0,1798	0,0902	33,4	2
8	0,3642	0,1524	0,2118	60,9	2
9	0,1150	0,0968	0,0182	15,8	3
10	0,4580	0,3730	0,0850	18,5	3

И тутъ также количество растворившейся части къ нерастворенной рѣзко колеблется—отъ 15,8% до 72,8%. Точно также и тутъ сказывается извѣстное вліяніе сорта сычуга: напр., при первомъ сортѣ—62,3% до 72,8, при 2-мъ отъ 33,4% до 60,9% и при 3-мъ—отъ 15,8% до 39,8%. Первое время, когда опыты мои ограничивались 2-мя сортами сычужнаго бродила, казалось, что, чѣмъ больше параказеина выпадаетъ изъ раствора, тѣмъ больше его потомъ растворяется. Такое указаніе можно найти и въ моемъ первомъ сообщеніи въ Обществѣ русскихъ врачей въ Петербургѣ. На основаніи большаго количества данныхъ такое предположеніе оказывается не совсѣмъ вѣрнымъ, и между силой свертывающаго и послѣдовательнаго растворяющаго тѣснаго соотношенія нѣтъ.

Описанные только-что факты указываютъ, что въ первые моменты выпаденія свертка дѣйствіе сычужнаго бродила или, точнѣе, сычужной эссенціи не заканчивается, а идетъ дальше, при чемъ начинается растворяющее дѣйствіе. Если-бы сычужная и пепсинная реакція были различными крайностями обратимой реакціи, то послѣ прибавленія сычуга наступило-бы извѣстное равновѣсіе, которое, при данныхъ условіяхъ объема, среды и температуры, оставалось-бы несомнѣнно постояннымъ. Возьмемъ примѣръ. Если мы имѣемъ растворъ тростниковаго сахара и прибавимъ къ нему инвертина, то постепенно образуется извѣстное количество глюкозы и левулезы. Когда установится извѣстное пропорціональное отношеніе между тростниковымъ сахаромъ, глюкозой и левулезой, реакція останавливается. Если-же мы возьмемъ растворъ глюкозы и левулезы и прибавимъ инвертина, то постепенно образуется извѣстное количество тростниковаго сахара, пока получится, такое-же, какъ въ первомъ случаѣ, отношеніе между глюкозой, левулезой и тростниковымъ сахаромъ. Постепеннаго же перехода тростниковаго сахара сначала въ эквивалентное ему количество глюкозы и левулезы и обратно въ тростниковый сахаръ не наблюдается. Поэтому описываемое явленіе, по моему мнѣнію, никакъ нельзя толковать, какъ обратимую сторону протеолитическаго дѣйствія, ибо во все время опыта условія объема, среды и температуры текутъ различными образомъ.

По моему мнѣнію, тутъ возможны только 2 толкованія. Сычужная эссенція содержитъ въ себѣ одновременно 2 бродила: одно—свертывающее бѣлокъ, казеинъ, другое—растворяющее; скорость дѣйствія ихъ различна. Поэтому въ первые моменты развивается свертывающее дѣйствіе, а затѣмъ постепенно растворяющее. Такимъ образомъ въ жидкости дѣйствуютъ одновременно 2 противоположно дѣйствующихъ начала. Съ другой стороны, если предположить, что мнѣніе д-ра *Заглылова* о томъ, что сычужное бродила есть только особая форма дѣйствія бродила протеолитическаго, то описанные факты объясняются также легко. Въ первые моменты дѣйствія бродила выпадаетъ осадокъ, который постепенно растворяется. Тутъ будетъ происходить процессъ, аналогичный растворенію казеина желудочнымъ сокомъ; въ извѣстный моментъ выпадаетъ парануклеинъ, который потомъ можетъ раствориться.

Какое изъ этихъ мнѣній болѣе справедливо, сказать трудно, и пока, до постановки специальныхъ опытовъ въ этомъ направленіи, я отказываюсь отъ окончательнаго рѣшенія.

Въ заключеніе-же своей замѣтки приведу нѣкоторыя данныя относительно того, что раствореніе параказеинаго свертка носило ферментативный характеръ.

Если тотчасъ послѣ образованія свертка опустить осудъ въ горячую воду (нагрѣтъ его до 60—70° Ц.), и затѣмъ оставить стоять 24 часа, то растворенія не будетъ.

Примѣромъ могутъ служить слѣдующія цифры.

	№ опыта.		
	10	9	4
Количество казеина	0,4580	0,1150	0,8320
Количество растворенной части черезъ 24 часа . . .	0,0850	0,0182	0,3300
Количество растворенной части черезъ 24 часа, если свертокъ былъ нагрѣтъ . . . . .	0,0008	0,0018	0,0158

Растворяющее дѣйствіе принадлежитъ, повидимому, какому-то бродилю, разрушаемому нагреваніемъ.

Между прочимъ, мнѣ удалось найти также условія, при которыхъ количество параказеина почти приближается къ взятому для реакціи казеину. Слѣды соляной кислоты (около 0,01%), прибавленные къ свертывающему раствору, повидимому, парализуютъ растворяющее дѣйствіе. Характерно то, что это явленіе не можетъ быть объяснено тѣмъ, что слѣды соляной кислоты осаждаютъ образующуюся при распадѣ казеина альбумозу, ибо фильтратъ послѣ удаленія свертка, полученнаго безъ прибавленія кислоты, не даетъ осадка отъ прибавленія соляной кислоты.

Примѣромъ могутъ служить слѣдующія цифры.

	№ опыта.		
	3	6	7
Количество казеина	0,1590	0,2630	0,2700
Количество параказеина, выпадающаго изъ 0,5% Na <sub>2</sub> HPO <sub>4</sub> . . . . .	0,1432	0,2167	0,2320
Растворимая часть.	0,0158	0,0463	0,0380
Количество параказеина, выпадающаго въ присутствіи слѣдовъ соляной кислоты . . .	0,1590	0,2623	0,2642
Растворимая часть.	0	0,0007	0,0058

На основаніи всего вышеизложеннаго можно сдѣлать слѣдующіе выводы.

1. Въ сычужныхъ препаратахъ имѣется одновременно и свертывающее и протеолитическое начало.

2. Дѣйствіе того и другого, повидимому, идетъ съ различной скоростью. Присутствіе слѣдовъ соляной кислоты рѣзко понижаетъ раствореніе свертка.

3. Выпаденіе параказеина и послѣдующее его раствореніе скорѣе зависитъ отъ одновременнаго присутствія 2-хъ бродиловъ, или отъ дѣйствія одного общаго протеолитическаго бродила (Завьяловъ), но едва-ли можетъ быть рассматриваемо, какъ обратимость дѣйствія одного и того-же протеолитическаго бродила.

Литература. 1. Hammarsten. Учебникъ физиологической химіи.—2. Arthus et Pages. «Archives de physiologie», 1890 г., т. 22, стр. 331.—3. Courant. «Pflüger's Archiv», 1891 г., т. 50, стр. 109.—4. Laqueur и Sackur. «Hofmeister's Beiträge», 1902 г., т. III, стр. 193.—5. Laqueur. Тамъ-же, 1905 г., т. VII.—6. Ringger. «Journal of Physiologie», 1891 г., т. XII, стр. 164.—7. Fuld. «Landwirtschaft. Zeitung», 1902 г., т. 51, стр. 503.—8. Loewenhardt. «Biochemisches Centralblatt», т. IV, стр. 334 (по Laqueur).—9. А. Я. Данилевскій (по Окуневу).—10. Окуневъ. Диссертация, 1895 г.—11. Завьяловъ. Диссертация, 1900 г.—12. Nencki и Sieber. «Zeitschrift f. physiolog. Chemie», т. 32, стр. 291.—13. Курасовъ. «Hofmeister's Beiträge», 1901 г., т. I, стр. 121.—14. Ома-же. Тамъ-же, 1901 г., т. II, стр. 411.—15. Ома-же. Тамъ-же, т. IV, стр. 476.—16. Виноградова. «Pflüger's Archiv», т. 87, стр. 170.—17. Лавровъ и Салазкинъ. «Zeitschrift f. physiol. Chemie», т. 36, стр. 277.—18. Павловъ и Парацукъ. «Извѣстія В.-Медицинской Академіи», т. III.—19. Флейшеръ. Тамъ-же, 1905 г.—20. Завьяловъ. «Zeitschrift f. physiol. Chemie», 1906 г.—21. Конухесъ. Диссертация.

СЛ. Изъ госпитальной хирургической клиники проф. С. П. Оедорова въ В.-Медицинской Академіи.

Къ казуистикѣ истинныхъ непаразитарныхъ кистъ печени.

П. С. Иконникова.

Въ ряду различныхъ кистозныхъ образованій печени т. наз. кисто-аденомы желчныхъ протоковъ, относящіяся къ разряду истинныхъ непаразитарныхъ кистъ печени, встрѣчаются сравнительно рѣдко.

По преобладающему возрѣнію, заболѣваніе это считается истиннымъ новообразованіемъ врожденнаго характера и развивается изъ остатковъ зародышевой печеночной ткани, когда послѣдняя носитъ еще характеръ трубчатыхъ железъ. Не будучи использованными при дифференцировкѣ печеночной ткани, остатки эти лежатъ до поры до времени въ печени, а потомъ — по общей для всѣхъ новообразованій — неизвѣстной причинѣ начинается ихъ разрастаніе въ видѣ слѣпыхъ трубчатыхъ полостей, выстланныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ; иногда эти трубчатые образованія древовидно развѣтвляются, напоминая железу трубчатого вида. Кистовидно измѣняясь вълѣдствіе расширенія и сліянія отдѣльныхъ полостей между собой, новообразованіе это даетъ картину кисто-аденомы и распространяется по печени въ различныхъ предѣлахъ: или оно инфильтрируетъ, если не всю, то почти всю ткань печени въ видѣ болѣе или менѣе равномерныхъ, мелкихъ, видимыхъ на глазъ, кистъ, или-же занимаетъ ограниченный участокъ большими кистами (одно-или много-полостными, одиночными или множественными) въ то время, какъ ткань печени внѣ этого района на глазъ и на ощупь кажется нормальной; въ первомъ случаѣ говорятъ о разлитой кисто-аденомѣ (иногда неправильно называемой кистовиднымъ перерожденіемъ печени); во второмъ она называется ограниченной.

Съ клинической точки зрѣнія наибольшій интересъ представляютъ ограниченныя кистоаденомы, ибо при нихъ отдѣльныя кисты, достигая иногда огромныхъ размѣровъ, въ силу тяжести, сдавленія сосѣднихъ органовъ и сращеній съ ними нарушаютъ ихъ отправленія, причиняютъ боли и путемъ совокупности этихъ явленій доводятъ организмъ до истощенія. Естественно поэтому уже давнее стремленіе примѣнять хирургическое лѣченіе при этомъ заболѣваніи; но только въ послѣдніе 1½, десятка лѣтъ хирургическое вмѣшательство стало примѣняться чаще и приносить лучшіе результаты, благодаря развитію хирургической техники и установленію принциповъ асептики; и тѣмъ не менѣе Hofmann<sup>5)</sup> насчитываетъ съ 1864 г. по 1902 г. лишь 18 случаевъ хирургическаго лѣченія кистъ печени съ характеромъ новообразованія.

Въ виду столь ограниченаго числа наблюденій сообщеніе отдѣльныхъ случаевъ можетъ имѣть значеніе для изученія клинической стороны этой болѣзни, главнымъ образомъ для выбора того или иного способа хирургическаго вмѣшательства и выясненія результатовъ послѣдняго. Съ этой точки зрѣнія я и счелъ возможнымъ, по предложенію глубокоуважаемаго проф. С. П. Оедорова, сообщить въ краткихъ чертахъ одинъ случай кисты печени, оперированной имъ въ октябрѣ 1904 г.

Исторія болѣзни этой больной такая.

О. III., 44 л., учительница, поступила въ клинику 18/IX 1904 г. съ опухолью въ правомъ подреберьѣ и жалобами на боли въ этой области. 15 лѣтъ назадъ была желтуха, державшаяся около 2—3-хъ недѣль; болѣе тогда не было; послѣ того стала ощущать тяжесть и иногда небольшую боль послѣ ѣды въ подложечной области; часто бывала отрыжка. Года 4 назадъ былъ приступъ сильныхъ болей въ правомъ подреберьѣ; боли были коликообразнаго характера, повторялись по 2—3 раза въ день и длились около ½-часа; держались онѣ около 3-хъ мѣсяцевъ; сопровождалась отрыжкою, вздутіемъ живота, затрудненнымъ отхожденіемъ газовъ; успокаивались сами собой при покойномъ согнутомъ положеніи, съ приведенными къ животу бедрами; рвоты, желтухи при этихъ боляхъ не было; температура не измѣнялась. Въ послѣдніе 3½ года, хотя изрѣдка и повторялись тупыя, не особенно сильныя боли въ томъ-же подреберьѣ, но больная чувствовала себя удовлетворительно; впрочемъ, она замѣтила развивающуюся одышку при ходьбѣ, легкую утомляемость. 1½ мѣс. назадъ боли въ правомъ подреберьѣ появились вновь и съ небольшими перерывами продолжаютъ до настоящаго времени. 1½-же мѣс. назадъ замѣтила опухоль въ правомъ подреберьѣ, съ куриное яйцо, которая стала постепенно увеличиваться. Такая-же опухоль, по словамъ больной, замѣчалась и 4 года назадъ, но съ прекращеніемъ болей исчезла. Со времени послѣдняго приступа болей страдаетъ запорами; въ окраскѣ испражнений ничего ненормальнаго никогда не замѣчала. Лѣтъ 5—6 держатся тупыя боли въ правой поясничной области, особенно замѣтны при движеніи. 1½ мѣс. назадъ появились учащенные позывы на мочеиспусканіе (часа черезъ 2—3); въ началѣ мочеиспусканія приходится натуживаться. Камней ни въ мочѣ, ни въ исправленіяхъ никогда не замѣчала. За послѣдній годъ сильно похудѣла; раньше не лѣчилась.

Посредственнаго питанія: кожа и видимыя слизистыя оболочки

рѣзко блѣдны. Легкія нормальны. Правая граница сердца на пальцѣ не доходитъ до средней линіи; лѣвая на  $1\frac{1}{2}$  пальца заходитъ за сосокъ; 1-ый тонъ у верхушки замѣненъ дующимъ шумомъ; 2-ой тонъ на аортѣ и легочной артеріи съ удареніемъ; пульсъ средняго наполненія; иногда перебои. Животъ умеренно вздутъ; правое подреберье и правая  $\frac{1}{2}$  надчревной области значительно выпячены. Со стороны желудка, селезенки и лѣвой почки измѣненій не наблюдается. Скопления свободной жидкости въ полости брюшины нѣтъ. Верхняя граница печеночной тупости по сосковой линіи на нижнемъ-краѣ 5-го, по подмышковой—на нижнемъ краѣ 7-го ребра; нижній край печени выступаетъ изъ-подъ реберъ пальца на 3, дов. плотенъ, закругленъ. Изъ подреберья, отчасти заходя въ надчрево, выдается опухоль полшарообразной формы, упругая, дающая выбуленіе, величиною въ головку новорожденнаго, легко смѣщаемая справа налѣво, слѣдующая за дыхательными движеніями, не спаянная съ передней брюшной стѣнкой и при ощупываніи болѣзненная; въ связи съ этой опухолью у наружнаго края правой прямой мышцы живота прощупывается другая, величиною въ куриное яйцо; границей между обѣими опухолями служить замѣтная на ощупь борозда. Правая почка нѣсколько увеличена, подвижна, чувствительна къ давленію. Въ мочѣ около  $\frac{1}{100}$  бѣлка; слѣды желчныхъ пигментовъ; въ осадкѣ послѣ центрифугирования—гнойная тѣлца, плоскій пузырный эпителий, изрѣдка веретенообразныя клѣтки. Въ крови: количество гемоглобина 35%, по *Fleischl*’у; красныя кровяныя шарикъ замѣтно блѣды красящимъ веществомъ. Вѣсъ 46, 5 клгрм.

Въ теченіи 3-хъ недѣль передъ операцией проводилось укрѣпляющее лѣченіе: подкожныя впрыскиванія мышьяка; внутрь желѣзные препараты; замѣненій къ лучшему однако не наблюдалось; опухоль за это время нѣсколько увеличилась.

9/х, подъ геодналь-хлороформнымъ наркозомъ, сдѣлано чревосѣченіе. Разрѣзъ по наружному краю правой прямой мышцы живота, начиная отъ реберной дуги. Опухоль оказалась кистой, вдававшейся широкимъ основаниемъ въ нижне-заднюю поверхность правой доли печени; величиною киста была въ головку новорожденнаго; на ея нижнемъ полюсѣ, отдѣляясь бороздой, сидѣла 2-ая киста, величиною въ мандаринъ, сообщавшаяся съ 1-ой; желчный пузырь безъ измѣненій. Полость кисты вскрыта продольнымъ разрѣзомъ; выдѣлилось большое количество прозрачной, желтоватой жидкости, съ примѣсью рыхлыхъ хлопьевъ, въ которыхъ микроскопически обнаружены кристаллы холестерина. Послѣ опорожненія кисты часть стѣнки ея изсѣчена, вслѣдствіе чего полость ея уменьшилась; края стѣнки кисты вшиты въ рану брюшной стѣнки; нижняя часть послѣдней зашита; полость кисты выполнена полосами обезжированной марли.

Въ послѣоперационномъ періодѣ температура оставалась такою же, какъ и до операци—между  $37^{\circ}$ — $37^{\circ}5$ . На 2-ой день появилась желчная окраска на тампонахъ. Полость туго тампонировалась обезжированной марлей. Скоро желчное выдѣленіе замѣнилось слезистымъ; по временамъ въ слези замѣчались гноевидныя хлопья. Иногда отдѣляемое задерживалось въ карманахъ полости, давая повышеніе температуры до  $37^{\circ}8$ — $38^{\circ}$ . Временами полость промывалась растворомъ *Ligola*’а, на  $\frac{1}{2}$  разведеннымъ водой; постепенно она уменьшалась и черезъ мѣсяцъ превратилась въ свищъ, въ который вводилась дренажная трубка; временами свищъ расширялся. Общее состояніе больной значительно улучшилось; боли и другія тягостныя ощущенія, бывшія до операци, исчезли. Черезъ 4 недѣли послѣ операци больная встала съ постели. Сильно упавшій послѣ операци вѣсъ тѣла началъ постепенно подниматься; улучшился позывъ на сту, уменьшились запоры. 12/хп г-жа П. выписалась изъ клиники со свищемъ въ 6 см. длиной, въ который вводилась серебрянная канюля. Отдѣленіе слези было небольшое. Вѣсъ тѣла 42600 грм.

Въ маѣ 1905 г. г-жа П. время отъ времени показывалась въ клинику; общее состояніе ея было вполне удовлетворительно; прежнихъ болей не повторялось; иногда бывали боли въ стѣнкахъ свища. Канюля укорочена до 4 см.; слезь отдѣляется въ незначительномъ количествѣ; окраска покрововъ мало измѣнилась.

Въ февралѣ 1906 г. свищъ былъ около 4—5 см.; на тонкой марлевой повязкѣ за сутки отъ выдѣляемаго свища оказывалось лишь пятнышко въ пятнадцатинный величинной. Нижній край печени по краю реберъ. Вѣсъ 49,0 клгрм.

Въ апрѣлѣ и маѣ 1906 г. стали появляться временами большія повышенія температуры (до  $40^{\circ}$ ), сопровождавшіяся тяжелымъ общимъ недомоганіемъ и рвотой. Послѣ опорожненія черезъ свищъ скоплявшейся, слезистой на видъ жидкости температура спускалась до нормы, и общее состояніе улучшалось. Въ послѣднее время черезъ свищъ стала выдѣляться желчь.

Удаленная при операци часть стѣнки кисты, величиною приблизительно 7×10, на видъ плотная, неодинаковой толщины, съ гладкими поверхностями какъ наружной, такъ и внутренней; толщина стѣнки 2—4 мм. На срѣзахъ, взятыхъ для микроскопическаго изслѣдованія, въ стѣнкѣ кисты уже на глазъ видны 2 слоя: болѣе плотный наружный, толщиной около 1 мм., и болѣе рыхлый, провизанный желкими щелевидными полостями внутренний, толщиной около 2—3 мм. Наружный слой построенъ изъ плотной соединительной ткани, блѣдой клѣточными элементами; въ немъ небольшое количество крупныхъ сосудовъ, главнымъ образомъ на границѣ съ внутреннимъ слоемъ. Послѣдній построенъ изъ болѣе рыхлой, богатой клѣточными элементами соединительной ткани, весь провизанъ разной величины сосудами и щелями, выстланными эндотелиемъ; стѣнки сосудовъ мѣстами значительно утолщены; кромѣ того, въ этомъ слой много выстланныхъ цилиндрическихъ эпителиемъ полостей, разной ве-

личины, болѣею частью вынутыхъ въ длину въ видѣ трубокъ; иногда полости эти на концахъ представляютъ развѣтвленія; часто они значительной величины и неправильной формы: на стѣнкахъ ихъ имѣются углубленія и вдающіеся въ просвѣтъ полости выступы. Эпителий всюду цилиндрическій, хорошо окрашивающійся, въ болѣе крупныхъ полостяхъ онъ не такъ высокъ и мѣстами отслаивается, вдаваясь въ просвѣтъ полостей. Мѣстами около трубчатыхъ полостей видны солидные тяжи эпителия, которые, однако, какъ это видно въ разныхъ мѣстахъ препарата, превращаются въ трубчатые полости. На внутренней поверхности стѣнки кисты (свободной поверхности внутреннего слоя) эпителиальный покровъ уцѣлѣлъ лишь на незначительныхъ участкахъ; на болѣею-же протяженіи срѣза его нѣтъ, что обусловлено, повидимому, тѣмъ постояннымъ давленіемъ, которому подвергалась стѣнка нижняго полюса кисты со стороны ея содержимаго.

Такимъ образомъ, микроскопическое изслѣдованіе стѣнки кисты показываетъ, что дѣло имѣется съ доброкачественнымъ по строенію эпителиальнымъ новообразованіемъ съ характеромъ аденонъ трубчатого вида, при чемъ желєзистыя трубки, расширяясь и сливаясь между собой, превращаются въ кистозныя полости разной величины. На основаніи этой картины и сдѣлано распознаніе—«кистоаденома желчныхъ ходовъ» (*Gallengangscystadenome* нѣмецкихъ авторовъ). Ткани печени въ изслѣдованномъ участкѣ стѣнки кисты не было, что легко объясняется атрофіей ея, такъ какъ нижній полюсъ кисты далеко спускался книзу отъ края печени. Стѣнка была истончена, и по атрофическому виду эпителия ея внутренней поверхности можно судить о томъ давленіи, которому этотъ полюсъ подвергался.

Я уже говорилъ о томъ, что взгляды на разбираемое заболевание, какъ на истинное новообразованіе врожденнаго характера, — лишь взгляды преобладающіе, но не единственныя; къ этому взгляду, проводимому *Kahlden*’омъ и *Hippel*’емъ, присоединяется большинство авторовъ, писавшихъ по данному вопросу. Другого мнѣнія относительно происхожденія кистъ держатся *Manski* и *Ribbert* \*); они приписываютъ этиологическую причину воспалительному процессу на поверхности органа, полагая, что рубцы при перигепатитахъ могутъ сдавливать поверхность проходящія желчныя протоки и способствовать отщепленію ихъ. Но наблюдающаяся во всѣхъ микроскопическихъ изслѣдованныхъ случаяхъ способность эпителия къ усиленному размноженію и образованію аденоматозной ткани, а также частое отсутствіе какихъ-либо слѣдовъ бывшаго на поверхности печени воспалительнаго процесса дѣлаютъ эту теорію мало вѣроятной. Заболеваніе это чаще встрѣчается у женщинъ, что отчасти также давало поводъ подозрѣвать механическую причину происхожденія кистъ (тугая шнуровка, шнуровая бороздка на печени).

Въ виду одинаковаго микроскопическаго строенія и происхожденія ограниченныхъ и разлитыхъ формъ кистоаденомы печени нѣкоторые авторы, напр. *Hofmann* †), считаютъ ихъ за одну, но въ разныхъ стадіяхъ развитія, признавая переходными формами между разлитыми и ограниченными тѣ случаями, гдѣ, на ряду съ обширнымъ разлитымъ поражениемъ печени, встрѣчаются отдѣльныя большія кисты (напр., случаи *Roberts*’а). Относительно нѣкоторыхъ случаевъ, напр., *Bayer*’а \*\*, гдѣ киста занимала почти всю печень, дѣйствительно, трудно сказать, съ какою формою имѣется дѣло: получилась-ли эта огромная киста въ результатѣ слиянія мелкихъ кистъ разлитой формы, или ткани печени была вытѣснена постепенно разрастающейся кистой ограниченной? Въ случаѣ проф. В. Н. Орлова †<sup>10</sup>) отдѣльныя кисты разлитой формы достигли значительной величины. Повидимому, обѣ формы разными путями могутъ приводить къ одному результату—развитію огромныхъ кистъ.

Въ описываемомъ случаѣ, какъ и во многихъ изъ приведенныхъ ниже въ таблицѣ, микроскопическое изслѣдованіе показываетъ, что въ стѣнкахъ большихъ кистъ идетъ прогрессивный ростъ аденоматозной ткани и кистовидное превращеніе ея; отдѣльныя кисты путемъ постепеннаго слиянія достигаютъ большихъ размѣровъ, сохраняя слѣды такого способа роста въ видѣ кармановъ и перекладки на внутренней и борозды на наружной поверхности ихъ стѣнокъ. Слѣд., дѣло имѣется съ такого рода новообразованіемъ, предѣлъ распространенія котораго можетъ быть установленъ только микроскопически; обѣ «ограниченности»-же кисто-аденомъ можно говорить лишь условно.

\*) Послѣдній относительно однороднаго заболевания почечъ. [*M. Borst* \*)].

\*\*) Краткія данныя о нихъ приведены ниже въ таблицѣ.



Таблица произведенныхъ до сего времени операций въ случаяхъ истинныхъ кистъ печени въ хронологическомъ порядкѣ.

Операторъ. Время операціи. Кѣмъ и гдѣ сообщенъ случай.	Полъ и возрастъ больныхъ.	Состояніе до и во время операціи.	Расположе- ніе кисты въ печени.	Способъ операціи.	Результатъ микро- скопическаго из- слѣдованія.	И с х о д ѣ.
1. <i>Glos.</i> 1864 г. Прив. по <i>Winckler</i> 'у (Marburg'ская дис- сертация 1891 г.).	Мужчина, 28 л.	Громадная киста, быстро развившаяся; причиняла сильную одышку.	Исходила изъ правой доли и какъ-бы съ нижней по- верхности.	Многократные про- колы.	Не было произве- дено.	Смерть послѣ мно- гократныхъ проко- ловъ.
2. <i>Cousins.</i> 1874 г. «British med. Jour- nal», 1874 г., 15 де- кабря.	Женщина.	Большая киста, принятая за яичниковую; содержала зеленоватую жидкость.	Киста сидѣла подъ печенью.	Частичное изсѣче- ніе.	Тоже.	Смерть черезъ 36 час. послѣ операціи отъ перитонита.
3. <i>North.</i> 1882 г. «New-York. medi- cal Reports», 1882 г.	Мужчина, 45 л.	Киста въ голову человека; связь ея съ печенью въ- роятна; при проколѣ вы- пущено 5 пинтъ жидкости, цвѣта кофе.	Лѣвая доля печени.	Проколъ.	Тоже.	Смерть черезъ 2 дня послѣ операціи; на вскрытіи найдена простая киста лѣ- вой доли печени. Въ желчномъ пу- зырѣ 1 большой ка- мень; въ общемъ желчномъ протокѣ 1 большой и 1 ма- ленькій камень.
4. <i>Kaltenbach.</i> Прив. по <i>Winckler</i> 'у, см. № 1.	Женщина.	Большая опухоль, выпол- нявшая всю полость жи- вота, принималась за ки- сту яичниковую; уже мно- го разъ прокалывалась безрезультатно. Развилась въ теченіи 10 лѣтъ.	Нижняя по- верхность пе- чени.	Киста вылучена съ изсѣченіемъ пече- ночной ткани. До этого многократно безрезультатно про- калывалась. Рана печени закрыта об- шиваніемъ.	Тоже.	Выздоровленіе. Еще черезъ 5 лѣтъ боль- ная была свободна отъ возврата.
5. <i>König.</i> 1886 г. Прив. по <i>Huetel- er</i> 'у младш. <i>Götting- en</i> 'ская диссертаци- я 1887 г.	Дѣвочка, 11 л.	Вся полость живота вы- полнена ясно збылившей- ся опухолью. Удалено 2 1/2 литра содержащей холе- стерины жидкости. Раз- вилась очень быстро. Желчный пузырь послѣ вылученія оказался нор- мальной формы и величи- ны на видѣ.	Нижняя по- верхность правой доли печени.	Вылученіе. Осво- бождалась тупымъ путемъ. Кровотече- ніе остановлено прижиганіемъ и об- шиваніемъ.	Многочисленные большой и малой величины кисты въ стѣнкѣ опухоли, выстланные цилин- дрическимъ эпите- лиемъ, который въ большой кистѣ упло- щенъ. Начало—изъ разросшихся желч- ныхъ протоковъ (кисто-аденома).	Выздоровленіе.
6. <i>Ahlfeld.</i> 1890 г. <i>Winckler</i> , диссертаци- я, 1891 г.	Женщина, 38 л.	Большая киста, въ видѣ не связанная съ печенью; принята за яичниковую опухоль. Киста однокамер- ная, тонкостѣнная. Осво- бождено 8 литровъ слизи- стой, желтоватой жидко- сти. Выполняла простран- ство между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ. Въ теченіи долгаго вре- мени были неправильныя и болѣзненные мѣсячныя.	Исходила съ нижней по- верхности пе- чени.	Опорожненіе содер- жимаго, вшиваніе стѣнокъ кисты, там- понада.	Соединительно- тканная стѣнка, толщиною 1—2 мм., эпителиальн. покро- ва на внутренней поверхности кисты не найдено. Жид- кость содержала кристаллы холесте- рина и коллоидныхъ шаровъ, величиной въ бѣлое кровяное тѣльце.	Выздоровленіе; че- резъ 3 мѣс. еще былъ свищъ, давав- шій выдѣленіе.
7. <i>W. Müller.</i> 1891 г. «Verhandlungen d. deutsch. Gesell- schaft f. Chirurgie», 1893 г.	Женщина, 59 л.	Очень большая, выполняв- шая животъ, киста, кото- рая ножкою переходила на внутреннюю поверх- ность печени. Заболѣваніе началось 10 лѣтъ назадъ; тягостныя явленія — 4 г. Учащенные позывы на мочеиспусканіе. Опорож- нено 6 литровъ шоколад- наго цвѣта жидкости.	Нижняя по- верхность пе- чени (ножка).	Изсѣченіе 2/3 ку- стозной стѣнки; вшиваніе основанія въ брюшную рану.	Большія и малая кисты, выстланные эпителиемъ. Кисто- аденома желчныхъ протоковъ.	Выздоровленіе. Осмотрѣна послѣ 7 лѣтъ.
8. <i>Terillon.</i> 1891 г. «Bulletin et mémoi- res de la Société de Chirurgie», 1891 г. Прив. по «Central- blatt f. Chirurgie», 1891 г.	Мужчина, 58 л.	Незначительное исхуданіе и утренняя желтуха.	Въ печени.	Проколъ; опорож- нено 200,0 желчной жидкости.	Не произведено.	Смерть черезъ 3 мѣс. На вскрытіи оказалась карцино- ма печени и желч- наго пузыря; рас- ширен. сдавленныхъ желчн. протоковъ.
9. <i>Körte.</i> 1893 г., «Beiträge zur Chi- rurgie d. Gallenwege und d. Leber. 1905 г.	45 л.	Сывороточная киста, ве- личиною въ куриное яйцо, найденая случайно при cho- lecystostоміи.	Нижний край правой доли печени.	Разрѣзъ; вшиваніе стѣнки въ брюшную рану; дренажъ.	Тоже.	Выздоровленіе.

10. <i>Bayer</i> . 1891 г. «Prager med. Wochenschrift», 1892 г., № 52.	Женщина, 56 л.	Необычайно большая опухоль, занимавшая всю печень. Опорожнено 8 литр. жидкости. Быстрое развитие.	Вся печень превращена въ кисту.	Разрѣзъ; вшиваніе въ брюшную рану; дренажъ.	Расширенные желчные протоки; атрофія печеночной ткани; развитіе плотной соединительной ткани; толщина стѣнокъ 2—4 мм.	Медленное выздоровленіе.
11. <i>W. Müller</i> . 1893 г. «Verhandlungen d. deutsch. Gesellschaft f. Chirurgie», 1893 г.	?	Большая киста, спускавшаяся до таза.	Правая доля печени.	Изсѣченіе большого клина; вскрытіе многочисленныхъ мелкихъ кистъ.	Признана кистозно-аденомой.	Смерть черезъ 11 дней послѣ операціи отъ эмболии легкихъ. На вскрытіи обнаружена подобная же дегенерация почки.
12. <i>Berg</i> . 1894 г. «Hygieia», 1894 г., т. 4.	Дѣвица, 45 л.	Въ куриное яйцо величины; легко подвижная, плотная на видъ опухоль въ надчревной, слѣва отъ средней линіи. При операціи оказалась кистой.	На вытянутомъ въ видъ языка краѣ лѣвой доли печени.	Изсѣченіе, при чемъ получилась клинообразная почти въ 10 см., раневая поверхность.	?	Выздоровленіе.
13. <i>Roberts</i> . 1894 г. «American Journal of the med. Sciences», 1894 г.	Мужчина.	Большая опухоль.	Въ печени.	2-моментная операція. Вшиваніе кисты въ брюшную рану, черезъ 8 дней разрѣзъ; одновременно вскрытіе нѣсколькихъ мелкихъ кистъ.	Многокамерн. со-сочковая кисто-аденома.	Смерть вслѣдствіе пролежней (?). Печень 11 1/2 фунт. вѣс., на 3/4 пропитана кистами.
14. <i>Schrobach</i> . 1898 г. «Wiener klin. Wochenschrift», 1894 г., № 14.	Женщина, 46 л.	Лѣтъ 5 назадъ замѣчена опухоль въ области печени; въ 2 года она выросла до пупка. Временами лихорадка. Болей нѣтъ; желтухи также; только въ послѣдніе 1/2-года—боли, одышка, упадокъ силъ. Большая, выполаивавшая почти всю 1/2 живота, особенно правую сторону, опухоль, которая вслѣдствіе ясно выраженныхъ бороздъ казалась состоящей изъ нѣсколькихъ. Змѣленіе; верхняя поверхность гладкая.	Ненормально увеличенная печень состоитъ изъ большихъ и мелкихъ кистъ.	Самыя большія кисты вскрыты за 2 раза; въ жидкости ни составныхъ частей эхинококка, ни янтарной кислоты нѣтъ.	Не произведено.	Выздоровленіе черезъ 5 мѣс.; хорошее здоровье.
15. <i>Czerny</i> . (Peter-sen) «Verhandlungen d. deutsch. Gesellschaft f. Chirurgie», 1898 г.).	?	Большая опухоль живота.	?	Изсѣченіе.	Киста желчныхъ ходовъ.	Выздоровленіе.
16. <i>Бобровъ А. А.</i> 1898 г. «Хирургія», 1898 г., № 19.	Женщина, 51 г.	Опухоль замѣчена года 4 назадъ; сначала величиной въ кулакъ; потомъ достигла стм. 20 въ діаметрѣ. Связь съ печенью хорошо выражена. При операціи киста; содержимое темное, тягучее; внутренняя поверхность стѣнокъ гладка.	Нижняя поверхность печени. Желчный пузырь позади кисты. Выводные желчные протоки съ опухолью не связаны.	Частичное изсѣченіе стѣнокъ кисты; вшиваніе мѣшка въ рану брюшной стѣнки.	Множественныя кистозныя образования въ стѣнкахъ большой кисты; полости кистъ выстланы эпителиемъ. Адено-кистома изъ желчныхъ протоковъ.	Выздоровленіе.
17. <i>Schultze</i> . (Leppmann). «Deutsch. Zeitschrift f. Chirurgie», 1900 г., т. 54).	Дѣвочка, 14 л.	Никакихъ тягостныхъ явленій, ни желтухи до послѣднихъ 14 дней; шарообразная, ясно змѣлившаяся опухоль, простиравшаяся отъ печеночной тупости до гребешка подвздошной кости. Прокломъ опорожнено 1,5 литр. коричневатой жидкости, въ которой не было ни сахара, ни янтарной кислоты.	Широкимъ основаніемъ сросшена съ нижней поверхностью печени. Спереди прикрыта тонкимъ слоемъ печеночной ткани.	2-моментное изсѣченіе кистозаго мѣшка.	Стѣнка кисты построена изъ соединительной ткани, состоящей изъ 3-хъ слоевъ; внутри выстлана высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ.	Выздоровилась; осталась свищъ.
18. <i>Hofmann</i> . 1900 г. «Mitteilungen aus d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie», 1902 г., т. 10.	Женщина, 28 л.	Крупно-бугристая, дававшая змѣленіе опухоль—въ связи съ печенью. Замѣчено увеличеніе живота съ іюля 1900 г.; не давала себя знать до послѣднихъ 8 дней. Величина кисты въ голову взрослого.	Кистозно измѣнена квадратная доля.	Изсѣченіе всей кисты.	Кисто-аденома; соединительно-тканная стѣнка изъ 3-хъ слоевъ; выстлана кубическимъ эпителиемъ. Разростаніе желчныхъ ходовъ.	Выздоровленіе.

19. Бобровъ А. А. 1903 г. (См. описанъ Дивагинъ, «Ме- дицинское Обозре- ние», 1904 г., № 12).	Мужчина, 39 л.	Опухоль въ лѣвой 1/2 ж.- вота; брюшная водянка; желтуха; отекъ лодыжекъ; съ 1902 г. рѣзъ при мо- чеиспусканіи; обезвѣчен- ныя испражнения; жел- тушная моча.	Лѣвая доля растянута до размѣровъ го- ловы ребен- ка; правая увеличена.	Проколомъ опо- рожено 300,0 к. стм. прозрачной, слегка желтоватой жидкости, содер- жавшей 5‰ бѣлка, порядочное количе- ство муцина, крас- ныя кровяныя тѣл- ца, нити фибрина, желчные пигменты. Крючьевъ эхино- кокка, янтарной кислоты нѣтъ.	Микроскопическаго изслѣдованія не произведено. Рас- познаваніе поста- влено по изслѣдо- ванію жидкости и на основаніи кли- нической картины. Предположена киста- аденома желч- ныхъ ходовъ.	Черезъ 5 мѣс. умеръ при знобахъ (при- чина смерти не- извѣстна, ибо умеръ въ клинику).
20. С. Н. Бедеровъ. 1904 г.	Женщина, 44 л.	2-камерная киста правой доли печени; размѣръ боль- ше головы ребенка; мень- шая, величиной въ манда- ринъ, располагалась на нижневнутренней поверх- ности большой кисты.	Правая доля печени, ниж- ней ея край.	Частичное изсѣче- ніе стѣнокъ кисты; вшиваніе въ рану брюшной стѣнки; тампонада.	Киста-аденома желчныхъ прото- ковъ.	Выздоровленіе; продолжительный свищъ; черезъ 2 1/4 г. скудное, слизистое выдѣленіе; иногда желчь.
21. Bland-Sutton. 1905 г., «Brit. med. Journal», 1905 г., ноябрь. Прив. по «Centralblatt für Chirurgie», 1906 г., № 9.	75 л.	Опухоль въ надчревной въ дулакъ; росла 5 лѣтъ. Со- держала 1 литръ желтова- той жидкости, съ примѣсью крови; сахара нѣтъ; уд. в. 1007. Желчный пузырь совершенно нормаленъ.	Нижній край лѣвой доли печени.	Полное вылущеніе.	Киста-аденома желчныхъ ходовъ.	Гладкое; выздоров- леніе.

Доброкачественныя по анатомическому строенію, кисты эти отличаются и со стороны клинической весьма доброкачественнымъ теченіемъ: медленно развиваясь, онѣ могутъ достигать огромныхъ размѣровъ, вытѣсняя иногда почти всю ткань печени (какъ напр., въ сл. *Bayer'a*); между тѣмъ отпаиваніе печени замѣтно не нарушается: желтухи въ большинствѣ случаевъ не бываетъ; нѣтъ указаній на недостатокъ желчи въ кишечникѣ; вообще заболѣваніе долго не даетъ о себѣ знать больному, и, только достигнувъ большихъ размѣровъ, кисты начинаютъ вызывать боли и др. тягостныя явленія со стороны сосѣднихъ органовъ, дѣйствуя на нихъ чисто механическимъ путемъ. За весьма рѣдкими исключеніями, больные обращаются къ врачу съ большою уже опухолью въ животѣ и въ такомъ состояніи, когда оперативное вмѣшательство является настоятельно необходимымъ. Точно опредѣлить до операціи, съ чѣмъ имѣется дѣло, никогда не удавалось; да и нѣтъ тако-  
го мѣрила, съ помощью котораго можно было-бы исклю-  
чить всѣ другія кистозныя образованія печени, особенно эхинококкы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ опухоль была такая большая, что не удавалось даже установить, откуда она исходитъ (напр., въ случаяхъ *Cousins*, *Kaltenbach'a*, *Alfeld'a* и др.); въ такихъ случаяхъ ихъ обычно при-  
нимали за яичниковую кисту. Только медленный ростъ опу-  
холи, обладающей всеми признаками кисты печени; боль-  
шіе размѣры ея, долгое отсутствіе какихъ-либо тягостныхъ явленій; ненарушенныя отравленія печени, не смотря на обширное пораженіе ея; отсутствіе желтухи; бугристость въ-  
дѣствие бороздъ на поверхности кисты (какъ слѣдъ об-  
разованія кисты изъ нѣсколькихъ)—всѣ эти признаки въ  
связи съ другими данными изъ прошлаго больныхъ даютъ  
поводъ подозрѣвать киста-аденому; въ случаѣ одновремен-  
наго кистознаго заболѣванія почекъ это предположеніе  
становится болѣе вѣроятнымъ. Химическое изслѣдованіе  
содержимаго кисты, полученнаго во время операціи, также  
не даетъ безусловно характерныхъ для киста-аденомы  
признаковъ; такимъ изслѣдованіемъ можно лишь исклю-  
чить нѣкоторыя, на видъ сходныя, образованія, напр., эхи-  
нококковую кисту. Въ сывороточной жидкости киста-аде-  
номъ обычно имѣются желчные пигменты, холестеринъ,  
выпадающій въ видѣ хлопьевъ, смѣшанный со слизью,  
иногда элементы крови; никогда не обнаруживалось янтар-  
ной кислоты. Точное распознаваніе можетъ быть установ-  
лено лишь микроскопическимъ изслѣдованіемъ стѣнки ки-  
сты. Постоянно почти встрѣчающіяся въ кистозной жид-  
кости составныя части желчи попадаютъ туда, повидимому,  
путемъ разрушенія работающихъ желчныхъ ходовъ; также  
путемъ механическаго поврежденія кровеносныхъ сосу-  
довъ въ стѣнкахъ кисты, повидимому, попадаютъ въ по-

лость кисты и кровь: мѣтны *Hippel'a* <sup>11)</sup> на счетъ способ-  
ности аденомы желчныхъ протоковъ проникать въ сосуди-  
стую систему не встрѣчаетъ подтвержденія со стороны  
другихъ авторовъ; однимъ изъ доводовъ противъ пророста-  
нія въ сосудистую систему служитъ свойство этого ново-  
образованія не давать переносовъ, что отмѣчаетъ и самъ  
*Hippel*.

Переходя къ вопросу о лѣченіи, считаю уместнымъ при-  
вести здѣсь таблицу *Hofmann'a*, гдѣ онъ собралъ всѣ слу-  
чаи оперативнаго лѣченія истинныхъ, непаразитарныхъ  
кистъ печени, главнымъ образомъ киста-аденомъ желч-  
ныхъ протоковъ, начиная съ 1864 по 1902 г. Микроскопи-  
ческое изслѣдованіе было произведено не во всѣхъ изъ  
приведенныхъ случаевъ, а потому нѣкоторые изъ нихъ  
разными авторами относятся къ разнымъ категоріямъ;  
*Hofmann* придерживался, повидимому, классификаціи  
*Langenbuch'a* <sup>8)</sup>. Дополняя эту таблицу операціями по по-  
воду ограниченныхъ киста-аденомъ желчныхъ протоковъ,  
произведенными послѣ 1902 г., я также включилъ въ нее слу-  
чаи покойнаго проф. А. А. Боброва [*Дивагина* <sup>9)</sup>], гдѣ ми-  
кроскопическаго изслѣдованія не производилось, и рас-  
познаваніе поставлено послѣ операціи по клинической кар-  
тинѣ и химическому изслѣдованію содержимаго кисты. Раз-  
литой формы даннаго новообразованія, какъ страданія, не  
подлежащаго хирургическому лѣченію, я не касался; так-  
же не упоминаю о тѣхъ установленныхъ микроскопиче-  
скимъ изслѣдованіемъ случаяхъ киста-аденомъ желчныхъ  
протоковъ, которые найдены на вскрытіяхъ (сл. *Benda*,  
*Hal'a* и *Brasill'a*, *Janowsk'аго* и *Dmochowsk'аго* и мн. др.).

Изъ этой таблицы видно, что примѣнялись при данномъ  
заболѣваніи 3 способа хирургическаго вмѣшательства: 1)  
полное изсѣченіе кистознаго мѣшка, 2) опорожненіе его  
при помощи прокола и 3) разрѣзъ (иногда съ частичнымъ  
иссѣченіемъ стѣнокъ) и вшиваніе мѣшка въ рану брюш-  
ной стѣнки съ послѣдующей тампонадой (дренажемъ).

По самой сущности болѣзненнаго процесса на коренное  
лѣченіе, т. е. удаленіе новообразованія начисто, рассчиты-  
вать можно не всегда, даже при полномъ изсѣченіи кистоз-  
ныхъ мѣшковъ, по той причинѣ, что опредѣлить на глазъ  
предѣлы распространенія новообразованной ткани нельзя.  
Въ тѣхъ случаяхъ, когда изсѣкаемая киста связана съ пе-  
ченью при помощи тонкой ножки, возможно удаленіе все-  
го новообразованія, если оно не распространяется далѣе  
ножки. Въ большинствѣ-же случаевъ хирургическое вмѣ-  
шательство остается паллятивнымъ; но и оно даетъ вполнѣ  
удовлетворительный результатъ въ виду особо доброка-  
чественнаго теченія этого заболѣванія. Однако, благо-  
приятный результатъ въ смыслѣ продолжительнаго выздо-  
ровленія тѣсно связанъ со способомъ оперативнаго пос-

бля. Слѣдующая таблица 21-го оперативнаго случая наглядно подтверждаетъ это положеніе.

моментнаго вскрытія большого мѣшка многокамерной кисты изъ полости мѣшка проколомъ опорожнялись меньшія

С п о с о б ъ   о п е р а ц і и:	Число ихъ.	И с х о д ъ:		Смертельный исходъ послѣ операций въ срокъ.
		выздоровле- ніе.	смерть.	
Полное изсѣченіе. . . . .	6	6	0	
Проколъ . . . . .	4	0	4	отъ 48 час. до 5 мѣс.
Разрѣзъ и дренажъ (частичное изсѣченіе). .	11	8	3	отъ 36 час. до 11 сут.

Изъ этой таблицы видно, что всѣ случаи полнаго изсѣченія окончились выздоровленіемъ, а всѣ случаи прокола—смертью. Хорошій результатъ при полномъ изсѣченіи получался какъ въ случаяхъ раннихъ операций, когда кисты были небольшой величины (см. сл. 12 и 21 таблицы), такъ и въ тѣхъ, гдѣ кисты достигали огромныхъ размѣровъ, когда онѣ соединялись съ печенью тонкою ножкой и когда располагались въ ткани печени, такъ что хорошій результатъ при данномъ способѣ едва-ли можно приписывать случайности; также не случайность и столь неутѣшительный результатъ при проколахъ кистъ. На этомъ основаніи, насколько заслуживаетъ примѣненія 1-ый способъ во всѣхъ случаяхъ, гдѣ только онъ выполнимъ, настолько-же слѣдуетъ избѣгать 2-го и даже вовсе отказываться отъ него: въ лучшемъ случаѣ такое вмѣшательство безрезультатно (какъ показали случаи *Glos'a*, *Kaltenbach'a*), часто опасно (сл. 3, 13 и др.) и всегда даетъ неблагоприятный отдаленный результатъ (максимумъ продолжительности жизни послѣ операции въ наблюдавшихся случаяхъ 5 мѣс.). Нечего и говорить о проколѣ черезъ брюшные покровы, гдѣ всегда имѣется рискъ потерять больного отъ перитонита вслѣдствіе затеканія въ полость брюшины зараженнаго содержимаго кисты (сл. 2 и 3 таблицы). Немногимъ отличается отъ прокола разрѣзъ или частичное изсѣченіе съ послѣдующимъ зашиваніемъ наглухо полости кисты; способъ этотъ, повидимому, при кисто-аденомахъ не примѣнялся, но предлагается нѣкоторыми авторами [*В. Н. Орловъ* \*)] во избѣжаніе продолжительнаго свища, всегда получающагося при 3-мъ способѣ оперативнаго пособія—разрѣзѣ (частичномъ изсѣченіи) съ послѣдующимъ вшиваніемъ кистознаго мѣшка въ рану брюшной стѣнки и дренажемъ. Этотъ послѣдній способъ даетъ удовлетворительные результаты въ смыслѣ продленія жизни и избавленія отъ болей и тѣхъ болѣзненныхъ явленій, которыя обусловлены присутствіемъ большой опухоли въ полости живота; результаты эти удовлетворительны даже и въ тѣхъ случаяхъ, когда кистой вытѣсняется чуть не вся ткань печени (сл. 10); при медленномъ ростѣ новообразованія возвратовъ кистъ не наступало въ продолженія нѣсколькихъ лѣтъ послѣ операции (максимумъ наблюденія за больными не продолжался далѣе 7 лѣтъ), и свищъ составлялъ единственное неудобство для больныхъ; частыхъ перевязокъ, однако, свищъ требуетъ лишь въ первые 2—3 мѣс.; въ дальнѣйшемъ-же онъ мало беспокоитъ больныхъ и едва-ли можетъ служить показаніемъ къ зашиванію наглухо кистознаго мѣшка послѣ его опорожненія: если свищъ и уменьшаетъ трудоспособность, то большая продолжительность жизни со свищомъ заставляетъ предпочитать вшиваніе и дренажъ зашиванію наглухо.

Неблагопріятный результатъ въ 3-хъ случаяхъ на 11 операций по такому способу зависѣлъ во всѣхъ отъ причинъ случайныхъ, которыя могутъ быть и при всякомъ другомъ способѣ операций: въ 1-мъ—вслѣдствіе перитонита отъ затеканія въ брюшную полость содержимаго кисты; во 2-мъ смерть наступила черезъ 11 дней послѣ операции отъ эмболии легкаго; въ 3-мъ причиною смерти послужилъ, повидимому, сочетанный съ разрѣзомъ проколъ: послѣ 2-

камеры; при проколѣ одной такой кисты замѣчено выдѣленіе газа (?) и вскорѣ больной погибъ «отъ пролежня» (?) (сл. 13).

Теченіе болѣзни у описываемой мною больной подтверждаетъ преимущество вшиванія передъ проколомъ или зашиваніемъ наглухо: въ продолженіе 1½ лѣтъ она чувствовала себя хорошо; свищъ оставался около 5 см. въ глубину, давалъ скудное отдѣленіе слизи, не препятствуя больной исполнять свою работу (учительница); перевязки дѣлались ею самой черезъ нѣсколько дней; въ апрѣлѣ 1906г. стали появляться припадки тяжелаго общаго заболѣванія съ повышеніемъ температуры до 40°; эти тяжелыя явленія исчезали послѣ расширенія свища и опорожненія слизистой жидкости, въ послѣднее время иногда—желчи. Во 2-мъ случаѣ проф. *А. А. Боброва* [*Дивавина* \*)] больному былъ сдѣланъ проколъ, послѣ котораго онъ поправился и выбылъ изъ клиники, но вскорѣ началъ снова болѣть и черезъ 5 мѣс. послѣ операции умеръ; заболѣваніе сопровождалось ознобами; быть можетъ, лихорадочное состояніе вызывалось здѣсь также зараженіемъ въ полости кисты.

Отмѣчая вполне удовлетворительные результаты лѣченія кистъ печени по способу разрѣза съ вшиваніемъ мѣшка въ рану брюшной стѣнки, *Lerrmann* \*) предполагаетъ, что произведенное тутъ-же при операции выскабливаніе внутренней стѣнки при многокамерныхъ кистахъ дало бы еще лучшіе, «идеальныя», результаты; выскабливаніе онъ совѣтуетъ производить непосредственно послѣ опорожненія мѣшка, когда вся полость его на виду. Очевидно, такимъ путемъ *Lerrmann* думаетъ добиться болѣе скораго уничтоженія полости кисты, уничтожитъ эпителиальный покровъ и остатки перегородокъ кистъ. Съ цѣлесообразностью такого мѣропріятія едва-ли можно согласиться: помимо опасности раненія при выскабливаніи крупныхъ сосудовъ печени, такимъ путемъ можно способствовать распространенію новообразованія и даже переходу его въ злокачественную форму вслѣдствіе заноса эпителиальныхъ элементовъ новообразованія на болѣе благопріятную для нихъ въ смыслѣ питанія почву.

Изъ сказаннаго по поводу лѣченія ограниченныхъ кисто-аденомъ печени я считалъ бы возможнымъ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1. Проколъ, какъ способъ лѣченія кистъ безрезультатный, часто опасный и всегда дающій плохіе отдаленные результаты, слѣдуетъ оставить совершенно.

2. Въ случаѣ невозможности полнаго изсѣченія кистозныхъ мѣшковъ разрѣзъ (или частичное изсѣченіе) и вшиваніе ихъ въ рану брюшной стѣнки заслуживаетъ предпочтенія передъ опорожненіемъ кисты и зашиваніемъ наглухо.

3. Выскабливаніе внутренней поверхности стѣнокъ кисты при кисто-аденомахъ нецѣлесообразно, ибо можетъ вызвать кровотеченіе а, кромѣ того, способствовать распространенію новообразованія и даже превращенію его въ злокачественную форму.

Въ заключеніе приношу здѣсь глубокую благодарность проф. *А. И. Моисееву* за его любезные совѣты и разъясненія по поводу различныхъ микроскопическихъ препаратовъ.

Литературные источники: 1. *Bland Sutton*, Clinical remarks on solitary non parasitic cyst of the liver. Прив. по

\*) Случай *В. Н. Орлова* <sup>10)</sup> исключаю, какъ относящійся къ разряду разлитыхъ кисто-аденомъ.



«Centralblatt für Chirurgie», 1906 г., № 9.—2. *Бобровъ А. А.* Большая киста печени. «Хирургия», 1898 г., № 19.—3. *Borst M.* Die Lehre von den Geschwülsten.—4. *Витвицкій Р. М.* Къ вопросу объ аденомахъ печени. «Врачъ», 1895 г., № 23—25.—5. *Hotmann C.* Ueber wahre Cysten der Leber и пр. «Mitteilungen aus d. Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie», 1902 г., т. 10.—6. *Дивакинъ Л. А.* Къ симптоматологии и діагностики кистъ печени непаразитарнаго происхожденія. «Медицинское Обозрѣніе», 1904 г., № 12.—7. *Körte M.* Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege und der Leber, 1905 г.—8. *Langenbuch C.* Chirurgie der Leber und Gallenblase, 1897 г.—9. *Leppmann F.* Ueber die echten Cysten der Leber. «Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie», 1900 г., т. 54.—10. *Орловъ В. Н.* Киста-аденома печени и оперативная помощь при этомъ заболѣваніи. «Хирургия», 1903 г.—11. *Радкевичъ М. И.* Къ ученію о первичномъ ракѣ печени. Московская диссертация, 1903 г.—12. *Россолимо Г. И.* Къ ученію о множественной гепато-аденомѣ. «Еженедѣльная клиническая Газета Боткина», 1883 г., № 1.—13. *Соколовъ А. Н.* Къ ученію объ аденомахъ печени и множественныхъ аденомахъ желчныхъ протоковъ. «Русскій архивъ патологій» и пр. 1897 г., т. 3 и 4.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

### Къ вопросу о реформѣ медицинскаго вѣдомства.

(По поводу послѣднихъ докладовъ о военной медицинѣ въ Обществѣ больничныхъ врачей въ Петербургѣ).

Послѣднее засѣданіе Петербургскаго Общества больничныхъ врачей, на которомъ я присутствовалъ, являлось какъ бы непосредственнымъ продолженіемъ предшествовавшего, на которомъ заслушанъ былъ извѣстный докладъ д-ра *М. Л. Хейсина* и было посвящено почти исключительно вопросамъ медицинскаго дѣла. Нельзя не признаться, что, наконецъ-то, внутренніе порядки и нашего медицинскаго вѣдомства стали достояніемъ гласности. Нѣ которыми оппонентами былъ высказанъ упрекъ, что факты, сообщаемые товарищами, носятъ «анекдотическій» характеръ. Я думаю, что всякій военный врачъ, прослужившій хоть вѣскольکو лѣтъ, можетъ безъ труда привести цѣлый рядъ подобныхъ-же фактовъ изъ своей практики, такъ какъ въ сущности вся организація медицинскаго дѣла и въ мирное время поставлена не лучше. Отъ другихъ слышалъ я замѣчанія, что приведенные факты подобраны слишкомъ односторонне, т. е. освѣщаютъ исключительно отрицательныя стороны медицинскаго дѣла. Но, вѣдь, намъ теперь именно это и нужно: о томъ, что «все обстоятъ благополучно», что «санитарное состояніе арміи прекрасно» и т. п., мы уже слышали изъ официальныхъ и полуофициальныхъ сообщеній. Къ сожалѣнію, докладчики, а равно и принимавшіе участіе въ преніяхъ товарищи, увлекшись частностями, недостаточно рѣзко подчеркнули отрицательныя стороны самой системы медицинской организаціи и даже иногда переходили къ неправильнымъ обобщеніямъ, которыя приняли характеръ какого-то обвиненія не медицинскаго вѣдомства, а самихъ военныхъ врачей вообще. По крайней мѣрѣ, такое впечатлѣніе получилось не у одного меня (см. отчетъ въ «Народномъ Вѣстникѣ», № 14). Я рѣшительно протестую противъ подобнаго способа нравственной оцѣнки корпораціи военныхъ врачей. Такая задача слишкомъ сложна и отвѣстна, чтобы браться за нее съ легкимъ сердцемъ послѣ поверхностнаго и кратковременнаго соприкосновенія съ медицинскою службой. Правда, на Собраніи было сообщено не мало отдѣльныхъ инцидентовъ и наблюденій; но никто, мнѣ кажется, не имѣетъ права на этомъ только основаніи дѣлать обобщенія и публично предъявлять какія-бы то ни было обвиненія военнымъ врачамъ вообще. Угнетеніе передъ начальствомъ, недовѣріе со стороны больныхъ къ врачамъ и обратно, грубое обращеніе съ больными, увлеченіе мундиромъ, недостатокъ коллегіальности, медицинское невѣжество и т. п.—все это, конечно, можетъ быть, да и дѣйствительно бываетъ въ нашей средѣ, какъ и во всякой другой; но отнюдь не можетъ выставляться, какъ нѣчто характерное вообще для русскаго военного врача. Кромѣ того, вернувшіеся съ войны товари-

щи, какъ сказано выше, и не касались другихъ прѣтвуположенныхъ фактовъ, а вѣдь, они-же были. Между прочимъ, по словамъ очевидцевъ, во время бунтовъ во Владивостокѣ нижніе чины отдавали честь только военнымъ врачамъ; письма солдатъ съ выраженіемъ благодарности военнымъ врачамъ были помѣщены въ «Дальнемъ Востокѣ» и «Владивостокскомъ Листкѣ» (5—10 февраля 1906 г.). Самоотверженная дѣятельность военныхъ врачей на передовыхъ позиціяхъ и въ осажденномъ Портъ-Артурѣ стоитъ внѣ всякаго сомнѣнія и не нуждается въ комментаріяхъ.

Я лично послѣ 8-лѣтней службы въ в.-медицинскомъ вѣдомствѣ выношу изъ среды военныхъ врачей въ общемъ инныя впечатлѣнія, о чемъ и считаю долгомъ заявить въ печати.

Военному врачу и въ мирное время приходится жить и работать при тяжелыхъ условіяхъ. Ведя неустанную борьбу съ администраціей военной, а иногда и медицинскою, военный врачъ бываетъ вынужденъ постоянно изощряться въ обходѣ устарѣвшихъ законовъ, нелѣпыхъ приказовъ или циркуляровъ и отстаивать, въ интересахъ нижняго чина, требованія совѣсти и науки, рискуя не только «дисциплинарнымъ взысканіемъ», но и служебнымъ своимъ положеніемъ. Для нижнихъ чиновъ онъ является главнымъ и нерѣдко единственнымъ ходатаемъ и защитникомъ при различныхъ несчастіяхъ служебныхъ или домашнихъ. Штрафованные, приговоренные къ тѣлесному наказанію, отданные подъ судъ за пьянство, нарушеніе дисциплины и т. п. преступленія, выпущенные изъ тюрьмы, перенесшіе порку, преслѣдуемые рукоприкладствомъ низшихъ или высшихъ начальниковъ, наконецъ, просто страдающіе отъ разлуки съ семьей или получившіе тревожныя вѣсти изъ дома—все они до вѣрчиво идутъ къ военному врачу, который укрываетъ ихъ въ лазаретѣ или госпиталѣ, удостовѣряетъ невозможность перенести розги, представляетъ къ увольненію въ неспособные или въ отпускъ, опредѣляя, скрѣпя сердце, какое-нибудь малокровіе, раздражительную нервную слабость, травматическій нейрозъ и т. п. Въ случаяхъ побоевъ, нанесенныхъ солдату, тѣ же врачи затѣваютъ официальную переписку, не останавливаясь передъ неизбежнымъ конфликтомъ съ сослуживцами по полку и съ прямыми своимъ начальствомъ. Къ низшему персоналу и нижнимъ чинамъ военные врачи относятся въ большинствѣ не только сердечно, но и вѣжливо, въ виду чего были даже соответствующіе циркуляры, требующіе отъ врачей непремѣннаго обращенія на «ты». По поводу особой яко-бы заботливости военныхъ врачей о своей формѣ, весьма схожей, къ слову сказать, съ полицейской, слѣдуетъ вспомнить, что до послѣдняго времени въ теченіи первыхъ 4-хъ лѣтъ службы военные врачи получали только 50 р. жалованья и уже по одному этому не могли допускать особаго франтовства; кромѣ того, многочисленные выговоры словесные и въ приказахъ по случаю небрежности въ костюмѣ и несоблюденія формы военными врачами достаточно опровергаютъ основательность такого обвиненія.

По существующимъ законоположеніямъ совершенно не допускаются какія-либо Собранія или Союзы военныхъ врачей, кромѣ установленныхъ закономъ-же, при непремѣнномъ предсѣдательствѣ лицъ старшихъ въ чинѣ, т. е. начальствующихъ; таковы, напр., разнаго рода Комиссіи, медицинскія Совѣщанія, засѣданія в.-санитарныхъ Обществъ и т. п.; тѣмъ не менѣе со стороны военныхъ врачей неоднократно дѣлались попытки къ объединенію хотя-бы и нелегальнымъ путемъ, по крайней мѣрѣ, въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ къ тому представлялась какая-нибудь возможность по мѣстнымъ условіямъ. Большая часть военныхъ врачей получаютъ свое образованіе въ В.-Медицинской Академіи, которая въ смыслѣ научной подготовки, какъ извѣстно, стоитъ ничуть не ниже многихъ провинціаль-ныхъ Университетовъ; случаи-же невѣжества въ нашей средѣ зависятъ главнымъ образомъ отъ характера самой в.-медицинской службы, нерѣдко не имѣющей ничего общаго съ наукой.

Позволю себѣ остановиться вѣскольکو подробнѣе на вопросѣ о притворствѣ и членовредительствѣ. Нѣтъ надобности скрывать, что призывные приступаютъ къ отбы-

ванію воинской повинности далеко не съ радостной готовностью исполнить «священный долгъ защитника отечества»; суровыя наказанія, установленныя за уклоненія отъ военной службы, достаточно подчеркиваютъ отсутствіе въ массахъ сознанія какъ этого «долга», такъ и самой необходимости военной службы въ мирное время; интеллигенція въ данномъ случаѣ тоже ничуть не отличается особымъ патріотизмомъ. Естественно, что многіе призывные, а въ особенности молодые солдаты, уже испытавшие на дѣлѣ, что значить наша дисциплина, зная о возможности путемъ болѣзни вовсе освободиться отъ службы или хотя-бы на время уволиться домой, прибѣгаютъ къ умысленному преувеличенію своихъ субъективныхъ ощущеній, къ притворству и даже къ членовредительству, начиная отъ простаго отрубанія пальца и кончая искусственными патчами роговицы, получаемыми путемъ впрыскиванія какого-то красящаго вещества. Притворство различныхъ степеней есть фактъ, повседневно встрѣчающійся въ практической дѣятельности военныхъ врачей и отравляющій ихъ существованіе. Слѣдуетъ отмѣтить, что притворяются не только здоровые, но и дѣйствительно больные, надѣясь, что такимъ путемъ имъ «вѣрнѣе» удастся освободиться отъ службы. Ко всякому другому врачу больной приходитъ лѣчиться и только лѣчиться, къ военному-же врачу солдаты, хотя-бы и больной, во многихъ случаяхъ обращаются, кромѣ того, или даже исключительно, съ цѣлью уволиться въ неспособные. При такомъ условіи не можетъ не измѣниться вообще отношеніе военнаго врача къ больному, и извѣстная степень недоувѣренности въполнѣ понятна и извинительна. Всестороннее изслѣдованіе предполагаемаго притворщика и дальнѣйшее наблюденіе за нимъ нерѣдко требуютъ отъ врача гораздо болѣе труда, времени, внимательности и опытности, чѣмъ лѣченіе тяжелаго больного. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (функциональное недержаніе мочи, *retit mal*, головныя боли, отеки одной конечности, афонія, глухота и т. п.) уже впередъ можно знать, что всѣ труды, вѣроятно, пропадутъ даромъ, такъ какъ научно исключить или доказать съ несомнѣнностью притворство бываетъ невозможно. Что-же дѣлать? Увольнять всѣхъ сомнительныхъ въ неспособные? Если-бы эта мѣра могла повести къ уничтоженію самой арміи, то многіе, можетъ быть, охотно и примѣняли-бы ее; но, вѣдь, на мѣсто уволенныхъ будутъ призываться изъ деревни, отъ семей, все новые и новые люди. Положеніе для военнаго врача, вынужденнаго у кровати больного превращаться въ «эксперта», оказывается безвыходнымъ. По этому поводу, съ своей стороны, считаю нужнымъ заявить, что официальное признаніе военными врачами притворства, за 8 лѣтъ своей службы, я встрѣчалъ лишь въ единичныхъ, исключительныхъ случаяхъ.

Отнюдь не желая возбуждать какую-бы то ни было бесполезную полемику съ товарищами, я всецѣло присоединяюсь къ вышесказанному въ Собраніи мнѣнію, что нельзя дѣлать врачей на военныхъ и гражданскихъ: мы всѣ служимъ одному и тому-же дѣлу, и главною задачею нашею въ данный моментъ должно быть изысканіе способовъ, чтобы поставить его возможно лучше. Вѣроятно, настанетъ время, когда общество сознаетъ, наконецъ, дѣйствительное значеніе въ жизни медицины, какъ наилучшей защитницы интересовъ народа, и участіе выборныхъ представителей отъ врачей съ правомъ не совѣтательнаго, а рѣшающаго, законодательнаго голоса будетъ признано необходимымъ во всѣхъ дѣлахъ государства. Монополія, проституція, классическое образованіе, воинская повинность, каторжныя работы, чрезвычайныя мѣры охраны, смертная казнь и т. п. явленія нашей жизни при означенномъ условіи никогда не могли-бы быть санкціонированы представителями медицины.

Бюрократическая система имѣетъ главною своею цѣлью охранять неизбѣжность издавна установившихся формъ, предоставляющихъ привилегированному и сплоченному «меньшинству» широкую возможность эксплоатации, ради своихъ личныхъ выгодъ, неорганизованнаго «большинства», т. е. тормазить всѣми способами естественную эволюцію жизни. Используя не безъ остроумія главнѣйшіе общечеловѣческіе слабости и пороки, эта система можетъ

служить примѣромъ строгой послѣдовательности и законченности. В.-медицинская организація является лишь частичнымъ выраженіемъ общаго «приказно-полицейскаго» строя, характерныя черты котораго выступаютъ здѣсь особенно рѣзко, такъ какъ приходится соединять въ одно противоположныя по существу вещи—медицинскую науку и воинскую дисциплину, и втискивать живое медицинское дѣло въ узкія неподвижныя рамки мертваго формализма. Доказательствомъ того, что источникъ зла заключается не въ военныхъ врачахъ, а въ самой системѣ, можетъ служить, между прочимъ, состояніе сельской медицины въ Сибири, ярко представленное въ статьяхъ д-ра Н. Видорчика (См. его «Замѣтки Сибирскаго врача». Очерки бюрократической медицины). Въ Сибири нѣтъ земскихъ медицинскихъ учрежденій; вмѣсто нихъ, функционируютъ больницы Приказа общественнаго призрѣнія, и все дѣло основано на бюрократическихъ принципахъ. Въ общемъ картина оказывается вполне сходною, даже до мелочей, съ в.-медицинскою организаціей, и въ результатѣ—столь-же плачевное положеніе вещей, какъ и въ военномъ вѣдомствѣ, и даже еще худшее.

«Завѣдываніе всѣмъ санитарнымъ дѣломъ арміи сосредоточено въ рукахъ нѣсколькихъ медицинскихъ чиновниковъ—статскихъ, дѣйствительныхъ статскихъ и тайныхъ совѣтниковъ, которые и управляютъ в.-медицинскимъ дѣломъ, всѣ-же прочіе рабочіе-служащіе занимаютъ лишь подчиненное положеніе и являются главнымъ образомъ исполнителями статей законовъ и приказаній начальствующихъ. На административныя должности, въ особенности высшія, въ силу одного изъ основныхъ бюрократическихъ принциповъ, допускаются за выслугу лѣтъ, послѣ продолжительнаго искуса или, чаще, благодаря соотвѣствующей протекціи, исключительно лица «благонамѣренныя», легко идущія на разнаго рода компромиссы, требуемые системою, или-же люди хотя-бы просто индифферентные, т. е. пассивно относящіеся къ окружающимъ ихъ безобразіямъ. Путемъ такого рода филтраціи получается «искусственный подборъ» далеко не лучшихъ, чтобы не сказать болѣе, представителей в.-врачебнаго сословія. Проможденіе при сказанномъ условіи іерархической лѣстницы не можетъ не оказывать на служащихъ медленнаго, но глубоко развращающаго вліянія. Роковымъ обстоятельствомъ для многихъ является полученіе чина д. ст. совѣтника, послѣ чего нерѣдко начинаютъ обнаруживаться какіе-то уже прямо психо-патологическіе признаки, напоминающіе печальный періодъ прогрессивнаго паралича: появляются своеобразныя разстройства движенія, походки, рѣчи, письма и глубокія измѣненія со стороны нравственно-психической сферы отчасти дементнаго, отчасти маниакальнаго характера. Централизація власти въ такихъ рукахъ приводитъ къ тому, что живое дѣло медицины сводится преимущественно на бумажныя, канцелярскія формы (отчетность, медицинскіе листы, смотровыя книги, свидѣтельства, акты, исторіи болѣзни, рапорты, приказы, циркуляры и т. п.), т. е. превращается въ «в.-медицинскую службу», главное требованіе которой состоятъ въ томъ, чтобы на бумагѣ «все обстояло благополучно».

Для примѣра возьму хотя-бы курьезный порядокъ довольствія войсковыхъ врачей лѣкарствами. Конечно, проще всего было-бы выдать врачу на руки деньги, отпущаемыя казною на этотъ предметъ, предоставлявъ возможность ему самому приобрести что требуется для его больныхъ, сообразно съ мѣстными нуждами даннаго времени и личнымъ опытомъ, а въ концѣ года—представить оплаченные счета на ту же сумму. Вмѣсто того, въ Петербургѣ устанавливается на нѣсколько мѣтъ впередъ «каталогъ», одинъ и тотъ-же на всю Россію, въ которомъ количество каждаго лѣкарства, потребное на годъ, исчисляется на 100 чел. здоровыхъ. Лѣкарства эти разсылаются по округамъ изъ Петербурга съ завода военно-врачебныхъ заготовлений, но предварительно каждому врачу военной части нужно исполнить дов. сложную бухгалтерскую работу—подсчитать и представить въ каталогъ по графамъ, противъ каждаго средства, съ точностью до дробей: сколько его оставалось отъ прошлаго года, сколько поступило вновь, сколько израсходовано, сколько остается и сколько тре-

буется еще на предстоящий годъ, высчитавъ на 100 чел. здоровыхъ, сообразно количествамъ, уже опредѣленнымъ въ каталогъ. Между тѣмъ заболеваемость нижнихъ чиновъ, а потому и потребность въ тѣхъ или иныхъ лѣкарствахъ, зависитъ отъ самыхъ разнообразныхъ причинъ: тотъ или иной составъ части, родъ службы, санитарныя условія стоянки, климатическія вліянія, наконецъ, цѣлый рядъ случайныхъ или чисто мѣстныхъ условій—все это можетъ быть совсѣмъ не одинаково въ Астрахани и въ Архангельскѣ, въ текущемъ году и въ будущемъ. Такъ какъ вполнѣ очевидно, что установленный порядокъ снабженія войскъ лѣкарствомъ далеко не отвѣчаетъ дѣйствительнымъ потребностямъ, то предложены дополнителныя мѣры, обусловленныя каждый разъ соответствующею перепискою и отчетностью: отпускъ лѣкарствъ, «не положенныхъ по каталогу», приобретеніе ихъ на полковыя суммы и, наконецъ, составленіе «дополнительныхъ требованій» по тому же каталогу.

Что поражаетъ въ в.-медицинскомъ вѣдомствѣ свѣжаго человека, это—крайнее обиліе администраціи. За спиною каждаго работника-врача стоитъ длинный рядъ начальниковъ, притомъ 2-хъ категорій: простовоенныхъ и в.-медицинскихъ; съ одной стороны — командиръ полка, начальникъ дивизіи, командующій войсками округа, военный министръ, съ другой—старшій врачъ, дивизионный врачъ, окружной в.-медицинскій инспекторъ и главный в.-медицинскій инспекторъ. Въ частяхъ войскъ, не входящихъ въ составъ дивизіи, а также въ лѣчебныхъ заведеніяхъ и др. учрежденіяхъ военного вѣдомства имѣется соответственная своя промежуточная администрація: начальники госпиталей, инспекторъ госпиталей, коменданты, крѣпостные врачи, корпусные врачи и т. д.

Младшему врачу весьма часто приходится исполнять одновременно нѣсколько должностей, что происходитъ вследствие постоянного недостатка служащихъ, а также существованія въ военномъ вѣдомствѣ «паразитарныхъ» учрежденій, не имѣющихъ по штату своего опредѣленнаго врача и пользующихся безвозмезднымъ трудомъ одного изъ ближайшихъ военныхъ врачей, который съ этою цѣлю, «для пользы службы», отрывается отъ прямыхъ своихъ обязанностей, каковы, напр., окружной военный судъ, канцелярія прокурорскаго надзора, всѣ госпитальныя команды, управленія воинскихъ начальниковъ и т. п. Такимъ образомъ военному врачу иногда, кромѣ своего обычнаго двойного начальства, приходится имѣть дѣло еще съ тѣми или иными случайными начальниками. Мнѣ лично на 2-мъ году службы посчастливилось совмѣщать нижеслѣдующія обязанности: старшаго и младшаго врача, класснаго медицинскаго фельдшера, ветеринарнаго врача, заведующаго санитарною частью Управленія воинскаго начальника и провіантскаго магазина, постоянного члена Присутствія по воинской повинности и члена какой-то городской санитарной Коммиссіи, при чемъ помню, что окружной ветеринаръ сдѣлалъ мнѣ замѣчаніе за несвоевременное представленіе списковъ на ветеринарныхъ фельдшеровъ, а губернаторъ особою бумагою требовалъ, чтобы военный врачъ совмѣстно съ городскимъ врачомъ по 2 раза въ недѣлю осматривалъ проститутокъ, а также принималъ участіе въ общемъ наблюденіи за ними въ случаѣ поступленія ихъ въ больницу и въ производствѣ микроскопическихъ изслѣдованій передъ выпискою.

Дѣятельность военного врача, кромѣ того, стѣснена длиннымъ рядомъ статей устарѣвшихъ, но неизбѣжныхъ законовъ и еще болѣе многочисленныхъ всевозможныхъ дополнителныхъ къ законамъ приказовъ и циркуляровъ, пытающихся опредѣлить чуть-ли не каждый его шагъ. Порядокъ визитаціи, поступленіе, содержаніе и выписка больныхъ, выборъ инструментовъ и лѣкарствъ, производство обеззараживанія, мѣропріятія противъ холеры и т. д. до перебивки тѣякоко включительно—уже опредѣлены соответствующими статьями и правилами. Всѣ эти законы, циркуляры, приказы и даже словесныя распоряженія начальства на в.-медицинской службѣ имѣютъ безусловно обязательное значеніе и, повидимому, гораздо болѣе, чѣмъ требованія современной медицины или простого здраваго смысла. Чтобы не быть голословнымъ, приведу

нѣсколько примѣровъ. Въ силу одного изъ главныхъ принциповъ милитаризма, мирное время должно служить подготовкою для ближайшей войны. Между тѣмъ по нашимъ законамъ военные врачи въ мирное время поставлены въ ближайшую служебную зависимость отъ офицера и совершенно устранены отъ всякаго активнаго участія въ общей администраціи и въ хозяйственныхъ дѣлахъ; съ объявленіемъ войны, по тѣмъ-же законамъ, военнымъ врачамъ, напр., младшему ординатору госпиталя, приходится принимать самостоятельныя административныя должности и заведываніе хозяйствомъ съ полною при томъ отвѣтственностью, ибо офицеръ здѣсь уже оказывается подчиненнымъ врачу. Кромѣ того, не смотря на постоянный недостатокъ военныхъ врачей въ вѣдомствѣ, гражданскіе врачи по окончаніи Университетовъ, согласно закону, въ большинствѣ случаевъ совершенно освобождаются отъ исполненія всеобщей воинской повинности наравнѣ со священниками и преподавателями и зачисляются въ запасъ «гражданскихъ чиновниковъ в.-медицинскаго вѣдомства» съ тѣмъ, чтобы въ моменты мобилизаціи этихъ самыхъ врачей, совершенно незнакомыхъ съ условіями военной службы мирнаго времени, экстренно призвать изъ запаса и отправить на театръ военныхъ дѣйствій. По существующимъ законоположеніямъ при шаблонномъ опредѣленіи «годности» къ службѣ нижнихъ чиновъ, офицеровъ и врачей почти совершенно игнорируются такіе существенныя въ данномъ вопросѣ различія, какъ мирное и военное время, тотъ или иной родъ оружія, то или иное мѣсто постоянного расположенія части и т. п. Въ госпиталь какъ-то обратился находящійся на службѣ офицеръ—*артиллеристъ*, страдающій *катарромъ ушей*, съ просьбой выдать ему свидѣтельство для ходатайства о переводѣ по болѣзни въ какую-либо другую часть войска; по справкѣ, однако, оказалось, что «на такой предметъ» госпиталь по закону никакого свидѣтельства выдать не можетъ. Позволю себѣ привести еще нѣсколько частныхъ случаевъ изъ собраннаго мною матеріала. Испытуемый, признанный душевно-больнымъ психіатрами, съ мнѣніемъ которыхъ вполнѣ согласилось и медицинское Совѣщаніе, былъ изъятъ по какимъ-то «вышнимъ» соображеніямъ окружного в.-медицинскаго инспектора изъ психіатрическаго отдѣленія и помѣщенъ въ общую палату внутренняго отдѣленія, гдѣ и оставался около мѣсяца, пока, наконецъ, не былъ уволенъ въ неспособные по душевной-же болѣзни. Въ баталіонный лазаретъ, на половину пустой, прибылъ офицеръ, только что раненый копытомъ лошади въ область глазницы. Оказалось, что по закону невозможно зачислить его въ лазаретъ, въ которомъ «по штату» положены мѣста только для нижнихъ чиновъ. Начальникъ лазарета все-таки счелъ нужнымъ прислушаться къ голосу здраваго смысла и частнымъ образомъ разрѣшилъ врачу оставить на свой страхъ больного, но при условіи, чтобы офицеръ этотъ не раздѣвался и имѣлъ-бы видъ амбулаторнаго. Въ началѣ русско-японской войны партія (около 10 чел.) душевно-больныхъ нижнихъ чиновъ вмѣстѣ съ провожатыми была эвакуирована съ Д. Востока, проѣхала всю Сибирь и всю Россію, дѣлая остановки въ пути, между прочимъ, и въ лѣчебныхъ заведеніяхъ Томска, Москвы, и, наконецъ, была доставлена на Дальній Западъ—въ Варшавскій Уяздовскій госпиталь: дальше уже некуда было везти; отсюда провожатые отправились обратно, а больные остались въ Варшавѣ для испытанія, по окончанія котораго были представлены въ Коммиссію для увольненія въ неспособные; затѣмъ дождались своей очереди и, какъ уроженцы Сибири, должны были отправиться съ новыми провожатыми назадъ въ Сибирь по мѣсту родины. Спустя нѣкоторое время прибыла еще партія душевно-больныхъ такимъ-же порядкомъ. Въ госпиталѣ врачу какъ-то понадобилась глазная пипетка для оспеннаго больного. По установленному порядку онъ написалъ на нее «требованіе», которое сначала поступаетъ для утвержденія и подписи главному врачу или консультанту, а потомъ уже передается въ госпитальную аптеку. На другой день фельдшеръ докладываетъ врачу, что пипетокъ въ аптекѣ не оказалось, и потому требованіе не исполнено. Въ

ванію воинской повинности далеко не съ радостной готовностью исполнить «священный долгъ защитника отечества»; суровыя наказанія, установленныя за уклоненія отъ военной службы, достаточно подчеркиваютъ отсутствіе въ массахъ сознанія какъ этого «долга», такъ и самой необходимости военной службы въ мирное время; интеллигенція въ данномъ случаѣ тоже ничуть не отличается особымъ патріотизмомъ. Естественно, что многіе призывные, а въ особенности молодые солдаты, уже испытавшіе на дѣлѣ, что значить наша дисциплина, зная о возможности путемъ болѣзни вовсе освободиться отъ службы или хотя-бы на время уволиться домой, прибѣгаютъ къ умышленному преувеличенію своихъ субъективныхъ ощущеній, къ притворству и даже къ членовредительству, начиная отъ простаго отрубанія пальца и кончая искусственными патчами роговицы, получаемыми путемъ впрыскиванія какого-то красящаго вещества. Притворство различныхъ степеней есть фактъ, повседневно встрѣчающійся въ практической дѣятельности военныхъ врачей и отравляющій ихъ существованіе. Слѣдуетъ отмѣтить, что притворяются не только здоровые, но и дѣйствительно больные, надѣясь, что такимъ путемъ имъ «вѣрнѣе» удастся освободиться отъ службы. Ко всякому другому врачу больной приходитъ лѣчиться и только лѣчиться, къ военному-же врачу солдаты, хотя-бы и больной, во многихъ случаяхъ обращаются, кромѣ того, или даже исключительно, съ цѣлью уволиться въ неспособные. При такомъ условіи не можетъ не измѣниться вообще отношеніе военнаго врача къ больному, и извѣстная степень недовѣрчивости вполне понятна и извинительна. Всестороннее изслѣдованіе предполагаемаго притворщика и дальнѣйшее наблюденіе за нимъ нерѣдко требуютъ отъ врача гораздо болѣе труда, времени, внимательности и опытности, чѣмъ лѣченіе тяжелаго больного. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (функциональное недержаніе мочи, *retit mal*, головныя боли, отеки одной конечности, афонія, глухота и т. п.) уже впередъ можно знать, что всѣ труды, вѣроятно, пропадутъ даромъ, такъ какъ научно исключить или доказать съ несомнѣнностью притворство бываетъ невозможно. Что-же дѣлать? Увольнять всѣхъ сомнительныхъ въ неспособной? Если-бы эта мѣра могла повести къ уничтоженію самой арміи, то многіе, можетъ быть, охотно и примѣняли-бы ее; но, вѣдь, на мѣсто уволенныхъ будутъ призываться изъ деревни, отъ семей, все новые и новые люди. Положеніе для военнаго врача, вынужденнаго у кровати больного превращаться въ «эксперта», оказывается безвыходнымъ. По этому поводу, съ своей стороны, считаю нужнымъ заявить, что официальное признаніе военными врачами притворства, за 8 лѣтъ своей службы, я встрѣчалъ лишь въ единичныхъ, исключительныхъ случаяхъ.

Отнюдь не желая возбуждать какую-бы то ни было бесполезную полемику съ товарищами, я всецѣло присоединяюсь къ вышесказанному въ Собраніи мнѣнію, что нельзя дѣлить врачей на военныхъ и гражданскихъ: мы всѣ служимъ одному и тому-же дѣлу, и главною задачею нашею въ данный моментъ должно быть изысканіе способовъ, чтобы поставить его возможно лучше. Вѣроятно, наступитъ время, когда общество сознаетъ, наконецъ, дѣйствительное значеніе въ жизни медицины, какъ наилучшей защитницы интересовъ народа, и участіе выборныхъ представителей отъ врачей съ правомъ не совѣтательнаго, а рѣшающаго, законодательнаго голоса будетъ признано необходимымъ во всѣхъ дѣлахъ государства. Монополія, проституція, классическое образованіе, воинская повинность, каторжныя работы, чрезвычайныя мѣры охраны, смертная казнь и т. п. явленія нашей жизни при означенномъ условіи никогда не могли-бы быть санкціонированы представителями медицины.

Бюрократическая система имѣетъ главною своею цѣлью охранять неизмѣнимость издавна установившихся формъ, предоставляющихъ привилегированному и сплоченному «меньшинству» широкую возможность эксплуатаціи, ради своихъ личныхъ выгодъ, неорганизованнаго «большинства», т. е. тормазить всѣми способами естественную эволюцію жизни. Используя не безъ остроумія главнѣйшіе общечеловѣческіе слабости и пороки, эта система можетъ

служить примѣромъ строгой послѣдовательности и законченности. В.-медицинская организація является лишь частичнымъ выраженіемъ общаго «приказно-полицейскаго» строя, характерныя черты котораго выступаютъ здѣсь особенно рѣзко, такъ какъ приходится соединять въ одно противуположныя по существу вещи—медицинскую науку и воинскую дисциплину, и втискивать живое медицинское дѣло въ узкія неподвижныя рамки мертваго формализма. Доказательствомъ того, что источникъ зла заключается не въ военныхъ врачахъ, а въ самой системѣ, можетъ служить, между прочимъ, состояніе сельской медицины въ Сибири, ярко представленное въ статьяхъ д-ра Н. Видорчика (См. его «Замѣтки Сибирскаго врача». Очерки бюрократической медицины). Въ Сибири нѣтъ земскихъ медицинскихъ учрежденій; вмѣсто нихъ, функционируютъ больницы Приказа общественнаго призрѣнія, и все дѣло основано на бюрократическихъ принципахъ. Въ общемъ картина оказывается вполне сходною, даже до мелочей, съ в.-медицинскою организаціей, и въ результатѣ—столь-же плачевное положеніе вещей, какъ и въ военномъ вѣдомствѣ, и даже еще худшее.

«Завѣдываніе всѣмъ санитарнымъ дѣломъ арміи сосредоточено въ рукахъ нѣсколькихъ медицинскихъ чиновниковъ—статскихъ, дѣйствительныхъ статскихъ и тайныхъ совѣтниковъ, которые и управляютъ в.-медицинскимъ дѣломъ, всѣ-же прочіе рабочіе-служащіе занимаютъ лишь подчиненное положеніе и являются главнымъ образомъ исполнителями статей законовъ и приказаній начальствующихъ. На административныя должности, въ особенности высшія, въ силу одного изъ основныхъ бюрократическихъ принциповъ, допускаются за выслугу лѣтъ, послѣ продолжительнаго искуса или, чаще, благодаря соотвѣтствующей протекціи, исключительно лица «благонамѣренныя», легко идущія на разнаго рода компромиссы, требуемые системою, или-же люди хотя-бы просто индифферентныя, т. е. пассивно относящіяся къ окружающимъ ихъ безобразіямъ. Путемъ такого рода филтраціи получается «искусственный подборъ» далеко не лучшихъ, чтобы не сказать болѣе, представителей в.-врачебнаго сословія. Проможденіе при сказанномъ условіи іерархической лѣстницы не можетъ не оказывать на служащихъ медленнаго, но глубоко развращающаго вліянія. Роковымъ обстоятельствомъ для многихъ является полученіе чина д. ст. совѣтника, послѣ чего нерѣдко начинаютъ обнаруживаться какіе-то уже прямо психо-патологическіе признаки, напоминающіе печальный періодъ прогрессивнаго паралича: появляются своеобразныя разстройства движенія, походки, рѣчи, письма и глубокія измѣненія со стороны нравственно-психической сферы отчасти дементнаго, отчасти маниакальнаго характера. Централизація власти въ такихъ рукахъ приводитъ къ тому, что живое дѣло медицины сводится преимущественно на бумажныя, канцелярскія формы (отчетность, медицинскіе листы, смотровыя книги, свидѣтельства, акты, исторіи болѣзни, рапорты, приказы, циркуляры и т. п.), т. е. превращается въ «в.-медицинскую службу», главное требованіе которой состоятъ въ томъ, чтобы на бумагѣ «все обстояло благополучно».

Для примѣра возьму хотя-бы курьезный порядокъ дозволствія войсковыхъ врачей лѣкарствами. Конечно, проще всего было-бы выдать врачу на руки деньги, отпускаемая казною на этотъ предметъ, предоставивъ возможность ему самому приобрести что требуется для его больныхъ, сообразно съ мѣстными нуждами даннаго времени и личнымъ опытомъ, а въ концѣ года—представить оплаченные счета на ту же сумму. Вмѣсто того, въ Петербургѣ устанавливается на нѣсколько мѣтъ впередъ «каталогъ», одинъ и тотъ-же на всю Россію, въ которомъ количество каждаго лѣкарства, потребное на годъ, исчисляется на 100 чел. здоровыхъ. Лѣкарства эти разсылаются по округамъ изъ Петербурга съ завода военно-врачебныхъ заготовлений, но предварительно каждому врачу военной части нужно исполнить дов. сложную бухгалтерскую работу—получить и проставить въ каталогѣ по графамъ, противъ каждаго средства, съ точностью до дробей: сколько его оставалось отъ прошлаго года, сколько поступило вновь, сколько израсходовано, сколько остается и сколько трѣ-



буется еще на предстоящій годъ, высчитавъ на 100 чел. здоровыхъ, сообразно количествамъ, уже опредѣленнымъ въ каталогъ. Между тѣмъ заболѣваемость нижнихъ чиновъ, а потому и потребность въ тѣхъ или иныхъ лѣкарствахъ, зависитъ отъ самыхъ разнообразныхъ причинъ: тотъ или иной составъ части, родъ службы, санитарныя условія стоянки, климатическія вліянія, наконецъ, цѣлый рядъ случайныхъ или чисто мѣстныхъ условій—все это можетъ быть совсѣмъ не одинаково въ Астрахани и въ Архангельскѣ, въ текущемъ году и въ будущемъ. Такъ какъ вполнѣ очевидно, что установленный порядокъ снабженія войскъ лѣкарствомъ далеко не отвѣчаетъ дѣйствительнымъ потребностямъ, то предложены дополнительныя мѣры, обусловленные каждый разъ соответствующею перепискою и отчетностью: отпускъ лѣкарствъ, «не положенныхъ по каталогу», приобрѣтеніе ихъ на полковыя суммы и, наконецъ, составленіе «дополнительныхъ требованій» по тому же каталогу.

Что поражаетъ въ в.-медицинскомъ вѣдомствѣ свѣжаго человека, это—крайнее обиліе администраціи. За спиною каждаго работника-врача стоитъ длинный рядъ начальниковъ, притомъ 2-хъ категорій: простовоенныхъ и в.-медицинскихъ; съ одной стороны — командиръ полка, начальникъ дивизіи, командующій войсками округа, военный министръ, съ другой—старшій врачъ, дивизионный врачъ, окружной в.-медицинскій инспекторъ и главный в.-медицинскій инспекторъ. Въ частяхъ войскъ, не входящихъ въ составъ дивизіи, а также въ лѣчебныхъ заведеніяхъ и др. учрежденіяхъ военного вѣдомства имѣется соответственная своя промежуточная администрація: начальники госпиталей, инспекторъ госпиталей, коменданты, крѣпостные врачи, корпусные врачи и т. д.

Младшему врачу весьма часто приходится исполнять одновременно нѣсколько должностей, что происходитъ вследствие постоянного недостатка служащихъ, а также существованія въ военномъ вѣдомствѣ «паразитарныхъ» учрежденій, не имѣющихъ по штату своего опредѣленнаго врача и пользующихся безвозмезднымъ трудомъ одного изъ ближайшихъ военныхъ врачей, который съ этою цѣлю, «для пользы службы», отрывается отъ прямыхъ своихъ обязанностей, каковы, напр., окружной военный судъ, канцелярія прокурорскаго надзора, всѣ госпитальныя команды, управленія воинскихъ начальниковъ и т. п. Такимъ образомъ военному врачу иногда, кромѣ своего обычнаго двойного начальства, приходится имѣть дѣло еще съ тѣми или иными случайными начальниками. Мнѣ лично на 2-мъ году службы посчастливилось совмѣщать нижеслѣдующія обязанности: старшаго и младшаго врача, класснаго медицинскаго фельдшера, ветеринарнаго врача, завѣдующаго санитарною частью Управленія воинскаго начальника и провіантскаго магазина, постоянного члена Присутствія по воинской повинности и члена какой-то городской санитарной Комиссіи, при чемъ помню, что окружной ветеринаръ сдѣлалъ мнѣ замѣчаніе за несвоевременное представленіе списковъ на ветеринарныхъ фельдшерѣвъ, а губернаторъ особою бумагою требовалъ, чтобы военный врачъ совмѣстно съ городскимъ врачомъ по 2 раза въ недѣлю осматривалъ проститутокъ, а также принималъ участіе въ общемъ наблюденіи за ними въ случаѣ поступленія ихъ въ больницу и въ производствѣ микроскопическихъ изслѣдованій передъ выпискою.

Дѣятельность военного врача, кромѣ того, стѣснена длиннымъ рядомъ статей устарѣвшихъ, но неизбѣжныхъ законовъ и еще большимъ количествомъ всевозможныхъ дополнительныхъ къ законамъ приказовъ и циркуляровъ, пытающихся опредѣлить чуть-ли не каждый его шагъ. Порядокъ визитаціи, поступленіе, содержаніе и выписка больныхъ, выборъ инструментовъ и лѣкарствъ, производство обеззараживанія, мѣропріятія противъ холеры и т. д. до перебивки тѣякоу въключительно—уже опредѣлены соответствующими статьями и правилами. Всѣ эти законы, циркуляры, приказы и даже словесныя распоряженія начальства на в.-медицинской службѣ имѣютъ безусловно обязательное значеніе и, повидимому, гораздо большее, чѣмъ требованія современной медицины или простого здраваго смысла. Чтобы не быть голословнымъ, приведу

нѣсколько примѣровъ. Въ силу одного изъ главныхъ принциповъ милитаризма, мирное время должно служить подготовкою для ближайшей войны. Между тѣмъ по нашимъ законамъ военные врачи въ мирное время поставлены въ ближайшую служебную зависимость отъ офицера и совершенно устранены отъ всякаго активнаго участія въ общей администраціи и въ хозяйственныхъ дѣлахъ; съ объявленіемъ войны, по тѣмъ-же законамъ, военнымъ врачамъ, напр., младшему ординатору госпиталя, приходится принимать самостоятельныя административныя должности и завѣдываніе хозяйствомъ съ полною при томъ отвѣтственностью, ибо офицеръ здѣсь уже оказывается подчиненнымъ врачу. Кромѣ того, не смотря на постоянный недостатокъ военныхъ врачей въ вѣдомствѣ, гражданскіе врачи по окончаніи Университетовъ, согласно закону, въ большинствѣ случаевъ совершенно освобождаются отъ исполненія всеобщей воинской повинности наравнѣ со священниками и преподавателями и зачисляются въ запасъ «гражданскихъ чиновниковъ в.-медицинскаго вѣдомства» съ тѣмъ, чтобы въ моментъ мобилизаціи этихъ самыхъ врачей, совершенно незнакомыхъ съ условіями военной службы мирнаго времени, экстренно призвать изъ запаса и отправить на театръ военныхъ дѣйствій. По существующимъ законоположеніямъ при шаблонномъ опредѣленіи «годности» къ службѣ нижнихъ чиновъ, офицеровъ и врачей почти совершенно игнорируются такіе существенныя въ данномъ вопросѣ различія, какъ мирное и военное время, тотъ или иной родъ оружія, то или иное мѣсто постоянного расположенія части и т. п. Въ госпиталь какъ-то обратился находящійся на службѣ офицеръ—артиллеристъ, страдающій *катаромъ ушей*, съ просьбой выдать ему свидѣтельство для ходатайства о переводѣ по болѣзни въ какую-либо другую часть войска; по справкѣ, однако, оказалось, что «на такой предметъ» госпиталь по закону никакого свидѣтельства выдать не можетъ. Позволю себѣ привести еще нѣсколько частныхъ случаевъ изъ собраннаго мною матеріала. Испытуемый, признанный душевно-больнымъ психіатрами, съ мнѣніемъ которыхъ вполнѣ согласилось и медицинское Совѣщаніе, былъ изъятъ по какимъ-то «вышнимъ» соображеніямъ окружного в.-медицинскаго инспектора изъ психіатрическаго отдѣленія и помѣщенъ въ общую палату внутренняго отдѣленія, гдѣ и оставался около мѣсяца, пока, наконецъ, не былъ уволенъ въ неспособные по душевной-же болѣзни. Въ баталіонный лазаретъ, на половину пустой, прибылъ офицеръ, только что раненый копытомъ лошади въ область глазицы. Оказалось, что по закону невозможно зачислить его въ лазаретъ, въ которомъ «по штату» положены мѣста только для нижнихъ чиновъ. Начальникъ лазарета все-таки счелъ нужнымъ прислушаться къ голосу здраваго смысла и частнымъ образомъ разрѣшилъ врачу оставить на свой страхъ больного, но при условіи, чтобы офицеръ этотъ не раздѣвался и имѣлъ-бы видъ амбулаторнаго. Въ началѣ русско-японской войны партія (около 10 чел.) душевно-больныхъ нижнихъ чиновъ вмѣстѣ съ провожатыми была эвакуирована съ Д. Востока, проѣхала всю Сибирь и всю Россію, дѣлая остановки въ пути, между прочимъ, и въ лѣчебныхъ заведеніяхъ Томска, Москвы, и, наконецъ, была доставлена на Дальній Западъ—въ Варшавскій Уяздовскій госпиталь: дальше уже некуда было везти; отсюда провожатые отправились обратно, а больные остались въ Варшавѣ для испытанія, по окончанія котораго были представлены въ Комиссію для увольненія въ неспособные; затѣмъ дождались своей очереди и, какъ уроженцы Сибири, должны были отправиться съ новыми провожатыми назадъ въ Сибирь по мѣсту родины. Спустя въкоторое время прибыла еще партія душевно-больныхъ такимъ-же порядкомъ. Въ госпиталѣ врачу какъ-то понадобилась глазная пипетка для оспеннаго больного. По установленному порядку онъ написалъ на нее «требованіе», которое сначала поступаетъ для утвержденія и подписи главному врачу или консультанту, а потомъ уже передается въ госпитальную аптеку. На другой день фельдшеръ докладываетъ врачу, что пипетокъ въ аптекѣ не оказалось, и потому требованіе не исполнено. Въ

надеждѣ, что теперь, вѣроятно, аптека уже приобрѣла пипетки, врачъ пишетъ на всякій случай 2-ое требованіе, которое пошло тѣмъ-же порядкомъ. На 3-ій день врачъ узнаетъ, что пипетки все-таки еще не выдали, потому, что для приобрѣтенія ея нужно особое разрѣшеніе главнаго врача. Конечно, можно было-бы дать служителю свои 10 коп. и послать его за пипеткой въ частную аптеку; но служащаго не имѣютъ права выходить изъ госпиталя безъ разрѣшенія строевого начальства, о чемъ пришлось-бы просить особую записку завѣдующаго командою; вмѣсто того, врачъ предпочелъ написать рапортъ главному врачу, гдѣ ходатайствовалъ о его зависящемъ распоряженіи на покупку пипетки.

Не получивъ отвѣта на свой рапортъ, онъ отправился для личныхъ объясненій, при чемъ главный врачъ предложилъ ему «для упрощенія дѣла» купить пипетку самому на свои деньги и взять счетъ изъ магазина, который и представить ему на утвержденіе, а потомъ уже получить по нему соответствующую сумму отъ секретаря медицинскаго Совѣщанія. Считаю нужнымъ пояснить, что въ этой исторіи, быть можетъ, и «анекдотичной», но вполне характерной для в.-медицинскаго вѣдомства, ничуть не виноваты ни ординаторъ, ни управляющій аптекою, ни главный врачъ, а виновата та самая система, которая создаетъ для всѣхъ нихъ подобныя условія.

В. Сланскій.

(Окончаніе слѣдуетъ).

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физиологія и общая патологія.** 559. Д-ръ *Theodor Brugsch* (Berlin) разсматриваетъ современное положеніе нашихъ знаній о сахарномъ мочеизнуреніи *панкреатическаго происхожденія*. На основаніи опытовъ на животныхъ и клиническихъ наблюденій мы имѣемъ полное основаніе признать, что разрушеніе всей или большей части поджелудочной железы ведетъ къ гликозурии. Если въ нѣкоторыхъ случаяхъ при пораженіяхъ поджелудочной железы сахарнаго мочеизнуренія не наблюдается, то это объясняется тѣмъ, что остающаяся неизмѣненной часть железы замѣняетъ отправленіе пораженной. Въ одномъ случаѣ не наблюдалось гликозурии при полномъ раковомъ перерожденіи железы; но *Hansemann*, описавшій этотъ случай, объясняетъ это тѣмъ, что раковоперерожденные клѣтки поджелудочной железы могутъ сохранить отправленіе нормальнымъ. Что касается роли поджелудочной железы въ углеводномъ обменѣ, то на основаніи имѣющихся данныхъ нужно думать, что железа эта путемъ внутренняго отдѣленія снабжаетъ клѣтки организма веществомъ, возбуждающимъ ихъ къ окисленію сахара. Новѣйшія изслѣдованія показали, что поджелудочная железа является не единственнымъ органомъ, влияющимъ такимъ образомъ на окисленіе сахара. Вырѣзываніе щитовидной железы, а также и слюнныхъ железъ обуславливаетъ также гликозурию. Относительно разницы въ клиническихъ признакахъ между обыкновеннымъ и панкреатическимъ сахарнымъ мочеизнуреніемъ извѣстно лишь немного, что можетъ помочь отличительному распознаванію. Однимъ изъ существенныхъ отличій тяжелаго простого сахарнаго мочеизнуренія отъ панкреатическаго является разница въ степени ацидоза. При панкреатическомъ диабетѣ ацидозъ, т.-е. выдѣленіе ацетоновыхъ тѣлъ является слѣдствіемъ голоданія организма, такъ какъ вслѣдствіе выпаденія функции поджелудочной железы большая часть пищи не усваивается; этотъ ацидозъ вполне аналогиченъ физиологическому, наблюдаемому при голоданіи, напр. у профессиональных голодальщиковъ (*Succhi*). При этомъ выдѣляется не больше 12—15 грм.  $\beta$ -оксимасляной кислоты въ сутки. Ацидозъ-же при простомъ сахарномъ мочеизнуреніи составляетъ явленіе чисто патологическое, и количество  $\beta$ -оксимасляной кислоты при немъ можетъ дойти до 100 грм. въ сутки. Изъ этого слѣдуетъ, что наличность сильнаго ацидоза говорить противъ панкреатическаго диабета. Распознать послѣдній для жизни можно лишь тогда, когда наряду съ гликозу-

рией имѣются значительныя разстройства въ отправленіи поджелудочной железы. Изъ своихъ наблюденій авт. пришелъ къ заключенію, что для распознаванія особенно важно разстройство всасыванія жира; меньше значенія имѣетъ всасываніе бѣлковъ. Онъ нашелъ, что при пораженіяхъ поджелудочной железы, не сопровождающихся желтухой, съ испражнениями выдѣляется 50—60% принятаго съ пищей жира. Потери бѣлка равны лишь 20—25%. Если принять къ свѣдѣнію и другіе признаки, какъ-то: быстрое исхуданіе, припадки коликъ и т. п., то приживленіе распознаваніе панкреатическаго сахарнаго мочеизнуренія становится возможнымъ. Для лѣченія это распознаваніе весьма важно, такъ какъ тутъ необходимо больше обращать вниманія на исправленіе пищеваренія, чѣмъ на сахарное мочеизнуреніе. Цѣлесообразнымъ средствомъ является сырая поджелудочная железа или ея препараты, напр. *Pankreon-Rhenania* (*Therapie der Gegenwart*, августъ).

А. Коварскій.

560. Д-ра *Ernst Bendix* и *Alfred Schittenhelm* предлагаютъ новый приборъ для количественнаго опредѣленія сахара въ мочѣ. Ихъ т. наз. хромосахарометръ «*Rapid*» по наружному своему виду похожъ на приборъ *Sahlb* для количественнаго опредѣленія гемоглобина и основанъ на томъ принципѣ, что коричневая окраска при реакціи *Mohr*'а (кипаченіе мочи съ ѣдкимъ натромъ) пропорциональна количеству сахара въ мочѣ. Приборъ состоитъ изъ слѣдующихъ частей: 1) оправы, въ которой помѣщаются: а) запаянная трубочка, содержащая жидкость коричневаго цвѣта, соответствующая содержанію 1% сахара при пробѣ *Mohr*'а, б) пробирка съ дѣленіями, и 2) пипетки въ 5 к. стм. Количественное опредѣленіе сахара производится такъ: послѣ того, какъ качественной пробой установлено въ изслѣдуемой мочѣ содержаніе сахара, смѣшиваютъ равныя части мочи и 10 или 15%-го раствора ѣдкаго кали или натрія, кипятятъ смѣсь 1 или 2 минуты и даютъ остыть. Послѣ этого жидкость наливаютъ въ вымѣренную пробирку прибора такъ, чтобы она дошла до мѣтки 5, соответствующей содержанію 1% сахара, и сравниваютъ цвѣтъ полученной жидкости съ цвѣтомъ жидкости въ запаянной трубкѣ. Если получился цвѣтъ одинаковый или болѣе блѣдный, то моча содержитъ 1% сахара или меньше. Если же цвѣтъ изслѣдуемой мочи темнѣе, то изъ пипетки постепенно добавляють воды до тѣхъ поръ, пока не получится одинаковой окраски обѣихъ жидкостей. %-ное содержаніе сахара можно непосредственно отсчитать на вымѣренной пробиркѣ. Если, достигнувъ верхней мѣтки, жидкость все еще остается болѣе темной, чѣмъ другая, служащая для сравненія, то это означаетъ, что моча содержитъ болѣе 5% сахара; въ такомъ случаѣ мочу до кипяченія съ щелочью слѣдуетъ развести пополамъ съ водой, а полученный результатъ помножить на 2. (Приборъ продается въ St. Gallen, въ Швейцаріи, у фирмы *Hausmann* и стоитъ 9<sup>1</sup>/<sub>2</sub> фр.) (*Münchener medicinische Wochenschrift*, № 27). К.

**Бактеріологія.** 561. *Schumacher* изучалъ ростъ *холерныхъ и холероподобныхъ вибрионовъ на агаръ съ теллической кровью* (*Blutagar*) и при этомъ нашелъ, что колонія всѣхъ холероподобныхъ вибрионовъ (156 разводовъ) вызываютъ гемолизъ красныхъ кровяныхъ шариковъ и обезцвѣчиваютъ кровяной агаръ, чего не наблюдается у настоящихъ холерныхъ запятыхъ. Исключеніе составляютъ холерныя разводки, выдѣленные *Gotschlich*'омъ въ El Tor'а \*) (недалеко отъ Александріи) и обратившая на себя вниманіе бактериологовъ своими особенностями, отличающими ихъ отъ другихъ холерныхъ разводовъ, а именно: способностью вызывать гемолизъ и вырабатывать сильныя токсины. Поэтому упомянутыя разводки обезцвѣчивали кровяной агаръ такъ же, какъ и холероподобные вибрионы (*Zeitschrift für Hygiene*, т. 54, тетр. 1).

Б. Клейнъ.

562. Д-ръ *Sachs-Mücke* предлагаетъ весьма простой и удобный способъ осажденія мокроты для изслѣдованія ея на бугорчатковыя палочки. Осажденіе мокроты, какъ извѣстно, примѣняется главнымъ образомъ тогда, когда въ подозрительныхъ на бугорчатку случаяхъ не удается най-

\*) О результатахъ изслѣдованій *Gotschlich*'а въ El Tor'а уже сообщалъ на страницахъ «Русскаго Врача». Ред.

ти Кос'овских палочекъ обычнымъ путемъ. Авт. применяетъ для осаждения мокроты перекись водорода; послѣдняя при соприкосновеніи съ мокротой быстро разлагается на воду и кислородъ, и пузырьки выделяющагося газа механически разъединяютъ форменные элементы мокроты, такъ что они, какъ и бугорчатковья палочки, осѣдаютъ до в. быстро. Для ускоренія процесса во время прибавленія перекиси водорода помѣшиваютъ смѣсь стеклѣнной палочкой. Этотъ простой способъ даетъ возможность изслѣдовать все суточное количество мокроты, при чемъ одновременно можно обеззаразить ее прибавленіемъ 0,1%-го раствора сулемы. Удобнѣе всего влить смѣсь сулемы и перекиси водорода (въ равныхъ объемахъ) въ посуду (плевательницу), въ которой собирается мокрота; такъ какъ сулема не вступаетъ въ химическую реакцію съ перекисью водорода, то мокрота при этомъ растворяется и осаждается, а вмѣстѣ съ тѣмъ и обеззараживается. Въ сосудѣ образуются 3 слоя: верхній состоитъ изъ пѣны, средній — изъ жидкости, а нижній — изъ твердыхъ составныхъ частей. Окраска бугорчатковъ палочекъ отъ описанной обработки не страдаетъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 34).

А. Коварскій.

**Физиологическая химія.** 563. Д-ръ F. Lange предлагаетъ слѣдующее *видоизмѣненіе Legal'евской реакціи на ацетонъ въ мочѣ*. Къ изслѣдуемой мочѣ (15 к. стм.) прибавляютъ немного (0,5—1,0) ледяной уксусной кислоты, затѣмъ еще нѣсколько капель свѣже-приготовленнаго раствора нитропруссиды натрия. Послѣ того осторожно приливаютъ нѣсколько к. стм. амміака; такъ какъ амміакъ имѣетъ болѣе легкій уд. вѣсъ, чѣмъ смѣсь мочи съ реактивомъ, то онъ остается на поверхности. При наличности ацетона въ изслѣдуемой мочѣ, на мѣстѣ прикосновенія обѣихъ жидкостей получается рѣзко фіолетовое кольцо. Въ этомъ видѣ реакція имѣетъ то преимущество, что избѣгается вліяніе на реакцію креатинина; кромѣ того, она болѣе чувствительна, чѣмъ обычная Legal'евская проба; нужно имѣть въ виду, что при очень незначительныхъ количествахъ ацетона фіолетовое кольцо появляется лишь черезъ нѣкоторое время. При содержаніи ацетона въ 0,001 до 0,0001 млгр. реакція даетъ положительный результатъ только черезъ 24 часа (Münchener med. Wochenschrift, № 36).

А. Коварскій.

**Внутреннія болѣзни.** 564. Ю. Ю. Горновскій (Варшава) приводитъ 2 случая, доказывающіе значеніе *иноскопии при распознаваніи болѣзней брюшной полости*. Способъ этотъ, какъ извѣстно, основанъ на томъ, что во всякой жидкости, подверженной свертыванію, фибринъ, выпадая, увлекаетъ съ собою кѣтки, частички тканей, бактеріи, вообще все твердое тѣло, которыя находятся въ данной жидкости въ нерастворимомъ видѣ.

1. Больной, 37 л., поступилъ въ больницу 10/виш 1903 г. 1/2 года назадъ у него появились боли въ животѣ, усилившіяся послѣ їды. Въ послѣднее время боли эти сдѣлались почти постоянными; присоединилась рвота. Жалуется на полное отсутствіе позыва на їду и тухлую отрыжку, появляющуюся спустя 1/2 часа послѣ їды и продолжающуюся цѣлыми часами до появленія рвоты, которая наступаетъ черезъ 2—3 часа послѣ їды. Боли главнымъ образомъ сосредоточиваются вокругъ пупка и въ лѣвомъ подреберьи. Запоры. Правильнаго сложенія, плохого питанія. Кожа и слизистыя оболочки блѣдны. Надъ правой легочной верхушкой ослабленное дыханіе. Границы сердца нормальны; звуки его чисты. При ощупываніи живота — рѣзкая болѣзненность непосредственно надъ пупкомъ въ ограниченномъ мѣстѣ, а также на палецъ влѣво отъ пупка и въ лѣвомъ подреберьи. Моча, уд. вѣса 1,022, кислой реакціи, содержитъ слѣды бѣлка и видікана. При раздуваніи (крайне болѣзненнымъ) желудка нижняя граница его ясно обрисовывается на уровнѣ пупка. Натощакъ авт. добылъ изъ желудка 200 к. стм. зеленовато-желтаго содержимаго съ сильнымъ запахомъ, кислой реакціи. Общая кислотность 30; свободной HCl 0,0365%; молочной кислоты нѣтъ; присутствіе масляной и уксусной кислоты; слѣды желчныхъ пигментовъ. Въ осадкѣ много кристалловъ гематогидна, дрожжевые грибки, сарцины, значительно измѣненныя мышечныя волокна, крахмалъ, капли жира, b. filiformis Boas (?). Черезъ 1 1/4 часа послѣ пробнаго обѣда въ осадкѣ желудочнаго содержимаго подъ микроскопомъ найдены обильныя, сильно измѣненныя мышечныя волокна, зерна крахмала, дрожжевые грибки и сарцины. Было поставлено распознаніе расширенія желудка вслѣдствіе непроходимости привратника, обусловленной рубцовымъ суженіемъ послѣ круглой извы желудка. 28/ix подъ хлороформомъ было образовано переднее желудочно-кишечное соустье (1-го Малишевскій). При операціи

оказались утолщеніе привратниковой части желудка съ частичной непроходимостью его и обильныя сращения его съ печенью и окружающими частями. 2/хі больной выпиcался изъ больницы въ хорошемъ состояніи, а черезъ 3 недѣли поступилъ вновь изъ-за брюшной водянки. При постукиваніи живота притупленіе снизу и до пупка, мѣняющееся въ зависимости отъ положенія больного; ясное зыбленіе. Позывъ на їду удовлетворительный. Изъ брюшной полости было выпущено 3 литра жидкости, въ коей при иноскопии оказались обильныя бугорчатковья палочки. 9/хі д-ръ Малишевскій произвелъ чревосѣченіе, при чемъ вся брюшина оказалась усыянной бугорками. 18/і 1904 г. оперированный выпиcался здоровымъ.

2. Больная, 61 г., поступила въ больницу 17/хі 1904 г. Жалуется на боли въ животѣ и увеличеніе его размѣровъ. Отсутствіе позыва на їду; отрыжки и рвоты нѣтъ; запоры. Рѣзко истощена. Кожа землисто-желтая. Слизистыя оболочки блѣдны. Синюха губъ и ушей. Границы сердца нормальны; звуки его чисты, но глуховаты. Животъ значительно увеличенъ въ размѣрахъ; кожа на немъ блестящая. Полное притупленіе, начинающееся отъ самаго низа живота и простирающееся на 2 пальца выше пупка. Зыбленіе. Ноги отечны. Проколомъ живота авт. выпустилъ 6 литровъ кровянистой мутной жидкости. Печень по выпущеніи жидкости оказалась увеличенной и отстоявшей на 3 пальца изъ-подъ края реберъ. Иноскопія выпущенной жидкости показала: уд. вѣсъ 1,011, бѣлка 4%; въ осадкѣ много бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ и бугорчатковъ палочекъ. Распознанъ бугорчатковый перитонитъ. 3/хі 1904 г. больная умерла. На вскрытіи глубокие рубцы въ обѣихъ верхушкахъ легкихъ. Печень значительно увеличена, поверхность ея неровная, бугристая. Въ селезенкѣ, также увеличенной, обильныя бугорки, съ горошину. Вся брюшина усыяна бугорками, величиною отъ просынного зерна до горошины. (Nowiny lekarskie, августъ).

С. Островскій.

**Хирургическія болѣзни.** 565. Д-ръ Axhausen описываетъ изъ клиники проф. Helferich'a (Kiel) *случай т. наз. herniae pectineae Cloquetii incarceratae*. Въ литературѣ описано всего 9 случаевъ. Изъ нихъ въ 6 грыжа была найдена при вскрытіи. 1-ый случай описанъ Cloquet'омъ.

Больная, 72 л., грыжи прежде не замѣчала. За 4 дня до поступления въ клинику сильныя боли, тошнота, рвота, задержка испражнений и газовъ. При постукиваніи въ лѣвой яйцевидной ямкѣ, у мѣста прикрѣпленія гребенчатой мышцы къ лонной кости найдена небольшая, плоская напряженная, но безболѣзненная припухлость. Операция подъ спинномозговымъ обезбоживаніемъ. Послѣ разсѣченія сухожильнаго растаженія гребенчатой мышцы показались грыжевой мѣшокъ, величиною съ орѣхъ. Ущемленіе въ бедренномъ кольцѣ. Ущемленіе устранено. Изсѣченъ кусокъ омертвѣвшей кишки длиною въ 8 стм. Мѣшокъ лежалъ во влагалищѣ, образованномъ волокнами гребенчатой мышцы. Щель въ гребенчатой фасціи, черезъ которую прошла грыжа, помѣщалась у лонной связки (lig. pubicum). Изсѣченіе мѣшка; тампонъ въ брюшную полость. Гладкое выздоровленіе.

Авторъ отмѣчаетъ трудности распознаванія, которое въ 3-хъ случаяхъ (изъ литературы) было установлено лишь при чревосѣченіи. Чревосѣченіе имѣло цѣлью устранить кишечную непроходимость (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXXXI).

Б. Финкельштейнъ.

566. Проф. Paug (Graz) описываетъ *случай суженія прямой кишки обызвѣщенной и самопроизвольно отделившейся міомой матки*.

Больная, 70 л., лѣчилась нѣсколько лѣтъ отъ маточныхъ кровотеченій. 4 мѣс. — упорные запоры. Послѣднія недѣли издѣіе живота, рвота, сильныя боли при испраженіи. Сильное истощеніе. Черезъ прямую кишку прощупывается плотная, бугристая опухоль, сидящая на передней стѣнкѣ и сращенная съ заднимъ влагалищнымъ сводомъ и съ тѣломъ матки. Слизистая оболочка прямой кишки въ этомъ мѣстѣ сильно набухла. Предположенъ высоко сидящій ракъ. Чревосѣченіе. Въ Douglas'овомъ пространствѣ найдена большая, бугристая, свѣтложелтая опухоль, которая и была удалена тупо. Шовъ на брюшную рану. Гладкое выздоровленіе. Вѣсъ опухоли 180 грм. Микроскопически обызвѣщенная фибромиома (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXXXI).

Б. Финкельштейнъ.

567. Д-ръ Ludolf (Breslau) применяетъ при распознаваніи заболѣваній позвоночника, крестца и таза *выслушиваніе черезъ фонендоскопъ или обыкновенный стетоскопъ* съ резиновыми трубками. Если заставлять больного сгибать и разгибать позвоночникъ и совершать имъ другія движенія и въ это время систематически выслушивать различныя мѣста на немъ, то окажется, что надъ тѣмъ позвонкомъ, гдѣ имѣются болѣзненные измѣненія, слышны очень явственно крепитация и трескъ, которые нерѣдко бываютъ выражены такъ рѣзко, что причиняютъ боль выслушивающему уху. Эти звуки, разумѣется, слышны и надъ сосѣдними позвонками, но надъ больнымъ они выражены рѣзче всего. Если найденное выслушиваніемъ мѣсто изслѣдовать лучами Röntgen'a, то въ болѣзненныхъ случаяхъ въ межпозвоночномъ сочлененіи находятъ отло-

женія, такъ что такимъ образомъ у пожилыхъ людей, жалующихся на боли въ крестцѣ или въ спинѣ, очень легко удается распознать обезображивающій артритъ. Этимъ путемъ автору удавалось также легче находить и травматическія поврежденія позвоночника, крестца и таза. Съ теченіемъ времени авт. все больше убѣждался въ полезности этого способа изслѣдованія и теперь примѣняетъ его во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ, гдѣ больные жалуются на боли въ спинѣ, крестцѣ и затылкѣ. Звукъ костной крепитации такъ характеренъ, что его очень легко отличить отъ другихъ шумовъ, какъ, напр., шума сокращенія мышцъ, движенія сухожилій, слизистыхъ сумокъ и т. п. (Münchener med. Wochenschrift, № 25).

А. Коварскій.

568. Проф. *Lennander* (Uppsala) на основаніи своего обширнаго опыта даетъ рядъ цѣнныхъ указаній относительно *лѣченія острою разлитого воспаления брюшины*. На первомъ мѣстѣ — точное, правильное распознаваніе и возможно ранняя операція до наступленія паралича кишекъ. При каждой операціи необходимо устранить причину воспаления. При параличѣ кишекъ слѣдуетъ примѣнять свѣченіе кишки (во время самой операціи), наложеніе свища въ тонкой или слѣпой, въ отчаянныхъ случаяхъ — изсѣченіе большого отрѣзка (до 2 метровъ) парализованной кишки. При воспаленіи брюшины вслѣдствіе заболѣванія отростка съ параличемъ слѣпой и подвздошной кишекъ надо наложить свищъ на слѣпую во время операціи или помѣстить ее въ наружной ранѣ, чтобы наложить свищъ вторично съ появленіемъ признаковъ паралича кишекъ. Особенно при свѣжемъ гнойномъ воспаленіи (напр., вокруг брызжейки тонкихъ кишекъ) показано промываніе горячимъ (40°) соевымъ растворомъ (0,90%) подъ небольшимъ давленіемъ. Всѣ зараженные участки необходимо дренировать. Усыпленіе — эфирное по капельному способу. Тамъ, гдѣ приходится извлечь наружу большую часть кишекъ, показано внутривенное вливаніе соли. Последовательное лѣченіе состоитъ въ промываніи желудка, назначеніи клизмъ, подкожныхъ впрыскиваніяхъ физостигмина (2 раза въ день, по 1/2 мгм.), воздержаніи отъ пищи (подъ кожу питательная смѣсь изъ 100—200,0 оливковаго масла, 160,0 винограднаго сахара, 40,0 спирта) (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, т. LXXXI).

Б. Ф.

569. Д-ръ *H. Lotsch* описываетъ случай врожденнаго сообщенія прямой кишки съ мочевымъ пузыремъ (*atresia ani vesicalis*).

Мальчикъ — 3-хъ недѣль. Первые дни послѣ рожденія калъ выдѣлялся изъ мочевого канала, затѣмъ появились рвота и вздутіе живота, исчезнувшее послѣ выдѣленія кала съ мочой. Въ остальныхъ отношеніяхъ развитъ правильно. На мѣстѣ заднепроходнаго отверстія — небольшое углубленіе. Чревостѣченіе. Найдено непосредственное широкое сообщеніе между нисходящей ободочной кишкой и верхушкой мочевого пузыря. Кишка отдѣлена между 2-хъ нитей; отверстіе въ мочевомъ пузырьѣ зашито тройнымъ рядомъ швовъ; толстымъ троакаромъ продѣлано отверстіе со стороны промежности, туго расширено и черезъ него за нить выведена кишка и укрѣплена швами къ кожной ранѣ. Полное выздоровленіе. Разстройствъ нѣтъ ни со стороны мочевого пузыря, ни со стороны кишки.

Пороки развитія прямой кишки встрѣчаются рѣдко (1 случай на 6—15000 рожденій). Въ литературѣ изъ 100 случаевъ зарощенія заднепроходнаго отверстія вообще приходится только 10 случаевъ *atresiae ani vesicalis*. Распознаваніе основано на отхожденіи первороднаго кала съ мочой. Предсказаніе до сихъ поръ считалось очень плохимъ. Операція, видимо, сдѣлана только въ случаѣ автора (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXXXI).

Б. Ф.

570. Д-ръ *Curl* говоритъ о результатахъ хирургическаго лѣченія затяжныхъ формъ кроваваго поноса. Операція показана въ тяжелыхъ случаяхъ, не поддающихся внутреннему лѣченію. Противопоказаніемъ служатъ сильное истощеніе и упадокъ силъ. Операція состоитъ въ наложеніи свища въ слѣпой кишкѣ. Черезъ свищъ вводятъ катетеръ и промываютъ толстую кишку слабымъ растворомъ хинина. Наложеніе свища въ червеобразномъ отросткѣ, испробованное авторомъ въ нѣсколькихъ случаяхъ, менѣе удобно. Изъ 11 больныхъ выздоровѣли 8. 2-ое погибло отъ обширнаго пораженія кишекъ и воспаления почекъ, 1 — отъ истощенія въ первые сутки послѣ операціи еще до

вскрытія кишки (авт. совѣтуетъ вскрывать кишку на 3-и сутки). Улучшеніе послѣ промываній наступало очень быстро. Въмѣсто 22—15 испражнений до операціи больные на 3—4-й день испражнялись по 2—3 раза. Выздоровленіе шло медленно. Въ 3-хъ случаяхъ черезъ нѣсколько недѣль наступилъ возвратъ, исчезнувшій послѣ повторныхъ промываній. Въ 4-хъ случаяхъ свищъ закрылся самъ собою, въ 4-хъ закрытъ операціей (Annals of Surgery, апрѣль).

Б. Финкельштейнъ.

**Физиотерапія.** 571. Д-ръ *Theodor Schilling* (Nürnberg) видѣлъ *благопріятное дѣйствіе Röntgen'овскихъ лучей при лѣченіи хроническихъ бронхитовъ и бронхиальной астмы*. Улучшеніе обнаруживалось главнымъ образомъ въ уменьшеніи количества мокроты и исчезновеніи удушья. Уменьшеніе количества мокроты авт. устанавливалъ прямыми измѣреніями суточного количества ее. Техника лѣченія заключалась въ слѣдующемъ: больной подвергался дѣйствію лучей въ сидячемъ положеніи, съ нѣсколькихъ сторонъ, при чемъ такіе мѣста, гдѣ лучи должны проходить чрезъ толстый слой мышцъ, избѣгались и, наоборотъ, предпочитались тѣ участки, гдѣ больше всего было слышно хриповъ. Большей частью дѣйствію лучей подвергалась передняя и задняя часть грудной кѣтки, при чемъ съ каждой стороны продолжительность сеанса была равна 5—7 1/2 мин., такъ что въ общемъ сеансъ продолжался 10—15 мин. Примѣнялся индукторъ съ длиною искры въ 30 см.; трубка помѣщалась такъ, что ближайшее разстояніе стекла отъ кожи равнялось 15 см. Чтобы получить болѣе глубокое дѣйствіе лучей, слѣдуетъ примѣнять твердыя трубки. Каждый больной подвергался дѣйствію лучей только 1 разъ. Неблагопріятныхъ побочныхъ дѣйствій не наблюдалось. Объяснить дѣйствіе х-лучей въ данномъ случаѣ можно такимъ образомъ, что они задерживаютъ отдѣлительную дѣятельность заложенныхъ въ слизистой оболочкѣ бронховъ и мелкихъ железокъ кѣтокъ, при чемъ часть послѣднихъ, вѣроятно, подъ дѣйствіемъ лучей погибаетъ. Такъ какъ число изслѣдованныхъ авторомъ случаевъ еще не велико, то онъ и не рѣшается окончательно высказаться о лѣчебномъ значеніи х-лучей при бронхитѣ и бронхиальной астмѣ; во всякомъ случаѣ вопросъ этотъ, по его мнѣнію, заслуживаетъ дальнѣйшаго изученія (Münchener medicinische Wochenschrift, № 37).

А. Коварскій.

## ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

**LXX. Протоколъ XXXI-го засѣданія Общества больничныхъ врачей въ Петербургѣ 31-го марта 1905 г.**

Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

*Е. В. Святловскій. Врачебная помощь на фабрикахъ и заводахъ.*

*Д. С. Ариштинъ* указалъ, что вопросъ о реорганизации врачебнаго дѣла на фабрикахъ и заводахъ поставленъ уже на очередь и въ административныхъ сферахъ, но едва-ли можно сомнѣваться, что, какой-бы законопроектъ ни былъ выработанъ нашей бюрократіей, въ немъ отразятся только интересы капиталъ, къ которому она тяготеетъ, но не будутъ представляемы интересы труда. Наше фабричное законодательство имѣетъ въ виду только одну функцію фабричнаго врача: его роль, какъ врача лѣчащаго, но нигдѣ не упоминаетъ о санитарныхъ его обязанностяхъ. Между тѣмъ врачъ на фабрикѣ долженъ не только лѣчить, но и охранять здоровье рабочихъ, слѣдить за правильнымъ устройствомъ фабричныхъ помѣщеній и за гигиенической обстановкой труда. Д-ръ *А.* многочисленными примѣрами и статистическими данными подтвердилъ пагубное вліяніе на жизнь и здоровье рабочихъ негигиеничной обстановки труда. Но не только фабричныя помѣщенія и условія работы подлежатъ вѣдѣнію врачебнаго надзора; врачъ долженъ обращать вниманіе и на жилища помѣщенія рабочихъ и на пищу ихъ. Повяно однако, что до тѣхъ поръ, пока врачъ будетъ наемникомъ фабриканта, пока онъ будетъ зависѣть отъ послѣдняго, онъ не можетъ обладать достаточной самостоятельностью въ дѣлѣ защиты ихъ.



интересов рабочего класса. Необходимо устранить все условия, стесняющие самостоятельность врача; нужно дать возможность проявить самостоятельность рабочим, — и только тогда возможно будет дело врачебной помощи поставить в надлежащих условиях. А для этого прежде всего нужна свобода союзов, свобода стачек и целый ряд других свобод; свобода слова, печати и т. д. С вопросом о врачебной помощи тесно связан и вопрос о государственном страховании рабочих; но для того, чтобы последнее было поставлено правильно, необходимо, чтобы в организации страхования принимали участие и сами заинтересованные лица, т. е. рабочие. Но, конечно, все это может осуществиться только с наступлением политической свободы.

**Н. М. Какушкин:** Одной из наиболее важных сторон рассматриваемого в настоящем заседании вопроса о сохранении здоровья рабочих на фабриках и заводах является забота о здоровье трудящейся женщины. Эта сторона вопроса должна быть рассматриваемой отдельно, потому что влияние тяжелого физического труда на женский организм отличается от особенностей, зависящих всецело от особенностей строения и отправления женского организма. Всем хорошо известно, что половые органы женщины устроены гораздо сложнее мужских и несут такую отравляющую, которая и при физиологических условиях делают организм ее в известные периоды жизни более ранимым, более чувствительным к таким влияниям, как тяжелый физический труд. К числу таких отравляющих надо отнести менструацию, беременность и грудное кормление ребенка. Если обратить внимание на современную постановку профилактики заболеваний рабочих на фабриках и заводах, то можно найти там большой недочет именно в той части этого вопроса, о которой я начал говорить. Можно смело сказать, что по отношению к трудящейся женщине в отношении указанных периодов ее жизни не прилагаются никаких забот, если, конечно, не считать мелких и крайне неопределенных правил относительно беременных женщин, работающих на фабриках и заводах. При существующих порядках русской жизни нельзя ждать каких-либо широких и целесообразных преобразований в этом деле. Эти преобразования будут возможны лишь после коренного переустройства управления России на началах народного представительства. Нужно пожелать, чтобы это представительство в равной мере касалось и женской  $\frac{1}{2}$  населения. Только тогда, когда женщина получит все права русского гражданина, она сама постынет за себя и сама попытается добиться (улучшения своего положения, как трудящегося человека.

**Д-р Эренбург,** практикуя среди рабочих, имел возможность убедиться, что в большинстве случаев врачебная помощь на фабриках и заводах является по существу одной фикцией, и это неудивительно, так как существующее положение дела создано не истинными, а живыми попечениями о трудящихся массах. Докладчик обрисовал это положение совершенно правильно: место фабричного врача при настоящих условиях является большею частью синекурой; врач является на завод 1—2 раза в неделю на какие-нибудь  $\frac{1}{2}$ —1 час., а между тем современные условия производства на фабриках и заводах — очень тяжелые, и правильная организация врачебного дела составляет насущную потребность. Пользуясь больным, часто убеждаешься, что то или другое заболевание вызвано ненормальными условиями, среди которых приходится работать. На обязанности врача должно лежать не только лечение рабочих, но также и регламентация условий производства. Поэтому врачебная помощь должна быть организована на широких общественных началах, но отнюдь не зависеть от капитала. Передача этого дела в руки земств и городов, которые до сих пор сдѣлали так мало в деле урегулирования врачебной помощи на фабриках и заводах, нежелательна. Нилучшей формой организации д-р Э. считает учреждение в каждом фабричном районе особых Коллегий, состоящих из врачей, избранных самими рабочими. Эти врачебные Коллегии должны вѣдать все санитарно-врачебное дело на заводах, как лечение и профилактику, так и вопросы о трудоспособности в тех случаях, когда на этой почве возникают столь частые в настоящее время конфликты между рабочими и фабрикантами. Далее д-р Э. поставил вопрос, какую позицию должны занять врачи по отношению к рабочему вопросу? Он предполагает, что в ряду всех либеральных профессий врачи резко выделяются тем, что их интересы и задачи ближе всего сопрягаются с задачами социаль-демократической партии: условия частной практики, больничного дела, фабрично-заводской медицины в настоящее время совершенно не соответствуют профессионально-врачебным идеалам; правильная постановка дела возможна будет только тогда, когда пролетариат получит возможность сам участвовать в организации учреждений, призванных обслуживать его, т. е. больницы, амбулаторий, санитарного дела и т. п. Отсюда ясно, что в конечном итоге профессиональные задачи врачей совпадают с интересами рабочего класса и задачами социаль-демократии; слѣд., врачебное сословие больше, чем всякая другая интеллигентная профессия, заинтересовано в успехе социаль-демократической партии. В заключение д-р Э. подчеркнул, что путь ходатайств, которыми врачи думали когда-то улучшить положение медицинского дела, теперь уже давно оставляет. Теперь все сознать, что только с завоеванием свободы можно будет добиться и частичных улучшений, в виде упорядочения больничного дела, фабрично-заводской медицины и т. п.

висящими в воздухе до тех пор, пока рабочее законодательство не опирается на организованную силу рабочего класса. Только тогда свобода стачек, врачебная помощь, наконец страхование станут прочными и действительными приобретениями рабочих. В последнее время особенно много говорят о страховании рабочих, ожидая от него исцеления всех бед; но есть страны, напр., Англия, где страхования до сих пор нет, а где положение рабочих тем не менее безконечно лучше положения русских рабочих. С другой стороны, указывают на страхование рабочих в Германии. Многие склонны забывать о той атмосфере политической свободы, которая дѣлает возможным и широкое развитие страхования и многое другое, до чего еще очень далеко русским рабочим; забывают, что Германия имеет сильную рабочую партию — лучшую защитницу интересов рабочих во всех тех вопросах, которые у нас ставят сейчас на очередь министерские проекты. Не отрицая всей важности и полезности всего того, что проектирует Министерство финансов, д-р Э. полагает, однако, что действительное улучшение положения рабочего класса в России возможно будет тогда, когда судьба последнего будет определяться не благожелательными актами того или другого министра, а свободной организацией — экономической и политической самих рабочих.

**Л. В. Шорь,** указав на всю основательность доклада, описывающего современное положение врачебного дела на фабриках и заводах, подчеркнул, что все, изложенное докладчиком, прекрасно известно любому земскому врачу. Кто не знает также, что все, исходящее от современной нашей бюрократии в виде новых законов и законопроектов, является лишь временным шлопаньем дыры, а никак не действительным устранением коренных зол. Поэтому он полагает, что не стоит тратить время на разговоры о современном состоянии врачебной помощи на фабриках и заводах, а лучше подѣлиться впечатлениями по поводу только что закончившагося «холерного» Съезда врачей в память **Н. И. Пирогова**....

**Председатель,** прерывая д-ра Ш., просит его не уклоняться от темы доклада.

**Л. В. Шорь** возражает, что считает вопрос о фабричной медицине только частью вопроса о медицине вообще, и, продолжая о Пироговском Съезде, говорит: «Когда мы съехались в Москву на Пироговский Съезд....»

**Председатель** останавливает д-ра Ш. и просит оставаться в пределах вопроса о фабричной медицине.

**Л. В. Шорь** объявляет, что в таком случае он отказывается от слова, и сходит с кафедры.

Присутствующие громко протестуют против отказа оратора от слова и просят его продолжать, но **Л. В. Шорь** не соглашается.

**Председатель** предоставляет слово слѣдующему оратору **г. Сергееву**.

**Сергеев,** указав, что невозможно ожидать уврачевания всех наших политических и экономических зол ни с помощью бюрократии, ни с помощью промышленников, полагает, что остается только один путь: требовать учредительного Собрания, которое одно только и может разрешить все насущные вопросы нашей жизни, в том числе и вопрос о фабричной медицине.

После речи **г. Сергеева** присутствующие вновь громко требуют, чтобы слово было предоставлено **Л. В. Шору**. Последний однако категорически отказывается.

**Председатель** предоставляет слово слѣдующему по очереди оратору **г. Харитонову**.

**Харитонов** говорит о социальных проблемах пролетариата.

**Председатель** просит его не уклоняться от основного вопроса.

**Харитонов,** утверждая, что его выводы коснутся постановки врачебной помощи на фабриках и заводах, вновь переходит к изложению социальных задач пролетариата.

**Председатель** лишает оратора слова, объявляет заседание закрытым и удаляет из зала.

Присутствующие шумно протестуют и вместе с частью членов Общества остаются в залѣ заседания. В это время на хорах зала (засѣдание происходило в Вольно-Экономическом Обществе) появляются полицеймейстер, пристав, несколько околоточных и около 100 городовых. Удалив публику с хоров, полиция спускается по лестниц вниз. Секретарь Общества вступает в объяснение с полицеймейстером; кое-как удается удержать полицию от входа в зал. — Вскорь присутствовавшие стали понемногу расходиться и через  $\frac{1}{2}$  часа зало опустѣло, и полиция удалась.

Председатель **А. Кадынъ.**  
Секретарь **А. Рубель.**

# **I. XXI. Протокол XXXII-ю очередного заседания Общества больничных врачей в Петербург 19-го мая 1905 г.**

**Д. П. Никольский.** О мѣрах против холеры на фабриках и заводах.

В прениях приняли участие д-ра **Аринштейнъ, Синани, Димантъ, Шорь** и некоторые из присутствовавших гостей. Тема, затронутая докладчиком, была обсуждаема с точки зрения неудовлетворительности и тягостности для населения современного полицейско-бюрократического строя в государств, при чем все говорящие приходили к заключению, что холерная эпидемия

женія, такъ что такимъ образомъ у пожилыхъ людей, жалующихся на боли въ крестцѣ или въ спинѣ, очень легко удастся распознать обезображивающій артритъ. Этимъ путемъ автору удавалось также легче находить и травматическія поврежденія позвоночника, крестца и таза. Съ теченіемъ времени авт. все больше убѣждался въ полезности этого способа изслѣдованія и теперь примѣняетъ его во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ, гдѣ больные жалуются на боли въ спинѣ, крестцѣ и затылкѣ. Звукъ костной крепитации такъ характеренъ, что его очень легко отличить отъ другихъ шумовъ, какъ, напр., шума сокращенія мышцъ, движенія сухожилий, слизистыхъ сумокъ и т. п. (Münchener med. Wochenschrift, № 25).

А. Коварскій.

568. Проф. *Lennander* (Upsala) на основаніи своего обширнаго опыта даетъ рядъ цѣнныхъ указаній относительно *лѣченія острой разлитой воспаленія брюшины*. На первомъ мѣстѣ — точное, правильное распознаваніе и возможно ранняя операція до наступленія паралича кишекъ. При каждой операціи необходимо устранить причину воспаленія. При параличѣ кишекъ слѣдуетъ примѣнять свѣченіе кишки (во время самой операціи), наложеніе свища въ тонкой или слѣпой, въ отчаянныхъ случаяхъ — иссѣченіе большого отрѣзка (до 2 метровъ) парализованной кишки. При воспаленіи брюшины вслѣдствіе заболѣванія отростка съ параличемъ слѣпой и подвздошной кишекъ надо наложить свищъ на слѣпую во время операціи или помѣстить ее въ наружной ранѣ, чтобы наложить свищъ вторично съ появленіемъ признаковъ паралича кишекъ. Особенно при свѣжемъ гнойномъ воспаленіи (напр., вокругъ брызжейки тонкихъ кишекъ) показано промываніе горячимъ (40°) соевымъ растворомъ (0,9‰) подъ небольшимъ давленіемъ. Всѣ зараженные участки необходимо дренировать. Усыпленіе — эфирное по капельному способу. Тамъ, гдѣ приходится извлечь наружу большую часть кишекъ, показано внутривенное вливаніе соли. Послѣдовательное лѣченіе состоитъ въ промываніи желудка, назначеніи клизмъ, подкожныхъ впрыскиваніяхъ физостигмина (2 раза въ день, по 1/2 мгрм.), воздержаніи отъ пищи (подъ кожу питательная смѣсь изъ 100—200,0 оливковаго масла, 160,0 винограднаго сахара, 40,0 спирта) (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, т. LXXXI).

Б. Ф.

569. Д-ръ *H. Lotsch* описываетъ случай врожденнаго сообщенія прямой кишки съ мочевымъ пузыремъ (*atresia ani vesicalis*).

Мальчикъ — 3-хъ недѣль. Первые дни послѣ рожденія калъ выдѣлялся изъ мочевого канала, затѣмъ появились рвота и вздутие живота, исчезнувшее послѣ выдѣленія кала съ мочой. Въ остальныхъ отношеніяхъ развитіе правильно. На мѣстѣ заднепроходнаго отверстія — небольшое углубленіе. Чревостѣженіе. Найдено непосредственное широкое сообщеніе между нисходящей ободочной кишкой и верхушкой мочевого пузыря. Кишка отдѣлена между 2-хъ нитей; отверстіе въ мочевомъ пузырь зашито тройнымъ рядомъ швовъ; толстымъ троакаромъ продѣлано отверстіе со стороны промежности, тупо расширено и черезъ него за нить нисведена кишка и укрѣплена швами къ кожной ранѣ. Полное выздоровленіе. Разстройства нѣтъ ни со стороны мочевого пузыря, ни со стороны кишки.

Пороки развитія прямой кишки встрѣчаются рѣдко (1 случай на 6—15000 рожденій). Въ литературѣ изъ 100 случаевъ зарощенія заднепроходнаго отверстія вообще приходится только 10 случаевъ *atresia ani vesicalis*. Распознаваніе основано на отхожденіи первороднаго кала съ мочой. Предсказаніе до сихъ поръ считалось очень плохимъ. Операція, видимо, сдѣлана только въ случаѣ автора (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXXXI).

Б. Ф.

570. Д-ръ *Curl* говоритъ о результатахъ хирургическаго лѣченія затяжныхъ формъ кроваваго поноса. Операція показана въ тяжелыхъ случаяхъ, не поддающихся внутреннему лѣченію. Противопоказаніемъ служатъ сильное истощеніе и упадокъ силъ. Операція состоитъ въ наложеніи свища въ слѣпой кишкѣ. Черезъ свищъ вводятъ катетеръ и промываютъ толстую кишку слабымъ растворомъ хинина. Наложеніе свища въ червеобразномъ отросткѣ, испробованное авторомъ въ нѣсколькихъ случаяхъ, менѣе удобно. Изъ 11 больныхъ выздоровѣли 8. 2-ое погибли отъ обширнаго пораженія кишекъ и воспаленія почекъ, 1-е — отъ истощенія въ первые сутки послѣ операціи еще до

вскрытія кишки (авт. совѣтуетъ вскрывать кишку на 3-и сутки). Улучшеніе послѣ промываній наступало очень быстро. Въмѣсто 22—15 испражнений до операціи больные на 3—4-й день испражнялись по 2—3 раза. Выздоровленіе шло медленно. Въ 3-хъ случаяхъ черезъ нѣсколько недѣль наступилъ возвратъ, исчезнувшій послѣ повторныхъ промываній. Въ 4-хъ случаяхъ свищъ закрылся самъ собою, въ 4-хъ закрытъ операціей (Annals of Surgery, апрѣль).

Б. Финкельштейнъ.

**Физиотерапія.** 571. Д-ръ *Theodor Schilling* (Nürnberg) видѣлъ *благопріятное дѣйствіе Röntgenовскихъ лучей при лѣченіи хроническихъ бронхитовъ и бронхиальной астмы*. Улучшеніе обнаруживалось главнымъ образомъ въ уменьшеніи количества мокроты и исчезновеніи удушья. Уменьшеніе количества мокроты авт. устанавливалъ прямыми измѣреніями суточного количества ея. Техника лѣченія заключалась въ слѣдующемъ: больной подвергался дѣйствію лучей въ сидячемъ положеніи, съ нѣсколькихъ сторонъ, при чемъ такіе мѣста, гдѣ лучи должны проходить чрезъ толстый слой мышцъ, избѣгались и, наоборотъ, предпочитались тѣ участки, гдѣ больше всего было слышно хриповъ. Большей частью дѣйствію лучей подвергалась передняя и задняя часть грудной кѣтки, при чемъ съ каждой стороны продолжительность сеанса была равна 5—7 1/2 мин., такъ что въ общемъ сеансъ продолжался 10—15 мин. Примѣнялся индукторъ съ длиною искры въ 30 см.; трубка помѣщалась такъ, что ближайшее разстояніе стекла отъ кожи равнялось 15 см. Чтобы получить болѣе глубокое дѣйствіе лучей, слѣдуетъ примѣнять твердые трубки. Каждый больной подвергался дѣйствію лучей только 1 разъ. Неблагопріятныхъ побочныхъ дѣйствій не наблюдалось. Объяснить дѣйствіе х-лучей въ данномъ случаѣ можно такимъ образомъ, что они задерживаютъ отдѣлительную дѣятельность заложенныхъ въ слизистой оболочкѣ бронховъ и мелкихъ железокъ кѣтокъ, при чемъ часть послѣднихъ, вѣроятно, подъ дѣйствіемъ лучей погибаетъ. Такъ какъ число изслѣдованныхъ авторомъ случаевъ еще не велико, то онъ и не рѣшается окончательно высказаться о лѣчебномъ значеніи х-лучей при бронхитѣ и бронхиальной астмѣ; во всякомъ случаѣ вопросъ этотъ, по его мнѣнію, заслуживаетъ дальнѣйшаго изученія (Münchener medicinische Wochenschrift, № 37).

А. Коварскій.

## ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

*LXX. Протоколъ XXXI-го засѣданія Общества больничныхъ врачей въ Петербургѣ 31-го марта 1905 г.*

Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія. *Е. В. Святловскій. Врачебная помощь на фабрикахъ и заводахъ.*

*Л. С. Ариштинъ* указалъ, что вопросъ о реорганизации врачебнаго дѣла на фабрикахъ и заводахъ поставленъ уже на очередь и въ административныхъ сферахъ, но едва-ли можно сомнѣваться, что, какой-бы законопроектъ ни былъ выработанъ нашей бюрократіей, въ немъ отразятся только интересы капитала, къ которому она тяготеетъ, но не будутъ представлены интересы труда. Наше фабричное законодательство имѣетъ въ виду только одну функцію фабричнаго врача: его роль, какъ врача лѣчащаго, но нигдѣ не упоминается о санитарныхъ его обязанностяхъ. Между тѣмъ врачъ на фабрикѣ долженъ не только лѣчить, но и охранять здоровье рабочихъ, слѣдить за правильнымъ устройствомъ фабричныхъ помѣщеній и за гигиенической обстановкой труда. Д-ръ *А. М.* многочисленными примѣрами и статистическими данными подтвердилъ пагубное вліяніе на жизнь и здоровье рабочихъ негигиеничной обстановки труда. Но не только фабричныя помѣщенія и условия работы подлежатъ вѣдѣнію врачебнаго надзора; врачъ долженъ обращать вниманіе и на жилищныя помѣщенія рабочихъ и на пищу ихъ. Повѣрие однако, что до тѣхъ поръ, пока врачъ будетъ наименѣе фабриканта, пока онъ будетъ зависѣть отъ послѣдняго, онъ не обладаетъ достаточной самостоятельностью въ дѣлѣ.

интересовъ рабочаго класса. Необходимо устранить всѣ условія, стѣсняющія самостоятельность врачей; нужно дать возможность проявить самостоятельность рабочимъ,—и только тогда возможно будетъ дѣло врачебной помощи поставитъ въ надлежащія условія. А для этого прежде всего нужна свобода союзовъ, свобода стачекъ и цѣлый рядъ другихъ свободъ; свобода слова, печати и т. д. Съ вопросомъ о врачебной помощи тѣсно связаны и вопросъ о государственномъ страхованіи рабочихъ; но для того, чтобы послѣднее было поставлено правильно, необходимо, чтобы въ организаціи страхованія принимали участіе и сами заинтересованные лица, т. е. рабочіе. Но, конечно, все это можетъ осуществиться только съ наступленіемъ политической свободы.

**Н. М. Какумичъ:** Одною изъ наиболее важныхъ сторонъ разсматриваемаго въ настоящемъ засѣданіи вопроса о сохраненіи здоровья рабочихъ на фабрикахъ и заводахъ является забота о здоровьи трудящейся женщины. Эта сторона вопроса должна быть разсматриваема отдѣльно, потому что вѣчные тяжелаго физическаго труда на женскій организмъ отличаются нѣкоторыми особенностями, зависящими всецѣло отъ особенностей строения и отправления женскаго организма. Всѣмъ хорошо извѣстно, что половые органы женщины устроены гораздо сложнее мужскихъ и несутъ такіе отправления, которыя и при физиологическихъ условіяхъ дѣлаютъ организмъ ея въ извѣстные періоды жизни болѣе ранимымъ, болѣе чувствительнымъ къ такимъ влияніямъ, какъ тяжелый физическій трудъ. Къ числу такихъ отравленій надо отнести менструацію, беременность и грудное кормленіе ребенка. Если обратить вниманіе на современную постановку профилактики заболеванийъ рабочихъ на фабрикахъ и заводахъ, то можно найти тамъ большой недочетъ именно въ той части этого вопроса, о которой я началъ говорить. Можно смѣло сказать, что по отношенію къ трудящейся женщинѣ въ отношеніи указанныхъ періодовъ ея жизни не прилагается никакихъ заботъ, если, конечно, не считать мелкихъ и крайне неопредѣленныхъ правилъ относительно беременныхъ женщинъ, работающихъ на фабрикахъ и заводахъ. При существующихъ порядкахъ русской жизни нельзя ждать какихъ-либо широкихъ и цѣлесообразныхъ преобразованій въ этомъ дѣлѣ. Эти преобразованія будутъ возможны лишь послѣ коренного переустройства управленія Россіи на началахъ народнаго представительства. Нужно помолоть, чтобы это представительство въ равной мѣрѣ касалось и женской  $\frac{1}{2}$  населенія. Только тогда, когда женщина получитъ всѣ права русскаго гражданина, она сама постытъ за себя и сама попытается добиться (улучшенія своего положенія, какъ трудящагося человека.

**Д-ръ Эренбургъ,** практикующъ среди рабочихъ, имѣлъ возможность убѣдиться, что въ большинствѣ случаевъ врачебная помощь на фабрикахъ и заводахъ является по существу одной фикціей, а это неудивительно, такъ какъ существующее положеніе дѣла создано не истинными, а живыми попеченіями о трудящихся массахъ. Докладчикъ обрисовалъ это положеніе совершенно правильно: мѣсто фабричнаго врача при настоящихъ условіяхъ является болѣею частью синекурой; врачъ является на заводъ 1—2 раза въ недѣлю на какіе-нибудь  $\frac{1}{2}$ —1 час., а между тѣмъ современныя условія производства на фабрикахъ и заводахъ—очень тяжелыя, и правильная организація врачебнаго дѣла составляетъ насущную потребность. Пользуясь болѣею, часто убѣждаешься, что то или другое заболѣваніе вызвано ненормальными условіями, среди которыхъ приходится работать. На обязанности врача должно лежать не только лѣченіе рабочихъ, но также и регламентація условій производства. Поэтому врачебная помощь должна быть организована на широкихъ общественныхъ началахъ, но отнюдь не зависѣть отъ капитала. Передача этого дѣла въ руки земствъ и городовъ, которые до сихъ поръ сдѣлали такъ мало въ дѣлѣ урегулированія врачебной помощи на фабрикахъ и заводахъ, нежелательна. Навѣшущей формой организаціи д-ръ Э. считаетъ учрежденіе въ каждомъ фабричномъ районѣ особыхъ Коллегій, состоящихъ изъ врачей, избранныхъ самими рабочими. Эти врачебныя Коллегіи должны вѣдать все санитарно-врачебное дѣло на заводахъ, какъ лѣченіе и профилактику, такъ и вопросы о трудоспособности въ тѣхъ случаяхъ, когда на этой почвѣ возникаютъ столь частыя въ настоящее время конфликты между рабочими и фабрикантами. Далѣе д-ръ Э. поставилъ вопросъ, какую позицію должны занять врачи по отношенію къ рабочему вопросу? Онъ полагаетъ, что въ ряду всѣхъ либеральныхъ профессій врачи резко выдѣляются тѣмъ, что ихъ интересы и задачи ближе всего соприкасаются съ задачами социаль-демократической партіи: условія частной практики, больничнаго дѣла, фабрично-заводской медицины въ настоящее время совершенно не соответствуютъ профессионально-врачебнымъ идеаламъ; правильная постановка дѣла возможна будетъ только тогда, когда пролетаріатъ получитъ возможность самъ участвовать въ организаціи учреждений, призванныхъ обслуживать его, т. е. больницъ, амбулаторій, санитарнаго дѣла и т. п. Отсюда ясно, что въ конечномъ итогѣ профессиональныя задачи врачей совпадаютъ съ интересами рабочаго класса и задачами социаль-демократіи; слѣд., врачебное сословіе болѣе, чѣмъ всякая другая интеллигентная профессія, заинтересовано въ успѣхѣ социаль-демократической партіи. Въ заключеніе д-ръ Э. подчеркнул, что путь ходатайствъ, которыми врачи думали когда-то улучшить положеніе медицинскаго дѣла, теперь уже давно оставленъ. Теперь всѣ сознаютъ, что только съ завоеваніемъ свободы можно будетъ добиться и частичныхъ улучшеній, въ видѣ упорядоченія больничнаго дѣла, фабрично-заводской медицины и т. п.

висящими въ воздухѣ до тѣхъ поръ, пока рабочее законодательство не опирается на организованную силу рабочаго класса. Только тогда свобода стачекъ, врачебная помощь, наконецъ, страхованіе станутъ прочнымъ и дѣйствительнымъ приобретеніемъ рабочихъ. Въ послѣднее время особенно много говорятъ о страхованіи рабочихъ, ожидая отъ него исцѣленія всѣхъ бѣдъ; но есть страны, напр., Англія, гдѣ страхованіе до сихъ поръ нѣтъ, а гдѣ положеніе рабочихъ тѣмъ не менѣе безконечно лучше положенія русскихъ рабочихъ. Съ другой стороны, указываютъ на страхованіе рабочихъ въ Германіи. Многие склонны забывать о той атмосферѣ политической свободы, которая дѣлаетъ возможнымъ и широкое развитіе страхованія и многое другое, до чего еще очень далеко русскимъ рабочимъ; забываютъ, что Германія имѣетъ сильную рабочую партію—лучшую защитницу интересовъ рабочихъ во всѣхъ тѣхъ вопросахъ, которые у насъ ставятъ сейчасъ на очередь министерскіе проекты. Не отрицая всей важности и полезности всего того, что проектируетъ Министерство финансовъ, д-ръ III. полагаетъ, однако, что дѣйствительное улучшеніе положенія рабочаго класса въ Россіи возможно будетъ тогда, когда судьба послѣдняго будетъ опредѣляться не благожелательными актами того или другого министра, а свободной организаціей—экономической и политической самихъ рабочихъ.

**Л. В. Шоръ,** указавъ на всю основательность доклада, описывающаго современное положеніе врачебнаго дѣла на фабрикахъ и заводахъ, подчеркнул, что все, изложенное докладчикомъ, прекрасно извѣстно любому земскому врачу. Кто не знаетъ также, что все, исходящее отъ современной нашей бюрократіи въ видѣ новыхъ законовъ и законопроектовъ, является лишь временнымъ стопаньемъ дыръ, а никакъ не дѣйствительнымъ устраненіемъ коренныхъ золъ. Поэтому онъ полагаетъ, что не стоитъ тратить время на разговоры о современном состояніи врачебной помощи на фабрикахъ и заводахъ, а лучше подѣлиться впечатлѣніями по поводу только-что закончившагося «холернаго» Съѣзда врачей въ память **Н. И. Пирогова**....

**Предсѣдатель,** прерывая д-ра III., проситъ его не уклоняться отъ темы доклада.

**Л. В. Шоръ** возражаетъ, что считаетъ вопросъ о фабричной медицинѣ только частью вопроса о медицинѣ вообще, и, продолжая о Пироговскомъ Съѣздѣ, говоритъ: «Когда мы съѣхались въ Москву на Пироговскій Съѣздъ....»

**Предсѣдатель** останавливаетъ д-ра III. и проситъ оставаться въ предѣлахъ вопроса о фабричной медицинѣ.

**Л. В. Шоръ** объявляетъ, что въ такомъ случаѣ онъ отказывается отъ слова, и сходитъ съ каеедры.

Присутствующіе громко протестуютъ противъ отказа оратора отъ слова и просятъ его продолжать, но **Л. В. Шоръ** не соглашается.

**Предсѣдатель** предоставляетъ слово слѣдующему оратору **г. Сертееву**.

**Сертеевъ,** указавъ, что невозможно ожидать уврачеванія всѣхъ нашихъ политическихъ и экономическихъ золъ ни съ помощью бюрократіи, ни съ помощью промышленниковъ, полагаетъ, что остается только одинъ путь: требовать учредительнаго Собранія, которое одно только и можетъ разрѣшить всѣ насущныя вопросы нашей жизни, въ томъ числѣ и вопросъ о фабричной медицинѣ.

Послѣ рѣчи **г. Сертеева** присутствующіе вновь громко требуютъ, чтобы слово было предоставлено **Л. В. Шору**. Послѣдній однако категорически отказывается.

**Предсѣдатель** предоставляетъ слово слѣдующему по очереди оратору **г. Харитонову**.

**Харитоновъ** говоритъ о социальныхъ проблемахъ пролетариата.

**Предсѣдатель** проситъ его не уклоняться отъ основнаго вопроса.

**Харитоновъ,** утверждая, что его выводы коснутся постановки врачебной помощи на фабрикахъ и заводахъ, вновь переходитъ къ изложенію социальныхъ задачъ пролетариата.

**Предсѣдатель** лишаетъ оратора слова, объявляетъ засѣданіе закрытымъ и удаляется изъ зала.

Присутствующіе шумно протестуютъ и вѣдѣтъ съ частью членовъ Общества остаются въ залѣ засѣданія. Въ это время на хорахъ зала (засѣданіе происходило въ Вольно-Экономическомъ Обществѣ) появляются полиціймейстеръ, приставъ, нѣсколько околоточныхъ и около 100 городовыхъ. Удаливъ публику съ хоровъ, полиція спускается по лѣстницѣ внизъ. Секретарь Общества вступаетъ въ объясненіе съ полиціймейстеромъ; кое-какъ удается удержать полицію отъ входа въ залъ. — Вскрѣ присутствовавшіе стали понемногу расходиться и черезъ  $\frac{1}{2}$ -часа залъ опустѣло, и полиція удалась.

**Предсѣдатель А. Кадьянъ.**

**Секретарь А. Рубель.**

# **I. XX I. Протоколъ XXXII-ю очереднаго засѣданія Общества больничныхъ врачей въ Петербургѣ 19-го мая 1905 г.**

**Д. П. Никольскій.** О мѣрахъ противъ холеры на фабрикахъ и заводахъ.

Въ преніяхъ приняли участіе д-ра **Аринштейнъ, Синани, Димантъ, Шоръ** и нѣкоторые изъ присутствовавшихъ гостей. Тема, затронутая докладчикомъ, была обсуждаема съ точки зрѣнія неудовлетворительности и тягостности для населенія современнаго полиційско-бюрократическаго строя въ государствѣ, при чемъ всѣ говорящіе приходили къ заключенію, что дѣйствительное

противъ холеры на фабрикахъ и заводахъ могутъ быть проведены въ жизнь лишь при условии коренного переустройства русской жизни на началахъ народнаго представительства. Предложенная въ этомъ смыслѣ резолюція докладчикомъ была принята собраниемъ единогласно.

Въ административной части засѣданія: 1) были выбраны въ дѣйствительные члены Общества д-ръ *В. О. Мочанъ* и д-ръ *И. Р. Эммануэль*; 2) былъ обсуждаемъ вопросъ о допущеніи гостей въ засѣданія Общества, при чемъ большинствомъ голосовъ принято, что посторонніе посѣтители допускаются въ засѣданія или по повѣсткамъ, или по рекомендаціи членовъ Общества, и о такомъ порядкѣ допущенія въ засѣданія постороннихъ лицъ Правленіе имѣетъ право печатать на повѣсткахъ.

За секретаря *Н. Ракушкинъ*.

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФИЯ.

*Николай Рудинскій. Записки земскаго врача. Петербургъ 1906 г. Ц. 1 р. стр. 198.*

Книга д-ра *Рудинскаго* по убожеству заключающихся въ ней мыслей и по бездарности изложенія могла-бы занять видное мѣсто въ лучшей литературѣ, и я бы не проронилъ о ней ни одного слова, если бы она не принадлежала перу земскаго врача. Последнее обстоятельство придаетъ ей извѣстное общественное значеніе и заставляетъ посвятить ей нѣсколько строкъ.

Долженъ откровенно сознаться, что въ такое бурное время, какъ мы переживаемъ, когда даже міросозерцаніе захолустнаго крестьянина сдѣлало такіе громадныя шаги впередъ, я не ожидалъ встрѣтить въ передовой семьѣ русскихъ земскихъ врачей людей съ такими наивно-первобытными взглядами, какъ авторъ разбираемой книги. Земскій врачъ изъ центральной губерніи долженъ бы былъ чему-либо научиться за послѣдніе 2—3 года, если даже предыдущая дѣятельность его ничему не научила. Д-ръ *Рудинскій* на десяткѣ страницъ описываетъ, напр., какой ужасъ возбудили въ немъ деревенскія бабы своимъ невѣжествомъ, и какъ въ немъ началась «героическая» борьба между желаніемъ хоть чуточку просвѣтить ихъ и между страхомъ за свое благополучіе. Страхъ этотъ вытекалъ изъ убѣжденія, что «всякъ сверчокъ долженъ знать свой шестокъ» и что, слѣд., врачъ долженъ лѣчать, а не учить. Стремленіе «учить» есть, видите ли, кошмаръ, идущій съ гнилого Запада, а мы должны идти на Востокъ, на Югъ, на Сѣверъ, только не на Западъ. Даже пришедшее автору желаніе воскликнуть «свѣта, побольше свѣта въ это темное царство» онъ побоялся привести въ исполненіе, испугавшись мести со стороны помѣщиковъ. Далѣе идетъ дѣтски-наивное объясненіе болѣзненности крестьянской женщины яко бы тѣмъ, что мужъ все пропиваетъ въ кабаки. Затѣмъ послѣ длиннаго ряда наблюденій и размышленій авт. рѣшается провозгласить смѣлое требованіе: «пора-бы серьезно приняться за изученіе настоящей печатной азбуки, которая бываетъ такъ полезна». Иногда, можетъ быть, — даже нехотѣя — авт. сбивается на черносотенную дорожку. «Почему то—говоритъ онъ—всѣ наши аптекари или еврейскаго, или нѣмецкаго, или, наконецъ, польскаго происхожденія! Русскихъ почти нѣтъ изъ нихъ. Пора-бы уничтожить ихъ монополію и пересмотрѣть ихъ аптекарскую таксу, сдѣлавъ изъ ней что либо путное» (стр. 153).

Щада мѣсто, я не буду приводить дальнѣйшіе перлы изъ книги д-ра *Рудинскаго*. Приведеннаго, мнѣ кажется, достаточно, чтобы показать, почему я считаю разбираемую книгу грустнымъ явленіемъ въ русской врачебной жизни. *Н. Виноградникъ*.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦИЮ.

CLXXXII. М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующее

*Постановленіе Пензенскаго медицинскаго Общества по поводу увольненія мѣстной земской уѣздной Управой медицинскаго персонала.*

Вслѣдствіе увольненія административнымъ порядкомъ д-ра *Б. И. Фиммани* Пензенское медицинское Общество на очередномъ Собраніи 15-го сего сентября объявило подъ бойкотомъ мѣсто врача 2-го участка Пензенскаго уѣзда.

За 5 истекшихъ мѣсяцевъ земскую службу въ Пензенскомъ уѣздѣ оставило 3 изъ 5 служащихъ въ уѣздѣ врачей: 2 «по предложенію» губернатора, 1—добровольно; кромѣ того, «по предложенію» губернатора уволена 1 акушерка и 1 ушла добровольно. Такой большой % оставившихъ службу указываетъ на печальное положеніе служащихъ въ Пензенскомъ уѣздномъ Земствѣ.

Пензенское медицинское Общество изъ доклада объ увольненіи этихъ врачей убѣдилось, что Пензенская уѣздная земская Управа не только не защищала своихъ служащихъ, не протестовала противъ лишенія по приказу администраціи цѣлыхъ сельскихъ округовъ правильной медицинской помощи, но безотрогой увольненію какъ бы подчеркивала свою готовность служить полицейскому произволу.

Съ очень тяжелымъ чувствомъ Общество вынуждено отмѣ-

тить, что председателемъ Пензенской уѣздной земской Управы состоитъ врачъ.

Председатель *А. Генке*. Секретарь *Комыстимскій*.  
Пенза. 15-го сентября 1906 г.

CLXXXIII. М. Г.! Не откажите помѣстить нижеслѣдующее  
*Обращеніе къ обществу!*

Московский Комитетъ общественной помощи голодающимъ разсылаетъ теперь краткій предварительный отчетъ всѣмъ жертвователямъ за прошлый 1905—06 г.

Жертвователи, не получившіе этого отчета и вообще всѣ, желающіе имѣть его, могутъ обращаться письменно или лично по нижеуказываемымъ адресамъ. Подробный же отчетъ о всей кампаніи будетъ законченъ въ сентябрѣ по полученіи необходимыхъ свѣдѣній и отчетовъ съ мѣстъ и, послѣ проверки его ревизіонной Комиссіей, составленной изъ жертвователей и членовъ тѣхъ Обществъ, которыя образовали Комитетъ, онъ также будетъ отпечатанъ и разосланъ жертвователямъ.

И такъ, кампанія закончена, но не закончилось то ужасное бѣдствіе, противъ котораго она была направлена; напротивъ, неурожай захватилъ въ этомъ году большій районъ и проявился еще въ болѣе острой формѣ: въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ не уродилось ни яровыхъ, ни озимыхъ, ни травъ; ничтожнаго сбора съ полей не хватить и на мѣсяцъ. Изъ Казани получены мука и клѣбъ, которыми питаются населеніе: мука чуть ли не чернѣе Казанскаго чернозема, а клѣбъ черенъ и твердъ, какъ камень, и содержитъ массу непитательныхъ и вредныхъ примѣсей. Казанцы осаждаютъ членовъ Отдѣленія Комитета и говорятъ просто: «Не будете насъ кормить, помирать будемъ». Въ Самарской губ. въ нѣкоторыхъ врачебныхъ участкахъ уже теперь  $\frac{1}{2}$  населенія не имѣетъ никакого продовольствія. И дѣйствительно, запасы прошлыхъ лѣтъ всѣ вышли за минувшій голодъ, скотъ и весь скарбъ распроданы, и съ іюля начали поступать въ Комитетъ просьбы отъ губернскихъ и уѣздныхъ земскихъ Управъ, отъ крестьянскихъ Обществъ, отдѣльных селеній, описывающія невозможное положеніе населенія. Даже по официальнымъ свѣдѣніямъ, обнаруженнымъ въ іюлѣ, неурожай въ этомъ году постигъ 29 губерній и областей, при чемъ въ 127 уѣздахъ не уродились озимые, въ 117—яровые и въ 94 уѣздахъ и тѣ и другіе клѣбъ. Послѣ этихъ предварительныхъ свѣдѣній положеніе дѣла еще болѣе ухудшилось, и прибавились 3 новыхъ пострадавшихъ губерніи. И такъ 32 губерніи и около 20—25 милліоновъ сельскаго населенія находится въ такомъ безвыходномъ положеніи, которое не можетъ и не должно д пустить русское общество, памятуя, что «въ неурожай виновата природа, а въ голодъ—люди». Правительственная помощь, какъ мы читали въ газетахъ, не удовлетворитъ всей этой нужды, и бывшее на дняхъ правительственное Совѣщаніе само признаетъ это и указываетъ на необходимость частной и общественной помощи.

Московский Комитетъ будетъ продолжать попрежнему свою дѣятельность и оказывать свою посильную помощь сельскому населенію, пострадавшему отъ постоянныхъ голодовокъ и всѣхъ настоящихъ неурядицъ и неуростроекъ; но его средства въ настоящее время ничтожны; остатковъ прошлой кампаніи и лѣтнихъ пожертвованій около 18 000 р., которые, согласно поступающимъ воплямъ съ мѣстъ, будутъ распределены всѣ на этихъ же дняхъ, причемъ въ распредѣленіи этихъ средствъ Комитетъ руководится свѣдѣніями своихъ Отдѣленій, составляющихся изъ мѣстныхъ людей.

Поэтому Комитетъ обращается къ русскому обществу, учрежденіямъ и лицамъ, близко стоящимъ къ деревнѣ съ убѣдительною просьбой:

- 1) не прекращать своихъ пожертвованій деньгами, платьемъ, обувью и др. вещами для голодающихъ;
- 2) сообщать цифровыя и другія данныя какъ объ урожаѣ, такъ и о степени нужды въ пострадавшихъ мѣстностяхъ;
- 3) обращать особое вниманіе на возможность устройства общественныхъ полезныхъ работъ въ этихъ мѣстностяхъ и присылать свои практическія соображенія въ этомъ направленіи.

Считаемъ необходимымъ напомнить, что Московскій Комитетъ образовался изъ Московскаго Общества сельскаго хозяйства, Пироговскаго Общества врачей и другихъ 20 Московскихъ Обществъ и Союзовъ.

Адреса для присылки пожертвованій и для всякаго сношенія: Москва, Арбатъ, Денежный пер., д. 28.—Правленіе Пироговскаго Общества врачей, или: Москва, Смоленскій бульваръ, д. 55.—Московскому Обществу сельскаго хозяйства.

Товарищъ председателя *Д. Жбанкова*. Секретари: *А. А. Леонидовъ*, *Н. Кабанова*. Члены Бюро: *Г. Виленинъ*, *И. Воломскій* и *Н. Яковенко*.

Москва. 12-го сентября 1906 г.

CLXXXIV. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующему моему заявленію.

Въ виду того, что мною сего числа подано прокурору Петербургскаго окружнаго Суда прошеніе о привлеченіи д-ра *Диммани* къ отвѣтственности за клевету въ печати (по 1535 ст. Улож. о наказ.), я отъ всякой полемики по поводу возводимыхъ на меня обвиненій отказываюсь и считаю такую невозможной до разрѣшенія дѣла судебною властью.

*А. Родендорфъ*.

Петербургъ. 12-го сентября 1906 г.



CLXXXV. М. Г.! Не откажите дать место следующим строкам.

Къ сестриню товарищей.

Слободская уездная земская Управа, под председательством г. Шляева, служащего въ Земствѣ, не по выборамъ (родной его братъ—правитель канцеляріи Вятскаго губернатора), давнымъ давно прославилась своей болѣе чѣмъ некорректностью къ своимъ служащимъ, особенно къ земско-медицинскому персоналу. Еще въ прошломъ году Слободскому Земству былъ объявленъ врачебный бойкотъ. Въ сентябрѣ текущаго года, благодаря г. Шляеву, былъ произведенъ полицейскій повальный обыскъ. Ж.-врачъ Губина изъ Слободской земской больницы выслана за предѣлы Вятской губ., ветеринаръ Петровъ покончалъ воздухъ мѣстнаго тюремнаго замка и пр., и пр., и пр.

Вмѣсто 7 врачей въ Слободскомъ Земствѣ остается всего 2, да и тѣ (д-ра Дехтеревъ и Алексеевъ) рѣшили «искать по свѣту, гдѣ оскорбленному есть чувству уголокъ»... Больницы страдаютъ хроническимъ отсутствіемъ врачей и ихъ помощниковъ.

Товарищи! Помните это и не полагайтесь на объявления Слободской земской Управы, не вѣрьте телеграммамъ и якобы лестнымъ предложеніямъ Шляевской клики, дабы не подвергнуть себя жестоко горькимъ разочарованіямъ.

Д-ръ Знаменскій.

Слободской. 11-го сентября 1906 г.

CLXXXVI. М. Г.! Къ сожалѣнію, я не могу оставить безъ возраженій письмо помощника начальника главнаго в.-медицинскаго Управления д-ра В. О. Быстрова, напечатанное въ № 37 «Русскаго Врача».

Такъ какъ свѣдѣнія, помѣщенные въ моемъ письмѣ (см. № 31 «Русскаго Врача») получены мною отъ д-ра Н. И. Германова, къ которому почему-то направляли врачей запаса и который, казалось бы, по своему положенію долженъ былъ освѣдомленъ въ дѣлахъ Управления, то упрекъ въ несоотвѣстствіи моего сообщенія «истинному положенію дѣла» долженъ быть направленъ по другому адресу.

Заявленіе, что случай выдачи содержанія одному врачу «имѣлъ свои особыя основанія», такого свойства, что само говоритъ за себя. Жалованье за прослуженное время получаютъ по обыкновеннымъ, а не особымъ основаніямъ. Наконецъ, почему же не сообщать, какія это такіа «особыя основанія»?

В. Бинштокъ.

Петербургъ. 19-го сентября 1906 г.

На минувшихъ дняхъ мы получили отъ г. Жданъ-Пушкина, младшаго врача Псковскаго кадетскаго корпуса, «препровожденное имъ намъ для напечатанія съ разрѣшенія директора корпуса» (курсивъ нашъ. Ред.) в. обширное (23 страницы) убористаго письма на почтовыхъ листахъ большого формата) посланіе подъ заглавіемъ: «По поводу открытаго письма ко мнѣ д-ра Крейнделъ» (см. выше, № 23, стр. 716), изъ котораго мы считаемъ себя вравственно обязанными дать мѣсто лишь следующимъ, имѣющимъ непосредственное отношеніе къ вышеупомянутому письму многоуважаемаго товарища Н. С. Крейнделъ начальнымъ строкамъ (безграмотность подлинника остается неприкосновенной):

CLXXXVII. «Моя отношенія какъ къ П. А. Бадмаеву, такъ и къ изучаемой мною 5 лѣтъ назадъ врачебной наукѣ Тибета были въ свое время извѣстны покойному главному в.-медицинскому инспектору, который, какъ человѣкъ широкаго ума, понимая истинный смыслъ системы врачебной науки Тибета, не прочь былъ даже содѣйствовать проведенію ея въ жизнь—научнымъ путемъ, преподавъ мнѣ, чрезъ друзей своихъ, нѣкоторыя весьма цѣнныя указанія».

«15-го сентября 1901 г. эти-же отношенія были разобраны и всесторонне выяснены людьми служебнаго долга и врачебной чести» (sic! Ред.), «кои тогда-же, не усматривая ничего предосудительнаго, оставили ихъ безъ послѣдствій, равъ я рѣшилъ вернуться къ прежней своей дѣятельности, которую продолжаю и донынѣ. Съ того-же момента ни съ П. А. Бадмаевымъ, ни съ врачебной наукой Тибета у меня нѣтъ ничего общаго, почему и входить въ объясненія съ кѣмъ-бы то ни было въ настоящее время я считаю совершенно излишнимъ».

Остальное—дурная, построенная на софизмахъ апологія «врачебной науки Тибета» вообще и восторженные дифирамбы г. Бадмаеву въ частности; замѣчать этимъ страницы «Русскаго Врача» мы не находимъ нужнымъ. Чтобы не быть голословнымъ, приводимъ нѣсколько случайно попавшихся подъ руку выдержекъ (вольности стили и здѣсь сохранены въ неприкосновенности):

«При заболѣваніи заразными болѣзнями тибетскими врачами» (врачевателями, г. Жданъ-Пушкинъ, —ибо въ Тибетѣ врачей, т. е. лицъ, получающихъ высшее специальное образованіе въ нарочито устроенныхъ для того учено-учебныхъ учрежденіяхъ, нѣтъ. Ред.) «привлекается во вниманіе не только характеръ болѣзни, но и мѣсто ея появленія, и сообразно этому назначаются лѣченіе».

«Правда, тибетская медицина мѣстами расходится съ европейскою. Такъ, мы, европейскіе врачи, считаемъ микробы причиной болѣзни, а тибетскіе—сдѣлатьиѣмъ. На самомъ дѣлѣ, вѣдь, микробы зарождаются не сами собой, а только въ благоприятной для нихъ обстановкѣ. Такимъ образомъ микробы по-

ставляють собою благоприятную почву для дальнѣйшей ихъ культивировки» (Экспериментальная патологія—увѣ!, —, видимо легга incognita для г. Жданъ-Пушкина. Ред.).

«На тибетскомъ языкѣ слова «болѣзнь» не существуетъ, а имѣется терминъ «равстройство питанія». Дѣйствительно, не всякая смерть происходитъ отъ болѣзни. Возьмемъ, напр., чело-вѣка и дадимъ ему одну сухую пищу, лишивъ совершенно воды. Не получая живительной влаги, необходимой для организма, такой чело-вѣкъ умретъ; спрашивается: развѣ онъ умретъ отъ болѣзни?» (Каковы свѣдѣнія у г. Жданъ-Пушкина по общей патологіи! Ред.).

«Вотъ тибетское лѣченіе и имѣетъ цѣлью систему воста-новленія питанія организма».

«Для распознаванія равстройства питанія въ организмѣ тибетскіе врачи пользуются осмотромъ, ощупываніемъ и разпро-сомъ. При помощи зрѣнія дѣлаютъ общій осмотръ, наблюденіе за языкомъ и уриной; при помощи пальцевъ ощупываютъ, ося-заютъ теплоту, опредѣляютъ состояніе пульса; путемъ распро-совъ узнаются условія, при которыхъ развилось данное рав-стройство питанія въ организмѣ, самоощущенія больного, пища, употребленная имъ».

«Что-же касается диагностическихъ приемовъ въ видѣ пробы на вкусъ урины и другихъ отдѣленій» (въ письмѣ Н. С. Крейнделъ рѣчь шла о мочѣ и калѣ; г. Жданъ-Пушкинъ, какъ, видимо, сверхъ-благовоспитанный чело-вѣкъ, избѣгаетъ называть такіа грубыя вещи собственными именами. Ред.), «то они нисколько не хуже новѣйшихъ—въ видѣ питья изверженной холерныхъ больныхъ, какъ это, для науки и въ интересахъ страждущихъ, продѣ-лывалось нѣкоторыми изъ выдающихся ученыхъ повѣдѣвшихъ время» (только не какъ диагностическій приемъ, г. Жданъ-Пушкинъ! Ред.).

«Лѣкарствъ противъ одной какой-либо болѣзни, т. е. спеси-фісмъ, въ тибетской медицинѣ нѣтъ, такъ какъ причины одной болѣзни могутъ быть различны. Неоспоримо, что у 10 чаеточ-ныхъ существуетъ 10 причинъ заболѣванія: одинъ простудился, у другого чаеточка образовалась отъ истощенія организма, у третьяго—отъ катарра кишечника и т. д. Тибетскіе врачи по-этому сначала ищутъ причину заболѣванія и, уже найдя и удаливъ ее, выдѣлываютъ больныхъ» (т. е. калѣчиваютъ ча-еоточнаго, выдѣливъ у него катарръ кишечника? Ред.).

«Тогда какъ наша, европейская, фармакопѣя» (sic! У г. Жданъ-Пушкина, видимо, не совсѣмъ ясное представленіе о фарма-копѣѣ, съ одной стороны, и фармакологіи, съ другой. Ред.), «точно перечисляетъ средства, которыми возможно врачевать чело-вѣка, тибетская говоритъ, что нѣтъ въ мірѣ такихъ веществъ, которыя, при точно указанныхъ условіяхъ, въ на-вѣстномъ сочетаніи съ другими веществами, не обладали-бы цѣлебнымъ свойствомъ. Вотъ этого-то сочетанія мы, европей-скіе врачи, и не знаемъ и не имѣемъ о немъ никакого пред-ставленія въ томъ широкомъ смыслѣ, какъ понимаютъ и учатъ тибетскіе врачи. Если у насъ и пишутъ многотажные рецепты, то только изъ указанныхъ въ фармакопѣѣ средствъ въ въ боль-шинствѣ случаевъ безъ яснаго пониманія ихъ взаимодѣйствія другъ на друга, а въ совокупности на чело-вѣчскій организмъ» (не всегда можно, г. Жданъ-Пушкинъ, по себѣ судить и о другихъ. Ред.).

«Что касается самой системы врачебной науки Тибета, то она проста, ясна, понятна и уже болѣе 1000 лѣтъ приноситъ пользу страждущему чело-вѣчеству; но многочисленныя, въ высшей степени полезныя средства ея могутъ быть называемы лицами, только понимающими истинный смыслъ этой системы». (Хотя, какъ говорится, и очень тонко подведено, но совершенно ясно, къ чему клонится. Ниже будетъ видно, какъ туманно, выражаясь благовоспитанно, г. Жданъ-Пушкинъ объясняетъ этотъ «истинный смыслъ» системы. Ред.).

И пр., и пр. Въ заключеніи г. Жданъ-Пушкинъ пишетъ: «Истинный смыслъ, проведенный въ системѣ врачебной науки Тибета, заключается въ томъ, что только она можетъ научить чело-вѣчество разумно относиться къ воспитанію и образованію» (г. Жданъ-Пушкинъ—врачъ кадетскаго корпуса. Ред.), «реально и идеально понимать истинное значеніе жизни, осмысленно развивать жизнь ребенка, юноши, взрослога чело-вѣка, семьи, общества, государства, ховяство, торговлю, промышленность». (Какое, мы не можемъ мы что то уразумѣть не только самаго «истин-наго смысла» системы, но даже и этого объясненія его. Ред.).

«Первоначально врачебная наука Тибета находилась въ ру-кахъ представителей вѣры и народовъ. Ясно, стало-быть, что народы управлялись и развивались подъ вліяніемъ вѣрованій и врачебной науки, и потому нѣтъ никакого сомнѣнія, что въ недалекомъ будущемъ цари, правители народовъ, государствен-ные и общественные дѣятели, представители наукъ, искусства и печати найдутъ необходимымъ получать воспитаніе и образо-ваніе въ духѣ врачебной науки Тибета и потому серьезно изучать ее, ибо поймутъ, что всѣ недостатки современной европейской цивилизаціи, рельефно выступающіе, возникли только отъ того, что не было обращено должнаго вниманія на эту великую науку, которая только и можетъ направить чело-вѣчество къ истинной культурѣ»...

Д-ръ мед. Н. Жданъ-Пушкинъ.

Псковъ. 10-го сентября 1906 г.

Дата стоитъ, какъ видятъ читатели, не «такого-то мартабры». Таково profession de foi г. Жданъ-Пушкина, являющееся въ то-же время неоспоримымъ testimonium его научно-врачебной раupertatis. И такимъ врачамъ ввѣряется забота о здоровьи

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1700. Ходатайство Конференція В.-Медицинской Академіи о введеніи въ Академіи *автономнаго управленія*, какъ сообщаетъ «Товарищъ» (16 сентября), военнымъ Совѣтомъ *отклонено*.

1701. Въ Харьковскомъ Университетѣ, за выслугой 30 лѣтъ проф. М. М. Ломиковскимъ и В. Я. Данилевскимъ, *свободны каведры врачебной діагностики и физиологии*. Деканъ медицинскаго факультета, какъ передаетъ «Харьковскія Вѣдомости» (12 сентября), проситъ ректора Университета ходатайствовать о замѣщеніи этихъ каведръ по смѣшанной системѣ, т. е. по конкурсу и по предложенію.

1702. 14-го сентября, какъ сообщаетъ «Новое Обозрѣніе» (15 сентября), состоялось засѣданіе Совѣта Одесскаго Университета, на которомъ факультеты представили на утвержденіе выработанные ими учебные планы. Медицинскій факультетъ *предметной системы не вводитъ*.

1703. «Рѣчь» (12 сентября) сообщаетъ, что въ Московскій Университетъ приняты вольнослушательницами 187 женщинъ; на медицинскій факультетъ ни одна женщина не принята.

1704. «Русскимъ Вѣдомостямъ» (18 сентября) сообщаетъ, что военный министръ разрѣшилъ принять въ текущемъ году въ В.-Медицинскую Академію евреевъ въ количествѣ 20% всего числа поступившихъ. На основаніи этого въ настоящемъ году *будутъ приняты 2 еврея*.

1705. «Товарищъ» (13 сентября) сообщаетъ, что въ Томскій Университетъ приняты на медицинскій факультетъ 138 чел., изъ нихъ 23—женщины. 1-ый курсъ факультета переполненъ, и вольнослушатели туда уже не принимаются.

1706. «Волжскій Курьеръ» (6 сентября) передаетъ, что медицинскій факультетъ Казанскаго Университета, обсудивъ распоряженіе Министерства народнаго просвѣщенія о *пріемѣ ветеринарныхъ врачей*, призналъ: 1) что ветеринарные врачи могутъ быть принимаемы въ число студентовъ медицинскаго факультета на 2-ой курсъ и 2) что студенты ветеринарныхъ Институтъ, перешедшіе на 3-ій курсъ, могутъ быть также принимаемы на 2-ой курсъ факультета.

1707. «Рѣчь» (12 сентября) сообщаетъ, что студенту, подавшему въ 1905 г. прошеніе въ Женскій Медицинскій Институтъ о *пріемѣ въ качествѣ вольнослушателя* (см. «Русскій Врачъ», 1905 г., № 51, стр. 1608 и № 52, стр. 1627), администраціей Института въ этой просьбѣ *отказано*.

1708. «Рѣчь» (15 сентября) сообщаетъ, что съ 15-го сентября снова открываетъ свои двери *Клубъ студентовъ В.-Медицинской Академіи*. Клубъ этотъ былъ учрежденъ еще въ прошломъ году въ цѣляхъ общенія студентовъ во внѣлекціонное время, а также для содѣйствія умственному развитію его членовъ. Въ этихъ видахъ Клубъ устраиваетъ научныя собесѣдованія и литературно-музыкальные вечера. Членами его могутъ быть исключительно студенты Академіи, но на устраиваемые вечера и собесѣдованія до сихъ поръ допускались также родственники и близкія студентамъ лица, по рекомендаціи членовъ Клуба. Въ текущемъ году начальникъ Академіи проф. А. Я. Данилевскій, какъ передаетъ газета, заявилъ учредителямъ Клуба, что онъ допустить открытіе его только въ томъ случаѣ, если они обяжутся совершенно изгнать изъ программы Клуба политику. Онъ предложилъ также представить ему письменное заявленіе объ открытіи Клуба съ точнымъ изложеніемъ его цѣлей и задачъ; кромѣ того, потребовалъ, чтобы въ Клубъ совершенно не допускались постороннія лица.

1709. «Рѣчь» (13 сентября) телеграфируетъ изъ Липовца, что *дѣло* бывшаго депутата Государственной Думы д-ра С. Р. Френкеля (см. выше, № 37, стр. 1164), согласно ходатайству защиты, *отложено*.

1710. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 9 и 10) сообщаютъ слѣдующій «достойный примѣръ административнаго усердія», проявленнаго при *арестѣ* вице-президента Общества врачей Енисейской губ. *Ивана Ефимовича Козлова*. «Козловъ—очень тяжело боленъ и не могъ уже заниматься съ мая мѣсяца. Чувствуя себя особенно плохо за послѣднее время и не имѣя полнаго отдыха въ городѣ, онъ переселился въ подгородную деревню. Вице-губернаторъ Соколовскій, исполняющій должность Енисейскаго губернатора, вызываетъ Козлова изъ деревни къ себѣ по дѣлу, касающемуся газеты, и назначаетъ часть. Когда Козловъ явился на квартиру Соколовскаго, то послѣдній объявилъ ему о состоявшемся постановленіи Иркутскаго генералъ-губернатора о закрытіи газеты и высылкѣ редактора въ Енисейскій уѣздъ вмѣстѣ съ тѣмъ озлобился уже о приглашеніи полицейскаго пристава для арестованія Козлова у себя, тутъ-же въ квартирѣ, на пріемѣ. Козлова, какъ какого-то крайне важнаго преступника, приставъ повезъ домой и не отходилъ отъ него все время до отъѣзда въ ссылку. Больному человеку не дали даже обычныхъ 2—3-хъ дней для устройства и сдачи дѣлъ и, не смотря на его болѣзнь, заставили немедленно выѣхать къ мѣсту назначенія, предупредивъ, что въ противномъ случаѣ будутъ «поставлены въ необходимость» заключить его въ тюрьму».

1711. «Рѣчь» (14 сентября) сообщаетъ, что на ст. Гостинополь, Новоладожскаго уѣзда, Петербургской губ., *арестованъ* д-ръ Петровскій, А. С. Къ нему предъявлено обвиненіе въ *противоправительственной пропагандѣ* среди населенія.

1712. Какъ передаетъ «Нижегородскій Листокъ» (14 сен-

тября), ж.-вр. Е. И. Бродская временно прекратила практику въ Нижнемъ-Новгородѣ «по независящимъ отъ нея причинамъ».

1713. Московскій губернаторъ, какъ сообщаетъ «Русскія Вѣдомости» (10 сентября), не утвердилъ въ должности *врача-ассистента* губернской земской Глазовской больницы въ Можайскомъ уѣздѣ В. В. Булычева, служившаго около 10 лѣтъ въ ж.-дорожномъ вѣдомствѣ и уволеннаго за участіе въ забастовкѣ. На основаніи 20 и 23 ст. Положенія объ усиленной охранѣ губернаторомъ предписано губернской земской Управѣ немедленно уволить со службы фельдшерицу эпидемическаго отряда А. Е. Левин, арестованную 6-го августа и освобожденную 6-го сентября.

1714. Какъ передаютъ «Виржевыя Вѣдомости» (13 сентября), въ Московской судебной Палатѣ въ скоромъ времени будетъ разбираться *дѣло* по обвиненію *ж.-вр. Рабиновича* въ политическомъ преступленіи, заключающемся въ томъ, что д-ръ Рабиновичъ, уходя какъ-то изъ пріемной больницы, въ которой служилъ, оставилъ на столѣ книжку-брошюру «О налогахъ». Прокурорскій надзоръ квалифицировалъ преступленіе д-ра Рабиновича, какъ «актъ неуваженія къ Верховной власти» (по содержанію брошюры).

1715. «Товарищъ» (12 сентября), со словъ «Воронежскаго Слова», передаетъ, что на земскій медицинскій персоналъ Задонскаго уѣзда «пролился цѣлый дождь репрессій». Докторовскій и Стебаевскій медицинскіе пункты вынуждены были совершенно прекратить свою дѣятельность. Всѣ врачи и нѣкоторые изъ младшаго персонала Глушинской, Гряздиловской и Хлѣвновской лечебницъ администраціей «изъяты изъ употребленія». *Стоитископическое населеніе осталось безъ медицинской помощи*. Хотя въ сѣверной части уѣзда и начался сыпной тифъ, но зато все... тихо».

1716. Какъ сообщаютъ агентскія телеграммы (отъ 17-го сентября), Тихвинской земской Управѣ губернаторъ предложилъ немедленно уволить врача *Шулюзерской земской больницы Андреева* и фельдшера *Зокитина*. Упрáva затрудняется исполнить это распоряженіе, оставляющее населеніе обширнаго уѣзнаго района *безъ всякой врачебной помощи*.

1717. Тобольская администрація, какъ мы уже сообщали (см. выше, № 33, стр. 1037), получила изъ Петербурга разрѣшеніе пригласить на *временную вольно-наемную службу административно сосланныхъ туда врачей*. Передавая о томъ, что 4 врача, временно оставшихся подъ надзоромъ полиціи въ Тюмени, выѣхали оттуда въ свои участки, «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 9 и 10) вполне основательно рекомендуютъ въ администраціи Енисейской губ. исполнотель подобное же разрѣшеніе для врачей и фельдшерицъ, ссылаемыхъ туда административнымъ порядкомъ, такъ какъ сельская врачебная помощь въ Енисейской губ. — въ самомъ плачевномъ состояніи. «Врачей тамъ и всегда было очень мало, а за послѣдній годъ половина ихъ разбѣжалась. Въ Канскомъ уѣздѣ на 4 участка осталось 2 врача, въ Красноярскомъ на 3—2, въ Ачинскомъ на 5—3, въ Минусинскомъ на 7—4. Врачей для командировокъ нѣтъ вовсе. Большинство фельдшерскихъ мѣстъ занято ротными фельдшерами».

1718. 15-го сентября, какъ сообщаетъ «Товарищъ» (16 сентября), въ Петербургской судебной Палатѣ слушалось *дѣло* по обвиненію *слушательницы Женскаго Медицинскаго Института В. Балинской* и студента В.-Медицинской Академіи *Голованова* въ принадлежности къ партіи социалистовъ-революционеров и распространеніи прокламацій среди войскъ. Палата признала ихъ виновными и приговорила къ 2-мъ годамъ заключенія въ крѣпости, съ зачетомъ времени предварительнаго заключенія—съ 19-го декабря 1905 г.

1719. Въ № 8 «Свѣдѣній о заразныхъ болѣзняхъ и санитарно-врачебной организаціи Московской губ.» помѣщенъ *повышенный списокъ лицъ* (68), *погибшихъ насильственной смертію* во время карательной экспедиціи 16—19-го декабря 1905 г. въ районѣ Московско-Казанской ж. дороги, по официальнымъ даннымъ—карточкамъ умершихъ насильственной смертію въ приходахъ Московской губ. Карточки эти ведутся приходскими духовенствомъ и съ 1900 г. разрабатываются въ санитарномъ Бюро на основаніяхъ соглашенія губернской Управы съ губернскимъ статистическимъ Комитетомъ. Списокъ дополненъ 11 случаями такого-же рода насильственной смерти въ сельскихъ приходахъ Московской губ. и за прочіе дни декабря 1905 г.

1720. Заимствуемъ изъ «Сибирскихъ Врачебныхъ Вѣдомостей» (№ 9—10) слѣдующій случай, приводимый газетой для иллюстраціи того шекотливаго положенія, въ которомъ могутъ оказываться врачи, занимающіе *разныя официальные должности*. «Въ Красноярской тюрьмѣ уже болѣе 6 мѣсяцевъ томилась нѣсколько сотъ политическихъ. Часть ихъ помѣщалась въ тюремной больницы. У губернской администраціи появилось подозрѣніе въ томъ, что эти политическіе дѣлаются поблжжми, и вотъ была организована Коммиссія изъ врачей: городского И. И. Рускова, городской больницы — д-ра Фунтикова и члена врачебной Управы Н. Ф. Миропольскаго, для освидѣтельствованія всѣхъ политическихъ, находившихся въ больницѣ. Когда Коммиссія явилась въ 1-ый день, то все шло гладко, потому что никто изъ больныхъ еще не понималъ, въ чемъ дѣло и къ чему ведетъ вся эта процедура осмотра? Но, когда Коммиссія нашла, что нѣкоторые изъ больныхъ не подлежатъ, по ея мнѣнію, содержанію въ больницѣ и объ этомъ узнали больные, то при появленіи Коммиссіи на другой день среди заключенныхъ поднялся шумъ, крики протестовъ, возгласы «протогаторы» и пр. Коммиссія, сконфуженная, ретировалась изъ больницы».



по которому, согласно представлению бывшего старшего врача больницы *П. И. Якоби*, находились под следствием ординаторы *П. Р. Фершман* и *П. Р. Рутковский*, как сообщает «Харьковский Медицинский Журнал» (август), за отсутствием состава преступления, прекращено.

1733. Смоленским губернским врачебным Советом возбужден вопрос о привлечении на его заседания фельдшерского персонала, а санитарному Отделению поручено представить по этому поводу доклад губернскому Совету. В № 6 «Свидений о заразных болезнях и деятельности медицинской организации в Смоленской губ.» д-р *Т. В. Шеринг* (губернский санитарный врач) в статье «Об участии фельдшерского персонала в санитарных Советтах», дает очерк уже начавшагося за последние годы во многих губерниях и в частности в некоторых уездах Смоленской губернии осуществления возбужденного губернским Советом вопроса, предлагает последнему сделать следующие постановления, которые и передать в уездные врачебные Советты: 1. В интересах правильного и всестороннего развития земской врачебно-санитарной организации желательное привлечение фельдшерского персонала к участию в коллегиальном обсуждении всех вопросов земской медицины в губернии. 2. Для осуществления этой меры прежде всего необходимо созыв по уездным Съездам помощников врачей и приглашение выбранных представителей их для участия в уездных санитарных Советтах с правом решающего голоса по всем вопросам. 3. Дальнейшей мерой в том же направлении должен быть созыв при первой возможности губернского Съезда помощников врачей и приглашение выбранных ими представителей, на тех же основаниях, в губернский санитарный Совет.

1734. Как передает «Нижегородский Листок» (13 сентября), младший медицинский персонал Нижегородского губернского Земства возбуждает вопрос о допущении его представителей с правом решающего голоса во врачебный Совет губернского Земства.

1735. Городская Томская больница имени Некрасова не избгла общей участи — переполнения. По свидетельству «Сибирских Врачебных Вѣдомостей» (№ 9 и 10), в этой больнице устроенной и оборудованной на 20 кроватей, в июле лежало в среднем по 34 больных; в некоторые же месяцы больных помещается в больницу в гораздо больше.

1736. Как сообщает «Речь» (15 сентября), городская ревизионная Комиссия обнаружила, между прочим, следующие небезинтересные подробности относительно жилищ при постройке новой детской больницы в Петербурге. «Артельщик Вузин» открыл увозил с места постройки больницы разного рода материалы для постройки своего дома. Когда это, наконец, было открыто, Управа, под давлением некоторых гласных, произвела расследование, которое свелось к простой переписке между членом Управы, завѣдующим постройкой, архитектором Китнером, и артельщиком Вузиным. От обвиняемого Вузина потребовали ответа: увозил-ли он материалы с места постройки больницы? Ответ был дан, конечно, отрицательный. Этим расследование и окончилось. Между тем, известно даже № жилого извозчика, который увозил материалы по приказанию Вузина. Ревизионная Комиссия высказывает убеждение в наличии в данном случае серьезного нарушения интересов города. — И что же, этим и ограничится?

1737. Организационная Комиссия по созыву предстоящего в Москве Всероссийского Съезда фармацевтов выработала, как сообщают «Русские Вѣдомости» (13 сентября), программу Съезда. На Съезде предполагается обсудить вопросы: о реформе аптечного дела в России, об отмене привилегии, о муниципализации аптечного дела и даже национализации его (передать в руки государства), о постановке общественной фармации, земской и городской, о правовом и экономическом положении служащих в общественных аптечных учреждениях и пр. К участию в Съезде предполагается привлечь из всех городов России представителей фармацевтических Обществ, Союзов и групп.

1738. Умерший недавно в Триесте глазной врач и археолог, д-р *Brettauer* завѣщал Вѣнскому Университету громадное и единственное в своем роде по полноте собрание медалей, выбитых в различных странах и в различные эпохи в честь знаменитых врачей. Собрание это обнимает более 3000 экземпляров медалей и представляет большую ценность. Согласно воле завѣщателя, Вѣнский Университет обязан издать подробный каталог этих медалей с отисками их. К изданию этого каталога, как мы слышали, уже приступлено.

1739. Другими и товарищами безвременно погибшего проф. *F. Schaudinn'a*, открывшего сифилитическую спириллу, собран капитал для выдачи из 1/10% в медали его имени за наиболее выдающиеся работы по микробиологии. Медаль будет выдаваться периодически по решению Hamburgского Института тропических болезней, одним из отделений которого покойный завѣдывал перед смертью.

1740. Проф. *Neisser*, как сообщает «Berliner Tageblatt», в скором времени вторично отправляется в Батавию для продолжения своих экспериментальных работ по сифилису. В то время, как 1-ую поездку он предпринимал исключительно на свой счет, теперь он получает субсидию от правительства в размере 100000 мар. В сущности работы по исследованию сифилиса у обезьян в Батавии не прекращались, так как *Neisser* оставил там 2-х своих ассистентов: д-ров *Barmann'a* и *Halberstädter'a*, которые и продолжали его исследования. Д-р *Barmann* в настоящее время остав-

ляет работу у проф. *Neisser'a*, чтобы стать во главе больницы кожных болезней на о. Суматра; на его место вступает д-р *Siebert*. Кроме того, к экспедиции *Neisser'a* присоединяются известный специалист по изучению простейших д-р *Pro-wasek* и бывший ассистент проф. *Wassermann'a* д-р *Bruck*.

1741. «Русские Вѣдомости» (14 сентября) приводят следующую выдержку из речи *J. Brown'a*, председателя «Общества санитарных инспекторов», на заседании этого Общества в Блэкпулѣ (Англия) на тему о полезности чтения газет, как лучшему средству против тупицы и современной недухи — нервного переутомления: «Газета открывает перед нами широкие, мировые горизонты; она является одним из элементов противоядия в процессе всепоглощающей, губительной для нервов погони за достижениями эгоистичных целей.... Трагическое и комическое в газетѣ правдивы, действительны, тогда как в романѣ вымышлены. В легкой доступной формѣ газета дает нам очерки жизни, проводит перед нашими глазами десятки героев, при чем та умственная пища, которую она предлагает, подносится уже в полурасжеванном видѣ.... Не один человек спасается от тоски и уныния, только благодаря своей газетѣ. И тот, кто захотѣл-бы уничтожить газеты, должен был-бы предварительно увеличить дома для умалишенных».

1742. В виду того интереса, который представляет для врачей вопрос о ненарушимости профессиональной тайны, позволим себе остановиться на статьѣ проф. *A. Pires* (докана медицинского факультета в Бордо) в «Province médicale» (22 сентября), — «Профессиональная тайна перед судом присяжных». Поводом к статьѣ (мы ознакомились с ней по передачѣ в «Le Progrès médical») послужил разбирательный Судом присяжных процесс, известный под именем «процесса Бордо-Бордо-Бордо» («Le Pembroisnouse de Bordeaux»). В течении долго дившагося следствия, предшествовавшего привлечению к Суду присяжных обвиняемой в попытке к отравлению своего мужа, врач, лечивший последнего и консультировавший с ним — *Guérin, Rondot, Chabrelet, E. Bilot* и *Villard* — были вызваны свидетелями. Они отказались, однако, от показаний, ссылаясь на профессиональную тайну, и, не смотря на самые энергичные настояния следователей, не сообщили никаких данных о характерѣ болезни мужа обвиняемой, причинах этой болезни, ее признаках, словом, ни о чем, что они могли видѣть или узнать при исполнении своих профессиональных обязанностей. Они отказались от таких показаний даже и послѣ того, как председатель Суда заявил им, что они освобождают их от обязательства хранить профессиональную тайну и что обвиняемая и ее муж (пострадавший) также освобождают их от этого обязательства. «Никто на свѣтѣ, г. председатель, ответил на заявление послѣднего д-р *Villard*, не может освободить нас от обязательства хранить профессиональную тайну. Закон требует от нас ненарушимости послѣдней, и, если мы его нарушим даже в интересах наших больных, мы должны подлежать судебному преследованию. Мы не можем оглашать ничего из того, что мы узнаем при исполнении своего профессионального долга. Это правило — безусловное, не допускающее отклонений ни по какимъ соображениям». Непреклонимым в своем отказѣ врачам пришлось выслушать со стороны Суда угрозы и оскорбления. Председатель напомнил им, что, если по ст. 378 Уложения о наказаниях врач не может оглашать характера болезни своего больного, то по ст. 30 Устава уголовного судопроизводства он должен, как и каждый гражданин, оказывать содействие Суду, если, как в данном дѣлѣ, известные ему факты могут облегчить выяснение истины. Действуя иначе, врач рискует быть принятым за соучастников преступления и отравителей. Им пришлось выслушать совершенно незаслуженный упрек в том же роде от прокурора, заявившаго, что врачи упорствуют в своем молчании, когда их показания цѣнны для обвинения, и легко нарушают профессиональную тайну, раз это выгодно защитѣ, словом — выразившаго ту же мысль, что и председатель, — что врачи охотно готовы быть, если не соучастниками преступления, то благосклонными защитниками отравителей и других преступников. Поводом к такому обвинению послужило показание вызваннаго защитой проф. *Blares*, производившаго исследование мочи пострадавшаго, хотя проф. *Blares* и разъяснил, что он — не практикующий врач, а химик и не имѣет основания считаться с профессиональной тайной, так как пострадавшаго не лечил и явился в Суд лишь для удостоверения подлинности выданнаго им свидетельства о результатах исследования мочи. На угрозы и упреки Суда проф. *Pires* дает в названной выше статьѣ следующие разъяснения: ст. 30 Устава уголовного судопроизводства, на которую ссылался председатель Суда, представляет общее правило, из которого ст. 378 Уложения о наказаниях является исключением, точно определенным. В этой послѣдней, указывающей на ненарушимость профессиональной тайны, правда, есть оговорка: «за исключением случаев, гдѣ закон обязывает их к оповещению»; но, по справкѣ в прежних, теперь уже отмененных, законах, врач, как и каждый гражданин, должен был доносить лишь о заговорах против императора, заговорах, угрожающих цѣлости государства, и о видѣхъ фальшивой монеты. В настоящее время требуется оповещение еще о многих заболеваниях. Въ этихъ случаяхъ профессионализм



тайна—нарушима. Таким образом Bordeaux'ские товарищи, твердо охранявшие свое право на молчание, поступили, говорит проф. *Pitres*, совершенно правильно, и врачебное сословие должно оценить их стойкость в защите, в указанных тяжелых обстоятельствах, тех принципов, которые являются принципами всей корпорации. Bordeaux'ское Общество терапевтов и хирургов уже оказало им свою нравственную поддержку следующим единогласным постановлением, принятым в заседании его 1-го июня 1906 г.: «Bordeaux'ское Общество терапевтов и хирургов, ознакомившись с тем, что произошло на Суде присяжных в Bordeaux по вопросу о профессиональной тайне, заявляет, что признает образ действий вызванных в качестве свидетелей врачей *Rondot, Chambrelent, Villar'a, E. Bitot* и *Guérin'a* вполне правильными». Оно поздравляет их с сохранением в полной неприкосновенности профессиональной тайны и объявляет им свое глубокое уважение». Проф. *Pitres* заканчивает свою статью предложением всем правильно сорганизованным врачебным Обществам—врачебным синдикатам, общему Союзу французских врачей и пр.—после надлежащего ознакомления с делом высказаться по следующим пунктам: 1) Должны ли практикующие врачи непреклонно хранить профессиональную тайну по отношению к обстоятельствам, выясненным ими при исполнении своих профессиональных обязанностей, и имеют ли они право не исполнять требований суда, встававших на необходимость нарушения этой тайны? 2) Должны ли врачи, приглашенные в качестве свидетелей в Суд, оставлять без протеста оскорбительные замечания и несправедливые обвинения некоторых из судей, или же должны протестовать—и в какой форме?—когда их третируют, как соучастников преступления, или обвиняют в систематической благосклонности к отравителям? 3) Какие нужно принять меры, чтобы обязательное для врачей молчание не было неправильно истолковываемо адвокатами и прокурорами в пользу защиты, то в интересах обвинения?

1743. «Le Progrès médical» (15 сентября), со слов «Petit Praticien», сообщает о следующем процессе между 3-мя врачами, закончившемся подтверждением Судом юридической законности уступки клиентуры. 2 французских врача, подписав контракт, которым они покупали у одного своего Парижского товарища за 20000 фр. его водолечебницу и лечебницу для хронических и нервных больных с уступкой клиентуры, всего инвентаря, различных приспособлений и со всеми правами, отказались выполнить этот контракт, ссылаясь на то, что клиентура, как нечто, чисто личное, основанное на доверии к определенному врачу, не может быть уступаема вместе с инвентарем. В результате—судебный процесс. Суд отказался расторгнуть контракт, закончив свой приговор следующим разъяснением: «Если Суд признает законным не продажу собственно медицинской клиентуры, а контракт, по которому один врач обязуется представить своего заместителя своим клиентам и сам отказывается практиковать в известном районе в течение определенного времени, то тем с большим правом он должен стоять за законность такого контракта, где, как в данном случае, вместе с клиентурой передавалось водолечебное заведение, в устройстве которого в общем всегда известную роль играет его обстановка и совершенство организации и эксплуатация которого неминуемо носят в известной степени коммерческий характер».

1744. Общество противников живосечений в вид протеста против последних соорудило в Battersea фонтан, украшенный статуей собаки—жесты хирургических операций («La Presse médicale», № 76).

1745. Умерли: 1) В Вегн'я Яковъ Марковичъ Шмулевичъ («Сегодня», 13 сентября), родившийся в 1838 г., а звание врача получивший в 1862 г.—2) 7-го сентября, в Закопане, в Галиции, Фердинандъ Александровичъ Рачковский («Русскія Вѣдомости», 10 сентября), родившийся в 1840 г., а звание врача получивший в 1864 г.—3) 13-го сентября, в Москвѣ, Семенъ Александровичъ Ильинскій («Русскія Вѣдомости», 14 сентября), родившийся в 1835 г., а звание врача получивший в 1878 г.—4) 14-го сентября, в Одессѣ, ординаторъ Одесской еврейской больницы Евгеніи Осиповна Кинзбергъ («Новое Обозрѣніе», 15 сентября), родившаяся в 1854 г., а звание врача получившая в 1881 г.—5) 16-го сентября, в Москвѣ, Карлъ Давидовичъ Шнейдеръ («Русскія Вѣдомости», 17 сентября), родившийся в 1852 г., а звание врача получивший в 1880 г.

Нам доставлены следующие, относящиеся к повдѣйшему времени, официальные свѣдѣнія о врачахъ:—Ададуровъ, старшій по Казушской губ. Воровскій уѣздный врачъ, уволенъ отъ службы согласно прошенію.—Барановъ, врачъ Воткинской земской больницы, уволенъ отъ службы за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ Земствомъ.—Богоразъ опредѣленъ на должность старшаго врача Томскихъ заведеній общественнаго призрѣнія.—Блюмазовъ, земскій врачъ Ковловскаго уѣзда, уволенъ отъ службы, согласно прошенію, за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ Земствомъ.—Венеръ, сверхштатный врачъ пн. Одесскаго уѣзда, уволенъ отъ службы согласно прошенію.

больныхъ в Москвѣ, уволенъ отъ службы согласно прошенію.—Вячеславовъ опредѣленъ на должность Ахтырскаго городского врача.—Виняковъ опредѣленъ на должность земскаго врача Угличскаго уѣзда.—Вержибицкій, Осиинскій уѣздный врачъ, уволенъ отъ службы согласно прошенію.—Ганюновъ утвержденъ въ должности Кышиневаго уѣзднаго врача.—Грошманъ опредѣленъ на должность сверхштатнаго врача при Новгородской почтово-телеграфной конторѣ.—Дружининъ, Коломенскій участковый сельскій врачъ, Маринскаго уѣзда, Томской губ., отчисленъ отъ занимаемой должности за переходомъ на службу въ Тобольскую губ.—Закоурцевъ уволенъ отъ должности старшаго врача Томской больницы вѣдомства общественнаго призрѣнія за назначеніемъ его на должность директора Томской акушерско-фельдшерской школы.—Израилевъ, ординаторъ Закавказскаго Ольгинскаго повивальнаго Института, уволенъ отъ службы согласно прошенію.—Лоселани опредѣлена на должность ординатора Закавказскаго Ольгинскаго повивальнаго Института.—Каллумъ, и. д. Дубенскаго городского врача, уволенъ отъ службы согласно поданному заявленію.—Капустинъ, Велико-Устюжскій земскій врачъ, уволенъ отъ службы согласно прошенію.—Карагозицъ, Медвѣжинскій уѣздный врачъ, уволенъ отъ службы согласно прошенію.—Каракозъ назначенъ на должность Бахчисарайскаго городского врача.—Каченеленбогенъ назначенъ старшимъ по Ковенской губ. Вилкомирскимъ уѣзднымъ врачомъ.—Кеммеричъ, сверхштатный врачъ Александровскаго уѣзднаго вдовъ и сиротъ в Москвѣ, уволенъ отъ службы согласно прошенію.—Курдовъ, Болградскій земскій врачъ, Имамьскаго уѣзда, перемѣщенъ и. д. Сороскаго уѣзднаго врача.—Лавровъ, врачъ Пензенской губернской тюрьмы, перемѣщенъ и. д. Нижне-Ломовскаго уѣзднаго врача.—Любарскій, врачъ Виленскаго воспитательнаго дома «Исусъ Младенецъ», уволенъ отъ службы согласно прошенію.—Любимовъ опредѣленъ на должность Николаевскаго участковаго врача Томскаго уѣзда.—Матушевскій, и. д. Заславскаго городского врача, уволенъ отъ службы согласно прошенію.—Миткевичъ, участковый сельскій врачъ Пружанскаго уѣзда, уволенъ отъ должности согласно прошенію.—Михайловъ Александръ, Горійскій уѣздный врачъ, уволенъ отъ службы согласно прошенію.—Михайловъ Сергій, опредѣленъ на должность врача Иверской Общины сестеръ милосердія в Москвѣ.—Натіевъ, 2-ой Кубинскій уѣздный врачъ, перемѣщенъ на должность врача Хачмайскаго, Кубинскаго уѣзда, сельской больницы.—Нармонтъ, врачъ 17-го участка Юго-Восточныхъ желѣзныхъ дорогъ, назначенъ и. д. Тельшевскаго городского врача.—Новакъ, окружной врачъ Катайго-Табасаранскаго округа, Дагестанской Области перемѣщенъ, согласно прошенію, на должность Туапсинскаго сельскаго врача, Черноморской губ.—Орловъ, и. д. Сарапульскаго уѣзднаго врача, уволенъ отъ службы согласно прошенію.—Петровъ Алексій, Чембарскій уѣздный врачъ, уволенъ въ отставку согласно прошенію.—Пискуновъ, временно исполняющій должность Николаевскаго участковаго врача, переведенъ на такую же должность въ Коломенскій врачебный участокъ, Маринскаго уѣзда.—Помарева, временно исполняющая обязанности Локтевскаго участковаго врача Зѣтиногорскаго уѣзда, утверждена въ должности съ правами государственной службы.—Поповъ, земскій врачъ Купянскаго уѣзда, уволенъ въ отставку за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ Земствомъ.—Псаломичиковъ, Чердынскій уѣздный врачъ, перемѣщенъ, согласно прошенію, на должность уѣзднаго врача въ гор. Осу.—Пучковский опредѣленъ на должность земскаго участковаго врача Мосальскаго уѣзда.—Разумовскій опредѣленъ на должность врача 5-го участка Енотаевскаго уѣзда.—Рекаловъ опредѣленъ на должность земскаго врача Александрійскаго уѣзда.—Рудаковъ, бывшій земскій врачъ Медынскаго уѣзда, опредѣленъ на должность Воровскаго уѣзднаго врача.—Смирновъ, Инсарскій городской врачъ, уволенъ отъ службы согласно прошенію.—Соколюкъ, Туапсинскій сельскій врачъ, уволенъ отъ должности со дня его назначенія.—Спасскій опредѣленъ на должность земскаго врача Новохоперскаго уѣзда.—Сушинскій опредѣленъ на должность земскаго врача Спасскаго уѣзда.—Теръ-Маруковъ назначенъ на должность участковаго врача Закавказскихъ жж. дорогъ.—Троицкій опредѣленъ на должность младшаго ординатора по хирургическому отдѣленію больницы Краснаго Креста для фабрично-заводскихъ рабочихъ Одесскаго градоначальства.—Ульяновскій опредѣленъ на должность врача Романово-Борисоглѣбскаго приѣмнаго покоя.—Урбановичъ, завѣдующій Усманской городской земской больницей, уволенъ отъ службы за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ Земствомъ.—Уренчъ, младшій ординаторъ Петербургской Петропавловской больницы, уволенъ отъ службы согласно прошенію.—Ушковъ опредѣленъ на должность сверхштатнаго ординатора Старо-Екатерининскаго отдѣленія больницы черноработныхъ в Москвѣ.—Фурманъ бывшій младшій врачъ Красноярскаго мѣстнаго лазарета, опредѣленъ на должность врача 4-го участка Минусинскаго уѣзда.—Хибчинскій, санитарный врачъ посада Юзовки, Бахмутскаго уѣзда, уволенъ отъ службы согласно прошенію.—Чеботаревъ, сверхштатный ординаторъ Харьковской городской Александровской больницы, уволенъ отъ службы за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ городскимъ общественнымъ Управленіемъ.—Льбовскій, и. д. Опшянскаго городского врача, уволенъ отъ службы согласно прошенію.

Опечатки. Въ № 22, въ статьѣ М. Г. Щеголева—«О лейкоцитозѣ» и пр. на стр. 671, столб. 2, строка 20 св., вмѣсто слова «повышена», слѣдуетъ быть: «понижена», а на строкѣ 23 св., вмѣсто слова «остаточная», должно быть: «остаточная».

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

## МЯСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Нѣмцы.

Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, т. 52, тетр. 1. 1. Karl Schmitz. Untersuchungen über das nach der Lustig'schen Methode bereitete Cholera-vaccin. Нуклеопротендъ, содержащійся въ холерной вакцинѣ Lustig'a, предохраняетъ противъ искусственнаго зараженія холерой. 2. Ernst Sauerbeck. Beitrag zur pathologischen Histologie der experimentellen Trypanosomen-Infection. Патолого-гистологическое исследование о трипаноміазахъ у животныхъ. 3. Böhne. Beitrag zur diagnostischen Verwertbarkeit der Negri'schen Körperchen. Тѣльца Negri по исследованиямъ автора специфичны для водобоязни. 4. A. Böhme. Weiterer Beitrag zur Charakterisierung der Hogcholera (Paratyphus) Gruppe. Бактериологическое исследование. 5. A. Körper. Tuberculose-Studien. Исследование о токсинахъ бугорчатки. 6. Carlos Franca. Zur Kenntniss der durch Pest verursachten Hautläsionen. О поврежденіяхъ кожи, вызванныхъ чумой. 7. Проф. E. Pfuhl и др. Wintgen. Ueber eine nicht bacterielle Ursache für die Auftreibung von Fleischconservendbüchsen. Развитие газа въ коробкахъ съ мясными консервами можетъ быть обусловлено химическими процессами, являющимися слѣдствіемъ воздействия органическихъ кислотъ бульона на желѣзо. 8. C. Schilling. Versuche zur Immunisierung gegen Tssetsekrankheit. Опыты иммунизации противъ бѣззачи тсе-тсе.

Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, т. 52, тетр. 2. 1. E. Seligmann. Ueber die Reductasen der Kuhmilch. Восстанавливающія свойства молока зависятъ главнымъ образомъ отъ бактерій, отчасти также отъ продуктовъ отщепленія казеина. 2. Ernst Almquist. Cultur von pathogenen Bakterien in Düngestoffen. Бактериологическое исследование надъ ростомъ патогенныхъ микроорганизмовъ на обезжиренномъ навозѣ. 3. Josef Schiffmann. Zur Kenntniss der Negri'schen Tollwuthkörperchen. Экспериментальное исследование. 4. F. K. Kleine und B. Möllers. Ein für Trypanosoma Brucei spezifisches Serum und seine Einwirkung auf Trypanosoma gambiense. Авторы нашли возможнымъ отличить оба вида трипаномъ при помощи специфической для одного изъ нихъ сыворотки. 5. Julius Citron. Die Immunisierung gegen Schweineseuche mit Hilfe von Bakterienextracten. Экспериментальное исследование. 6. H. Wendelstadt und T. Fellmer. Ueber die Einwirkung von Brilliantgrün auf Nagana-Trypanosomen. Brilliantgrün убиваетъ трипаномъ у крысъ и обезьянъ и можетъ быть примѣненъ для леченія. 7. A. Wassermann, R. Ostertag und J. Citron. Ueber das gegenseitige immunisatorische Verhalten des Löffler'schen Mäusetyphusbacillus und der Schweinepestbacillen. Мышиный тифъ вызываетъ у кроликовъ невосприимчивость къ чумѣ свиней. 8. W. Kolle. Ueber Paratyphus und den Werth der Immunitätsreactionen für die Erkennung des Paratyphusbacillus. При правильной постановкѣ исследования реакція склѣиванія специфична не только для каждаго рода, но для вида бактерій.

Zeitschrift für Tuberkulose, т. 8, тетр. 1. Начиная съ этого тома слово «Heilstättenwesen» изъ заголовка выпускается. 1. Rede des Herrn Loubet (Pariser Kongress). Эта рѣчь президента республики, какъ и всѣ послѣдующіе доклады, прочитаны были на Парижскомъ международномъ конгрессѣ по бугорчаткѣ. 2. E. v. Leyden. Der internationale Kongress für Tuberkulose. 3. Проф. B. Fränkel. Der Stand der Tuberkulosebekämpfung in Deutschland. 4. O. Heubner. Ueber die familiäre Prophylaxis der Tuberkulose. 5. Samuel Bernheim und André Roblot. Tuberkulose und Wäsche. 6. Leon Karwacki. Untersuchung über die spezifischen Eigenschaften des antituberkulösen Serums von Maragliano. Лабораторные опыты. 7. S. A. Knopf. The first annual meeting of the National Association for the Study and Prevention of Tuberculosis of the United States. 8. O. Kuthy. La question de la tuberculose dans les établissements pénitentiaires. 9. Schaefer. Neue Wohlfahrtseinrichtungen der Stadt. M.-Gladbach auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung. Описание здравницы, попечительства и дѣсной колоніи города Gladbach'a.

Тетр. 2. 1. R. Koch. Ueber den derzeitigen Stand der Tuberkulosebekämpfung. Рѣчь, читанная при полученіи Нобелевской преміи. 2. Проф. H. Kossel. Vergleichende Untersuchungen über menschliche und tierische Tuberkulose. Результаты исследованийъ, произведенныхъ въ лабораторіи Германскаго санитарнаго вѣдомства. 3. Проф. O. de la Camp. Lungenheilstatenerfolg und Familienfürsorge. Результатъ леченія въ здравницахъ большей частью торается, потому что больные опять возвращаются въ зараженные бугорчаткой семейства. 4. H. Gebhard. Die Dauer des Erfolges des von der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte bei Lungenschwindsüchtigen eingeleiteten Heilverfahrens. 5. Resolutionen des internationalen Tuberkulose-

kongresses in Paris 1905. 6. G. Schröder. Ueber neuere Medikamente und Nährmittel für die Behandlung der chronischen Lungentuberkulose. 7. Joseph Blum. Zur Heilstättebehandlung der Lungentuberkulose. 8. Wolff. Davos als Kurort für Schwerkranken. 9. Brecke. Zu dem Aufsatz von Hofrat Dr. Felix Wolff. Davos als Kurort für Schwerkranken. 10. Wolff. Schlusswort an Herrn Dr. Brecke-Davos. Полемика.

Тетр. 3. 1. Emil Küster. Ueber Kaltblütertuberkulose. (Не окончена). 2. Wilh. Ost. Statistik der Lungenheilstätten in der Schweiz für die Jahre 1902, 1903 und 1904 und zusammenfassend über den 5 jährigen Zeitraum von 1900—1904. Изъ 1318 больныхъ 47% стали вполне работоспособными послѣ леченія, у 31,8% работоспособность была немного понижена. 3. O. Roeske. Die Behandlung der Wäsche bei Tuberkuloseerkrankungen in der geschlossenen Anstalt und im Privathaushalte. О лучшихъ способахъ обращенія съ бѣльемъ въ здравницахъ. 4. Essesser. Kasuistische Mitteilungen über die therapeutische Verwertung des Bornyvals, insbesondere bei Behandlung der Tuberkulose. Bornyval при сердеченіи. 5. Arbogast. Ueber das Verhalten des klinisch geheilten Lungentuberkulösen. Предписанія для отпущенныхъ изъ здравницъ больныхъ.

## ЖУРНАЛЫ ВЫХОДЯЩІЕ 2 РАЗА ВЪ НЕДѢЛЮ.

## Французскіе.

Le Bulletin médical, 1906 г., 3 и 6 января. 1. Janicot. La Riviera française au point de vue de la protection contre le froid. 2. Maucclair. Dix cas de pseudarthrose.

10 и 13 января. 1. Chauffard. Sur les conditions légales de l'emploi médical des rayons Roentgen. 2. Проф. P. Reclus. Plaies par instruments tranchants du conduit laryngotracheal. Клинич. лекція.

17 и 20 января. 1. J. Comby. L'encéphalite aiguë chez les enfants. 2. F. Dumarest. Des névroses et névrites du pneumogastrique chez les tuberculeux, et particulièrement de l'asthme des tuberculeux.

24, 27 и 31 января. 1. Quénu. De la cholédochotomie. Клинич. лекція. 2. De Beurmann et Roubinovitch. Pseudohermaphroditisme masculin. Случай. 3. G. Lion. Estomac en sablier avec sténose médio-gastrique. Случай.

3, 7 и 10 февраля. 1. H. Minet. Difficultés de diagnostic des rétrécissements urétraux. 2. J. Janicot. Contribution à l'enquête médicale sur l'emploi du blanc de céruse. Объ употребленіи свинцовыхъ бѣлизъ. 3. Comby, Vigouroux et Collet. Oblitération de la veine cave supérieure.

14 и 17 февраля. 1. E. Valude. Accidents oculaires du travail; les plaies simples. (Не окончена). 2. H. Moutot. Sur la coexistence des lésions syphilitiques tertiaires avec le tabes. Обзоръ.

21 и 24 февраля. 1. Проф. P. Reclus. Sur une observation d'actinomycose cervico-faciale. 2. E. Apert. Phlegmatia du bras à point de départ dentaire. 3. E. Valude. (Продолженіе).

3 марта. 1. Проф. Potain. Des maladies latentes. Невиданная лекція.

7 и 10 марта. 1. Robert-Simon et E. Schmidt. Action de l'atropine dans un cas d'Adams-Stokes. Случай. 2. Проф. A. Robin. Вступительная лекція къ курсу терапевтической клиники.

14 и 17 марта. 1. Проф. Quénu. Traitement des kystes hydatiques du foie. Лекція. 2. De Beurmann, Roubinovitch et Gougerot. Les troubles mentaux dans la lèpre.

21 и 24 марта. 1. De Beurmann и др. Окончаніе статьи. 2. A. Malherbe et H. Stackler. Examen de l'ovie dans les écoles. 3. L. Arsimoles. Hystérie infantile avec hallucinations.

28 и 31 марта. 1. Проф. P. Berger. L'amputation de la cuisse dans les gangrènes spontanées du membre inférieur. 2. P. Carnot. Sur divers types pathogéniques d'obésité. (Не окончена).

4 и 7 апрѣля. 1. E. Mouriquand. Pseudo-actinomycose, phlegmon suppuré de la joue gauche. 2. E. Desnos. Guérison apparente et diagnostic de la tuberculose rénale. 3. P. Carnot. Окончаніе статьи о тучности.

11 и 14 апрѣля. 1. Achard. Syphilis viscérale avec ophthalmoplogie double. Клинич. лекція. 2. Balthazard et Lebrun. Docimasia pulmonaire histologique. 3. Potocki. Operation césarienne pour une rupture imminente de l'utérus. 4. Chavigny. Simulation de la crise d'épilepsie.

18, 21, 25 и 28 апрѣля. 1. L. Bérard. Sur quelques formes de la tuberculose chirurgicale de l'intestin. 2. Raymond. Sur un cas de polymérite généralisée avec troubles mentaux. Клинич. лекція. 3. H. Le Meignan et L. Levesque. Un cas de maladie de Dercum à remissions passagères, chez un homme. 4. E. Valude. Accidents oculaires du travail; les infections traumatiques de l'oeil.

СЛП. Изъ академической терапевтической клиники проф. С. С. Воткина въ В.-Медицинской Академии.

# Некоторые данные криоскопии мочи при сахарном мочеизнурении.

Ч. пр. и ассистента клиники С. С. Зимницкого.

Если обозрѣть криоскопическія наблюденія, одѣланныя у постели больныхъ съ цѣлью выясненія состоянія и функціи почекъ при различнаго рода заболѣваніяхъ организма и его органовъ, то какъ-то невольно приходишь въ недоумѣніе, почему криоскопія почти вовсе не примѣнялась для изученія дѣятельности почекъ при диабетахъ, гдѣ отдѣлительно-выдѣлительная способность почекъ по характеру самаго страданія бываетъ обычно рѣзко повышена? Если поискать причину этого, то объясненіе такому отсутствію соответственныхъ наблюденій кроется, быть можетъ, въ томъ, что, послѣ того, какъ *Koranyi*, *Lindemann* и др. подчеркнули значеніе криоскопии мочи при почечныхъ болѣзняхъ, исследователи занялись изученіемъ криоскопическихъ измѣненій при такихъ страданіяхъ организма, гдѣ уже а priori можно было ожидать пониженія функціи почекъ (какъ-то: при циррозахъ печени, разстройствѣхъ дѣятельности сердца, при отравленіяхъ въ зависимости отъ заразныхъ заболѣваній—тифа, скарлатины и т. д.).

Но удивительно, почему изученіе функціи почекъ при диабетахъ съ помощью криоскопии осталось не разработаннымъ и тогда, когда съ легкой руки *Strauss'a* и учениковъ *Koranyi*, *Roth'a*, *Schultz'a*, *Kövesi* и др. начали опредѣлять величину наибольшаго напряженія выдѣлительной функціи почекъ при нефритахъ и другихъ заболѣваніяхъ путемъ обильнаго введенія жидкости въ организмъ. Какой, казалось, хорошій объектъ для наблюденія и изученія въ этомъ направленіи представляло-бы само по себѣ мочеизнуреніе въ его разновидностяхъ, а именно: сахарное (*diabetes mellitus*), при которомъ обычно наблюдается обильное выведеніе мочи съ высокимъ уд. вѣсомъ, гдѣ работа почекъ ложится преимущественно на почечные капальцы, — и не сахарное (*diabetes insipidus*), когда, наоборотъ, усилена работа клубочковъ.

Особенно интереснымъ, какъ кажется, могло быть ближайшее изученіе помощью криоскопии функціи почекъ при сахарномъ мочеизнуреніи еще вотъ почему. Известно, что при этомъ заболѣваніи въ тканяхъ организма идетъ ненормальный и повышенный распадъ, а это, въ свою очередь, требуетъ отъ организма самоочищенія отъ этихъ аномальныхъ продуктовъ обмена. Одна изъ такихъ функцій выпадаетъ на долю почекъ. И, если мы знаемъ, что первые признаки начинающагося загрязненія организма при диабетѣ въ силу недостаточнаго самоочищенія опредѣляются по свойствамъ мочи, что улавливается известными реакціями *Legal'a* и *Gerhardt'a*, то казалось естественнымъ, что изученіе концентраціи мочи, колебаній молекулярнаго діуреза, какъ общаго, такъ и ахлорированнаго, ихъ отношеній могло дать интересные результаты. Мало того, можно было предполагать, что этимъ путемъ будутъ подмѣнены нѣкоторые факты въ пользу ученія о происхожденіи диабетической комы въ зависимости отъ недостаточной функціи почекъ.

Съ другой стороны, небезызвѣстно, что при сахарномъ мочеизнуреніи часто наблюдается пораженіе самихъ почекъ. Цѣлый рядъ исследователей установили измѣненія въ почкахъ при этой болѣзни; такъ *Rokitansky*, изслѣдуя патолого-анатомически 30 случаевъ диабета, нашелъ пораженіе почки въ 20, *Griesinger* на 64 случая въ 32, *Seigen* на 30 случаевъ въ 20, *Dickinson* <sup>1)</sup> на 27 случаевъ въ 25. Такимъ образомъ страданіе почекъ при диабетѣ отмѣчалось, какъ видно изъ приведенныхъ сопоставленій, довольно часто; при этомъ встрѣчались различныя формы нефритовъ: *Griesinger* видѣлъ паренхиматозный нефритъ 16 разъ на 64 случая диабета, *Seigen* 9 на 140. Межуточное пораженіе почекъ отмѣчается чаще. *Dickinson* встрѣчалъ зернистую почку (4 раза на 27 случаевъ), *Lapèrre* при тощихъ диабетахъ (*diabète maigre*) сморщенную почку.

Если обратиться къ клиническимъ даннымъ относительно состоянія почекъ при диабетѣ, т. е. разобравъ частоту альбуминурии, отмѣчаемой при этой болѣзни, то увидимъ, что это явленіе очень часто сопровождается упомянутою болѣзнь. *Pollatschek* среди 1187 анализировъ мочи диабетиковъ нашелъ бѣлокъ въ 36,7% общаго числа случаевъ, *Schmitt* среди 1200 въ 69%, *Lecorche* въ 50%, *Bouchardat* въ 45%, *Naunyn* въ 34%, *v. Noorden* въ 23,5%, *Grube* въ 48,38%, *Külls* въ 79,4%, *Vas* въ 77,27%. По *Külls*у изъ 680 случаевъ диабета въ 540 (т. е. въ 79,4%) имѣлась постоянная альбуминурия, временная—въ 140 (20,6%), и только въ 9 случаяхъ ея не было вовсе. Почечные цилиндры отмѣчались въ 70% всѣхъ случаевъ <sup>2)</sup>.

Особенно тщательно разобравъ этотъ вопросъ *Vas*омъ, который, собравъ въ періодъ отъ 1896 г. до 1902 г. 1821 случай этого заболѣванія, отмѣчалъ частоту альбуминурии: въ 1896 г. въ 69,56% всѣхъ случаевъ, въ 1897 г. въ 87,85%, въ 1898 въ 80,66%, въ 1899 въ 81,15%, въ 1900 въ 71,95%, въ 1901 въ 72,61%, въ 1902 въ 80,43%. Среди 1821 случаевъ диабета *Vas* установилъ альбуминурию 1407 разъ (77,27%); на почечные элементы мочи изслѣдовалась отъ 1407 диабетиковъ, но они были найдены только 268 разъ (т. е. въ 19,05%). Надо упомянуть, что количество сахара и бѣлка, по наблюденіямъ автора, не стояли въ какой-либо зависимости другъ отъ друга.

Не смотря на эти данныя, наглядно указывавшія, что функція почекъ при диабетѣ вообще страдаетъ, кажется еще болѣе удивительнымъ, почему криоскопія мочи при этомъ заболѣваніи такъ и осталась неразработанной. Этому вопросу не удѣлили достаточно вниманія и французскіе изслѣдователи, произведшіе такъ много испытаній дѣятельности почекъ по способу *Castaigne*'я и *Achard*'а (проба съ метиленовой синью). Нѣкоторое указаніе на попытку опредѣлить работу почекъ способамъ *Achard*'а и *Castaigne*'я находится въ диссертаци *Mascarel'a* <sup>3)</sup> (1898 г.), который, изслѣдуя въ 3 хъ случаяхъ диабета *perméabilité rénale* по отношенію къ метиленовой сини, нашелъ ее въ этихъ случаяхъ очень повышенной, откуда и заключилъ, что «почки при диабетѣ очень функциональны».

Криоскопическими наблюденіями надъ диабетомъ медицинская литература очень бѣдна: такъ, д-ръ *Пурицъ* <sup>4)</sup> упоминаетъ, что по его наблюденіямъ точка замерзанія мочи при диабетѣ колебалась въ предѣлахъ—1,7—2,1° ( $\Delta$ ). *Bousquet* <sup>5)</sup> въ 1 случаѣ сахарнаго мочеизнуренія нашелъ  $\Delta$  = — 1,235 и  $\delta$  (точка замерзанія крови) = — 0,595. *Cohn* <sup>6)</sup>, изслѣдуя  $\delta$  въ 2-хъ случаяхъ диабета, видѣлъ ее = — 0,614 (при комѣ) и—0,568 (при *diabetes mellitus gravis*). Нѣсколько полнѣе и обстоятельнѣе изслѣдованія *M. Senator'a* <sup>7)</sup>. Онъ наблюдалъ 5 случаевъ сахарнаго диабета:

1-й случай. Въ мочѣ 3—4% сахара. Вліяніе діеты на гликозурию было выражено очень слабо; отмѣчалось послѣдовательное исхуданіе. Въ мочѣ опредѣлены ацетонъ и ацетоуксусная кислота. Со стороны мочи найдено слѣдующее:

Количество мочи:	$\Delta$ .	CiNa %.	$\frac{\Delta}{\text{CiNa } \%}$ (коэфф. <i>Koranyi</i> ).
3000 к. стм.	1,369	0,36	3,83
3435 »	1,321	0,32	4,10
3540 »	1,303	0,43	3,01
2900 »	1,334	0,38	3,51
3010 »	1,348	0,40	3,34

точка замерзанія крови = — 0,612.

2 ой случай. Въ мочѣ 7% сахара; ацетонъ и ацетоуксусная кислота. Подъ вліяніемъ діеты гликозурия уменьшилась (3—4%), ацетоуксусная кислота исчезла, больной поправился.

Количество мочи	$\Delta$	CiNa %	$\frac{\Delta}{\text{CiNa } \%}$
1825	1,454	0,99	1,46
2925	1,446	0,84	1,73
2300	1,576	0,93	1,69

Точка замерзанія крови  $\delta$  = — 0,576.

Въ остальныхъ 3-хъ случаяхъ *Senator* изслѣдовалъ только отдѣльныя порціи мочи:

3-й случай (сахара было 5,1%)	$\Delta$ = — 1,416	$\delta$ = — 0,59	— 0,60
4-й » ( » » 0,6%)	» » — 1,81	» » — 0,57	» »
5-й » ( » » 3,2%)	» » — 1,73	» » — 0,57	» »

На основаніи вышеприведенныхъ данныхъ авторъ заключилъ, что при сахарномъ мочеизнуреніи существуетъ молекулярная полиурия.

Этимъ ограничиваются данныя относительно криоскопій при диабетѣ.

Въ виду желательности обстоятельнѣй разобраться въ особенностяхъ молекулярнаго діуреза при сахарномъ мочеизнурении, его колебаній въ зависимости отъ тяжести случая, отъ явленій общаго отравленія (кома) и т. д., я исследовалъ въ этомъ направленіи 9 случаевъ сахарнаго мочеизнурения.

**Наблюденіе 1.** Е. Н., 20 л., крестьянинъ Новгородской губ. Въ май 1903 г. безъ всякой видимой причины почувствовалъ слабость и, не смотря на рѣзко повысившіеся позывы на ѣду, сталъ сильно худѣть; въ это-же время появилась и жажда (иногда выпивалъ до 1/2-ведра). Лѣчился, но безъ результата. Съ теченіемъ времени появились поносы, судороги въ икрахъ и сухость кожи. Въ дѣтствѣ болѣзней не припоминаетъ. Однажды упалъ съ дерева и получилъ рану на *затылкѣ*; слѣды отъ раны остались въ видѣ рубца въ этой области, не спаяннаго съ костью. Пьетъ водку умеренно и куритъ съ 16 л. Родители, сестры и братья здоровы.

Средняго роста, удовлетворительно сложенъ; худъ, вѣсъ 47,100 грм. Кожа сухая, шелушится. Лимфатическія железы повсюду немного увеличены. Языкъ обложенъ; изо рта фруктовый запахъ; десны рыхлыя; зубы здоровые. Сердце расширено вправо на палецъ, у верхушки предсистолическій шумъ; 2-ой тонъ у основанія (на легочной артеріи) усиленъ; пульсъ ритмичный, 76 въ 1 мин. Въ легкихъ нѣмнѣнній вѣтъ; дѣх. 17. Печень прощупывается; поверхность ея ровная; край закругленъ, дов. мягкой консистенціи. Селезенка не увеличена. Коленныхъ рефлексовъ нѣтъ; глоточный ослабленъ; рефлексъ съ сгемастеръ выраженъ слабо. Моча свѣтло-желтая, ароматнаго запаха, безъ бѣлка, даетъ ясную *Trommer*-ову пробу и реакцію *Gerhardt*'а съ 1 1/2-хлористымъ желѣзомъ. Распознаваніе: сахарное мочеизнуреніе (типа *diabète málgre* по классификаціи *Lancereux*) и служеніе лѣваго веннаго устья.

Моча какъ этого больного, такъ и другихъ, собиралась за сутки въ сосудъ, куда для устраненія ея разложенія вливалось определенное количество хлороформа.

гдѣ  $\frac{\Delta \cdot v}{p}$  (цифра точки замерзанія, умноженная на величину суточного объема мочи и раздѣленная на цифру вѣса тѣла въ кгрм.), т. е. общій молекулярный діурезъ на кило вѣса тѣла лежитъ въ границахъ отъ 2500 до 4000 (общая работа почки);

—  $\frac{\delta \cdot v}{p}$  — суточный діурезъ ахлорированныхъ молекул или діурезъ канальцевъ—1500—2400,

и  $\frac{\Delta}{\delta}$  — взаимотношеніе этихъ діурезовъ, характеризующее качество работы почечной паренхимы = 1.50 — 1.80.

Въ 1-мъ періодѣ:  $\frac{\Delta \cdot v}{p} = 11.650—14.311$ .

$\frac{\delta \cdot v}{p} = 9.000—12000$ .

$\frac{\Delta}{\delta} = 1.12—1.14$ .

Реакція *Gerhardt*'а была средней силы.

Во 2-мъ періодѣ:  $\frac{\Delta \cdot v}{p} = 8.0—14.000$ ;  $\frac{\delta \cdot v}{p} = 6,0—13000$ ;

$\frac{\Delta}{\delta} = 1.14—1.22$ ;

Реакція *Gerhardt*'а той-же силы.

Въ 3-мъ періодѣ:  $\frac{\Delta \cdot v}{p} = 5000—12000$ ;  $\frac{\delta \cdot v}{p} = 4.000—$

10000;  $\frac{\Delta}{\delta} = 1.19—1.27$ .

Реакція *Gerhardt*'а значительно усилена.

Изученіе этихъ данныхъ показываетъ, во 1-хъ, что организмъ засоренъ массой продуктовъ аномальнаго распада тканей; во 2-хъ, что въ силу этого почки несутъ повы-

Криоскопическія данныя. Табл. 1.

Годъ, мѣсяцъ, число.	Количество мочи V.	Уд. вѣсъ.	$\Delta$	$\delta$	Вѣсъ тѣла P.	$\frac{\Delta \cdot v}{p}$	$\frac{\delta \cdot v}{p}$	$\Delta : \delta$	ClNa ‰	Сахаръ ‰	$\frac{\Delta}{\text{ClNa}}$	Особныя замѣчанія.
1903.												
26—ix.	4100	1.026	1,33	1,18	44,500	12,246	10,871	1,12	0,25	5,5	5,32	Ацетъ. 1,1. N 19,3, N 23,2, NH <sub>3</sub> — 3,0 Фосф. 3,5 Ацет. 1,8 N 25,0 Фосф. 2,7
27	4200	1.030	1,37	1,22	45,300	12,481	11,311	1,12	0,25	5,5	—	
28	4200	1.033	1,46	1,30	45,700	13,418	11,947	1,12	0,2	5,5	—	— N 18,0
29	4600	1.036	1,40	1,19	45,000	14,311	12,164	1,18	0,35	10,0	—	
30	3600	1.036	1,46	1,24	45,200	11,650	9,809	1,14	0,3	10,0	—	— N 23,1 Ац. 23.
1—x.	3500	1.032	1,60	1,40	45,200	12,389	10,840	1,14	0,33	7,7	4,85	
2	2500	1.037	1,60	1,35	45,000	8,888	7,500	1,18	0,41	10,0	3,90	— N 19,7 Ац. 1,5 Ацет. 0,9
3	4500	1.035	1,49	1,27	45,200	14,834	13,088	1,17	0,36	8,3	4,14	
4	2800	1.027	1,34	1,10	44,500	8,431	6,921	1,22	0,4	5,0	3,35	— NH <sub>3</sub> 4,6 Ацет. 1,3 Ацет. 3,0
5	1500	1.033	1,58	1,31	44,200	5,362	4,445	1,21	0,45	6,2	3,51	
6	2400	1.033	1,48	1,30	44,600	7,964	6,928	1,14	0,3	8,3	4,93	—
7	3300	1.033	1,49	1,22	45,100	10,902	8,929	1,22	0,45	6,2	3,31	
8	2900	1.033	1,49	1,32	45,000	10,669	8,506	1,27	0,6	5,0	2,81	—
9	2700	1.032	1,47	1,21	45,100	8,860	7,246	1,21	0,42	5,5	3,50	
10	1900	1.035	1,69	1,42	45,700	7,245	5,903	1,18	0,45	5,0	3,75	—
11	2300	1.030	1,45	1,21	45,800	7,282	6,076	1,19	0,4	6,2	3,62	
12	3500	1.032	1,51	1,27	45,300	11,666	9,812	1,19	0,4	7,1	3,77	—

Весь періодъ наблюденія отъ 26/ix по 12/x соответственно качеству пищи можно подраздѣлить на 3 промежутка:

1-мъ съ 26/ix по 1/x, когда количество вводимыхъ  $\begin{matrix} \text{бѣлковъ} & \text{жировъ} & \text{углеводовъ} \\ \text{равнялось} & 340—390 \text{ грм.} & 154—187 \text{ грм.} & 318—368 \text{ грм.} \end{matrix}$

2-ой „ 1/x по 4/x  $\begin{matrix} 300—372 & 138—179 & 157—179 & \end{matrix}$

3-ей „ 4/x „ 12/x  $\begin{matrix} 390—408 & 171—192 & 24—77 & \end{matrix}$

1-ый и 2-ой періоды характеризовались средней степенью реакціи *Gerhardt*'а въ мочѣ, а въ 3-мъ она сдѣлалась очень рѣзкой.

Температура все время колебалась между 35°8 — 36°5. Ц. 86—113 въ 1 мин. Дѣх. 17—24 въ 1 мин. На низъ 1—3 раза въ сутки.

Количество выводимыхъ : мочевины и фосфатовъ  
въ 1-мъ періодѣ = 32—40 грм. 2,7—4,0 грм.  
во 2-мъ „ 38—40 „ 1,3—2,4 „  
въ 3-мъ „ 23—40 „ 1,7—2,6 „

Количество мочевой кислоты = 0,7—0,9 грм. pro die.  
Колич. выпиваемой жидкости въ 1-мъ періодѣ = 2500—4000 к. стм.  
„ „ „ во 2-мъ „ 2000—3750 „  
„ „ „ въ 3-мъ „ 2000—3500 „

Разбирая въ подробностяхъ данныя криоскопій, полученные въ этомъ случаѣ, прежде всего приходится отмѣтить, что они значительно уклоняются отъ нормы, установленной *Claude*'омъ и *Baltazard*'омъ для здоровыхъ людей,

шенную (въ 2—3 раза) функцію; въ 3-хъ, что главная задача очищенія организма происходитъ на счетъ дѣятельности канальцевъ, функція которыхъ очень повышена—это характеризуется величиной  $\frac{\Delta}{\delta}$ , приближающейся къ единицѣ. Такимъ образомъ явствуетъ, что, чѣмъ выше величины для  $\frac{\Delta \cdot v}{p}$  и  $\frac{\delta \cdot v}{p}$  и совершеннѣе ихъ отношеніе, тѣмъ загрязненіе организма диабетика меньше. Соответственно этому, какъ оказывается, измѣняется и сила реакціи *Gerhardt*'а.

**Наблюденіе 2.** И. С., 27 л., студ.-технологъ, родился въ Петербургѣ. Поступилъ въ клинику съ жалобами на слабость, головныя боли, усиленные позывы на ѣду и жажду. За послѣднее время выпивалъ до 40 стакановъ жидкости въ сутки. Жажда появилась въ декабрѣ 1904 г. Слабость и общее недомоганіе отключено въ мартѣ 1905 г. Въ дѣтствѣ перенесъ коклюшъ, а на 17-мъ году—болотную лихорадку. Другихъ заболѣваній не помнитъ. Начало заболѣванія ставитъ въ связь съ траумой: 28/x 1904 г. былъ избитъ на Невскомъ дворниками и городовыми. Сильно пострадалъ при этомъ грудь и голова; на головѣ въ области затылка имѣется подвижной, неправильной формы рубецъ отъ шашечнаго пораненія. Избїеніе вызвало потерю сознанія; больной пролежалъ въ постели около 1 1/2 недѣль; неоднократно была рвота. Въ концѣ декабря сталъ отмѣчать жажду и учащенное мочеотдѣленіе.



Позыв на їду возрасталъ постепенно. Средняго роста; худой. Кожа сухая; лимфатическія железы не увеличены. Лѣвая нога короче правой (результатъ коксита). Грудная кѣтка плоская; въ легкихъ измѣненій нѣтъ. Границы сердца нормальны; тоны его чисты, ритмичны; пульсъ достаточно напряженный, 80 въ 1 мин. Печень не прощупывается. Селезенка съ верхняго края 9-го ребра и тоже не выступаетъ изъ-подъ края реберъ. Желудокъ растянутъ до пупка; явственный шумъ плеска; при раздуваніи нижняя его граница опускается за поперечную чреазупковую линію на 1½—2 пальца. Въ мочѣ ясная реакція на сахаръ (реакціи Trommer'a, Boelcher'a и съ фенилгидразиномъ); реакція Legal'a и Gerhard't'a очень рѣзкая; есть индикантъ; бѣлка нѣтъ. Распознаваніе: сахарное мочеизнуреніе—тяжелая форма съ явленіями ацидоза (dyscrasie toxique Lépine'a).

Больной находился подъ наблюденіемъ съ 7/iv по 20/iv 1906 г. Крйоскопическія наблюденія велись съ 7/iv по 12/iv. Весь этотъ періодъ больной держался строгой бѣлковой діеты съ значительнымъ содержаніемъ жира. Какъ количество пищи, такъ и количество выпиваемой жидкости было всегда одно и тоже. Жидкости выпивалъ 20—22 стакана въ сутки. Реакціи Legal'a и Gerhard't'a все время были рѣзко выражены. На низъ 1—2 раза въ сутки.

Количество выводимой мочевины=40—48,0 pro die

» » фосфатовъ 3,1—3,5 » »  
» » амміака 1,9—2,4 » »  
» » ацетона 2,7—3,1 » »

тоже не было до 23/x, когда онъ вновь появился въ количествѣ 1,10%; 5/xi въ мочѣ сахара было 2,40%, 30/xi—60%. Въ январѣ 1903 г. заболѣлъ фибринознымъ воспаленіемъ легкихъ; болѣзнь протекала правильно; количество сахара колебалось между 3,10% и 50%. Изъ болѣзней перевесъ корь и скарлатину (въ корпусѣ); въ 1892 г.—сифилисъ; въ теченіи 3-хъ лѣтъ пролѣжалъ 8 раза специфическое лѣченіе ртутью и затѣмъ пилъ ЖК (почти ежедневно); послѣ перваго года болѣзней никакихъ проявленій онъ не отмѣчалось. Дальнѣйшее развитіе сахарной болѣзни приписываетъ переутомленію на маневрахъ подъ Курскомъ (съ 22/vш по 9/ix 1902 г.), когда вновь обнаружилась рѣзкая общая слабость, волчій аппетитъ и сильная жажда. Изъ здоровой семьи (отецъ, 5 братьевъ и сестра здоровы; мать умерла отъ бугорчатки (?) на 59 мѣ году). Въ терапевтическое отдѣленіе клиники проф. С. С. Боткина поступилъ 6/ш 1904 г. съ жалобами на слабость, усиленный позывъ на їду и жажду.

Средняго роста; умѣреннаго сложенія и питанія; вѣсъ 53,800 грм. Кожа сухая; лимфатическія железы умѣренно увеличены, плотны. Въ легкихъ—ясный перкурторный звукъ; при выслушиваніи повсюду сухіе хрипы, главнымъ образомъ справа. Границы сердца нормальны; тоны его чисты, ритмичны; 2-ой тонъ на легочной артеріи съ удареніемъ. Сосуды слегка плотноваты на ощупь. Печень по сосковой линіи съ 5-го ребра, выступаетъ изъ-подъ подреберья на 1½—2 пальца. Селезенка не увеличена. Желудокъ при раздуваніи доходитъ до пупка. Моча антарно-желтаго цвѣта,

Крйоскопическія данныя. Табл. 2.

Годъ, число, мѣсяцъ.	Количество мочи V.	Уд. вѣсъ.	$\Delta$	$\delta$	Вѣсъ гѣла.	ClNa %	$\frac{\Delta \cdot v}{P}$	$\frac{\delta \cdot v}{P}$	$\frac{\Delta}{\delta}$	Сахаръ %	$\frac{\Delta}{ClNa \%}$	Примѣчанія.
1905.												
7—iv.	5300	1,029	1,55	1,38	49,000	0,27	16755	14897	1,12	6,3	5,74	На низъ 1 разъ.
8	6300	1,028	1,55	1,37	48,600	0,30	20092	17757	1,12	5,5	5,17	» » 2 »
9	6400	1,026	1,46	1,30	48,600	0,27	19226	17037	1,12	4,0	5,40	» » 1 »
10	6500	1,027	1,64	1,41	49,100	0,37	21710	18655	1,16	4,0	4,43	» » 1 »
11	7000	1,025	1,48	1,26	49,200	0,36	21069	17927	1,17	3,6	4,06	» » 1 »
12	5800	1,027	1,61	1,41	49,100	0,28	19002	16656	1,14	3,3	4,88	» » 2 »

Въ этомъ случаѣ величины для  $\frac{\Delta \cdot v}{P}$  и  $\frac{\delta \cdot v}{P}$  достигаютъ огромныхъ предѣловъ: онѣ въ 4—5 разъ превосходятъ нормы Claude'a и Baltasard'a, и, не смотря на, что  $\frac{\Delta}{\delta}$  приближается къ единицѣ, мы видимъ, что очищеніе организма идетъ мало успѣшно, ибо реакціи Legal'a и главнымъ образомъ Gerhard't'a постоянно сильно выражены. У больного такимъ образомъ почки не въ состояніи очистить организмъ отъ продуктовъ распада, въ немъ происходятъ, хотя по крйоскопическимъ даннымъ работа ихъ и достигаетъ крайняго перенапряженія. И здѣсь, какъ и въ случаѣ 1, ясно выступаетъ, что главная роль въ задачѣ очищенія организма выпадаетъ на эпителий почечныхъ

ароматнаго запаха, прозрачна, слабо-кислой реакціи; реакціи Trommer'a, Boelcher'a и фенилгидразиновая проба—положительныя; реакція на бѣлокъ отрицательная; ацетонъ есть; реакція Gerhard't'a довольно рѣзкая. На низъ правильно.

Подъ наблюденіемъ въ клиникѣ У. находился съ 6/ш по 26/ш. Діету онъ получалъ преимущественно мясную (5 котлетъ или бѣтковъ, иногда соответствующее количество тушеного мяса), 4 яйца, 4—5 стакановъ молока и рисовый молочный супъ.

Количество мочи колебалось между 2000—3300 к. стм., уд. в 1,017—1,039.

Количество мочевины=36,0—44,7 грм. pro die.

» фосфатовъ=2,7—4,0 » » »  
» хлоридовъ=14,0—22,0 » » »  
» NH<sub>3</sub>=2,1—3,0 » » »  
» ацетона=1,9—2,8 » » »

Реакція Gerhard't'a (съ 1½-хлористымъ Fe) всегда была положительная и довольно рѣзкая.

Крйоскопическія данныя. Табл. 3.

Годъ, мѣсяцъ и число.	Количество мочи Y.	Уд. вѣсъ.	Вѣсъ гѣла P.	$\Delta$	$\delta$	$\frac{\Delta \cdot v}{P}$	$\frac{\delta \cdot v}{P}$	$\Delta : \delta$	ClNa %	Сахаръ %
1904.										
9—ш.	2300	1,027	53,400	1,60	1,17	6000	5039	1,37	0,7	3,1
10	2700	1,033	53,300	1,68	1,19	8322	6028	1,41	0,8	8,2
11	2400	1,037	52,900	1,89	1,43	8565	6487	1,32	0,75	6,2
12	1600	1,039	53,000	2,10	1,67	6321	5041	1,26	0,7	8,3
13	2800	1,033	53,000	1,75	1,26	9245	6656	1,38	0,8	5,5
14	2100	1,036	53,200	1,82	1,27	7184	5013	1,43	0,9	10,0
15	2200	1,036	53,600	1,81	1,38	7429	5641	1,31	0,7	7,1
16	2200	1,038	53,800	1,91	1,33	7803	5438	1,41	0,95	6,2
17	2000	1,035	53,000	1,85	1,33	6981	5019	1,31	0,85	7,0
18	2400	1,035	54,200	1,73	1,27	7661	5623	1,37	0,75	7,1
19	2100	1,039	54,500	1,90	1,35	7302	5202	1,41	0,9	7,2
21	2900	1,036	54,300	1,86	1,28	9934	6836	1,45	0,95	8,3
22	2700	1,035	53,800	1,85	1,30	9284	6524	1,42	0,9	7,1
23	2600	1,034	53,700	1,82	1,42	8812	6875	1,30	0,65	6,2
24	3300	1,030	53,400	1,73	1,27	10666	7844	1,36	0,75	5,0
25	3300	1,028	53,500	1,43	1,00	8018	5607	1,43	0,7	4,1
26	2400	1,023	53,800	1,33	1,00	5933	4481	1,33	0,55	4,0

каналъцевъ.

Наблюденіе 3. Л. У., 33 л., капитанъ-артиллеристъ, холостъ, въ мѣ 1902 г. замѣтилъ усиленную жажду и почувствовалъ большой позывъ на їду. Сахаръ въ мочѣ (3,10%), въ первый разъ опредѣленъ въ юнѣ 1902 г.; болѣзнь лѣчилась целочными водами; 12/ш сахара въ мочѣ было только 0,9%; затѣмъ больной лѣчился въ Кисловодскѣ, принималъ ванны изъ Нарвана и пилъ Дессентуку № 18 и № 4, отчего сахаръ въ мочѣ исчезъ (исслѣдованіе мочи 18/ix 1902 г. на сахаръ дало отрицательный ре-

Ближайшее изученіе крйоскопическихъ данныхъ показываетъ, что и здѣсь существуетъ молекулярная полиурія, хотя и менѣе выраженная, чѣмъ въ случаяхъ 1 и 2. Величины для  $\frac{\Delta \cdot v}{P}$  и  $\frac{\delta \cdot v}{P}$  превосходятъ норму въ 1½—2½ раза, но зато отношеніе  $\Delta : \delta$  менѣе совершенно, что указываетъ, повидимому, на нѣсколько пониженную работу

сравненіи съ нормой она рѣзко повышена. Слѣд., и здѣсь почки выполняютъ усиленную работу.

**Наблюдение 4.** М. Р. 41 г., крестьянка Тверской губ. Изъ здоровой семьи. Въ молодости перенесла корь и скарлатину. Около 1 1/2 года назадъ перенесла цѣлый рядъ тяжелыхъ нравственныхъ потрясеній, вскорѣ послѣ чего почувствовала общую слабость (съ осени 1903 г.) и сильную жажду; черезъ 1—2 мѣсяца появилось ощущение постоянного голода. Съ 1904 г. настолько ослабла, что большую часть дня проводила въ постели.

Средняго роста, правильнаго сложенія и очень плохого питанія. Кожа морщинистая, сухая, шелушится; слизистыя оболочки сухи, блѣдны. Лимфатическія железы нѣсколько увеличены. Въ органахъ, за исключеніемъ заглупленія въ верхушкѣ праваго легкаго, гдѣ прослушивается выдохъ, никакихъ измѣненій нѣтъ. Желудокъ немного растянутъ. Моча ярко соломеннаго цвѣта, съ небольшими осадкомъ, содержитъ сахаръ (реакція Trommer'a и съ фенилгидразинномъ), ацетонъ и даетъ рѣзко выраженную реакцію Gerhardt'a; бѣлая нѣтъ. Испражнения безъ особыхъ измѣненій.

Больная получала смѣшанную діету, ибо попытки провести ограниченную бѣлковую діету *Santani* вызвала явленія диабетической комы, но меню дня составлялось такъ, чтобы количество бѣлковъ, жировъ и углеводовъ было приблизительно одинаково съ предыдущими днями. Количество выпиваемой жидкости въ теченіи наблюденія составляло 5 стакановъ молока, 4—5 стакановъ чая, 4 стакана Боржома и иногда 1 чашку воды. Наблюденіе велось съ 25/ш по 4/iv 1906 г. Особыхъ колебаній въ ходѣ болѣзни за это время не отмѣчалось.

Количество мочевины . . . . .	40—47,0 pro die.
» хлоридовъ . . . . .	11—14,0 » »
» фосфатовъ . . . . .	3,1—3,7 » »
» NH <sub>3</sub> . . . . .	3,0—3,4 » »
» ацетона . . . . .	2,7—3,2 » »

Реакція Gerhardt'a умѣренной силы.

Случай этотъ характеризуется тоже повышенной дѣятельностью почек:  $\frac{\Delta \cdot v}{P}$  и  $\frac{\delta \cdot v}{P}$  достигаютъ высокихъ цифръ (въ 2—2 1/2 выше нормы), и здѣсь отношеніе  $\Delta : \delta$  говоритъ за усиленную функцію почечнаго эпителия. Почки такимъ образомъ принимаютъ очень дѣятельное участіе въ очищеніи организма; однако, не смотря на это реакція Gerhardt'a держится упорно.

**Наблюдение 5.** К. П., 27 л., крестьянинъ Ярославской губ., женатый, бездѣтный. Заболѣлъ, безъ всякой видимой причины, въ апрѣлѣ 1903 г.—почувствовалъ общую слабость, жажду и голодъ, появились головныя боли, мерцанье въ глазахъ, тошнота и поносы. Къ июлю слабость достигла высокой степени, на ногахъ стали появляться отеки. Больной велъ умѣренный образъ жизни, не пилъ и не курилъ. Въ концѣ 1902 г. работалъ на мелѣзной дорогѣ и поднималъ большія тяжести, послѣ чего чувствовалъ боли въ животѣ. Изъ здоровой семьи. Кромѣ лихорадки и дѣтствѣ, другими болѣзнями не страдалъ.

Роста выше средняго, правильнаго сложенія, съ рѣзко подорваннымъ общимъ питаніемъ. Кожа шелушится; мышцы дряблы; подкожнаго жирнаго слоя почти нѣтъ. Лимфатическія железы замѣтно не увеличены, за исключеніемъ незначительно припуханія заднечелюстныхъ и локтевыхъ. Хроническій сухой катарръ гортани. Зубы цѣлы, языкъ сухой, чистый, изъ рта ароматный запахъ. Органы грудной полости безъ измѣненій. Тоны сердца чисты, ритмичны; пульсъ полныи, 70 въ мин. Печень по сосковой линіи выходитъ на 1 палецъ нѣтъ-подъ края реберъ. Селезенка не увеличена. Желудокъ вздутъ, граница его не доходитъ до пупка. Кишечникъ тоже вздутъ. Рефлексы ослаблены; коленные нѣтъ вовсе, походка неуверенная. Моча соломеннаго цвѣта, ароматнаго запаха, слабо-кислой реакціи. Реакція на сахаръ (Trommer'a, Böttcher'a, фенилгидразинная) положительная; въ мочѣ слѣды бѣлка, изрѣдка стекловидные цилиндры; реакція Gerhardt'a на лѣво,—на ацетонъ тоже. На нитѣ жидко. Распо

Криоскопическія данныя. Табл. 4.

Годъ, мѣсяцъ и число.	Количество мочи V.	Уд. вѣсь.	$\Delta$	$\delta$	$\frac{\Delta \cdot v}{P}$	$\frac{\delta \cdot v}{P}$	Вѣсь тѣла.	ClNa %.	Сахаръ %.	$\frac{\Delta}{\delta}$
1905.										
25—ш.	3500	1,030	1,23	1,02	9604	7980	44,700	0,34	5,5	1,21
26	3500	1,025	1,11	0,87	8730	6820	44,500	0,4	4,0	1,38
27	3100	1,026	1,27	1,04	8907	7294	44,200	0,38	5,0	1,22
28	3600	1,025	1,15	0,94	9409	7464	44,000	0,34	5,0	1,22
29	3100	1,027	1,34	1,04	9390	7294	44,200	0,38	4,2	1,28
30	3100	1,026	1,29	1,00	8764	6966	44,500	0,47	5,0	1,29
31	3500	1,024	1,09	0,83	8357	6528	44,500	0,42	7,1	1,31
1—iv.	4200	1,027	1,24	1,04	11834	9909	44,000	0,33	6,25	1,19
2	3500	1,023	1,01	0,84	8034	6681	44,000	0,27	5,0	1,20
3	3700	1,028	1,30	1,18	10907	9900	44,100	0,30	4,5	1,10
4	3400	1,027	1,22	1,02	9363	7828	44,300	0,32	5,0	1,19

Криоскопическія данныя. Табл. 5.

Годъ, мѣсяцъ и число.	Количество мочи V.	Уд. вѣсь.	Вѣсь тѣла P.	$\Delta$	$\delta$	$\frac{\Delta \cdot v}{P}$	$\frac{\delta \cdot v}{P}$	$\frac{\Delta}{\delta}$	ClNa %.	Сахаръ %.	$\frac{\Delta}{\delta}$
1904.											
1—ш.	2400	1,035	45,900	1,57	1,28	8209	5693	1,23	0,47	7,1	3,33
2	4000	1,027	45,900	1,33	1,17	11590	10196	1,13	0,26	5,0	5,11
3	4200	1,023	44,900	1,20	1,05	11225	9822	1,14	0,25	4,1	4,80
4	2900	1,030	43,900	1,41	1,22	9314	8003	1,16	0,33	5,5	4,00
5	2600	1,033	45,300	1,54	1,29	8808	7624	1,19	0,4	7,1	3,85
6	3100	1,030	45,200	1,43	1,25	9851	8135	1,14	0,35	6,2	4,08
7	3700	1,032	44,800	1,46	1,22	12058	10076	1,19	0,4	6,2	3,65
8	4500	1,025	46,600	1,04	0,94	10043	9077	1,11	0,16	4,1	6,50
9	5100	1,024	46,600	1,09	0,94	11931	10285	1,14	0,25	5,0	4,36
10	3800	1,028	46,100	1,22	1,01	10564	8325	1,21	0,35	5,0	2,60
11	3499	1,027	45,800	1,18	1,00	8760	7425	1,18	0,3	4,1	3,93
12	4100	1,028	46,400	1,29	1,05	12691	9235	1,23	0,4	7,0	3,22
13	3800	1,028	47,200	1,23	0,99	9902	7970	1,23	0,40	6,8	3,75
14	3000	1,032	47,700	1,41	1,14	8867	7170	1,24	0,45	6,3	3,13
15	3000	1,032	48,000	1,42	1,11	8875	6970	1,29	0,5	8,3	2,84
16	3500	1,030	48,600	1,37	1,13	9884	8138	1,21	0,4	7,1	3,42
17	3500	1,033	49,000	1,34	1,13	9079	8071	1,19	0,5	8,3	2,64
18	3700	1,030	49,200	1,39	1,15	10493	8648	1,21	0,4	7,1	3,67
19	3900	1,026	48,800	1,25	1,01	9989	8072	1,23	0,4	5,5	3,12
21	3500	1,028	49,700	1,28	0,88	9014	6197	1,45	0,65	6,0	1,97
22	3600	1,026	49,700	1,23	0,86	8909	6197	1,43	0,6	5,5	2,05
23	3900	1,018	50,000	1,18	1,02	7956	5480	1,50	0,55	3,8	1,86
24	5100	1,022	48,800	1,13	0,73	12008	7588	1,55	0,65	3,6	1,74
25	4500	1,026	48,500	1,27	0,90	11779	8350	1,41	0,6	5,0	2,12

заболевание: сахарное мочеизнурение (diabète suave с явлениями dyscrasie toxique Lérime'a).

Особенности течения—повышенная потливость и отсутствие зудя в кожных.

Больной находился под наблюдением с 29/II по 25/III 1904 г. Наблюдение, в зависимости от диеты, можно подразделить на 3 периода.

Углеводов. Белков. Жиров.

В 1-й период вводилось . . . 120—230,0 100—160,0 100—280,0 грм.

Во 2-й период с 12/III по 19/III . . . 148,0 112,0 272,0

В 3-й период с 19/III по 25/III . . . 148 70—100,0 300—320,0

Жидкости вводилось от 2000 до 3000 к. стм.

Количество выделенной: мочевины, фосфора, хлоридов,  $\text{NH}_4$ , мочевой кислоты,

в 1-й период. 18—30,0 1,9—3,2 10,0—14,0 1,3—2,9 0,6—1,5

во 2-й . . . 19—30,0 1,8—2,0 12—16,0 2,8—3,1 0,8—1,4

в 3-й . . . 12—15,0 1,4—2,4 10—20,0 1,8—2,2 0,3—0,8

Ацетона выделялось: в 1-й период . . . 0,9—2,4 грм.

во 2-й . . . 0,6—2,1 . . . (чаще меньше 1,0).

в 3-й . . . 0,3—0,8 . . .

Реакция Gerhardt'a во все периоды была выражена резко.

Случай этот отличается теми же свойствами, как и предыдущие. В последние дни замечалось нарастание цифры, характеризующей отношение  $\Delta : \delta$ . Это служило указанием, что эпителиальная часть почки отказывалась, повидимому, выполнять тяжелую задачу очищения организма. Случай этот характеризуется еще обильным потоотделением, быть может, способствовавшим этой задаче организма. Однако реакция Gerhardt'a указывает на тяжесть случая.

(Окончание следует.)

Из терапевтической клиники проф. А. П. Фавицкого в В.-Медицинской Академии.

## Верональ и его терапевтическое значение.

Ассистента клиники Г. Г. Ливуды.

(Окончание. См. выше, № 38, стр. 1173).

Переходя к изложению личных наблюдений над действием веронала, я должен оговориться, что, работая в клинике внутренних болезней, я тем самым вынужден был ограничить область применения этого средства больными чисто терапевтическими, — что, впрочем, меня главным образом и интересовало, так как литературные указания относительно значения веронала при внутренних заболеваниях очень скудны, — но при случае, встречая показание к назначению снотворного, я применял верональ и при других заболеваниях. Таким образом в статистику материала, служившего для моих выводов, вошли также, как это можно видеть из нижеприводимого перечня, больные со страданиями нервными, хирургическими и акушерскими, которых мне пришлось пользоваться, совместно с товарищами-специалистами (консультативно), частью в клинике, частью в городской практике. Всего больных, которым я назначал в разное время верональ, было 78. Распределяются они по заболеваниям так:

Наименование болезни.	Число больных, наблюдавшихся в клинике.	Число больных, наблюдавшихся в частной практике.
1) Брюшной тиф . . . . .	3	1
2) Фибринозное воспаление легких . . . . .	2	—
3) Грипп . . . . .	2	1
4) Острый суставной ревматизм . . . . .	3	—
5) Воспаление околосердечной сумки . . . . .	2	—
6) Хроническое катаральное воспаление легких (бугорчатка) . . . . .	9	—
7) Воспаление легочного мешка (выпотное) . . . . .	5	—
8) Пороки сердца (недостаточность аортального и митрального клапана) . . . . .	—	—

10) Известковое перерождение сосудов . . . . .	3	1
11) Хронический катарх бронхов и расширение легких . . . . .	2	—
12) Хроническое воспаление почек . . . . .	3	1
13) Желчные камни . . . . .	—	1
14) Рак желудка . . . . .	3	—
15) Хронический катарх желудка . . . . .	2	—
16) Катарх почечных лоханок (холанги) . . . . .	1	—
17) Малокровие . . . . .	1	1
18) Нервное переутомление . . . . .	5	10
19) Поперечное воспаление спинного мозга . . . . .	1	—
20) Нарстающий паралич помешанных . . . . .	—	2
21) Истерия . . . . .	—	2
22) Спальная сухотка . . . . .	1	—
23) После операций . . . . .	3	—
Всего . . . . .	58	20

Из этого перечня можно видеть, что наибольшее число больных, получавших верональ, принадлежали к разряду больных терапевтических, а именно 54, представлявших 17 (первых в порядке перечисления) различных заболеваний; затем 21 больной относится к разряду больных нервных (5 различных заболеваний), и 3-ое больных получали верональ против бессонницы, наблюдавшейся у них первые дни после операций (грыжеисечения, исечения червеобразного отростка и выскабливания матки).

Отдельных приемов веронала сдѣлали эти 78 больных в общей сложности 234, из коих 140 пришлось на долю больных терапевтических, 88—нервных и 6—на долю остальных; при этом каждый больной получал верональ не менее 2 раз (не в один день), чаще 3—5 раз и лишь в 10 случаях больше 5 раз, из них в 1 случае 10 дней под ряд. Продолжать больше продолжительное употребление веронала не входило в мой план, потому что для меня было важно определить значение веронала, не как фармацевтического средства вообще, а как лечебного средства вспомогательного и по тому самому находящего себя применение лишь временное, периодическое. Таким только и может быть, по моему мнению, применение всякого снотворного средства, ибо средства эти являются орудием лечения припадочного, основывать же свою борьбу с длительной (хронической) бессонницей только на таком лечении не рискнуть ни один научно-образованный врач.

Величина отдельного приема веронала колебалась в моих наблюдениях между 0,3 и 1,0, будучи все-же в большинстве случаев (в 163 из 234) равной 0,5; в 47 наблюдениях (у 15 больных) назначалось на прием 0,3 и лишь в 4-х (у 3-х больных) было назначено на прием по 1,0; в остальных 20 наблюдениях применялось 0,6 веронала на прием. Сопоставляя эти цифровые данные с числом больных, можно видеть, что у 70% (у 54 из 78) всего состава больных желаемое действие достигалось назначением на отдельный прием 0,5 средства; в 19,2% всех случаев эффект этот достигался дозой в 0,3, и лишь в 10,8% приходилось для получения желаемого действия увеличивать дозу до 0,6 и 1,0. Здесь требуется оговориться, что действие с пониженной дозой (в 0,3) получалось главным образом у женщин, а именно: из 15 больных, получавших вообще верональ по 0,3, женщин было 11; все-же женщин было под наблюдением 18 (на 78 больных). Иначе говоря, приблизительно  $\frac{2}{3}$  всех больных женщин (61%) поддавались снотворному влиянию веронала при назначении его по 0,3 на прием. Остальные больные, поддававшиеся влиянию веронала в такой дозировке (4-ро мужчин), были все очень истощены, малокровны и страдали бугорчаткой легких; при этом при назначении им веронала имѣлся в виду не столько их плохой сон, сколько усиленная потливость, о чем подробно рѣчь будет ниже. В общем-же можно сказать, что больше  $\frac{3}{4}$  всех больных мужчин (80%) поддавались снотворному влиянию веронала в дозе, равной 0,5. У 6 больных пришлось, ввиду не

личить ее до 0,6 (это были больные со спинной сухоткой, поперечным воспалением спинного мозга, выпотным плейритом и нервным переутомлением), а у 3-х довести ее до 1,0.

Эти последние 3 случая относились к 2-м больным с прогрессирующим параличем, представлявшим явления сильного возбуждения и бессонницы, при чем назначение одному из них в 1-й раз 0,5 веронала на ночь дало лишь не глубокий сон, продолжавшийся около 1 1/2 часа, почему через день ему был дан 1,0 на ночь; получился хороший, спокойный и очень глубокий сон, длившийся 11 час. под радъ, почти без пробуждения, за которым следовала легкая сонливость, остававшаяся еще в течение 8—9 час.

Взввиду этого наблюдения я назначил 2-му такому же больному с однородными явлениями возбуждения, безуспешно принимавшему раньше неоднократно по 2,0 сульфонала и по 1,0 тронала, сразу 1,0 веронала на ночь; получился тоже довольно глубокий сон и больной проспал 8 час., пробудившись ночью только 1 раз. Такой же прием, повторенный через день, дал сон продолжительностью в 7 1/2 час., небольшое головокружение при вставании и легкую сонливость, державшуюся в течение первой 1/2 следующего дня.

3-й случай касался 23-летней девушки, страдавшей тяжелой истерией, выражавшейся периодическими маниакальными приступами и бессонницей. В продолжение 6 дней она принимала каждый вечер по 0,5 веронала и спала от 3 до 6 час., на 7-ой же вечер, послѣ бывшего большой очень тяжелой истерической припадке и долго длившегося состояния психоза, я назначил ей на ночь 1,0 веронала, имѣя въ виду, что какъ разъ наканунѣ она послѣ 0,5 веронала спала лишь 3 часа. Дѣйствіе получилось желательное: больная проспала спокойно, ни разу не проснувшись, 8 час. подъ радъ, но на утро и въ теченіи почти всего слѣдующаго дня жаловалась на тяжесть въ головѣ и легкое головокруженіе, въ виду чего въ слѣдующіе затѣмъ раза ей опять я сталъ давать по 0,5 веронала на приемъ.

Относительно способа введенія веронала въ организмъ надо сказать, что въ литературѣ имѣются указанія на 3 вида такового, а именно: 1) *per os*, 2) въ клизмѣ—въ количествѣ 1,5 на 250 к. стм. теплой воды [Pisarski 11] и 3) подъ кожу по слѣдующей формулѣ: веронала 1,0; безводнаго спирта 15,0; перегнанной воды 35,0; выпрыснуть за разъ 25 к. стм. [Pisarski 11]. Почти всѣ наблюдатели пользовались, конечно, въ виду удобства, первымъ изъ этихъ способовъ, при чемъ иногда нѣсколько измѣняли самую форму назначенія; такъ, нѣкоторые [Jolly 23] Drappier 44) и др.] назначали верональ съ молокомъ; Fischer и Mering 61) совѣтовали давать его съ чаемъ, въ виду того, что въ молоко онъ приобретаетъ горькій вкусъ, образуя соли, или въ видѣ 10%-ныхъ таблетокъ; H. v. Kaan 24) давалъ его всѣмъ своимъ больнымъ въ валеріановомъ чаѣ, а A. Jordan 19) указалъ, какъ на особенно пріятный препаратъ, на шеколадныя лепешки съ вероналомъ, изготовляемыя фирмой Merck's. Во всѣхъ своихъ назначеніяхъ я примѣнялъ постоянно одинъ способъ и одну форму введенія веронала въ организмъ—внутри, въ облаткахъ, при чемъ больные запивали ихъ 1/2-стаканомъ негорячей (комнатной температуры) воды. Последнему обстоятельству я придаю значеніе въ виду наблюдений A. Homburger'a 35), произведенныхъ имъ надъ нѣкоторыми снотворными и показавшихъ, что для полученія наилучшаго—наиболѣе близкаго къ нормальному—сна эти препараты не слѣдуетъ вполне растворять, чтобы они не всасывались очень быстро въ желудокъ, ибо при такихъ условіяхъ сонъ наступаетъ слишкомъ скоро, въ видѣ оглушенія, а не въ видѣ постепенной, пріятной и нарастающей усталости. Давать верональ, легко растворяющійся въ горячей водѣ, съ горячимъ чаемъ значило бы какъ разъ идти на встрѣчу такому оглушающему и тяжелому сну. Давать его съ валеріановымъ чаемъ я не считалъ удобнымъ въ видахъ соблюденія наибольшей «чистоты» въ испытаніи самого веронала, чтобы имѣть возможность выдѣлать успокоительное и снотворное вліяніе его *per se*, независимо отъ однородныхъ свойствъ валеріановаго настоя. Препараты я давалъ всегда въ облаткахъ, конечно, не изъ-за вкусовыхъ его свойствъ, въ общемъ совершенно безразличныхъ, но для цѣлей болѣе точности дозировки, а отчасти и для исключенія психическаго вѣдѣнія (внушенія), для чего также въ клиникѣ я время отъ времени чередовалъ облатки съ вероналомъ таковыми же съ сахаромъ.

Быстрота наступленія сна послѣ принятія веронала колебалась въ моихъ наблюденіяхъ между 20 минутами и

хоточной больнои, сонливость начинала замѣчаться уже черезъ 1/4 часа послѣ принятія 0,3 веронала, а черезъ 20—25 мин. эта больная спала. Гораздо чаще—приблизительно въ 1/2 всѣхъ наблюденій (36 случаевъ изъ 78)—сонливость начинала развиваться черезъ 20—30 мин., а по прошествіи еще 10 мин. больные уже спали. Въ 28 случаяхъ отмѣчено начало сонливости черезъ 3/4 часа, а засыпаніе—черезъ часъ. Въ 7 случаяхъ [сюда относятся болѣе съ выпотнымъ воспаленіемъ плейры (2), съ расширеніемъ аорты (1) эмфиземой легкиихъ (1), прогрессирующимъ параличемъ (1), истеріей (1) и острымъ суставнымъ ревматизмомъ (1)] сонливость хотя и начиналась уже черезъ 1/2—3/4 часа, но переходила она въ настоящій сонъ лишь по минованіи 1 или 1 1/4 часа. Наконецъ, въ 6 случаяхъ [въ 2—выпотного воспаленія плейры, въ 1—рака желудка, въ 1—воспаленія спинного мозга, въ 1—хроническаго воспаленія почекъ (мочекровіе) и въ 1—приступа желчно-каменной болѣзни] не приходится говорить о времени наступленія сна, потому что таковой въ настоящемъ смыслѣ этого слова не получился, а наблюдалось лишь дремотное состояніе, изъ котораго больные легко выходили, когда болевые ощущенія у нихъ усиливались, или при внѣшнемъ шумѣ. Какъ общую черту, можно отмѣтить связь, существовавшую между болевыми ощущеніями и временемъ наступленія сна: чѣмъ рѣже были выражены боли, тѣмъ болѣе отдалялся срокъ наступленія сна, и, наконецъ, при особенно острыхъ боляхъ настоящаго сна не наступало вовсе.

Переходя къ разсмотрѣнію продолжительности сна, я долженъ оговориться, что включая сюда все наблюдавшееся мною случаи, не исключая и вышеупомянутыхъ 6, такъ какъ состояніе, въ которое переходили подъ вліяніемъ веронала и эти 6 больныхъ, если его и нельзя назвать настоящимъ сномъ, было все-же далеко отъ бодрствующаго. Въ 57 (изъ 78) случаяхъ, т. е. въ 73%, всѣхъ случаевъ продолжительность сна послѣ принятія (0,3—0,6) веронала было равно 6—9 час.; въ 4-хъ случаяхъ [прогрессирующий параличъ (1), истерія (1), нейрастенія (2)] сонъ продолжался 10—11 час., при чемъ въ 1 случаѣ былъ данъ на приемъ 1,0 веронала, а въ остальныхъ по 0,5; въ остальныхъ 17 случаяхъ, куда отошли также вышеозначенные 6 случаевъ дремотнаго состоянія, продолжительность «сна» колебалась между 1 1/2, и 4 часами [заболѣванія при этомъ были, кромѣ вышеупомянутыхъ, слѣдующіе: брюшной тифъ (2), гриппъ (2), острый суставной ревматизмъ (2), чахотка легкиихъ (2), расширеніе аорты (1), хроническій бронхитъ (1)—болѣзни, преимущественно лихорадочныя]. Какъ и выше, здѣсь приходится подчеркнуть соотношеніе между болями, испытываемыми больными, и продолжительностью ихъ сна: чѣмъ чаще и острѣе были боли, тѣмъ слабѣе и короче былъ и сонъ послѣ веронала.

Болѣе интереснымъ и важнымъ, конечно, является разсмотрѣніе характера самого сна, независимо отъ его продолжительности, потому что глубокій и спокойный, хотя бы и короткий, сонъ будетъ всегда полезенъ для организма, чѣмъ прерывистый, беспокойный, хотя бы и продолжительный. Наиболѣе полезнымъ, а потому и желательнымъ, будетъ тотъ искусственный сонъ, который свойствами своими приближается къ нормальному, а именно: наступаетъ скоро и легко, сопровождается ощущеніями пріятной усталости, а, разъ наступивъ, становится глубокимъ и ровнымъ, продолжается не слишкомъ короткий срокъ и послѣ пробужденія не оставляетъ чувства тяжести въ тѣлѣ, смѣняясь ощущеніемъ бодрости. Говоря вообще, сонъ послѣ веронала удовлетворяетъ почти всѣмъ этимъ требованіямъ,—говоря «почти», потому что въ 15% моихъ наблюденій (у 12 лицъ) мнѣ пришлось все-таки отмѣтить нѣкоторую тяжесть въ головѣ или головокруженіе на утро послѣ пробужденія; но всѣ субъективныя ощущенія при наступленіи сна, а равно ночью при случайныхъ пробужденіяхъ не представляли, по показаніямъ всѣхъ моихъ больныхъ, никакихъ отклоненій отъ нормальнаго самочувствія. Что касается глубины сна, то 30 моихъ больныхъ (т. е. 38,5%) сообщали мнѣ на утро послѣ перваго приема веронала, что они проспали ночь, ни разу не пробудив-



лись до утра. Если такой сонъ назвать отличнымъ, сонъ же съ 1—2-мя пробужденіи среди ночи, послѣ которыхъ больной черезъ 15—30 мин. засыпаетъ вновь, вполне удовлетворительнымъ, то во 2-ую категорію больныхъ, пользовавшихся такимъ сномъ, можно отнести еще 31 чел. (39,5%), что составитъ въ общей сложности 78%, успѣшнаго дѣйствія веронала въ моихъ наблюденіяхъ.

Переходя къ подробному разсмотрѣнію вліянія веронала при различныхъ заболѣваніяхъ, я долженъ поставить на первое мѣсто по глубинѣ, продолжительности сна и по хорошему самочувствію, ощущаемому больными при пробужденіи, дѣйствіе веронала при нейрастеніи. Рѣшительно во всѣхъ 15 случаяхъ этого заболѣванія, наблюдавшихся мною, сонъ продолжался не менѣе 7 час., а въ 2-хъ случаяхъ онъ достигъ даже 10 час. Засыпали эти больные черезъ 1/2-часа по принятіи веронала (0,3—0,5) съ «весьма пріятнымъ», по заявленію большинства изъ нихъ, ощущеніемъ нарастающей усталости и просыпались легко, чувствуя себя гораздо бодрѣе. Въ послѣднемъ отношеніи 2-е больныхъ представили, впрочемъ, нѣкоторое исключеніе. Случаи эти слѣдующіе.

1) Дѣвушка, 29 лѣтъ, много занимавшаяся чтеніемъ по ночамъ и страдала, кромѣ безсонницы, частыми приступами головкруженія, проснувшись послѣ 8 час. сна (послѣ 0,3 веронала), почувствовала, когда стала вставать, столь сильное головокруженіе, что вынуждена была остаться въ постели еще около часу, до восстановленія нормальнаго самочувствія.

2) Мужчина, 32 л., тяжелый нейрастеникъ (съ явлениями легкаго психоза) и онанистъ, страдавшій, кромѣ безсонницы, тяжелыми приступами мигрени, испытывалъ оба раза послѣ принятія веронала (0,3 и 0,5) утромъ послѣ 6—8 час. сна, тяжесть или тушу боль въ затылкѣ и головкруженіе при ходьбѣ, державшіяся 3—4 час. и затѣмъ проходившія безъ какихъ-либо врачебныхъ мѣропріятій.

Однако, и эти 2-ое больныхъ засыпали легко и спали спокойно.

Не рискуя объяснять воздѣйствіемъ веронала, а разсматривая скорѣе какъ результатъ сна самого по себѣ, я не могу не указать на своего рода «улучшенное» самочувствіе—эйфорию, испытывавшуюся моими больными—почти всѣми нейрастениками и, кромѣ того, еще нѣсколькими другими—на 2-ой день послѣ принятія веронала.

Вполнѣ довольнымъ вліяніемъ веронала можно было остаться, наблюдая его дѣйствіе на хроническихъ больныхъ, если эти больные не страдали приступами болей или одышки. Такъ, хорошій, спокойный сонъ, продолжавшійся съ перерывами 6—9 час. и не оставлявшій на утро никакихъ непріятныхъ субъективныхъ ощущеній, отмѣченъ мною: въ 3-хъ случаяхъ хроническаго воспаленія почекъ, въ 2-хъ—хроническаго катарра желудка, въ 3-хъ—расширенія аорты, въ 2-хъ—известковаго перерожденія сосудовъ, въ 2-хъ—рака желудка, въ 1—хроническаго бронхита и въ 2-хъ—малокровія, всего въ 15 случаяхъ. Во всѣхъ перечисленныхъ случаяхъ болѣзнь протекала болѣе или менѣе равно, безъ повышенія температуры, безъ рѣзко выраженныхъ болевыхъ ощущеній, и безсонница была однимъ изъ главныхъ проявленій болѣзни, не находясь въ тоже время въ явной зависимости отъ какого-либо одного изъ ея припадковъ. Стоило, однако, одному изъ этихъ припадковъ—чаще всего болямъ или одышкѣ—сдѣлаться болѣе выраженнымъ и тѣмъ самымъ приобрести значеніе причины, обуславливающей безсонницу, какъ таковая переставала легко уступать вероналу. Такъ, по отношенію къ болямъ, я имѣлъ случай рака желудка (въ области привратника), гдѣ, очевидно, безсонница обуславливалась сильными болями, и назначеніе тутъ 0,5 веронала на ночь дало въ 1-ый и во 2-ой день только дремоту, а не освѣжающій сонъ, который наступилъ при помощи веронала у 2-хъ другихъ больныхъ съ ракомъ желудка (тоже привратника), не страдавшихъ отъ жестокихъ болей. Тоже самое пришлось наблюдать у одного больного съ расширеніемъ аорты: въ то время, какъ 3-ое однородныхъ больныхъ, не испытывавшихъ никакихъ болей, спали послѣ веронала, хорошо, 4-ый, плохо спавшій по ночамъ изъ-за припадковъ «грудной жабы» (чувствительнаго характера), не могъ заснуть долѣе 2—3 час. послѣ пріема 0,3 и 0,5 веронала. На особенно поучительнѣе и интереснѣе въ этомъ отношеніи былъ для меня слѣдующій случай.

малъ отъ безсонницы (по 0,3) и спавшей послѣ него 7—8 час., развилась спустя 2 недѣли панарицій на указательномъ пальцѣ лѣвой руки, изъ за котораго она лишилась опять сна. Назначенный ей мною теперь въ 1-ый разъ въ количествѣ 0,3 и во 2-ой 0,5 верональ далъ оба раза безпокойный, прерывистый сонъ, продолжавшійся не болѣе 2—3 час.

Подобное-же отношеніе безсонницы къ вероналу я наблюдаю во всѣхъ случаяхъ, когда стѣсненіе дыханія (одышка) выступало въ ряду болѣзненныхъ ощущеній на первый планъ и являлось главной причиной плохого сна. Такъ, на ряду съ 2-мя плейритиками, получавшими значительное облегченіе отъ безсонницы въ видѣ 6—8 часового сна, я наблюдалъ 2-хъ плейритиковъ-же (съ высокимъ стояніемъ выпота и смѣщеніемъ сердца), страдавшихъ безсонницей и сильной одышкой (32—40 дых. въ 1 мин.) при вполнѣ удовлетворительной работѣ сердца, не получавшихъ много облегченія послѣ пріема 0,5 веронала, кромѣ легкой дремоты, продолжавшейся 2—4 часа и часто прерывавшейся изъ-за необходимости перемѣнить положеніе тѣла. Въ то время какъ больной, 54 л., страдавшій хроническимъ бронхитомъ и известковымъ перерожденіемъ сосудовъ, регулярно спалъ (5 наблюденій) послѣ пріема 0,5 веронала 6—9 час., другой больной, почти тѣхъ-же лѣтъ (55), съ однородными заболѣваніями и съ рѣзко выраженнымъ растяженіемъ легкихъ, чѣмъ обуславливалась значительная одышка (30 дых. въ 1 мин.), не могъ ни разу (въ 3 наблюденіяхъ) проспать болѣе 3—4 час. даже довольно безпокойнымъ сномъ, при чемъ самый сонъ наступалъ очень медленно—черезъ 1—1 1/4 часа. Дѣлаю при этомъ необходимую оговорку: сердечная мышца въ обоихъ случаяхъ была въ удовлетворительномъ состояніи, и дѣятельность сердца—почти тождественна (пульсъ 82 и 88 въ 1 мин.). Еще нагляднѣе сказалось вліяніе одышки въ одномъ случаѣ мочековія, развившагося у молодого человѣка, 23 л., страдавшаго 2 года межуточнымъ воспаленіемъ почекъ: безсонница его, сопровождавшаяся жестокой одышкой (48 дых. въ 1 мин.), не уступила ни 0,5, ни 0,6 веронала, смѣняясь лишь безпокойной дремотой на 1 1/2—2 часа; а между тѣмъ въ 3-хъ случаяхъ хроническаго межуточнаго воспаленія почекъ больные, жаловавшіеся на безсонницу и головныя боли, засыпали (послѣ пріема 0,5 веронала) на 7—9 час. и при пробужденіи чувствовали даже облегченіе своихъ головныхъ болей.

Разсматривая вліяніе веронала на безсонницу при заболѣваніяхъ лихорадочныхъ, можно подмѣтить зависимость его отъ высоты стоянія температуры, на подобіе вышеописанной зависимости отъ болей и одышки, а именно: до тѣхъ поръ, пока температура у лихорадящаго больного не достигнетъ извѣстнаго максимальнаго предѣла, весьма различнаго въ предѣлахъ личныхъ особенностей, но все-же находящагося, повидимому, между 38°8 и 39°5 для большинства, верональ оказываетъ благотворное вліяніе, какъ снотворное и даже какъ успокоительное (pervinum) средство; какъ только-же температура перейдетъ этотъ извѣстный предѣлъ—въ моихъ случаяхъ всегда при 40° и выше,—особенно когда жаръ обусловитъ сильное возбужденіе и бредъ, верональ вовсе теряетъ свое успокоительное дѣйствіе, а въ большинствѣ случаевъ не даетъ и освѣжающаго сна на продолжительный срокъ. Матеріаломъ для этихъ выводовъ мнѣ послужили наблюденія надъ 30 больными со слѣдующими заболѣваніями: брюшнымъ тифомъ (4), воспаленіемъ легкихъ (2), и плейры (5), гриппомъ (3), острымъ суставнымъ ревматизмомъ (3), воспаленіемъ внутрисердечной оболочки (1), воспаленіемъ околосердечной оболочки (2), горловой жабой (1) и чахоткой легкихъ (9). Тифозные больные in stadio decrementi и въ амфиболическомъ періодѣ, а равно и больные, заканчивавшіе фибринозное воспаленіе легкихъ или гриппъ, страдавшіе безсонницей, получали вполнѣ удовлетворительное облегченіе: спокойный сонъ на 6—8 час. послѣ принятія 0,5 веронала; въ то-же время 2-ое тифозныхъ въ разгарѣ заболѣванія (подъ конецъ 2-ой недѣли) съ явлениями бреда и 1 больной гриппомъ съ 39°4 не засыпали послѣ такой-же дозы веронала долѣе какъ на 2—3 часа очень тревожнымъ сномъ. Въ 2-хъ случаяхъ остраго суставнаго ревматизма, гдѣ верональ не далъ полного эффекта, тормозя-

температуры (выше  $39^{\circ}$ ), и значительные боли в суставах, подобно тому, что было в одном случае воспаления плевры (выпотного), где повышенная температура наблюдалась одновременно со болями и тѣмъ поддерживала бессонницу, противостоявшую вероналу. Во всѣхъ 9 наблюдений надъ чахоточными можно было также прослѣдить зависимость глубины и продолжительности сна послѣ веронала отъ высоты стоянія температуры или болѣзненности кашля (при чемъ, повидимому, самъ кашель или частота его приступовъ важнаго значенія не имѣли, а большой, глубоко засыпавшій подѣ влияніемъ веронала, обыкновенно мало кашлялъ ночью). Косвеннымъ подтвержденіемъ мысли о тормозящемъ дѣйствіи веронала явліяныя высокой температуры является слѣдующій случай.

Больной, 56 л., съ известковымъ перерожденіемъ сосудовъ, во время пребыванія въ клиникѣ заболѣлъ катаральной острой жабой, температура подышалась до  $38^{\circ},8$  и оставалась повышенной ( $38^{\circ},2 - 38^{\circ},6$ ) 3 дня, а потомъ спала до нормы. Съ 1-го же дня повышенія температуры больной, плохо спавшій по ночамъ и до тѣхъ поръ, пересталъ совсѣмъ спать ночью, не страдая ни отъ какихъ болей. Назначенный ему на 2-ой и 3-й день лихорадочнаго заболѣванія верональ (0,5) далъ въ 1-ый разъ 4-часовой сонъ, во 2-ой — сонъ не болѣе 3-хъ часовъ, съ перерывами. Имѣя въ виду очень хорошіе результаты, полученные отъ назначенія веронала еще раньше у 3-хъ больныхъ съ известковымъ же перерожденіемъ сосудовъ, но съ нормальной температурой, я назначилъ этому больному черезъ 2 дня по прекращеніи лихорадки, въ виду продолжавшейся бессонницы, еще разъ 0,5 веронала на ночь, и результатъ получился блестящій: больной проспалъ подѣ рядъ 9 часовъ, проснувшись ночью только разъ и не чувствуя на утро никакой тяжести въ головѣ.

Послѣ изложеннаго становится вполне понятнымъ крайне слабое снотворное дѣйствіе веронала при бессонницѣ, обусловленной желчно-каменной болѣзнью и воспаленіемъ спинного мозга. Въ свою очередь, можно было заранее предсказать хорошій успѣхъ назначенію веронала при бессонницѣ въ первые дни послѣоперационнаго періода, обусловливающейся только приподнятымъ «нервнымъ» состояніемъ больныхъ, а не значительными органическими болѣзненными измѣненіями, — и дѣйствительно, во всѣхъ 3-хъ случаяхъ (послѣ грыжесеченія, изсѣченія червеобразнаго отростка и выскабливанія матки) получался хорошій, освѣжающій сонъ, длившійся 8—9 час. Такимъ образомъ для случаевъ «нервной» бессонницы верональ можетъ считаться средствомъ снотворнымъ *par excellence*.

Если перечисленные обстоятельства — боли, повышенная температура, одышка, ослабляющія снотворное дѣйствіе веронала, могутъ быть болѣе или менѣе легко устранены путемъ сочетанія его съ другими средствами (наркотическими, жаропонижающими), и тѣмъ самымъ дѣлаютъ возможнымъ вполне успѣшное примѣненіе этого препарата (какъ я самъ могъ убѣдиться въ этомъ на нѣсколькихъ больныхъ, не вошедшихъ въ вышеприведенный перечень въ виду «смѣшаннаго» лѣченія), то не такъ легко удается устранить другое свойство веронала, нѣсколько затрудняющее успѣшность его *постояннаго* примѣненія. Я умышленно подчеркиваю выраженіе «постояннаго» потому, что имѣю въ виду привыканіе организма къ вероналу. Какъ я уже выше говорилъ, въ преобладающемъ большинствѣ моихъ наблюдений каждый больной принималъ верональ не болѣе 5 разъ, и лишь 10 больныхъ (съ нейрастеніей (4), истеріей (2), легочной чахоткой (1), известковымъ перерожденіемъ сосудовъ (3)) принимали его по 6—10 разъ каждый, такъ что въ моемъ распоряженіи мало данныхъ, чтобы высказаться рѣшительно о продолжительномъ употребленіи веронала, тѣмъ болѣе, что такое употребленіе этого средства является необходимымъ въ нервной клиникѣ гораздо чаще, чѣмъ въ клиникѣ терапевтической. Однако и мои немногочисленные наблюденія позволили подмѣтить тотъ фактъ, что больной организмъ «привыкаетъ» съ теченіемъ времени, въ довольно короткій срокъ (4—5 дней), къ начальной дозѣ веронала и для поддержанія эффекта той-же силы приходится ее черезъ нѣкоторое время увеличивать, такъ что, если я и не могу повторить вѣстѣ съ Luther'омъ<sup>20</sup>), что «0,5 веронала въ 1-ый разъ дѣйствуютъ сильнѣе, чѣмъ 1,0 въ слѣдующій», то я все-же скажалъ-бы, что 0,5 веронала въ 1-ый разъ дѣйствуютъ сильнѣе, чѣмъ тѣ-же 0,5 во 2-ой или 3-й разъ. Усыпляющаго своего дѣйствія верональ не теряетъ и при 7-дневномъ употреб-

леніи (каждый вечеръ по 0,5); даже характеръ (глубина) сна почти не измѣнялся, но продолжительность его уменьшалась съ каждымъ днемъ; такъ въ вышеупомянутомъ случаѣ тяжелой истеріи сонъ уменьшился съ 6 час. до 3-хъ, въ одномъ случаѣ нейрастеніи за этотъ-же срокъ онъ уменьшился съ 9 час. до 4-хъ; въ одномъ случаѣ чахотки за 8 дней 6-часовой сонъ (послѣ 0,3) уменьшился до 2-часового. Даже при кратковременномъ пользованіи вероналомъ я могъ вынести изъ разспросовъ больныхъ впечатлѣніе, что ихъ сонъ послѣ 3-го или 4-го приема веронала уступалъ по продолжительности сна послѣ 1-го приема, особенно въ случаяхъ, когда они принимали это средство 3 дня подѣ рядъ. Гораздо слабѣе выражалось это привыканіе къ вероналу, если его принимали не каждый день, а черезъ день или черезъ 2, и при такомъ способѣ назначенія мнѣ удавалось сохранять начальный его эффектъ почти безъ ослабленія силы въ теченіи цѣлой недѣли. Какъ очень выгодный въ практическомъ смыслѣ способъ лѣченія бессонницы (особенно у нейрастениковъ) вероналомъ, я сталъ поэтому съ теченіемъ времени примѣнять слѣдующій порядокъ: первые 2 вечера подѣ рядъ давалъ по 0,5 веронала въ облаткѣ послѣ вечерняго чая, 3-ью облатку черезъ день, 4-ую, а при надобности и 5-ую, тоже съ промежутками въ 1 день и, наконецъ, 6-ую черезъ 2 дня; такимъ образомъ уже 6-ью приемами удается побороть бессонницу на порядочный срокъ.

Для полноты характеристики дѣйствія веронала мнѣ остается указать на побочныя явленія (осложненія), наблюдавшіяся у моихъ больныхъ. Какъ уже выше было сказано, у 12 больныхъ было подмѣчено, какъ ближайшій результатъ примѣненія веронала, на утро слѣдующаго дня головокруженіе, а иногда и тяжесть въ головѣ (преимущественно въ затылкѣ). Случаи эти распредѣляются такъ: у 8 больныхъ [съ истеріей (2), нейрастеніей (2), легочной чахоткой (1), малокровіемъ (1) и прогрессивнымъ параличемъ (1)] отмѣчено на утро при вставаніи легкое головокруженіе, дѣлавшее походку на нѣкоторое время неуверенной и державшееся отъ 2 до 4—6 час., при чемъ дѣятельность сердца не представляла никакихъ отклоненій отъ нормы; у 4-хъ больныхъ (съ гриппомъ, желчно-каменной болѣзнью, выпотнымъ воспаленіемъ плевры и воспаленіемъ спинного мозга) на другой день послѣ принятія веронала наблюдались непріятная тяжесть въ затылкѣ и нѣкоторая вялость, державшіяся тоже около 6 час. и тоже проходившія безъ врачебнаго вмѣшательства. Кромѣ того, у 1-ой истерички и у 1-го нейрастеника эти оба осложненія (головокруженіе и тяжесть въ головѣ) наблюдались одновременно. Въ % частота этихъ осложненій выразится такъ: для головокруженія —  $10,2\%$ , и для головной боли —  $7,7\%$  общаго числа наблюдений. Присматриваясь ближе къ обстоятельствамъ, сопровождавшимъ появленіе этихъ осложненій, можно видѣть, что первое изъ нихъ появлялось у лицъ съ особенно разстроенной нервной системой или съ выраженнымъ упадкомъ общаго питанія, второе-же — у лицъ, не поддававшихся снотворному вліянію веронала вслѣдствіе болей или лихорадочнаго состоянія. Кромѣ названныхъ 2-хъ осложненій, я не имѣлъ возможности наблюдать у своихъ больныхъ ни одного изъ извѣстныхъ въ литературѣ о вероналѣ осложненій — ни обмороковъ, ни поносовъ, ни сыпей; быть можетъ, это объясняется сравнительно небольшими разнѣрами употреблявшейся мною дозировки — 0,3—0,5—0,6 и только 4 раза по 1,0, тогда какъ другіе наблюдатели зачастую назначали своимъ больнымъ по 1,0 веронала и даже превышали эту дозу, но, повидимому, терапевтическая клиника можетъ смѣло ограничиваться употреблявшимися мною дозами, извлекая изъ нихъ требующіеся для нея эффекты и не рискуя за то встрѣтиться съ нежелательнымъ побочнымъ дѣйствіемъ веронала. Считаю лишнимъ подчеркнуть здѣсь то обстоятельство, что ни въ одномъ изъ моихъ 78 случаевъ верональ не оказывалъ никакого вреднаго вліянія на работу сердца, и всѣ 12 сердечныхъ больныхъ (съ воспаленіемъ внутрисердечной, околосердечной оболочекъ, съ недостаточностью заслонокъ, съ известковымъ перерожденіемъ сосудовъ) ни разу не заявили мнѣ ни о какомъ ухудшеніи въ ихъ самочувствіи,

а равно объективное исследование не могло открыть у них никакого ухудшения со стороны сердечной деятельности даже при наличии явлений разстроенной уравновешенности. Будучи далек от признания за вероналом на основании своих наблюдений тонизирующего действия на сердечную мышцу (*Jordan*<sup>19</sup>), *v. Kaan*<sup>24</sup>), я могу указать на то, что в 4-х случаях пульс у сердечных больных на утро послѣ принятия веронала выравнивался и дѣлался болѣе полным (быть может, послѣ хорошо проведенной ночи). Вліянія на мочеотдѣленіе у этихъ больныхъ, какъ и у почечныхъ, мнѣ при назначеніи веронала подмѣтить не удалось.

Въ заключеніе укажу на провѣрку интереснаго факта, впервые подмѣченнаго *Ulrici*<sup>18</sup>), какъ побочное дѣйствіе веронала: ослабленіе или даже прекращеніе ночныхъ потовъ. Я располагалъ, къ сожалѣнію, небольшимъ числомъ подходящихъ для этой цѣли больныхъ за минувшій годъ (работа *Ulrici* появилась въ декабрѣ 1904 г.), а именно 11, изъ коихъ 9 были больны легочной чахоткой и 2 — нейрастеніей; почти всѣ эти больные получали сначала верональ по 0,3 на ночь; только оба нейрастенника и 1 чахоточный, у которыхъ бессонница была особенно упорна, получали его съ перваго уже раза по 0,5. Эффектъ получился во всѣхъ 11 случаяхъ положительный, хотя и не во всѣхъ случаяхъ одинаково выраженный; особенно рельефно проявился онъ въ 2-хъ случаяхъ легочной чахотки, когда больные (27 и 30 л.), принужденные дотолѣ смѣнять каждую ночь по 2—3 рубашки отъ проливныхъ потовъ, послѣ 1-го уже приема веронала (0,3) ограничились смѣною одной рубашки за всю ночь, а послѣ 2-го и 3-го приема провели всю ночь безъ пота. Если не полное уничтоженіе, то во всякомъ случаѣ рѣзкое уменьшеніе ночного пота до степени легкой потливости можно было установить и въ остальныхъ 7 случаяхъ чахотки, а также въ обоихъ случаяхъ нейрастеніи (въ послѣднихъ 2-хъ случаяхъ, впрочемъ, примѣнялось одновременно и водолѣченіе). Способъ назначенія веронала для этой цѣли пришлось нѣсколько измѣнить, а именно: давать его сначала въ маленькой дозѣ (0,3) всѣмъ больнымъ, жаловавшимся на ночные поты, и давать нѣсколько (3—5) дней подъ рядъ, въ случаѣ ослабленія эффекта подъ конецъ этого срока — пропустить день и затѣмъ увеличить дозу до 0,5, такъ какъ, повидимому, начальная доза не приобретаетъ прежней силы и послѣ промежутка. При этомъ замѣчено интересное явленіе: привыканіе организма къ снотворному вліянію веронала развивается отнюдь не параллельно привыканію къ поты-останавливающему вліянію его, а всегда первое опережаетъ послѣднее, т. е. доза въ 0,3 веронала перестаетъ уже давать освѣжающій сонъ (напр., подъ конецъ недѣли), но все еще останавливаетъ ночной потъ.

Подведя итогъ всему изложенному, я пришелъ на основаніи своихъ наблюдений къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Верональ является въ настоящее время однимъ изъ лучшихъ снотворныхъ средствъ, отличающъ относительной безвредностью и вѣрностью (въ 78% всѣхъ наблюдений) дѣйствія.
2. Средней дозой его слѣдуетъ считать: для женщинъ 0,3, а для мужчинъ 0,5 грм.
3. Сонъ подъ вліяніемъ веронала наступаетъ обычно черезъ 1/2 часа, продолжается 6—9 час. (въ 73% наблюдений) и по характеру своему (глубинѣ и субъективнымъ ощущеніямъ) близокъ къ ону нормальному.
4. Обстоятельствами, ослабляющими снотворное дѣйствіе веронала, являются: болевые ощущенія, стѣсненіе дыханія и значительно повышенная (выше 39°) температура.
5. Областью наиболѣе успѣшнаго примѣненія веронала должны считаться нервныя страданія (преимущественно функциональныя) и бессонница временная, не обусловленная глубокими органическими пораженіями.
6. При продолжительномъ (болѣе недѣли) употребленіи веронала наблюдается привыканіе организма къ нему, въ виду чего умѣстно назначать его не болѣе 3-хъ дней подъ рядъ и затѣмъ чередовать дни приема съ днями отдыха.
7. Осложненій дѣйствія веронала наблюдается чрезвычайно мало, и наиболѣе частыми изъ нихъ являются: го-

ловокруженіе (10,2%) и головная боль (7,7%) на утро послѣ пробужденія.

8. Помимо снотворнаго дѣйствія, верональ обладаетъ еще свойствомъ задерживать ночные поты.

Въ заключеніе характеристики веронала приведу цифровыя указанія тѣхъ количествъ другихъ снотворныхъ средствъ, которыя, по мнѣнію нѣкоторыхъ наблюдателей, могутъ съ равнымъ успѣхомъ быть замѣнены 0,5 грм. веронала: такъ, *Rosenfeld*<sup>9</sup>) считаетъ это количество равносильнымъ 3,0 бромистаго калия или 1,0 тріонала; *Lilienfeld*<sup>15</sup>) приравниваетъ его 2,0 хлораль-гидрата, а *Oppenheim*<sup>51</sup>) — 1,5 тріонала; *G. Dreyfus*<sup>62</sup>), работавшій съ нейроналомъ (бромдистилацетамидъ, введенный въ терапію *Fuchs*омъ и *E. Schulze*<sup>63</sup>) послѣ веронала, въ 1904 г.), отдавая всѣ преимущества вероналу, приравниваетъ 1,0 перваго 1,5 тріонала и 0,5 веронала. Стоимость одного снотворнаго приема веронала (по справочнымъ цѣнамъ большихъ аптечныхъ фирмъ) обойдется въ 4 1/2,—5 коп.; дешевле его изъ всѣхъ остальныхъ снотворныхъ обойдется только приемъ (2,0) хлораль-гидрата.

**Литература.** 1. *E. Fischer* и *I. Mering*. «Therapie der Gegenwart», 1903 г., мартъ. — 2. *Thierfelder*. «Zeitschrift f. physiol. Chemie», 1885 г., 9. — 3. *Baumann* и *Kast*. Тамъ-же, 1889 г., 14. — 4. *P. Kleist*. «Therapie d. Gegenwart», 1904 г., августъ. — 5. *A. А. Короблевъ*. «Врачебная Газета», 1904 г., № 10. — 6. *Н. И. Бочаровъ*. «Русскій Врачъ», 1904 г., № 6. — 7. *Н. Е. Певниковъ*. Тамъ-же, 1904 г., № 27. — 8. *Raschkow*. «Wiener klin. Rundschau», 1903 г., № 1. — 9. *M. Rosenfeld*. «Therapie d. Gegenwart», 1903 г., апрѣль. — 10. *Loetsch*. «Fortschritte d. Medicin», 1903 г., № 19. — 11. *Th. Pisarski*. «Therapeutische Monatshefte», 1904 г., октябрь. — 12. *Aronheim*. «Medicinische Woche», 1903 г., № 31. — 13. *Aller*. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 г., № 11. — 14. *F. Toogood*. «British Medic. Journal», 1904 г., 31 декабря. — 15. *A. Lilienfeld*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1903 г., № 21. — 16. *Matthey*. «Neurologisches Centralblatt», 1903 г., № 19. — 17. *H. Euler*. «Theurap. Monatshefte», 1904 г., сентябрь. — 18. *H. Ulrici*. Тамъ-же. — 19. *A. Jordan*. «British Med. Journal», 1904 г., 5, марта. — 20. *Luther*. «Psychiatrisch - neurologische Wochenschrift», 1903 г., № 28. — 21. *Schüle*. «Therap. Monatshefte», 1903 г., мартъ. — 22. *Poly*. «Münchener med. Wochenschrift», 1903 г., № 20. — 23. *Jolly*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1903 г., № 21. — 24. *H. v. Kaan*. «Therap. Monatshefte», 1904 г., сентябрь. — 25. *Hoppe*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1905 г., № 24. — 26. *Hoeftmann*. Тамъ-же. — 27. *Berent*. «Therap. Monatshefte», 1903 г., июль. — 28. *Clarke*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1904 г., № 6. — 29. *P. Held*. «Centralblatt f. Nervenheilkunde», 1904 г., № 173. — 30. *J. Geiringer*. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 г., № 27. — 31. *Gerhardt*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1903 г., № 40. — 32. *E. Harnack*. «Münchener medic. Wochenschrift», 1905 г., № 47. — 33. *Kress*. «Therap. Monatshefte», 1905 г., сентябрь. — 34. *Laudenheimer*. «Therapie d. Gegenwart», 1904 г., январь. — 35. *A. Homburger*. Тамъ-же, 1905 г., июль. — 36. *Michel* и *Raimann*. «Die Heilkunde», 1904 г., 1. — 37. *C. Trautmann*. «Therapie d. Gegenwart», 1903 г., октябрь. — 38. *Taniguti* и *Peiser*. Прив. по *Trautmann*у. — 39. *W. Fischer*. «Therap. Monatshefte», 1903 г., № 8. — 40. *F. Schiffer*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1904 г., № 25. — 41. *Montagnini*. «Gazzetta degli Ospedali», 1903 г., ноябрь. — 42. *Jolowicz*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1904 г., № 22. — 43. *Drappier et Masey*. «Journal méd. de Bruxelles», 1904 г., № 26. — 44. *Würth*. «Psychiatrisch-Neurol. Wochenschrift», 1903 г., № 9. — 45. *T. Watts*. «British Medic. Journal», 1904 г., май. — 46. *H. Davids*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1904 г., № 31. — 47. *Thomson*. «Psychiatrische Neurol. Wochenschrift», 1903 г., № 13. — 48. *van Hussen*. Тамъ-же, 1904 г., № 6. — 49. *Abraham*. «Centralblatt f. Nervenheilkunde», 1904 г., № 170. — 50. *Weber*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1903 г., № 40. — 51. *Oppenheim*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1903 г., № 21. — 52. *Wiener*. «Wiener medic. Presse», 1903 г., № 24. — 53. *Pfeiffer*. «Deutsche medic. Wochenschrift», 1904 г., № 20. — 54. *S. Szurck*. «Przegląd lekarski», 1906 г., 6 января. — 55. *Mendel* и *Kron*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1903 г., № 34. — 56. *L. Neufeld*. «Aerztliche Rundschau», 1904 г., № 11. — 57. *Hönigschmied*. «Aerztliche Central-Zeitung», 1904 г., № 9. — 58. *Offer*. «Centralblatt f. d. gesamte Therapie», 1903 г., № 7. — 59. *Richter* и *Steiner*. «Psychiatrisch - neurol. Wochenschrift», 1904 г., № 51. — 60. *M. Senator*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1904 г., № 31. — 61. *E. Fischer* и *Mering*. «Therapie d. Gegenwart», 1904 г., апрѣль. — 62. *G. Dreyfus*. «Therap. Monatshefte», 1906 г., май. — 63. *G. Fuchs* и *E. Schulze*. «Münchener medic. Wochenschrift», 1905 г., № 25. — 64. *F. Ehrlich*. «Therap. Monatshefte», 1906 г., июль. — 65. *Köhler*. «Halle'sкая диссертация», 1904 г. — 66. *Fassbind*. «Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte», 1903 г., XXXIII. Beibl. 21. — 67. *Steil*. «Prager medic. Wochenschrift», 1904 г., № 41. — 68. *M. Fraenkel*. «Deutsche medic. Wochenschrift», 1905 г., № 6.

температуры (выше 39°), и значительныя боли въ суставахъ, подобно тому, что было въ одномъ случаѣ воспаленія плейры (выпотного), гдѣ повышенная температура наблюдалась одновременно съ болями и тѣмъ поддерживала бессонницу, противостоявшую вероналу. Во всѣхъ 9 наблюденіяхъ надъ чахоточными можно было также прослѣдить зависимость глубины и продолжительности сна послѣ веронала отъ высоты стоянія температуры или болѣзненности кашля (при чемъ, повидимому, самъ кашель или частота его приступовъ важнаго значенія не имѣли, а большой, глубоко засыпавшій подлѣ влияніемъ веронала, обыкновенно мало кашлялъ ночью). Косвеннымъ подтвержденіемъ мысли о тормозящемъ дѣйствіи веронала явлениіе высокой температуры является слѣдующій случай.

Больной, 56 л., съ известковымъ перерожденіемъ сосудовъ, во время пребыванія въ клиникѣ заболѣлъ катаральной острой жабой, температура поднялась до 39,8 и оставалась повышенной (38,2 — 38,6) 3 дня, а потомъ спала до норм. Съ 1-го же дня повышения температуры больной, плохо спавшій по ночамъ и до тѣхъ поръ, пересталъ совсѣмъ спать ночью, не страдая ни отъ какихъ болей. Назначенный ему на 2-ой и 3-ій день лихорадочнаго заболѣванія верональ (0,5) далъ въ 1-ый разъ 4-часовой сонъ, во 2-ой — сонъ не болѣе 3-хъ часовъ, съ перерывами. Имѣя въ виду очень хорошіе результаты, полученные отъ назначенія веронала еще раньше у 3-хъ больныхъ съ известковымъ перерожденіемъ сосудовъ, но съ нормальной температурой, я назначилъ этому больному черезъ 2 дня по прекращеніи лихорадки, въ виду продолжавшейся бессонницы, еще разъ 0,5 веронала на ночь, и результатъ получился блестящій: больной проспалъ подлѣ рядъ 9 часовъ, проснувшись ночью только разъ и не чувствуя на утро никакой тяжести въ головѣ.

Послѣ изложеннаго становится вполне понятнымъ крайне слабое снотворное дѣйствіе веронала при бессонницѣ, обусловленной желчно-каменной болѣзنیю и воспаленіемъ спинного мозга. Въ свою очередь, можно было заранее предсказать хорошій успѣхъ назначенія веронала при бессонницѣ въ первые дни послѣоперационнаго періода, обуславливающейся только приподнятымъ «нервнымъ» состояніемъ больныхъ, а не значительными органическими болѣзненными измѣненіями, — и дѣйствительно, во всѣхъ 3-хъ случаяхъ (послѣ грыжесѣченія, изсѣченія червеобразнаго отростка и выскабливанія матки) получался хорошій, освежающій сонъ, длившійся 8—9 час. Такимъ образомъ для случаевъ «нервной» бессонницы верональ можетъ считаться средствомъ снотворнымъ *par excellence*.

Если перечисленные обстоятельства — боли, повышенная температура, одышка, ослабляющія снотворное дѣйствіе веронала, могутъ быть болѣе или менѣе легко устранены путемъ сочетанія его съ другими средствами (наркотическими, жаропонижающими), и тѣмъ самымъ дѣлаютъ возможнымъ исполнѣ успѣшное примѣненіе этого препарата (какъ я самъ могъ убѣдиться въ этомъ на нѣсколькихъ больныхъ, не вошедшихъ въ вышеприведенный перечень въ виду «смѣшаннаго» лѣченія), то не такъ легко удастся устранить другое свойство веронала, нѣсколько затрудняющее успѣшность его *постояннаго* примѣненія. Я умышленно подчеркиваю выраженіе «постояннаго» потому, что имѣю въ виду привыканіе организма къ вероналу. Какъ я уже выше говорилъ, въ преобладающемъ большинствѣ моихъ наблюденій каждый больной принималъ верональ не болѣе 5 разъ, и лишь 10 больныхъ (съ нейрастеніей (4), истеріей (2), легочной чахоткой (1), известковымъ перерожденіемъ сосудовъ (3)) принимали его по 6—10 разъ каждый, такъ что въ моемъ распоряженіи мало данныхъ, чтобы высказаться рѣшительно о продолжительномъ употребленіи веронала, тѣмъ болѣе, что такое употребленіе этого средства является необходимымъ въ нервной клиникѣ гораздо чаще, чѣмъ въ клиникѣ терапевтической. Однако и мои немногочисленные наблюденія позволили подмѣтить тотъ фактъ, что больной организмъ «привыкаетъ» съ теченіемъ времени, въ довольно короткій срокъ (4—5 дней), къ начальной дозѣ веронала и для поддержанія эффекта той-же силы приходится ее черезъ нѣкоторое время увеличивать, такъ что, если я и не могу повторить вѣстѣ съ *Luther'омъ*<sup>20)</sup>, что «0,5 веронала въ 1-ый разъ дѣйствуютъ сильноѣе, чѣмъ 1,0 въ слѣдующій», то я все-же сказалъ-бы, что 0,5 веронала въ 1-ый разъ дѣйствуютъ сильнѣе, чѣмъ тѣ-же 0,5 во 2-ой или 3-ій разъ. Усыпляющаго своего дѣйствія верональ не теряетъ и при 7-дневномъ употреб-

леніи (каждый вечеръ по 0,5); даже характеръ (глубина) сна почти не измѣнялся, но продолжительность его уменьшалась съ каждымъ днемъ; такъ въ вышеупомянутомъ случаѣ тяжелой истеріи сонъ уменьшился съ 6 час. до 3-хъ, въ одномъ случаѣ нейрастеніи за этотъ-же срокъ онъ уменьшился съ 9 час. до 4-хъ; въ одномъ случаѣ чахотки за 8 дней 6-часовой сонъ (послѣ 0,3) уменьшился до 2-часового. Даже при кратковременномъ пользованіи вероналомъ я могъ вывести изъ разспросовъ больныхъ впечатлѣніе, что ихъ сонъ послѣ 3-го или 4-го приема веронала уступалъ по продолжительности сну послѣ 1-го приема, особенно въ случаяхъ, когда они принимали это средство 3 дня подлѣ рядъ. Гораздо слабѣе выражалось это привыканіе къ вероналу, если его принимали не каждый день, а черезъ день или черезъ 2, и при такомъ способѣ назначенія мнѣ удавалось сохранять начальный его эффектъ почти безъ ослабленія силы въ теченіи цѣлой недѣли. Какъ очень выгодный въ практическомъ смыслѣ способъ лѣченія бессонницы (особенно у нейрастениковъ) вероналомъ, я ставлю поэтому съ теченіемъ времени примѣнять слѣдующій порядокъ: первые 2 вечера подлѣ рядъ давалъ по 0,5 веронала въ облаткѣ послѣ вечерняго чая, 3-ью облатку черезъ день, 4-ую, а при надобности и 5-ую, тоже съ промежутками въ 1 день и, наконецъ, 6-ую черезъ 2 дня; такимъ образомъ уже 6-ью приемами удается побороть бессонницу на порядочный срокъ.

Для полноты характеристики дѣйствія веронала мнѣ остается указать на побочныя явленія (осложненія), наблюдавшіяся у моихъ больныхъ. Какъ уже выше было сказано, у 12 больныхъ было подмѣчено, какъ ближайшій результатъ примѣненія веронала, на утро слѣдующаго дня головокруженіе, а иногда и тяжесть въ головѣ (преимущественно въ затылкѣ). Случаи эти распредѣляются такъ: у 8 больныхъ [съ истеріей (2), нейрастеніей (2), легочной чахоткой (2), малокровіемъ (1) и прогрессирующимъ параличемъ (1)] отмѣчено на утро при вставаніи легкое головокруженіе, дѣлавшее походку на нѣкоторое время неуверенной и державшееся отъ 2 до 4—6 час., при чемъ дѣятельность сердца не представляла никакихъ отклоненій отъ нормы; у 4-хъ больныхъ (съ гриппомъ, желчно-каменной болѣзнію, выпотнымъ воспаленіемъ плейры и воспаленіемъ спинного мозга) на другой день послѣ принятія веронала наблюдались непріятная тяжесть въ затылкѣ и нѣкоторая вялость, державшіяся тоже около 6 час. и тоже проходившія безъ врачебнаго вниманія. Кроме того, у 1-ой истерички и у 1-го нейрастеника эти оба осложненія (головукруженіе и тяжесть въ головѣ) наблюдались одновременно. Въ % частота этихъ осложненій выразится такъ: для головукруженія — 10,2%, и для головной боли — 7,7% общаго числа наблюденій. Присматриваясь ближе къ обстоятельствамъ, сопровождавшимъ появленіе этихъ осложненій, можно видѣть, что первое изъ нихъ появлялось у лицъ съ особенно разстроенной нервной системой или съ выраженнымъ упадкомъ общаго питанія, второе-же — у лицъ, не поддававшихся снотворному влиянію веронала вслѣдствіе болей или лихорадочнаго состоянія. Кроме названныхъ 2-хъ осложненій, я не имѣлъ возможности наблюдать у своихъ больныхъ ни одного изъ извѣстныхъ въ литературѣ о вероналѣ осложненій — ни обмороковъ, ни поносовъ, ни сыпей; быть можетъ, это объясняется сравнительно небольшими раздѣрами употреблявшейся мною дозировки — 0,3—0,5—0,6 и только 4 раза по 1,0, тогда какъ другіе наблюдатели зачастую назначали своимъ больнымъ по 1,0 веронала и даже превышали эту дозу, но, повидимому, терапевтическая клиника можетъ смѣло ограничиваться употреблявшимися мною дозами, извлекая изъ нихъ требующіеся для нея эффектъ и не рискуя за то встрѣтиться съ нежелательнымъ побочнымъ дѣйствіемъ веронала. Считаю лишнимъ подчеркнуть здѣсь то обстоятельство, что ни въ одномъ изъ моихъ 78 случаевъ верональ не оказывалъ никакого вреднаго влияния на работу сердца, и всѣ 12 сердечныхъ больныхъ (съ воспаленіемъ внутрисердечной, околосердечной оболочекъ, съ недостаточностью заслонокъ, съ известковымъ перерожденіемъ сосудовъ) на разу не заявили мнѣ ни о какомъ ухудшеніи въ ихъ самочувствіи,



а равно объективное исследование не могло открыть у них никакого ухудшения со стороны сердечной деятельности даже при наличии явлений разстроенной уравновешенности. Будучи далеко от признания за верональ на основании своих наблюдений тонизирующего действия на сердечную мышцу (*Jordan*<sup>19</sup>), *v. Kaan*<sup>24</sup>), я могу указать на то, что в 4-х случаях пульс у сердечных больных на утро послѣ принятия веронала выравнивался и дѣлался болѣе полным (быть может, послѣ хорошо проведенной ночи). Вліянія на мочеотдѣленіе у этихъ больныхъ, какъ и у почечныхъ, мнѣ при назначеніи веронала подмѣтить не удалось.

Въ заключеніе укажу на проверку интереснаго факта, впервые подмѣченного *Ulrici*<sup>18</sup>), какъ побочное дѣйствіе веронала: ослабленіе или даже прекращеніе ночныхъ потовъ. Я располагалъ, къ сожалѣнію, небольшимъ числомъ подходящихъ для этой цѣли больныхъ за минувшій годъ (работа *Ulrici* появилась въ декабрѣ 1904 г.), а именно 11, изъ коихъ 9 были больны источной чахоткой и 2 — нейрастеніей; почти всѣ эти больные получали сначала верональ по 0,3 на ночь; только оба нейрастенника и 1 чахоточный, у которыхъ бессонница была особенно упорна, получали его съ перваго уже раза по 0,5. Эффектъ получился во всѣхъ 11 случаяхъ положительный, хотя и не во всѣхъ случаяхъ одинаково выраженный; особенно рельефно проявился онъ въ 2-хъ случаяхъ легочной чахотки, когда больные (27 и 30 л.), принужденные дотолѣ смѣнять каждую ночь по 2—3 рубашки отъ проливныхъ потовъ, послѣ 1-го уже приема веронала (0,3) ограничились смѣною одной рубашки за всю ночь, а послѣ 2-го и 3-го приема провели всю ночь безъ пота. Если не полное уничтоженіе, то во всякомъ случаѣ рѣзкое уменьшеніе ночного пота до степени легкой потливости можно было установить и въ остальныхъ 7 случаяхъ чахотки, а также въ обоихъ случаяхъ нейрастеніи (въ послѣднихъ 2-хъ случаяхъ, впрочемъ, принималось одновременно и водолѣченіе). Способъ назначенія веронала для этой цѣли пришлось нѣсколько измѣнить, а именно: давать его сначала въ маленькой дозѣ (0,3) всѣмъ больнымъ, жаловавшимся на ночные поты, и давать нѣсколько (3—5) дней подъ рядъ, въ случаѣ ослабленія эффекта подъ конецъ этого срока — пропустить день и затѣмъ увеличить дозу до 0,5, такъ какъ, повидимому, начальная доза не приобретаетъ прежней силы и послѣ промежутка. При этомъ замѣчено интересное явленіе: привыканіе организма къ снотворному вліянію веронала развивается отнюдь не параллельно привыканію къ поты-останавливающему вліянію его, а всегда первое опережаетъ послѣднее, т. е. доза въ 0,3 веронала перестаетъ уже давать осѣжающій сонъ (напр., подъ конецъ недѣли), но все еще останавливаетъ ночной потъ.

Подведя итогъ всему изложенному, я пришелъ на основаніи своихъ наблюдений къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Верональ является въ настоящее время однимъ изъ лучшихъ снотворныхъ средствъ, отличающійся относительной безвредностью и вѣрностью (въ 78% всѣхъ наблюдений) дѣйствія.

2. Средней дозой его слѣдуетъ считать: для женщинъ 0,3, а для мужчинъ 0,5 грм.

3. Сонъ подъ вліяніемъ веронала наступаетъ обычно черезъ 1/2 часа, продолжается 6—9 час. (въ 73% наблюдений) и по характеру своему (глубинѣ и субъективнымъ ощущеніямъ) близокъ къ сну нормальному.

4. Обстоятельствами, ослабляющими снотворное дѣйствіе веронала, являются: болевые ощущенія, стѣсненіе дыханія и значительно повышенная (выше 39°) температура.

5. Областью наиболѣе успѣшнаго примѣненія веронала должны считаться нервныя страданія (преимущественно функциональныя) и бессонница временная, не обусловленная глубокими органическими пораженіями.

6. При продолжительномъ (болѣе недѣли) употребленіи веронала наблюдается привыканіе организма къ нему, въ виду чего умѣстно назначать его не болѣе 3-хъ дней подъ рядъ и затѣмъ чередовать дни приема съ днями отдыха.

7. Осложненій дѣйствія веронала наблюдается чрезвычайно мало, и наиболѣе частыми изъ нихъ являются: го-

ловокруженіе (10,2%) и головная боль (7,7%) на утро послѣ пробужденія.

8. Помимо снотворнаго дѣйствія, верональ обладаетъ еще свойствомъ задерживать ночные поты.

Въ заключеніе характеристики веронала приведу цифровыя указанія тѣхъ количествъ другихъ снотворныхъ средствъ, которыя, по мнѣнію нѣкоторыхъ наблюдателей, могутъ съ равнымъ успѣхомъ быть замѣнены 0,5 грм. веронала: такъ, *Rosenfeld*<sup>9</sup>) считаетъ это количество равносильнымъ 3,0 бромистаго калия или 1,0 тріонала; *Lilienfeld*<sup>15</sup>) приравниваетъ его 2,0 хлораль-гидрата, а *Oppenheim*<sup>51</sup>) — 1,5 тріонала; *G. Dreyfus*<sup>62</sup>), работавшій съ нейроналомъ (бромдиптилацетамидъ, введенный въ терапію *Fuchs*омъ и *E. Schulze*<sup>63</sup>) послѣ веронала, въ 1904 г.), отдавая всѣ преимущества вероналу, приравниваетъ 1,0 перваго 1,5 тріонала и 0,5 веронала. Стоимость одного снотворнаго приема веронала (по справочнымъ цѣнамъ большихъ аптечныхъ фирмъ) обойдется въ 4 1/2,—5 коп.; дешевле его изъ всѣхъ остальныхъ снотворныхъ обойдется только приемъ (2,0) хлораль-гидрата.

**Литература.** 1. *E. Fischer* и *I. Mering*. «Therapie der Gegenwart», 1903 г., мартъ. — 2. *Thierfelder*. «Zeitschrift f. physiol. Chemie», 1885 г., 9. — 3. *Baumann* и *Kast*. Тамъ-же, 1889 г., 14. — 4. *P. Kleist*. «Therapie d. Gegenwart», 1904 г., августъ. — 5. *A. A. Короблевъ*. «Врачебная Газета», 1904 г., № 10. — 6. *Н. И. Бочаровъ*. «Русскій Врачъ», 1904 г., № 6. — 7. *Н. Е. Певниковъ*. Тамъ-же, 1904 г., № 27. — 8. *Raschkow*. «Wiener klin. Rundschau», 1903 г., № 1. — 9. *M. Rosenfeld*. «Therapie d. Gegenwart», 1903 г., апрѣль. — 10. *Lotsch*. «Fortschritte d. Medicin», 1903 г., № 19. — 11. *Th. Pisarski*. «Therapeutische Monatshefte», 1904 г., октябрь. — 12. *Aronheim*. «Medicinische Woche», 1903 г., № 31. — 13. *Aller*. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 г., № 11. — 14. *F. Toogood*. «British Medic. Journal», 1904 г., 31 декабря. — 15. *A. Lilienfeld*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1903 г., № 21. — 16. *Matthey*. «Neurologisches Centralblatt», 1903 г., № 19. — 17. *H. Euler*. «Theurap. Monatshefte», 1904 г., сентябрь. — 18. *H. Ulrici*. Тамъ-же. — 19. *A. Jordan*. «British Med. Journal», 1904 г., 5, марта. — 20. *Luther*. «Psychiatrisch - neurologische Wochenschrift», 1903 г., № 28. — 21. *Schüle*. «Therap. Monatshefte», 1903 г., мартъ. — 22. *Poly*. «Münchener med. Wochenschrift», 1903 г., № 20. — 23. *Jolly*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1903 г., № 21. — 24. *H. v. Kaan*. «Therap. Monatshefte», 1904 г., сентябрь. — 25. *Hoppe*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1905 г., № 24. — 26. *Hoefmann*. Тамъ-же. — 27. *Berent*. «Therap. Monatshefte», 1903 г., июль. — 28. *Clarke*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1904 г., № 6. — 29. *P. Held*. «Centralblatt f. Nervenheilkunde», 1904 г., № 173. — 30. *J. Geiringer*. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 г., № 27. — 31. *Gerhardt*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1903 г., № 40. — 32. *E. Harnack*. «Münchener medic. Wochenschrift», 1905 г., № 47. — 33. *Kress*. «Therap. Monatshefte», 1905 г., сентябрь. — 34. *Laudenheimer*. «Therapie d. Gegenwart», 1904 г., январь. — 35. *A. Homburger*. Тамъ-же, 1905 г., июль. — 36. *Michel* и *Raimann*. «Die Heilkunde», 1904 г., 1. — 37. *C. Trautmann*. «Therapie d. Gegenwart», 1903 г., октябрь. — 38. *Taniguti* и *Peiser*. Прив. по *Trautmann*у. — 39. *W. Fischer*. «Therap. Monatshefte», 1903 г., № 8. — 40. *F. Schiffer*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1904 г., № 25. — 41. *Montagnini*. «Gazzetta degli Ospedali», 1903 г., ноябрь. — 42. *Jolowicz*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1904 г., № 22. — 43. *Drappier et Masey*. «Journal méd. de Bruxelles», 1904 г., № 26. — 44. *Würth*. «Psychiatrisch-Neurol. Wochenschrift», 1903 г., № 9. — 45. *T. Watts*. «British Medic. Journal», 1904 г., мартъ. — 46. *H. Davids*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1904 г., № 31. — 47. *Thomson*. «Psychiatrische Neurol. Wochenschrift», 1903 г., № 13. — 48. *van Hussen*. Тамъ-же, 1904 г., № 6. — 49. *Abraham*. «Centralblatt f. Nervenheilkunde», 1904 г., № 170. — 50. *Weber*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1903 г., № 40. — 51. *Oppenheim*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1903 г., № 21. — 52. *Wiener*. «Wiener medic. Presse», 1903 г., № 24. — 53. *Pfeiffer*. «Deutsche medic. Wochenschrift», 1904 г., № 20. — 54. *S. Szurck*. «Przegląd lekarski», 1906 г., 6 января. — 55. *Mendel* и *Kron*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1903 г., № 34. — 56. *L. Neufeld*. «Aerztliche Rundschau», 1904 г., № 11. — 57. *Hönigschmied*. «Aerztliche Central-Zeitung», 1904 г., № 9. — 58. *Offer*. «Centralblatt f. d. gesamte Therapie», 1903 г., № 7. — 59. *Richter* и *Steiner*. «Psychiatrisch - neurol. Wochenschrift», 1904 г., № 51. — 60. *M. Senator*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1904 г., № 31. — 61. *E. Fischer* и *Mering*. «Therapie d. Gegenwart», 1904 г., апрѣль. — 62. *G. Dreyfus*. «Therap. Monatshefte», 1906 г., мартъ. — 63. *G. Fuchs* и *E. Schultze*. «Münchener medic. Wochenschrift», 1905 г., № 25. — 64. *F. Ehrlich*. «Therap. Monatshefte», 1906 г., июль. — 65. *Köhler*. Halle'sкая диссертация, 1904 г. — 66. *Fassbind*. «Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte», 1903 г., XXXIII. Beibl. 21. — 67. *Stein*. «Prager medic. Wochenschrift», 1901 г., № 41. — 68. *M. Fraenkel*. «Deutsche medic. Wochenschrift», 1905 г., № 6.

СЛIII. Изъ морского госпиталя въ портъ Императора Александра III.

### Къ вопросу о микроорганизмѣ сифилиса.

Проз. А. Д. Волошина.

Интересъ, возбужденный открытiемъ *Schaudinn*'омъ и *Hoffmann*'омъ блѣдной спирохеты, вызвалъ много проверочныхъ работъ, въ особенности со стороны нѣмецкихъ врачей. Литература по этому вопросу собрана ч. пр. В. В. Ивановымъ<sup>1)</sup>, наиболѣе же подробно приведена въ статьяхъ проф. И. Ф. Зеленева<sup>2)</sup>.

Нѣсколько раньше описанiй *Schaudinn*'а и *Hoffmann*'а появилось сообщенiе *Siegel*'а о возбудителѣ сифилиса изъ класса простѣйшихъ, т. наз. *cytorrhyses*. Такъ какъ авторъ долгое время занимался подъ руководствомъ зоологовъ *Schulze* и *Schaudinn*'а изученiемъ простѣйшихъ, то его изслѣдованiе также обратило на себя вниманiе, и рядомъ съ большою литературою о *spirochaete pallida* появилось нѣсколько сообщенiй о тѣлцахъ *Siegel*'а.

Въ числѣ первыхъ авторовъ, указавшихъ на значенiе *cytorrhyses*, былъ *Guarnieri*<sup>3)</sup>, который при натуральной оспѣ нашелъ въ крови и лимфѣ особыя тѣльца, признанныя имъ за возбудителей этой болѣзни. Интересъ представляло то обстоятельство, что, при прививкѣ оспенной лимфы кроликамъ въ роговую оболочку, описанныя образованiя можно наблюдать подлѣ ядеръ въ эпителиальныхъ клѣткахъ, окружающихъ мѣсто прививки. *Siegel*<sup>4)</sup>, проверяя наблюденiе *Guarnieri*, находилъ въ крови и тканевомъ сокѣ при оспѣ, ящурѣ и копытной болѣзни, скарлатинѣ и сифилисѣ очень маленькiя, подвижныя тѣльца, величиной отъ  $\frac{1}{2}$  до 1  $\mu$ , яйцевидной формы, съ отросткомъ и часто съ 2-мя блестящими ядрами, окрашивающимися азиг'омъ. Кромѣ этихъ подвижныхъ тѣлецъ, въ тканевомъ сокѣ находятъ еще образованiя круглой или яйцевидной формы, отъ 1 до 2,5  $\mu$ , безъ движенiй, снабженныя перетяжкой по срединѣ или на одномъ концѣ. Иногда попадаются образованiя величиной отъ 3 до 5  $\mu$ , содержащiя внутри большое количество блестящихъ, постоянно колеблющихся точекъ, окрашивающихся отъ азиг'а въ синiй цвѣтъ. Перенесенiе на питательныя среды болѣзненныхъ тканей, вырѣзанныхъ со всѣми предосторожностями, всегда давало отрицательный результатъ. Отсюда авторъ заключаетъ, что эти образованiя не могутъ принадлежать къ бактерiямъ. *Siegel* подвергалъ микроскопическому изслѣдованiю склерозы крайней плоти, широкiя кондиломы и внутреннiе органы обезьянъ съ привитымъ сифилисомъ. При этомъ какъ въ крови, такъ и въ сифилитическихъ тканяхъ оказались чужеродныя, которыя въ морфологическомъ и биологическомъ отношенiяхъ мало чѣмъ отличались отъ *cytorrhyses variolae*. Разница только въ томъ, что *cytorrhyses luis* встрѣчаются исключительно въ соединительной ткани и въ сосудистыхъ стѣнкахъ, а не въ клѣткахъ, какъ при оспѣ.

Въ слѣдующей работѣ *Siegel*<sup>5)</sup> подтверждаетъ свое 1-ое изслѣдованiе и, между прочимъ, указываетъ на присутствiе *cytorrhyses* въ зависимости отъ развитiя сифилиса: въ первое время послѣ зараженiя обезьянъ этихъ образованiй не бываетъ, но на 2—3-ей недѣлѣ ихъ можно видѣть въ крови въ большомъ количествѣ. *Siegel* получалъ удачныя результаты съ прививкою сифилиса кроликамъ. При подкожномъ впрыскиванiи эмульсии первичной язвы или перенесенiи сифилитическаго яда на радужную оболочку уже на 5—7-ой день животныя теряли позывъ на ѣду, а на слѣдующей недѣлѣ въ крови ихъ уже оказывались *cytorrhyses*. Въ послѣдней работѣ *Siegel*<sup>6)</sup> сообщаетъ объ удачной прививкѣ сифилиса бѣлымъ мышамъ. *Cytorrhyses* лучше всего окрашиваются квасцевымъ карминомъ послѣ суточного воздѣйствiя краски, старымъ выстоявшимся растворомъ бургундскаго и метиленовой синьки, также *haematoxylin* азиг'омъ.

Желая проверить опыты *Siegel*'а, *W. Schulze*<sup>7)</sup> переносилъ заразный материалъ неизъязвившагося склероза и кровь сифилитиковъ непосредственно на радужную оболочку кроликамъ, на которой вскорѣ появлялась гипе-

рэмiя; рисунокъ ея сглаживался; зрачекъ суживался; къ 10—14-му дню на мѣстѣ прививки замѣчалось утолщенiе въ видѣ нѣсколькихъ узелковъ, лежащихъ рядомъ, величиной каждый съ просыное зерно. Уже на 10—20-ый день послѣ прививки въ крови и во внутреннiхъ органахъ оказывались *cytorrhyses*. Въ большомъ количествѣ чужеродныя попадаютъ на мазкахъ изъ почекъ. Общее зараженiе часто сказывается на животнѣхъ рѣзко выраженнымъ исхуданiемъ, отъ котораго они часто и погибаютъ. Въ другихъ случаяхъ на слизистой оболочкѣ губъ появляются трещины, изъязвленiя, или наблюдается острое выпаденiе волосъ, хотя всѣ эти явленiя бывають выражены не такъ рѣзко, какъ у обезьянъ. На микроскопическихъ срѣзахъ радужной оболочки чужеродныя лучше всего обнаруживаются при продолжительной окраскѣ азиг'омъ 1:1 (1:1000). Для окраски бичей употребляется обыкновенный растворъ *Giemsa*, примѣняемый въ теченiи 3-хъ дней при ежедневной смѣнѣ. Важно то, что *cytorrhyses* при сифилисѣ встрѣчаются только въ соединительной ткани, въ особенности вблизи сосудовъ.

*F. Schulze*<sup>8)</sup>, изъ лабораторiи котораго вышли работы *Siegel*'а, въ короткомъ сообщенiи подтверждаетъ наличность *cytorrhyses* при сифилисѣ. *Frcund*<sup>9)</sup> въ 7 случаяхъ истиннаго и въ 3 вѣроятнаго сифилиса находилъ *cytorrhyses Siegel*'а, которыхъ въ каплѣ крови онъ насчитываетъ отъ 3000 до 5000, въ то время какъ блѣдная спирохета на препаратахъ изъ сифилитическихъ продуктовъ наблюдается сравнительно рѣдко. Подъ влиянiемъ ртутнаго лѣченiя *cytorrhyses* исчезаютъ, такъ что къ концу лѣченiя замѣчаются только отдѣльные экземпляры ихъ. Въ крови у здоровыхъ людей подобныхъ образованiй не наблюдается. *Jancke*<sup>10)</sup> при изслѣдованiи свѣжихъ сифилитическихъ послѣдствъ постоянно находилъ *cytorrhyses Siegel*'а, въ то время какъ въ здоровыхъ ихъ не наблюдалъ.

Не такъ давно появилась работа *Schütz*'а<sup>11)</sup>, гдѣ авторъ приводитъ свои изслѣдованiя на одномъ и томъ-же материалѣ относительно *spirochaete pallida* и *cytorrhyses Siegel*'а. Оба чужеродныя часто лежатъ вблизи другъ отъ друга и при внимательномъ изслѣдованiи оказываются окруженными свѣтовымъ поясомъ. Въ крови сифилитиковъ часто попадаютъ красныя кровяныя шарикъ съ неокрашенными мѣстамъ, въ которыхъ оказывается *spirochaete* или *cytorrhyses*. Авторъ полагаетъ, что оба микроорганизма находятся въ извѣстной связи между собой, и потому ихъ слѣдуетъ изучать совмѣстно. Весьма возможно, что они представляютъ различныя ступени развитiя одного и того-же микроорганизма.

Значенiе тѣлецъ *Guarnieri* многiе изслѣдователи оспариваютъ, считая ихъ за продуктъ распада и обратнаго развитiя клѣточныхъ ядеръ. Такъ, *Schrumpf*<sup>12)</sup>, подвергая микроскопическому изслѣдованiю срѣзы оспенныхъ пустулъ кожи, высказался самымъ рѣшительнымъ образомъ, что означенныя включенiя—ничто иное, какъ продуктъ перерожденiя клѣточного хроматина. Какъ извѣстно, *Schaudinn*, проверяя наблюденiе *Siegel*'а, не нашелъ при сифилисѣ описанныхъ послѣднимъ чужеродныхъ, обнаруживъ при этомъ блѣдную спирохету.

Накопившiяся работы о блѣдной спирохетѣ и *cytorrhyses* не рѣшаютъ труднаго вопроса о микроорганизмѣ сифилиса и не выходятъ изъ области отдѣльныхъ наблюденiй, пока недостаточныхъ для какихъ-нибудь точно опредѣленныхъ выводовъ. Имѣя въ виду означенныя изслѣдованiя, интересно было, во 1-хъ, убѣдиться въ присутствiи микроорганизма *Siegel*'а въ сифилитическихъ продуктахъ и, во 2-хъ, на одномъ и томъ-же материалѣ прослѣдить, насколько часто и въ какихъ случаяхъ попадаютъ *spirochaete pallida* и *cytorrhyses*?

Я подвергалъ изслѣдованiю въ этомъ направленiи всѣхъ сифилитиковъ, по мѣрѣ поступленiя ихъ въ госпиталь (въ теченiи 7 мѣсяцевъ, начиная съ сентября прошлаго года). Такимъ образомъ въ общее число изслѣдованныхъ вошли и такiе больные, которые уже лѣчились, но у которыхъ потомъ появлялись возвраты. Предварительно сифилитическiй материалъ изслѣдовался въ свѣжемъ состоянiи, чаще всего въ височей каплѣ. Мазки произво-

диглись, по возможности, изъ глубины тканей платиновой петлей. Для окраски блѣдной спирохеты чаще всего применялся способ *Giemsa*. Быструю и вѣстѣ съ тѣмъ достаточно яркую окраску даетъ карболовый генціанвиолетъ, предложенный *Oppenheim*омъ и *Sachs*омъ<sup>13)</sup>; блѣдная спирохета кажется при этомъ нѣсколько толще.

Изъ 55 подвергнутой изслѣдованію сифилитиковъ *spirochaete pallida* отмѣчена мною у 17, при чемъ на 18 изъязвившихся шанкровъ она была найдена только въ 3-хъ, на 5 неизъязвившихся ея не удалось отыскать ни разу; кромѣ того, въ 4-хъ случаяхъ вырѣзаннаго шанкра были отданы мазки изъ сока тканевого инфильтрата; результатъ получился отрицательный. На 4 случая пустулезнаго сифилида блѣдная спирохета отмѣчена 1 разъ у больного съ гнойничковой сыпью на головѣ. Послѣ снятія корокъ на язвенной поверхности выступала сывороточная жидкость, въ которой этотъ микроорганизмъ удавалось находить долгое время, не смотря на специфическое лѣчение. Дов. часто попадалась блѣдная спирохета на мазкахъ изъ папулы полости рта. Изъ 19 такого рода сифилидовъ она оказалась въ 10. Впрочемъ, большого значенія послѣднимъ цифрамъ придавать нельзя, ибо появились изслѣдованія, указывающія на обнаруженіе весьма схожихъ спирохетъ на слизистой оболочкѣ рта при простыхъ язвенныхъ стоматитахъ [*Шеер*<sup>14)</sup>]. Изъ 5 случаевъ папулы задняго прохода *spirochaete pallida* отмѣчена 2 раза, чаще всего среди *spirochaete refrigens*.

Особое вниманіе было обращено мною на изслѣдованіе крови, такъ какъ положительный результатъ полученъ очень немногими авторами. *Raubitschek*<sup>15)</sup> нашелъ блѣдную спирохету въ крови изъ пальца у одного сифилитика въ кондиломатозномъ періодѣ болѣзни. *Noeggerath* и *Staeckelin*<sup>16)</sup>, подвергая кровь предварительной обработкѣ по способу *Stäubli*, обнаружили спирохету въ крови 3-хъ нелѣченныхъ сифилитиковъ. *Guido Nigris*<sup>17)</sup> посредствомъ укола получилъ каплю крови на мѣстѣ макуло-папулезной сыпи на подошвѣ у ребенка съ наследственнымъ сифилисомъ и нашелъ рядомъ *spirochaete pallida* и *refrigens*, которыя онъ и представилъ на свѣтописномъ снимкѣ. *Bandi* и *Simonielli*<sup>18)</sup> у одного сифилитика сдѣлали надрѣзъ на мѣстѣ розеолезной сыпи на туловищѣ и посредствомъ стеклянной трубочки получили изъ надрѣза небольшое количество крови, въ которой, какъ въ свѣжемъ состояніи, такъ и на окрашенныхъ препаратахъ, нашли блѣдную спирохету. Въ послѣднее время появилось сообщеніе *Е. И. Марциновскаго*<sup>19)</sup> о томъ, что онъ нашелъ *spirochaete pallida* въ крови изъ папулы у 5 сифилитиковъ.

Въ виду большого значенія такого рода наблюденій кровь изслѣдовалась мною повторно. Отъ каждого больного я просматривалъ не менѣе 3-хъ свѣжихъ препаратовъ, чаще всего въ висячей каплѣ физиологическаго стерильнаго раствора поваренной соли, и не менѣе 4-хъ сухихъ. Кровь бралась изъ надрѣза ланцетомъ мочки уха, при рѣзко выраженныхъ кожныхъ явленіяхъ на мѣстѣ сыпи, а, кромѣ того, въ 18 случаяхъ посредствомъ шприца получалось достаточное количество ея изъ локтевой вены. Во всѣхъ случаяхъ я получилъ отрицательный результатъ. Нѣкоторые авторы [проф. *Bobes* и *Ponea*<sup>20)</sup>] находили въ крови сифилитиковъ особые образованія, имѣющія форму сперматозоидовъ съ длинной головкой и тонкимъ волнистымъ отросткомъ; такого рода образованія попадались и на моихъ препаратахъ. Они не имѣютъ ничего общаго со *spirochaete pallida* и, повидимому, представляютъ собою искусственное производное или продуктъ распада клѣточныхъ элементовъ. Болѣе важное значеніе, чѣмъ обнаруженіе блѣдной спирохеты на язвенной поверхности сифилидовъ, имѣетъ присутствіе ея въ сокѣ паховыхъ лимфатическихъ железъ особенно при чистыхъ шанкрахъ. Изъ 12 паховыхъ бубоновъ, при которыхъ применялся уколъ иглой шприца, я получилъ *spirochaetem pallidum* только въ 1. У этого больного оказалась чистый шанкръ съ небольшимъ поверхностнымъ изъязвленіемъ на спинкѣ члена; лѣвостороннія паховыя железы были увеличены до грецкого орѣха. Въ сокѣ ихъ была найдена въ чистомъ видѣ блѣдная спирохета.

попадалась нечасто. Впрочемъ, приблизительно такіе же результаты, или даже меньшіе, отмѣчены и другими русскими авторами. Проф. *Д. К. Заболотный*<sup>21)</sup> нашелъ спирохеты на 29 свѣжихъ и возвратныхъ сифилидовъ въ 13, *Г. В. Шоръ*<sup>22)</sup> изъ 25 кондиломатозныхъ сифилитиковъ, не подвергнувшихся еще лѣченію, — у 15, проф. *И. Ф. Зеленева*<sup>23)</sup> изъ 76 различныхъ сифилитическихъ образований — въ 14, *М. С. Мильманъ*<sup>24)</sup> изъ 25 случаевъ сифилиса — въ 5. Болѣе удачные результаты получили ч. пр. *М. А. Членовъ*<sup>25)</sup>, нашедшій спирохету во всѣхъ своихъ 14 случаяхъ, и *Е. И. Марциновскій*<sup>19)</sup>, обнаружившій этотъ микроорганизмъ на 10 случаяхъ свѣжаго сифилиса въ 9. Весьма часто рядомъ со *spirochaete pallida* оказывалась и *spirochaete refrigens*, иногда въ видѣ волнистыхъ, тонкихъ нитей, величина которыхъ и слабая окрашиваемость приближала ихъ къ блѣдной спирохетѣ. На такого рода переходныя формы указываетъ проф. *И. Ф. Зеленева*<sup>2)</sup> *Scholtz*<sup>26)</sup>, *Rille* и *Vockerardt*<sup>26)</sup>. Приходится согласиться съ выводами *Bertarelli* и *Volpino*<sup>27)</sup>, которые на основаніи микрофотограммъ указываютъ, какъ трудно иногда разграничить обѣ спирохеты. По мнѣнію этихъ авторовъ, отличительнымъ ихъ признакомъ можетъ служить легкая окрашиваемость *spirochaete refrigens* воднымъ растворомъ метиленовой синьки. При изслѣдованіи блѣдной спирохеты на свѣжихъ препаратахъ въ висячей каплѣ, повидимому, чаще попадаются болѣе типичныя формы, чѣмъ на сухихъ окрашенныхъ препаратахъ. При возвратныхъ формахъ сифилиса, не смотря на многократное лѣченіе, также оказывалась блѣдная спирохета. Принимая во вниманіе рѣдкость обнаруженія блѣдной спирохеты, отсутствіе ея, за немногими исключеніями, въ крови, нерѣзкіе отличительные признаки отъ грубой формы, часто встрѣчающейся при многихъ другихъ заболѣваніяхъ, нельзя не отнестись съ осторожностью къ выводамъ тѣхъ авторовъ, которые, подобно *Fraenkel*у<sup>28)</sup>, признаютъ уже въ настоящее время этотъ микроорганизмъ возбудителемъ сифилиса. Для такихъ рѣшительныхъ выводовъ пока нѣтъ еще достаточно положительныхъ данныхъ. Несомнѣнно, большое вниманіе уделено изслѣдованіямъ *Schaudinn*'а и *Hoffmann*'а отчасти и потому, что въ этиологіи сифилиса впервые былъ описанъ своеобразный микроорганизмъ, на первый взглядъ имѣющій достаточно отличительныхъ признаковъ отъ другихъ микроорганизмовъ и въ общемъ рѣзко бросающійся въ глаза.

Нельзя того-же самого сказать относительно «cytorrhyses luis» *Siegel*'я. Точныхъ и ясныхъ признаковъ своего микроба этотъ авторъ не даетъ. При незначительной величинѣ нѣкоторыхъ видовъ, отъ  $\frac{1}{2}$  до 1  $\mu$ , уловить присутствіе ядра очень трудно, а между тѣмъ въ нормальной крови человѣка и млекопитающихъ описаны *H. Müller*омъ особыя тѣльца, т. наз. гэмokonіи, имѣющія жгутиковыя движенія и, слѣд., напоминающія тѣльца *Siegel*'я. Поэтому при изслѣдованіи cytorrhyses пришлось обращать вниманіе на всѣ тѣ образованія, которыя отличались сильной свѣтопреломляемостью, присутствіемъ ядра и подвижностью. Кромѣ свѣжихъ препаратовъ изъ крови и тканевого сока, я приготавливалъ мазки, которые окрашивались одобренными *Siegel*емъ красками, преимущественно растворомъ буры и метиленовой синьки. Какъ въ крови, такъ и въ другихъ сифилитическихъ продуктахъ попадаются образованія, отличающіяся сильнымъ блескомъ, очень подвижныя, болѣею частью съ небольшимъ отросткомъ на концѣ, величиною до 1  $\mu$ . При движеніяхъ винта получается впечатлѣніе присутствія ядра. По своимъ признакамъ эти образованія соответствуютъ тѣльцамъ *Siegel*'я. Среди элементовъ болѣея величины, до 2,5  $\mu$ , можно различать образованія желтоватаго цвѣта, круглой или слегка продолговатой формы, часто снабженныя перетяжкой на одномъ концѣ, и образованія безъ всякой окраски съ свѣтлымъ краемъ. Что касается первыхъ, то едва-ли можетъ быть какое-нибудь сомнѣніе, что это — продуктъ распада красныхъ кровяныхъ шариковъ. Правда, самъ *Siegel* предостерегаетъ отъ этой ошибки, указывая на то обстоятельство, что cytorrhyses отличаются отъ подобнаго распада болѣе сильнымъ блескомъ, яснымъ дѣленіемъ

несомнѣнно, что среди дегенеративныхъ формъ могутъ попадаться образованія, соответствующія описаннымъ признакамъ. Если взять каплю крови несомнѣнно остывшей платиновой петлей, то можно получить распадъ красныхъ кровяныхъ шариковъ со жгутиками и какъ бы съ ядрами, сильно преломляющій свѣтъ и напоминающій правильность формъ организованныхъ образованій. Другого рода тѣльца чаще всего попадаютъ въ сокъ лимфатическихъ железъ и въ соединительной ткани сифилитическихъ продуктовъ. Для послѣдней цѣли я изслѣдовалъ срѣзы 4 склерозовъ, — въ 1 случаѣ сифилитическаго пораженія мозговыхъ артерій и въ 2-хъ сифилитическаго аортита. На нѣкоторыхъ препаратахъ мнѣ удавалось наблюдать небольшія кустики круглыхъ тѣлецъ, величиною отъ 1 до 3  $\mu$ , рѣзко окрашенныхъ въ синій цвѣтъ отъ boraxmethylenblaulösung. Эти же образованія окрашивались азур'омъ (1:1000) и желѣзнымъ гематоксилиномъ. Другими ядерными красками, въ томъ числѣ и квасцевымъ карминомъ, ихъ окрасить не удалось. Въ нѣкоторыхъ тѣлцахъ центральная часть окрашивалась сильнѣе, чѣмъ периферическая, что могло указывать на присутствіе ядра. Обнаруженіе этихъ образованій въ соединительной ткани и способъ окраски даютъ нѣкоторое основаніе считать ихъ за продуктъ *sui generis*, хотя по однимъ этимъ признакамъ трудно установить ихъ природу. Подмѣтить какую-нибудь связь между этими образованіями и блѣдной спирохетой не удалось.

На первый взглядъ кажется заманчивымъ положительный результатъ прививокъ сифилиса кроликамъ въ опытахъ Siegel'я и Schulze; ближайшее же знакомство съ такого рода опытами лишній разъ указываетъ на возможность всякихъ ошибокъ въ трудномъ вопросѣ объ этиологіи сифилиса.

**Источники.** 1. Ч. пр. В. В. Ивановъ. Spirochaete pallida Schaudinn'a и ея отношеніе къ сифилису. «Извѣстія В. Медицинской Академіи», 1905 г., т. XI.—2. Проф. И. Ф. Зеленевъ. О спирохетѣ сифилиса. «Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней», 1905 г., № 5.—3. Онъ же. О спирохетѣ сифилиса. Тамъ же, 1905 г., № 9.—4. Прив. по передачѣ въ «Münchener med. Wochenschrift», 1905 г., № 19, стр. 915.—5. Рефераты: Siegel. Untersuchungen über die Aetiologie der Pocken und der Maul- und Klauenseuche. Untersuchungen über die Aetiologie des Scharlachs. Untersuchungen über die Aetiologie der Syphilis. Тамъ же, 1905 г., № 19.—6. Siegel. Neue Untersuchungen über die Aetiologie der Syphilis. Тамъ же, № 28 и 29.—7. Онъ же. Weitere Untersuchungen über die Aetiologie der Syphilis. Тамъ же, 1906 г., № 2.—8. W. Schulze. Impfungen mit Luesmaterial an Kaninchenaugen. «Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde», 1905 г., сентябрь.—9. F. Schulze. Cytorrhyses Luis Siegel. «Berliner klin. Wochenschrift», 1905 г., № 21.—10. H. Freund. Ueber Cytorrhyses Luis Siegel. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 г., № 38.—11. Jancke. Ueber Cytorrhysenbefunde. Тамъ же, 1905 г., № 45.—12. Schütz. Mittheilungen über Spirochaete pallida (Schaudinn) und Cytorrhyses (Siegel). Тамъ же, 1906 г., № 12.—13. Schrumpf. Ueber die als Protozoen beschriebenen Zelleinschlüsse bei Variola. «Virchow's Archiv», т. 179, тетр. 3.—14. Oppenheim und Sachs. Eine einfache und schnelle Methodo zur deutlichen Darstellung der Spirochaete pallida. «Deutsche med. Wochenschrift», 1905 г., № 29.—15. J. Швець. Къ вопросу о нахожденіи и возможности распознаванія Spirochaete pallida въ сифилитическихъ заболѣваніяхъ полости рта. «Врачебная Газета», 1906 г., № 18.—16. Raubitschek. Ueber einen Fund von Spirochaete pallida im kreisenden Blute. «Wiener klin. Wochenschrift», 1905 г., № 28.—17. Noeggerath und Staehelin. Zum Nachweis der Spirochaete pallida und refrigens im Blute Syphilitischer. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 г., № 31.—18. Guido Nigris. Spirochaete pallida und refrigens im Blute bei hereditärer Lues. «Deutsche med. Wochenschrift», 1905 г., № 36.—19. Bandi und Simonelli. Ueber das Vorhandensein der Spirochaete pallida im Blute und in den secundären Erscheinungen der Syphilitischen. «Centralblatt f. Bacteriologie», 1905 г., т. 40.—20. Е. И. Марциновскій. Spirochaete pallida и сифилисъ. «Медицинское Обозрѣніе», 1906 г., № 9.—21. Проф. Babes und Panea. Ueber pathologische Veränderungen und Spirochaete pallida bei congenitaler Syphilis. «Berliner klin. Wochenschrift», 1905 г., № 28.—22. Заболотный Д. К. Спирохеты при сифилисѣ. «Русскій Врачъ», 1905 г., № 23.—23. Шоръ Г. В. Къ вопросу о Spirochaete pallida. Тамъ же, 1905 г., № 36.—24. Мильманъ М. С. О микробѣ сифилиса. Тамъ же, 1906 г., № 7.—25. Ч. пр. Членовъ М. А. О Spirochaete pallida, найденной Schaudinn'омъ и Hoffmann'омъ при сифилисѣ. Тамъ же, 1905 г., № 24.—26. Проф. Scholtz. Ueber den Spirochaetennachweis bei Syphilis. «Deutsche med. Wochenschrift», 1905 г., № 34.—27. Hille u. Vockcrard. Weitere Spirochaetenbefunde bei Syphilis. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 г., № 34.—28. Bertarelli und Volpino. Untersuchungen über die Spirochaete pallida Schaudinn bei Syphilis. «Central-

blatt f. Bacteriologie», т. 40, тетр. 1.—28. Fraenkel. Ueber das Vorkommen der Spirochaete pallida bei Syphilis. «Münchener medic. Wochenschrift», 1905 г., № 24.

CLIV. Изъ факультетской терапевтической клиники проф. В. П. Образцова въ Киевскомъ Университетѣ.

## Къ казуистикѣ первичнаго хроническаго фибринознаго бронхита.

А. З. Былина.

«Curiosity of medicine» — такъ характеризуетъ J. West въ высокой степени своеобразное пораженіе бронховъ, извѣстное подъ названіемъ фибринознаго бронхита. Поводомъ для такой характеристики онъ нашелъ не мало. Большая рѣдкость болѣзни, совершенно темная этиологія ея, мало изученный патогенезъ и, главное, чрезвычайно характерный признакъ ея, состоящій въ выдѣленіи больными съ мокротой красивыхъ древовидно-вѣтвящихся слѣпковъ, — вотъ причины, побудившія West'а считать фибринозный бронхитъ совершенно своеобразнымъ заболѣваніемъ, не имѣющимъ аналоговъ во всей патологіи.

Основной признакъ фибринознаго бронхита, состоящій въ выдѣленіи упомянутыхъ характерныхъ слѣпковъ, не могъ не обратитъ вниманія древнихъ и средневѣковыхъ врачей. Первые указанія на такіе слѣпки можно найти уже у Galen'a. Однако, лишь Tulpius (1646 г.) даетъ описаніе 2-хъ вполне достовѣрныхъ случаевъ этой болѣзни, сопровождая его отчетливо и вѣрно сдѣланными рисунками. Съ тѣхъ поръ цѣлый рядъ авторовъ (Nicholsius, Lermery, Morgagni, Hunter, Laennec и многіе другіе) занимались изученіемъ фибринознаго бронхита, но слабое развитіе современной анатоміи и физиологіи, съ одной стороны, и патологіи, съ другой, служило причиной совершенно вѣрной оцѣнки и ложнаго толкованія наблюдаемыхъ явленій. Всякій авторъ по своему объяснялъ происхожденіе вѣтвистыхъ слѣпковъ; говорили о свернувшейся и «поглощенной» крови, о бронхіальныхъ и даже сердечныхъ полипахъ, объ отслоившейся слизистой оболочкѣ бронховъ, наконецъ, о выбрасываемыхъ наружу омертѣвшихъ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудахъ. И только лишь въ 1/2-нѣ минувшаго столѣтія Retak (1845 г.), наблюдавшій случай вторичнаго фибринознаго бронхита, развившагося на почвѣ фибринозной пневмоніи, рассматривалъ выдѣляемые свертки, какъ слѣпки, соответствующіе просвѣту бронховъ. Дальнѣйшей разработкой этого вопроса наука обязана главнымъ образомъ Biermer'y, Lebert'y и Riegel'ю, много способствовавшимъ выясненію и опредѣленію описываемой болѣзни.

Въ настоящее время первичнымъ фибринознымъ бронхитомъ принято считать идиопатически развивающіяся воспаленія слизистой оболочки бронховъ, при чемъ на поверхности послѣдней отлагаются слои фибрина, выбрасываемые въ просвѣтъ наружу въ формѣ характерныхъ древовидно-вѣтвящихся слѣпковъ. По теченію различаютъ острую, подострую и хроническую форму самостоятельнаго фибринознаго бронхита.

Но, насколько просто и легко теоретически выдѣлать первичный фибринозный бронхитъ въ отдѣльную и строго обособленную нозологическую форму, настолько трудно иногда бываетъ въ отдѣльныхъ, наблюдаемыхъ на практикѣ случаяхъ опредѣлить, имѣемъ-ли мы дѣло съ первичнымъ страданіемъ, или лишь съ своеобразнымъ осложненіемъ другихъ самостоятельныхъ заболѣваній. Дѣло въ томъ, что фибринозный бронхитъ посредствомъ весьма многочисленныхъ, но временами трудно уловимыхъ связей находится въ близкомъ соотношеніи съ другими болѣзненными формами. Въ этомъ отношеніи очень поучительнымъ и полнымъ интереса является изученіе связи, существующей между фибринознымъ бронхитомъ и бронхіальной астмой. Во многихъ случаяхъ бронхіальной астмы въ выдѣляемой во время приступа мокротѣ можно найти тоненькія ниточки, которые при соответствующемъ изслѣдованіи (о немъ болѣе подробно рѣчь будетъ ниже) оказы-



ваются состоящими изъ фибрина: онѣ представляютъ слѣпки мелкихъ бронховъ. На ряду съ этими фибринозными ниточками обычно можно въ такихъ случаяхъ найти характерныя составныя части мокроты астматиковъ: кристаллы *Charcot-Leyden*'а и спирали *Curschmann*'а. Наблюдаемая при этомъ клиническая картина астмы ничѣмъ не отличается отъ обычныхъ проявленій этой болѣзни: на первый планъ, какъ и обыкновенно, выступаютъ приступы жестокаго удушья, заканчивающіеся выбрасываніемъ описанной мокроты. Но встрѣчаются и такіе случаи астмы, гдѣ въ мокротѣ можно видѣть болѣе крупныя фибринозные, древовидно-вѣтвящіяся слѣпки, соотвѣтствующіе не только мелкимъ, но и среднимъ бронхамъ; и въ этихъ случаяхъ выделяемая во время приступа мокрота большей частью содержитъ характерныя кристаллы и спирали. Однако при изслѣдованіи такой мокроты, какъ справедливо говоритъ *Adolf Schmidt* <sup>1)</sup>, нельзя съ точностью установить, съ какой изъ 2-хъ болѣзней въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло. Далѣе, встрѣчаются случаи, гдѣ находимые въ мокротѣ фибринозные свертки достигаютъ еще большихъ размѣровъ, а кристаллы и *Curschmann*'овскія спирали попадаютъ въ небольшомъ количествѣ и при томъ непостоянно. Да и клиническая картина болѣзни имѣетъ характеръ, менѣе соотвѣтствующій представленію о типичной бронхальной астмѣ: приступы удушья, если и наступаютъ, то не имѣютъ столь жестокаго характера; вообще вся болѣзнь протекаетъ менѣе бурно и остро; на первый планъ выступаетъ выбрасываніе во время приступовъ кашля фибрина. Такое сочетаніе припадковъ въ рядѣ звеньевъ, соединяющихъ непрерывною цѣлью бронхальную астму, съ одной стороны, и первичный фибринозный бронхитъ, съ другой, представляетъ ступень, лежащую весьма близко къ чистому эссенціальному фибринозному бронхиту.

На связь между бронхальной астмой и фибринознымъ бронхитомъ впервые указалъ *Leyden* въ 1872 г.; аналогичныя взгляды проводили *Pramberger*, *Unger*, *Sokołowski* <sup>2)</sup>, *Rosset* <sup>3)</sup>. Въ послѣднее время *A. Fraenkel* <sup>4)</sup> высказалъ предположеніе, что фибринозный бронхитъ служитъ звеномъ, связующимъ бронхальную астму, съ одной стороны, и недавно впервые описанную *Lange* <sup>5)</sup> особую форму заболѣванія, названную имъ «запущивающимъ бронхитомъ» (*bronchitis obliterans*), съ другой. Но, кромѣ бронхальной астмы, есть еще цѣлый рядъ какъ острыхъ, такъ и хроническихъ заболѣваній, въ теченіи которыхъ въ качествѣ временнаго или постояннаго, но во всякомъ случаѣ вторичнаго признака появляется выдѣленіе фибринозныхъ бронхальныхъ слѣпковъ. Такъ, не особенно рѣдко при выливаніи въ воду мокроты больныхъ, страдающихъ типичной фибринозной пневмоніей, можно замѣтить расправляющіяся въ водѣ бѣловатые или чаще окрашенные кровью въ красный цвѣтъ фибринозные слѣпки; слѣпки эти, судя по размѣрамъ, соотвѣтствуютъ мельчайшимъ и мелкимъ, а изрѣдка и среднимъ бронхамъ. Объясненіе происхожденія этихъ бронхальныхъ свертковъ въ теченіи фибринознаго воспаления легкихъ большой трудности не составляетъ: при обильномъ изліяніи воспалительнаго выпота въ полость легочныхъ пузырьковъ часть его можетъ подняться вверхъ въ просвѣтъ сначала мельчайшихъ, а затѣмъ при благоприятныхъ условіяхъ (обиліе выпота) и болѣе крупныхъ бронховъ; отсюда въ періодъ начинающагося разрѣшенія пневмоніи свертки при сильномъ кашлѣ выбрасываются вмѣстѣ съ характерной мокротой наружу.

Еще болѣе понятно происхожденіе бронхальныхъ слѣпковъ, наблюдаемыхъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ дифтеріи гѣба и гортани. Изъ этихъ органовъ воспалительный процессъ, вызываемый палочкой *Löffler*'а, распространяясь послѣдовательно на слизистую оболочку дыхательнаго горла, можетъ перейти и на бронхи, вызывая отложеніе на ихъ слизистой оболочкѣ характерныхъ фибринозныхъ пленокъ. Процессъ этотъ не опускается обыкновенно ниже крупныхъ и среднихъ бронховъ.

Многіе авторы (*Lebert*, *Lucas Championnière*, *Model*) наблюдали выдѣленіе фибринозныхъ слѣпковъ въ теченіи хронически протекающей бугорчатки легкихъ.

Временами можно наблюдать выдѣленіе бронхальныхъ

эпидеміи гриппа въ Парижѣ *Nonat* у многихъ больныхъ видѣлъ въ отхаркиваемой мокротѣ своеобразныя свертки.

*Eisenlor* и *Massotti* приводятъ по одному случаю тифа, въ теченіи котораго они наблюдали отхаркиваніе вѣтвистыхъ свертковъ.

Далѣе, описаны случаи—правда, немногочисленные—, въ которыхъ выдѣленіе бронхальныхъ слѣпковъ наблюдалось при наличности сифилиса, золотухи, рахита и алкоголизма. Равнымъ образомъ при сердечныхъ страданіяхъ, особенно при порокахъ заслонокъ въ періодъ разстройства уравнишенія, наблюдается отхаркиваніе бронхальныхъ слѣпковъ, которые въ такихъ случаяхъ обыкновенно бываютъ рѣзко окрашены кровью. Такіе случаи описаны *Habel*'емъ, *Stark*'омъ, *Bernouilli*, *Degen*'омъ и въ послѣднее время проф. *Ө. Г. Яновскимъ* <sup>6)</sup>. Проф. *Ө. Г. Яновскій* описываетъ чрезвычайно поучительный въ этомъ отношеніи примѣръ; его случай относится къ одному изъ больныхъ, лежавшихъ въ Кіевской городской больницѣ Цесаревича Александра.

Нужно упомянуть еще, что отхаркиваніе мокроты, заключающей болѣе или менѣе характерныя слѣпки, нѣкоторые авторы (*Waldenburg*, *Streets*, *Mader*) отмѣчали въ теченіи нѣкоторыхъ кожныхъ болѣзней, какъ экзема, опоясывающій лишай и др., изрѣдка—при пораженіи *retrphigus*'омъ слизистой оболочки носа и полости рта.

Равнымъ образомъ находили (*Brick*) въ мокротѣ слѣпки при разстройствахъ со стороны женскихъ половыхъ органовъ, особенно при неправильностяхъ мѣсячныхъ.

Такимъ образомъ выдѣленіе бронхальныхъ слѣпковъ временами можно наблюдать въ теченіи цѣлаго ряда болѣзней, но оно въ такихъ случаяхъ служитъ лишь припадкомъ основнаго, первичнаго заболѣванія и появляется лишь изрѣдка, въ видѣ исключенія; показавшись, можетъ быстро и навсегда исчезнуть, между тѣмъ какъ основное страданіе продолжаетъ свое обычное теченіе. Словомъ, въ случаяхъ, гдѣ появленіе бронхальныхъ слѣпковъ наблюдается въ теченіи другихъ болѣзней, мы не имѣемъ основанія предполагать наличность первичнаго фибринознаго бронхита и должны лишь ограничиться установленіемъ своеобразнаго и рѣдкаго припадка основнаго страданія.

Химическій составъ свертковъ, выбрасываемыхъ при первичномъ фибринозномъ бронхитѣ, въ продолженіи долгаго времени служилъ предметомъ спора между многочисленными изслѣдователями. Еще въ концѣ 18-го столѣтія *Macclaurin* высказалъ взглядъ, что слѣпки состоятъ изъ оплотнѣвшей слизи. Такого-же мнѣнія держались *L. Championnière* <sup>7)</sup> и въ болѣе недавнее время *Oscar Beschorner* <sup>8)</sup>. Взглядъ свой авторы эти основывали на результатахъ химическаго изслѣдованія выделяемыхъ ихъ больными свертковъ, при чемъ послѣдніе оказывались состоявшими изъ слизи (муцина). Такой-же химическій составъ слѣпковъ находили въ своихъ случаяхъ въ новѣйшее время *Klein* (1896 г.), *Habel* (1898 г.), проф. *Hochhaus* <sup>9)</sup> (1902 г.), *Schwarzkoft* <sup>10)</sup> и др. Но во многихъ случаяхъ первичнаго фибринознаго бронхита химическое изслѣдованіе слѣпковъ не оставляетъ никакого сомнѣнія въ томъ, что они состоятъ изъ фибрина. Къ такому заключенію пришли въ теченіи послѣдняго 10-лѣтія слѣдующіе авторы, многократно изслѣдовавшіе бронхальные слѣпки своихъ больныхъ: *Jakobsohn* (1898 г.), *R. Schmidt* (1899 г.), *H. Strauss* (1900 г.), *Schittenhelm* <sup>11)</sup> и нѣкоторые другіе.

Главнымъ отличительнымъ признакомъ, характернымъ для фибрина, служить, какъ извѣстно, его способность при окраскѣ по способу *Weigert*'а принимать рѣзко синій цвѣтъ, между тѣмъ какъ слизь при той-же окраскѣ лишь слабо окрашивается въ блѣдно-голубой цвѣтъ. *Liebermeister* <sup>12)</sup> въ своей в. интересной работѣ изъ *Leipzig*'ской клиники, обнимающей 12 случаевъ этой болѣзни, первый указалъ, что въ слѣпкахъ, состоящихъ изъ фибрина, между волоконцами послѣдняго всегда находятся въ большемъ или меньшемъ количествѣ комочки слизи; замѣтить это можно, рассматривая подъ микроскопомъ срѣзы, окрашенные по способу *Weigert*'а; при этомъ между синими волоконцами фибрина можно найти блѣдно-голубыя глыбки и кучки слизи. Онъ-же указалъ, что и, наоборотъ, въ сли-

чительная примѣсь волоконцевъ фибрина. Словомъ, между чистыми фибринозными и чистыми слизистыми свертками существуетъ цѣлый рядъ переходныхъ формъ, гдѣ оба вещества оказываются смѣшанными между собой въ самыхъ разнообразныхъ количественныхъ отношеніяхъ. Случается даже, что фибринъ и слизь участвуютъ въ образовании свертка въ почти одинаковыхъ количествахъ и при томъ бываютъ смѣшаны такъ тѣсно, что иногда невозможно указать, имѣется ли дѣло съ фибринознымъ или со слизистымъ бронхіальнымъ сверткомъ. Въ виду выше сказаннаго вполне обоснованнымъ является предположеніе *Liebermeister*'а замѣнить обычный до сихъ поръ вопросъ: «Фибринъ или слизь?» болѣе рациональнымъ «сколько фибрина и сколько слизи?» (*nicht mehr Fibrin oder Schleim?*), sondern «Wieviel Fibrin und wieviel Schleim?»).

Представляю теперь описаніе наблюдавшагося мною случая настоящаго первичнаго хроническаго фибринознаго бронхита.

21/III 1905 г. въ терапевтическую клинику Кіевскаго Университета поступилъ Л. С., 34 л., крестьянинъ, служавшій офицантомъ въ одной изъ большихъ мѣстныхъ гостиницъ. По словамъ больного, приблизительно 7 лѣтъ назадъ у него появился кашель, сопровождаемый выдѣленіемъ сѣроватой слизистой мокроты. Причину появленія кашля онъ точно указать не можетъ, но отмѣчаетъ частоту простуды, связанной съ характеромъ его службы. Крови въ мокротѣ не было. Кашель держался нѣсколько дней и затѣмъ постепенно прошелъ. Была ли во время этого кашля температура повышена, сказать не можетъ. Была небольшая боль въ бокахъ. Съ тѣхъ поръ по нѣскольку разъ въ годъ (3—5 разъ) стали появляться такіе же приступы кашля съ неособенно обильнымъ выдѣленіемъ сыроваточной-слизистой мокроты. 4 года назадъ (лѣтомъ 1901 г.) впервые во время одного, наступившаго тогда, приступа кашля замѣтилъ, что въ мокротѣ находятся бѣлыя «ниточки», толщиною въ булавку, а длиною въ  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  вершка. Съ тѣхъ поръ съ появлявшимся кашлемъ въ мокротѣ постоянно начали попадаться эти ниточки, которые при всякомъ новомъ приступѣ дѣлались все болѣе толстыми и длинными и стали принимать древовидно-вѣтвистую форму. Кровью эти трубочки никогда не были окрашены. Приступы кашля, по прежнему, продолжались по 3—15 дней и повторялись 3—6 разъ въ годъ. Вѣтвистыя трубочки откашливаются преимущественно ночью, днемъ же выдѣляется болѣею частью лишь слизисто-сыроваточно-гнойная мокрота. Послѣ сильнаго кашля испытываетъ колотье въ лѣвой подключичной области. Одышка бываетъ лишь при поднятіяхъ на лѣстницы или во время тяжелой работы. Кровохарканья не было. Ночью слегка потѣетъ лишь во время припадковъ кашля.

Въ сентябрѣ 1902 г. Л. С. заболѣлъ сифилисомъ и сразу началъ правильно лѣчиться, сначала ртутью (впрыскиваніемъ), а въ послѣднее время—іодомъ. Пріемъ іода, по словамъ больного, значительно учащалъ и усиливалъ приступы кашля; мокрота выдѣлялась въ болѣе обильномъ количествѣ, но всегда съ примѣсью вѣтвистыхъ трубочекъ. Кроме того, іодъ вызывалъ насморкъ и обильную высыпь угрей. 3 раза страдалъ переломамъ: на 18-мъ, 24-мъ и 30-мъ году; всякій разъ правильно отъ него лѣчился. До 1905 г. много курилъ—до 30 папирозъ въ день; теперь въ день выкуриваетъ не болѣе 5—6 папирозъ. Спиртными напитками не злоупотреблялъ. Сердеченіе и болѣе въ области сердца не бываетъ. Рейматизма не было. Позывъ на ѣду удовлетворительный; жажда не повышена. Нерѣдко послѣ утренняго приступа сильнаго кашля бываетъ тошнота; рвоты не было. Временами (почти каждый мѣсяцъ) безъ всякой видимой причины появляется поносъ; слабѣетъ тогда 5—6 разъ въ сутки, жидко, безъ крови и слизи. Передъ испражнениями во время поноса бываютъ схваткообразныя боли въ животѣ, прекращающіяся послѣ испраженія. Поносъ держится 2—3 дня и потомъ сдѣлается нормальными испражнениями. Запора не бываетъ. Мочится свободно и безъ болей; ночью мочиться не встаетъ. Болей въ правомъ подреберьѣ и желтукѣ никогда не было; болютой лихорадкой также никогда не страдалъ. Не помнитъ, имѣлъ ли въ дѣтствѣ какія-нибудь болѣзни. Воспаленіемъ легкихъ и плевритомъ не болѣлъ. Со стороны наследственности патологическихъ уклоновъ нѣтъ. Женатъ; имѣетъ 11-лѣтнюю дочь. Вотъ все, наиболѣе существенное, что можно было узнать путемъ разспроса.

Объективное изслѣдованіе показало: Сложенъ правильно; общее питаніе удовлетворительно. Видимыя слизистыя оболочки блѣдноваты. Кожа блѣдно-розовая. На кожѣ спины много угрей (*aspe vulgaris*). Лимфатическія железы нигдѣ не увеличены; періоститовъ нѣтъ. Слизистая оболочка рта слегка гиперемирована; миндалины и зѣвъ нормальны. Слизистая оболочка носа катаррально гиперемирована. На шеѣ зоба и видимаго біенія сосудовъ не замѣтно. Обѣ половины грудной кѣлѣтки развиты симметрично. Дыхательные раздѣлы на обѣихъ сторонахъ одинаковы и равномѣрны. При глубокихъ вдохахъ нижнія межреберья, начиная съ 6-го, слегка втягиваются. Число дыханій въ минуту 18—20. Обѣ легочныя верхушки спереди лежатъ совершенно симметрично на 3 см. надъ ключицами, сзади на уровнѣ остистаго отростка 7-го шейнаго позвонка. Нижняя граница праваго легкаго по сосковой линіи—на верхнемъ краѣ 7-го

ребра, по средней подмышковой—въ 8-мъ межреберьѣ; лѣваго по сосковой—на верхнемъ краѣ 7-го ребра, по средней подмышковой—въ 8-мъ межреберьѣ. При выстукиваніи вездѣ надъ поверхностью легочной ткани ясный легочной звукъ. При выстукиваніи ключицъ на лѣвой сторонѣ звукъ нѣсколько выше и короче, чѣмъ на правой. Подвижность нижнихъ краевъ легкихъ спереди на обѣихъ сторонахъ немного понижена. Грудное дыханіе на обѣихъ сторонахъ одинаковое и умѣренной силы. Шумъ тренія плеврой нигдѣ не ощущается и не выслушивается. При выслушиваніи вездѣ надъ легочною поверхностью слышенъ везикулярный вдохъ и слегка удлинненный неопредѣленный выдохъ. Хриповъ нѣтъ. Одинъ лишь разъ за все время пребыванія больного въ клиникѣ сзади, ниже правой лопатки, выслушивалось чрезвычайно характерное дыханіе. Оно было здѣсь значительно ослаблено, но какъ вдохъ, такъ и особенно выдохъ сопровождался особымъ шумомъ, напоминавшимъ біеніе паруса на сильномъ вѣтрѣ (*Bruit de drapau—Ventil-Geräusch*). Вслѣдъ за выдѣленіемъ свертка этотъ своеобразный дыхательный шумъ исчезъ. Верхушечный толчекъ сердца не виденъ, равно какъ не замѣтно ни сердечныхъ сотрясеній, ни другихъ біеній въ области сердца. Границы полной тугоести сердца: верхняя—съ 4-го ребернаго хряща, правая—по лѣвой грудной линіи, лѣвая—на 2 см. кнутри отъ лѣвой сосковой линіи. Толчекъ верхушки слабо прощупывается въ 5-мъ межреберьѣ; противодѣйствіе его незначительное, распространенность—въ 1—1,5 кв. см. Тоны сердца чисты; на аортѣ 2-ой тонъ съ легкимъ удареніемъ; шумовъ, раздвоеній и добавочныхъ тоновъ нѣтъ. Изслѣдованіе периферическихъ артерій указываетъ на наличность незначительнаго артеріосклероза (1-ой степени); пульсъ 70—80 въ минуту, правильный, достаточно полный, ровный. Животъ въ лежачемъ положеніи больного не вздутъ. S-образная кишка прощупывается въ видѣ цилиндра, въ указательный палецъ толщиной, временами слегка урчитъ. Слѣпая кишка прощупывается не отчетливо въ видѣ разслабленнаго цилиндра, толщиною въ  $\frac{1}{2}$ , поперечный палецъ. Нижняя граница желудка путемъ одновременнаго выстукиванія и прощупыванія опредѣляется на уровнѣ пупка. При выстукиваніи надъ областью желудка получается дов. высокій барабанный звукъ, надъ областью тонкихъ кишекъ—притупленный. Печень по сосковой линіи не выходитъ изъ-подъ подреберья; край ея не прощупывается. Край селезенки для оцупыванія не доступенъ. Колѣнные и другіе сухожильные рефлексы слегка повышены. Изслѣдованіе крови показало: красныхъ шариковъ 5.000.000, бѣлыхъ—9600; количество гемоглобина, опредѣленное по *Gowers'sy-Sahli*, 90%; морфологическихъ измѣненій со стороны форменныхъ элементовъ крови не найдено. Мочи за сутки 1200—1600 стм., она соломенно-желтаго цвѣта, слегка мутноватая, кислой реакціи, уд. в. 1014; бѣлка и сахара въ ней нѣтъ; въ осадкѣ незначительное количество аморфныхъ уратовъ. Температура только разъ въ вечеру подышалась до 38°; болѣе-же частью держалась на уровнѣ 36,5°—37°.

Больной выдѣлялъ вѣтвистыя слѣпки лишь въ теченіи первыхъ 4-хъ дней своего пребыванія въ клиникѣ. Откашливались слѣпки преимущественно ночью, при чемъ выдѣлялись они безъ труда, и особенной одышки ни передъ выдѣленіемъ, ни во время откашливанія ихъ больной не испытывалъ; все-же послѣ выдѣленія свертка больной чувствовалъ облегченіе. Спустя 4 дня выдѣленіе вѣтвистыхъ слѣпокъ прекратилось.

Лѣченіе во время пребыванія больного въ клиникѣ состояло изъ ежедневныхъ вдыханій известковой воды пополамъ съ водой перегнанной, внутренняго приема іодистаго калия и настоя ипекакуаны; кроме того, больной пилъ Боржомъ съ горячимъ молокомъ.

Мокроты выдѣлялъ больной дов. много—2—3 столовыхъ ложки въ сутки; она была слизисто-гнойная, тагучая, сѣроватаго цвѣта, съ желтыми комками; временами въ ней встрѣчались въ незначительной примѣсь крови въ видѣ тоненькихъ жолобъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ ней найдено: не особенно большое количество гноинныхъ шариковъ, находившихся въ состояніи жирового распада; немного круглыхъ, съ вѣдраніями въ нихъ углемъ, клѣтокъ альвеолярнаго эпителия; слѣдѣй *Curschmann's* и кристалловъ *Charcot-Leyden's* не было найдено ни разу. Многократно произведенное бактериоскопическое изслѣдованіе мокроты дало слѣдующіе результаты: въ доз. значительномъ количествѣ попадался диплококкъ *Fraenkel's*; изрѣдка встрѣчались стрептококки, стафилококки и катарральные микрококки; *Koch's*овскихъ палочекъ, равно какъ палочекъ гриппа и дифтеріи не было найдено ни разу. Посѣвы, сдѣланные изъ мокроты и изъ толщи слѣпокъ на различныхъ средахъ, дали разводки диплококка *Fraenkel's*, катарральнаго микрококка, стрепто-и стафилококка.

При выливаніи мокроты въ воду, въ теченіи первыхъ 4-хъ дней пребыванія больного въ клиникѣ, наблюдались характерныя, древовидно-вѣтвистыя, бѣлыя слѣпки. За сутки такихъ слѣпокъ выдѣлялось 5—8. Величина ихъ различна; длина наиболѣе крупныхъ достигае 6—8 стм., диаметръ главнаго ствола—5—7 мм. Свертки эти дихотомически вѣтвятся, соответственно развѣтвленію бронховъ. Мѣстами на вѣтвяхъ ихъ замѣтны вздутыя, наполненные воздухомъ. На протяженіи стволу средняго калибра нерѣдко имѣется осевая полость, болѣе-же крупныя стволы и мелкія вѣточки представляются массивными. При разсматриваніи свѣжихъ свертковъ подъ микроскопомъ они оказывались состоявшими изъ нѣжно-волоконистаго вещества. Волоконца располагаются въ нихъ волнисто, переплетаясь въ видѣ сѣти. Въ петляхъ этой сѣти мѣстами видны однородные, блестя-

щие комочки слизи. По всему препарату разбросаны въ одну кучку и собраны въ кучки многочисленные бѣлыя кровяныя тѣла, одно- и преимущественно много-ядерныя. Встрѣчаются, болѣею частью одиночно, круглыя кѣтки альвеолярнаго эпителия.

При разсматриваніи подъ микроскопомъ окрашенныхъ по *Weigert* сѣровъ бронхіальныхъ слѣпковъ найдено слѣдующее: волокнисто-сѣтчатое вещество окрашено въ рѣзко-синій цвѣтъ, что доказываетъ, что преобладающая масса свертка состоитъ изъ фибрина. Въ петляхъ фибриной сѣтки попадаются окрашенныя въ свѣтло-голубой цвѣтъ глыбки слизи. На окрашенныхъ гематоксилиномъ и возиномъ сѣткахъ ясно видно, что преобладающее количество бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ составляютъ многоядерныя. Окраска *triacid*омъ *Ehrlich*'а на численный перевѣсъ возинофиловъ не указываетъ. Круглыя кѣтки альвеолярнаго эпителия, какъ одиночныя, такъ и собранныя въ кучки, встрѣчаются дов. часто; кромѣ того, мѣстами попадаютъ одиночно и кучками кубической эпителии мелкихъ бронховъ. На среднихъ и мелкихъ вѣточкахъ нѣкоторыхъ свертковъ изрѣдка можно встрѣтить молодую грануляціонную ткань, состоящую изъ круглыхъ кѣтокъ съ одиночнымъ, дов. крупнымъ ядромъ. Присутствіе молодой грануляціонной ткани указываетъ, что въ нѣкоторыхъ сверткахъ начинался процессъ организаціи: съ поверхности бронха, лишенной покрывавшаго его эпителия, въ толщу бронхіальнаго фибринознаго слѣпка стала прорастать молодая соединительная ткань.

Приведенная исторія болѣзни, мнѣ кажется, такъ ясно указываетъ на то, что здѣсь дѣло имѣлось съ хроническимъ фибринознымъ бронхитомъ, при томъ въ первичной, самостоятельной его формѣ, что обосновывать правильность этого распознаванія нѣтъ никакой надобности.

Перейду теперь къ разсмотрѣнію наиболѣе темной и невыясненной стороны въ вопросѣ о фибринозномъ бронхитѣ—его этиологіи.

Причина, вызывающая первичный фибринозный бронхитъ остается до настоящаго времени непонятной и темной, не смотря на большое число работъ, произведенныхъ въ этомъ направленіи. Отхаркиваніе слѣпковъ, какъ было сказано, наблюдается и при томъ не особенно рѣдко, въ теченіи очень многихъ болѣзней, главнымъ образомъ различныхъ, т. е. вызываемыхъ специфическими микроорганизмами. Естественно должно было возникнуть предположеніе, что микробъ, вызвавшій основное страданіе, въ тоже время долженъ быть причиной и своеобразнаго пораженія бронховъ, выражающагося въ отложеніи фибринозныхъ пленокъ. Какъ и слѣдовало ожидать, бактериологическое изслѣдованіе, произведенное въ соотвѣтствующихъ случаяхъ, вполне подтвердило это предположеніе. Въ случаяхъ, гдѣ фибринозные свертки образовывались въ теченіи фибринозной пневмоніи, многіе авторы при изслѣдованіи повторно находили въ нихъ диплококковъ *Fraenkel*'а; когда-же фибринозный бронхитъ представлялъ собою распространеніе на бронхи дифтеріи зѣва или гортани, въ слѣпкахъ при изслѣдованіи находили палочки *Löffler*'а, равно какъ при легочной бугорчаткѣ—палочки *Koch*'а, при гриппѣ—палочки *Pfeiffer*'а и т. д.

Положительные результаты изслѣдованій въ случаяхъ вторичнаго фибринознаго бронхита заставили задаться вопросомъ, не вызывается-ли и первичный, самостоятельный фибринозный бронхитъ какимъ-нибудь опредѣленнымъ и постояннымъ микроорганизмомъ? И вотъ, со времени усовершенствованія бактериологическихъ способовъ изслѣдованія было сдѣлано не мало самыхъ тщательныхъ изысканій, которыя, однако, не оправдали возлагавшихся на нихъ надеждъ. Каждый авторъ, наблюдавшій больного съ первичнымъ фибринознымъ бронхитомъ, первымъ долгомъ считалъ бактериоскопически и бактериологически изучать выделяемые имъ свертки, и, не смотря на то, что каждый находилъ какой-нибудь микробъ, истинный возбудитель болѣзни остался невыясненнымъ. Такъ, *Claise* въ своемъ случаѣ фибринознаго бронхита съ хроническимъ теченіемъ нашелъ стрептококка и, основываясь на результатахъ посѣвовъ и прививокъ животнымъ, пришелъ къ заключенію, что болѣзнь эта вызывается именно этимъ микроорганизмомъ; онъ предложилъ даже замѣнить прежнее названіе ея новымъ — «*Streptococcie chronique des voies respiratoires*». Другой авторъ, *Sokolowski*, въ одномъ изъ своихъ случаевъ нашелъ бѣлаго и желтаго гноеродныхъ стафилококковъ, въ другомъ-же—только бѣлаго и, понятно, болѣе склоняется считать истиннымъ возбудителемъ болѣзни по-

которые остро заболѣли фибринознымъ бронхитомъ, работая на поляхъ, удобренныхъ человѣческими изверженіями; болѣзнь у всѣхъ у нихъ окончилась выздоровленіемъ. *Pischini* удалось выделить 3 какихъ-то, точно не опредѣленныхъ, бактерій, которыя, будучи впрыснуты въ дыхательное горло кроликамъ, вызвали у нихъ геморрагическое его воспаление *Magniaux* (1895 г.) нашелъ въ такихъ слѣпкахъ двое-палочку *Friedländer*'а; другіе авторы находили новыхъ возбудителей; въ описываемомъ мною случаѣ, какъ было сказано, найдено 4 микроба.

Столь значительное количество предположенныхъ возбудителей и такое разнообразіе существующихъ на этотъ счетъ мнѣній служатъ вѣрнымъ доказательствомъ того, что настоящій виновникъ описываемой болѣзни до настоящаго времени еще не найденъ. Но тщетность обнаруженія истиннаго возбудителя болѣзни должна выдвинуть вопросъ, дѣйствительно-ли мы въ правѣ разсчитывать найти специфическій микроорганизмъ, обуславливающий всѣ припадки первичнаго фибринознаго бронхита?

Въ этомъ отношеніи цѣнныя указанія можетъ дать намъ изученіе процесса образованія свертковъ, которое возможно лишь при тщательномъ знакомствѣ съ составомъ и строеніемъ самихъ слѣпковъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи окрашенныхъ сѣровъ фибринозныхъ слѣпковъ между волокнами фибрина всегда можно найти, въ большинствѣ случаевъ расположенныя кучками, кѣтки эпителия дыхательныхъ путей. Преимущественно это бываетъ эпителии легочныхъ пузырьковъ, но нерѣдко попадаютъ и кѣтки эпителия бронхіолъ и мелкихъ бронховъ. Большею частью кѣтки эти находятся въ состояніи жирового перерожденія, но опредѣленіе ихъ характера особой трудности не представляетъ. Присутствіе въ слѣпкахъ эпителия дыхательныхъ путей, будучи явленіемъ постояннымъ, указываетъ, что во всѣхъ случаяхъ фибринознаго бронхита происходитъ слущиваніе эпителиальныхъ кѣтокъ, какъ въ альвеолахъ, такъ и въ начальныхъ бронхахъ. Такая десквамація ведетъ за собой лишеніе болѣе или менѣе значительныхъ участковъ дыхательныхъ путей ихъ эпителиальнаго покрова. Только при такихъ условіяхъ и возможно проникновеніе въ просвѣтъ дыхательныхъ путей жидкаго выпота, состоящаго изъ кровяной плазмы. Сквозь ненарушенный эпителиальный слой плазма проникнуть не можетъ. Въ этомъ отношеніи существуетъ аналогія между эпителиемъ, выстилающимъ дыхательные пути, и эпителиальнымъ покровомъ, окружающимъ *Malpighi*'евы клубочки почекъ: пока эпителий, покрывающій клубочки, невредимъ, бѣлокъ, растворенный въ кровяной плазмѣ, обращающейся въ капиллярахъ клубочка, въ полость *Boottian*овской сумки проникнуть не можетъ; но если, хотя-бы и на незначительномъ участкѣ, эпителия этого нѣтъ, бѣлокъ свободно проходитъ въ сумку, а отсюда и въ мочу. Такимъ образомъ слущиваніе эпителия дыхательныхъ путей позволяетъ богатому плазмой воспалительному выпоту изливаться въ ихъ просвѣтъ.

Какимъ-же образомъ происходитъ образованіе самихъ слѣпковъ? Отвѣтъ на это мы имѣемъ въ изслѣдованіяхъ *Weigert*'а, <sup>13)</sup> воспользовавшагося взглядами *Schmidt*'а для объясненія происхожденія налетовъ при крупѣ и дифтеріи. *Al. Schmidt*, какъ извѣстно, для образованія фибрина считаетъ необходимымъ участіе 2-хъ веществъ: фибринороднаго и фибринъ-фермента. *Weigert* и утверждаетъ, что при крупѣ и дифтеріи фибринородное вещество заключается въ выделяющемся выпотѣ, а фибринъ-ферментъ освобождается при распадѣ кѣтокъ эпителия.

Въ сравнительно недавнее время совершенно тождественный взглядъ высказалъ *Hauuser* <sup>14)</sup> по поводу происхожденія инфильтрата при фибринозной пневмоніи, причѣмъ фибринъ-ферментъ доставляется въ этомъ случаѣ слущивающимся альвеолярнымъ эпителиемъ. Понятно, что *Schittenhelm* (въ указанной выше работѣ) имѣлъ полное основаніе примѣнить тоже объясненіе къ происхожденію свертковъ въ случаяхъ фибринознаго бронхита. По его мнѣнію, воспалительный выпотъ, богатый плазмой, изливается въ просвѣтъ альвеолъ и начальныхъ бронховъ, откуда онъ постепенно проникаетъ въ болѣе крупныя бронхи, проталкиваемый массой крови, проталкиваемой вы-

въ тоже время фибринозное вещество плазмы при участіи фибринъ-фермента, освобождаемаго погибшимъ эпителиемъ, свертывается, образуя характерные фибриновые сгъбки.

Пропотъвание столь значительныхъ количествъ жидкаго выпота въ просвѣтъ дыхательныхъ путей указываетъ, что кровеносные, а, вѣроятно, и лимфатическіе сосуды бронховъ и легочныхъ пузырьковъ находятся въ состояніи значительнаго расширенія и что они переполнены при этомъ кровью, геср. лимфой. Такая гиперемія дыхательныхъ путей совершенно понятна при наличности и другихъ признаковъ воспалительнаго ихъ состоянія. Среди этихъ признаковъ сгущиваніе эпителия имѣетъ наибольшее значеніе.

И такъ, десквамативный процессъ играетъ существенную роль въ происхожденіи фибринознаго бронхита, являясь причиной образованія свертка, этого «гвоздя» описываемаго страданія. Такимъ образомъ опредѣлить этиологию десквамативнаго бронхита, это значитъ въ сущности—найти и причину фибринознаго бронхита. Причина эта до настоящаго времени, какъ сказано, не найдена; не отысканъ еще и возбудитель, обуславливающий развитіе этого страданія. Быть можетъ, причина неуспѣха кроется въ томъ, что десквамативный бронхитъ можетъ быть вызванъ не однимъ какимъ-нибудь опредѣленнымъ возбудителемъ, а различные виды ихъ, дѣйствуя порознь или сообща, при благоприятныхъ къ тому условіяхъ, могутъ вызвать кратковременное или продолжительное сгущиваніе эпителия дыхательныхъ путей.

Какія условія благоприятствуютъ проникновенію болѣзнетворныхъ возбудителей, мы до сихъ поръ точно не знаемъ; но несомнѣнно, что пониженная сопротивляемость организма и особое предрасположеніе его играютъ здѣсь значительную роль.

Такимъ образомъ многое изъ того, что долгое время въ фибринозномъ первичномъ бронхитѣ считалось темнымъ и загадочнымъ, въ настоящее время уже стало понятнымъ и объяснено. Но большая рѣдкость этого страданія въ связи съ тѣмъ обстоятельствомъ, что много еще сторонъ его нуждаются въ освѣщеніи, обязываетъ каждаго врача, на долю котораго выпала возможность наблюдать эту болѣзнь, стараться самымъ тщательнымъ образомъ изслѣдовать всѣ ея проявленія; анамнезъ, объективное изслѣдованіе больного, всесторонній анализъ выдѣленій, преимущественно, конечно, мокроты и свертковъ—все это должно быть продѣлано возможно полнѣе; если-же представится случай произвести и патолого-анатомическое изслѣдованіе, то самое подробное какъ макро-такъ и микроскопическое изслѣдованіе всего дыхательнаго прибора прямо-таки обязательно. Только при такихъ условіяхъ и можно надѣяться исполнить разгадать тайну этой по истинѣ «curiosity of medicine».

Въ заключеніе позволяю себѣ выразить здѣсь горячую благодарность моему глубокоуважаемому учителю, проф. В. П. Образцову, въ клиникѣ котораго я имѣлъ возможность наблюдать этотъ въ высокой степени рѣдкій и поучительный случай; подъ его руководствомъ было произведено все изслѣдованіе больного и указаніями его я пользовался при составленіи этой работы.

**Литература:** 1. A. Schmidt. Beiträge zur Kenntniss d-s Sputums. «Zeitschrift f. klin. Medicin», 1893 г.—2. A. Sokolowski. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. T. 1, 1902 г. (естъ русскій перевод).—3. A. Posselt. Zur vergleichenden Pathologie der Bronchitis fibrinosa und des Asthma bronchiale, 1900 г.—4. A. Fraenkel. Ueber Bronchiolitis fibrosa obliterans. «Deutsches Archiv f. klinische Medicin», 1902 г., т. 73.—5. W. Lange. Ueber eine eigenthümliche Erkrankung der kleinen Bronchien und Bronchiolen. Тамъ-же, 1901 г., т. 70.—6. О. Г. Яковскій. «Русскій Врачъ», 1902 г.—7. L. Championnière. De la bronchite pseudomembraneuse chronique. 1876 г.—8. Oscar Beschorner. Ueber chronische essentielle fibrinöse Bronchitis. «Volkman's Sammlung klin. Vorträge», 1893 г., № 73.—9. Prof. Hochhaus. Zur Pathologie der Bronchitis fibrinosa. «Deutsches Archiv für klin. Medicin», 1902 г., т. 74.—10. Schwärzkopf. «Münchener medic. Wochenschrift», 1904 г.—11. A. Schittenhelm. «Deutsches Archiv für klin. Medicin», 1900 г., т. 67.—12. G. Liebermeister. Ueber Bronchitis fibrinosa. Тамъ-же, 1904 г., т. 80.—13. Weigert. Ueber Croup und Diphtheritis. «Virchow's Archiv», 1877 г., т. 60.—14. Hauser. Ueber die Entstehung des fibrinösen Infil-

trats bei der croupösen Pneumonie. «Ziegler's Beiträge zur patholog. Anatomie und allgem. Pathologie», 1894 г., т. 15.

Кромѣ этихъ работъ, можно указать еще на слѣдующія сочиненія по фибринозному бронхиту: 15. Grandy. Ueber sogenannte Bronchitis crouposa. «Ziegler's Centralblatt f. allgemeine Pathologie», 1897 г.—16. Habel. Ein Fall von chronisch fibrinöser Bronchitis. «Centralblatt f. innere Medicine», 1898 г., № 1.—17. Rudolf Schmidt. Ueber einen Fall von Bronchitis fibrinosa chronica mit besonderer Rücksichtnahme auf das mikroskopische Sputumbild. «Centralblatt f. allgemeine Pathologie», 1899 г.—18. E. Klebs. Die allgemeine Pathologie, ч. II.—19. Jean Lépine. Bronchite pseudomembraneuse chronique. «Revue de médecine», 1898 г., т. 18.—20. Ziegler. Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie 1895 г.—21. Hammarsten. Lehrbuch der physiologischen Chemie, 1899 г.—22. Championnière, L. De la bronchite pseudomembraneuse chronique. Парижская диссертация, 1876 г.—23. Franz Riegel. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, herausg. v. Ziemssen, 1875 г., т. 4, 2-я полов.—24. Magniaux. Recherches sur la bronchite membraneuse primitive. Paris, 1895 г.—25. F. Hoffman. Die Krankheiten der Bronchien. Specielle Pathologie und Therapie, herausg. v. H. Nothnagel, т. XIII, 2-я полов.—26. Marfan. Maladies des bronches. «Traité de médecine, publié sous la direction de Charcot, Bouchard et Brissaud», т. IV.—27. Landois. Lehrbuch der Physiologie des Menschen, 1891 г. (и русск. перев. подъ ред. проф. В. Я. Данилевскаго, Харьковъ, 1898 г.).—28. Hermann L. Lehrbuch der Physiologie, 1842 г.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

Къ вопросу о реформѣ медицинскаго вѣдомства.

(По поводу послѣднихъ докладовъ о военной медицинѣ въ Обществѣ больничныхъ врачей въ Петербургѣ).

(Окончаніе. См. выше, № 38, стр. 1187).

Заботливость администраціи въ отношеніи военнаго врача не ограничивается одною только опекою; та же администрація должна постоянно провѣрять, насколько точно и неуклонно врачъ исполняетъ всѣ требованія в.-медицинской службы, т. е. циркуляры, приказы и пр.; поэтому вся его дѣятельность, особенно въ войскахъ, постоянно сопровождается «донесеніями» въ разныя инстанціи и самою скрупулезною отчетностью. Даже лѣчебныя заведенія военнаго вѣдомства не избавлены отъ необходимости вести обширную переписку. Такъ, одна только медицинская канцелярія Уяздовскаго госпиталя, не считая хозяйственной, выпустила въ теченіи года, въ бытность мою секретаремъ, 20000 «исходящихъ» №№ \*). Требуя отъ лѣчебнаго заведенія такой громадной переписки, в.-медицинское вѣдомство до сихъ поръ не считаетъ нужнымъ опредѣлять для этой цѣли какой-нибудь особый штатъ служащихъ; поэтому канцелярія (медицинская) существуетъ паразитарно на счетъ госпиталя, т. е. отъ больныхъ отнимается 1 ординаторъ и нѣсколько человѣкъ фельдшеровъ, которые и должны заниматься исключительно канцелярскимъ дѣломъ. Между прочимъ, выборъ чтенія военныхъ врачей то же до извѣстной степени предусмотренъ администраціей: при главномъ в.-медицинскомъ Управленіи издается «В.-Медицинскій Журналъ» съ приложеніями — обязательный для военныхъ врачей, изъ жалованія которыхъ и удерживается подписная плата, независимо отъ желанія подписчика. Не касаясь научнаго достоинства самаго журнала и приложеній къ нему, смѣю думать, что такой способъ изданія, умѣстный для какихъ-нибудь «Полицейскихъ Вѣдомостей» или «Вѣстника Градоначальства», возможенъ еще только въ в.-медицинскомъ вѣдомствѣ. Изъ общихъ законоположеній мирнаго времени слѣдуетъ еще принять во вниманіе тотъ любопытный фактъ, что деньги, отпускаемые казною на в.-врачебныя надобности, вовсе не выдаются врачамъ на руки, кромѣ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаевъ, да и то въ ничтожномъ размѣрѣ. Въ итогъ получается такое впечатлѣніе, что съ точки зрѣнія нашихъ законовъ въ войскахъ служатъ какъ будто-бы не врачи, а

\*) Значительная часть этой переписки ведется между главнымъ врачомъ и начальникомъ госпиталя, засѣдающими въ кабинетахъ другъ противъ друга.



лица вообще сомнительной честности и почти незнакомыхъ съ медициною.

Дѣйствующія въ в.-медицинскомъ вѣдомствѣ законоположенія главнымъ образомъ опредѣляютъ въ мельчайшихъ подробностяхъ «обязанности» военного врача, но весьма мало касаются его «правъ»; кромѣ того, даже существующія въ законѣ статьи, опредѣляющія до известной степени кое-какія права врачей, на практикѣ оказываются необязательными для администраціи. Такимъ образомъ начальство на законномъ основаніи можетъ, напр., предъавить ординатору требованіе, «чтобы больные нижніе чины не курили въ отхожемъ мѣстѣ болѣе 3 чел. одновременно»; можетъ сдѣлать замѣчаніе за то, что дежурный ординаторъ, не спавшій всю ночь, забылъ «вынуть руку изъ кармана при встрѣчѣ съ начальникомъ госпиталя», или пригрозить арестомъ въ случаѣ опаздыванія къ началу визитаціи противъ «установленнаго приказомъ» часа и т. п.; если-же врачи, ссылаясь на книгу XVI Св. воен. пост., согласно которой на каждыхъ 60 больныхъ полагается 1 врачъ и нѣсколько фельдшеровъ, а визитація оканчивается въ 11 час. утра, вздумали-бы требовать измѣненія того порядка, при которомъ на 1 ординатора приходится до 200 и болѣе больныхъ, цѣлое отдѣленіе остается совершенно безъ фельдшеровъ, а визитація кое-какъ заканчивается къ 3 час. и позднѣе, то, конечно, статьи книги XVI оказались бы совершенно безсильными.

По случаю недостатка врачей въ періодъ призыва новобранцевъ мнѣ пришлось одному вести все нервное отдѣленіе. Не смотря на усиленную выписку и представленіе цѣлыми партіями въ Комиссію для увольненія въ неспособные, среднее наличное число больныхъ и испытываемыхъ въ отдѣленіи оставалось 150 чел., изъ нихъ около 50 валились на полу по неимѣнію мѣстъ, число-же вновь поступающихъ дошло, наконецъ, до 25 чел. въ день. По этому поводу я подалъ главному врачу рапортъ, заявивъ, что «для одного врача представляется невозможнымъ одновременно исполнять, согласно требованіямъ медицинской науки и службы, обязанности ординатора и произвести въ тотъ-же день изслѣдованіе (общее и специальное—нервной системы) всѣхъ поступившихъ больныхъ....». Главный врачъ положилъ такую резолюцію: «Мнѣ хорошо извѣстны недостатки врачей въ госпиталѣ, особенно во время призыва, о чемъ доносилось окружному в.-медицинскому инспектору». Впослѣдствіи мнѣ самому пришлось убѣдиться въ дѣйствительномъ безилии главныхъ врачей возстановить нормы, опредѣленныя закономъ въ кн. XVI. Годъ спустя, также въ періодъ призыва, въ госпиталѣ оказалась особенно острая нужда во врачебныхъ силахъ; по этому поводу я самъ, въ качествѣ секретаря, составилъ мотивированное донесеніе отъ главнаго врача съ категорическою просьбою о немедленномъ *прикомандированіи* къ госпиталю по крайней мѣрѣ 2-хъ врачей; вслѣдъ затѣмъ телефонограммою окружного Управленія были экстренно *откомандированы* еще 2 врача, которые, вѣроятно, понадобились гдѣ-либо въ округѣ вслѣдствіе еще болѣе острой необходимости; какой-нибудь полкъ могъ оказаться, напр., вовсе безъ медицинскаго персонала.

Что касается такихъ общечеловѣческихъ правъ, точно не опредѣленныхъ въ законѣ, какъ право отдыха, право осылости и др. личныя или семейныя права, то военные законы здѣсь высказываются преимущественно въ ограничительномъ смыслѣ, оставляя широкое поле для усмотрѣнія начальства; представители же в.-медицинской администраціи идутъ еще далѣе и открыто заявляютъ, что они принципиально игнорируютъ подобные мотивы. Похоронивъ мать и будучи не въ состояніи тотчасъ-же приняться за медицинскую службу, я обратился въ одинъ изъ госпиталей съ просьбой о выдачѣ мнѣ амбулаторнаго свидѣтельства для продленія моего отпуска. Главный врачъ отвѣтилъ мнѣ, что военному госпиталю нѣтъ дѣла до моихъ семейныхъ обстоятельствъ. Въ другомъ подобномъ же случаѣ я адресовался въ наше центральное Управленіе, гдѣ одинъ изъ высшихъ представителей администраціи еще разъ разъяснилъ мнѣ, что въ в.-медицинскомъ вѣдомствѣ никакія семейныя или домашнія дѣла служащихъ совершенно не принимаются во вниманіе.

Товарищи, желающіе болѣе подробно ознакомиться съ дѣятельностью и правовымъ положеніемъ военныхъ врачей, найдутъ живое и правдивое изложеніе вопроса въ очеркахъ Е. Стратонова «Пасынки и парии военной службы» (вып. I). Возможность личнаго почина со стороны военного врача сведена до minimum'a. Всякое измѣненіе, хотя-бы и мелкое, но не предусмотрѣнное въ законахъ и приказахъ или противорѣчащее установившемуся режиму, должно предварительно быть представлено «въ командномъ порядкѣ», пройти съ извѣстнымъ канцелярскою медленностью до высшихъ сферъ и уже оттуда, въ законодательномъ порядкѣ, вернуться обратно. Само собою разумѣется, что на этомъ пути нельзя рассчитывать на особое сочувствіе къ какимъ-либо новшествамъ со стороны ближайшаго и высшаго начальства: во 1-хъ, потому, что подобное предложеніе будетъ носить неизбѣжно характеръ критики дѣйствія властей или существующихъ законоположеній, а это съ точки зрѣнія военной дисциплины совершенно не соответствуетъ положенію младшаго врача; во 2-хъ, такимъ путемъ задѣвается личное самолюбіе администраторовъ, которымъ въ данномъ случаѣ подчиненный какъ бы указываетъ на неудовлетворительность ихъ собственной служебной дѣятельности. Нужно-ли приводить примѣры? Мнѣ лично въ теченіи 1/2-года пришлось добиваться, чтобы для лучшаго освѣщенія дежурной комнаты пріемнаго покоя на примитивную газовую горѣлку была надѣта Ауэровская свѣчка; впослѣдствіи я узналъ, что этотъ «вопросъ» еще до меня неоднократно возбуждался товарищами.

Посѣщенія начальствующихъ и т. наз. «инспекторскіе» смотры въ лучшемъ случаѣ совершенно бесполезны для в.-медицинскаго дѣла. Обыкновенно о времени предстоящаго визита предназначенная къ ревизіи часть увѣдомляется заранѣе, иногда самимъ же инспектирующимъ, очевидно, съ цѣлью дать возможность, какъ слѣдуетъ, «приготовиться къ смотру», т. е. навести повсюду вишній лоскъ, увѣдомить подрядчика на счетъ провизіи, облечься въ мундиры, помазать дегтемъ въ отхожихъ мѣстахъ и т. п. Военные генералы и даже в.-медицинскіе чиновники въ генеральскихъ чинахъ въ большинствѣ случаевъ оказываются недостаточно компетентными, чтобы съ налету оцѣнивать санитарное состояніе данной части; поэтому объектомъ ихъ ревизіи является преимущественно не медицинская дѣятельность военного врача, а смотровое усердіе фельдшеровъ и прислуги. Такимъ образомъ главное вниманіе обращается на количество пыли въ углахъ и подъ шкафами, а равно въ тюфякахъ и одѣялахъ, на чистоту отхожихъ мѣстъ, на правильность въ надписяхъ, сдѣланныхъ фельдшерами; пробуются пища, доведенная подрядчикомъ по этому случаю до возможнаго совершенства, и т. п.; что касается собственно в.-врачебной части, то вниманію инспектирующаго обычно подлежатъ: форма обмундированія военного врача и та или иная степень военной выправки, кромѣ того—веденіе исторій болѣзни, разнаго рода списковъ, книгъ и вообще канцелярская сторона дѣла. Между тѣмъ такіе вопіющіе факты, какъ совершенное отсутствіе бани или помѣщеніе пріемнаго покоя въ холодной прогнившей избѣ, куда я не рѣшился въ теченіи круглаго года помѣстить ни одного больного, или, наконецъ, такое переполненіе нервнаго отдѣленія, при которомъ до 80 чел. спать и ѣдать на полу,—остаются, повидимому, совершенно незамѣченными.

Какимъ-же образомъ в.-медицинское вѣдомство ухитряется находить врачей, согласныхъ служить при такихъ нелѣпыхъ и унижительныхъ условіяхъ? Почему не «бойкотируются» мѣста военныхъ врачей? Дѣлается это слѣдующимъ способомъ. Неопытная молодежь, студенты 2-го курса В.-Медицинской Академіи, приманиваются къ «обязательной службѣ» предложеніемъ «казенной стипендіи» съ освобожденіемъ отъ платы за обученіе, что обезпечиваетъ имъ возможность свободно проходить курсъ, не отвлекаясь уроками и другими заработками, а, кромѣ того, тотчасъ-же по окончаніи курса обѣщаетъ «вѣрный кусокъ хлѣба», т. е. мѣсто врача въ военномъ вѣдомствѣ. Словомъ происходитъ т. наз. «вовлеченіе несвѣдущихъ людей въ завѣдомо невыгодную сдѣлку», результатомъ которой оказывается крѣпостная зависимость врача на 4

года и 9 мѣс. Чтобы заставить набранный такимъ способомъ штатъ служащихъ повиноваться, въ распоряженіи вѣдомства имѣется цѣлый рядъ средствъ. Прежде всего врачъ оказывается подчиненнымъ военнымъ законамъ и дисциплинѣ. Ст. 1 Устава дисциплинарнаго гласитъ: «Воинская дисциплина состоитъ въ строгомъ и точномъ соблюденіи правилъ, предписанныхъ военными законами. Поэтому она обязываетъ точно и безпрекословно исполнять приказанія начальства, строго соблюдать чинопочитаніе, сохранять во ввѣренной командѣ порядокъ, добросовѣстно исполнять обязанности службы и не оставлять проступковъ и упущеній подчиненныхъ безъ взысканія». Проступки и упущенія подчиненныхъ подлежатъ «дисциплинарному взысканію», которое, по опредѣленію ст. 8 Устава, «есть наказаніе, налагаемое *безъ суда* властью начальства». Хотя въ слѣдующей ст. 9 сказано, что «дисциплинарнымъ взысканіямъ подлежатъ всѣ вообще *маловажные* проступки...», но далѣе въ томъ-же Уставѣ опредѣлено, что начальникамъ предоставлено право въ такомъ порядкѣ, т. е. безъ суда, собственною властью, не только объявлять выговоры и «не удастивать къ производству на вакансіи или за выслугу лѣтъ», но и *подвергать аресту*, т. е. лишать человѣка свободы на болѣе или менѣе продолжительный срокъ (начальнику дивизіи—до 1 мѣс.). Въ случаѣ какихъ-либо болѣе существенныхъ проступковъ или нарушеній военныхъ законовъ врачъ предается «военному суду». Въ составъ военного суда входятъ исключительно офицерскіе чины, военные-же врачи допускаются къ этому учрежденію лишь въ качествѣ свидѣтелей, экспертовъ или подсудимыхъ.

Принципъ «divide et impera» осуществляется въ в.-медицинскомъ вѣдомствѣ очень полно. Разбросанные по условіямъ самой службы въ разныхъ углахъ Россіи, военные врачи лишены возможности корпоративнаго свободнаго объединенія на какой-бы то ни было почвѣ. Допускаемый закономъ «Собранія» почти всегда происходятъ подъ предсѣдательствомъ лица, отъ котораго присутствующіе члены находятся въ большей или меньшей *служебной* зависимости; всякое другое единеніе квалифицируется, какъ «дѣйствіе окопное», а потому преслѣдуется и пресѣкается. Чтобы лишить подчиненныхъ врачей возможности открытаго протеста и вмѣстѣ съ тѣмъ воспрепятствовать проникновенію въ печать какихъ-либо свѣдѣній о внутреннихъ порядкахъ вѣдомства, имѣются соответствующія законоположенія, требующія отъ служащихъ строгаго соблюденія бюрократической тайны: «Никто изъ лицъ, состоящихъ на службѣ въ военномъ вѣдомствѣ не имѣетъ права безъ разрѣшенія начальства сообщать въ повременныя изданія или разглашать инымъ путемъ свѣдѣнія, извлеченныя изъ дѣлъ, ввѣренныхъ ему или извѣстныхъ ему по его служебному положенію... (прилож. къ приказ. 1888 г., № 32)». Для укрощенія врачей, не укладывающихся въ опредѣленные военными законами рамки и отстаивающихъ свои человѣческія права и врачебное достоинство, въ распоряженіи начальства имѣется могущественное средство, это—т. наз. «польза службы», во имя которой, игнорируя не только научные, семейные и имущественные интересы врача, но и пользу самого дѣла, можно исполнѣ безответственно дѣлать, что угодно: можно на одного врача возложить нѣсколько должностей и принудить исполнять двойную или тройную работу; можно путемъ перевода или командировокъ лишить установившейся частной практики; можно разлучить на неопредѣленно-длительное время съ семьей и заставить жить на 2 дома, или наоборотъ—постоянно переезжать съ мѣста на мѣсто, не давая нигдѣ устроиться; можно систематически отказывать въ отпускѣ, т. е. въ отдыхѣ; можно нейропатологу приказывать вести хирургическое отдѣленіе; человѣка, имѣющаго нѣсколько ученыхъ степеней,—посадить на нѣсколько лѣтъ за канцелярскую работу и т. д., и т. п. Вышесказанный способъ при нынѣшнемъ в.-медицинскомъ управленіи примѣняется администраторами не только съ цѣлю наказанія или укрощенія строптивыхъ военныхъ врачей, но весьма часто и безъ всякихъ видимыхъ причинъ, какъ будто-бы просто изъ одного желанія лишній разъ показать дѣйствіе власти и причинить вредъ подчиненному.

При поверхностномъ наблюденіи в.-врачебнаго быта можетъ показаться непонятнымъ, почему врачи, отбывшіе обязательный срокъ службы, не уходятъ тотчасъ-же изъ в.-медицинскаго вѣдомства? Причинъ къ этому не мало. Прослуживъ около 5 лѣтъ въ военномъ вѣдомствѣ, болѣею частью въ какомъ-нибудь полку, врачъ чувствуетъ себя значительно отставшимъ отъ медицины и долженъ признать себя недостаточно подготовленнымъ къ научно-практической врачебной дѣятельности. Многие за этотъ періодъ времени успѣваютъ обзавестись семьей, а при этомъ условіи совершенно невозможно одѣлать какой-нибудь береженія изъ получаемаго ими скуднаго жалованья, необходимыя для выжиданія вакансіи. Нѣкоторыхъ просто затягиваетъ служба. Какъ разъ къ этому времени и в.-медицинское вѣдомство выставляетъ еще нѣкоторыя приманки, которыя многихъ могутъ удержать отъ рѣшительнаго шага: на 5-мъ году службы замѣтно увеличивается жалованье, дается штабъ-офицерскій чинъ «коллежскаго ассессора», которому присвоены, помимо густыхъ эполетъ, увеличенныя квартирныя, прогонныя и суточные деньги; кромѣ того, — и это самое соблазнительное — открывается надежда на прикомандированіе на казенный счетъ къ В.-Медицинской Академіи, чтобы держать докторскіе экзамены, конечно, съ обязательствомъ дальнѣйшаго отслуживанія. Однако, не смотря ни на что, врачи бѣгутъ съ военной службы при первой-же возможности, такъ что хроническій недостатокъ врачей сталъ въ в.-медицинскомъ вѣдомствѣ явленіемъ нормальнымъ. Въ одномъ Варшавскомъ округѣ недостача личнаго состава, по достовѣрнымъ свѣдѣніямъ, опредѣлялась въ 150—200 чел. Конечно, в.-медицинское вѣдомство очень мало обезпечено столь печальнымъ явленіемъ,—административныя должности рѣдко остаются вакантными; за то состоящимъ на обязательной службѣ младшимъ врачамъ приходится переносить всю тяжесть такого положенія, результатомъ котораго является — лишеніе отпусковъ, постоянныя командировки и исполненіе службы за нѣсколькихъ человѣкъ. Между прочимъ, казна по закону отпускаетъ деньги на полный штатъ служащихъ, при чемъ образующіеся свободные остатки отъ содержанія обыкновенно поступаютъ «на награды и пособія». Къ сожалѣнію, я пока не освѣдомленъ, куда обращаются этого рода суммы въ в.-медицинскомъ вѣдомствѣ; но, насколько мнѣ извѣстно, награды и пособія выдаются лишь чинамъ главнаго и окружныхъ в.-медицинскихъ Управленій, врачи-же частей войскъ и лѣчебныхъ заведеній никакихъ денежныхъ наградъ не получаютъ.

Для наилучшаго осуществленія преднамѣченной реформы в.-медицинскаго вѣдомства мнѣ казалось-бы необходимымъ прежде всего изъять самое обсужденіе этого вопроса изъ рукъ Комиссіи, составленной «по назначенію», преимущественно изъ чиновъ высшей администраціи, естественно заинтересованныхъ въ сохраненіи основъ стараго бюрократическаго порядка, съ которымъ тѣсно связано ихъ собственное положеніе, и передать все дѣло въ Комиссію представителей, свободно избранныхъ самими военными врачами изъ своей среды. Достаточно припомнить, что въ составъ 1-ой Комиссіи изъ 23 членовъ вошло 12 врачей и 11 офицеровъ, при чемъ среди врачей было 8 дѣйствительныхъ статскихъ и тайныхъ совѣтниковъ, 3 статскихъ и 1 коллежскій совѣтникъ, но ни одного консультанта, ни одного ординатора, и ни одного младшаго врача; среди офицеровъ — 7 генераловъ, 2 полковника, 1 подполковникъ и 1 капитанъ; итого 15 чел. т. е.  $\frac{2}{3}$  всего состава, въ генеральскихъ чинахъ.

Слѣдующей ступеню къ дѣйствительной реформѣ в.-медицинскаго дѣла является опредѣленіе того положенія, которое должны занять представители истинной медицины въ арміи. Военное вѣдомство, помимо огромныхъ суммъ, беретъ отъ народа для поддержанія милитаризма самыя здоровыя и работоспособныя силы и удерживаетъ ихъ въ своемъ распоряженіи въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ. Врачи въ арміи должны быть прежде всего *представителями общественнаго контроля*, т. е. слѣдить, насколько военное вѣдомство практически осуществляетъ въ жизни современныя требованія медицинской науки, и принимать ли оно всѣ мѣры къ сохраненію здоровья людей, отданныхъ въ

его распоряжение? Поэтому необходимо полное освобождение военныхъ врачей отъ всякой служебной зависимости отъ военнаго начальства, что въ особенности важно для высшихъ представителей военной медицины. Такъ, напр., главный в.-медицинскій инспекторъ никоимъ образомъ не можетъ быть подчиненъ военному министру, а долженъ занимать особое, хотя-бы равнозначашее министру, положение съ правомъ непосредственнаго доклада Государю; теперешнее-же положеніе аналогично съ такимъ случаемъ, при которомъ государственный контролеръ оказался-бы подчиненнымъ по службѣ министру одного изъ ревизуемыхъ вѣдомствъ.

Всякое заявленіе военнаго врача, касающееся охраненія здоровья нижнихъ чиновъ, должно имѣть характеръ не «мѣтнія», а обязательнаго «требованія», неисполненіе котораго, безъ достаточныхъ основаній, со стороны представителей военнаго вѣдомства должно разсматриваться и оцѣниваться, какъ преступленіе по службѣ. Если для признанія такого авторитета за военными врачами для офицеровъ и нижнихъ чиновъ недостаточно медицинскаго образованія и ученой степени, а нужны еще военная форма и военные чины, то, дѣйствительно, необходимо снабдить военныхъ врачей тѣмъ и другимъ и въ возможно сильной степени. Но едва-ли это такъ: нижніе чины, по личнымъ моимъ наблюденіямъ и по заявленіямъ товарищей, относятся къ гражданскимъ «вольноваемымъ» врачамъ ничуть не хуже, а, пожалуй, даже проще, чѣмъ къ находящимся на дѣйствительной службѣ; что-же касается офицеровъ, то, при условіи «дисциплинарной» отвѣтственности (хотя-бы и предъ своимъ военнымъ начальствомъ) въ случаѣ неисполненія медицинскаго требованія, можно предполагать съ ихъ стороны не меньшую внимательность къ распоряженіямъ штатскаго врача, чѣмъ къ приказанію санитаръ-подполковника. Защитники военной формы и чиновъ выставляютъ, между прочимъ, такіе доводы, какъ необходимость одного хозяина въ полку, важность единства въ организаціи арміи, требованія воинской дисциплины и т. п. Можно не сомнѣваться, что врачи во всякомъ случаѣ окажутся менѣ склонными вторгаться въ чуждую имъ область «строя», чѣмъ это дѣлаютъ сейчасъ офицеры въ отношеніи медицины, и не станутъ, безъ особой надобности, нарушать ни требуемаго единства, ни воинской дисциплины.

Что касается внутренней реформы в.-медицинскаго дѣла, то главною и ближайшею задачей въ данномъ случаѣ должно быть разрушеніе тѣхъ бюрократическихъ принциповъ, на которыхъ была основана прежняя организація. Известное коллективное письмо Томскихъ товарищей, адресованное въ Комиссію при главномъ в.-медицинскомъ управленіи, заключаетъ въ себѣ самыя существенныя требованія этого рода, и я къ нимъ присоединяюсь всецѣло.

Такимъ образомъ, вмѣсто централизаціи, должна быть предоставлена широкая аутономія для мѣстныхъ учреждений (госпиталей, лазаретовъ), а кромѣ того — полная свобода личнаго почина и медицинскаго дѣятельности для отдѣльныхъ врачей.

Многочисленная администрація «по назначенію» должна быть замѣнена немногими «выборными» должностями на опредѣленный срокъ, при чемъ мѣропріятія общаго характера должны вырабатываться все таки сообща — на Сѣздахъ военныхъ врачей.

Дисциплинарныя взысканія, военный судъ и всякаго рода проявленія произвола должны быть замѣнены Судомъ присяжныхъ или товарищескимъ, третейскимъ Судомъ, обязательнымъ не только для младшихъ, но и для высшихъ должностныхъ лицъ. Постоянный контроль начальства долженъ смѣниться довѣріемъ, по крайней мѣрѣ, не меньшимъ, чѣмъ то, которое оказывается представителямъ военнаго сословія.

Бумажное дѣлопроизводство необходимо сократить до minimum'a.

Канцелярскую тайну должны смѣнить свобода слова и широкая гласность; кромѣ того, необходимо предоставить и военнымъ врачамъ право свободной организаціи Сою-

Наконецъ, въ интересахъ справедливости и самаго дѣла, слѣдуетъ отмѣнить особую привилегію медицинскихъ факультетовъ, освобождающихъ почему то многихъ врачей отъ исполненія всеобщей воинской повинности. Всякій врачъ, независимо отъ казенной стипендіи того или иного вѣдомства, долженъ на общемъ основаніи принимать участіе въ в.-врачебномъ дѣлѣ и внести въ него свою долю труда.

В. Сланскій.

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физиологія и общая патологія.** 572. Д-ръ *Dawson Turner* (Edinburgh) предлагаетъ пользоваться наравнѣ съ криоскопией опредѣленіемъ сопротивленія мочи и крови электрическому току, выводомъ для здоровыхъ лицъ отношеніе — «*кровенно-почечный солевой показатель*» — равнымъ 2—3. Изслѣдуя сопротивленіе 21 к. омъ. мочи въ U-образной трубкѣ, авт. нашелъ его равнымъ 45 омамъ; чѣмъ больше солей въ мочѣ, тѣмъ меньше она оказываетъ сопротивленіе току, и наоборотъ. Такимъ образомъ значительное повышеніе сопротивленія наблюдается при фибринозномъ воспаленіи легкихъ, сахарномъ мочеизнуреніи, *Bright*'овой болѣзни и злокачественномъ малокровіи. Повышеніе сопротивленія мочи указываетъ на недостаточность работы почечныхъ клубочковъ. При изслѣдованіи крови авт. примѣняетъ такой способъ: 5 к. мм. крови помѣщаются между 2-хъ чашечковидныхъ электродовъ въ 3 мм. въ поперечникѣ, покрытыхъ губчатой платиной и укрѣпленныхъ на разстояніи 0,75 мм. другъ отъ друга. Среднее сопротивленіе здоровой крови при этомъ способѣ оказывается равнымъ 93,5 омамъ, колеблется въ предѣлахъ 85—130 омъ. При злокачественномъ малокровіи сопротивленіе крови оказывается уменьшеннымъ почти вдвое — до 50 омъ. Если отношеніе сопротивленія крови къ сопротивленію мочи болѣе 2—3, это служитъ указаніемъ, что кровь содержитъ мало солей, а моча больше и что функциональная дѣятельность почекъ увеличена. Уменьшеніе величины показателя означаетъ, что дѣятельность почекъ угнетена. По мѣтнію *T.*, предлагаемый способъ болѣе чувствителенъ, быстрѣ выполняется и болѣе точенъ, чѣмъ криоскопическій; но при этомъ надо имѣть въ виду, что на измѣненіе сопротивленія электрическому току вліяютъ почти исключительно неорганическія вещества, присутствіе же бѣлка, сахара и пр. не оказываетъ существеннаго вліянія (*The Lancet*, 28 іюля и *British Medical Journal*, 28 іюля).

Л. Старокадомскій.

573. Д-рамъ *Brein*'у и *Kinghorn*'у (Liverpool) удалось доказать, что *спирохеты* африканской возвратной лихорадки переходятъ въ кровь плода при заболѣваніи беременной, какъ это доказано и для возбудителя возвратнаго тифа. Заразивъ 4 крысъ и 1 морскую свинку, авторы или находили спирохету въ крови зародышей, или, выпрыскивая ихъ кровь здоровымъ взрослымъ животнымъ, вызывали типичное заболѣваніе. Однако, чужеродныя втрѣчаются въ крови зародышей въ значительно меньшемъ числѣ, чѣмъ одновременно въ крови матери или въ крови плода. Установлено также, что новорожденные, родившіеся отъ больныхъ животныхъ, не обладаютъ невосприимчивостью и легко заболѣваютъ при искусственномъ зараженіи (*The Lancet*, 28 іюля).

Л. Старокадомскій.

**Фармакологія.** 574. Какъ извѣстно, современные способы введенія ртути въ организмъ сифилитиковъ (втиранія, впрыскиванія не-и растворимыхъ солей Hg) имѣютъ хорошія и дурныя стороны, иногда-же, однако, ихъ совсѣмъ нельзя примѣнить. Желательно поэтому имѣть такой препаратъ Hg, который, будучи введенъ въ желудокъ въ достаточной дозѣ относительно количества ртути, не вредитъ бы и не раздражалъ пищевыхъ путей. Такими свойствами обладаетъ соединеніе холевой кислоты съ окисью ртути. Холекиловая ртуть — (C<sub>24</sub> H<sub>33</sub> O<sub>6</sub>)<sub>2</sub> Hg — представляетъ желтоватобѣлый порошокъ, не растворимый въ водѣ,

23, 3%, Hg. Опыты, поставленные на животныхъ, показали, что холекислая ртуть легко всасывается и быстро выдѣляется изъ организма. Чтобы еще болѣе защитить пищевые пути отъ раздраженія, соединяютъ холекислую ртуть въ отношеніи 1:2 съ дубильнокислымъ бѣлкомъ, и такое соединеніе, приготовляемое на фабрикахъ въ эластическихъ капсулахъ, получило названіе *мергала* (Mergal); каждая капсула содержитъ 0,05 холекислой ртути и 0,1 дубильнокислаго бѣлка. Д-ръ *Boss* (Strassburg) въ теченіи 2-хъ лѣтъ примѣнилъ мергалъ у 30 больныхъ и убѣдился, что онъ хорошо переносится людьми даже въ большихъ количествахъ; онъ давалъ его по 0,5 въ сутки безъ вреда, тогда какъ соотвѣтствующая по количеству Hg доза сулемы (0,15) быстро вызвала-бы сильное раздраженіе кишокъ (боли, поносъ). Холекислая ртуть быстро выдѣляется изъ организма: спустя 3—4 недѣли послѣ послѣдней капсулы мергала изслѣдованіе мочи не открывало въ ней ртути. Авт. въ первые 4—5 дней даетъ больнымъ 3 раза въ сутки по 1 капсулѣ (послѣ ѣды), затѣмъ 3 раза въ сутки по 2 капсулы (0,3 въ сутки) и, если больной хорошо переносилъ эту дозу, то назначаетъ по 2 капсулы, 4—5 разъ въ день (0,4—0,5 въ сутки). Какъ первичныя, такъ вторичныя и третичныя явленія сифилиса подъ вліяніемъ мергала проходили такъ-же быстро, какъ и при втираніяхъ или впрыскиваніяхъ ртути. Изъ 30 случаевъ только въ 3-хъ появился стоматитъ, а въ 24-хъ не было никакого расстройствъ кишокъ. Авт. приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. Мергалъ—хорошее противосифилитическое средство, такъ какъ уничтожаетъ заразу такъ-же хорошо, какъ и другія соединенія Hg (въ видѣ втираній и впрыскиваній). Будучи хорошо переносимъ пищевыми путями, онъ можетъ быть назначаемъ безъ вреда въ теченіи мѣсяцевъ. По окончаніи лѣченія мергаломъ больной чувствуетъ себя не ослабленнымъ, а укрѣпленнымъ. Лѣченіе сифилиса мергаломъ является самымъ простымъ и удобнымъ способомъ; кромѣ того, оно не прерываетъ занятій и можетъ быть проведено втайнѣ (Medicinische Klinik, № 30). С. О.

**Внутреннія болѣзни.** 575. Д-ръ *Hirschman* (Detroit, С.-А. С. Ш.) советуетъ *мчить привычные запоры*, зависяшіе отъ атоніи кишечника, *растягиваніемъ S-образной кишки*. Для этого *Н.* примѣняетъ резиновый шаръ, соединяющійся съ гибкимъ бужомъ *Wales'a*, вмѣющимъ отверстіе въ центральной части. Скомканный шаръ вводится въ S-образную кишку при *Sims'*овскомъ положеніи больного. Сжатымъ воздухомъ подъ небольшимъ давленіемъ медленно растягиваютъ введенный въ кишку шаръ, пока больной не получитъ непріятнаго чувства или желанія опорожнить кишечникъ; тогда воздухъ выпускаютъ, чтобы черезъ вѣскольکو секундъ снова растянуть шаръ. Это повторное расширеніе и сжиманіе шара продѣлывается въ теченіи 5 минутъ, раза по 4 въ минуту. Послѣ того шаръ въ надутомъ состояніи, съ закрытымъ отверстіемъ бужа, извлекаютъ. Такое лѣченіе ведется первые 5—7 дней ежедневно по 1 разу, затѣмъ раза 3—4 черезъ день, послѣ—черезъ 3 и 4 дня. Такъ какъ уже въ первые дни лѣченія у больного появляются правильныя испраженія, то въ дальнѣйшемъ остается лишь наблюдать за его кишечникомъ. Авт. пользовалъ около 80 больныхъ и только въ 3-хъ случаяхъ описываемый способъ не имѣлъ успѣха (The Medical Record, 11 августа). Л. Старокадомскій.

576. Ч. пр. *Rolly* (изъ *Leipzig'*ской клиники) описываетъ *массовое отравленіе зелеными бобами*, при которомъ одновременно заболѣли 250 чел. служащихъ въ большомъ торговомъ домѣ. Всѣ они ѣли за обѣдомъ жаркое и зелень, при чемъ мясо состояло частью изъ баранины, частью изъ говядины, зелень-же для всѣхъ безъ исключенія была приготовлена изъ консервовъ; при приготовленіи зелени она не кипятилась, а только на короткое время была опущена въ воду, нагрѣтую до 80° Ц. Явленія отравленія обнаружались у многихъ уже черезъ 4 часа послѣ обѣда, у нѣкоторыхъ вѣскольکو позже и выражались въ видѣ сильныхъ болей въ животѣ, познаниваніи, тошнотѣ, отрыжкѣ, позывѣ къ рвотѣ, головной боли и головокруженіи; у однихъ къ этимъ явленіямъ съ самаго начала присоединился поносъ, у другихъ послѣдній развился только ночью или на слѣдующій день; черезъ 2—4 дня всѣ яв-

ленія отравленія исчезли и всѣ больные безъ исключенія выздоровѣли. Такъ какъ мясо служащія ѣли неодинаковое, а зелень ѣли всѣ одну, то, естественно, нужно было думать, что причиной массоваго отравленія и была зелень. Изслѣдованіе подтвердило это предположеніе: въ мясѣ не оказалось ни металлическихъ ядовъ, ни бактерій, а изъ зелени удалось выдѣлать 2 вида палочекъ: *обычную кишечную палочку* и *палочку паратифа В.* Практическій интересъ представляютъ нѣкоторыя данныя этого изслѣдованія: оно было начато черезъ 20 час. послѣ приготовления зелени и въ препаратахъ (на мазкахъ) оказалось уже огромное количество палочекъ. Однако, есть основаніе думать, что во время обѣда зелень не содержала такого большого количества бактерій, а надо полагать, что онѣ размножились впослѣдствіи. Что отравленіе въ данномъ случаѣ было вызвано 2-мя вышеупомянутыми видами бактерій, авт. доказываетъ тѣмъ, что ни металлическихъ ядовъ, ни анаэробовъ въ зелени не оказалось, а выдѣленные палочки, какъ показали опыты на животныхъ, были весьма ядовиты; особенно необычной ядовитостью отличалась кишечная палочка; однако, подвергавшіяся опытамъ животныя гибли только тогда, когда разводки этихъ микроорганизмовъ вводились подкожно или въ кровь. При кормленіи въ теченіи 3-хъ дней мышей и крысъ упомянутой зеленью крысы остались совершенно здоровыми, а мыши, хотя и болѣли 2 дня, но на 3-й оправившись совершенно; дальнѣйшія изслѣдованія показали, что для обнаруженія ядовитости этихъ бактерій, при введеніи ихъ черезъ желудокъ, необходимо болѣе продолжительное время. Что паратифозныя палочки легко могутъ погибнуть въ желудочно-кишечномъ каналѣ, доказывается тѣмъ, что автору не удалось выдѣлать этихъ палочекъ изъ испраженій ни у одного изъ изслѣдованныхъ въ описываемомъ случаѣ больныхъ. На вопросъ, вызваны-ли въ данномъ случаѣ явленія отравленія живыми бактеріями или лишь продуктами ихъ жизнедеятельности, т. е. ядами ихъ, авт. склоненъ отвѣтить такъ, что здѣсь имѣется дѣло только съ дѣйствіемъ токсиновъ, главнымъ образомъ потому, что явленія отравленія обнаружались сейчасъ-же за введеніемъ яда въ кишечникъ; если-бы имѣлось бактерійное заболѣваніе, болѣзненнымъ явленіямъ долженъ-бы былъ предшествовать болѣе продолжительный скрытый періодъ; кромѣ того, самъ характеръ клиническихъ явленій—они ограничивались желудочно-кишечнымъ каналомъ—и ихъ быстрое исчезновеніе говорятъ противъ бактерійнаго заболѣванія. То обстоятельство, что въ данномъ случаѣ зелень при приготовленіи не была подвергнута кипяченію, по мнѣнію автора, можетъ не имѣть большого значенія въ вопросѣ о происхожденіи отравленія, ибо послѣднее можетъ быть обусловлено такими ядовитыми продуктами бактерій, которыя не разрушаются высокой температурой (Münchener medicinische Wochenschrift, № 37).

А. Коварскій.

**Хирургическія болѣзни.** 577. Д-ръ *F. Tromp* (Barmen) описываетъ изобрѣтенный проф. *Heusner'*омъ *опузырный отдѣлитель для полученія мочи изъ каждой почки отдѣльно*. Приборъ этотъ долженъ замѣнить катетеризацію мочеточниковъ въ тѣхъ главныхъ образомъ случаяхъ, когда имѣется основаніе опасаться занесенія заразнаго начала изъ пузыря въ почки, или когда введеніе цистоскопа невозможно вслѣдствіе суженія мочеиспускательнаго канала. Сущность новаго способа заключается въ томъ, что въ пузырь вводится обыкновенный катетеръ, при помощи котораго онъ опорожняется, а, если нужно, то и тщательно промывается; затѣмъ, при помощи особаго прибора прижимаются со стороны живота оба пузырныхъ отверстія мочеточниковъ, вслѣдствіе чего притокъ мочи въ пузырь прекращается; послѣ этого открываютъ одно изъ отверстій, и моча течетъ только изъ этого отверстія, при чемъ черезъ катетеръ она вытекаетъ наружу; тогда опять прижимаютъ отверстіе и снова промываютъ пузырь, послѣ чего можно открыть 2-ой мочеточникъ и собрать мочу изъ 2-ой почки. Приборъ *Heusner'a* состоитъ изъ 4-угольной доски съ двигающейся по ней желѣзной рамой; въ эту раму вставлены отвѣсно 2 стерильныя съ винтовыми нарезками и мягкими пелотами на концахъ. Тазъ больного за-



крѣпится на доскѣ, а пелоты прижимаются при помощи вбитовъ такимъ образомъ, чтобы они закрывали отверстія мочеочниковъ. Такъ какъ пелоты дов. велики, то прижатіе удается даже у очень полныхъ и упитанныхъ особъ. Преимущество этого способа заключается еще въ томъ, что для пользованія имъ не требуется той технической опытности и ловкости, которая необходима при катетеризаціи мочеочниковъ. Единственной отрицательной стороной его, по автору, является то, что при циститахъ къ мочѣ нерѣдко примѣшивается отдѣляемая слизистая оболочка пузыря (Münchener medicinische Wochenschrift, № 36).

А. Коварскій.

578. Извѣстный американскій хирургъ *W. Mayo*, обладающій огромнымъ опытомъ въ брюшной хирургіи, напечаталъ работу о *техникѣ наложенія желудочно-кишечнаго соустья*. Авторъ находитъ, что при наложеніи задняго желудочно-кишечнаго соустья нужно брать петлю у самаго начала тощей и пришивать ее къ желудку въ ея нормальномъ положеніи, а не поворачивать петлю соответственно направленію желудочныхъ сокращеній. Операцию дѣлаютъ такъ: Разрѣзъ вправо отъ средней линіи черезъ волокна прямой мышцы живота; извлекаютъ въ рану поперечную кишку и отыскиваютъ начало тощей; натягивая тощую, опредѣляютъ ея подвѣшивающую связку (*lig. Treitzii*), идущую отъ брызжейки поперечной кишки (*mesocolon transversum*) къ началу тощей и какъ разъ въ этомъ мѣстѣ разъединяютъ брызжейку поперечной кишки; извлекаютъ въ нее заднюю стѣнку желудка и спиваютъ тощую кишку съ стѣнкою желудка. Шовъ на желудкѣ начинаютъ, отступя на 2,5 см. вверху отъ большой кривизны, въ точкѣ, лежащей на линіи, которая представляетъ собою мысленно продолженную горизонтальную часть малой кривизны. Шовъ на кишкѣ начинаютъ, отступя на 3—6 см. отъ начала ея изъ 12-перстной. Хотя кишки и желудокъ оказываются соединенными другъ съ другомъ такъ, что направленіе ихъ перистальтическихъ движеній не совпадаетъ, тѣмъ не менее авт. на 65 случаевъ ни разу не имѣлъ ни смертельнаго исхода, ни осложнений, которыя наблюдались при образованіи задняго желудочнаго соустья съ поворотомъ кишечной петли. Въ этомъ поворотѣ по ходу перистальтики *Mayo* и видитъ причину нежелательныхъ осложнений (*Annals of Surgery*, апрѣль).

Б. Финкельштейнъ.

579. Д-ръ *Alessandri* на основаніи собственнаго случая и данныхъ литературы говорить о *хирургическомъ вмѣшательствѣ при бугорчатковомъ пораженіи моза и его оболочекъ*. Единичные случаи операциі при бугорчатковомъ воспаленіи мозговыхъ оболочекъ дали мало утѣшительные результаты. Авт. самъ оперировалъ мальчика, повидимому, съ бугорчатковымъ пораженіемъ мозговыхъ оболочекъ.

Больной, 11 л., страдаетъ судорогами съ 3-лѣтнаго возраста. Судороги начинаются съ лѣвой ручной кисти и распространяются на всю руку, лицо и лѣвую ногу. Приступамъ судорогъ, повторяющимся неправильно черезъ нѣсколько дней или недѣль, предшествуетъ повышение температуры. При операциі въ средней части правой *Roland*овой борозды найдено утолщеніе твердой оболочки и сращенія въ формѣ отдѣльныхъ узловъ, по ходу сосудовъ, съ мягкой мозговой оболочкою. Твердая оболочка вскрыта; сращенія разъединены; шовъ. Мальчикъ выздоровѣлъ.

Авт. думаетъ, что въ описанномъ случаѣ имѣлись послѣдствія ограниченаго бугорчатковаго воспаленія мозговыхъ оболочекъ. Лучшіе результаты получаются при операциі одиночныхъ бугорковъ. Послѣдніе встрѣчаются относительно часто: по новѣйшимъ даннымъ на 1633 случая внутречерепныхъ опухолей въ 489 имѣется бугорокъ, въ 414—саркома, въ 253—глиома, въ остальныхъ случаяхъ—другія разновидности. Въ 73% случаевъ (особенно у дѣтей) одиночный бугорокъ сочетается съ бугорчатковымъ воспаленіемъ оболочекъ. Само собой разумѣется, что операциа возможна тамъ, гдѣ къ бугорку есть доступъ (выпуклая поверхность полушарій, мозжечекъ). Величина удаленнаго бугорка была отъ горошины до гусиного яйца. Показаніемъ къ операциі служили тяжкія функциональныя расстройства. Распознаваніе—очень трудное. Нужно принимать во вниманіе возрастъ (дѣти заболѣваютъ въ 4 раза чаще, чѣмъ взрослые), наследственность, общій видъ больного, наличность другихъ очаговъ бугорчатки. Въ общемъ считая и случай автора (подробное описаніе своего случая авт. не приводитъ).

чая удаленія одиночныхъ бугорчатковыхъ опухолей большого мозга и 6 случаевъ опухолей мозжечка. Изъ 22-хъ больныхъ 1-ой группы умерли отъ операциі 3-ое; у 13 наступило временное улучшеніе, а у 6 послѣдовало прочное выздоровленіе (отъ 1 года до 6 лѣтъ). Изъ 6 больныхъ 2-ой группы 4 погибли отъ операциі немедленно, 2 спустя 2—10 мѣс. (*Annals of Surgery*, февраль). *Б. Финкельштейнъ*.

580. Д-ръ *Morris* (Melbourne) сообщаетъ интересный случай *онестрѣльной раны сердца*, при чемъ больной носилъ пулю въ сердцѣ нѣсколько мѣсяцевъ.

70-лѣтній старикъ, страдавшій спинной сухоткой, выстрѣлилъ себѣ въ грудь изъ револьвера въ январѣ 1904 г. Рана находилась въ мѣстѣ соединенія грудныхъ съ мечевиднымъ отросткомъ. Кровотеченія и угрожающихъ явленій не было, и больной черезъ 2 недѣли поправился. Рентгеноскопія показала, что пуля находится на уровнѣ 6-го лѣваго ребернаго хряща, на 2 дюйма влѣво отъ грудины. Въ сентябрѣ того-же года больной внезапно потерялъ сознание и умеръ спустя нѣсколько часовъ; тоны сердца въ этотъ промежутокъ были чисты, хотя очень слабы. На вскрытіи найдено: оба листка сердечной сумки сращены почти на всемъ протяженіи, особенно плотное сращеніе въ области праваго сердца; темно-окрашенный рубецъ на передней стѣнкѣ праваго сердечнаго ушка—мѣсто проникновенія пули, которая пронизала затѣмъ правый передній доскутъ 3-створчатой заслонки, оставивъ маленькое щелевидное отверстіе, и зашла въ мышцѣ, возлѣ верхушки, выдаваясь отчасти въ полость праваго желудочка; послѣдняя часть пули была покрыта тонкой соединительно-тканной пленкой; сердечная мышца—дряхлая; лѣвый желудочекъ растянутъ и гипертрофированъ (*The Lancet*, 28 іюля). *Д. С—скій*.

## ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

*LXXII. Протоколъ XXXIII-го очереднаго засѣданія Общества больничныхъ врачей въ Петербургѣ 14-го ноября 1905 г.*

Прочтены и утверждены протоколы XXXI-го и XXXII-го очередныхъ засѣданій.

*Н. Н. Дьячковъ. О должности смотрителя въ городскихъ больницахъ.*

По предложенію предсѣдателя, пренія по этому докладу были отложены для одновременнаго обсужденія съ слѣдующимъ докладомъ по вопросу объ аутономіи больницъ.

*А. Б. Арановъ. О принципахъ аутономнаго устройства больницъ* (см. «Русск. Врачъ», 1905 г., № 50).

*А. Э. Бари* высказалъ свое удивленіе, что въ проектахъ объ аутономіи проводится мысль о главномъ врачѣ: по его мнѣнію, при аутономномъ устройствѣ больницъ, т. наз. главному врачу нѣтъ мѣста, и потому упоминаніе даже по имени объ этой должности недопустимо. Во главѣ аутономной больницы долженъ стоять больничныи Совѣтъ, во главѣ послѣдняго предсѣдатель Совѣта. Далѣе онъ несогласенъ съ докладчикомъ, полагающимъ возможность устранить низшій медицинскій персоналъ отъ участія въ управленіи; по личному опыту въ своей лѣчебницѣ, гдѣ д-ръ *Б.* давно уже привлекаетъ на Совѣщанія по хозяйственно-административнымъ вопросамъ служителей, онъ можетъ засвидѣтельствовать, что, благодаря именно ихъ участію, онъ получаетъ въ высшей степени цѣнныя указанія. Д-ръ *Б.* полагаетъ поэтому, что въ настоящее время пора уже оставить прежнія ссылки на неподготовленность рабочаго класса, на недостаточную сознательность его; вѣдь, еще недавно считалось азбучной истиной, что въ политикѣ рабоче ничего не понимаютъ; между тѣмъ мы всѣ — живые свидѣтели событій, показавшихъ способность рабочихъ прекрасно разбираться въ политическихъ вопросахъ, и всѣ мы знаемъ, что именно пролетаріатъ вынесъ на себѣ всю тяжесть освободительнаго движенія. Д-ръ *Б.* убѣжденъ, что и въ дѣлѣ управленія больницами низшій медицинскій персоналъ окажется на высотѣ своего призванія и устранять его отъ участія въ больничномъ Совѣтѣ нѣтъ никакихъ основаній. Что касается попечителя, то и въ этомъ пунктѣ онъ расходится съ докладчикомъ; роль его, какъ контролирующаго органа, всегда будетъ призрачною, контроль всегда останется только бумаженнымъ; въ этомъ д-ръ *Б.* убѣдился и на личномъ опытѣ. Совѣтъ иное дѣло участіе делегатовъ отъ больницъ въ исполнительныхъ органахъ Думы, при томъ, конечно, съ правомъ рѣшающаго голоса. Здѣсь идея представительства интересовъ больныхъ, дѣйствительно, могла-бы найти свое осуществленіе.

*Ю. Г. Малис:* Здѣсь имѣется нѣкоторое недоразумѣніе—смѣшеніе понятій объ органахъ управляющихъ и исполняющихъ. Обсуждая больничную аутономію, мы должны отрѣшиться отъ вѣвшихся въ насъ взглядовъ на роль главнаго врача, смотрителя и

ции всех этих лиц совершенно измѣнятся, и они явятся только въ роли исполнительныхъ органовъ. Управляющимъ органомъ будетъ больничный Совѣтъ, въ которомъ въ автономной больницѣ должны быть представители отъ всехъ 3-хъ группъ. Роль врачебной группѣ не должна быть управляющей, господствующей. Въ всякаго сомнѣнія, рѣшеніе врачебныхъ вопросовъ будетъ всегда находиться въ рукахъ врачей. На участіе въ рѣшеніи чисто врачебныхъ вопросовъ ни коллегія среднего служебнаго персонала, ни коллегія персонала низшаго никогда, разумѣется, претендовать не будутъ.

*Г. С. Кулема* предложилъ для стройности преній поставить рядъ определенныхъ вопросовъ и подвергнуть обсужденію каждый изъ нихъ въ отдѣльности. Въ первую очередь онъ предлагалъ бы просить высказаться по самому острому вопросу: всѣ-ли группы служащихъ (врачи, средний и низшій персоналъ) должны участвовать въ управленіи больницей?

Предложеніе это было принято, и председатель просилъ высказываться сначала только по этому вопросу.

*Н. Н. Дяченко* указалъ, что въ настоящее время главный врачъ совмѣщаетъ въ себѣ обязанности и врача, и хозяина — администратора. Ненормальность такого положенія ясна сама по себѣ, такъ какъ, разумѣется, очень трудно найти лицо, обладающее достаточной талантичностью въ 2-хъ такихъ разнородныхъ областяхъ. Если-бы, однако, даже допустить, что такіе люди встрѣчаются, все-таки нельзя примириться съ предоставленіемъ одному лицу такой почти неограниченной власти, какой облечены теперь главные врачи. Власть портитъ всякаго, даже самаго лучшаго человѣка: теперь, когда въ больницахъ обсуждаются проекты автономіи, главные врачи считаютъ для себя возможнымъ предсѣдательствовать на этихъ Совѣщаніяхъ и тѣмъ, конечно, производить давленіе на младшихъ врачей и вліять на исходъ преній.

*М. А. Чистяковъ* ознакомилъ Собраніе съ проектомъ больницы автономіи, выработаннымъ врачами Калининской больницы примѣнительно къ нуждамъ послѣдней. Сущность проекта сводится къ слѣдующему:

## 1.

Во главѣ всего больничнаго дѣла Калининской больницы стоитъ врачебная Коллегія.

Одно изъ общихъ Собраній врачей Коллегіи (годовое) посвящается организационной задачѣ; на немъ: 1) Врачи избираютъ изъ своей среды: а) предсѣдателя и секретаря общихъ Собраній; б) въ больничный Совѣтъ предсѣдателя, 5 членовъ Совѣта (изъ нихъ 1 замѣститель предсѣдателя) и 3-хъ кандидатовъ; в) членовъ въ ревизионную Коммиссію; г) членовъ въ больничны Судъ и д) делегатовъ въ врачебно-санитарный Совѣтъ при городскомъ Управленіи. 2) Общее Собраніе преподаетъ больничному Совѣту руководящія указанія относительно веденія больничнаго дѣла. 3) Рассматриваетъ и утверждаетъ отчеты за истекшій годъ.

Прим. 1) Кромѣ организационнаго засѣданія могутъ быть созываемы и экстренныя въ случаѣ надобности. 2) Допускается совмѣщеніе разныхъ должностей въ одномъ лицѣ.

## 2.

1) Управленіе больницей возлагается на больничный Совѣтъ, состоящій изъ 6 врачей, избранныхъ общимъ Собраніемъ врачебной Коллегіи (предсѣдатель и 5 членовъ). При обсужденіи вопросовъ административно-хозяйственныхъ въ засѣданіяхъ больничнаго Совѣта участвуютъ, на правахъ членовъ, представители городского Управленія и 5 выборныхъ представителей отъ не врачебнаго персонала, служащаго въ больницѣ.

2) Предсѣдатель больничнаго Совѣта является официальнымъ представителемъ больницы; ему вмѣстѣ съ членами-врачами больничнымъ Совѣтомъ вѣрается исполнительная власть въ больницѣ; въ его задачи входитъ слѣдить за исполненіемъ всими служащими ихъ обязанностей, за своевременнымъ осуществленіемъ всехъ постановленій больничнаго Совѣта, за соблюденіемъ санитарнаго, благоустройства и порядкомъ въ больницѣ и т. п.

3) Завѣдываніе отдѣльными отраслями больничнаго хозяйства (продовольствіе, инструменты, бѣлье, инвентарь, аптека и т. д.) распределяется между членами Совѣта по его выбору.

4) Всѣ вопросы въ больничномъ Совѣтѣ рѣшаются простымъ большинствомъ голосовъ; въ случаѣ равенства голосовъ предсѣдателя даетъ перевѣсъ.

5) Какъ предсѣдатель Совѣта, такъ и члены, завѣдующіе отдѣльными отраслями хозяйства, получаютъ добавочное вознагражденіе.

## 3.

1) Служащій въ больницѣ не-врачебный персоналъ подраздѣляется соотвѣтственно роду своихъ занятій на группы, представляющія собой отдѣльныя, самоуправляющіяся единицы — автономныя корпораціи. Въ Калининской больницѣ такихъ корпорацій 5: 1) фельдшерская, 2) фармацевтическая, 3) надзирательская, 4) мужской прислуги, 5) женской прислуги.

2) Всѣ члены каждой корпораціи равноправны между собой.

3) Всѣ дѣла внутренняго быта рѣшаются корпораціями самостоятельно.

4) Каждая корпорація обладаетъ правомъ участія въ общемъ управленіи больницей при посредствѣ выборнаго представителя въ больничный Совѣтъ.

5) Пріемъ и увольненіе со службы производится корпораціей и утверждается больничнымъ Совѣтомъ; только въ исключительныхъ случаяхъ, предусмотрѣнныхъ инструкціей, служащіе могутъ быть уволены больничнымъ Совѣтомъ.

6) Вопросы объ удаленіи членовъ корпораціи, на основаніи

принадлежащаго ей права, рѣшаются большинствомъ не менѣе 3—4 голосовъ всехъ членовъ корпораціи, о чемъ составляется мотивированное постановленіе.

## 4.

1) Всѣ врачи Коллегіи ведутъ вѣтренныхъ имъ больныхъ согласно требованіямъ науки и врачебнаго долга, примѣнительно къ экономическимъ и терапевтическимъ нормамъ больницы и существующимъ инструкціямъ; въ этихъ предѣлахъ каждый врачъ пользуется полной свободой и самостоятельностью.

2) Отвѣтственность за правильное веденіе дѣла въ отдѣленіяхъ больницы лежитъ какъ на врачѣ, ведущемъ отдѣленіе, такъ и на всей Коллегіи.

3) Консультативныя функціи возлагаются на врачебную Коллегію или отдѣльных членовъ ея по желанію лѣчащаго врача, или же на врачей, приглашенныхъ со стороны по разнымъ спеціальностямъ.

4) Врачъ, желающій заниматься въ Калининской больницѣ, можетъ причислиться къ ней въ качествѣ врача-практиканта. Врачъ-практикантъ не принадлежитъ къ Коллегіи, свободенъ отъ всякой обязательной службы по больницѣ и пользуется въ коллегіальномъ Собраніи лишь совѣщательнымъ голосомъ.

5) Отъ лица, вступающаго въ Коллегію врачей Калининской больницы, требуется представити доказательство своей компетентности въ соотвѣтствующей спеціальности. По признаніи коллегіальнымъ Собраніемъ этихъ данныхъ достаточными можетъ быть произведено избраніе его въ полноправные члены Коллегіи на освобождающуюся вакансію. Въ случаѣ же отсутствія вакансіи можетъ быть произведено избраніе его въ число врачей-кандидатовъ на имѣющую освободиться вакансію. Врачъ-кандидатъ можетъ замѣщать отсутствующаго члена Коллегіи и назначается по старшинству очереди на открывшуюся платную отвѣтственную должность, временную или постоянную, какая представится.

*А. В. Быстровъ* не видитъ автономіи въ проектѣ докладчика. Почти тоже, что предлагается въ его докладѣ, уже существуетъ въ Алафузовской больницѣ. Существовало и раньше въ видѣ хозяйственнаго Комитета, въ которомъ участвовали всѣ врачи больницы. Съ перемѣной главнаго врача нѣсколько лѣтъ тому назадъ прежній порядокъ былъ отмененъ, и послѣдніе годы врачи опять были устранимы отъ участія въ управленіи. Въ самое послѣднее время, когда д-ръ *Бари* былъ временно назначенъ почителемъ больницы, хозяйственный Комитетъ возобновилъ свою дѣятельность въ прежнемъ составѣ; за исключеніемъ главнаго врача, всѣ члены хозяйственнаго Комитета — выборные, и никто не можетъ быть ни приглашенъ на службу, ни уволенъ безъ соотвѣтствующаго постановленія Комитета.

*Предсѣдатель* проситъ желающихъ говорить по поводу доклада держаться рамокъ обсуждаемаго частнаго вопроса и предложитъ обсуждать общій вопросъ объ автономіи по слѣдующей намѣченной секретаремъ схемѣ: 1) роль въ управленіи больницей отдѣльных группъ служащихъ (врачей, среднего, низшаго персонала); 2) роль и порядокъ выборовъ т. наз. главнаго врача; 3) компетенція больничнаго Совѣта (административно-хозяйственнаго органа); 4) порядокъ выборовъ и роль завѣдующихъ отдѣленіями (консультантовъ); 5) организація представительства интересовъ больныхъ и интересовъ городского населенія.

*М. Г. Немзеръ*: Высшій тонъ, высшее научное руководство больницей принадлежитъ Коллегіи врачей, а потому другая Коллегія должна имѣть во врачебномъ Совѣщаніи только совѣщательный голосъ. Исполнительный органъ, Правленіе или Совѣтъ, которому не придется рѣшать крупныхъ врачебныхъ вопросовъ, можетъ и долженъ состоять изъ представителей всехъ 3-хъ Коллегій. Уже и теперь изъ низшаго персонала выделяются свѣтлыя головы, которыя совершенно подходятъ, какъ представители отъ низшаго персонала, въ исполнительный Комитетъ. Введеніе уже теперь низшаго персонала въ дѣло управленія больницей имѣетъ для него воспитательное значеніе. Нельзя поддерживать такой порядокъ, при которомъ самъ низшій персоналъ потребуетъ, наконецъ, для себя права участія въ управленіи больницей. Они одна лѣзутъ въ больницы на койкахъ и на себѣ испытываютъ порядки больницы. Д-ръ *Н.* стоялъ-бы только за то, чтобы, пока низшій персоналъ не воспитается, численное преобладаніе въ Совѣтѣ имѣлъ персоналъ врачебный.

*Н. П. Драгевичъ-Яновская* сообщила, что Коммиссія въ барачной въ память *С. П. Боткина* больницѣ высказалась тоже за предоставленіе рѣшающаго голоса и среднему и низшему медицинскому персоналу; по выработанному ею проекту въ засѣданіи больничнаго Совѣта участвуютъ 5 представителей отъ врачей и по 2 отъ средняго и низшаго медицинскаго персонала. Д-ръ *Д.-Я.* не можетъ согласиться съ докладчикомъ, создающимъ своимъ проектомъ только путаницу, такъ какъ по одному вопросу самъ онъ допускаетъ въ Совѣтъ средній персоналъ съ рѣшающимъ, по другимъ съ совѣщательнымъ голосомъ.

*А. Н. Рубель*: Я очень сожалѣю, что докладчикъ, приводя слова моей статьи, напечатанной 3 года назадъ, не дѣлаетъ изъ нихъ правильныхъ выводовъ. Я говорилъ тогда, что «высшая степень свободы и самостоятельности, возможность вносить свою инициативу въ дѣло — условія, безъ которыхъ самое живое дѣло всегда замереть». Докладчикъ вполнѣ раздѣляетъ это мое положеніе, но почему-то находитъ возможнымъ приписать его только къ врачамъ, отчасти къ среднему медицинскому персоналу, но отнюдь не къ низшему. Я думаю, что, если для пользы больничнаго дѣла, необходимо предоставить возможность проявлять самостоятельность и инициативу врачамъ, то нѣтъ логическихъ основаній въ интересахъ той-же пользы дѣла лишать этихъ условій и прочій служащій персоналъ больницы. Видѣ,

все больничное дело складывается из целой суммы отдельных хозяйственных отраслей (дело продовольствия, бытовое, (топлива и освещения, ремонта, дело аптечное, дело ухода за больными, специально лечебное дело и т. д.); во многих из этих отраслей хозяйства врачи по существу не принимают непосредственного участия; выполняются он частью низшим, частью т. наз. средним персоналом. Чтобы дать возможность этому персоналу относиться с интересом к выполняемым им функциям, желательно предоставить и им возможность вносить в дело известную долю своего опыта, проявлять тоже свой почин и самостоятельность. Очевидно, в интересах больничного дела необходимо использовать и их знания, и их опыт и не ограничиваться в этом отношении знаниями только одной категории служащих, т. е. врачей. Коренное зло нынешней системы все мы видим в абсолютном главенстве врачей. С исключением низшего и среднего персонала мы создадим не самоуправление больницы, в истинном смысле этого слова, а только аристократическую олигархию. Какая же гарантия, что такая врачебная олигархия поведет к улучшению дела? Указывают обыкновенно на то, что врачи, как посвященные деятели, по долгу университетской клятвы, служат всегда направив свою деятельность на благо больных. Но так ли это? Не есть ли это самовозвеличение, возведение самих себя на незаслуженную высоту? Второй в такой альтруизм врачей руководился покойный С. П. Боткин, когда после перехода больницы из ведения попечительского Совета в городское общественное Управление при выработке устава проводил принцип абсолютизма главного врача в больнице взамен прежнего самоуправления — смотрителя. Прошло с тех пор почти 20 лет; все это время во главе больницы стояли «посвященные деспоты» — врачи... Плоды их посвященной деятельности на благо больных у нас налицо: мелкие интриги, своекорыстие, полное невнимание к нуждам больного, полумиллионные растраты городских денег при постройке больницы, ужасающее переполнение их и т. п., и т. п. \*). Пора оставить в сторону альтруизм: если главные врачи оказались столь мало «посвященными» деятелями, то какая же гарантия, что Коллегия врачей окажется на большей высоте? Правда, на примерах многих Земств мы видим, что врачебные коллегияльные организации нередко проявляли достойное удивления самоотверженность в работе на общее благо; но для этого требовался тщательный подбор подходящих лиц. В Петербурге же мы видим дело с совершенно иными условиями; в течение 20-летнего владычества главных врачей создавался искусственный подбор врачей типа чиновников по медицинской части, покорных воле начальства, может быть исполнительных в отношении его требований, но вполне индифферентных к интересам больничного дела \*\*); врачи хотя бы с небольшим запросом на самостоятельность, с инициативой и критическим отношением к господствующим в больнице порядкам выживали; либо же, не вынося мертвящей бюрократической атмосферы, уходили сами. В некоторых больницах создавалось сплоченное большинство таких врачей — чиновников. Если ограничиться при введении автономии предоставлением прав на участие в управлении только врачам, то мы рискуем тем самым навсегда фиксировать ныне существующие порядки: такая автономная Коллегия не допустит в свою среду свежего человека и будет подбирать новых врачей по образу и подобию своему. Вместо улучшения дела, мы получим, пожалуй, даже его ухудшение. Вводя в затхлую среду врачей — чиновников свежий, бодрый элемент из среднего и низшего персонала, мы могли бы благотворно повлиять на эту среду, способствовать ее оздоровлению. Все эти соображения заставляют меня высказаться за безусловную необходимость предоставления права решающего голоса в больничном Совете представителям всех 3-х групп служащих. О степени участия каждой из групп в других подробностях говорить пока не буду, чтобы не выходить из рамок поставленного на обсуждение вопроса.

Г. И. Дембо высказался за полную автономию каждой из 3-х групп в сфере подлежащих ей компетенции вопросов. В Совете каждая группа имеет своих делегатов, но с таким расчетом, чтобы сумма представителей среднего и низшего персонала, вместе взятых, была не меньше числа делегатов от врачей. Предварительное обсуждение каждого подлежащего внесению в Совет вопроса происходит в особые Совещания врачей, среднего и низшего персонала. Компетенция какой именно группы подлежит тот или другой вопрос, решается больничным Советом.

Н. М. Какункин: Вопрос об автономии больницы очень

сложен и заставит нас врасплох. Нет возможности решить его в скором времени; для этого нужна помощь Комиссии и современной печати. Поэтому многие, в том числе и я, едва ли в силах высказаться по многим сторонам этого вопроса определенно. Я ограничусь лишь замечаниями общего характера. Здесь нужно отличать идеал и принцип от возможного практического осуществления последних. Я ничего не имею с принципиальной стороны против автономии больницы, нарисованной напр., сегодня, и даже против более абсолютной автономии; но уверен, что строгое и немедленное проведение такой автономии создаст в больничном деле большой беспорядок, и фактически автономия существовать не будет. Для пользы самого дела, не переставая стремиться к идеалу, мы не должны отказываться от некоторых компромиссов, конечно временных; необходимо частичное пока удовлетворение автономных требований. И из этих требований я на первом месте ставлю корпоративную организацию среднего и низшего медицинского персонала в больнице. Это поднимет их экономическое благосостояние, улучшит их состав и разовьет их самосознание. Последовательно среди этих больничных тружеников появятся и интерес к обще-больничному делу, которого в настоящее время при тяжелом экономическом и правовом их положении ожидать в большой степени едва ли возможно. Вместе с уничтожением дискреционной власти главного врача корпоративное устройство среднего и низшего медицинского персонала будет первым шагом к идеальной автономии городских больниц.

Г. А. Тромбин замечает, что некоторые из говоривших различали здесь 2 точки зрения: идеальную и практическую. С идеальной точки зрения все признают за служителями такое же право на участие в управлении больницей, как и за врачами и средним персоналом. Но в виду неподготовленности низшего персонала некоторые признают необходимыми на практике поступиться идеалом и ограничиться пока корпоративной организацией служащих, своего рода маленькой автономией. Это — программа постепенцев; известно, что в деятельности Земств она оказалась не достигающей цели; несомненно, тоже будет и в деле больницы автономии, если ограничить рамки ее представительством одних только врачей: не только не получат пользы для дела, но как совершенно верно отметил А. Н. Рубель, зло будет только зафиксировано. Слѣд., практически отступление от идеала автономии все равно ни к чему не приведет. Обосновывают еще необходимость исключения служащих в нравственной их неприязненности. Но, вѣд, нравственность человека не определяется его дипломом: и служащий, и врач одинаково могут быть и нравственными, и безнравственными, и мы не имеем никакого права подвергать сомнению нравственность служащих, если не делаем того же по отношению к врачам. Ссылки на неподготовленность служащих имеют больше оснований. Но спрашивается, как же им сделаться подготовленными при условии устранения их от участия в управлении больницей? Надо улучшить их правовое положение, дать им равноценные с другими группами права, и они скоро окажутся вполне подготовленными для своей роли, и принцип автономии будет проведен во всей полноте.

А. Б. Арипов ответил, что соглашаясь в принципе с возражавшими ему, он тем не менее не может не подчеркнуть, что на практике не видит возможности примирить требования идеала с реальными, существующими в жизни условиями. Единственный исход он видит в предоставлении служащим условий, обеспечивающих им возможность борьбы за улучшение своего правового положения: с этой целью в его проект им дается и корпоративное устройство, обеспечивается материальное благосостояние и вводится суд. Отвѣчая д-ру Быстрову, д-р А. пояснял, что он привел ссылку на желательность представителя от города, считаясь главным образом с существующим положением дела; д-ру Рубелю: Он согласен, что исключение служащих нарушает стройность автономной системы, не проводит до конца главной идеи — необходимости предоставления всякому служащему возможности проявлять самостоятельность и инициативу в деле, которому он служит. Но это противоречие он все же признает, считаясь с реальной действительностью, неизбежной.

Г. С. Кулема: Докладчик из 3-х групп, на которых делить больничных служащих, допускает их участие в управлении больницей только врачей и средней медицинской персонал. Другие идут в ограничении прав еще дальше и исключают и средний персонал. Мотивы защитников той и другой точки зрения — одинаковые: во 1-х, низкий, глр. средний персонал неподготовлен по своему культурному развитию для участия в ответственном деле самоуправления больницы; во 2-х, и самое дело управления больницами требует специально врачебных знаний. Последний мотив сам собою отпадает, если принять во внимание, что больничное дело складывается из массы самых разнообразных отраслей хозяйства, из которых многие никакого отношения к врачебной науке не имеют. Ссылка же на недостаточную подготовленность младших групп тоже страдает по меньшей мере недостаточной обоснованностью. Конечно, о достаточной подготовленности этих групп к делу автономного управления больницами в настоящее время не может быть и речи; но эта неподготовленность распространяется в равной мере и на врачей. Эта малая подготовленность к общественной работе одинаково присуща всем элементам русского общества и составляет результат нашего политического строя, всегда

\*) Мы лично в этих словах уважаемого оратора видим некоторое сличение красок в действительности не веселой картины современного уклада больничной жизни и никоим образом не можем признать указываемых им являющихся общими. Переход больницы из-под хозяйской руки смотрителей в ведение главных врачей все же составлял, на наш взгляд, крупный шаг вперед по пути целесообразной эволюции больничного дела. — Ред.

\*\*) Позволим себе замечать и здесь, что лично мы не признаем этого обобщения уважаемого оратора безусловно справедливым: за почти 1/4-вековую больничную службу нам приходится видеть среди больничных врачей не мало лиц, горячо преданных интересам больничного дела, хотя, правда, и не всегда правомочных, чтобы проводить в жизнь эту свою пре-

указывают на неподготовленность среднего и низшего персонала для автономного управления больницами; но ведь в области политики давно-ли указывали, что государственными вопросами могут заниматься тоже только специалисты? Между тем жизнь показала совершенно иное: в освободительном движении пролетариат оказался на первом месте. Если низший медицинский персонал неподготовлен теперь к общественной работе, то это — результат его экономически-тяжелого и безправного положения. Дайте им права, улучшите их материальные условия, — они сразу представят в совершенно ином свете. Этим сравнением из области политики лучше всего подтверждается полная однородность психологической подкладки мотивов, как у тех, которые устраивают низший, госп. низший и средний персонал от участия в коллегиальной работе больничного самоуправления, так и у тех, которые отрицают необходимость всеобщего избирательного права. Однако, не на этой аналогии зиждется необходимость допущения всех групп служащих к участию в управлении. Здесь главной задачей служить польза больничного дела, а в интересах этого дела надо стараться использовать знания и опыт всех работающих на этом поприще. Вот руководящий принцип, заставляющий привлекать к участию в управлении больницами представителей всех 3-х групп служащих.

Председатель *А. А. Кадьян*, резюмируя прения, высказал, что Собрание по вопросу об участии в управлении больницей отдельных групп служащих не пришло к какому-нибудь определенному решению. Разногласие касается главным образом вопроса об участии низшего медицинского персонала. Одни находят, что привлечение этой группы к обсуждению врачебно-хозяйственных вопросов не даст ничего, кроме вреда. Другие полагают, что, наоборот, именно служительский персонал внесет новую, живую струю в дело, поднимет интерес к делу и таким образом принесет пользу. Относительно участия средней групп служащих все говорившие высказывались в положительном смысле. По вопросу же о форме этого участия мнения расходятся: одни признают необходимым участие низшего медицинского персонала целиком, другие — в лиц делегатов. Сколько должно быть делегатов и какое должно быть отношение их к числу врачей, — тут опять замечается значительное разногласие.

*Г. Я. Трошин* вносит несколько поправок в резюме председателя. Во 1-х, он не слышал, чтобы кто-нибудь из ораторов говорил о вреде участия низшего персонала; говорили только отдельные лица о преждевременности; далее, все признавали, что принципиально желательно привлечь все 3 группы служащих и только по практическим соображениям находили это преждевременным; сверх того, большинство говоривших находило, что и практически необходимо привлечение всех 3-х групп, и только 1—2 голоса разделились против этого.

*Г. С. Булеца*, с своей стороны, замечает, что никто не говорил об участии низшего персонала в управлении целиком, как это приводить в своем резюме председатель; речь шла все время об участии только через представителей.

*А. А. Кадьян* подводит итог прениям в окончательной форме в следующем виде: все солидарны в том, что все 3 группы служащих принципиально должны быть предоставлены одинаковые права на участие в управлении больницей; большинство при том находило нужным предоставить им эти права одновременно с введением автономии, и только некоторые находят это пока преждевременным.

В административной части заседания избраны в действительные члены Общества: *д-ра И. А. Бухштаб* (предложенный *Б. О. Уричем*), *Ф. Ф. Гольцмюллером* и *М. А. Чистяковым* и *Д. П. Никольский* (предложенный *Н. М. Какущиним*, *А. А. Кадьяном* и *А. Н. Рубелем*).

Председатель *А. Кадьян*.

Секретарь *А. Рубель*.

### *LXXIII. Из Общества русских врачей в Петербург.*

(Годовое заседание 12-го сентября).

Отметив вступление Общества в 74-ый год существования, председатель проф. *Д. В. Попов* коснулся тех утрат, которые повлекло Общество за минувшем году в лиц действительного члена *А. И. Байкова* — хирурга и гинеколога и почетных членов *Ф. В. Овсянникова* — гистолога и эмбриолога и *Н. И. Быстрова* — бывшего профессора по детским болезням. В кратких словах председатель обрисовал личности почивших, перечислил важнейшие научные труды их и в заключение предложил почтить их память вставанием.

Секретарь Общества ч. пр. *Ф. Я. Чистович* в отчете о деятельности Общества за истекший год отметил упадок ее, что он объясняет, с одной стороны, теми тяжелыми условиями, в которых протекал минувший год, — война, революционное движение, с другой — конкуренцией новых ученых Обществ, вызывающей излишнее дробление научных сил. Отметив участие Общества в таких явлениях, как борьба с неурожаем и помощью врачам, *Ф. Я. Чистович* закончил свой доклад пожеланием, чтобы в наступающем году Общество нашло в себе нужную энергию для оживления своей деятельности.

После докладов редактора «Трудов» Общества, библиоте-

каря, казначея и ревизионной Комиссии, нашедшей денежные дела Общества в полной исправности, председатель сообщил присутствовавшим, что кн. *М. В. Барятинская* предлагает Обществу принять в свое заведывание санаторию имени Императора Александра III в Ялте. Указав на крайне выгодное положение санатории, отметить, что принятие подобного учреждения в свое заведывание вполне соответствовало бы целям Общества, председатель не оставил без внимания некоторых отрицательных сторон этого предложения. Прежде всего он поставил на вид дальность расстояния, затрудняющую, по его мнению, управление делами санатории. Затем он указал, что санатория, не смотря на некоторое обезпечение — 5000 р. ежегодной субсидии, 3 стипендий, — имеет долг в 70000 р., который Обществу и придется взять на себя. В виду этого *Д. В. Попов* предложил прежде, чем принять какое-либо решение, избрать Комиссию для обстоятельного исследования всех сторон этого предложения, с тем, чтобы она сделала соответствующий доклад Обществу. Горячим сторонником принятия санатории в ведение Общества выступил *А. А. Трошин*, заявивший, что он имеет все основания предполагать, что лежащий на санатории долг будет с нею снят. По его предложению, Общество, высказавшись принципиально за желательность принятия санатории в свое ведение, избрало Комиссию из 5 лиц под председательством *А. А. Трошина* для подробного ознакомления с делами санатории.

Должностные лица Правления Общества, члены ревизионной Комиссии и Комиссия по присуждению премий за лучшую доклады, по предложению присутствовавших, остались в президиуме состав за исключением секретаря ч. пр. *Ф. Я. Чистовича*, который, в виду утомления и отсутствия свободного времени, решительно отказался от этой обязанности. Вместо него, секретарем был избран ч. пр. *В. Я. Рубин*.

*Г. Фейшпер*.

## ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ.

*CLXXXVIII. Как относится главное в.-медицинское Управление к врачам запаса, призванным на службу во время русско-японской войны?*

В дополнение к письму товарища, *д-ра В. И. Бимштова*, помещенному в № 31 «Русского Врача», а равно и письму помощника начальника главного в.-медицинского Управления позволю себе добавить кое-что, так как я тоже был призван из запаса, пробыл на Д. Востоке около 2-х лет, при чем около 10 мес. состоял старшим ординатором, заведывавшим медицинской канцелярией, около 1/2-года исправлял должность главного врача, а свыше 1/2-года служил при окружном в.-медицинском Управлении Приамурского военного округа (в г. Хабаровск). На основании своего личного опыта позволяю себе утверждать и категорически высказать следующие 2 положения: 1) Само военное Министерство (в лиц своих органов) не знало, как следует, по закону, удовлетворять разными видами доверия врачей, призванных из запаса; не знало этого ни при мобилизации, ни в разгар войны, ни по окончании ее; не знает, кажется, этого и в настоящее время. Приводить доказательства этому заняло бы слишком много места; но, конечно, я представлю их, если бы это потребовалось. 2) Главное в.-медицинское Управление, которое, казалось бы, должно было защищать или, по крайней мере, выяснять наши законные интересы, не только не делало этого, но, с своей стороны, тормозило удовлетворение наших законных требований.

С своей стороны, я, как отличный знакомый с волеизъявлением бумажного делопроизводства в военном ведомстве, нахожу, что дело *д-ра Бимштова* подвигалось положительно скоро, если, напр., сопоставить его ход с тем обстоятельством, что главное в.-медицинское Управление на телеграфный запрос окружного в.-медицинского Управления. Приамурского военного округа от 14-го апреля 1905 г. по вопросу о денежном удовлетворении некоторых врачей запаса, ответило телеграммой-же 15-го февраля 1906 г. (т. е. через 10 месяцев), т. е. тогда, когда уже почти все упомянутые врачи разъезжались по домам, не получив и части следующих им денег. Все вышеизложенное вынудило меня усердно рыться в кав. Свода военных постановлений и в приказе по военному ведомству. Ознакомившись с указанными источниками военных законоположений, я решил не только подать жалобу военному министру на неудовлетворение меня следующим мне довольствием (и, в случае отказа последнего, в 1-ый департамент Сената), но и выяснить своим товарищам, на что они имеют право.

Повторю заявлено: 1) Все врачи запаса, отчисленные (от должности) с откомандированием в распоряжение окружного в.-медицинского директора какого-либо округа или в распоряжение соответствующего воинского начальника (хотя бы для увольнения в запас) и получившие предписание взять в распоряжение соответствующего лица, имеют право на получение содержания (за исключением столовых во время нахождения в пути в течение поверстного срока и квартирных за то же время плюс 3 дня после прибытия) по день истечения объявления им об увольнении из запаса. Отказ в удовлетворении их содержанием на основании приказа по



военному ведомству 1901 г. за № 68 (как на то указывает в основном в.-медицинское Управление) *неправильно*, ибо в означенном приказе говорится *об увольнении от службы*, т. е. о таком распоряжении, после которого врач освобождается от всяких обязательств к своему бывшему начальству и, следовательно, когда последнее уже не в праве давать ему никаких предписаний; между тем как *отчисленные* от должности с получением предписания *взять* в распоряжение указанного в предписании лица, продолжают состоять на действительной службе впредь до получения извещения, что они перестали быть в распоряжении указанного в предписании лица и увольняются от действительной службы (См. Кн. III, ч. IV, ст. 28 и 225; Кн. VII, Св. В. Пост., ст. 542, 563, 566 и 869). Указания некоторых воинских начальников, что окружные в.-медицинские Управления неправильно направляли врачей в их распоряжение, не может ограничивать прав врачей на получение соответствующего содержания во время нахождения их в откомандировании (командировки); мы, врачи запаса, обязаны были безпрекословно и безапелляционно исполнить данное нам начальством предписание (иначе подлежали бы законной ответственности), и за неправильно данное нам предписание отвечаем не мы, а начальство, давшее нам подобное предписание.

2) Врачи *добровольного запаса* (см. Приказ по военному ведомству 1894 г. № 165) имеют основание надеяться на получение обратных прогнотов а) по общему смыслу гражданских законов («договорное право»; при призыве таких врачей обратные прогноты существовали, согласно ст. 1142 Кн. XVI Св. В. П. 1869 г., и были подтверждены еще в 1904 г. Приказом по военному ведомству за № 759); б) по аналогии с Приказом по военному ведомству 1904 г. № 287—Приказом, точка зрения которого принималась военным ведомством (и главным в.-медицинским Управлением) и к врачам *добровольного запаса*.

Во избежание явной провокации рекомендую подавать жалобы, минуя главное в.-медицинское Управление, прямо на имя военного министра, а по отказе последнего в удовлетворении жалобы—в 1-ый департамент Сената. В последнем случае предлагаю товарищам свои услуги (Петербург, 4-ая рота Измайловского полка, д. 4, кв. 9) так как согласно Уставу гражданского судопроизводства, ряд однородных исков в судебные учреждения может быть подаваемым по доверенности одним лицом. Поэтому о результатах поданной мною военному министру жалобы мною будет сообщено дополнительно.

Из всего вышесказанного, между прочим, видно, насколько заявление помощника начальника главного в.-медицинского Управления *В. В. Быстрова*, что «главное в.-медицинское Управление всегда готово идти на встречу удовлетворению врачей запаса», отбрасывает истинному положению дѣла, говоря его деликатным языком. *В. Бражниковъ.*

Петербург. 20-го сентября 1906 г.

**CLXXXIX.** М. Г.! Не откажите дать мѣсто нижеслѣдующей запискѣ къ статьѣ д-ра *М. Д. Ханутиной* «По поводу 2-хъ случаевъ склеродермii», напечатанной въ № 37 «Русского Врача» за текущій годъ.

Въ литературномъ обзорѣ своей статьи *М. Д. Ханутина* пропустила мое изслѣдованіе по тому же вопросу, которое было опубликовано въ 1902 г. въ I-мъ выпускѣ «Медицинскаго Сборника Варшавскаго Увадовскаго военнаго госпиталя» подъ заглавіемъ «Sclerodermia insularis disseminata atroficans». Объ этой случайности заявляю потому, что приведенный авторомъ статьи результаты изслѣдованія, которые я вполне раздѣляю, мною сообщены еще въ 1902 г. въ виду неясности ученія объ анатомической основѣ и этиологіи этого заболевания. Затѣмъ оказалось, что выводы м. я не разошлись съ позднѣйшими изслѣдованіями и *А. А. Линдстрема*. Такимъ образомъ на мою долю выпала возможность впервые дать на русскомъ языкѣ выводы, которые находятъ теперь подтвержденіе и въ изслѣдованіяхъ д-ра *М. Д. Ханутиной*.

*О. Омельченко.*

Петербург. 20-го сентября 1906 г.

**CXC.** М. Г.! По поводу возраженія помощника Главнаго в.-медицинскаго Управленія *В. В. Быстрова* на письмо д-ра *В. Бинникова* не откажите помѣстить нижеслѣдующее.

Д-ръ *Быстровъ* заявляетъ, что главное в.-медицинское Управление до сихъ поръ (болѣе 8 мѣс.) собирало матеріалы по вопросу объ удовлетвореніи врачей запаса содержаніемъ и что и теперь еще вопросъ этотъ находится въ высшей инстанціи. Между тѣмъ вопросъ кажется такъ простой, что 2-хъ различныхъ мѣтъ по этому поводу и быть не можетъ.

Съ мѣста службъ врачей запаса отправили, по снабженію прогнотными деньгами, съ предписаніями, въ которыхъ ясно было сказано, что врачъ такой то долженъ отправиться въ свой округъ въ распоряженіе мѣстнаго окружнаго в.-медицинскаго инспектора, при чемъ въ моемъ, напр., предписаніи, а также и въ предписаніяхъ многихъ другихъ товарищей, даже не было сказано, что мѣстный окружной в.-медицинскій инспекторъ долженъ уволить насъ въ запасъ, такъ что мы все время не были увѣрены, что насъ сейчасъ же по прибытіи уволить въ запасъ. Не можетъ, слѣд., быть сомнѣнія, что до дня увольненія въ запасъ мы не знали, что насъ сейчасъ же уволить въ запасъ.

располагали. Между тѣмъ содержаніемъ насъ удовлетворили по день отправки съ Дальняго Востока. О томъ же, слѣдуетъ ли удовлетворить по день увольненія въ запасъ?—Главное в.-медицинское Управление собираетъ матеріалы болѣе 8 мѣсяцевъ..

Врачъ запаса *Касимовичъ.*

Калиши, Петербургской губ. 20-го сентября 1906 г.

**CXCI.** М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующему заявленію.

Правленіе Союза Обществъ помощниковъ врачей доводитъ до свѣдѣнія товарищей, что Съѣздъ фельдшерско-акушерскаго персонала назначенъ въ Москвѣ съ 20-го по 25-ое января 1907 г.

Съ 1-го же декабря с. г. въ Москвѣ начнется выводить союзный органъ «Фельдшерскій Вѣстникъ». Такимъ образомъ съ образованіемъ Союза Обществъ помощниковъ врачей давно желанныхъ прогрессивной частью фельдшерско-акушерскаго персонала мысля о Съѣздѣ и изданіи независимаго корпоративнаго органа получила возможность осуществиться. Какъ Союзъ, такъ и газета рассчитываютъ на полное сочувствіе товарищей и на тѣ живыя силы общества, которыя придутъ имъ на помощь въ достиженіи намѣченныхъ цѣлей, а цѣли эти таковы: 1) Обогатить по возможности всѣхъ товарищей на почвѣ профессиональныхъ интересовъ, такъ какъ борьба за лучшее будущее и отстаиваніе своихъ правъ, какъ людей-гражданъ и какъ профессионаловъ, возможна только путемъ мощной организаціи. 2) Добиваться кореннаго измѣненія правового и бытового положенія помощниковъ врачей и стремиться къ узаконенію за ними тѣхъ правъ, которыми они фактически пользуются. 3) Защищать самостоятельную дѣятельность фельдшерско-акушерскаго персонала въ виду необеспеченности населенія въ настоящее время врачебной помощью и заботиться всѣми мѣрами о повышеніи образованія и специальныхъ знаній товарищей. 4) А такъ какъ производительность труда всякаго прогрессивнаго работника находится въ тѣсной зависимости отъ общаго условія гражданской жизни страны,—то газета намѣрена разсматривать современную постановку общественной медицины и освѣщать различныя стороны медицинской дѣятельности и фельдшерскаго быта въ связи съ текущими условіями социальной жизни.

При Правленіи Союза организовано центральное Бюро по спросу и предложенію услугъ, дѣятельность котораго начнется въ самомъ непродолжительномъ времени. Доклады и членскіе взносы на Съѣздъ въ размѣрѣ 3 р., равно и подписныя деньги можно вносить ко всѣмъ союзнымъ Обществамъ и въ Правленію: Москва, Зубово, д. бывш. Юдина, кв. 37.

Правленіе Союза Обществъ и редакція «Фельдшерскаго Вѣстника».

Москва. 23-го сентября 1906 г.

**CXCII.** М. Г. На дняхъ я узналъ, что въ своемъ послѣднемъ письмѣ (№ 33) о Саратовскихъ городскихъ врачахъ *Соколовъ П. Н., Матвѣевъ, Николаевъ, Кассандровъ* и *Полимпсестовъ* я допустилъ фактическую невѣрность—что врачи эти отвѣтили на мое прошлогоднее июльское письмо. Къ сожалѣнію, я узналъ объ ихъ письмѣ только теперь, послѣ специальныхъ сдѣланныхъ мнѣ указаній. Подробный отвѣтъ на это письмо и подробное объясненіе, что я прогладѣлъ его вслѣдствіе ошибки въ заглавномъ листѣ этого № газеты,—я даю въ той-же «Врачебной Газетѣ», гдѣ оно помѣщено. Здѣсь же я долженъ отмѣтить только слѣдующее:

1) Врачи *Соколовъ, Матвѣевъ, Николаевъ, Кассандровъ* и *Полимпсестовъ* въ доказательство своей правоты посылаютъ въ своемъ письмѣ на журнальное постановленіе Управы о моемъ увольненіи. Необычайно вѣсская ссылка! Вѣдь именно на трогательное единеніе этихъ врачей съ Управой—съ гг. Никольскими и Немировскими—я и указывалъ въ своемъ письмѣ. А врачи въ свое оправданіе посылаютъ на Управу, на ея журналъ. Получается слѣдующее: Послѣ отмѣны моего увольненія за отказъ отъ участія въ правительственныхъ противохолерныхъ санитарно-исполнительныхъ Коммиссіяхъ городской голова Немировский, жалуюсь въ Коммиссію, что «исторія съ увольненіемъ д-ра *Вейера* проникла и въ столичную печать», заявилъ, что онъ болѣе со мной работать не хочетъ и проситъ дать ему другого помощника. *Послѣ этого* врачи *Соколовъ, Матвѣевъ, Николаевъ, Кассандровъ* и *Полимпсестовъ тайно отъ меня* соб. азисъ съ членомъ Управы Никольскимъ (ничего этого врачи въ своемъ письмѣ не отрицаютъ) и просили Управу уволить меня. Послѣ этого Упрва постановила уволить меня. Теперь врачи въ своемъ письмѣ посылаютъ на это постановленіе Управы, а Упрва въ своемъ постановленіи ссылается на этихъ врачей. Въ довершеніе значенія этихъ круговыхъ ссылокъ Управы на врачей и врачей на Управу остается только указать, что въ этомъ постановленіи Упрва особенно ссылается на одного изъ нихъ на г. *Матвѣева*; и этотъ именно *Матвѣевъ* и запялъ послѣ меня мое мѣсто... Кого-же врачи эти думаютъ убѣдить подобными ссылками и доказательствами своей невинности? Уже изъ одного того факта, что оба союзника—Упрва и врачи—оборудовали мое увольненіе въ *строгой тайнѣ отъ меня*, само собой напрашивается заключеніе, что они сознавали шаткость своихъ позицій, непрочность своихъ основаній и мотивовъ. Почему эти врачи такъ прятались отъ меня? Не имѣли-ли они основаній думать, что, если бы ихъ тайныя расхо-

не ходили в мое присутствие, они сразу очутились-бы в роли обвиняемых?

2) Гг. Соколов, Матвеев, Николаев, Кассандров и Полемистов пишут, что «постановления» о моем увольнении они не делали, «а лишь критиковали» меня. Как называется «критика», когда «критикуют» служащего перед Управой, когда «критикуют» в *отсутствии критикуемого*, тайно от него и других, и когда «критика» происходит перед Управой *после того*, как городской голова заявил, что он не хочет больше этого лица? Сколько благодарств в одной этой «критике»? А ведь факт этой «критики» привели в своем письме сами эти врачи, думая, очевидно, что это обьявляло их... Собственно, я могу даже уступить им: Пусть вместо характерного «постановления» будет еще более их характеризующая «критика». Но за всем тем, они, действительно, просили Управу уволить меня. Это с ясностью видно из журналов тайного «заседания» — даже послать передьяки его им.

3) Гг. Соколов, Матвеев, Николаев, Кассандров и Полемистов пишут, что они не отвечали на мое прошлое письмо, ибо ждали, что я обращусь к третейскому Суду, который-де выяснит все. Они написали это и при этом ни словом не обмолвились, что я для выяснения дела обратился в местное физико-медицинское Общество; об этом я их предупредил тогда-же письмом от 20-го июля 1905 г. и сообщил в август того-же года в медицинские газеты. Они ни словом не обмолвились, что в август того-же года было назначено заседание физико-медицинского Общества специально для рассмотрения этого дела, но они же уклонились от выяснения этого дела. Двое из них (Соколов и Полемистов) вовсе не явились на заседание, двое (Матвеев и Николаев) категорически возражали в заседании против рассмотрения этого дела, 5-ый (Кассандров) молчал. Заседание не состоялось. В своем письме они скромно обо всем этом умалчивают. А, если они хотели третейского Суда, то почему же они мне его не предложили? Почему они умалчивают соросы о моем обращении в физико-медицинское Общество? Потому они уклонились от выяснения этого дела в публичном, гласном заседании Общества? Почему они так охотно «критиковали» меня в тайных своих заседаниях перед Управой и уклонились выступить с этой критикой при широком свете гласности и публичности? Если их «критика» была правдива, если я был в чем-то виноват, то почему

эту последнюю выходку г. Максимова и прошу Вас дать мне это satisfactory строкам.

Бывшим начальником ветеринарного Управления А. А. Равским деятельность г. Максимова, как заведующего ветеринарно-бактериологической лабораторией в Киев, была признана неудовлетворительной, и он в 1904 г. от этой должности был уволен и вместе с тем переведен с занимаемой им одновременно должности пунктового ветеринара в Киев на такое-же место во Вильну, но с меньшим содержанием. Считая эти распоряжения г. Равского несправедливыми, г. Максимов жаловался на него бывшему министру внутренних дел, кн. Святополк-Мирскому. По этой жалобе последовала в 1905 г. командировка в Киев члена ветеринарного Комитета, магистра *Семлова*, для выяснения деятельности Максимова. Г. Семлов доставил в ветеринарное Управление ряд данных, указывающих на небрежное отношение г. Максимова к его служебным обязанностям.

По вступлении моем в январь сего года в должность начальника ветеринарного Управления, г. Максимов обратился ко мне, прося реабилитировать его назначением или на прежнее место в Киев, или на первую-же, какая откроется, вакансию пунктового ветеринара в Петербург<sup>1)</sup>. В июль такая вакансия открылась; но я, тщательно пересмотрев дело г. Максимова, удовлетворить его просьбу не нашел возможным. На другой-же день, 28-го июля, после объявления г. Максимова об отклонении его просьбы, я получал от него письмо, адресованное мне, как «начальнику ветеринарного Управления», следующего содержания: «М. Г., г-н *Наиорский*! Мое мнение, что утверждать невозможность одинаковой средней температуры у нескольких особей одного и того же вида врач может или по невежеству, или по подлости. А Максимов». — «Этого мнения я ни пред кем не скрываю, равно как и того, что такую возможность Вы защищаете; поэтому я не счел нужным скрывать содержание данного письма пред товарищами. А Максимов».

В чем-же дело? А вот в чем.

В деле оказались таблицы измерения температур у животных, подвергнутых пробной прививке сибирянской вакцины в 1903 г., приготовленной Киевской лабораторией. Таблица температур животных, привитых 1-ю вакциной, поразила меня невероятностью цифр, и, я уверен, поразит всякого. Вот она:

		Количество впрыснутой вакцины *).	28/п.		1/ш.		2/ш.		3/ш.		4/ш.		5/ш.		6/ш.	
			у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.		
Лош ади.																
1.	Веселый . . .	1.0	37.7	37.7	38	38	38.1	38.1	38	38	38	38	38	38	38	38
2.	Бисмаркь . . .		38	38	38.3	38.3	38	38	38	38	38.1	38	38	38	38	38
3.	Армякь . . .		38	38	38	38.2	38	38	38	38	38.1	38	38	38	38	38
4.	Франтъ . . .		38	38	38.4	38.1	38	38	38.1	38	38.1	38	38	38	38	38
5.	Блокъ . . .		38	38	38	38.2	38.2	38.1	38	38	38.1	38	38	38	38	38
Во лы.																
1.	—	1.0	39	39	39	39.1	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
2.	—		39	39	39	39.1	39	39	39	39.2	39	39	39	39	39	39
3.	—		39	39	39	39	39	39	39	39.9	39	39	39	39	39	39
4.	—		39	39	39	39	39.1	39	39	39.1	39	39	39	39	39	39
5.	—		39	39	39	39	39	39.1	39	39	39.1	39	39	39	39	39
О в ц ы.																
1.	—	0.4	39.9	39.9	39.9	39.9	39.8	39.8	39.8	39.8	39	39	39	39	39	39
2.	—		39.9	39.9	39.9	39.9	39.8	39.9	39.9	39.2	39	39	39	39	39	39
3.	—		39.9	39.9	39.9	39.9	39.9	39.8	39.8	39.3	39	39	39	39	39	39
4.	—		39.9	39.9	39.9	39.9	39.9	39.6	39.7	39.4	39.1	39	39	39	39	39
5.	—		39.9	39.9	39.9	40.6	40.3	40.3	40.1	40	40	40	39	39	39	39

они уклонились выступить передо мной гласно и публично? Добавлю, что из 20 состоящих на городской службе врачей нашлись только эти 5 врачей, вошедших в этом деле в союз с Управой.

Саратов. 22-го сентября 1906 г.

СХСН. М. Г. В № 36 «Русского Врача» магистр ветеринарных наук Максимов поместил письмо, в котором сообщает, что я, вместе с ним «личными столкновениями, происшедшими на почве специальности и служебных отношений, счел вполне подходящим обратиться не к Суду товарищей, или третейскому и даже не к мировому Суду, а к просьбе к градоначальнику, чтобы он, Максимов, на основании чрезвычайной охраны был подвергнут административному высыланию» и что «по доносу» моему г. Максимов «был выслан для дачи объяснений в сыское отделение 27-го минувшего августа». К сожалению, я не могу оставить без ответа

\*) Заголовок и цифры этой графы написаны фioletовым карандашом, повидимому, рукой г. Максимова.

Обзор горизонтальных и вертикальных граф этой таблицы показывает, что как у одного и того же животного, так и у целого ряда их в течение ряда дней утром и вечером температура оказалась неизменно тождественной. Пусть всякий оценит реальное значение таких цифр, помеченных при том в документ, который должен иметь не только практическое значение, но и значение научного материала. Под протоколом стоят подписи: Черкасский уездный ветеринарный врач А. Каплин и «А. Максимов». О каких средних температурах говорить г. Максимов, — остается тайной.

Далее. В печатном отчете г. Максимова по лаборатории за тот-же 1903 г. таблица испытания 1-ой вакцины помещена совсем в другом виде (как и таблицы опытов 2-ой вакцины и пробных опытов): в ней находится уже не 7 дней наблюдения, а 8, и все цифры температур совер-

1) Пунктовые ветеринары вводят надзор за адоронит гуртового скота и взимают % сбор за такой скот с его владельцев.

шенно иным, не возбуждающим сомнений, по крайней мере, с внешней стороны <sup>1)</sup>.

Желая выяснить значение невероятных цифр 1-ой таблицы и затѣм фактъ помѣщенія въ печатномъ отчетѣ за 1903 г. не этихъ таблицъ, которыми помѣщены въ протоколъ испытанія вакцинъ въ этомъ году, а иныхъ, я обращался за разъясненіями къ г. *Максумову* и лично, и письменно. При личномъ свиданіи 1-ый изъ этихъ вопросовъ съ моей стороны вызвалъ у него лишь нѣкоторое смущеніе. На 2-ой-же онъ заявилъ, что помѣстил въ печатный отчетъ таблицу, полученную имъ изъ ветеринарнаго Отдѣленія Кіевскаго губернскаго Правленія. «Искаженіе цифръ», пишетъ онъ мнѣ, «я всецѣло отношу на недосмотръ со стороны г. *Виминицкаго*, такъ какъ предъ печатаніемъ отчета послѣдній провѣрялся *Виминицкимъ*, о чемъ свидѣлствуетъ его подпись на этомъ отчетѣ». Однако-же, обращаясь къ отчету, на оборотѣ заглавной страницы нахожу лишь надпись: «Печ. дов. 10 марта 1904 г. Ветеринарный инспекторъ *В. Виминицкій*». Пусть судитъ читатель, можно-ли возлагать ответственность за фактическую сторону произведенія на цензора.

Послѣ уже, въ июлѣ, г. *Максумовъ* явился ко мнѣ и заявилъ, что въ отчетъ за 1903 г. помѣщены имъ таблицы протокола за 1904 г., и въ доказательство представлялъ четвертушку бумаги съ таблицей температуръ, писанною его рукою, и съ заголовкомъ: «2-ая вакцина — копія протокола за 1904 г.». Санчаю эту таблицу съ таблицей температуръ прививокъ 2-ой вакцины въ печатномъ отчетѣ за 1903 г. и въ объявѣ таблицъ нахожу полное тождество (разумѣется, безъ обозначенія въ заголовкѣ, что послѣдняя взята изъ протокола 1904 г.).

Могъ ли я, несущій и нравственную, и служебную отвѣтственность за ходъ ветеринарнаго дѣла, послѣ установленія подобныхъ фактовъ дѣятельности г. *Максумова* (помимо другихъ, установленныхъ г. *Семлюмовымъ*), сдѣлать неосторожность, удовлетворивъ его желаніе поступить на отвѣтственное мѣсто пунктоваго ветеринара?

За 1-мъ, приведеннымъ выше, письмомъ я на другой же день получаю 2-ое—уже открытое, адресованное мнѣ также въ ветеринарное Управление, слѣдующаго содержанія: «29 июля 1906 г. М. Г. г-нъ *Наюрскій*! Ваше отношеніе къ извѣстному дѣлу я назвалъ нечестнымъ, что вновь подтверждаю. Люди, поступающіе противъ совѣсти и убѣжденій во имя своихъ личныхъ интересовъ, называются подлогцами. Какого названія заслуживаете Вы, не обращающій вниманія на дѣйствительные подлоги \*) и въ то же время называющій эггимъ именемъ то, что нельзя назвать даже ошибкою. Я думаю, сомнѣній въ подысканіи Вамъ подходящаго эпитета не можетъ быть. Если сказанное здѣсь неправда, то Вы обязаны подать на меня въ судъ; но я увѣренъ, что Вы этого не сдѣлаете. А. *Максумовъ*».

Затѣмъ слѣдуетъ 3-е, тоже открытое, письмо, и тоже адресованное въ ветеринарное Управление: «1 августа 1906 г. Г-нъ *Наюрскій*! Вы и *Виминицкій* по нравственнымъ качествамъ одинаковы. Онъ прибѣгаетъ къ подлогамъ, Вы — къ замалчиванію преступленій. Совѣтую просмотрѣть XV т. Свода законовъ. На старости лѣтъ Вамъ, конечно, трудно измѣнить свои нравственные качества. А. *Максумовъ*».

Наконецъ, получаю 4-ую открытку: «8 августа 1906 г. М. Г. г-нъ *Наюрскій*! Не знаете ли Вы, что нужно дѣлать съ господами, которые не реагируютъ на эпитеты подлца и негодяя? А. *Максумовъ*». Здѣсь уже угроза. По мѣрѣ полученія этихъ писемъ я колебался между мыслью совершенно ихъ игнорировать въ надеждѣ, что г. *Максумовъ*, наконецъ, отстанетъ отъ меня, и мыслью обратиться въ Судъ. Большое значеніе имѣло въ моихъ колебаніяхъ явившееся у меня сомнѣніе въ нормальности нервной системы г. *Максумова*, поддержанное также однимъ изъ весьма компетентныхъ въ этомъ отношеніи лицъ, котораго я познакомилъ съ его письмами.

Среди этихъ сомнѣній вдругъ 16-го августа, происходитъ слѣдующее. Когда я въ 7-мъ часу веч. возвращался со службы, пересѣкая площадь Александринскаго театра, изъ-подъ портика театра (черезъ который я обыкновенно прохожу) появляется г. *Максумовъ* и стремительно, съ палкою въ рукѣ и съ ругательствами, направляется ко мнѣ. Мои слова: «Опомнитесь! Что Вамъ нужно?»—не дѣйствовали. Я ускорилъ ходъ, а онъ, приближаясь, шелъ мнѣ на перерѣзъ, продолжая ругаться. Я сѣлъ на перваго попавшагося извозчика, чѣмъ и избавился отъ возмможнаго насилія. На другой день узнаю, что, когда, около 5 час. чиновники расходятся изъ Управленія, г. *Максумовъ* былъ 16-го августа у подъѣзда и справлялся, вышелъ ли изъ Управленія или еще нѣтъ?

Поведеніе г. *Максумова* представляетъ собою цѣлый рядъ оскорбленій, направленныхъ противъ меня и при томъ какъ должностнаго лица. Для меня вовсе не представляло важности, чтобы г. *Максумовъ* былъ наказанъ, если бы я обратился къ Суду; для меня было важно предупредить, пресѣчь дальнѣйшія его выходки по моему адресу, что входитъ въ компетенцію не Суда, а полиціи, почему я и обратился къ градоначальнику. Для меня было совсѣмъ безразлично, существуетъ ли въ Петербургѣ положеніе чрезвычайной охраны или нѣтъ. Мнѣ

было важно избавиться отъ дальнѣйшихъ выходокъ г. *Максумова*. Судъ товарищей для меня былъ бы, несомнѣнно, наиболѣе компетентнымъ и симпатичнымъ; но, въ сожалѣнію, въ данномъ случаѣ, онъ не могъ имѣть мѣста, такъ какъ съ г. *Максумовымъ* ни въ какихъ отношеніяхъ личнаго или общегитейскаго характера я не состоялъ, а исключительно въ должностныхъ, какъ начальникъ ветеринарнаго Управленія. Если бы я захотѣлъ отвѣчать на все это, то осуществилъ бы это именню привлеченіемъ г. *Максумова* къ Суду. По ст. 279 уложенія о наказаніяхъ, «кого будетъ изобличенъ въ составленіи, поддѣлываніи, выставленіи въ публичныхъ мѣстахъ или же иными какими бы то ни было образомъ, но завѣдомо и съ умысломъ, въ распространеніи ругательныхъ писемъ... оскорбительныхъ для высшихъ въ государствѣ мѣстъ и лицъ, тотъ приговаривается или къ лишенію нѣкоторыхъ, на основаніи ст. 50 сего уложенія, особенныхъ правъ и преимуществъ и къ заключенію въ тюрьмѣ на время отъ 1 года и 4 мѣсяцевъ до 2 лѣтъ, или же тожко къ заключенію въ тюрьмѣ на время отъ 4 до 8 мѣсяцевъ». Долженъ прибавить, что, относясь къ этому дѣлу съ точки зрѣнія, такъ сказать, непротивленія алу и доведя это непротивленіе до крайнихъ предѣловъ, я, обратившись къ градоначальнику, просилъ его о примѣненіи лишь того minimum'a воздѣйствія на г. *Максумова*, который бы былъ достаточенъ для прекращенія его выходокъ противъ меня. Эггимъ, можетъ быть, и объясняется, что г. *Максумовъ* и послѣ того, прекратить непосредственныя оскорбленія меня, тѣмъ не менѣе, продолжаетъ разглашать при всякомъ случаѣ содержаніе посланныхъ мнѣ имъ писемъ, а также рассказываетъ о нападеніи на меня на площади театра.

*В. Наюрскій.*

Петербургъ. 21-го сентября 1906 г.

СХСІV. М. Г. Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Въ № 36 «Русскаго Врача» въ отдѣлѣ «Хроника и мелкія извѣстія» перепечатана изъ «Перестрой» (1-го сентября) замѣтка о «пачалѣй моей дѣятельности», какъ тюремнаго врача въ Пензѣ. Не въ дѣлѣ въ подробный разборъ этой замѣтки, а положительное утверждаю, что все сообщенное въ ней—полное извращеніе истины. Въ тюрьмѣ бываю я не одинъ, а нѣсколько разъ въ недѣлю, что находится въ явистности какъ отъ личнаго моего усмотрѣнія надобности въ этомъ, а также и отъ требованія тюремной администраціи. Осмотрѣвъ больныхъ въ больницѣ и принявъ амбулаторныхъ, я всегда еще прохожу по корридорамъ тюрьмы и захожу въ нѣкоторыя камеры, чтобы на мѣстѣ дать врачевскій совѣтъ тѣмъ, кто почему-либо не явился на пріемъ, а также, чтобы осмотрѣть состояніе камеръ въ гигиеническомъ отношеніи. 23-го августа или въ другой какой день, точно не помню, когда я уходилъ изъ тюрьмы, во 2-мъ уже дворѣ меня встрѣтили какихъ-то 3 господина \*) и просили *освидѣтельствоваться* ихъ. Чтобы не возвращаться въ амбулаторію, зашли въ тюремную контору, такъ какъ это было почти у самыхъ дверей ея. Здѣсь одинъ изъ этихъ господъ, крѣпкій, цвѣтущій здоровьемъ и краснощекий мужчина, лѣтъ 25, возвышеннымъ голосомъ заявилъ: «Докторъ! Мнѣ нужна больничная порція». На мой вопросъ, чѣмъ онъ нездоровъ,—тѣмъ-же возвышеннымъ голосомъ онъ отвѣтилъ: «Я не могу ѣсть тюремный хлѣбъ; назначьте мнѣ больничную порцію». На разъясненіе мое, что для назначенія больнаго той или другой пищи или порціи врачу необходимо имѣть основаніе, онъ отвѣтилъ: «Какъ вамъ угодно, а мнѣ должна быть больничная порція». На замѣчаніе-же мое, что можно заявлять мнѣ какія угодно желанія, но только не требовать и не возвышать при этомъ голоса, послѣдовалъ отвѣтъ: «У меня такой голосъ и такая манера». Вслѣдъ за этимъ этотъ господинъ повернулся и ушелъ. Вотъ дословно все, что было въ то злополучное объясненіе мое съ тѣмъ господиномъ. Я все время говорилъ тихо и совершенно ровнымъ голосомъ. При этомъ разговорѣ, кромѣ 2-хъ товарищей того господина, находились письмоводитель и нѣсколько надзирателей тюрьмы. Не было совершенно никакого намека съ моей стороны «сприбѣгать къ помощи тюремщика» и приказывать ему вывести больнаго, и никого равно изъ *политическихъ* не лишалъ я въ то время больничной порціи. По существующимъ правиламъ на больничной порціи можно держать не болѣе 10% всѣхъ заключенныхъ, считая въ томъ числѣ и находящихся въ больницѣ; на самомъ же дѣлѣ получаютъ эту порцію гораздо большее число, что я беру уже на свой страхъ, и порціей этой всегда пользовались и пользуются и политическіе.

Понимая, что тюремная жизнь съ ея тяжелой обстановкой можетъ гибельно вліять на душевное состояніе заключенныхъ, дѣлая ихъ нервными, подозрительными и до крайности раздражительными, я не хотѣлъ писать опроверженія въ «Перестрой» на обрисованное въ немъ мое, какъ врача, отношеніе къ *политическимъ* заключеннымъ въ Пензенской тюрьмѣ. Но перепечатанная замѣтка въ «Русскомъ Врачѣ» да еще съ прибавленіемъ къ ней выписки изъ моего кондукта \*\*), что я пріѣхалъ

\*) Фамилія ихъ я не знаю и не знаю также, уголовные-ли то были или политическіе заключенные, потому что не считаю нужнымъ освѣдомляться объ этомъ и думаю, что для врача всѣ больные заключенные должны быть равны.

\*\*) Вѣроятно, сообщенной редакціи «Русскаго Врача» для большаго доказательности справедливости переданнаго въ «Перестрой» моего факта.

1) Таблица эта представлена въ редакцію.—Ред.

2) Разслѣдованіемъ, произведеннымъ еще въ бытность начальникомъ ветеринарнаго Управленія А. А. Раевского, установлено отсутствіе какихъ-либо подлоговъ, на которые указываетъ г. *Максумовъ*.

въ Пензу изъ Курска и «свалка мѣста уволенныхъ мѣстнымъ губернаторомъ (?) помощника врачебнаго инспектора (А. В. *Иске*) и тюремнаго врача», вынуждаетъ меня писать это опроверженіе.

Г. Елюровъ.

Пенза, 20-го сентября 1906 г.

**СХСV.** М. Г. Въ № 36 «Русскаго Врача» въ отдѣлѣ хроники перепечатана замѣтка изъ «Крымскаго Курьера» о кощунственномъ состояніи могилы моего отца д-ра В. Н. *Дмитріева*, павшаго общественаго дѣятеля.

Прошу Васъ огласить что въ мѣнѣ «Артекъ», гдѣ жила послѣдніе годы отецъ, построена моей сестрой склепъ, куда долженъ быть перевезенъ изъ Ялты прахъ покойнаго. Рядъ формальныхъ и другихъ затрудненій мѣшаютъ осуществленію этого намѣренія.

Врачъ Коломенской земской больницы В. *Дмитріевъ*.

Коломна, 24-го сентября 1906 г.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1746. Какъ сообщаетъ «Новое Обозрѣніе» (20 сентября), къ декану медицинскаго факультета Одесскаго Университета А. К. *Медведеву*, согласно постановленію Сходки студентовъ-медиковъ, явились предсѣдатель Сходки г. Даташвили и студентъ-депутатъ и выразили ему *сочувствіе по случаю пережитыхъ имъ за последнее время волненій*. Вмѣстѣ съ тѣмъ депутация просила А. К. не отказываться отъ деканства. «Одесскія Новости» (22 сентября) сообщаютъ однако, что проф. *Медведевъ* уже подалъ заявленіе объ отказѣ отъ званія декана вслѣдствіе разстроеннаго здоровья.

1747. «Одесскія Новости» (21 сентября) сообщаютъ, что чтеніе лекцій по *госпитальной терапевтической клиникѣ* въ Одесскомъ Университетѣ, впродъ до замѣщенія каведры, поручено факультетомъ проф. діагностики П. А. *Вальтеру*.

1748. 15-го сентября, какъ сообщаетъ «Рѣчь» (21 сентября), въ В. Медицинской Академіи открыла свои дѣйствія *испытательная Комmissia*. Экзаменуются всего 15 чел.

1749. 20-го сентября въ Одесскомъ Университетѣ начались государственныя *испытанія въ медицинской Комmissii*. Приступили къ испытаніямъ 31 чел. Предсѣдателемъ Комmissii назначенъ проф. С. В. *Левашевъ*.

1750. На послѣднемъ засѣданіи медицинскаго факультета Московскаго Университета, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (24 сентября), разсматривались прошенія о *принятіи на старшіе курсы* факультета. Громадное большинство лицъ, подавшихъ прошенія, состояли раньше студентами и студентессами заграничныхъ Университетовъ. Факультетъ постановилъ принять въ число студентовъ тѣхъ изъ означенныхъ лицъ, которые сдали полудѣлкарскіе экзамены въ заграничныхъ Университетахъ, а не сдавшимъ такихъ экзаменовъ рѣшено отказать въ принѣмъ на старшіе курсы.

1751. «Одесскій Листокъ» (17 сентября) передаетъ, что медицинскій факультетъ Одесскаго Университета постановилъ ходатайствовать о принятіи *окончившихъ ветеринарные Институты на 5-ый семестръ* со сдачей экзамена по анатоміи.

1752. «Товарищу» (24 сентября) сообщаютъ изъ Москвы, что 23-го сентября студентами Университета объявленъ *бойкотъ проф. Ѳ. И. Синицину*, состоящему предсѣдателемъ выпускной экзаменаціонной Комmissii медицинскаго факультета. «Бойкотъ» объявленъ по почину студентовъ 5-го курса, которые настаивали на совершенномъ удаленіи проф. *Синицина* изъ состава профессоровъ. Противъ бойкутируемаго выставленъ цѣлый рядъ обвиненій: его крайне рѣзкое, нетерпимое въ образованномъ обществѣ, отношеніе къ больнымъ, подчиненнымъ и студентамъ; его крайнія реакціонныя убѣжденія: онъ былъ единственнымъ профессоромъ, который въ Совѣтѣ высказался противъ автономіи Университета; въ Пироговскомъ Обществѣ онъ выступилъ съ защитой смертной казни; онъ не только состоитъ членомъ союза русскихъ людей, но и принимаетъ въ его черносотенной дѣятельности активное участіе; онъ явился однимъ изъ самыхъ восторженныхъ участниковъ манифестаций въ честь и во славу казаковъ. Выпускные студенты-медики твердо рѣшили осуществитъ бойкотъ до отказа вовсе отъ экзаменовъ подѣ его предсѣдательствомъ.

1753. Среди привлеченныхъ къ судебной ответственности по дѣлу Совѣта рабочихъ депутатовъ значится и д-ръ Андрей Юльевичъ *Фейтъ*.

1754. «Рѣчь» (20-го ноября) сообщаетъ, что 17-го сентября изъ кронштадтской военной тюрьмы перевезены въ Петербургъ заключенные инж. Малоземовъ и д-ръ *Гусаровъ (В. И.)*. За нимъ нѣтъ уликъ по кронштадтскому дѣлу имъ *никакого обвиненія предъявлено не было*. Теперь они переданы въ вѣдѣніе охраннаго отдѣленія для изысканія данныхъ для привлеченія ихъ къ ответственности.

1755. «Тайга» (2 сентября) сообщаетъ, что изъ Тобольскаго уѣзда получены свѣдѣнія о тяжеломъ положеніи находящихся

тамъ политическихъ ссыльныхъ, число которыхъ достигаетъ 500. Дѣло въ томъ, что на основаніи военнаго положенія окрестнымъ крестьянамъ запрещено подѣ страхомъ 300-рублеваго штрафа или 3-мѣсячнаго тюремнаго заключенія снабжать политическихъ лошадами и лодками. Въ виду того, что во всемъ уѣздѣ нѣтъ всего лишь 3 медицинскіе пункта, мѣра эта фактически лишила политическихъ возможность пользоваться всякой медицинской помощью. Наблюдалось уже нѣсколько случаевъ смерти отъ самыхъ неопасныхъ заболѣваній, требовавшихъ, однако, врачебнаго вниманія.

1756. Намъ сообщаютъ, что «распоряженіемъ» Вятскаго губернатора кн. Горчакова была *уволена и выслана въ 3-дневный срокъ изъ предѣловъ губерніи ж.-врачъ Сlobодской земской больницы Н. М. Губина*, за короткій срокъ своей службы успѣвшая приобрести любовь и уваженіе со стороны больныхъ и сослуживцевъ. Одновременно полиція произвела обыскъ въ квартирѣ земскаго врача Д. А. *Дехтерева* и у фельдшерскаго персонала больницы, а также и у ветеринарнаго врача Н. А. *Петрова*. Послѣдній подвергся 2-дневному тюремному заключенію въ одиночной камерѣ за храненіе винтовки и выхолощенной шрапнели, привезенной имъ съ Дальняго Востока и принятой полиціей за бомбу. Освобожденіе Н. А. *Петрова* послѣдовало только по ходатайству его жены передъ губернаторомъ. Сlobодская земская Управа, изъ-за которой въ прошломъ 1905 г., произошелъ извѣстный конфликтъ между Земствомъ и врачами, закончившійся коллективнымъ уходомъ послѣднихъ со службы Земству, ограничилась во всей этой исторіи ролью наблюдателя; полицейскій-же чиновникъ, произведшій обыскъ въ квартирахъ земскихъ служащихъ, за «ревностную службу» получилъ повышеніе.

1757. «Рѣчь» (22-го сентября) телеграфируетъ изъ Одессы, что редакторъ закрытаго органа профессиональных Совѣтовъ д-ръ *Кириловъ высылается изъ Одессы въ 24 часа*.

1758. Какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (24 сентября), Московской губернской земской Управой получено отъ Московскаго губернатора извѣщеніе, что *имъ не утверждены 3 представленныхъ лица въ должности врачей земскихъ лечебницъ*.

1759. Московскій д-ръ В. А. *Дубровинъ* прислалъ въ «Русскія Вѣдомости» (22 сентября) слѣдующее письмо: «Въ виду часто доходящихъ до меня свѣдѣній, что меня смѣшиваютъ съ Петербургскимъ д-ромъ *Дубровинимъ*, счтяю нужнымъ заявить, что съ нимъ я не имѣю ничего общаго».

1760. «Русскія Вѣдомости» (21 сентября) сообщаютъ, что на засѣданіи Правленія Общества русскихъ врачей въ память Н. И. *Пирогова* 16-го сентября доложено было заявленіе Д. Д. Посполитки о пожертвованіи имъ 30000 р. для учрежденія при *Пироговскомъ Обществѣ преміи* въ память его сына Дмитрія Посполитки, умершаго отъ скарлатины, за *лучшія работы по скарлатинѣ*. Премія въ размѣрѣ 2500 р. должна присуждаться черезъ каждые 2 года Правленіемъ Общества совместно съ конкурсной Комmissіей за *лучшія работы по изученію скарлатины и способамъ личной и общественной борьбы съ нею*, а также по практическому примѣненію этихъ способовъ въ жизни. Премія можетъ быть раздѣлена на 2 равныя части. Сообщено было также о предложеніи Комитета общественной помощи голодающимъ Пироговскому Обществу принять дѣльнѣе участіе въ предстоящей кампаніи по оказанію помощи голодающимъ и избрать отъ Общества депутатовъ въ ревизионную Комmissію. Въ связи съ тѣмъ-же вопросомъ обсуждалось мнѣніе Н. И. *Тезякова* о необходимости для Правленія произвести, совместно съ представителями общественно-санитарныхъ организацій въ пострадавшихъ губерніяхъ, обсужденіе плана предстоящей лечебно-продовольственной кампаніи. Въ принципѣ такое обсужденіе признано Правленіемъ необходимымъ. Разсматривалось, кромѣ того, заявленіе завѣдующаго врачебно-санитарнымъ отдѣломъ при Самарской губернской Управѣ М. М. *Грана* о необходимости экстренно Пироговскаго Съезда по вопросу о помощи голодающему населенію. Вопросу этому рѣшено посвятить слѣдующее засѣданіе Правленія.

1761. «Чита» (3 сентября), со словъ «Сибирской Жизни», сообщаетъ, что Томскъ украсился весьма солиднымъ и единственнымъ во всей Сибири учрежденіемъ—*Бактеріологическимъ Институтомъ имени Зинаиды и Ивана Чуриныхъ*, построеннымъ при Томскомъ Университетѣ. Возникновеніе этого учрежденія Сибирское общество обязано В. Т. Зинину, который въ память своей сестры Зинаиды и ея мужа Ивана Чуриныхъ пожертвовалъ особый капиталъ, перешедшій отъ нихъ къ нему по наслѣдству. Въ Институтѣ будутъ изготовляться и лечебныя сыворотки. Согласно волѣ жертвователя, Институтъ будетъ обслуживать всю Сибирь, при чемъ часть лечебныхъ препаратовъ должна быть отсылаема бесплатно въ Иркутскъ на пользованіе ими бѣдныхъ жителей этого города. Постройка зданія Института обоилась свыше 80000 р.

1762. Н. д. старшаго врача Одесской городской больницы д-ръ С. Х. *Марьямъ* вошелъ, какъ передаетъ «Новое Обозрѣніе» (16 сентября), въ мѣстную городскую Управу съ слѣдующимъ заявленіемъ: «Городъ Одесса и въ частности городская больница имѣютъ право гордиться тѣмъ, что въ ея стѣнахъ началъ развиваться свою дѣятельность проф. Н. В. *Склифосовскій*, ставшій впоследствии однимъ изъ украшеній отечественной хирургіи. Городская больница всегда будетъ и должна помнить, что въ стѣнахъ ея, провинціальной больницы, началъ производиться съ блестящимъ успѣхомъ, молодой тогда еще хирургъ, Н. В. *Склифосовскій* свои первыя оваріотоміи (опера-



ция въ то время еще новая, производившаяся только въ университетскихъ клиникахъ и выдающимися хирургами). Руководимые глубокой признательностью и уваженіемъ къ памяти Н. В., врачи городской больницы въ заведеніи своемъ постановили просить городскую Управу уважительно память проф. Склифосовскому въ стѣнахъ больницы слѣдующему надписью на фронтѣ хирургическаго корпуса больницы: «Хирургическій корпусъ имени проф. Н. В. Склифосовскаго». Кроме того, установить бюстъ Н. В. въ вѣстибулѣ хирургическаго отдѣленія, дабы сохранить предъ взорами грядущихъ поколѣній образъ выдающагося хирурга и возбудить въ нихъ желаніе, по мѣрѣ силъ своихъ, работать такъ-же плодотворно, какъ и онъ, на нивѣ русской хирургіи».

1763. На Совѣщаніи земскихъ врачей Балашовскаго уѣзда 12-го минувшаго мая, какъ сообщаетъ «Врачебно-санитарная хроника Саратовской губ.» (августъ), были подняты, между прочимъ, вопросъ о медицинскій организации—о возвращеніи ушедшихъ послѣ Балашовскаго инцидента врачей и фельдшеровъ, а также административно уволенныхъ. Рѣшено, по возможности, возстановить старую организацию, при чемъ возвращеніе административно уволенныхъ, по мнѣнію д-ра Бердичевскаго, съ чѣмъ согласилось и Собраніе, «поставить въ связь съ ожидаемой амнистіей, т. е. въ силу амнистіи возможно возвращеніе пострадавшихъ отъ административнаго произвола врачей». (Надежда—увы!—оказалась тѣтливой. Ред.) Относительно замѣшанія пустующихъ врачебныхъ и фельдшерскихъ вакансій на Собраніи рѣшено приглашать путемъ объявленій въ общихъ и медицинскихъ газетахъ какъ ушедшихъ отсюда врачей и фельдшеровъ, такъ и новыхъ, не стѣснясь отсутствіемъ средствъ въ кассѣ Земства. На томъ-же Собраніи д-ръ Вейсбродъ сообщилъ свои впечатлѣнія о результатахъ дѣятельности практическимъ врачѣй въ участкахъ, находящихся въ ихъ заведѣваніи за время отсутствія земскихъ врачей. Свои впечатлѣнія д-ръ Вейсбродъ резюмировалъ такъ: «полнѣйшая дезорганизация медицинскаго дѣла, какъ хозяйственной его стороны, такъ и специально лечебной, отсутствіе въ нѣкоторыхъ больницахъ необходимыхъ лѣкарствъ, перевязочнаго матеріала и пр., дезорганизация фельдшерскаго персонала». Онъ полагаетъ, что, съ виду непродуманности работы при подобныхъ условіяхъ, необходимо закрыть на время больницы и амбулаторіи (Перевѣянки, Самойловка и Ключи), сосредоточивъ оставшіяся матеріалъ въ больницахъ, находящихся въ заведѣваніи земскихъ врачей, сконцентрировавъ такимъ образомъ трудъ для большей его продуктивности. Предсѣдатель намѣлъ мнѣніе д-ра Вейсброда неосуществимымъ, съ чѣмъ согласилось и Собраніе, не видя необходимости въ предлагаемыхъ крайнихъ мѣрахъ; оно сочло нужнымъ сдѣлать внушеніе фельдшеру Перевѣянскаго пункта и необходимымъ пригласить врачей и фельдшеровъ въ Самойловку, Перевѣянки и Ключи, въ послѣдній участокъ—д-ра Богородскаго.

1764. Образцомъ того, какъ примѣняется въ в.-медицинскомъ ведомствѣ извѣстный указъ о вѣротерпимости, можетъ служить слѣдующій сообщенный намъ однимъ товарищемъ католическаго исповѣданія фактъ: послѣ 1½-годового пребыванія его на войнѣ въ Мавжурии онъ, по возвращеніи въ Одессу, подалъ въ 1½-й марта текущаго года прошеніе на Высочайшее имя о назначеніи его на военную службу въ Одесскій округъ. Въ концѣ іюня, будучи въ Петербургѣ, онъ выслушалъ отъ главнаго в.-медицинскаго инспектора объясненіе, что, такъ какъ онъ, проситель, католическаго вѣроисповѣданія, то и не можетъ быть назначенъ ни въ Одесскій, ни въ Кіевскій округъ, а только въ Кавказскій, Московскій, Кавказскій или Сибирскій.

1765. Какъ передаютъ «Русскія Вѣдомости» (24 сентября), на засѣданіи Московскаго городского врачебнаго Совѣта 23-го сентября разсматривался вопросъ о посемейномъ призрѣніи больныхъ изъ соматическыхъ городскихъ больницъ съ тѣмъ, чтобы освободить въ нихъ больше мѣстъ для леченія больныхъ острыми формами болѣзней. Особая Комиссія предложила воспользоваться, въ видѣ опыта, временной городской богадѣльней на Шолоховѣ (Шибаневской) для посемейнаго призрѣнія хрониковъ. Врачебный Совѣтъ принялъ это предложеніе и одобрилъ представленный Комиссіей проектъ правилъ осуществленія этого патронажа и проектъ инструкціи врачу. Такой опытъ, по мнѣнію Комиссіи, положить начало дѣлу устройства посемейнаго призрѣнія хрониковъ и можетъ повести къ коренному преобразованію городского, больничнаго и богадѣленнаго призрѣнія.

1766. «Рѣчь» (24 сентября) телеграфируетъ изъ Курска, что въ экстренномъ губернскомъ Собраніи 23-го сентября «реакціонная клика гласныхъ, подъ предлогомъ отсутствія средствъ, учинила форменный разгромъ Земства». Уничтожены отдѣлы: статистическій, оѣлочный, медицинскій и сельско-хозяйственный, а также упраздненъ гидротехническій музей. Прекращено пособіе уѣздамъ Земствамъ на экономическія мѣропріятія. Упраздненъ агрономъ. Значительно сокращены ветеринарный отдѣлъ и прекращена продажа книгъ въ книжномъ складѣ. Предполагаются еще сокращенія. Между тѣмъ финансы губернскаго Земства вполнѣ удовлетворительны, что подтверждается цифрами поступленія сборовъ».

1767. «Владимирецъ» (20 сентября) сообщаетъ о тепломъ чествованіи участковаго врача Московско-Нижегородской ж. дороги Е. Р. Юрасова, перемѣщеннаго изъ одного участка въ другой. Починъ чествованія принадлежалъ «мелкой сошкѣ» оставленнаго товарищомъ участка—слесарямъ, ремонтнымъ рабочимъ и другимъ низшимъ служащимъ, характеризовавшимъ его отно-

1768. Земскій врачъ Э. И. Ликкель въ письмѣ изъ Полтавской губ. во «Врачебно-санитарную хронику Саратовской губ.» (августъ), озаглавленномъ «Къ вопросу о губернскихъ земскихъ больницахъ», сообщаетъ слѣдующія свѣдѣнія о происходившемъ 11—12-го августа въ Полтавѣ Совѣщаніи врачей и представителей Земствъ, собравшихся по приглашенію губернской земской Управы въ числѣ 50—60 чел. «Въ числѣ подлежащихъ обсужденію вопросовъ находился вопросъ объ учрежденіи школы больницы—нарисовалъ мрачную картину жизни этой больницы. Оказывается, что врачей и фельдшеровъ мало; они обременены работой и не могутъ надзирать за прислугой, которая по окончаніи работы врачей остается полными хозяевами больницы и занимается чѣмъ хочетъ, только не наблюденіемъ и уходомъ за больными. Прислуга ужасно распущена; никакія мѣры на нее не дѣйствуютъ; штрафы ведутъ къ частой сдѣлкѣ ея (въ психиатрической больницы болѣе 140% въ годъ ушли со службъ). Внезапныя ревизіи врачами повели только къ изобрѣтенію специальной сигнализации, такъ что застать врасплохъ удается только первую прислугу. Больные отзываются поэтому о больницѣ крайне плохо и всячески избѣгаютъ поступать въ нее. Чтобы создать контингентъ болѣе порядочнаго низшаго персонала, старшіе врачи предлагаютъ устроить школу, гдѣ преподавались-бы основы ухода за больными и выяснялись-бы нравственные качества учащихся. Послѣдніе числились-бы на службѣ и получали-бы жалованье и столъ, а часть ихъ—и помѣщеніе (интерны и экстерны). Предпочтеніе отдавалось-бы при поступленіи въ школу теперешнимъ служащимъ. Расходы на «школку» докладчикомъ исчислены въ 1200 р. въ годъ. На Совѣщаніи докладъ подвергся убійственной критикѣ. Было указано, что школа толку не дастъ; прислуга будетъ столь-же плохой, но съ гораздо большимъ самовлѣніемъ, какъ дипломированная, и можетъ даже изобразить собою въ деревнѣ новый классъ врачевателей. Для улучшенія дѣла слѣдуетъ увеличить число врачей и фельдшеровъ, наконецъ—самой прислуги, которая теперь должна дежурить по 31 часу подрядъ; конечно, такое дежурство—одна фикція, и только увеличеніе числа служащихъ дастъ имъ возможность лучше работать. Указывалось, что по примѣру другихъ учреждений губернскаго Земства (больницы, фельдшерской школы) «школка» скорѣй превратится въ школу, а потомъ и въ цѣлую «школицу» съ соответствующимъ ростомъ бюджета. А бюджетъ губернскихъ больницъ и безъ того великъ: 150000 р. на психиатрическую и 180000 р. на 2 соматическія (Полтавскую и Кременчугскую). Наилучшій-же выходъ изъ труднаго положенія—уничтоженіе губернскихъ больницъ и передача освободившихся суммъ уѣздамъ. Большая больница всегда нуждается въ большомъ числѣ служащихъ, а чѣмъ больше послѣднихъ, тѣмъ хуже надзоръ; въ маленькой-же земской больницѣ—все на виду. Получивъ 12000 р., уѣздъ могъ-бы пригласить, по крайней мѣрѣ, 4-хъ специалистовъ по главнымъ отраслямъ медицины и значительно приблизить ихъ къ больнымъ. Рѣчь оратора, высказавшагося за упраздненіе губернскихъ больницъ, встрѣтила живое одобреніе большинства собравшихся (т. е. всѣхъ участковыхъ врачей и делегатовъ фельдшеровъ), и проектъ школы былъ отвергнутъ. Кроме этого на Совѣщаніи обсуждались слѣдующіе вопросы: о скорѣйшемъ введеніи санитарной организации (Съѣздовъ врачей, губернскаго санитарнаго Совѣта, санитарнаго Бюро и уѣздныхъ санитарныхъ врачей); врачи уже давно хлопотутъ объ этомъ, но земскія Собранія упорно не соглашаются. Совѣщаніе снова высказалось за настоятельную необходимость введенія санитарной организации въ полномъ объемѣ и утвердило представленную инструкцію. По вопросу о децентрализациі психиатрической помощи старшій врачъ психиатрической больницы А. Ф. Малышевъ предложилъ не расширять болѣе и безъ того обширную больницу, а, вѣсть того, открыть на противоположномъ концѣ губерніи 2-ую больницу на 87—120 кроватей для острыхъ больныхъ, хрониковъ-же направлять въ центральную колонію. Совѣщаніе принципиально согласилось съ желательностью децентрализациі, по примѣру остальныхъ видовъ земско-врачебной помощи населенію, и психиатрической помощи. Наконецъ, послѣднимъ въ программѣ Совѣщанія значился вопросъ «о вредномъ влияніи самостоятельнаго фельдшеризма въ земской медицинѣ» въ званіи столкновеніе между защитниками и противниками самостоятельнаго фельдшеризма. Столкновеніе это д-ръ Э. И. Ликкель описываетъ слѣдующимъ образомъ. «На Совѣщаніи Управы заявила, что тутъ вышла «канцелярскаа описка» и что она имѣла въ виду обсудить вопросъ не о «вредномъ влияніи», а о значеніи фельдшеризма. Управѣ за такую «описку» пришлось выслушать не мало горькихъ истинъ со стороны прибывшихъ делегатовъ—фельдшеровъ и отъ части врачей и земцевъ. Впрочемъ, самый вопросъ стараніями противниковъ фельдшеризма снятъ съ очереди «за невнесеніе мотивированнаго доклада». Вопросъ о фельдшерахъ поднимался и во время обсужденія санитарной организации. Послѣ жаркихъ прерій удалось добиться включенія делегатовъ фельдшеровъ, по 1 на уѣздъ, въ губернскіе Съѣзды врачей съ правомъ одинаковаго совѣстима голоса по всѣмъ вопросамъ; представительство же въ санитарномъ Совѣтѣ (губернскомъ) фельдшера не добились».

1769. По словамъ «Виржевыхъ Вѣдомостей» (24 сентября), въ Петербургѣ предполагается построить вблизи городскихъ скотобоенъ ветеринарный Институтъ.

1770. Въ «Новомъ Обзорѣніи» (22 сентября) помѣщена слѣдующая замѣтка, рисующая общій укладъ больничной жизни въ новой Одесской городской больнице.

городской больницы д-р *Марьямеш* разослал ординаторам больницы 2 циркулярных распоряжения. В одном старший врач сообщает, что им обнаружены в некоторых палатах злоупотребления в требованиях на выпяску продовольствия больными. Во многих палатах число больных указывается гораздо больше действительного, чѣмъ вызывается излѣившіи, дов. значительный расход на содержание больных. Д-р *Марьямеш* просит ординаторов строго слѣдить за тѣмъ, чтобы въ порціонныхъ требованияхъ выставлялось наличное число больных. Во 2-мъ циркулярѣ к. д. старшаго врача просит ординаторов слѣдить за тѣмъ, чтобы экстренная прислуга въ палаты выписывалась только на ночь; иначе это вызывает большой перерасход. Копіи этихъ циркуляровъ присланы въ городскую Управу, которая предложила благотворительному Отдѣленію обратитъ серьезное вниманіе на распоряженія старшаго врача и строго слѣдить за ихъ исполненіемъ.

1771. Въ числѣ многихъ лицъ православнаго исповѣданія, подавшихъ на имя Киевскаго губернатора прошенія о разрѣшеніи перейти изъ православія въ иудейство, значится и д-р *Павелъ Ильичъ Каганъ* («Киевскій Голосъ», 23 сентября). Д-р *Каганъ*, какъ значится въ «Россійскомъ Медицинскомъ Спискѣ» въ 1906 г., состоитъ учащимимъ врачомъ въ мѣстечкѣ Кошеватое, Таращанскаго уѣзда.

1772. Какъ передаютъ «Виржевыя Вѣдомости» (23 сентября), въ Управленіи главнаго врачебнаго инспектора въ настоящее время ведутся работы по пересмотру положенія о карантинныхъ учрежденіяхъ на стѣрномъ побережьи Чернаго моря. Предполагается упразднить карантинную стражу и замѣнить ее штатомъ вольнонаемныхъ санитаровъ. Упразднены будутъ также должности комиссаровъ и капитановъ карантинныхъ портовъ. Въ Одессіи и Одессѣ предложено устроить центральныя карантинныя станціи, а въ Севастополѣ, Евпаторіи, Керчи и Очаковѣ—постоянные карантинные пункты.

1773. «Сегодня» (21 сентября) передаетъ, что по предложенію Петербургской санитарной Комиссіи, городская Управа признала необходимымъ составить проекты и сметы на постройку 2-хъ городскихъ домовъ для рабочихъ, со 120—130 квартирами, на 500 чел. каждый. Стоимость обоихъ домовъ съ землею предложена въ 250000 р.

1774. Въ Скадовскѣ, по словамъ «Одесскаго Листка» (14 сентября), учреждается обществ. санаторіа.

1775. Въ «Новомъ Обзорѣ» (16 сентября) приводятся слѣдующія подробности объ обстоятельствахъ, сопровождавшихъ смерть ординатора Одесской еврейской больницы *Евгеніи Осиповича Кинсберга* (см. выше, № 38, стр. 1199): «Въ послѣдніе дни покойная была особенно нервно настроена. Дважды ее постигли анархисты» (хулиганы? Ред.) и тщетно требовали денегъ, и съ тѣхъ поръ она опасалась неприяныхъ послѣдствій. Въ роковой день кончины она ночью была разбужена звонкомъ, раздавшимся въ дверяхъ параднаго хода. Оказалось, что явился пригласить ее къ роженницѣ, роды у которой были очень тяжелые. Г-жа *Кинсбергъ*, напуганная посѣщеніемъ анархистовъ, не поверила и недоувѣрчиво отнеслась къ явившимся съ приглашеніемъ и всю дорогу была тревожно настроена, предполагая, что это—ловушка со стороны анархистовъ. Но всѣ ея опасенія оказались напрасными. Ее, действительно, привели къ больной роженницѣ, роды которой были очень тяжелые. Во время работы съ ней сдѣлалось дурно и пришлось вызвать врача «Скорой помощи», который оказалъ помощь роженницѣ и г-жѣ *Кинсбергъ*, при чемъ отравилъ послѣднюю домой. Дома съ ней случился вторичный обморокъ, такъ что были вызваны врачи *Спиро* и *Триеръ*. Всѣ усилія ихъ оказались тщетными, и г-жа *Кинсбергъ* скончалась въ присутствіи этихъ 2-хъ своихъ коллегъ отъ «разрыва» (паралича? Ред.) «сердца».

1776. Киевскій врачъ *З. Л. Левинъ* во время ссоры съ своимъ тестемъ впалъ въ столь сильное состояніе возбужденія, что убилъ его выстрѣломъ изъ револьвера («Киевская Рѣчь», 20 сентября).

1777. Въ «Волгарѣ» (14 сентября) имѣются слѣдующія новыя свѣдѣнія по дѣлу *фельдшера Шитова* (см. выше, № 33, стр. 1038, № 35, стр. 1110 и № 36, стр. 1134). Управа предполагала внести это дѣло на разсмотрѣніе Думы, такъ какъ г. Шитовъ, какъ было уже сообщено, не пожелалъ подчиниться рѣшенію Управы—оправдаться судомъ или оставить службу. Городской-же голова А. М. Меморскій, находя, что право увольненія и приѣма фельдшеровъ принадлежитъ городской Управѣ, предложилъ ей немедленно разслѣдовать это дѣло, и если обвиненіи, предъявляемые г. Шитову, подтвердятся, уволить его отъ городской службы. Управа согласилась съ этимъ предложеніемъ.—А г. *Баулинъ* все молчитъ!

1778. Россійское фармацевтическое Общество, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (23 сентября), уполномочило особаго депутата обратиться къ ректору Московскаго Университета съ просьбой объ отнѣтѣ стѣнскаго для проживанія въ Москвѣ фармацевтовъ-евреевъ, слушающихъ лекціи въ Московскомъ Университетѣ. Такихъ слушателей насчитывается до 150 чел. Право жительства въ Москвѣ они получаютъ только въ томъ случаѣ, если записываются на службу въ аптеки. Общество указываетъ, что, разъ фармацевтамъ-евреямъ разрѣшено слушать лекціи, то имъ должно быть разрѣшено и свободное жительство въ Москвѣ. Общество проситъ ректора возбудить ходатайство передъ градоначальникомъ, чтобы еврейскіе фармацевты, допущенные къ слушанію лекцій въ Университетѣ, разрѣшено было жить въ Москвѣ безъ записи на службу въ аптеки.

1779. Какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (21 сентября) въ Собраніи Московскихъ городскихъ фармацевтовъ одобренъ уставъ вновь образуемаго Общества городскихъ фармацевтовъ и рѣшено представить его для регистраціи въ особое городское по дѣламъ объ обществахъ Присутствіе. Задача Общества по уставу состоитъ въ слѣдующемъ: содѣйствіе правильной постановкѣ аптекарскаго дѣла въ учрежденіяхъ Московскаго городского общественнаго Управленія; защита правыхъ и экономическихъ интересовъ фармацевтовъ, состоящихъ на городской службѣ; оказаніе медицинской и юридической имъ помощи. Общество предполагаетъ входить въ соглашеніе съ городскимъ Управленіемъ по вопросамъ объ упорядоченіи труда городскихъ фармацевтовъ и о замѣненіи вакансій по фармацевтической службѣ путемъ выборовъ въ фармацевтическихъ организаціяхъ.

1780. 21-го сентября, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (24 сентября), состоялось делегатское Собраніе фельдшеровъ, фельдшерницъ и акушерокъ Московской губ. и ея уѣздовъ. На Собраніи обсуждался вопросъ, какимъ образомъ присоединиться къ Союзу Обществъ помощниковъ врачей? Послѣ продолжительнаго обсужденія рѣшено: организовать самостоятельное Общество уѣздныхъ фельдшеровъ, фельдшерницъ и акушерокъ Московской губ., а затѣмъ немедленно присоединиться къ Союзу Обществъ помощниковъ врачей.

1781. Волынская губернская Управа по дѣламъ земскаго хозяйства, какъ передаютъ «Виржевыя Вѣдомости» (24 сентября), ходатайствовала предъ главнымъ Управленіемъ по дѣламъ мѣснаго хозяйства о разрѣшеніи принимать въ Волынскую фельдшерскую школу лицъ женскаго пола, съ тѣмъ, чтобы ученицамъ было дозволено заниматься въ классѣ совмѣстно съ учениками. Главное Управленіе предполагаетъ удовлетворить это ходатайство.

1782. Петербургскій окружной Судъ, разсмотрѣвъ дѣло дантиста Крамера, привлекавшагося къ судебной отвѣтственности Петербургскимъ столичнымъ врачебнымъ Управленіемъ за неисполненіе специальныхъ правилъ и требованій, регламентирующихъ дѣятельность зубныхъ врачей и дантистовъ, за неимѣніе своего дѣла и за сознательное допущеніе заведомо неправильнаго лѣченія, признавъ его, какъ сообщаютъ общія газеты (отъ 22-го сентября), виновнымъ въ предъявленномъ къ нему обвиненіи и постановилъ воспретить ему зубоврачебную практику впредь до представленія имъ свѣдѣтельства о поддержаніи новаго испытанія на званіе дантиста.—Обеспечить ли это свѣдѣтельство больныхъ г. Крамера отъ повторенія сознательнаго допущенія заведомо неправильнаго лѣченія?

1783. Въ «La Revue médicale» (26 сентября) помѣщена обширная статья делегата Франціи въ русской арміи, дѣйствовавшей въ Манчжуріи, д-ра *Follenfant'a* — *Гитана арміи въ голодныхъ странахъ по опыту русско-японской войны*. Статья эта воспроизводитъ докладъ автора въ засѣданіи Союза врачей запаса и территориальной арміи (Union Fédérative des médecins de reserve et de l'armée territoriale) 9-го минувшаго мая и, давая самый достойный отзывъ о санитарномъ состояніи русской арміи, снабжена предисловіемъ, въ которомъ авторъ старается устранить всакия сомнѣнія относительно достовѣрности сообщаемыхъ имъ свѣдѣній. «Война, при которой я присутствовалъ, говоритъ онъ,—война исключительная съ медицинскою точки зрѣнія: убитыхъ было очень много, но число смертельныхъ исходовъ при раненіяхъ выразилось гораздо низшимъ %—нымъ отношеніемъ, чѣмъ въ другія войны. Болѣе того, число больныхъ эпидемическими или даже простыми (affections banales) болѣзнями все время въ теченіи 19 мѣс. держалось на низшихъ цифрахъ, чѣмъ обычно въ арміи въ мирное время на родинѣ... Санитарное состояніе въ Русскихъ было лучше, чѣмъ въ Японцевъ, и % смертельныхъ исходовъ при раненіяхъ у первыхъ ниже... Сомнѣній въ сообщаемыхъ авторомъ цифрахъ быть не можетъ: Русскіе все же не могли-бы скрыть отъ болѣе или менѣе опытнаго главнокомандующаго госпиталями, многочисленными смертей, страданій арміи, голода и нужды солдатъ, гнойныхъ осложненій ранъ; они могли слукать лишь развѣ относительно % смертности, но и только... О стѣсненіи въ чемъ-нибудь исполненія миссіи автора, по его заявленію, также не можетъ быть и рѣчи. «Я могъ бывать вездѣ, говорить онъ, проникать во всѣ санитарныя учрежденія: встрѣчалъ всюду самый сердечный, самый любезный пріемъ, въполнѣ братское отношеніе врачей. Я могъ обѣхать совершенно свободно не только весь районъ, занятый арміей, но и всю Сибирь». По свѣдѣтельству автора, столь же гостеприимно были приняты и врачи національностей, «менѣе симпатичныя русскимъ», чѣмъ французы. При общемъ числѣ иностранныхъ делегатовъ въ 32 чел. и единогласномъ подтвержденіи или приводимыхъ ниже цифръ, сомнѣваться въ достовѣрности послѣднихъ, дѣйствительно, нѣтъ основанія. Русская армія съ 5000 чел. къ 10-му февраля 1904 г. достигала 1.050.000 чел. къ 1-му сентября 1905 г. Прибавивъ къ послѣдней цифрѣ 212.000 убитыхъ, эвакуированныхъ, уволенныхъ въ отставку, убитыхъ въ сраженіяхъ, военнопленныхъ, приведемъ къ выводу, что въ составъ русской арміи въ Манчжуріи за данный срокъ вошло 1.262.000 чел. Такой наличный составъ далъ-бы въ мирное время во Франціи, какъ и въ Россіи, около 600.000 больныхъ въ госпиталяхъ (эпидемическими и простыми болѣзнями) съ 20.000 смертельными исходами. Оказалось-же, по русскимъ статистическимъ даннымъ, больныхъ 287.000, смертельныхъ исходовъ—около 5000. Слѣд., заболѣванія составили лишь 40% обычнаго въ мирное время числа заболѣваній, а число смертей 25% соответственнаго числа въ мирное время—%—ныя послѣдствія небы-

ныя и однако-же вѣрныя... Касаясь причинъ, превосходнаго санитарнаго состоянія русской арміи, д-ръ *Follenfant* перечисляетъ слѣдующія условія, способствовавшія достиженію такого «необыкновеннаго результата»: 1) строгій выборъ солдатъ; 2) здоровый сибирскій и манчжурскій климатъ и особенно рѣдкость болотно-лажорадоочныхъ заболѣваній; 3) постоянное оледенѣніе почвы въ теченіи зимнихъ мѣсяцевъ; 4) счастливыя климатическія и гигиеническія условія, предохранявшія питьевую воду отъ всякаго протравиванія съ поверхности; 5) обиліе и доброкачественность пищи; 6) приспособленіе одежды и жилищъ къ климату и народнымъ привычкамъ; отсутствіе переутомленія, даже устраненіе всякой усталости, вѣнъ сраженій; 8) безусловное запрещеніе продажи водки солдатамъ. Подробное изложеніе условій жизни нашихъ солдатъ, ихъ одежды, питанія съ указаніемъ на все, заслуживающее подражанія, авторъ заканчиваетъ слѣдующимъ замѣчаніемъ (справедливымъ-ли? *Гед.*) относительно участія, выпавшей на долю нашихъ врачей: «Когда я уѣзжалъ, 25-го сентября 1905 г., эта армія имѣла только 24000 чел. на пользованіи въ госпиталѣхъ, и, какъ и раньше во время войны, во время долгаго ожиданія мира врачи оставались почти незанятыми; чтобы развлечься, они предавались безконечной карточной игрѣ вокругъ традиціоннаго самовара. Наибольше любознательные создавали врачебные Кружки, въ которыхъ дѣлались такія-же длинныя сообщенія, какъ настоящее мое. Счастливая армія, но несчастные врачи: они скучали. Не думаю, чтобы въ случаѣ европейской войны мы могли встрѣтить столь-же благоприятное санитарное состояніе, и весьма вѣроятно, что у насъ не будетъ столько свободнаго времени».

1784. Стоимость новаго *Института по изслѣдованію рака*, только-что открытаго въ Heidelberg'ѣ, во время происходившаго тамъ Международнаго Сѣзда по изученію раковыхъ новообразованій, достигаетъ 800000 мар. Сумма эта вся составила изъ пожертвованій, при чемъ наиболѣе крупное пожертвованіе сдѣлано извѣстнымъ хирургомъ проф. *Скериу*, который и состоитъ директоромъ Института. Въ одномъ изъ слѣдующихъ №№ мы сообщимъ болѣе подробныя свѣдѣнія объ этомъ новомъ учрежденіи.

1785. Среди цѣлаго ряда лицъ, подавшихъ свои заявленія на конкурсъ, объявленный газетою «*Matin*», для полученія награды въ 10000 фр. за открытіе дѣйствительнаго средства противъ *музы*, оказалась *Румынская королева Елизавета*, извѣстная въ литературномъ мірѣ подъ псевдонимомъ «*Sarghen Sylva*» («*Bergliner Tageblatt*», 5 октября). Премію, какъ мы уже сообщали (см. «Русскій Врачъ», 1905 г., № 51, стр. 1630), получило лично, пожелавшее остаться неизвѣстнымъ, предложившее неочищенную нефть и подавшее свое заявленіе подъ девизомъ «*Delenda sunt*». Средство, предложенное королевой Елизаветой, не признано Коммиссіей дѣйствительнымъ; тѣмъ не менѣе Коммиссія присудила ей *медаль за научныя изслѣдованія*.

1786. Давно задуманная группою Berlin'скихъ врачей постройка обширной здравницы для грудныхъ больныхъ на о. *Мадейръ* затормозилась. Какъ сообщаетъ «*Frankfurter Zeitung*» (5 октября), начатая постройка остановилась вслѣдствіе того, что акціонерное общество, которому врачи передали полученное ими отъ Португальскаго правительства право на эксплуатацію здравницы на о. Мадейръ, поставило условіемъ окончанія постройки устройство при здравницѣ казино съ различнаго рода играми, существующими въ другихъ курортахъ. Игры эти, въ родѣ бакарра, «*petits chevaux*» и пр., привлекаютъ въ курортъ много публики, ничего общаго съ интересами здравницы не имѣющей. Португальскому правительству придется рѣшить несложный вопросъ, допустимы-ли въ здравницахъ азартныя игры или нѣтъ?

1787. На Hamburg'скихъ верфяхъ въ настоящее время строится по системѣ инж. О. Schlick'a корабль, на которомъ совершенно будетъ устранена морская качка. Сущность приспособленія сводится къ тому, что новый корабль будетъ вставленъ въ желѣзныя кузовы, который собственно и будетъ качаться и въ которомъ судно, благодаря сложной системѣ шаровъ, будетъ постоянно находиться въ горизонтальной плоскости, каковыя положенія ни принималъ наружный кузовъ. Опыты, произведенныя съ этимъ приспособленіемъ, оказались настолько удачными, что, по словамъ «*Der Sport*» (5 октября), гамбургско-американское пароходное общество устраиваетъ уже это приспособленіе на своемъ океанскомъ пароходѣ «*Sylvana*» и надѣется достигнуть такимъ путемъ совершеннаго устраненія морской болѣзни.

1788. Умерли: 1) 2-го сентября, въ г. Miliana (Алжиръ), отъ кровоизліянія въ мозгъ, *Полина Львовна Елизаветовна-Роицкая*. Покойная получила медицинское образованіе на Парижскомъ медицинскомъ факультетѣ и въ послѣднее время занимала должность врача, заведующаго амбулаторіей для арабскихъ женщинъ и дѣтей въ Алжирѣ. *П. Л.* въ бытность свою студентессой въ Парижѣ много потрудились въ дѣлѣ ознакомленія французской врачебной печати съ русскими работами. Перу ея принадлежатъ длинный рядъ рефератовъ русскихъ работъ въ наиболѣе распространенныхъ Парижскихъ медицинскихъ журналахъ, а также переводъ нѣсколькихъ медицинскихъ книгъ съ русскаго языка на французскій. — 2) 14-го сентября, въ Серпуховѣ, *Григорій Яковлевичъ Карповъ*, родившійся въ 1836 г., а званіе врача получившій въ

1880 г. 1). — 3) 16-го сентября, во Владикавказѣ, старшій врачъ Апшеронскаго полка *Константинъ Викентьевичъ Борисевичъ* («Терекъ», 17 сентября), родившійся въ 1853 г., а званіе врача получившій въ 1879 г.

Въ дополненіе къ извѣстію о смерти *Я. М. Шмелевича* (см. выше, № 38, стр. 1199), заимствуемъ изъ «*Кіевской Рѣчи*» (20 сентября) слѣдующія строки, посвященныя покойному. «*Я. М.* въ теченіе долгихъ лѣтъ состоялъ редакторомъ «*Архива Ветеринарныхъ Наукъ*», редактировалъ «*Военно-Санитарное Дѣло*» и написалъ нѣсколько книгъ по ветеринаріи. Въ послѣднее время *Я. М.* посвятилъ себя земской работѣ и былъ избранъ представителемъ одной изъ земскихъ Управъ Черниговской губ. Онъ былъ чрезвычайно добрый и отзывчивый къ чужому горю человѣкъ».

Намъ доставлены слѣдующія, относящіяся къ позднѣйшему времени, *официальныя свѣдѣнія* о врачахъ. — *Введенскій* определенъ на должность штатнаго ординатора Орловской губернской земской больницы. — *Веберъ*, сверхштатный ординаторъ больницы Св. Маріи Магдалины, назначенъ старшимъ ассистентомъ ортопедическаго Института въ Петербургѣ. — *Гржегоржевскій*, Тобольскій сельскій врачъ 1-го участка, назначенъ директоромъ Тобольской акушерско-фельдшерской школы. — *Дерберъ* определенъ на должность участковаго врача Курско-Харькова-Севастопольской ж. дороги. — *Зайончковскій* определенъ на должность ординатора Виленскаго госпиталя «*Саянскъ*». — *Горбанъ*, Туккумскій уѣздный врачъ, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — *Кармановъ*, врачъ при больницѣ Сорновскихъ желѣзнодорожательныхъ сталелитейныхъ и механическихъ заводовъ, уволенъ въ отставку. — *Касьяновъ*, и. д. Акмолинскаго областного врачебнаго инспектора, назначенъ Сѣдлецкимъ губернскимъ медицинскимъ инспекторомъ. — *Ксфьеръ* назначенъ главнымъ врачомъ в. кн. больницы Краснаго Креста имени Маріи Николаевны для фабрично-заводскихъ рабочихъ Одесскаго градоначальства. — *Крутскій*, Мамадышскій уѣздный врачъ, назначенъ старшимъ по Казанской губерніи уѣзднымъ врачомъ. — *Крыжиковскій*, сверхштатный младшій медицинскій чиновникъ при Управленіи главнаго врачебнаго инспектора, назначенъ комиссаромъ по крестьянскимъ дѣламъ Соколовскаго уѣзда Сѣдлецкой губ. — *Оржеповскій*, помощникъ Естляндскаго губернскаго врачебнаго инспектора, назначенъ и. д. Акмолинскаго областного врачебнаго инспектора. — *Пальмовъ* определенъ на должность врача — ординатора Красноярской городской больницы. — *Струковъ*, земскій врачъ Ваидальскаго уѣзда, уволенъ отъ службы за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ Земствомъ. — *Стрковъ* временно исправляющій вакантную должность Красноярскаго участковаго врача, уволенъ отъ означенной должности, согласно прошенію. — *Тодорскій*, Гдовскій уѣздный врачъ, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — *Топорковъ*, младшій врачъ Елисаветпольской бригады отдѣльнаго корпуса пограничной стражи, назначенъ на должность врача, заведующаго Худоферинскимъ врачебно-наблюдательнымъ пунктомъ. — *Чугуновъ*, временно исправляющій должность Карасукскаго участковаго врача, Вагнаулскаго уѣзда, уволенъ отъ этой должности согласно прошенію. — *Шмидтъ*, Сѣдлецкій губернский медицинскій инспекторъ, назначенъ директоромъ Астраханской школы фельдшеровъ и фельдшерницъ-акушеровъ. — *Шмакъ*, и. д. Пильтокскаго, Курляндскаго губ., городского врача, уволенъ отъ службы согласно прошенію.

1) Въсѣтъ съ этимъ извѣщеніемъ мы получили слѣдующее письмо, посвященное памяти покойнаго: «16-го сентября тысячная толпа жителей Серпухова проводила и опустила на вѣчный покой прахъ старшаго врача мѣстнаго военнаго лазарета *Григорія Яковлевича Карпова*. Покойный проработалъ на врачебномъ поприщѣ самоотверженно 25 лѣтъ и 7 мѣс. Онъ являлъ собою истинный образецъ врача-труженика, безъ усталы работавшаго и днемъ, и ночью, благодаря чему быстро приобрѣлъ себѣ всеобщее расположеніе. Въ высшей степени отзывчивый къ страданіямъ ближняго, онъ одинаково шелъ на зовъ обитателей пышныхъ хоромъ и убогихъ лачугъ, всюду внося обаяніе своихъ исключительныхъ душевныхъ качествъ и рѣдкой сердечной доброты, оказывая не только физическую, но и нравственную помощь. Его душевныя качества въ связи съ солидными медицинскими познаніями стяжали ему славу друга страждущихъ и отличнаго врача. Вѣсть о его кончинѣ глубоко опечалила не только тѣхъ, кто близко зналъ его, но и тѣхъ, кому хоть когда-нибудь пришлось имѣть дѣло съ этимъ прямымъ, честнымъ, добрымъ, сердечнымъ человѣкомъ. Смерть его явилась тѣмъ болѣею неожиданностью, что до послѣдняго дня передъ своею болѣзнію *Г. Я.* сохранилъ всю свою кипучую энергію и чисто юношескую подвижность, и казалось, что запасъ жизненныхъ силъ въ немъ хватить еще на много, много лѣтъ. Судьбѣ угодно было, однако, распорядиться иначе... Общая любовь къ *Г. Я.* всѣхъ знавшихъ его рѣзко сказывалась на его похоронахъ; на нихъ собрались не только его товарищи и сослуживцы, но и множество его больныхъ, среди которыхъ было много его бесплатныхъ пациентовъ, неутѣнно оплакивавшихъ его безвременную кончину. Такая преданность и благодарность бѣднаго люда къ своему отцу-доктору — лучшая характеристика покойнаго».

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

## ЖУРНАЛЫ, ВЫХОДЯЩИЕ 2 РАЗА ВЪ НЕДЕЛЮ.

## Французские.

La Presse médicale, 1906 г., 3 и 6 января. 1. Проф. P. Reclus. La stovaine. 2. P. Desfosses. La scoliose infantile. 3. V. Wallich. Sur quelques albuminuries de la grossesse. Об альбуминуриях беременных. 4. H. Méry. Les crèches de nourrissons dans les hôpitaux d'enfants. 5. M. C. Guérin. Méthode de von Behring. Immunisation active des jeunes bovins contre la tuberculose.

10 и 13 января. 1. A. Chantemesse et F. Boel. La récente épidémie de choléra en Allemagne et ses renseignements. 2. A. Chausse. Grains polliniques simulant des oeufs de parasites dans les matières fécales. 3. L. Nattan-Larrier et A. Bergeron. Du spirochaete pallida dans le sang des syphilitiques. 4. L. Lortat-Jacob et G. Vitry. Lésions nerveuses et tuberculose cavitaire chez le nourrisson. 5. J. Gourdon. Les modifications anatomiques après la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche. 6. P. Ancel et Bouin. Insuffisance spermatique et insuffisance diastématique.

17 и 20 января. 1. Savariaud. Le traitement chirurgical de l'anévrysme sous-claviculaire. 2. P. Hartenberg. La migraine des arthritiques—pathogénie et traitement. 3. Follet et Sacquépée. Sur les septicémies en général et les septicémies méningococciques en particulier. 2 случая. 4. E. Vidal. Quelques points de la séméiologie urinaire des opérés.

24, 27 и 31 января. 1. A. Broca. Élévation congénitale de l'omoplate. 2. J.-L. Faure. La méthode de Bier. 3. P. Desfosses. Le meilleur procédé d'entérorraphie après entérectomie. 4. Th. Tuffier. L'ouverture de la plèvre sans pneumothorax. 5. C. Mahé. Existe-t-il une stomatite provoquée par les dentiers en caoutchouc? 6. A. Létienne. De la senilité. 7. G. Leven et G. Barret. Radioscopie gastrique.

3, 7 и 10 февраля. 1. E. Barié. Des oblitérations artérielles par embolie dans le cours des maladies du coeur. 2. Проф. L. Landouzy. Médecine sociale. 3. A. Gilbert et M. Villaret. L'hépatite des asthmatiques. 4. J.-P. Langlois. Innervation de la vésicule biliaire. 5. H. Iscovesco. Des colloïdes. 6. Ferry et A. Mandoul. Le bacille fluorescent liquefiant dans diverses affections de l'appareil broncho-pulmonaire. 7. H. Noiré. Des bonnes ampoules en radiothérapie.

14 и 17 февраля. 1. H. Labbé et G. Vitry. L'albumine dans l'alimentation des tuberculeux. 2. Delearde et E. Dubois. L'intoxication saturnine et le traitement de la colique de plomb. 3. C. Jarvis. Exacte reproduction graphique pré-opératoire des lésions tuberculeuses récentes du rein chez la femme. 4. J. Inguenieros. Les prétendus symptômes de l'hémiplégie hystérique. 5. Ch. Souligoux et A. Lapointe. Etranglement de l'œlon et de la trompe droite dans une fossette anormale du péritoine pelvien. 6. F. Lévy et A. Baudouin. Les injections profondes dans le traitement de la névralgie faciale rebelle.

21, 24 и 28 февраля. 1. Le Dentu. De la rétroversion utérine. 2. A. Calmette et M. Breton. Danger de l'ingestion de bacilles tuberculeux tués par la chaleur. 3. Проф. A. Chantemesse. Cinq ans de sérothérapie antityphoïde. 4. F. de Laperonne. Brûlures graves produites par l'explosion d'une chaudière à l'acétate de baryte. 5. F. Ostwalt. Des injections alcooliques au niveau des trous de la base du crâne dans la névralgie faciale rebelle. 6. A. Létienne. De la senilité, l'artério-sclérose. 7. O. Guelliot. Complications des fibromes de l'ovaire.

3 марта. 1. H. Iscovesco. Des colloïdes, leur importance biologique. 2. A. Martinet. Administration de lait caillé dans le néoplasme stomaco-pancréatique.

7 и 10 марта. 1. Проф. P. Reclus. Traitement des écrasements des doigts. 2. Проф. L. Landouzy. Poussières et tuberculose. 3. G. Jacobson. Sur une réaction colorante des acides gras. 4. Hallion. L'osmose et la cryoscopie. 5. P. Bonnier. L'oralité dans l'enseignement. 6. J. Camus et Ph. Pagniez. По поводу статьи Jacobson'a, — см. выше.

14 и 17 марта. 1. C. Jeannin. De la séméiologie des lochies. 2. E. Cousin et S. Costa. La réaction des urines au bleu de méthylène dans la fièvre typhoïde. 3. L. Sencert. Oesophagotomie interne. 4. E. Dufourt. Les indications qui doit remplir le régime alimentaire dans la lithiase biliaire.

21 и 24 марта. 1. Boulay. Des paresthésies pharyngées. 2. F. Jayle. Méthode de réduction en position genu-cubitale de l'utérus rétroversé et rétrofléchi. 3. Ch. Gandy. La réaction des urines au bleu de méthylène dans la fièvre typhoïde. 4. A. Sézary. Le treponema pallidum de Schaudinn. 5. Chaput. Les gants de caoutchouc, modèle du di Chaput.

28 и 31 марта. 1. J. Dejerine et E. Gauckler. Les faux gastropathes. 2. G. Mahu. L'herpès rétro-pharyngien. 3. A. Gil-

bert et M. Herscher. Cholémie physiologique. 4. J. Dejerine et E. Gauckler. Les fausses gastropathies.

4 и 7 апреля. 1. A. Gilbert et M. Herscher. Sur les variations de la cholémie physiologique. 2. Dartigues et Caraven. Nouveau procédé de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds... 3. Проф. Calabrese. Le souffle systolique de l'insuffisance aortique pure. 4. H. Labbé. Le régime diététique dans l'armée japonaise...

## ЖУРНАЛЫ, ВЫХОДЯЩИЕ 3 РАЗА ВЪ НЕДЕЛЮ.

## Французские.

Gazette des hôpitaux civils et militaires, 1906 г., 2, 4 и 6 января. 1. Проф. Debove. Phthisie galopante, bacillémie, méningite. Клин. лекция. 2. G. Fourré. Un cas de péritonérite suppurée. Случай. 3. A. Catz. Les périgastrites. Обзор. (Не окончен).

9, 11 и 13 января. 1. Проф. A. Poncet. Tarsalgie de l'adolescence d'origine tuberculeuse. Лекция. 2. A. Mathieu et J.-Ch. Roux. L'hystérie gastrique et ses stigmates périphériques. 3. Cailaud. Nouvel appareil pour le traitement des arthrites... 4. A. Catz. Продолжение статьи о перигастритах.

16, 18 и 20 января. 1. G. Thibierge. La syphilis expérimentale des singes. 2. G. Froin. Hématolyse, pigments biliaires et cellule hépatique. 2. J. Milhit. La syphilis du foie. Сифилис печени, обзор.

23, 25, 27 и 30 января. 1. H. Caubet. Pièces de monnaie arrêtées dans l'œsophage chez les enfants. Об извлечении монеты из пищевода у детей. 2. G. Mathieu et Ed. Laval. Les déformations de la nouvelle balle française D. Изменения формы новой французской пули. 3. Thibierge. Le spirochaete pallida de Schaudinn. 4. E. Michelean. Sur un cas d'abcès du foie ouvert dans le pouton droit et la plèvre.

1 февраля. 1. A. Mathieu et J.-Ch. Roux. L'hystérie gastrique et ses stigmates psychiques.

6, 8 и 10 февраля. 1. H. Guinard. Les devoirs des élèves dans les hôpitaux. Вступительная лекция. 2. P.-Ch. Petit. Le pronostic des paralysies faciales périphériques par les courants électriques. 3. Chavigny. Pleurésies simulées. 4. Lévy-Sirugue. Les dermatoses professionnelles. Обзор.

13, 15 и 17 февраля. 1. G. Variot. Végétations adénoïdes du nourrisson... 2. E. Marandon de Montyel. Troubles isolés et simultanés des réflexes iriens dans la paralysie générale. 3. A. Lemierre et Faure-Beaulieu. Septicémie et pyohémie gonococciques. Обзор.

20, 22, 24 и 27 февраля. 1. Проф. Brouardel. Viol et violences. 2. A. Mathieu et J.-Ch. Roux. Sur quelques variétés de vomissements hystériques. 3. A. Lemierre et M. Faure-Beaulieu. (Окончание). 4. P. Le Gendre. Etude de l'embarras gastrique pris comme type des affections par troubles sécrétoires de l'appareil digestif. 5. Lop. Infection puerpérale post-abortum, hystérectomie abdominale, guérison. Случай.

1 и 3 марта. 1. Проф. P. Reclus. L'Académie Royale de chirurgie (1731—1793). Исторический очерк. 2. Доц. L. Ingelans. Névralgies et névrites diabétiques. Обзор.

6, 8 и 10 марта. 1. J. Toubert. A propos des plaies contuses de la jambe. 2. F. Moutier. Septico-pyémie à pneumocoques. Случай. 3. M. Ferrand. Le diagnostic de la méningite cérébro-spinale épidémique. Обзор. (Не окончен).

13, 15 и 17 марта. 1. Доц. A. Gouget. Diagnostique étiologique des icères chroniques. 2. A. Poncet et E. Leriche. Anatomie pathologique du rhumatisme tuberculeux. 3. M. Ferrand. Le diagnostic de la méningite cérébro-spinale épidémique. Окончание обзора.

20, 22 и 24 марта. 1. F. Terrien. Simulation et accidents du travail. 2. Couteaud. Fracture et luxation de l'astragale; astragalectomie partielle. Guérison. Случай. 3. Lop. Infection puerpérale à «staphylocoque». Случай. 4. A. Chaliier et J. Chaliier. Les découvertes récentes de la physiologie dans le domaine des sécrétions gastriques et intestinales. Обзор.

27, 29 и 31 марта. 1. A. Mathieu et J.-Ch. Roux. Gastralgie hystérique. 2. J. Fourmestiaux et Ch. Liné. Contribution à l'étude de la suture des plaies du coeur. 3. A. Bergé. Ruptures spontanées de l'aorte.

3, 5 и 7 апреля. 1. K. G. Lennander. Nouvelles études sur l'anesthésie locale et la sensibilité des organes et des tissus. 2. V. Gras. Adéno-phlegmons inguinaux et iliaques traités par les injections de vaseline iodoformée. 3. E. Estor. Tumeurs régentes de l'ovaire... Обзор.

10 и 12 апреля. 1. Проф. Debove. Hystéro-traumatisme. Клин. лекция. 2. O. Dauwe. De l'action indirecte de l'alcool sur le coeur. 3. Проф. P. Reclus. Des accidents consécutifs à l'éruption vicieuse de la dent de sagesse. 4. G. Hérisson. L'appendicite tuberculeuse. Обзор.



# CLV. Тонкое строеніе и новая окраска головного мозга человека и животныхъ.

Ч. пр. Киевскаго Университета В. Е. Ларіонова.

На Киевскомъ Сѣздѣ отечественныхъ психіатровъ въ 1905 г. въ докладѣ, который печатается въ «Сборникѣ работъ Сѣзда», я сдѣлалъ обзоръ литературы и высказалъ свои взгляды по означенному въ заголовкѣ вопросу на основаніи представленныхъ препаратовъ и рисунковъ съ нихъ отъ окрашенныхъ по способу *Golgi* мозговъ молодыхъ щенковъ. Тамъ я доказывалъ, что схемы устройства коры головного мозга, данныя профф. *Meunert*омъ<sup>1)</sup>, *Бецомъ*<sup>2)</sup> и *Ramon y Cajal*омъ<sup>3)</sup>, не выдерживаютъ строгой критики, что нервныя кѣтки головного мозга весьма многочисленны и полиморфны, что различные центры головного мозга устроены различно и что вообще устройство его весьма сложно. Что касается вопроса о нейронахъ, то я доказывалъ, что онъ—не менѣе сложенъ.

Занимаясь изученіемъ головного мозга животныхъ и человека и изысканіемъ новыхъ способовъ его окраски, я намѣренъ помѣстить рядъ работъ въ заграничныхъ и русскихъ журналахъ, чтобы окончательно подтвердить высказанныя тогда положенія и добавить новыя объ устройствѣ центральной нервной системы.

Прежде всего приведу общіе свои взгляды на строеніе и окраску головного мозга, чтобы потомъ каждому изучающему легче было опознаваться въ частностяхъ.

Долженъ повторить, что тонкое строеніе головного мозга—весьма сложное и во многихъ отношеніяхъ представляетъ еще *terra incognita*. Вопросъ о нейронахъ также сложенъ и теменъ. Тутъ можетъ открыться и совершенно неожиданное, какъ это отчасти и будетъ видно ниже.

Всевозможныя окраски даютъ разныя картины по формѣ, расположенію и качеству кѣтокъ и волоконъ, потому что одни вещества окрашиваютъ одни кѣтки и волокна, другія вещества—другія. Окончанія волоконъ окрашиваются также различно. Окрашенные нервныя и гліозныя кѣтки отъ нашихъ реагентовъ, особенно отъ эфирныхъ маселъ, спирта и ксилола, растворителя канадскаго балъзама, растворяются сами по периферіи и со стороны своихъ отростковъ, а нѣкоторыя нѣжныя, даже и самыя крупныя кѣтки, будучи окрашены, совершенно растворяются или обезображиваются до неузнаваемости, особенно на поверхности срѣзовъ, почему послѣдніе должны быть толстыми. Между тѣмъ безъ 70—90% спирта и ксилола, заключающагося хотя-бы въ маломъ количествѣ въ канадскомъ балъзамѣ, обойтись пока часто бываетъ нельзя, хотя новыя мои наблюденія говорятъ уже за противное. Спиртъ обезвоживаетъ и просвѣтляетъ препараты, а ксилолъ растворяетъ канадскій балъзамъ и также просвѣтляетъ препараты. Только очень быстрой обработкой препаратовъ въ спиртѣ при рѣзкѣ ихъ и заливаніемъ густымъ растворомъ канадскаго балъзама въ ксилолѣ удается сохранить кѣтки отъ гибели, и то не вполне, а именно только со стороны ихъ тѣла, но не отростковъ; но все-таки ихъ можно получить съ цѣлымъ тѣломъ и цѣлыми отростками.

Гліозныя кѣтки подвергаются также растворенію со стороны протоплазмы своего громаднаго тѣла, оставляя ядро и строму звѣздчатой формы. Строго говоря, надо признать, что гліозныя кѣтки суть такія-же нервныя какъ по своему проводниковому значенію, такъ и по одинаковому съ ними строенію и происхожденію изъ зародышевой эктодермы.

Употребляя 90%-ный спиртъ только при рѣзкѣ препарата и укладкѣ его на предметное стекло, быстро удаляя его пропускной бумагой и заливая густымъ растворомъ въ ксилолѣ канадскаго балъзама или другими покупными масляно-скипидарными или спиртовыми лаками, я получилъ многія интересныя и неожиданныя картины. Эфирныя масла вредятъ картинѣ, растворяя кѣтки и ихъ отростки и коробя препараты. Чѣмъ проще предъидущая и послѣдовательная обработка препаратовъ, тѣмъ лучше получаются картины. Поэтому въ послѣднее время мое видо-

Свѣже вынутый мозгъ кладется для фиксаціи и сохраненія на долгое время въ 10%-ный растворъ формалина. Черезъ 3—4 дня вырѣзывается любая извилина съ мягкой мозговой оболочкой или даже цѣлое полушаріе мозга, напр., собаки или кошки, кладется въ баночку съ небольшимъ количествомъ  $\frac{1}{2}$ —1—2%-го раствора 2-хромокислаго кали и помѣщается на 4—7 дней въ термостатъ съ температурой 27°—30° Ц. Болѣе слабый растворъ 2-хромокислаго кали лучше: онъ не растворяетъ и не обезображиваетъ кѣтокъ. Потомъ этотъ растворъ сливается, и въ баночку вливается 3%-ный растворъ азотнокислаго серебра. Она вновь ставится въ термостатъ съ той-же температурой на 4—7 дней. Наконецъ, препаратъ вынимается, осушается пропускной бумагой, помѣщается въ бумагу въ микротомѣ и разрѣзывается съ 70°—90% спиртомъ. Никакихъ обмываній водой при всѣхъ манипуляціяхъ не полагается, потому что это вредитъ окраскѣ. Чтобы быть увѣреннымъ въ ней, не мѣшаетъ продержать препаратъ еще нѣсколько дней въ свѣжемъ растворѣ ляписа, а потомъ въ 1%-мъ растворѣ формалина при обыкновенной температурѣ въ 16°—18° Р. Если онъ перекрасился, то надо его продержать день или 2 въ 3%-мъ растворѣ формалина. Сохраняется препаратъ въ тѣхъ-же растворахъ ляписа или формалина.

Чтобы получить окраску бѣлаго вещества, надо удлинить ее до 20 дней и болѣе при 25°—30° Ц. и прибавить къ 2-хромокислому кали Мюллеровской жидкости. Можно также получить еще лучшую окраску при обратной обработкѣ, т. е., сначала ляписомъ, а потомъ 2-хромокислымъ кали и формалиномъ.

Что касается общаго взгляда на устройство коры головного мозга, то надо сказать, что она не имѣетъ сплошнаго и одинаковой толщины слоя кѣтокъ. Послѣдній то утолщается, то утончается, то совершенно исчезаетъ. Онъ состоитъ то изъ большого, то изъ малаго числа рядовъ кѣтокъ, въ однихъ мѣстахъ пирамидальныхъ, грушевидныхъ, круглыхъ, а въ другихъ—звѣздчатыхъ. Въ разныхъ переходныхъ мѣстахъ строеніе его различное. На периферіи коры особенно въ мѣстахъ, гдѣ идутъ ряды нервныхъ кѣтокъ, идутъ внутрь къ бѣлому веществу густыми пучками извитыя волокна отъ своеобразныхъ кувшинообразныхъ и другой формы кѣточекъ, лежащихъ у самой мозговой оболочки. Эти волокна похожи на короткіе осевые цилиндры и окончиваются булавами.

Надо признать, что осевые цилиндры другихъ кѣтокъ коры также коротки и съ булавами на концахъ, образующими контакты съ дендритами кѣтокъ дальнѣйшихъ рядовъ или съ волокнами бѣлаго вещества, гдѣ кора сильно утончается. Изъ послѣдняго также идутъ кнаружи осевые цилиндры, оканчивающіеся булавами около дендритовъ кѣтокъ коры.

Въ оѣромъ и бѣломъ веществѣ, кромѣ того, находятся еще въ громадномъ количествѣ колоссальныя, разной величины, яйцевидныя и круглыя кѣтки, очень нѣжныя, легко растворяющіяся, имѣющія толстый вѣтвящійся главный отростокъ, съ другого конца большой пучекъ болѣе тонкихъ волоконъ, а съ другихъ сторонъ много весьма тонкихъ бисеровидныхъ нитей. Первый идетъ въ корѣ къ периферіи, вторые — къ центру, а послѣдніе — поперекъ центральныхъ дендритовъ нервныхъ пирамидальныхъ кѣтокъ и оканчиваются у другихъ подобныхъ имъ кѣтокъ. Эти кѣтки обыкновенно значительно больше гигантокихъ кѣтокъ проф. *Бецы*, находящихся въ *gyrus paracentralis*. И вотъ эти-то кѣтки и суть гліозныя; послѣдними называютъ, строго говоря, звѣздчатую строму первыхъ, получающуюся послѣ растворенія протоплазмы.

Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ коры еще встрѣчаются круглыя или полулунныя меньшія кѣтки, которыя даютъ въ разныя стороны массу какъ-бы лучей, состоящихъ изъ длинныхъ, тонкихъ, бисеровидныхъ нитей. Послѣднія идутъ также къ дендритамъ нервныхъ пирамидальныхъ кѣтокъ.

Общее впечатлѣніе получается такое, что гліозныя и другія имъ подобныя кѣтки на границѣ бѣлаго и сѣраго вещества образуютъ своими бисеровидными отростками поперечныя сѣти, которыми ловятъ дендриты и булавы осевыхъ цилиндровъ нервныхъ кѣтокъ; а въ бѣломъ веществѣ по пути главныхъ волоконъ громадныя гліозныя овальныя кѣтки даютъ длинныя, весьма толстыя, бугристыя мѣлиновыя съ боковыми ядрами отростки, мѣлины которыхъ легко растворяются, оставляя пучки тонкихъ волоконъ. Эти волокна идутъ къ отросткамъ слѣдующихъ гліозныхъ кѣтокъ, и такимъ образомъ получаются пути бѣлаго вещества. Слѣд., т. наз. гліозныя

щія громадную проводниковую, а, можетъ быть, и другую, болѣе важную, роль въ центральной нервной системѣ. Такія-же толстыя волокна отъ гліозныхъ кѣлокъ идутъ и въ корѣ отъ периферіи къ центру и въ ассоціаціонныхъ поперечныхъ путяхъ на границѣ бѣлаго и сѣраго вещества. Всѣ эти волокна окрашиваются описаннымъ длительнымъ способомъ или-же особымъ скорымъ способомъ, въ которомъ 2-хромокислѣ кали замѣнено Мюллеровской жидкостью.

Кромѣ этого, въ бѣломъ, а отчасти и въ сѣромъ веществѣ мозга въ передне-нижнихъ и заднихъ отдѣлахъ полушарій большого мозга и въ мозжечкѣ у собаки и кошки встрѣчается масса кругловатыхъ, кубовидныхъ и бутылковидныхъ мелкихъ и болѣе крупныхъ кѣлокъ, которые также даютъ многочисленные длинныя, вѣтвящіяся, очень тонкія, бисеровидныя отростки, идущіе въ различныхъ направленіяхъ къ дендритамъ нервныхъ кѣлокъ и образующіе сѣти или сплетенія, особенно около крупныхъ кѣлокъ *Ammon*'ева рога. Но надо замѣтить, что бисеровидныя нити, кажется, суть искусственныя образованія вслѣдствіе растворенія и частичнаго набуханія ткани отростковъ.

Далѣе, въ бѣломъ веществѣ возлѣ сѣраго наблюдаются пирамидальныя, грушевидныя, веретенообразныя и др. болѣе мелкія, чѣмъ въ корѣ, нервныя кѣлки, толстыя верхушечные дендриты которыхъ расположены неправильно въ разныя стороны. Но, кромѣ нихъ, замѣчаются здѣсь въ нѣкоторыхъ отдѣлахъ мозга еще сильно вдающіяся въ бѣлое вещество кѣлки, имѣющія видъ головчатой палки съ загнутымъ малымъ тѣломъ и толстымъ длиннымъ раздваивающимся верхушечнымъ дендритомъ, покрытымъ шипами и идущимъ почти къ самой периферіи коры.

Вышеупомянутыя лежація на мягкой оболочкѣ кѣлочки различной угловатой, кувшинообразной и другой формы, испускающія изъ себя внутри во множествѣ осевые цилиндры съ булавками на концахъ, скорѣе нервной, чѣмъ гліозной природы. Также и слѣдующія за ними болѣе къ центру гліозныя кѣлки съ ихъ кудрявыми и прямыми длинными многоразличными отростками, по моему мнѣнію, суть также нервныя съ раствореннымъ часто тѣломъ и отчасти отростками кѣлки, принимающія дѣятельное участіе въ проведеніи импульсовъ къ только-что упомянутымъ кѣлкамъ и обратно.

Кромѣ того, надо сказать, что осевые цилиндры пирамидальныхъ кѣлокъ коры, будучи сравнительно короткими и оканчиваясь булавками, направляются какъ къ центру, такъ и къ периферіи коры, въ которой имѣется иногда по 2 или по 3 ряда контактовъ.

Всѣ вышеописанныя данныя получены мною при изслѣдованіи головного мозга главнымъ образомъ съ помощью быстрыхъ, дающихъ ясныя картины тонкаго строенія коры мозга, которыя будутъ мною вскорѣ напечатаны особо, съ приложеніемъ рисунковъ.

Если-же обработать цѣлый мозгъ или полушаріе мозга собаки или кошки по длительному способу, то получается при фронтальныхъ и сагиттальныхъ срѣзахъ весьма интересная общая картина, показывающая въ новомъ свѣтѣ устройство и связи головного мозга. При этомъ сѣрое вещество и его волокна, тонкія и толстыя, какъ идущія отъ коры къ центру, такъ и соединяющія сосѣднія извилины, окрашиваются въ коричневый цвѣтъ, а бѣлое вещество—въ желтый въ центрѣ и красный и темнокоричневый по краямъ. Оказывается, что бѣлое вещество состоитъ какъ изъ волоконъ, такъ главнымъ образомъ изъ гангліозныхъ массъ, вдающихся въ видѣ тутовыхъ ягодъ въ извилины, въ однѣ—далеко, почти до поверхности мозга, а въ другія—только до поперечныхъ ассоціаціонныхъ дугообразныхъ волоконъ. Гангліозныя массы находятся въ бѣломъ веществѣ почти вездѣ; ихъ развѣ нѣтъ почти во внутренней капсулѣ. Кѣлки этихъ гангліозныхъ массъ кругловаты, овальны, пузыревидны, веретенообразны, пирамидальны. Въ массахъ, вдающихся въ извилины, въ пустотахъ лежатъ также весьма большія овальныя кѣлки; такія-же кѣлки находятся въ громадномъ числѣ и въ сѣромъ веществѣ. Эти кѣлки при раствореніи ихъ тѣла даютъ остовы т. наз. гліозныхъ кѣлокъ. Онѣ даютъ

весьма толстыя отростки, покрытыя миелиномъ и идущіе густыми широкими тяжами изъ сѣраго въ бѣлое вещество и обратно, растворяющіеся при обычныхъ обработкахъ и оставляющіе послѣ растворенія тонкія волокна. Отъ мелкихъ кѣлокъ периферическихъ отдѣловъ бѣлаго вещества идутъ тонкіе отростки, образующіе густыя сплетенія съ толстыми отростками вышеупомянутыхъ громадныхъ овальныхъ кѣлокъ, лежащихъ часто густыми рядами какъ въ бѣломъ, такъ и въ сѣромъ веществѣ.

Гангліозныя массы въ видѣ тутовыхъ ягодъ вдаются въ сѣрое вещество извилины обыкновенно сбоку у одного края извилины, вслѣдствіе чего волокна, идущія отъ извилины въ бѣлое вещество, соприкасаются сбоку съ подобной тутовой ягодой и съ ея тонкими волокнами. Тутъ происходитъ какъ-бы системный контактъ. Въ нѣкоторыхъ-же извилинахъ эти тутовые ягоды выполняютъ ихъ вплоть до периферіи. Въ центрѣ бѣлаго вещества обыкновенно идутъ въ разныя стороны тѣ-же толстыя, покрытыя, видимо, миелиномъ, волокна громадныхъ кѣлокъ какъ сѣраго, такъ и бѣлаго вещества. Изъ послѣдняго въ мозолистое тѣло (*corpus callosum*) идутъ тонкія, нѣжныя волокна, видимо, главнымъ образомъ изъ *nucleus caudatus*, и въ мозолистомъ тѣлѣ онѣ встрѣчаются въ видѣ контакта съ толстыми, идущими черезъ него, волокнами. Между тѣми и другими существуетъ нѣкоторая пустота, заполненная крупными, овальными кѣлками; но все-таки нѣкоторыя волокна соприкасаются съ идущими имъ навстрѣчу. Волокна, вступающія изъ мозолистого тѣла въ бѣлое вещество на уровнѣ передняго начала свода, представляются лентообразными, вскорѣ по входѣ въ него расходятся въ разныя стороны на недалекое пространство и оканчиваются около большихъ овальныхъ кѣлокъ, лежащихъ въ пустотахъ между ними. Болѣе-же впереди черезъ мозолистое тѣло входятъ въ мозгъ толстыя, какъ-бы миелиновыя, волокна. *Nucleus caudatus*, *nucleus lenticularis* и ядра Варолиева моста и продолговатаго мозга окрашиваются при этомъ способѣ въ бѣлый или желтый цвѣтъ, а ихъ нервныя кѣлки—въ темно-желтый. Волокна внутренней капсулы окрашиваются въ густой желтый цвѣтъ. Большинство нервныхъ кѣлокъ окрашивается въ желтоватый полупрозрачный цвѣтъ, ядро ихъ просвѣчиваетъ, меньшинство—въ черный непрозрачный цвѣтъ.

На сагиттальныхъ срѣзахъ черезъ весь головной мозгъ, Варолиевъ мостъ, продолговатый мозгъ и мозжечекъ кошки видно, что пути сѣтевиднаго образованія прерываются въ ядрахъ покрывки или чепчика мозговой ножки. Пирамидальные пути, если слѣдить за ними снизу вверхъ, также прерываются въ ядрахъ Варолиева моста, въ *thalamus opticus*, *nucleus lenticularis* и отчасти въ переднихъ отдѣлахъ ядерныхъ образованій бѣлаго вещества, находящихся подъ сѣрымъ веществомъ верхней поверхности головного мозга, именно въ области центральныхъ и лобныхъ извилинъ. Непрерывныя пирамидальныя пути до коры мозга у кошки можно оспаривать или оставить подъ большимъ сомнѣніемъ. Они пробіраются снизу подъ *thalamus opticus* и кверху отъ ядерныхъ образованій ниже-переднихъ отдѣловъ головного мозга (*nucleus lenticularis*), а болѣе кзади, видимо, прерываются въ ядерномъ образованіи, расположенномъ въ головномъ мозгу подъ *thalamus opticus* у передняго начала мозговой ножки (*nucleus sub-thalamicus*).

На тѣхъ-же сагиттальныхъ срѣзахъ цѣлаго мозга кошки видно, что *corona radiata* образуется изъ пучковъ волоконъ *thalami optici*, идущихъ вѣерообразно кверху, кзади и кпереди и образующихъ компактную какъ-бы пластинку подъ ядерными образованіями, расположенными выше ея, подъ слоемъ коры. Въ общемъ она составляетъ то, что обыкновенно называютъ *fasciculus longitudinalis superior Meynerti*. Передней своей половиной она образуетъ верхнюю крышку бокового желудочка, идущую надъ *caput nuclei caudati*. Въ этой пластинкѣ волокна идутъ къ затылочнымъ, центральнымъ и лобнымъ извилинамъ, не заходя въ темяныя, которыя отдѣляются отъ нея длинными ядерными образованіемъ бѣлаго вещества. Книзу отъ *nucleus caudatus*, ближе къ нижней поверхности мозга, отъ *thalamus opticus* идутъ пучки волоконъ впереди къ

лобнымъ долямъ (передняя нижняя ножка его). Эти и верхнепередніе пучки *thalami optici*, образующіе вышеозначенную пластинку надъ боковымъ желудочкомъ, сходятся у лобныхъ извилинъ и, видимо, оканчиваются у ядерныхъ образований бѣлаго вещества, расположенныхъ подъ корой. Такимъ образомъ ассоціація затылочныхъ долей съ центральными и лобными извилинами происходитъ черезъ *thalamus opticus*. Ядерныя образования сѣтчатого вещества объемисты и тянутся отъ заднихъ отдѣловъ продолговатаго мозга черезъ Варолиевъ мостъ и чепчикъ мозговой ножки и, можно сказать, сливаются съ ядерными образованиями *thalami optici*, которые также заходятъ, суживаясь, въ чепчикъ мозговой ножки.

Въ окрашенномъ моими способами мозгѣ ясно видны во многихъ мѣстахъ контакты цѣлыхъ системъ волоконъ, идущихъ перпендикулярно другъ къ другу. Такъ, напр., это видно на сагиттальныхъ срѣзахъ мозга собаки у перехода мозговой ножки въ *forix* у внутренней поверхности полушарій или на волокнахъ, идущихъ изъ *gurus cinguli* къ волокнамъ мозолистаго тѣла или на интересной системѣ волоконъ, идущей по верхней стѣнкѣ боковыхъ желудочковъ и оканчивающейся, видимо, отчасти у поперечно-идущихъ волоконъ бѣлаго вещества, отчасти у длиннаго, узкаго ядернаго образования, лежащаго вдоль этой стѣнки бокового желудочка.

Въ заключение я долженъ добавить, что по моему длительному способу послѣ долгой послѣдовательной обработки бѣлаго мозга собаки или кошки или даже части головного мозга человѣка можно приготовить большіе демонстративные просвѣчивающіе макроскопическіе препараты изъ бѣлаго мозга или части его, заливая срѣзы въ 12—20 дѣлений микротомомъ бѣлымъ спиртовымъ сандаракowymъ лакомъ, а послѣ высыхания—канадскимъ балзамомъ, раствореннымъ въ ксилолѣ. Кромѣ того, надо добавить, что, когда мозгъ не сохрѣетъ достаточно въ жидкостяхъ, онъ плохо рѣжется, а кѣтки и волокна оказываются неокрашенными.

Источники: 1. *Meunert*. «Психіатрія». Русск. перев. 1885 г. стр. 81.—2. *Бецъ*. «Centralblatt f. die medic. Wissenschaften», 1881 г., № 11—13.—3. *Ramon y Cajal*. Les nouvelles idées sur la structure du système nerveux, 1895 г., стр. 44, 46.

## CLVI. Къ вопросу о первичныхъ атрофіяхъ печени \*).

С. П. Шуенинова.

Лекція, читанная на званіе доцента Клиническаго Института в.-кн. Елены Павловны 17/хл 1905 г.

Среди первичныхъ острыхъ атрофій печени описывается форма болѣе длительного теченія, отличающаяся отъ обычной острой желтой атрофій своеобразными измѣненіями въ печени, которыя уже въ раннихъ стадіяхъ процесса представляютъ признаки т. наз. красной атрофій, въ болѣе-же позднихъ—походятъ на атрофическіе циррозы, сходство съ которыми увеличивается еще тѣмъ обстоятельствомъ, что форма эта часто сопровождается скопленіемъ жидкости въ полостяхъ плевры, брюшины, отеками ногъ и увеличеніемъ—иногда до значительныхъ размѣровъ—селезенки.

Различные авторы описывали ее подъ разными названіями. Такъ, *Zenker* <sup>1)</sup>, *Waldeyer* <sup>2)</sup>, *van Haren-Norman* <sup>3)</sup>, *Скворцова* и *Вулантъ* <sup>4)</sup> относятъ ее къ острымъ желтымъ атрофіямъ печени, *Schickhardt* <sup>5)</sup>—просто къ рѣдкимъ атрофіямъ печени, *Marchand* <sup>6)</sup>, *Barbacci* <sup>7)</sup>, *Steinhaus* <sup>8)</sup>, *Hermann Schöppler* <sup>9)</sup>—къ исходамъ острыхъ желтыхъ атрофій въ множественныя узловыя гиперплизіи; *Obrzut* <sup>10)</sup> обозначаетъ ее, какъ хроническую желтую атрофію или острый циррозъ, *Weber* <sup>11)</sup>, *Jores* <sup>12)</sup> считаютъ за необычныя формы циррозовъ, *Kahlden* <sup>13)</sup>, *Reimann* <sup>14)</sup>—прямо за циррозъ; *Kretz* <sup>15)</sup> предлагаетъ обозначать ее подострыми циррозами; *Albrecht* <sup>16)</sup> считаетъ за под-

острую желтую атрофію съ частично выраженнымъ циррозомъ.

Такое разнообразіе мнѣній находитъ себѣ отчасти объясненіе въ томъ, что авторы, имѣя дѣло съ однимъ и тѣмъ-же процессомъ, описывали, однако, различные стадіи его. Какъ-бы то ни было, большинство, если не всѣ случаи, описанные въ литературѣ, представляютъ довольно позднія стадіи развитія этого заболѣванія печени—стадіи, когда дегенеративные процессы почти исчезли, и видны лишь результаты дегенерацій—изуродованныя печеночныя кѣтки и ихъ остатки; въ уцѣлѣвшихъ-же островкахъ печеночной паренхимы или не замѣчается почти никакихъ измѣненій, или-же, если таковыя и имѣются, то они представляются вторичными, ничего общаго съ первичнымъ процессомъ не имѣющими. Поэтому гистогенезъ этой формы атрофій до сихъ поръ еще не выясненъ, и заключенія нѣкоторыхъ авторовъ объ отношеніи ея къ острой желтой атрофіи является болѣе а priori'нымъ, чѣмъ основаннымъ на гистологическихъ фактахъ. Мнѣ кажется, уже одно то обстоятельство, что острая желтая атрофія печени протекаетъ въ теченіи времени отъ 2—3-хъ дней до нѣсколькихъ недѣль, а данная форма—отъ 3—6 мѣс. до 2-хъ и болѣе лѣтъ, заставляетъ признать различіе лежащихъ въ основѣ ихъ процессовъ. Такъ какъ, однако, разбираемая форма относится все-же къ группѣ атрофій дегенеративнаго типа, т. е. къ той-же, что и острая желтая атрофія, то она не можетъ быть изучаема безъ изученія послѣдней, тѣмъ болѣе, что «острая желтая атрофія» въ настоящее время есть пока единственный представитель этой группы: просматривая новѣйшіе учебники и сочиненія, какъ «Частную патологию и терапію» *Nothnagel*'я, учебники патологической анатоміи *Ziegler*'а, *Kaufmann*'а и др., мы находимъ въ нихъ лишь главу объ острой желтой атрофій; между тѣмъ нѣтъ никакого сомнѣнія, что, если клинически, какъ опредѣленная картина припадковъ, группа эта выдѣляется изъ остальныхъ заболѣваній печени, то съ патолого-анатомической стороны она совмѣщаетъ въ себѣ нѣсколько отдѣльныхъ формъ, на что обращали вниманіе уже и первые изслѣдователи. Такъ, *Klebs* въ своемъ «Handbuch der pathologischen Anatomie» уже въ 1869 г. различалъ, кромѣ острой желтой атрофій, еще красную атрофію. Позднѣе его *Eppinger* <sup>17)</sup> признавалъ 2 формы (хотя онѣ и могутъ переходить одна въ другую)—желтую хроническую, красную острую,—мнѣніе, которое прошло незамѣченнымъ, позднѣе-же (см. *Marchand*) нашло себѣ подтвержденіе. Тотъ-же *Klebs* <sup>18)</sup> чрезъ 20 лѣтъ писалъ, что онъ допускаетъ существованіе многихъ формъ атрофій. Изъ позднѣйшихъ авторовъ *Meder* <sup>19)</sup>, напр., говоритъ, что для рѣшенія вопроса, какъ идетъ процессъ распада кѣтокъ въ различныхъ фазахъ и формахъ острой атрофій печени нужны еще дальнѣйшія изслѣдованія; *Marchand* <sup>6)</sup> указываетъ, что къ группѣ заболѣваній, обозначаемаыхъ въ общемъ, какъ «острая атрофія печени», принадлежатъ во всякомъ случаѣ различные процессы, которые, хотя и имѣютъ нѣчто общее, но въ экзквизитныхъ случаяхъ рѣзко отличаются другъ отъ друга; далѣе, *Ströbe* <sup>20)</sup>, подводя итогъ 2-му своему случаю, говоритъ, что на основаніи анатомическихъ и гистологическихъ данныхъ его едва-ли можно отнести къ острой желтой атрофій печени въ собственномъ смыслѣ этого слова; но въ виду того, что понятіе «острая желтая атрофія» дов. растяжимое, что по современнымъ возрѣніямъ она не только этиологически, но и патолого-анатомически и гистологически совмѣщаетъ весьма различныя формы, случай этотъ можетъ быть отнесенъ къ ней, представляя собою скорѣе острый межуточный гепатитъ съ послѣдующимъ жировымъ перерожденіемъ и незначительнымъ распадомъ паренхимы печени. Это признаніе существованія различныхъ формъ первичныхъ атрофій находитъ себѣ выраженіе и въ томъ обстоятельствѣ, что многіе авторы особенно послѣдняго времени называютъ этотъ процессъ не «острой желтой атрофіей печени», а просто—острой атрофіей ея или даже острой дегенераціей печени, какъ озаглавилъ свое наблюденіе *Soetbeer* <sup>21)</sup>.

Несомнѣнно, въ классификаціи формъ первичныхъ

\*) Сообщено на научномъ засѣданіи врачей Мариинской боль-

каковыми большею частью и были заняты исследователи, а мало исследованные процессы дегенерации: лишь их характер, ходъ, послѣдовательность, мѣстоположеніе въ дольки могутъ опредѣлять типъ той или иной формы первичной атрофіи, а на это стали обращать вниманіе сравнительно недавно. Правда, выше приведенные авторы описывали дегенеративные процессы; но эти описанія имѣли характеръ скорѣе, какъ *conditio sine qua non* научной работы: они не подчеркивались, не обобщались и не подводились подъ тотъ или иной типъ. Однако, и въ настоящее время вопросъ этотъ еще только начинаетъ разрабатываться, при чемъ, какъ это сейчасъ будетъ видно, исследованія различныхъ авторовъ даже послѣдняго времени даютъ различные, иногда прямо противоположные, факты. Большинство признаетъ 2 главныхъ типа: типъ острой желтой атрофіи и типъ красной или генуинной атрофіи. Такъ, *Marchand* <sup>6)</sup> въ заключеніи вышеупомянутой статьи говорить, что, кромѣ острыхъ дегенераций, присоединяющихся къ другимъ заболѣваніямъ печени, какъ циррозъ, закупорка желчныхъ протоковъ, стоитъ, съ одной стороны, острая жировая дегенерация, съ другой—быстрое омертвѣніе паренхимы. Первая придаетъ печени въ короткое время тускло-желтый цвѣтъ, дряблую плотность вслѣдствіе мелкозернистаго, равномернаго, жирового распада печеночныхъ клѣтокъ. При этой формѣ часто наблюдаются подобныя-же измѣненія въ почкахъ и въ сердечной мышцѣ. Печень въ началѣ бываетъ увеличена. Это состояніе ея напоминаетъ печень при фосфорномъ отравленіи. Встрѣчается такая печень у беременных и при тяжелыхъ гнилостныхъ процессахъ. Распадъ клѣтокъ всего сильнѣе въ периферіи долекъ. Регенерация идетъ отъ лучше сохранившихся клѣтокъ центра долекъ; междольковые желчные протоки мало принимаютъ участія въ регенерации,—пролиферация ихъ и одновременное превращеніе ихъ клѣтокъ образовывали на мѣстѣ разрушенной безпорядочную ткань, всюду проникавшую между еще сохранившимися старыми клѣтками. Во второмъ рядѣ случаевъ разрушеніе печеночной паренхимы идетъ гораздо быстрѣе: жировая дегенерация отстываетъ на задній планъ предъ явленіями омертвѣнія и распада печеночныхъ клѣтокъ; всасываніе продуктовъ распада идетъ быстро и въ результатѣ даетъ обширныя красныя поля. Возрожденіе происходитъ частью чрезъ пролиферацию уцѣлѣвшихъ остатковъ паренхимы печени, частью изъ междольковыхъ желчныхъ протоковъ, частью изъ клѣточныхъ остатковъ въ красныхъ поляхъ; при этомъ участіе принимаетъ и сосудистая, и соединительная ткань, такъ что на мѣстѣ разрушенныхъ частей органа получается совершенно новое строеніе, которое, однако, большею частью вслѣдствіе наступающей смерти, остается въ незаконченной стадіи. *Marchand* не говоритъ ни объ этиологіи, ни о томъ, съ центра или съ периферіи начинается процессъ при этой 2-ой формѣ. *Anschütz* <sup>22)</sup> въ статьѣ «*Phosphorvergiftung oder gelbe Leberatrophy*», говоря о тѣхъ-же 2-хъ типахъ, какъ и *Marchand*, считаетъ 1-ый типъ характернымъ лишь для фосфорной печени. При острой желтой атрофіи, говоритъ онъ, дѣло идетъ главнымъ образомъ объ омертвѣніи клѣтокъ, выражающемся внезапной, распространяющейся на большую часть или на весь органъ потерей окраски ядеръ съ послѣдующимъ быстрымъ молекулярнымъ распадомъ.

Въ томъ-же году появилась работа *Aly-Bey-Ibrahim'a* <sup>23)</sup>, въ которой онъ, на основаніи изученія описанныхъ въ литературѣ случаевъ, приводитъ къ заключенію, что при острой желтой атрофіи процессъ большею частью начинается съ периферіи долекъ, идя къ центру, и что распадъ печеночныхъ клѣтокъ есть, дѣйствительно, жировой распадъ. Случай-же самого *Ibrahim'a* отклоняется отъ большинства описанныхъ тѣмъ, что атрофія поразила здѣсь главнымъ образомъ центръ долекъ, изъ чего авторъ и заключаетъ, что вредоносное начало въ его случаѣ приносило не системой воротной вены.

*Paltauf* <sup>24)</sup> на слѣздѣ въмецкихъ патолого-анатомовъ сдѣлалъ докладъ объ измѣненіяхъ въ печени при фосфорномъ отравленіи и о генуинной атрофіи. Онъ утверждаетъ собственнo то же, что и *Anschütz*, лишь болѣе подробно

описывая ходъ и послѣдовательность измѣненій въ долькахъ. *Paltauf* также признаетъ, что при фосфорномъ отравленіи жировая инфильтрація начинается съ периферіи дольки и что къ ней скоро присоединяются воспалительные процессы въ формѣ инфильтрацій, давая картину, похожую на острый циррозъ. Въ случаяхъ-же генуинной атрофіи процессъ въ формѣ омертвѣнія и жирового перерожденія начинается съ центра, при чемъ даже въ далеко зашедшемъ процессѣ въ междольковой области не наблюдается ни воспалительныхъ, ни пролиферационныхъ процессовъ.

*Kretz* <sup>15)</sup> признаетъ 3 формы первичныхъ атрофіи: 1-ая—простая атрофія и 2 клинически и патолого-анатомически соотвѣтствующія картинѣ острой желтой атрофіи; каждую изъ нихъ онъ подраздѣляетъ еще на 2 формы: 1) исчезаніе паренхимы печени вслѣдствіе дегенерации протоплазмы при сохраненіи окраски ядра: а) периферія дольки поражается всего сильнѣе; типъ—фосфорная печень; б) центръ поражается сильнѣе; типъ—гнилостная атрофія; 2) исчезаніе паренхимы печени съ предварительной потерей окраски ядра: а) генуинная атрофія въ смыслѣ *Paltauf'a*; б) центральная омертвѣнія при заразныхъ болѣзняхъ (сифилисѣ).

*Albrecht* <sup>25)</sup> въ своихъ цитологическихъ сообщеніяхъ о значеніи мізогенныхъ веществъ въ жизни клѣтки приводитъ мимоходомъ 3 случая острой желтой атрофіи по вопросу о сущности въ ней дегенеративныхъ процессовъ, при чемъ, въ виду того, что ему приходилось имѣть дѣло съ поздними стадіями атрофіи, высказывается предположительно относительно первичности омертвѣнія въ случаяхъ острой желтой атрофіи.

*Emil'ю Liefmann'u* <sup>26)</sup>—ученику *Albrecht'a* удалось найти случай начальной формы острой атрофіи, при чемъ, вопреки высказанному мнѣнію своего учителя, прѣвѣняя его способы изслѣдованія, онъ пришелъ какъ разъ къ противоположному результату. Онъ говоритъ, что, не обобщая своихъ заключеній, онъ тѣмъ не менѣе долженъ признать, что наравнѣ съ типомъ генуинной атрофіи, установленнымъ *Paltauf'омъ* и, повидимому, подтвержденнымъ *Albrecht'омъ*, существуетъ типъ, тождественный съ типомъ фосфорной печени.

Наконецъ, въ самое послѣднее время появилась работа *Riess'a* <sup>27)</sup> подъ заглавіемъ «*Phosphorvergiftung und Leberatrophy*». Хотя работа эта и не имѣетъ большого значенія въ отношеніи разбираемаго мной вопроса, какъ затрагивающая дегенеративные процессы лишь поверхностно, но я привожу ее здѣсь въ виду того, что *Riess* по отношенію къ сопровождающимъ атрофію воспалительнымъ процессамъ пришелъ къ совершенно противоположному взгляду, чѣмъ *Paltauf*, изслѣдуя не меньшій патолого-анатомическій матеріалъ. *Riess* говоритъ, что при фосфорномъ отравленіи междольковая соединительная ткань, при томъ и въ болѣе позднихъ стадіяхъ болѣзни, представляется совершенно нетронутой: мѣстами видны лишь капли жира или небольшія гиперплазіи съ умѣренной пролиферацией ядеръ. Напротивъ, въ каждомъ случаѣ острой желтой атрофіи печень обнаруживаетъ картину тяжелаго, остраго, разлитого гепатита.

Взглядъ на острую желтую атрофію, какъ на разлитой гепатитъ, не новъ. Еще въ 1869 г. *Förster* <sup>28)</sup> въ своемъ Учебникѣ патологической анатоміи въ главѣ о воспаленіяхъ печени различалъ форму остраго паренхиматознаго гепатита (острая желтая атрофія авторовъ) и форму хроническаго паренхиматознаго гепатита, которая, судя по описаніямъ автора, подходитъ подъ типъ разбираемой мною формы. Того-же взгляда, какъ извѣстно, придерживались изъ старыхъ авторовъ *Bright*, *Bamberger*, *Freichs*, *Liebermeister* и друг.

Изъ приведеннаго очерка взглядовъ послѣдняго времени видно, какъ еще неясны и спутаны гистологическія данныя при первичныхъ атрофіяхъ печени. Нѣтъ основанія думать, чтобы авторы, отрицающіе воспалительныя явленія при фосфорной атрофіи, какъ *Riess*, и, наоборотъ, признающіе ихъ за ранній признакъ, какъ *Paltauf*, ошибались. Эти изслѣдованія—изслѣдованія послѣднихъ годовъ, и видѣть воспалительныя явленія тамъ, гдѣ ихъ



нѣтъ,—вещь недопустимая; очевидно, что воспалительныя явленія еще не составляютъ характеристики процесса. И дѣйствительно, въ этомъ направленіи имѣются нѣкоторыя указанія и въ литературѣ. Такъ, *Wegner* обращаетъ вниманіе на то, что фосфоръ въ большихъ количествахъ дѣйствуетъ разрушающимъ образомъ на печеночныя кѣтки, въ малыхъ-же преимущественно на соединительную ткань. Такимъ образомъ вполне понятное стремленіе—гистологически выдѣлить фосфорную печень на основаніи преимущественнаго жирового перерожденія—оказывается невыполнимымъ. Противъ этого выдѣленія говоритъ случай *Lieftmann'a* и большинство описанныхъ въ литературѣ. Если фосфорная печень и есть печень преимущественно жирового перерожденія и послѣдующаго распада, то во всякомъ случаѣ среди первичныхъ острыхъ желтыхъ атрофій подобныя формы встрѣчаются.

Разбираемая мною форма представляетъ особый, вполне опредѣленный типъ атрофій. Это не есть затянувшаяся форма острой желтой атрофій, какъ, напр., описанная *Брунштейномъ* <sup>29</sup>). Она съ самаго начала имѣетъ хроническое теченіе и вполне опредѣленный ходъ развитія дегенеративныхъ и атрофическихъ процессовъ. Къ такому выводу я пришелъ на основаніи изслѣдованія одного случая частичной атрофій, найденной мною случайно у большого, умершаго отъ фибринознаго воспаленія легкихъ. Атрофія коснулась въ этомъ случаѣ лишь небольшой части печени; остальная паренхима ея въ отдаленныхъ частяхъ отъ мѣста атрофій не представляла почти никакихъ измѣненій, вблизи-же можно было послѣдовательно наблюдать рядъ измѣненій кѣтокъ, ведущихъ къ образованію красныхъ атрофическихъ мѣстъ. Въ pendantъ къ этому случаю я изслѣдовалъ другую печень въ поздней стадіи той же хронической атрофій. Прежде, чѣмъ перейти къ описанію своихъ случаевъ, считаю нужнымъ описать общую патолого-анатомическую и гистологическую картину этой формы атрофій.

Макроскопически печень при данной формѣ описывается всѣми авторами поразительно одинаково. Она бываетъ большею частью рѣзко уменьшена, въ 2—3 раза противъ нормы, рѣже нормальной величины, какъ въ случаѣ *Steinhaus'a* <sup>6</sup>) и *Barbaci* <sup>7</sup>), или даже увеличена, какъ въ одномъ случаѣ *Ströbe* <sup>20</sup>); обычно сохраняетъ свою форму или, рѣдко, какъ въ случаѣ *Barbaci*, бываетъ обезображена. На гладкой ея поверхности частью выступаютъ, частью просвѣчиваютъ черезъ тонкую, нѣсколько сморщенную сумку желтого или желтокраснаго, иногда оливкозеленаго цвѣта (*Ströbe*) образованія среди западающей сѣроокрасной или бурокрасной остальной ткани печени, замѣтныя и на поверхности разрыва органа. Образованія эти рѣдко отграничены, выступаютъ, дряблы, большею частью безъ рисунка, иногда, какъ въ случаѣ *Waldeyer'a*, съ крупнымъ рисункомъ, имѣютъ величину отъ просынаго зерна до кулака взрослого человѣка или даже, какъ въ случаѣ *Barbaci*, до головки плода, круглыя, овальной, а если располагаются по ходу сосудовъ и ихъ вѣтвей, древоподобной формы. Западающая сѣроокрасная ткань вялая, податливая, иногда безъ рисунка, иногда съ мелкими рисунками, подобная атрофированной макроты селезенки, иногда, какъ въ случаѣ *Barbaci*, обильно снабженная сосудами, какъ-бы губчатая, при давленіи отдѣляющая много крови. Крупные сосуды печени и желчные ходы ея видны измѣненій не представляютъ. Въ желчномъ пузырьѣ обычно имѣется немного слизистой желчи. Микроскопически желтыя или желтокрасныя образованія описываются большинствомъ авторовъ, какъ состоящіе изъ мало измѣненныхъ печеночныхъ кѣтокъ, иногда увеличенныхъ, иногда уменьшенныхъ, съ зернистой протоплазмой и мелкими каплями жира въ ней, съ 1, иногда 2—3-мя хорошо окрашенными ядрами, образующими перекладины, имѣющія или радіальное расположеніе при наличности центральныхъ венъ, большею-же частью короткія, образующія извилины безъ опредѣленнаго порядка; иногда кѣтки разрознены; дольки иногда больше нормальныхъ, иногда меньше. Весь узелъ иногда отграничивается отъ остальной паренхимы соединительно-тканной сумкой по всей окружности, иногда-же съ одной стороны, тогда какъ съ другой образованія его печеночныя кѣтки рядами располагаются между соединительно-тканными волокнами. Въ этихъ—такъ сказать, переходныхъ—мѣстахъ описываются кѣтки, рѣзко увеличенныя, наполненныя бурожелтымъ пигментомъ, иногда съ неясными очертаніями, многоядерныя. Печеночныя балки или плотно прилегаютъ другъ къ другу, или раздѣляются небольшими пространствами, наполненными кой-гдѣ красными и бѣлыми кровяными шариками. Соединительная ткань видна кое-гдѣ въ формѣ тонкихъ прослоекъ, съ сосудами и желчными протоками; *Barbaci* <sup>7</sup>) особенно подробно описываетъ строеніе узловъ, которые образовали у него, какъ онъ называетъ, «лобуляціи», при чемъ перекладины видѣтъ не образовывали типичной дольки. Въ его случаѣ наблюдался жировое перерожденіе и коагуляционный

ливаясь отъ периферіи къ центру. Въ красномъ веществѣ—полное отсутствіе обычнаго строенія печени. Печеночныя кѣтки нормальныхъ, образующихъ перекладины, здѣсь не видно, если не считать попадающихся островковъ въ 2—3 перекладины. На большемъ протяжении оно состоитъ изъ ясно различимыхъ частей, особенно при окраскѣ гематоксилиномъ и возномъ: съ одной стороны, область расширенныхъ капилляровъ и пространствъ, биткомъ набитыхъ красными кровяными шариками, выстланныхъ эндотелиемъ, напоминающихъ мѣстами ангиому, мѣстами рѣзко застойную печень и соответствующихъ центральнымъ частямъ долекъ; съ другой—бѣдная кѣтками область *Glysson*'овской сумки, гдѣ видны артерія, желчный протокъ и вѣтви воротной вены, окруженныя соединительно-тканными волокнами. Между тѣми и другими видами извивающіяся въ различныхъ направленіяхъ полосы съ многочисленными кѣточными ходами (новообразованными желчными протоками авторовъ), инфильтрованные мелкокѣточными элементами.

Строма краснаго вещества въ равныхъ стадіяхъ процесса крайне нѣжная, съ многочисленными въ петляхъ ея кѣтками—есть строма печени; въ болѣе позднихъ-же—грубая, вслѣдствіе, съ одной стороны, коллуса, съ другой—вѣроятнаго новообразованія ея.

Вотъ въ общихъ чертахъ строеніе желтаго и краснаго вещества при этой формѣ атрофій.

Перехожу теперь къ изложенію собственныхъ случаевъ.

1-й случай относился къ 40-лѣтнему печенуку, не алкоголику и не сифилитику, поступившему въ Маріинскую больницу съ признаками фибринознаго воспаленія праваго легкаго и на 2-ой день пребыванія въ больницѣ умершему. За мѣсяцъ до этого заболѣванія онъ лежалъ въ Обуховской больницѣ съ явленіями остраго желудочно-кишечнаго катарра, сопровождавшимися желтухой, откуда спустя 3 недѣли выписался поправившимся. На вскрытіи его мною найдено: общая желтуха; частичная красная атрофія печени; фибринозное воспаленіе всего праваго легкаго. Я не буду приводить подробно протокола вскрытія, ограничусь этимъ выпискомъ, и останавлиюсь на описаніи измѣненій въ печени.

Печень была правильной формы; боковой размѣръ ея 20,8, правой доли—17,7, наибольшій переднезадній 15, высота правой доли 9,3, лѣвой—4,9 см.; вѣсъ 1470 грм. Поверхность ея гладкая, съ обширными вдавленіями, подобными ателектатическимъ вдавленіямъ на легкихъ. Сумка тонкая, на мѣстахъ вдавленія морщинистая. Мѣста вдавленія на верхней поверхности расположены около подвѣшивающей связки (*lig. suspensorium*) съ обѣихъ сторонъ, на всемъ протяженіи органа, занимаемая около 1/2 его поверхности; на правой долѣ вдавленіе это ограничивается сверху и снаружи (справа) дугообразной линіей, идущей отъ нижней полой вены къверху право, загибающейся потомъ книзу и постепенно сходящей на нѣтъ; граница эта видна вслѣдствіе различія въ цвѣтѣ, такъ какъ здѣсь переходъ вдавленія въ остальную часть постепенный; съ периферіи вдавленія отходятъ мелкія, узкія бороздки, иногда вѣтвящіяся. Другое болѣе глубокое вдавленіе, ограниченное валикообразнымъ возвышеніемъ, расположено въ передней 1/4 верхней поверхности, приблизительно по серединѣ передняго края; верхняя граница его неправильной формы, въ общемъ имѣетъ видъ полулука съ образованіемъ небольшихъ выступовъ и мысковъ; снизу вѣло къ подвѣшивающей связкѣ идетъ узкая бороздка, сумка надъ которой покрыта мелкими продольными морщинами; по наружному краю этого вдавленія замѣчается нѣсколько возвышающихся и ограниченныхъ мелкими бороздками островковъ. Это послѣднее вдавленіе непосредственно переходитъ черезъ истонченный передній край на нижнюю поверхность, гдѣ, идя болѣе вѣло, образуетъ 3-угольникъ съ основаніемъ (около 6 см.), спереди, съ вершиной около хвостатаго бугорка, снаружи (справа) ограниченный возвышающимся на 1,5 см. валикомъ, шириною въ 1 см., какъ бы нависающимъ надъ вдавленіемъ; отъ вершины 3-угольника отходитъ рядъ мелкихъ узкихъ и плоскихъ бороздокъ, ограничивающихъ небольшіе островки и переходящихъ далѣ въ темносѣрую, шириною въ 1 см. полосу, сумка надъ которой образуетъ также рядъ мелкихъ продольныхъ морщинъ. Слѣва отъ этого вдавленія къ желчному пузырю идутъ неглубокія узкія и широкія вдавленія, ограничивающія небольшія части печени и придающія ей, если можно такъ выразиться, видъ какъ-бы стеганаго одѣла. Вдавленіе верхней поверхности лѣвой доли представляетъ непосредственное продолженіе вдавленія правой доли, занимаетъ, за исключеніемъ небольшого участка сзади и передній части, всю поверхность, спереди исчезаетъ постепенно, сзади рѣзко отграничивается возвышающимся подъ прямымъ угломъ краемъ остальной части. Черезъ истонченный край лѣвой доли оно переходитъ на нижнюю поверхность, гдѣ образуетъ по краю плоское вдавленіе, около 2 см. шириной, отъ котораго также отходитъ цѣлый рядъ бороздокъ, ограничивающихъ мелкіе островки, мѣстами представляющіе подобіе мозговыхъ извилинъ. *Spiegel*'ева доля не увеличена, покрыта поверхностными бороздками. Мѣста вдавленія—сѣроокраснаго или краснаго цвѣта, рѣзко выдѣляются отъ остальной желтозеленой паренхимы, на разрывѣ соответствуютъ западающей полосѣ около 1 см. или нѣсколько болѣе широкой. Паренхима печени вялая; рисунокъ ея не ясенъ. Въ желчномъ пузырьѣ порядочное количество темнозеленой желчи. Печеночныя вены и артерія, воротная вена, большіе желчные протоки безъ видимыхъ измѣненій. Селезенка нѣсколько увеличена. Слѣ-

Западающія красныя части имѣютъ строеніе вышеописаннаго краснаго вещества. Уже при малыхъ и среднихъ увеличеніяхъ въ немъ видны мѣста, сравнительно бѣдные кѣтками, съ широкими округлыми или угловатыми, болѣею частью пустыми пространствами—вѣтвями воротной вены, рядомъ съ которыми видны артерія, желчный протокъ и нервы. Весь этотъ сосудисто-нервный пучекъ окутанъ концентрическими слоями сравнительно бѣдой ядрами соединительной ткани. Вена и артерія видимыхъ измѣненій не представляютъ. Желчные ходы выстланы высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ, мѣстами отпавшимъ отъ стѣнки и безпорядочно лежащимъ въ просвѣтѣ сосуда. Въ непосредственной близости съ ними лежатъ кѣточные ходы, рѣзко бросающіеся въ глаза своей массой, имѣющіе крайне разнообразныя направленія, форму и длину; болѣею частью они — короткіе, изогнутые въ различныхъ направленіяхъ, вѣтвящіеся, имѣющіе видъ то русскаго «С», то французскаго «S», то образующіе форму «Т»; узкіе въ началѣ, они часто переходятъ въ широкіе цилиндрическія или булавовидныя утолщенія, болѣею частью съ просвѣтами въ послѣднихъ; иногда, наоборотъ, они переходятъ въ очень узкіе ходы съ вытнатыми въ длину кѣтками, ядра которыхъ представляются тогда палочковидными, окрашенными по всему протяженію. Кѣтки эти очень похожи на сдавленные печеночныя, встрѣчающіяся въ окрестности переносныхъ узловъ новообразованной ткани; отходящіе отъ ходовъ вѣтви образуютъ съ ними различныя углы, мѣстами соединяются поперечными и косыми соустьями; кромѣ того, видны небольшіе кружки съ просвѣтомъ, — очевидно, тѣмъ поперечно перерѣзанные ходы; большинство изъ нихъ имѣетъ просвѣтъ, видимый иногда лишь при извѣстномъ оптическомъ разрѣзѣ; просвѣтъ этотъ неодинаково широкій, мѣстами даетъ бухтообразныя выпячиванія; мѣстами-же просвѣтъ совсѣмъ не виден. Иногда эти ходы упираются въ группу 2—3-хъ типичныхъ печеночныхъ кѣтокъ. Они появляются всюду, гдѣ лишь начинается атрофія периферіи долекъ, и здѣсь видны ихъ непосредственные переходы въ перекладины нормальныхъ кѣтокъ. Кѣтки, образующія ходы, всюду ясно отличаются отъ печеночныхъ болѣе свѣтлой протоплазмой, особенно рѣзко бросающейся въ глаза при окраскѣ по *van-Gieson*'у, при которой онѣ окрашиваются въ свѣтлосѣрый цвѣтъ, тогда какъ печеночныя представляются буроватожелтыми, отъ эпителия желчныхъ протоковъ, — центральнымъ расположеніемъ ядра и тѣмъ, что онѣ болѣе низки, чѣмъ эпителий желчныхъ протоковъ. Въ протоплазмѣ ихъ не видно ни пустотъ, ни желчнаго пигмента. Ядро совершенно подобно ядру печеночныхъ кѣтокъ. Расположеніе кѣтокъ болѣею частью правильно рядовое; иногда среди нихъ въ ряду встрѣчаются и кѣтки несомнѣнно печеночныя, отличающіяся болѣею величиной и буроватожелтой, съ пустотами протоплазмой. Кѣтки эти лежатъ въ соответствующихъ имъ формѣ щеляхъ или полостяхъ, отъ которыхъ онѣ — что особенно часто видно на парафиновыхъ препаратахъ — отстаютъ. Стѣнки полощѣй ничѣмъ не выстланы: не видно и т. наз. *mesotheliales limitans*. Въ просвѣтѣ ходовъ видны иногда бѣлыя кровяныя тѣльца, иногда бѣднозернистое зернистое содержаніе, которое *Marchand* считаетъ за вышеложенную желчь. Кромѣ того, встрѣчаются здѣсь же островки печеночной паренхимы съ явленіями перерожденія. Нѣсколько иной характеръ представляютъ кѣтки въ периферіи долекъ, пограничныя съ краснымъ веществомъ. Кѣтки эти по величинѣ иногда нѣсколько болѣе бѣлаго кровяного тѣльца, также образуютъ часто ходы и напоминаютъ кѣтки, описанныя *Meder*'омъ, *Ströbe*, которые они считаютъ за новообразованныя печеночныя кѣтки. Область ходовъ усѣяна многочисленными ядрами, которые есть ничто иное, какъ мелкокѣточная инфильтрація лимфоцитами. Расположеніе и форма ходовъ въ общемъ напоминаетъ возиномъ красныя поля соответствующихъ широкимъ, различной формы и величинны пространствамъ, выстланнымъ эндотелиемъ и заполненнымъ красными кровяными шариками, среди которыхъ встрѣчаются въ небольшомъ числѣ и бѣлые. Распредѣленіе ихъ неравномѣрное: мѣстами ихъ много, мѣстами мало. Между ними, съ одной стороны, и кѣточными ходами, съ другой, находится обильная кѣтчатая ткань, которая, какъ то видно при сильныхъ увеличеніяхъ и тонкихъ срѣзахъ, состоитъ изъ волнистыхъ, однородныхъ волоконъ, то тонкихъ, едва замѣтныхъ, то нѣсколько болѣе толстыхъ, бѣдныхъ ядрами, по характеру несомнѣнно соединительнотканыхъ. Вся сѣтъ въ общемъ настолько нѣжна, что мѣстами производитъ впечатлѣніе сѣти, образуемой какъ-бы протоплазматическими отростками, и лишь около вѣтвей воротной вены она болѣе груба. Въ петляхъ ей видны крайне разнообразныя кѣтки, трудно поддающіяся распознаванію: встрѣчаются, во 1-хъ, лимфоциты, бѣлыя кровяныя тѣльца съ обломками ядеръ, изрѣдка возинофилы, далѣе печеночныя кѣтки въ различныхъ стадіяхъ перерожденія одиночныя или группами. Здѣсь встрѣчаются однородныя, бѣдножелтыя глыбки, бѣдножелтыя безъядерныя массы, сохраняющія форму и величину печеночныхъ кѣтокъ, или меньшей величины и болѣе овальной формы, съ зернышками золотистожелтаго пигмента. Кромѣ того, въ нѣкоторыхъ кѣткахъ замѣчаются мелкія зернышки пигмента желтаго цвѣта, подобныя коккамъ, лежація около ядра, иногда на мѣстѣ исчезнувшей уже протоплазмы; эти кѣтки, вѣроятно, эндотелиальнаго происхожденія. Встрѣчаются затѣмъ округлой, овальной, веретенообразной формы, окруженныя пучками соединительнотканыхъ волоконъ, различной величины пространства, которая при окраскѣ на упругую ткань обнаруживаютъ послѣднюю въ значительномъ количествѣ, принадлежать, что видно и на серіи срѣзовъ, сосудамъ съ густой инфильтраціей ихъ стѣнокъ—вѣроятно, вѣтвямъ печеночной вены, заключають въ просвѣтѣ значительное

количество кѣтокъ, непосредственно отходящихъ отъ стѣнки сосуда и иногда вполне заполняющихъ просвѣтъ, или же въ центрѣ ихъ находится розовая, зернистая масса. Среди кѣтокъ и здѣсь видны атрофированныя печеночныя кѣтки. При сильныхъ увеличеніяхъ въ нихъ замѣчается широкопетлистая, вѣтвящаяся. Надо думать, что это—подвергающіяся закупоркѣ печеночныя вены. Границы только-что описаннаго вещества всюду рѣзки по отношенію къ сохранившейся строенію болѣею части печени, которая вдается въ красное вещество въ формѣ мысовъ, полюсовъ, а иногда, какъ было замѣчено выше, встрѣчается въ послѣднемъ въ формѣ небольшихъ островковъ. Въ пограничной части печеночной паренхимы съ краснымъ веществомъ замѣчаются измѣненія какъ съ периферіи, выражающіяся мелкокѣточной инфильтраціей, такъ и съ центра, гдѣ идетъ процессъ дегенерации и атрофіи. Центральныя вены болѣею частью съ расширенными просвѣтами, утолщенными и однородными, стекловидно-перерожденными стѣнками; въ нихъ видны хорошо сохранившіяся красныя кровяныя шарикѣ, иногда силою выполняющіе просвѣтъ. Печеночныя перекладины или непосредственно упираются въ стѣнки центральной вены, или-же отдѣлены отъ нея поясами кѣтокъ, въ обоихъ случаяхъ, однако, представляя значительныя измѣненія; мѣстами перекладина, такъ сказать, разрѣзается, начинаетъ окрашиваться бѣднѣе; въ ней появляются пустоты, а съ краевъ она какъ-бы размазывается. Иногда видно, какъ перекладина, образованная двуряднымъ ходомъ кѣтокъ, теряетъ ядра, начинаетъ бѣднѣе окрашиваться и распадается на отдѣльныя кучечки, являясь въ формѣ тускло окрашенной возиномъ крупно-зернистой массы или безъядерной, или съ рѣзко уменьшенными ядрами, съ едва замѣтными въ нихъ ядрышками, а иногда лишь съ остатками ядеръ въ формѣ кучекъ хроматиновыхъ зеренъ. Распредѣленіе ядеръ, составляющихъ перекладину кѣтокъ, болѣею частью неправильное: то они замѣчаются съ одной стороны, т. е. у одного ряда кѣтокъ, тогда какъ другой рядъ или вовсе лишенъ ядеръ, или они въ немъ едва замѣтны, или же перекладина состоитъ изъ одного ряда кѣтокъ, при томъ настолько источена, что съ боковъ ядра непосредственно касаются стѣнокъ расширенныхъ капилляровъ. Встрѣчаются перекладины, лишенные въ извѣстномъ протяженіи ядеръ, которые иногда тутъ-же или ближе или далѣе къ центру сгущаются въ рядъ въ формѣ четокъ. Среди перекладинъ встрѣчается масса кѣточекъ-великановъ съ большими количествомъ, до 20—25 и болѣе, ядеръ. Кѣточка эти лежатъ по ходу перекладины, иногда отличающіяся лишь количествомъ ядеръ, иногда-же и величиною. Расположеніе ядеръ въ нихъ не имѣетъ постоянного типа: они то сгущены въ центрѣ, то разсыяны по всей поверхности, безъ всякаго порядка. Если перекладина непосредственно упирается въ центральную вену, то она представляетъ болѣею частью значительныя утолщенія, заключающія въ себѣ массу пустотъ—мѣста бывшаго жира, различной величины, изъ которыхъ иногда состоитъ почти вся кѣтка, и желтаго пигмента въ остаткахъ протоплазмы. Ядра имѣютъ болѣею частью ясно выраженную хроматиновую сѣтъ, рѣже представляютъ сплошную окраску. Чѣмъ болѣе эти утолщенія, тѣмъ болѣе въ нихъ ядеръ; иногда-же они совершенно безъ ядеръ. Границы утолщеній или неясно очерченны, или сглазны совсѣмъ. Рѣдко видны открывшіяся съ поверхности пустоты, и тогда утолщеніе получаетъ какъ-бы извѣденный съ поверхности видъ; иногда въ немъ, кромѣ ядеръ, видны овальныя тѣльца (*Roussel*'евскія тѣльца) и красныя кровяныя шарикѣ. Иногда кѣтки перекладины, болѣею частью ближайшія къ центральной вѣтви, отдѣляются. Отдѣлившіяся кѣтки величиной или равны обыкновеннымъ или меньше ихъ; онѣ хорошо очерченны, съ ядромъ, болѣею частью окрашеннымъ по всему протяженію и съ протоплазмой, или обычно окрашенной или желтаго цвѣта, часто съ каплями желтаго, тусклаго вещества около ядра; въ протоплазмѣ ихъ часто встрѣчаются красныя кровяныя шарикѣ, обычно окруженные свѣтлымъ ободкомъ. Рядомъ съ ними видны и безъядерныя кѣтки и желтыя глыбки, закругленныя съ поверхности, очевидно, представляющія дальнѣйшія стадіи измѣненія отдѣлившихся долекъ въ мелкокѣточной инфильтраціи и всегда въ формѣ отдѣлившихся. Кѣтки эти обращали на себя вниманіе и другихъ авторовъ. Особенно тщательно ихъ описывалъ *Klebs* <sup>1)</sup> въ своемъ случаѣ красной атрофіи. Считая ихъ атрофированными печеночными кѣтками, *Klebs* <sup>2)</sup> однако заявляетъ, что это, можетъ быть, и чуждыя организму образованія. «Поразительно», говоритъ онъ далѣе, «что, хотя ихъ и много въ основной, лишенной печеночныхъ кѣтокъ ткани, но нигдѣ онѣ не представляютъ рядового расположенія, какъ это можно было ожидать отъ атрофированныхъ печеночныхъ кѣтокъ». По моему наблюденію, разлитому пропитыванію подвергаются лишь отдѣлившіяся кѣтки. Надо думать, что процессъ отдѣленія засталъ ихъ въ періодъ желчеотдѣлительной работы, и желчь (или, вѣрнѣе пигментъ), вмѣсто того, чтобы выдѣлиться въ капилляры, пропитала кѣтку. Въ периферіи долекъ кѣтки, составляющія перекладины, не представляютъ особыхъ измѣненій. Здѣсь замѣчается мелкокѣточная инфильтрація и возникновеніе тѣхъ кѣточныхъ ходовъ, которые я описалъ выше и которые считаются многими авторами за новообразованные желчные протоки. Ходы эти появляются тотчасъ-же, лишь начинается инфильтрація и атрофія печеночной паренхимы, непосредственно изъ этой послѣдней, что и подтверждается переходомъ ихъ въ паренхиму-же печени. Въ другихъ мѣстахъ около центральной вены замѣчается своеобразный кѣточный поясъ, образованный едва замѣтной, однородной, тонкой сѣтью, въ петляхъ которой сгущены кѣтки съ хо-

рошо окрашивающимся ядромъ, съ ясно выраженной хроматиновой сѣтью, болѣею частью круглой, иногда же овальной формы; протоплазма вокругъ этого ядра, окрашивающаяся болѣе насыщенно, чѣмъ протоплазма печеночныхъ кѣлѣтокъ, или образуетъ едва замѣтный ободокъ, или имѣетъ овальную или многогранную форму, представляя въ 2—3 менѣе печеночныхъ кѣлѣтокъ. Несомнѣнно, мѣстами кѣлѣтки эти служатъ продолженіемъ перекладинъ, къ которымъ и примыкаютъ. Среди нихъ встрѣчаются и выше описанныя, развито окрашенныя въ желтый цвѣтъ, кѣлѣтки. Съ одной стороны, особенно при развито окрашивающемся ядрѣ, кѣлѣтки эти представляются очень похожими на бѣлыя кровяныя тѣльца, съ другой — при ясно выраженной хроматиновой сѣти и многогранной формѣ онѣ походятъ на печеночныя. Здѣсь мы наталкиваемся на одну изъ трудныхъ проблемъ патологической и нормальной гистологии — на основаніи сходства и различія, т. е. чисто морфологическихъ признаковъ, установить типъ кѣлѣтки. Надо замѣтить, что кѣлѣтки эти очень напоминаютъ кѣлѣтки, которыя описаны въ печени сифилитическихъ доношенныхъ и недоношенныхъ плодовъ *Hecker*омъ<sup>20)</sup>, *Erdmann*омъ<sup>21)</sup> и др. и которыя, однако, могутъ встрѣчаться и въ печени нормальныхъ плодовъ, умершихъ до рожденія. Можно-ли признавать ихъ за атрофированныя печеночныя кѣлѣтки? Просмотрѣвъ множество срѣзовъ, я, правда, встрѣчалъ небольшія печеночныя кѣлѣтки; но и онѣ болѣею частью сохраняли обычную окраску протоплазмы, или даже окрашивать бѣдѣе, не приобрѣтая темнофиолетоваго оттѣнка какъ-бы конденсированной протоплазмы; далѣе, атрофія кѣлѣтокъ идетъ болѣею частью съ предвѣрительной дегенерацией протоплазмы; получается впечатлѣніе, что эти кѣлѣтки — позднѣйшіе пришепцы на мѣстѣ погибшихъ печеночныхъ. Насколько мнѣ извѣстно, въ случаяхъ первичныхъ атрофій объ этомъ кѣлѣточномъ повѣ около центральной вены упоминаетъ д-ръ *Баймаковъ*<sup>22)</sup>, какъ объ инфильтраціи грануляціонными элементами; мимоходомъ говоритъ о немъ и *Jores*<sup>12)</sup> при описаніи своего случая, считая эти кѣлѣтки атрофированными печеночными; *Hecker*<sup>20)</sup> признаетъ ихъ за пролиферационныя, происходящія изъ печеночныхъ; *Loder* производитъ всѣ эпителиоидныя кѣлѣтки отъ пролиферирующаго эндотелія капилляровъ (считая печень кроветворнымъ органомъ); *Erdmann*<sup>21)</sup> принимаетъ ихъ за кроветворныя кѣлѣтки, изъ которыхъ образуются красныя кровяныя шарика. Всѣ эти изслѣдованія относятся къ печенкамъ дѣтей; но, какъ извѣстно, описаны случаи кроветворной дѣятельности печени и въ зрѣломъ возрастѣ. Такъ, *Ascanazy*<sup>23)</sup> на сѣздѣ нѣмецкихъ патолого-анатомовъ въ *Berlin* привелъ 3 случая, въ которыхъ, по его мнѣнію, въ силу нарушения отправления костнаго мозга, кроветворную дѣятельность приняла на себя печень.

Изслѣдованіе мѣстъ, отдаленныхъ отъ атрофическихъ, или не обнаруживало въ нихъ никакихъ измѣненій, или измѣненія найдены лишь въ центрѣ долекъ и сказывались разрѣженіемъ околоцентральной области вслѣдствіе выше описанныхъ дегенераций. Инфильтрація по периферіи наступала гораздо позднѣе. Кусочки печени фиксировались въ 10%-мъ раствѣ формалина, въ *Flemming*овской жидкости, заливались въ целлоидинъ и парафинъ; срѣзы окрашивались гематоксилиномъ, возиномъ, са-

франиномъ, на жиръ-осмѣевой кислотой, суданомъ, уругую ткань — по *Weigert*'у.

(Окончаніе слѣдуетъ).

Изъ АКАДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ПРОФ. С. С. БОТКИНА въ В.-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ.

НѢКОТОРЫЕ ДАННЫЯ КРИОСКОПИИ МОЧИ ПРИ САХАРНОМЪ МОЧЕИЗЛУРЕНИИ.

Ч. пр. и ассистента клиники С. С. ЗИМНИЦКАГО.

(Окончаніе. См. выше, № 39, стр. 1201).

**Наблюденіе 6.** И. Н., 36 л., крестьянинъ Псковской губ., жоната, имѣетъ 2-хъ здоровыхъ дѣтей. Заболѣлъ въ 1903 г. остро: былъ жаръ, боли въ спинѣ и въ конечностяхъ; явленія эти держались съ недѣлю, а затѣмъ больной почувствовалъ общую слабость, которая, къ его удивленію, все увеличивалась, не смотря на значительно усилившіяся позы на яду и на жажду. Вскорѣ больной сталъ замѣчать все нарастающее исхуданіе; появились кожный зудъ и мѣстами мокнушія пятна (всезема) (1903 г.) Въ октябрѣ появились отеки на ногахъ и въ лицѣ. Изъ здоровой семьи; изъ болѣзней въ анамнезѣ — только оспа (21 г.). Жизненные условія были вполне удовлетворительныя. Не пьетъ и не куритъ.

Средняго роста, плохого сложенія и питанія. Кожа блѣдная, суха, шелушится; мѣстами на ней слѣды отъ расчесовъ и чирьевъ, отчасти еще не вполне зажившихъ. Лимфатическія железы, главнымъ образомъ, на шеѣ, слегка увеличены, подвижны и безболѣзненны. Слизистыя оболочки блѣдны. Хроническое воспаленіе зѣва. Въ легкихъ — временами сухіе хрипы въ очень небольшомъ количествѣ; дыханіе глубокое, 12 въ 1 мин. Границы сердца не расширены; тоны чисты; пульсъ слабый, 75. Печень увеличена, яственно прощупывается; край ее круглый, плотноватый, поверхность гладкая. Селезенка не увеличена. Кишечникъ вздутъ. Желудокъ немного растянутъ. Чувствительность сохранена, рефлексы въ значительной степени понижены. Моча соломеннаго цвѣта, содержитъ сахаръ, даетъ реакціи на ацетонъ; реакціи на бѣлокъ и *Gerhardt*'а нѣтъ.

Дѣтя: 1904 г. Бѣлки. Жиры. Углеводы:  
1-й періодъ (19/II—26/II). 140—196,0; 80—150,0; 70—120,0.  
2-ой „ (27/II—8/III). 112—132,0; 200—300,0; 140—170,0.  
3-ий „ (9/III—26/III). 90—120,0; 80—135,0; 150,0—200,0.

Количество выпиваемой жидкости:

въ 1-мъ періодѣ . . . . . 1250—2500 к. стм.  
во 2-мъ „ . . . . . 750—1000 „  
въ 3-мъ „ . . . . . 2000—3500 „

Количество выводимыхъ въ мочевину. хлори- фосфа- NH<sub>4</sub>. ацетона.  
мочѣ: довѣ. товѣ.

въ 1-мъ періодѣ. 36,4—40,0; 9,0—18,0; 2,5—3,3; 1,2—1,5; 0,4—0,7;  
во 2-мъ „ . 11,0—31,0; 9,0—10,5; 1,1—1,5; 1,4—1,5; 0,1—1,2;  
въ 3-мъ „ . 18—23,0; 7,7—22,0; 2,7—3,6; 0,8—1,0; 0,09;

Криоскопическія данныя. Табл. 6.

Годъ, мѣсяцъ и число.	Количество мочи V.	Уд. вѣсѣ.	Вѣсѣ тѣла Р.	Δ	δ	$\frac{\Delta}{P} \cdot v.$	$\frac{\delta}{P} \cdot v.$	$\frac{\Delta}{\delta}$	ClNa %.	Сахаръ %.	$\frac{\Delta}{ClNa \%}$
1904.											
18-н.	4100	1,030	47300	1,11	0,68	9621	5894	1,63	0,71	4,1	1,42
19	6700	1,035	47100	1,36	0,85	19367	12091	1,60	0,84	7,1	1,62
20	2700	1,038	46400	1,75	1,55	10400	9019	1,13	0,33	6,2	5,33
21	1800	1,033	46900	1,80	1,49	6908	5718	1,23	0,50	4,4	3,60
22	1800	1,032	46400	1,62	1,28	6284	4944	1,26	0,56	4,1	2,89
23	2000	1,030	46200	1,67	1,26	7229	5454	1,32	0,67	4,1	2,49
24	2400	1,032	46300	1,74	1,30	9019	6738	1,34	0,72	3,0	2,41
25	2600	1,032	45800	1,55	1,22	8800	6926	1,27	0,70	4,1	2,21
26	2400	1,036	45400	1,71	1,31	9039	6925	1,31	0,66	5,6	2,59
27	2300	1,036	45200	1,77	1,46	9006	7429	1,21	0,5	5,0	3,54
28	2500	1,036	45600	1,53	1,33	8221	7150	1,16	0,32	7,1	4,78
29	2300	1,036	47000	1,62	1,34	7927	6557	1,21	0,45	6,3	3,60
1-м.	2300	1,033	46800	1,49	1,26	7322	6190	1,18	0,37	7,1	4,02
2	2000	1,033	47200	1,50	1,25	6356	5296	1,20	0,40	6,2	3,75
3	2500	1,025	47000	1,20	0,95	6369	5053	1,26	0,40	3,2	3,00
4	2100	1,029	46300	1,32	1,04	6000	4717	1,27	0,45	3,5	2,93
5	1700	1,029	46800	1,47	1,13	5338	4105	1,30	0,55	5,0	2,67
6	2400	1,025	47800	1,13	0,85	5673	4268	1,33	0,46	4,5	2,46
8	3000	1,023	47400	1,00	0,79	6327	5000	1,26	0,35	4,2	2,86
11	3100	1,032	48000	1,21	1,06	7814	6085	1,14	0,25	6,2	4,80
12	3900	1,032	47200	1,30	1,15	10761	9502	1,13	0,25	5,5	5,20
13	3200	1,032	46400	1,45	1,15	10000	8888	1,26	0,5	5,5	2,90
14	2500	1,032	46100	1,39	1,08	7535	5856	1,29	0,5	7,1	2,78
15	3600	1,034	45800	1,44	1,19	11469	8478	1,21	0,4	10,0	3,80
16	2700	1,036	47200	1,65	1,38	9727	8135	1,19	0,45	8,3	3,66
22	4300	1,033	46700	1,46	1,19	13301	10841	1,23	0,45	8,3	3,24
23	5900	1,032	47000	1,37	1,12	16702	14000	1,04	0,4	7,1	3,62
24	5000	1,033	47000	1,48	1,33	15749	14240	1,11	0,25	7,1	5,92
25	4600	1,033	46000	1,40	1,22	14000	12200	1,14	0,3	6,3	4,16
26	3600	1,035	46500	1,52	1,27	11748	9789	1,19	0,4	7,2	3,80

Западающія красныя части имѣютъ строеніе вышеописаннаго краснаго вещества. Уже при малыхъ и среднихъ увеличеніяхъ въ немъ видны мѣста, сравнительно бѣдыя кѣтками, съ широкими округлыми или угловатыми, большею частью пустыми пространствами—вѣтвями воротной вены, рядомъ съ которыми видны артеріи, желчные протоки и нервы. Весь этотъ сосудисто-нервный пучекъ окутанъ концентрическими слоями сравнительно бѣдой ядрами соединительной ткани. Вена и артерія видны въ измѣненіи не представляются. Желчные ходы выстланы высокими цилиндрическими эпителиемъ, мѣстами отпавшимъ отъ стѣнки и беспорядочно лежащимъ въ просвѣтѣ сосуда. Въ непосредственной близости съ ними лежатъ кѣточные ходы, рѣзко бросающіеся въ глаза своей массой, имѣющіе крайне разнообразныя направления, форму и длину; большею частью они — короткіе, изогнутые въ различныхъ направленіяхъ, вѣтвящіеся, имѣющіе видъ т. русскаго «С», то французскаго «S», то образующіе форму «Т»; узкіе въ началѣ, они часто переходятъ въ широкіе цилиндрическія или булавовидныя утолщенія, большею частью съ просвѣтами въ послѣднихъ; иногда, наоборотъ, они переходятъ въ очень узкіе ходы съ вытянутыми въ длину кѣтками, ядра которыхъ представляются тогда палочковидными, окрашенными по всему протяженію. Кѣтки эти очень похожи на сдавленные печеночныя, встрѣчающіяся въ окружности переносныхъ узловъ новообразованной ткани; отходящія отъ ходовъ вѣтви образуютъ съ ними различные углы, мѣстами соединяются поперечными и косыми соустьями; кромѣ того, видны небольшіе кружки съ просвѣтомъ, — очевидно, тѣже поперечно перерѣзанные ходы; большинство изъ нихъ имѣетъ просвѣтъ, видимый иногда лишь при извѣстномъ оптическомъ разрѣзѣ; просвѣтъ этотъ неодинаково широкій, мѣстами даетъ бухтообразныя выпячиванія; мѣстами же просвѣта совсѣмъ не видно. Иногда эти ходы упираются въ группу 2—3-хъ типичныхъ печеночныхъ кѣтокъ. Они появляются всюду, гдѣ лишь начинается атрофія периферіи долекъ, и здѣсь видны ихъ непосредственные переходы въ перекладины нормальныхъ кѣтокъ. Кѣтки, образующія ходы, всюду ясно отличаются отъ печеночныхъ болѣе свѣтлой протоплазмой, особенно рѣзко бросающейся въ глаза при окраскѣ по van-Gieson'у, при которой онѣ окрашиваются въ свѣтлосѣрый цвѣтъ, тогда какъ печеночныя представляются буроватожелтыми, отъ эпителия желчныхъ протоковъ, — центральнымъ расположеніемъ ядра и тѣмъ, что онѣ болѣе низки, чѣмъ эпителий желчныхъ протоковъ. Въ протоплазмѣ ихъ не видно ни пустотъ, ни желчнаго пигмента. Ядро совершенно подобно ядру печеночныхъ кѣтокъ. Расположеніе кѣтокъ большею частью правильно рядовое; иногда среди нихъ въ ряду встрѣчаются и кѣтки несомнѣнно печеночныя, отличающіяся болѣе величиной и буроватожелтой, съ пустотами протоплазмой. Кѣтки эти лежатъ въ соответствующихъ ихъ формѣ щеляхъ или полостяхъ, отъ которыхъ онѣ — что особенно часто видно на парафиновыхъ препаратахъ — отстаютъ. Стѣнки полостей ничѣмъ не выстланы: не видно и т. наз. *mesotheliales limitans*. Въ просвѣтѣ ходовъ видны иногда бѣлыя кровяныя тѣльца, иногда бѣднозернистое содержаніе, которое *Marchand* считаетъ за вышлоченную желчь. Кромѣ того, встрѣчаются здѣсь же островки печеночной паренхимы съ явленіями перерожденія. Нѣсколько иной характеръ представляютъ кѣтки въ периферіи долекъ, пограничныя съ краснымъ веществомъ. Кѣтки эти по величинѣ иногда нѣсколько больше бѣлаго кровяного тѣльца, также образуютъ часто ходы и напоминаютъ кѣтки, описанныя *Meder*омъ, *Ströbe*, которыя они считаютъ за новообразованныя печеночныя кѣтки. Область ходовъ усѣяна многочисленными ядрами, которыя есть ничто иное, какъ мелкокѣточная инфильтрація лимфоцитами. Расположеніе и форма ходовъ въ общемъ напоминаетъ собою расположеніе печеночныхъ перекладинъ. Окрашенныя вознико красныя поля соответствуютъ широкимъ, различной формы и величины пространствамъ, выстланнымъ эндотелиемъ и заполненнымъ красными кровяными шариками, среди которыхъ встрѣчаются въ небольшомъ числѣ и бѣлые. Распределеніе ихъ неравномѣрное: мѣстами ихъ много, мѣстами мало. Между ними, съ одной стороны, и кѣточными ходами, съ другой, находится обильная кѣтками ткань, которая, какъ то видно при сильныхъ увеличеніяхъ и тонкихъ срѣзахъ, состоитъ изъ волнистыхъ, однородныхъ волоконъ, то тонкихъ, едва замѣтныхъ, то нѣсколько болѣе толстыхъ, бѣдыхъ ядрами, по характеру несомнѣнно соединительнотканыхъ. Вся сѣтъ въ общемъ настолько нѣжна, что мѣстами производитъ впечатлѣніе сѣти, образуемой какъ-бы протоплазматическими отростками, и лишь около вѣтвей воротной вены она болѣе груба. Въ петляхъ ея видны крайне разнообразныя кѣтки, трудно поддающіяся распознаванію: встрѣчаются, во 1-хъ, лимфоциты, бѣлыя кровяныя тѣльца съ обломками ядеръ, изрѣдка эозинофилы, далѣе печеночныя кѣтки въ различныхъ стадіяхъ перерожденія одичавшія или группами. Здѣсь встрѣчаются однородныя, бѣдножелтыя глыбки, бѣдножелтыя безъядерныя массы, сохраняющія форму и величину печеночныхъ кѣтокъ, или меньшей величины и болѣе овальной формы, съ зернышками золотистожелтаго пигмента. Кромѣ того, въ нѣкоторыхъ кѣткахъ замѣчаются мелкія зернышки пигмента желтаго цвѣта, подобныя коккамъ, лежащія около ядра, иногда на мѣстѣ исчезнувшей уже протоплазмы; эти кѣтки, вѣроятно, эндотелиальнаго происхожденія. Встрѣчаются затѣмъ округлой, овальной, веретенообразной формы, окруженныя пучками соединительнотканыхъ волоконъ, различной величины пространства, которыя при окраскѣ на упругую ткань обнаруживаютъ послѣднюю въ значительномъ количествѣ, принадлежатъ, что видно и на серіи срѣзовъ, сосудамъ съ густой инфильтраціей ихъ стѣнокъ—вѣроятно, вѣтвямъ печеночной вены, заключаютъ въ просвѣтѣ значительное

количество кѣтокъ, непосредственно отходящихъ отъ стѣнки сосуда и иногда вполне заполняющихъ просвѣтъ, или же въ центрѣ ихъ находится розовая, зернистая масса. Среди кѣтокъ и здѣсь видны атрофированныя печеночныя кѣтки. При сильныхъ увеличеніяхъ въ нихъ замѣчается широкопетлистая, нѣжная сѣтъ. Надо думать, что это—подвергнувшіяся закупоркѣ печеночныя вены. Границы только-что описаннаго вещества всюду рѣзки по отношенію къ сохранявшей строеніе большей части печени, которая вдается въ красное вещество въ формѣ мысовъ, пологая, а иногда, какъ было замѣчено выше, встрѣчается въ послѣднемъ въ формѣ небольшихъ островковъ. Въ пограничной части печеночной паренхимы съ краснымъ веществомъ замѣчаются измѣненія какъ съ периферіи, выражающіяся мелкокѣточной инфильтраціей, такъ и съ центра, гдѣ идетъ процессъ дегенерации и атрофіи. Центральныя вены большею частью съ расширенными просвѣтами, утолщенными и однородными, стекловидно-перерожденными стѣнками; въ нихъ видны хорошо сохранившіеся красныя кровяныя шарикі, иногда сплошь выполняющіе просвѣтъ. Печеночныя перекладины или непосредственно упираются въ стѣнки центральной вены, или же отдѣлены отъ нея поясами кѣтокъ, въ обоихъ случаяхъ, однако, представляя значительныя измѣненія; мѣстами перекладина, такъ сказать, разрѣзается, начинаетъ окрашиваться бѣдѣе; въ ней появляются пустоты, а съ краевъ она какъ-бы размазывается. Иногда видно, какъ перекладина, образованная двуряднымъ ходомъ кѣтокъ, теряетъ ядра, начинаетъ бѣдѣе окрашиваться и распадается на отдѣльныя кучечки, являясь въ формѣ тускло окрашенной вознико крупно-зернистой массы или безъядерной, или съ рѣзко уменьшенными ядрами, съ едва замѣтными въ нихъ ядрышками, а иногда лишь съ остатками ядеръ въ формѣ кучекъ хроматиновыхъ зеренъ. Распределеніе ядеръ, составляющихъ перекладины кѣтокъ, большею частью неправильное: то они замѣчаются съ одной стороны, т. е. у одного ряда кѣтокъ, тогда какъ другой рядъ или вовсе лишенъ ядеръ, или они въ немъ едва замѣтны, или же перекладина состоитъ изъ одного ряда кѣтокъ, при томъ настолько истончена, что съ боковъ ядра непосредственно касаются стѣнокъ расширенныхъ капилляровъ. Встрѣчаются перекладины, лишенныя на извѣстномъ протяженіи ядеръ, которыя иногда тутъ-же или ближе или далѣе въ центрѣ скучиваются въ рядъ въ формѣ четокъ. Среди перекладинъ встрѣчается масса кѣточекъ-великановъ съ большимъ количествомъ, до 20—25 и больше, ядеръ. Кѣтки эти лежатъ по ходу перекладинъ, иногда отличающіяся лишь количествомъ ядеръ, иногда же и величиною. Расположеніе ядеръ въ нихъ не имѣетъ постоянного типа: они то скучены въ центрѣ, то разсыпаны по всей поверхности, безъ всякаго порядка. Если перекладина непосредственно упирается въ центральную вену, то она представляетъ большею частью значительныя утолщенія, заключающія въ себѣ массу пустотъ—мѣста бывшаго жира, различной величины, изъ которыхъ иногда состоитъ почти вся кѣтка, и желтаго пигмента въ остаткахъ протоплазмы. Ядра имѣютъ большею частью ясно выраженную хроматиновую сѣтъ, рѣже представляютъ сплошную окраску. Чѣмъ болѣе эти утолщенія, тѣмъ болѣе въ нихъ ядеръ; иногда же они совершенно безъ ядеръ. Границы утолщеній или неясно очерчены, или совсѣмъ совсѣмъ. Нерѣдко видны открывшіяся съ поверхности пустоты, и тогда утолщеніе получаетъ какъ-бы изъѣденный съ поверхности видъ; иногда въ немъ, кромѣ ядеръ, видны овальныя тѣльца (*Roussel*овскія тѣльца) и красныя кровяныя шарикі. Иногда кѣтки перекладинъ, большею частью ближайшія къ центральной венѣ, отдѣляются. Отдѣлившіяся кѣтки величиной или равны обычнымъ или меньше ихъ; онѣ хорошо очерчены, съ ядромъ, большею частью окрашеннымъ по всему протяженію и съ протоплазмой, или обычно окрашенной или желтаго цвѣта, часто съ каплями желтаго, тусклаго вещества около ядра; въ протоплазмѣ ихъ часто встрѣчаются красныя кровяныя шарикі, обычно окруженные свѣтлымъ ободкомъ. Рядомъ съ ними видны и безъядерныя кѣтки и желтыя глыбки, закругленныя съ поверхности, очевидно, представляющія дальнѣйшія стадіи измѣненія отдѣлившихся кѣтокъ. Желтыя кѣтки встрѣчаются и на периферіи долекъ въ мелкокѣточной инфильтраціи и всегда въ формѣ отдѣлившихся. Кѣтки эти обращали на себя вниманіе и другихъ авторовъ. Особенно тщательно ихъ описывалъ *Klebs* <sup>1)</sup> въ своемъ случаѣ красной атрофіи. Считая ихъ атрофированными печеночными кѣтками, *Klebs* <sup>2)</sup> однако заявляетъ, что это, можетъ быть, и чуждыя организму образованія. «Поразительно», говоритъ онъ далѣе, «что, хотя ихъ и много въ основной, лишенной печеночныхъ кѣтокъ ткани, но нигдѣ онѣ не представляютъ рядового расположенія, какъ это можно было ожидать отъ атрофированныхъ печеночныхъ кѣтокъ». По моему наблюденію, различныя кѣтки подверженныя подвергаются лишь отдѣлившимся кѣткамъ. Надо думать, что процессъ отдѣленія засталъ ихъ въ періодъ желчеотдѣлительной работы, и желчь (или, вѣрнѣе пигментъ), вмѣсто того, чтобы выдѣляться въ капилляры, пропитала кѣтку. Въ периферіи долекъ кѣтки, составляющія перекладины, не представляютъ особыхъ измѣненій. Здѣсь замѣчается мелкокѣточная инфильтрація и возникновеніе тѣхъ кѣточныхъ ходовъ, которые я описалъ выше и которые считаются многими авторами за новообразованные желчные протоки. Ходы эти появляются тотчасъ же, лишь начинается инфильтрація и атрофія печеночной паренхимы, непосредственно изъ этой послѣдней, что и подтверждается переходомъ ихъ въ паренхиму же печени. Въ другихъ мѣстахъ около центральной вены замѣчается своеобразный кѣточный поясъ, образованный едва замѣтной, однородной, тонкой сѣтью, въ петляхъ которой скучены кѣтки съ



рошо окрашивающимся ядромъ, съ ясно выраженной хроматиновой сѣтью, болѣею частью круглой, иногда же овальной формы; протоплазма вокругъ этого ядра, окрашивающаяся болѣе насыщено, чѣмъ протоплазма печеночныхъ кѣтокъ, или образуетъ едва замѣтный ободокъ, или имѣетъ овальную или многогранную форму, представляя развѣ въ 2—3 меньше печеночныхъ кѣтокъ. Несомнѣнно, мѣстами кѣтки эти служатъ продолженіемъ перекладчатъ, къ которымъ и примыкаютъ. Среди нихъ встрѣчаются и выше описанныя, разлиты окрашенныя въ желтый цвѣтъ, кѣтки. Съ одной стороны, особенно при разлитомъ окрашивающемся ядрѣ, кѣтки эти представляются очень похожими на бѣлыя кровяныя тѣльца, съ другой — при ясно выраженной хроматиновой сѣти и многогранной формѣ онѣ походятъ на печеночныя. Здѣсь мы наталкиваемся на одну изъ трудныхъ проблемъ патологической и нормальной гистологии — на основаніи сходства и различія, т. е. чисто морфологическихъ признаковъ, установить типъ кѣтки. Надо замѣтить, что кѣтки эти очень напоминаютъ кѣтки, которыя описаны въ печени сифилитическихъ доношенныхъ и недоношенныхъ плодовъ *Hecker* <sup>20)</sup>, *Erdmann* <sup>21)</sup> и др. и которыя, однако, могутъ встрѣчаться и въ печени нормальныхъ плодовъ, умершихъ до рожденія. Можно ли признать ихъ за атрофированныя печеночныя кѣтки? Просмотрѣвъ множество срѣзовъ, я, правда, встрѣчалъ небольшія печеночныя кѣтки; но и онѣ болѣею частью сохраняли обычную окраску протоплазмы, или даже окрашивали бѣднѣе, не пріобрѣтая темнофиолетоваго оттѣнка какъ-бы конденсированной протоплазмы; далѣе, атрофія кѣтокъ идетъ болѣею частью съ предварительной дегенерацией протоплазмы; получается впечатлѣніе, что эти кѣтки — позднѣйшіе пришельцы на мѣстѣ погибшихъ печеночныхъ. Насколько мнѣ извѣстно, въ случаяхъ первичныхъ атрофій обѣмъ кѣточному повѣтъ около центральной вены упоминаетъ д-ръ *Баймаковъ* <sup>22)</sup>, какъ обѣ инфильтрація грануляционными элементами; мимоходомъ говоритъ о немъ и *Jores* <sup>23)</sup> при описаніи своего случая, считая эти кѣтки атрофированными печеночными; *Hecker* <sup>20)</sup> признаетъ ихъ за пролиферационныя, происходящія изъ печеночныхъ; *Loder* производитъ всѣ эпителиоидныя кѣтки отъ пролиферирующаго эндотелія капилляровъ (считая печень кроветворнымъ органомъ); *Erdmann* <sup>21)</sup> принимаетъ ихъ за кроветворныя кѣтки, изъ которыхъ образуются красныя кровяныя шарики. Всѣ эти изслѣдованія относятся къ печенкамъ дѣтей; но, какъ извѣстно, описаны случаи кроветворной дѣятельности печени и въ зрѣломъ возрастѣ. Такъ, *Ascanazy* <sup>24)</sup> въ Сѣздѣ нѣмецкихъ патолого-анатомовъ въ Берлинѣ привелъ 3 случая, въ которыхъ, по его мнѣнію, въ силу нарушенія оттока костнаго мозга, кроветворную дѣятельность приняла на себя печень.

Изслѣдованіе мѣстъ, отдаленныхъ отъ атрофическихъ, или не обнаружало въ нихъ никакихъ измѣненій, или измѣненія найдены лишь въ центрѣ долекъ и сказывались разрыхленіемъ околоцентральной области вслѣдствіе выше описанныхъ дегенераций. Инфильтрація по периферіи наступала гораздо позднѣе. Кусочки печени фиксировались въ 10%-мъ раствѣ формалина, въ *Fleming* <sup>25)</sup> жидкости, заливались въ целлоидинъ и парафинъ; срѣзы окрашивались гематоксилиномъ, возномъ, са-

франиномъ, на жиръ-осмѣевой кислотой, суданомъ, упругую ткань — по *Weigert* <sup>26)</sup>.

(Окончаніе слѣдуетъ).

Изъ АКАДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ПРОФ. С. С. БОТКИНА въ В.-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМІИ.

Нѣкоторые данныя криоскопій мочи при сахарномъ мочеизнуреніи.

Ч. пр. и ассистента клиники С. С. Зимницкаго.

(Окончаніе. См. выше, № 39, стр. 1201).

Наблюденіе 6. И. Н., 36 л., крестьянинъ Псковской губ., женатъ, имѣетъ 2-хъ здоровыхъ дѣтей. Заболѣлъ въ 1903 г. остро: былъ жаръ, боли въ спинѣ и въ конечностяхъ; явленія эти держались съ недѣлю, а затѣмъ больной почувствовалъ общую слабость, которая, къ его удивленію, все увеличивалась, не смотря на значительно усилившіяся позывы на ѣду и на жажду. Вскорѣ больной сталъ замѣчать все нарастающее исхуданіе; появились кожный зудъ и мѣстами мокнушія патна (eczema) (1903 г.). Въ октябрѣ появились отеки на ногахъ и въ лицѣ. Изъ здоровой семьи; изъ болѣзней въ анамнезѣ — только оспа (21 г.). Жизненные условія были вполне удовлетворительныя. Не пьетъ и не куритъ.

Средняго роста, плохого сложенія и питанія. Кожа блѣдная, суха, шелушится; мѣстами на ней слѣды отъ расчесовъ и чирьевъ, отчасти еще не вполне зажившихъ. Лимфатическія железы, главнымъ образомъ, на шеѣ, слюна увеличены, подвижны и безболѣзненны. Слизистыя оболочки блѣдны. Хроническое воспаленіе зѣва. Въ легкихъ — временами сухіе хрипы въ очень небольшомъ количествѣ; дыханіе глубокое, 12 въ 1 мин. Границы сердца не расширены; тоны чисты; пульсъ слабый, 75. Печень увеличена, явственно прощупывается; край ея круглый, плотноватый, поверхность гладкая. Селезенка не увеличена. Кишечникъ вздутъ. Желудокъ немного растянутъ. Чувствительность сохранена, рефлексы въ значительной степени понижены. Моча соломеннаго цвѣта, содержитъ сахаръ, даетъ реакцію на ацетонъ; реакція на бѣлокъ и *Gerhardt* <sup>27)</sup> нѣтъ.

Диета: 1904 г. Бѣлки. Жиры. Углеводы:  
1-ый періодъ (19/II — 26/II). 140—196,0; 80—150,0; 70—120,0.  
2-ой „ (27/II — 8/III). 112—132,0; 200—300,0; 140—170,0.  
3-ій „ (9/III — 26/III). 90—120,0; 80—135,0; 150,0—200,0.

Количество выпиваемой жидкости:

въ 1-мъ періодѣ . . . . . 1250—2500 к. стм.  
во 2-мъ „ . . . . . 750—1000 „  
въ 3-мъ „ . . . . . 2000—3500 „

Количество выводимыхъ въ мочевын. хлори. фосфа- NH<sub>4</sub>. ацетона.  
мочѣ: товъ. товъ.

въ 1-мъ періодѣ. 36,4—40,0; 9,0—18,0; 2,5—3,3; 1,2—1,5; 0,4—0,7;  
во 2-мъ „ . 11,0—31,0; 9,0—10,5; 1,1—1,5; 1,4—1,5; 0,1—1,2;  
въ 3-мъ „ . 18—23,0; 7,7—22,0; 2,7—3,6; 0,8—1,0; 0,09;

Криоскопическія данныя. Табл. 6.

Годъ, мѣсяцъ и число.	Количество мочи V.	Уд. вѣсъ.	Вѣсъ тѣла Р.	Δ	δ	$\frac{\Delta \cdot v}{P}$	$\frac{\delta \cdot v}{P}$	$\frac{\Delta}{\delta}$	ClNa %.	Сахаръ %.	$\frac{\Delta}{ClNa \%}$
1904.											
18—п.	4100	1,030	47300	1,11	0,68	9621	5894	1,63	0,71	4,1	1,42
19	6700	1,035	47100	1,36	0,85	19367	12091	1,60	0,84	7,1	1,62
20	2700	1,038	46400	1,75	1,55	10400	9019	1,13	0,33	6,2	5,33
21	1800	1,033	46900	1,80	1,49	6908	5718	1,23	0,50	4,4	3,60
22	1800	1,032	46400	1,62	1,28	6284	4944	1,26	0,56	4,1	2,89
23	2000	1,030	46200	1,67	1,26	7229	5454	1,32	0,67	4,1	2,49
24	2400	1,032	46300	1,74	1,30	9019	6738	1,34	0,72	3,0	2,41
25	2600	1,032	45800	1,55	1,22	8800	6926	1,27	0,70	4,1	2,21
26	2400	1,036	45400	1,71	1,31	9039	6925	1,31	0,66	5,6	2,59
27	2300	1,036	45200	1,77	1,46	9006	7429	1,21	0,5	5,0	3,54
28	2500	1,036	45600	1,53	1,33	8221	7150	1,16	0,32	7,1	4,78
29	2300	1,036	47000	1,62	1,34	7927	6557	1,21	0,45	6,3	3,60
1—ш.	2300	1,033	46800	1,49	1,26	7322	6190	1,18	0,37	7,1	4,02
2	2000	1,033	47200	1,50	1,25	6356	5296	1,20	0,40	6,2	3,75
3	2500	1,025	47000	1,20	0,95	6369	5053	1,26	0,40	3,2	3,00
4	2100	1,029	46300	1,32	1,04	6000	4717	1,27	0,45	3,5	2,93
5	1700	1,029	46800	1,47	1,13	5338	4105	1,30	0,55	5,0	2,67
6	2400	1,025	47800	1,13	0,85	5673	4268	1,33	0,46	4,5	2,46
8	3000	1,023	47400	1,00	0,79	6327	5000	1,26	0,35	4,2	2,86
11	3100	1,032	48000	1,21	1,06	7814	6085	1,14	0,25	6,2	4,80
12	3900	1,032	47200	1,30	1,15	10761	9502	1,13	0,25	5,5	5,20
13	3200	1,032	46400	1,45	1,15	10000	8888	1,26	0,5	5,5	2,90
14	2500	1,032	46100	1,39	1,08	7535	5856	1,29	0,5	7,1	2,78
15	3600	1,034	45800	1,44	1,19	11469	8478	1,21	0,4	10,0	3,80
16	2700	1,036	47200	1,65	1,38	9727	8135	1,19	0,45	8,3	3,66
22	4300	1,033	46700	1,46	1,19	13301	10841	1,23	0,45	8,3	3,24
23	5900	1,032	47000	1,37	1,12	16702	14000	1,04	0,4	7,1	3,62
24	5000	1,033	47000	1,48	1,33	15749	14240	1,11	0,25	7,1	5,92
25	4600	1,033	46000	1,40	1,22	14000	12200	1,14	0,3	6,3	4,16
26	3600	1,035	46500	1,52	1,27	11748	9789	1,19	0,4	7,2	3,80

Суточное количество мочевой кислоты = 0,3—0,8.

Реакция *Gerhardt*'а до 23/II не было, затем, она появилась в слабой степени, а с 27/II стала очень сильной; с 10/III она немного ослабла, с 14/III опять усилилась, а 16/III исчезла окончательно.

Случай этот представляет глубокий интерес; за время наблюдения реакция *Gerhardt*'а несколько раз колебалась в своей силе, временами даже исчезала совсем. В известной связи с этим стояло увеличение величин для  $\frac{\Delta \cdot v}{P}$  и  $\frac{\delta \cdot v}{P}$  и уменьшения величины для  $\frac{\Delta}{\delta}$ . Можно отметить, что временами, когда деятельность почки повышалась, реакция *Gerhardt*'а ослабевала, и под конец (с 16/III), когда  $\frac{\Delta \cdot v}{P}$  и  $\frac{\delta \cdot v}{P}$  резко повысились, а деятельность

канальцев улучшилась, отчего и  $\frac{\Delta}{\delta}$  приблизилось к 1, она исчезла вовсе. Почки у этого больного работали таким образом усиленно и продуктивно выполняли задачу очищения организма.

**Наблюдение 7.** П. Т., 29 л., сестра милосердия, девушка, родом из Петербургской губ. Заболела с ноября 1902 г., когда заметила усиление позыва на жад и жажду; с этого времени все больше и больше слабела. В апреле 1903 г. прекратились месячные; наряду с этим появились зубные боли, судороги в икрах, слабость ног, а затем по вечерам ноги стали отекают. В детстве перенесла корь и коклюш (на 7-м году); других болезней не было; повреждениями и нравственными потрясениями не подвергалась. Из здоровой семьи.

Удовлетворительно сложена, питание несколько подорвано. Кожа сухая, шелушится; на голенах небольшие отеки. Слизистая оболочка рта суха. Лимфатические железы не увеличены. Зубы кариозные. Щитовидная железа немного увеличена, особенно правая ее 1/2. Рефлексы сохранены. В легких кое-где сухие хрипы; дых. 16. Границы сердца без отклонений от норм; тонус его чист; на 2-м тоне аорты и легочной артерии — ударение. Пульс твердый, 84. Селезенка и печень не увеличены. Желудок не доходит до пупка. Кишечник вздут. Моча слабо-желтой окраски, ароматного запаха, содержит до 10% сахара, дает реакцию *Legal*'а и *Gerhardt*'а, содержит немного индикана и уробилина; белка в ней нет.

По количеству мочи этот случай сахарного мочеизнурения приближается к т. наз. *diabetes desipiens Franc*'а и ближе всего подходит к неопределенным формам *Lépine*'а (forme indéterminée).

Больная во все время наблюдения получала смешанную пищу, состоявшую из 100—120 гр. белка, 200—240,0 жиров и 80—90,0 углеводов.

Выделялось: Мочевина до . . . . . 20—22,0 pro die.

Мочевой кислоты . . . . . 1,0—1,5 »

NH<sub>3</sub> . . . . . 1,6—1,8 »

Фосфатов . . . . . 2,0—2,7 »

Ацетона . . . . . 0,3—1,0 »

Реакция *Gerhardt*'а — слабо выражена.

Криоскопическая таблица не дает больших указаний на отклонение функций почек от нормы, хотя временами величины  $\frac{\Delta \cdot v}{P}$  и  $\frac{\delta \cdot v}{P}$  и превышали ее. Отношение  $\frac{\Delta}{\delta}$  тоже соответствует нормам, если принять во внимание величины для  $\frac{\Delta \cdot v}{P}$  и  $\frac{\delta \cdot v}{P}$ . Это — в высшей степени интересно, ибо

характеризует самый болезненный процесс, который, как показывает и клиническое течение, имеет легкую форму и относился, как было сказано, к т. наз. *diabetes mellitus desipiens Franc*'а.

**Наблюдение 8.** С. А., 48 л., крестьянин Новгородской губ., женат, имеет 3-х здоровых детей. Заболел в ноябре 1902 г.: без всякой причины появилась слабость, затем волчий голод и жажда; в сутки выпивал около ведра. Вскоре к этим явлениям присоединились ослабление зрения, кожный зуд и порча зубов. В последнее время на коже стали появляться мелкие нарывчики. В течение болезни со стороны кишечника наблюдались периодически наступавшие поносы, сменявшиеся запорами. До заболвания пользовался хорошим здоровьем. Условия жизни были вполне удовлетворительными. Из здоровой семьи. Перенес брюшной тиф в 1878 г. и перелом. Не курит, водку пил мало и то временами.

Удовлетворительно сложен; резкий упадок питания. Цвета покровов землистый; во многих местах на коже расчесы и небольшие гнойнички; кожа сухая, шелушится; на правой подошве из едва заметного отверстия при давлении выступает мутноватая жидкость; свищ этот существует давно и мало беспокоит больного. Слизистая оболочка полости рта суха, нистами покрыта тянущейся в нити слизью; языки обожжены; зубы кариозны. Зрачки немного сужены. Лимфатические железы слегка увеличены. В легких никаких болезненных явлений нет; дыхание ровное, 26. Сердце не расширено; пульс 72, ровный. Тоны сердца чисты. Печень и селезенка не прощупываются. Живот вздут. Рефлексы ослаблены. Походка неуверенная.

Моча с осадком, кислой реакции, содержит сахар, ацетон и следы уробилина и желчных пигментов, много индикана; в осадке — пузырный эпителий, белая глыба и изредка клетки лоханки; белка в моче нет.

По характеру явлений и этот случай пришлось отнести к группам т. наз. *formes indéterminées*.

Наблюдение распадается на 2 периода — в 1-м (15—22/II 1904 г.) вводилось 612,0; углеводов, 148,0; и жиров, 187,0; во 2-м 612,0; углеводов, 170—200,0; и жиров 200—240,0.

Жидкости выпивалось в 1-м периоде . . . . . 1250—1300 к. стм. » во 2-м » . . . . . 2000—3500 »

Реакция *Gerhardt*'а была резко выражена только с 23/II по 29/II 1904 г.; в остальное время ее или не получалось вовсе, или она была очень слабой:

Количество выводимого ацетона . . . . . 0,1—0,8 pro die  
» NH<sub>3</sub> . . . . . 1,1—1,8 »

Криоскопические данные. Табл. 7.

Годъ, мѣсяцъ и число.	Количество мочи V.	Уд. вѣсь.	$\Delta$	$\delta$	Вѣсь тѣла P.	$\frac{\Delta \cdot v}{P}$	$\frac{\delta \cdot v}{P}$	$\Delta : \delta$	CINa %.	Сахар %.	$\frac{\Delta}{CINa}$
1904.											
14—п.	2100	1,023	1,36	0,98	51200	5578	4019	1,38	0,63	2,5	2,16
15	1800	1,021	1,31	0,91	50800	4640	3224	1,44	0,65	2,5	2,01
16	1500	1,020	1,35	0,99	50900	3653	2917	1,36	0,6	2,5	2,25
18	1800	1,031	1,66	1,17	51500	5866	4089	1,41	0,8	3,3	2,07
19	1800	1,030	1,58	1,11	51600	5389	3872	1,42	0,77	4,1	2,05
21	2000	1,028	1,54	1,08	51600	5970	4166	1,42	0,75	2,5	2,05
22	2000	1,027	1,68	1,12	51000	6586	4400	1,50	0,92	3,8	1,82
25	1700	1,026	1,51	1,01	51700	4000	3321	1,50	0,82	2,7	1,85
26	1500	1,028	1,56	1,06	52000	4311	3058	1,47	0,82	2,7	1,90
27	1500	1,026	1,51	0,93	52900	4120	2637	1,62	0,95	1,7	1,59
28	1300	1,023	1,37	0,87	52200	3286	2163	1,57	0,83	2,5	1,65
29	1600	1,021	1,48	0,98	52100	4526	2050	1,51	0,83	2,5	1,78
1—ш.	1600	1,027	1,57	1,04	52400	4625	3175	1,51	0,87	2,3	1,80
3	1600	1,029	1,58	1,00	52900	4824	3053	1,58	0,96	3,1	1,64
4	1300	1,029	1,62	1,14	52600	4003	2817	1,42	0,77	3,1	2,10
5	1500	1,025	1,47	1,04	52400	4208	2977	1,41	0,7	2,5	1,56
6	1600	1,026	1,64	1,00	52800	4953	3030	1,64	0,05	2,0	2,10
8	1600	1,032	1,70	1,22	52700	5140	3704	1,39	0,8	3,5	3,50
9	1200	1,034	1,75	1,44	52600	3992	3285	1,22	0,5	6,2	2,78
11	2400	1,025	1,39	1,04	51900	6428	4809	1,33	0,5	4,1	3,00
12	2200	1,025	1,35	1,07	51400	5930	4580	1,25	0,45	4,0	2,66
13	2300	1,025	1,33	0,99	51000	6000	4523	1,34	0,5	6,0	2,72
14	2200	1,026	1,36	1,01	50800	5890	4574	1,34	0,5	6,0	2,80
15	2800	1,027	1,26	0,99	50800	6945	5456	1,27	0,45	4,1	1,78
16	2100	1,026	1,25	0,83	50400	5208	3458	1,51	0,7	6,5	1,45
17	2300	1,019	1,16	0,67	50500	5283	3051	1,74	0,8	8,3	2,40
18	2200	1,022	1,32	0,77	50500	5750	3354	1,71	0,55		

Криоскопическія данныя. Табл. 8.

Годъ, мѣсяцъ и число.	Количество мочи V.	Уд. вѣсъ.	$\Delta$	$\delta$	Вѣсъ тѣла P.	$\frac{\Delta \cdot v}{P}$	$\frac{\delta \cdot v}{P}$	$\Delta : \delta$	ClNa %.	Сахаръ %.	$\frac{\Delta}{ClNa}$
1904.											
18—п.	2600	1,010	0,86	0,40	48000	4651	2166	2,15	0,76	0,5	1,12
19	2100	1,013	1,43	0,96	48100	6213	4191	1,49	0,78	0,8	1,83
20	2100	1,015	0,91	0,52	48200	3964	2274	1,75	0,64	2,5	1,42
21	1900	1,025	0,94	0,58	48000	3725	2295	1,62	0,59	1,6	1,59
22	1900	1,013	1,01	0,60	48300	3971	2360	1,68	0,67	0,7	1,51
23	1600	1,005	1,10	0,69	48600	3621	2225	1,59	0,67	0,8	1,64
24	2500	1,019	1,03	0,63	48300	5331	3261	1,63	0,57	1,6	1,81
25	1200	1,022	1,28	0,74	48800	3147	1819	1,73	0,88	2,5	1,45
26	1400	1,013	0,95	0,42	47500	2800	1061	2,26	0,86	0,2	1,10
27	1200	1,020	1,32	0,76	46800	3384	1948	1,73	0,87	1,0	1,52
28	1200	1,031	1,65	1,11	47300	4186	2816	1,48	0,88	3,8	1,90
1—ш.	1100	1,010	0,87	0,38	47700	2000	876	2,29	0,79	0,3	1,10
2	1500	1,010	0,63	0,39	48200	1960	1213	1,61	—	0,5	—
3	1900	1,008	0,61	0,37	48500	2389	1950	1,65	0,39	0,6	1,56
4	1500	1,018	1,01	0,72	48700	3094	2126	1,40	0,48	1,2	2,10
5	1800	1,016	0,88	0,61	49300	3213	2277	1,44	0,45	2,0	1,82
6	1700	1,015	0,79	0,51	49300	2723	1736	1,55	0,46	1,6	1,72
8	1800	1,014	0,78	0,56	49300	2847	2044	1,39	0,36	2,5	2,16
10	2200	1,015	0,69	0,41	49100	3092	1837	1,68	0,45	5,0	1,53
11	3100	1,015	0,75	0,57	49500	4677	3562	1,31	0,3	6,1	2,50
12	2700	1,016	0,74	0,56	48500	4119	3117	1,32	0,3	6,0	2,47
13	3600	1,015	0,68	0,50	48800	5016	3688	1,36	0,3	5,3	2,27
14	2700	1,020	0,83	0,52	48000	4668	2925	1,59	0,5	5,0	1,66
15	2400	1,028	1,22	0,91	48300	6062	4522	1,34	0,5	5,0	2,47
16	1500	1,028	1,32	0,92	47500	4167	2905	1,43	0,65	6,3	2,03
17	1600	1,033	1,56	1,07	47400	5258	3612	1,45	0,8	10,0	1,95
18	1700	1,034	1,51	1,05	47900	5359	3726	1,44	0,75	8,5	2,01
19	1800	1,032	1,45	0,96	47900	5360	2931	1,51	0,8	4,5	1,81
21	2300	1,030	1,40	0,85	47400	6772	4125	1,64	0,9	8,3	1,55
22	3400	1,033	1,36	0,96	48200	2701	6772	1,41	0,65	7,1	2,09
23	2400	1,036	1,45	1,11	48100	7250	5500	1,31	0,55	4,4	2,63
24	2500	1,035	1,52	1,06	48400	8058	5475	1,43	0,75	6,0	2,02
25	2900	1,029	1,46	1,12	48500	8688	6694	1,30	0,55	5,4	2,68

Съ криоскопической точки зрѣнія случай этотъ не представляетъ большого интереса. Загрязненіе организма продуктами распада было не велико, и почки удовлетворительно справлялись съ своей задачей. Реакціи *Gerhardt's*, по большей части, не получалось.

**Наблюденіе 9.** Ж. Б., 60 л., учительница музыки, родилась въ Петербургѣ. Въ клинику поступила съ жалобами на общее недомоганіе, головныя боли, бѣшеніе въ вискахъ и разстройствѣ зрѣнія. Заболѣла, повидимому, въ срединѣ 1902 г.; въ октябрѣ въ мочѣ найденъ сахаръ (8%); нервность усилилась, силы стали замирать, началось исхуданіе, хотя позы на ѣду и были удовлетворительны; особой жажды и голода не припоминаетъ, но отмѣчаетъ, что временами позы на ѣду были повышены, а иногда его вовсе не было. За послѣднее время стали нѣмѣть пальцы рукъ и ногъ и чувствительность въ пальцахъ рукъ исчезла. Много лечилась, но пользы видѣла мало, даже отъ систематическаго леченія. Въ 1903 г. самочувствіе больной, когда она все это провела спокойно, безъ занятій, было отличное.

Въ дѣтствѣ перенесла тифъ, 20-ти лѣтъ воспаленіе яичника. Очень рано развилась нервность, которая рѣзко усилилась послѣ одного нравственнаго потрясенія (въ 1902 г.). Вскорѣ послѣ этого появились общая слабость и сахаръ въ мочѣ. Мѣсячныя окончились на 48-мъ году; періодъ этотъ характеризовался цѣ-

лымъ рядомъ нервныхъ явленій. Изъ нервной семьи; мать умерла отъ рака желудка.

Роста ниже средняго; исхудавшая, очень слабая. Кожа блѣдная, сухая, мѣстами шелушится; на голеньяхъ отеочность. Височныя артеріи видны на глазъ, плотноваты. Лимфатическія железы на шеѣ, въ подмышечной впадинѣ и паховыя прощупываются, но увеличены незначительно. Слизистая оболочка полости рта въ состояніи атрофическаго катарра. Зубовъ нѣтъ, языкъ сухой, слегка обложенъ. Границы сердца нормальны; нижняя—на 6-мъ ребрѣ; тоны его чисты; 2-ой на аортѣ съ удареніемъ, пульсъ ритмичный, слабого наполненія 80—82 въ 1 мин. Въ легкихъ, нѣсколько растянутыхъ, кое-гдѣ сухіе хрипы; нижнія границы ихъ мало подвижны, дыханіе 17—20. Животъ вадутъ. Печень выступаетъ изъ-подъ подреберья, плотновата. Селезенка не прощупывается. Чувствительность кожная на головѣ повышена, на рукахъ и ногахъ понижена; кожные рефлексы ослаблены, зрачковый сохраненъ. Въ мочѣ около 5% сахара, есть ацетонъ; реакція *Gerhardt's* рѣзкая, бѣлая нѣтъ; въ небольшомъ мочевомъ осадкѣ—слизь, плоско-эпителиальныя кѣтки пузыря и небольшое количество бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Распознаваніе: сахарное мочеизнуреніе въ тяжелой формѣ (*diabète pegueux Lancereaux*).

Діету больной за время наблюденія можно подраздѣлить на 2 періода.

Криоскопическія данныя. Табл. 9.

Годъ, мѣсяцъ и число.	Количество мочи V.	Уд. вѣсъ.	$\Delta$	$\delta$	Вѣсъ тѣла P.	$\frac{\Delta \cdot v}{P}$	$\frac{\delta \cdot v}{P}$	$\Delta : \delta$	ClNa %.	Сахаръ %.	$\frac{\Delta}{ClNa}$
1903.											
27—п.	3200	1,031	1,50	1,26	39500	11962	10207	1,19	0,4	6,2	3,75
28	3000	1,032	1,53	1,29	40500	11333	9555	1,19	0,4	10,0	3,82
29	3300	1,032	1,50	1,27	41000	12073	10222	1,19	0,38	8,4	3,95
30	3600	1,032	1,54	1,34	39900	13644	12080	1,15	0,33	7,1	4,66
1—п.	3200	1,032	1,59	1,38	41200	12319	10718	1,15	0,35	7,7	4,54
2	2400	1,031	1,62	1,38	42300	9191	7358	1,17	0,4	7,7	4,05
3	3400	1,031	1,61	1,40	42600	12849	11174	1,15	0,35	6,3	4,60
4	2500	1,033	1,65	1,45	42700	9660	8490	1,13	0,32	6,2	5,15
5	1700	1,032	1,56	1,32	43000	6167	5218	1,18	0,4	7,7	3,90
6	1600	1,032	1,66	1,35	44000	6036	4909	1,23	0,5	5,5	3,32
7	1900	1,028	1,41	1,16	44800	6024	4919	1,22	0,5	4,5	2,82
8	1500	1,030	1,46	1,21	45200	4845	4075	1,21	0,4	4,5	3,65
9	2100	1,032	1,55	1,30	45300	7185	6026	1,19	0,4	5,0	3,87
10	1500	1,031	1,54	1,29	47100	4905	4108	1,19	0,4	4,5	3,87
11	1700	1,034	1,54	1,30	47500	5511	4653	1,19	0,35	7,1	4,40

Въ 1-мъ періодѣ (съ 27/ix по 2/x 1903 г.) вводилось жировъ 37—50,0, бѣлковъ 80—154,0 и углеводовъ 35,0—100,0. Во 2-мъ (съ 3 по 11/x) вводилось жировъ 20—58,0, бѣлковъ 50—130,0 и углеводовъ 12,0—50,0.

Жидкости выпивалось до 2000 к. стм.

Въ 1-мъ періодѣ выделялось:	N	7,6—12,0;
» » »	NH <sub>3</sub>	до 5,4;
» » »	Мочевой кислоты	0,6;
» » »	Фосфатовъ	2,6—3,6;
» » »	Ацетона	1,8—2,4;
Во 2-мъ періодѣ выделялось:	NH <sub>3</sub>	2,5—2,6;
» » »	N	9,8—14,6;
» » »	Мочевой кислоты	0,3;
» » »	Фосфатовъ	1,6—2,8;
» » »	Ацетона	2,4—4,1;

Реакція *Gerhardt*'а въ 1-мъ періодѣ была слабая, во 2-мъ очень рѣзкая.

Больная умерла при явленіяхъ диабетической комы. На вскрытіи найдено: общая атрофія органовъ и цирротическія измѣненія въ нихъ; только почки были нѣсколько увеличены. Подъ микроскопомъ—циррозъ поджелудочной железы, но съ сохраненіемъ островковъ *Langerhans*'а; въ почкахъ—межпочечный нефритъ.

Случай этотъ представляетъ высокій интересъ: изъ наблюденія явствуетъ, что почки въ 1-ый періодъ могли развѣивать большую работу, чтѣ выразилось въ большихъ величинахъ для общаго молекулярнаго діуреза  $\frac{\Delta \cdot v}{p}$  и для діуреза канальцевъ  $\frac{\delta \cdot v}{p}$ ; въ дѣятельности почекъ отчетливо замѣчалось перенапряженіе въ работѣ канальцевъ  $\frac{\Delta}{\delta}$

приближалось къ 1. Въ этомъ періодѣ реакція *Gerhardt*'а была слабо выражена, и самочувствіе больной было удовлетворительно. Но затѣмъ общая работа почекъ значительно понизилась, и, хотя дѣятельность канальцевъ оставалась напряженной, все-же очищеніе организма ухудшилось, чтѣ и сказалось тотчасъ-же усиленіемъ реакціи *Gerhardt*'а и ухудшеніемъ общаго состоянія больной. Это обстоятельство повело, наконецъ, къ явленіямъ диабетической комы, отчего больная и умерла.

Изъ 9 вышеприведенныхъ случаевъ въ 7 наблюдалась значительно выраженная поліурія; только случаи 7 и 8 представляютъ въ этомъ отношеніи исключеніе. Не трудно убѣдиться изъ разсмотрѣнія крѣоскопическихъ таблицъ, что  $\Delta$  повсюду представляла величину дов. высокую, чего опять-таки не наблюдалось въ случаѣ 8. Если сопоставить величины  $\Delta$  и  $\delta$ , то легко можно видѣть, что разница между ними не достигаетъ большихъ размѣровъ, такъ что ихъ отношеніе приближается къ 1. Это указываетъ, во 1-хъ, на то, что количество хлорированныхъ частицъ, выводимыхъ организмомъ, крайне незначительно; во 2-хъ, что, слѣд. обмѣнъ хлорированныхъ частицъ на ахлорированные происходитъ энергично и что работа эпителия канальцевъ почекъ, задачей которыхъ и служить этотъ обмѣнъ, идетъ напряженно. Это—необходимое условіе для очищенія организма отъ продуктовъ повышеннаго распада въ организмѣ при сахарномъ мочеизнуреніи. Кроме того, изъ крѣоскопическихъ таблицъ нетрудно усмотрѣть, что общая работа почекъ представляется во много разъ повышенной (до 4—5 разъ; см. случай 2)  $\frac{\Delta \cdot v}{p}$  достигаетъ огромныхъ величинъ. (Частныя указанія были сдѣланы уже при разборѣ отдѣльныхъ случаевъ).

Что касается сущности такого повышенія работоспособности почекъ при сахарномъ мочеизнуреніи, то пока вопросъ этотъ былъ мало разработанъ съ патолого-анатомической точки зрѣнія; предполагалась функціональная гипертрофія почекъ, но съ теченіемъ времени, по мѣрѣ накопленія изслѣдованій, пришлось убѣдиться, что такая повышенная дѣятельность почекъ связана съ анатомическими измѣненіями въ нихъ, а именно съ истинной ихъ гипертрофіей. *Thénard* и *Dupuytren* <sup>8)</sup> еще въ 1806 г. отмѣтили гипертрофію почекъ при сахарномъ мочеизнуреніи. *Andral* <sup>9)</sup> (1829 г.) говоритъ, что гипертрофія почекъ при этой болѣзни есть явленіе обыкновенное. *Cl. Bernard* <sup>10)</sup> въ своихъ изслѣдованіяхъ признаетъ функціональную гипертрофію почекъ при диабетѣ только въ началѣ, затѣмъ подъ вліяніемъ самой болѣзни идетъ гиперплазія и гипертрофія почечныхъ элементовъ. *Cruveilhier* <sup>11)</sup>, *Cornil* и *Brault* <sup>12)</sup>, *Ingléssis* <sup>1)</sup> и др. тоже, какъ обычное явленіе, отмѣчаютъ при сахарномъ мочеизнуреніи гипертрофію по-

чекъ. Развивается она послѣдовательно, по мѣрѣ того, какъ организмъ начинаетъ все болѣе и болѣе нуждаться въ освобожденіи отъ вредныхъ частицъ ненормальнаго распада тканей. *Ingléssis* <sup>1)</sup>, посвятившій много труда на изученіе состоянія почекъ при сахарномъ мочеизнуреніи, говоритъ: «de toutes alternations, la plus habituelle en même temps que la plus en rapport avec la polyurie diabétique, est l'hypertrophie fonctionnelle des reins, qu'on rencontre surtout pendant la période d'augment ou d'état de maladie. Cette hypertrophie est caractérisée, à l'œil nu, par une augmentation en masse de l'organe et histologiquement par un accroissement notable des cellules de tubes contournés». Какъ показываетъ и мой случай (9), гдѣ имѣлась возможность изслѣдовать почки посмертно, здѣсь тоже отмѣчалось увеличеніе ихъ, разрощеніе эпителия извитыхъ канальцевъ и, помимо этого, артерioskлеротическій процессъ въ почкахъ, а также рѣзкое жировое перерожденіе эпителия канальцевъ (окраска Sudan-и Scharlach'омъ), какъ слѣдствіе вреднаго вліянія выдѣленія почками продуктовъ распада изъ организма.

Отмѣченная мною гипертрофія почекъ является результатомъ усиленной дѣятельности почечныхъ элементовъ; это состояніе почекъ постольку характерно для сахарнаго мочеизнуренія, по скольку этому послѣднему свойственна поліурія, такъ какъ гипертрофія почекъ можетъ возникнуть при всякой поліуріи вообще. Болѣе характерными измѣненіями почечной ткани, какъ показали изслѣдованія, служатъ различнаго рода перерожденія: *Armani* (1873 г.) установилъ стекловидное перерожденіе извитыхъ канальцевъ; *Ehrlich* (1883 г.) отмѣтилъ гликогенное перерожденіе въ *Henle*'вскихъ петляхъ. Помимо этихъ измѣненій, въ почкахъ наблюдаются и другія, характерныя для нефритовъ. Если первая группа измѣненій, какъ установлено, находится въ зависимости отъ сахарнаго мочеизнуренія, то причина нефритическихъ измѣненій еще недостаточно выяснена. Въ началѣ этой статьи я уже указывалъ на частоту альбуминурии, цилиндруріи и другихъ припадковъ, говорящихъ клинически за существованіе нефрита при сахарномъ мочеизнуреніи. Теперь упомяну еще объ одной особенностях, отмѣченной авторами относительно соотношенія между альбуминуріей и состояніемъ печени. Такъ, *Gaucher* и *Gallois* <sup>13)</sup> указываютъ, что альбуминурія наблюдается изъ 100 больныхъ, страдающихъ сахарнымъ мочеизнуреніемъ и имѣющихъ увеличенную печень, у 64 и лишь у 16 изъ 100 больныхъ, печень которыхъ нормальна, и что при панкреатической формѣ диабета альбуминурия вообще не наблюдается. Въ описываемыхъ мною случаяхъ бѣлокъ обнаруженъ только у больного К. (случай 5); въ мочѣ его иногда попадались и стекловидные цилиндры; у этого-же больного прощупывалась и печень (она прощупывалась и у другихъ больныхъ). Согласно наблюденіямъ, альбуминурия обычно встрѣчается при хроническомъ диабетѣ. У моихъ больныхъ давность болѣзни была не болѣе 2-хъ лѣтъ; быть можетъ, это обстоятельство, помимо возраста больныхъ, и было причиной того, что клинически страданіе почекъ не улавливалось. Въ случаѣ 9 (больная—60 л.), какъ показало вскрытіе, преобладали артерioskлеротическія измѣненія въ почкахъ, при которыхъ альбуминурия часто не бываетъ вовсе. Легкую степень альбуминурии при сахарномъ мочеизнуреніи *Bouchard* и *Jacobson* считаютъ не проявленіемъ пораженія почекъ, а простымъ выдѣленіемъ чрезъ нихъ плохо переработанныхъ бѣлковыхъ веществъ. Однако *Lecorche* и *Talamon* и въ этихъ случаяхъ видятъ уже существованіе легкой формы нефрита. Если задаться вопросомъ, не служитъ-ли сахаръ причиной нефрита при сахарномъ мочеизнуреніи?—то заявленія авторовъ сводятся къ тому, что не онъ, повидимому, является раздражающимъ началомъ для почечной паренхимы. Доказательствомъ этому служатъ, по ихъ мнѣнію, случаи длительного выдѣленія сахара у больныхъ безъ всякихъ измѣненій со стороны почекъ. По мнѣнію *Hayem*'а, нефриты при диабетахъ вызываются скорѣе азотуріей, представляющей очень частымъ спутникомъ болѣзни. Между производнымъ бѣлка этотъ авторъ видитъ особо-вредное начало для почекъ въ ацетонѣ, чтѣ, между прочимъ, подтвердили путемъ опытовъ на живот-



ныхъ *Albertoni* и *Pisenti*. Принимая во вниманіе и это дѣйствующее начало, все-же надо отмѣтить, что большинству случаевъ сахарнаго мочеизнуренія сопутствуетъ артритизмъ, который самъ по себѣ можетъ быть причиной сахарнаго мочеизнуренія, и пораженія почекъ. Вообще, надо сказать, этиология нефритовъ при сахарной болѣзни сложна и еще мало изучена.

Возвращаясь послѣ этого краткаго отступленія въ сторону патологіи нефрита при сахарномъ мочеизнуреніи къ дальнѣйшему обзору кріоскопическихъ изслѣдованій при этой болѣзни, я долженъ подчеркнуть одно обстоятельство, которое даетъ намъ кріоскопія мочи. Мнѣ неоднократно, какъ это было указано выше, приходилось отмѣчать, что въ тяжелыхъ случаяхъ сахарной болѣзни состояніе организма часто зависитъ отъ работы почекъ. Если почечная работа повышена, то отношеніе  $\Delta$  къ  $\delta$  приближается къ 1 и общее состояніе больного, его самочувствіе остаются удовлетворительными. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, не смотря на такіе хорошіе кріоскопическіе показатели, и удовлетворительное самочувствіе больного, реакція *Gerhardt*'а держится упорно (напр., случай 2); это обстоятельство всегда надо считать тревожнымъ признакомъ: почки находятся въ крайнемъ перенапряженіи, но очищающая функція ихъ все-же недостаточна для организма; онѣ могутъ ежеминутно не выдержать этого перенапряженія, и въ результатѣ явится диабетическая кома съ ея грознымъ исходомъ (см. случай 9, гдѣ вслѣдъ за паденіемъ работы почекъ и выступила картина диабетической комы). Мнѣ кажется, что такое сочетаніе явленій—признаки перенапряженія почекъ и наличность ясно выраженной реакціи *Gerhardt*'а—въ высшей степени характерно для *dyscrasie toxique Lépine*'а, имѣетъ важное значеніе для предсказанія и позволяетъ оценить въ каждый данный моментъ серьезность положенія больного. Одна реакція *Gerhardt*'а не даетъ такихъ указаній, хотя въ обычной практикѣ и она можетъ служить опорой для опредѣленія состоянія больного. Эти выводы относительно перенапряженія почечной дѣятельности и его значенія для очищенія организма и для развитія диабетической комы стоятъ въ добромъ согласіи съ тѣми наблюденіями, въ которыхъ изслѣдовалась точка замерзанія крови при сахарномъ мочеизнуреніи. Такъ, напр., *Cohn* при тяжеломъ диабетѣ опредѣлилъ точку замерзанія крови въ—0,568; при диабетической комѣ она равна—0,644; *Bousquet* нашелъ ее равной—0,595; *Senator* въ 5 случаяхъ сахарнаго мочеизнуренія опредѣлилъ для нея величины въ—0,612,—0,576,—0,600,—0,57 и—0,57. Эти данныя наглядно указываютъ на значительное уклоненіе осмотического давленія крови при сахарномъ мочеизнуреніи отъ нормы, говорятъ за загрязненіе организма продуктами ненормальнаго обмѣна веществъ и опредѣляютъ состояніе дѣятельности почекъ.

Литература. 1. *Rokitansky, Griesinger, Seegen, Dickinson*. Прив. по *Inglesis*: Le rein dans ses rapports avec le diabète. Парижская диссертация, 1885 г.—2. Прив. по *Vas'y*: Der Diabetes im Verhältnis zu den Albuminurien bzw. Nierenkrankheiten. «Wiener klinische Wochenschrift», № 30, 1904 г., стр. 841.—3. *Mascardel*. Contribution à l'étude de la fonction du rein dans le diabète. Парижская диссертация, 1898 г.—4. *Пурица*. Современное состояние вопроса о клинической кріоскопіи. «Русскій Архивъ патологіи» и пр. 1902 г., т. XIII, в. 5.—5. *Bousquet*. Recherches cryoscopiques sur le serum sanguin. Парижская диссертация, 1899 г.—6. *Cohn*. Ueber Gefrierpunktsbestimmung des Blutes und aeröser Körperflüssigkeiten. «Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie», т. XV, тетр. I—II.—7. *Senator, M.* Deutsche medic. Wochenschrift, 1900 г., № 3.—8. *Thénard et Dupuytren*. «Nouveau Journal de médecine», 1801 г.—9. *Andral*. Précis d'anatomie pathologique, т. II, ч. 2, стр. 619.—10. *Cl. Bernard*. Leçons de physiologie expérimentales, т. I, стр. 420.—11. *Cruveilhier*. Traité d'anatomie générale. Paris. 1862 г., т. III, стр. 135.—12. *Cornil et Brault*. Etude sur la pathologie du rein. Paris. 1884 г.—13. *Gaucher et Gallois*. Терапія болѣзней почекъ. Русскій переводъ, 1898 г. Приложение къ «В. Медицинскому Журналу».

# CLVII. Изъ эпизоотологическаго отдела Института экспериментальной медицины.

## Нѣкоторыя экспериментальныя и клиническія данныя о специфической противубугорчатковой сывороткѣ.

С. Д. Непорожняго.

(Предварительное сообщеніе).

Работа *A. H. Haentjens*'а, появившаяся въ «Zeitschrift für Tuberculose» (1906 г., т. 9, тетр. 2), побуждаетъ меня сообщать теперь же о результатахъ работъ, начатыхъ мною 2½ года назадъ. Не считая ихъ вполнѣ законченными, я до сихъ поръ воздерживался отъ сообщеній, тѣмъ болѣе, что дѣло касается одного изъ лѣчебныхъ средствъ противъ бугорчатки, всякое извѣстіе о которыхъ вызываетъ у больныхъ столько преждевременныхъ надеждъ. Однако, въ настоящее время въ моихъ рукахъ накопилось уже достаточно данныхъ, убѣждающихъ не только меня, но и нѣкоторыхъ врачей-клиницистовъ, что вырабатываемое мною средство дѣйствуетъ на бугорчатковый процессъ въ смыслѣ явнаго улучшенія. Скажу прежде всего нѣсколько словъ о ходѣ работъ, приведшихъ меня къ тому способу вырабатыванія противубугорчатковаго средства, котораго придерживаюсь я и въ настоящее время.

Убѣдившись въ достовѣрности установленнаго *И. И. Мечниковымъ* факта, что фагоцитами для бугорчатковыхъ палочекъ являются одноядерныя бѣлыя кровяныя тѣльца, т. наз. мононуклеары, я предпринялъ рядъ опытовъ съ цѣлью выяснить, возможно-ли вызвать у воспримчиваго къ бугорчаткѣ животнаго невоспримчивость къ этому заразному началу путемъ искусственно вызваннаго мононуклеоза. Соответственные опыты показали мнѣ, однако, что искусственный мононуклеозъ большого значенія въ смыслѣ вызванія невоспримчивости не имѣетъ.

Такъ какъ въ упомянутыхъ опытахъ мононуклеозъ вызывался посредствомъ безразличнаго вещества (водная вытяжка селезенки нормальныхъ животныхъ), то я сдѣлалъ заключеніе, что для успѣшности результатовъ необходимо пустить въ ходъ ради вызванія мононуклеоза начало специфическое. Въ виду этого соображенія я и обратился къ помощи бугорчатковаго эндотоксина. Я убѣдился, что кровяная сыворотка животныхъ, подготовленныхъ повторнымъ введеніемъ этихъ эндотоксиновъ, послѣ впрыскиваній бугорчатковыхъ палочекъ приобретаетъ предохранительныя и лѣчебныя свойства по отношенію къ бугорчаткѣ морскихъ свинокъ.

Подборъ иммунизируемыхъ животныхъ представляетъ одинъ изъ самыхъ существенныхъ вопросовъ, отъ которыхъ зависитъ успѣхъ дѣла. Съ сентября 1905 г. я остановился на собакахъ, которыя уже отъ природы одарены устойчивостью по отношенію къ бугорчатковому эндотоксину.

Опыты лѣченія пораженныхъ бугорчаткою морскихъ свинокъ сводятся къ слѣдующему:

Лѣченіе начато послѣ зараженія	Общее число	Выздоровѣло.	Пало	
			отъ бугорчатки	отъ друг. причинъ
(внутрибрюшиннаго) на 4-ой недѣлѣ . . .	36	33	3	—
на 3-ей . . .	73	72	1	—
(подкожнаго) на 5—6-ой недѣлѣ . .	68	61	4	отъ родовъ 3
на 3—4-ой . . .	167	165	2	—
на 1—2-ой . . .	55	55	—	—

Вскрытіе лѣченныхъ свинокъ убѣдило меня въ томъ, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ полнымъ заживленіемъ патологическихъ очаговъ, ибо бугорчатковые узлы найдены замѣщенными рубцовой тканью.

Послѣ результатовъ, достигнутыхъ при опытахъ на свинкахъ, я рѣшился перейти къ испытанію лѣчебнаго дѣйствія моей сыворотки на людяхъ. стпалаюпнхъ пазпнми

формами бугорчатка. Въ этомъ отношеніи я встрѣтилъ любезное содѣйствіе со стороны проф. О. В. ф. Петерсена, который выдѣлилъ для испытанія сыворотки изъ своего клиническаго матеріала страдающихъ волчанкой и бугорчатымъ поражениемъ лимфатическихъ железъ, а равно со стороны д-ра И. П. Габриловича, директора санаторіи въ Халилѣ. Они оба приняли на себя трудъ вести клиническія наблюденія, о которыхъ я сообщать въ свое время.

Съ согласія ихъ, ограничусь въ настоящее время въ виду краткости срока лѣченія, лишь слѣдующими общими указаніями относительно достигнутыхъ уже результатовъ примѣненія моеи сыворотки на людяхъ:

1. Сыворотка эта совершенно безвредна для людей, въ примѣняемыхъ нами количествахъ, хорошо переносится больными и не вызываетъ у нихъ никакихъ неблагоприятныхъ побочныхъ явленій.

2. Послѣ впрыскиваній ея самочувствіе больныхъ улучшается.

3. Катарральныя явленія въ легкихъ во многихъ случаяхъ уменьшаются или даже и вовсе исчезаютъ; въ 2-хъ случаяхъ отмѣчено уменьшеніе области притупленія звука при постукиваніи.

4. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ у лихорадящихъ больныхъ температура падала, а съ прекращеніемъ впрыскиваній поднималась и вновь падала послѣ возобновленія впрыскиваній.

5. Послѣ нѣсколькихъ впрыскиваній наблюдается увеличеніе вѣса.

6. Впрыскиванія сыворотки, несомнѣнно, вызываютъ измѣненія волчаночныхъ очаговъ: сначала замѣчается легкое набуханіе узелковъ, а затѣмъ поблѣднѣніе ихъ и ясное шелушеніе.

7. При изъязвленіи пораженныхъ бугорчаткою лимфатическихъ железъ выдѣленіе замѣтно уменьшается и теряетъ гнойный характеръ.

Для окончательнаго сужденія о лѣчебномъ значеніи выработываемой мною сыворотки потребуются не мало времени. Однако полный лѣчебный успѣхъ у пораженныхъ бугорчаткою морскихъ свинокъ, не получавшихъ у нихъ до сихъ поръ при примѣненіи другихъ средствъ, и то благоприятное дѣйствіе сыворотки, которое установили вышеупомянутые клиницисты, естественнымъ образомъ укрѣпляетъ увѣренность, что я нахожусь на правильномъ пути для полученія дѣйствительнаго специфическаго противубугорчатковаго средства.

CLVIII. Изъ Овуховской мужской городской вольницы въ Петербургъ.

### Тромбозъ воротной вены.

Г. Н. Магакьян.

Различныя страданія воротной вены стали классифицировать только послѣ *Frerichs*'а. До него *Reynaud*, *Duplay*, *Raikem*, *Monneret*, *Gintrac* сообщили рядъ наблюденій о *pyelphlebit*'ѣ. Но въ числѣ воспалительныхъ страданій печеночныхъ воротъ гнойные *pyelphlebit*'ы смѣшивались со слипчивыми. *Frerichs*'у первому принадлежитъ честь показать эту основную разницу (*Boucly*).

**Этіологія.** Тромбозъ воротной вены не есть какое-либо самостоятельное заболѣваніе. Онъ представляетъ собой послѣдовательное страданіе, являющееся результатомъ разнообразныхъ патологическихъ измѣненій, каковы:

1) Давленіе снаружы опухолями особенно ракомъ изъ желудка, поджелудочной железы, сальника, лимфатическими железами, желчными камнями и т. д. Въ послѣднемъ случаѣ, какъ думаетъ *Leichtenstern*, тромбозъ обуславливается не чисто механическими условіями, а воспалительными процессами.

2) При рѣзко выраженномъ атрофическомъ циррозѣ печени иногда развивается тромбозъ воротной вены; послѣдній обуславливается не застоемъ, какъ предполагали прежде, а, вѣроятно, тѣми измѣненіями стѣнокъ сосуда, которыя необходимы для образованія тромба. Современное состо-

яніе патологической анатоміи указываетъ намъ, что для образованія тромба недостаточно одного замедленія или застоя крови; необходимы еще измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ. «Въ отдѣльности эти 2 фактора» говоритъ д-ръ *Никифоровъ*, «повидимому, не всегда могутъ вызвать тромбозъ».

3) Тромбозъ воротной вены въ зависимости отъ эмболій. Такого рода тромбы бываютъ иногда доброкачественные, не смотря даже на то, что пробка происходитъ изъ какого-нибудь гнойно-гнилостнаго очага; иногда же она служитъ носителемъ заразныхъ началъ и обуславливается гнойный *pyelphlebit*'ъ, протекающій подъ видомъ гноекровоія (*Leichtenstern*).

4) Чужеродныя въ воротной венѣ — кровяная двуустка (*distoma haematobium*), эхинококкъ.

5) Для нѣкоторыхъ случаевъ этиологія остается невыясненной.

**Клиническая картина припадковъ.** Болѣзнь обыкновенно начинается сразу у людей, дотошъ казавшихся совершенно здоровыми, болью подъ ложечкой, кровавой рвотой и кровавыми испражненіями. Вслѣдъ за этимъ быстро увеличивается селезенка, появляется брюшная водянка, которая въ нѣсколько дней достигаетъ своего максимума, такъ что является необходимость въ проколѣ, но жидкость вновь быстро накапливается и т. д. Въ единичныхъ случаяхъ припадки суженія воротной вены исчезаютъ съ тѣмъ, чтобы черезъ нѣкоторое время выступить съ новой силой \*). Въ основѣ этихъ измѣненій лежатъ колебанія въ величинѣ тромба, всасываніе или сморщиваніе котораго можетъ обусловить расширеніе просвѣта (*Quinke*). Въ другихъ случаяхъ явленія брюшной водянки нарастаютъ медленно; картина болѣзни напоминаетъ иногда циррозъ. Отличительными признаками могутъ служить однажды бывшая сильная и упорная кровавая рвота и кровавые испражненія, внезапная боль подъ ложечкой, а также быстрое вторичное скопленіе жидкости въ полости брюшины. Достойно вниманія, что даже при полной закупоркѣ просвѣта сосуда брюшной водянки можетъ и не быть (*Leichtenstern*). *Jastrowitz* объясняетъ это тѣмъ, что въ подобныхъ случаяхъ потеря крови (кровавая рвота, испражненія, гематурія) такъ велика, что не остается излишка для пропотѣванія. Пищеварительные органы представляютъ нѣкоторые ненормальности: позывъ на стулъ бываетъ небольшой, испражненія иногда задержаны, чаще жидкія съ позывами. Изрѣдка наблюдается желтуха. Мочи бываетъ мало; въ ней иногда находили сахаръ, иногда бѣлокъ. Продолжительность болѣзни колеблется между нѣсколькими днями и многими годами.

**Патологическая анатомія.** Измѣненія воротной вены на вскрытіи выражаются частичной или полной закупоркой ея просвѣта тромбомъ, который, смотря по времени, бываетъ различнаго цвѣта. Довольно часто, какъ это будетъ видно и изъ нижеприводимыхъ случаевъ, стѣнки воротной вены, а иногда и ея вѣтвей представляютъ первичныя склеротическія и атероматозныя измѣненія на подобіе измѣненій въ артеріяхъ, что и даетъ поводъ къ образованію тромба. Измѣненія печени заключаются въ образованіи соединительной ткани частично въ видѣ рубцовъ или въ различной формѣ въ видѣ *Laennec*'овскаго цирроза. Кромѣ того, довольно часто наблюдается полная или частичная атрофія печени. Къ этому присоединяется еще картина застоя въ области воротной вены: сосуды расширяются, селезенка увеличивается, на слизистой оболочкѣ желудка и кишечника появляются паренхиматозныя кровоизліянія.

Тромбозъ воротной вены — болѣзнь очень рѣдкая. Въ литературѣ описано всего 2—3 десятка случаевъ ея, причемъ при жизни болѣзнь была распознана лишь въ нѣсколькихъ случаяхъ. Наиболѣе полная литература собрана *Bormann*'омъ въ его статьѣ, напечатанной въ 1897 г. въ «*Deutsches Archiv für klinische Medicin*», т. LIX. *Bormann* описываетъ 18 случаевъ тромбоза воротной вены, которые онъ нашелъ въ литературѣ. Вотъ краткія ихъ описанія.

\*) См. 1-ый мой случай. Digitized by Google

1. *Jastrowitz*. («Deutsche medic. Wochenschrift», 1883 г., № 47). Офицеръ—31 г. На 25-мъ году заразился сифилисомъ; повторно лечился ртутью. Несмотря на это,—желтуха, колотье в области селезенки и печени, увеличение ихъ, кровотечения изъ кожныхъ сосудовъ. Брюшной водянки никогда не было. Рвота кровью; кровавые испражнения; гематурия; рѣзкая желтуха; частый пульсъ; повышенная температура.

Вскрытие: На поверхности печени лучистый рубецъ, съ дѣтскую ручку величиной. Вся область воротъ печени обросла очень плотной соединительной тканью. Въ воротной венѣ — тромбъ бурокраснаго цвѣта. Стѣнка воротной вены на всемъ ея протяженіи представляетъ рѣзкое утолщеніе, желтоватую окраску и атероматозныя нѣзвенія.

2. *Bellau*. («Deutsche medic. Wochenschrift» 1885 г.). Больной перенесъ сочленовный ревматизмъ, болотную лихорадку, эндокардитъ. При поступленіи—шумы въ сердцѣ, брюшная водянка, увеличение печени и селезенки. Частые проколы. Смерть при явленіяхъ перитонита.

Вскрытие: Свѣжій перитонитъ; свѣжія и старыя сращения вокругъ воротъ печени съ стуженіемъ воротной вены; въ послѣдней—плотное прилипшія тромбъ. При входѣ воротной вены въ печень свѣжіе тромбы.

3. *Loewenfeld*. («Wiener mediz. Presse», 1873 г., XIV, 39). Больной около 2-хъ лѣтъ страдалъ расстройствомъ пищеваренія, около года—ломотой въ обоихъ бокахъ и отеками ногъ. Послѣ 6-недѣльнаго леченія йодомъ улучшеніе. Вскорѣ послѣ этого поносъ, кашель, одышка, увеличение селезенки. 30/VI внезапно рвота большимъ количествомъ свернувшейся черной крови. Частыя кровавыя испражнения, повторявшіяся и въ слѣдующіе дни. Селезенка уменьшилась. Брюшная водянка; отеки. Смерть.

Вскрытие: Сифилитическая печень. Въ правой доль воротной вены, а также въ главную ея вѣтвь противъ тупого края печени—тромбъ; вѣтви эти сдавлены моволистой соединительной тканью.

4. *Achard*. («Archiv de physiologie par Brown-Séguard», 1884 г. XVI). Больной съ одышкой, большой брюшной водянкой, чувствомъ сильнаго давленія въ области печени. Смерть. Прижизненное распознаваніе колебалось между тромбозомъ воротной вены и быстро протекающимъ бугорчатковымъ перитонитомъ.

Вскрытие: Между поперечной ободочной кишкой и печенью твердыя образованія бугорчатковаго свойства, которыя сдавливали ворота печени. Въ воротной венѣ въ мѣстѣ сдавленія—плотный тромбъ.

5. *Ferichs*. («Klinik der Leberkrankheiten», т. II, стр. 370). Больной—46 л. Повторные ушибы подложечной области. Постоянные сильные боли въ верхней части живота. Рѣзкое растяженіе живота жидкостью; расширенныя вены живота; небольшая печень; поносы. Проколъ. Быстрое накопленіе жидкости; непрерывная рвота. Смерть отъ истощенія.

Вскрытие: Остатки хроническаго перитонита; плотное сращеніе селезенки, печени и поджелудочной железы съ сосѣдними органами. Сдавленіе воротной вены толстой соединительной тканью. Плотный тромбъ въ ней.

6. *Ferichs*. (Тамъ же, т. I, стр. 280). Больной—41 г. За 3 года до поступленія ненормальность пищеваренія со рвотой. Скорое выздоровленіе. За 8 недѣль боли въ крестцѣ; геморроидальныя явленія. За 7 дней до поступленія внезапно сильныя повторныя рвоты и явленія коллапса. Черезъ 2 дня бурныя испраженія и рвота; коллапс. Смерть.

Вскрытие: Воротная вена сдавлена новообразованной соединительнотканной опухолью; въ самой венѣ и вѣтвяхъ тромбъ.

7. *Key, Axel og R. Brugelius* («Hygiea», Sv. lāk. Sällsk. Förl. стр. 244). 47-лѣтняя больная, истощенная съ большой брюшной водянкой, отеками, желтухой. За мѣсяцъ до поступленія—сильныя боли въ животѣ; поздице—отеки. Печень не уменьшена. Распознаваніе: тромбозъ воротной вены; причина неизвѣстна.

Вскрытие: воротная вена была сдавлена желчнымъ камнемъ; внутри ея тромбъ; стѣнка воротной вены утолщена; просвѣтъ ея стуженъ. Вены селезеночная, верхняя брызжеечная и вѣвечная желудка расширены и утолщены.

8. *Diego Coso* изъ клиники *Tommasi* въ Napoli (1865 г.). Больная за 18 лѣтъ до поступленія въ клинику заразилась сифилисомъ. За 3 года—боли въ животѣ, одышка. Безболѣзненное увеличеніе печени. При поступленіи: желтуха; большая печень; селезенка жесткая; небольшая брюшная водянка. Вскорѣ послѣ произведеннаго прокола проливное носовое кровотеченіе и поносъ, быстрое скопленіе жидкости въ полости брюшины и смерть.

Вскрытие: Сифилитическая печень. Воротная вена сдавлена увеличенными железами; въ ней—тромбъ.

9. *Gintrac*. («Journal du Nord», 1843 г., ноябрь). Больной поступилъ въ госпиталь вслѣдствіе слабости сердца, одышки, брюшной водянки. Черезъ короткое время—смерть.

Вскрытие: Тромбъ въ воротной венѣ; внутренняя оболочка ея на всемъ протяженіи покрыта бляшками длиной въ 1—2 и толщиной въ 0,1—0,2 см.

10. *С. П. Боткинъ*. («Virchov's Archiv», т. 30, стр. 449). Внезапныя кровавыя рвоты и испраженія у на видѣ здороваго мужчины. Сильная слабость; низкая температура; частый, малый пульсъ. Селезенка увеличена. Печень нормальна, нечувствительна. На 9-й день болѣзни появилась брюшная водянка, которая быстро выросла. Отеки. Затѣмъ улучшеніе. вмѣсто кровавыхъ испраженій обильныя водянистыя; брюшная водянка и отеки исчезли. Самочувствіе лучше. Однако вскорѣ быстрое и обильное скопленіе жидкости въ полости живота. Проколъ. Черезъ 6 дней коллапсъ; смерть. Распознаваніе: тромбозъ воротной вены.

резъ 6 дней коллапсъ; смерть. Распознаваніе: тромбозъ воротной вены.

Вскрытие: Тромбъ въ воротной венѣ.

Механизмъ образованія тромба *С. П.* представлялъ себѣ такъ: вслѣдствіе сильной потери крови наступаютъ слабость сердца и расстройство кровообращенія, что и служитъ причиною образованія тромба.

11. *Oppolzer*. («Oesterreichische Zeitschrift für pract. Heilkunde», 1861 г., VII, 51). Больной—37 л. За 13 л. до поступленія въ больницу—болотная лихорадка; за 3 1/2 г.—внезапное образованіе брюшной водянки, которая затѣмъ исчезла. Черезъ 6 мѣс. сильнѣйшая кровавая рвота, время отъ времени повторявшаяся; въ тоже время съ каждымъ разомъ появлялась не такъ быстро нарастающая брюшная водянка.

Распознаваніе: Такъ какъ круглая язва и ракъ были исключены, то авт. распознавалъ тромбозъ воротной вены.

Вскрытие: Просвѣтъ воротной вены заволашеивъ нѣсколькими, почти совершенно закупоривающими тромбами. Ворстная и селезеночная вены расширены; внутренняя оболочка ихъ покрыта мѣстами легко отрывающимися, бѣзстачными, мѣстами мутными, атероматозными бляшками.

12. *Balfour и Steward* («Edinburgh Medical Journal», 1869 г. XIV, стр. 589), описываютъ случай четковиднаго расширенія воротной вены съ окаменѣніемъ и атероматознымъ перерожденіемъ ея. Больной—20 л. За 5 л. до поступленія въ больницу—сильныя боли въ спинѣ, распространявшіяся до желудочной области; увеличеніе селезенки. Черезъ 4 недѣли боли исчезли; появились вадутіе живота. Въ срединѣ мая внезапная сильная боль въ области желудка и рвота дов. значительнымъ количествомъ крови; рвота держалась и въ слѣдующіе дни. Вскорѣ послѣ этого появились отеки ногъ и брюшная водянка, быстро нарастающая. При приѣмѣ (въ іюлѣ)—худосочный видъ, отеки ногъ, сильнѣйшая брюшная водянка, большая, жесткая опухоль въ области селезенки, незначительный поносъ. 25/VI, 15/VI и 3/VI проколы. Сильныя геморроидальныя боли съ незначительными кровотечениями; рѣзкое расширеніе венъ живота и отекъ его покрововъ. 24/VI 4-ый проколъ. 25/VI смерть.

Вскрытие: Воротная вена въ мѣстѣ вхожденія въ печень совершенно закупорена плотнымъ прилипшимъ, поблѣдѣвшимъ тромбомъ; отъ него распространяются свѣжіе, красные тромбы въ печеночныя вѣтви. Стѣнки воротной вены мѣстами утолщены, мѣстами окаменѣлы; въ болѣе глубокихъ слояхъ внутренней ея оболочки находятся каменныя бляшки различной величины; въ другихъ мѣстахъ внутренняя оболочка атероматозно перерождена. Селезеночная вена утолщена.

13. *Rakem*. (Edinburgh 1850 г. Ueber Entzündung und Obliteration der Vena portae). 57-лѣтній больной, который погибъ при явленіяхъ сильныхъ печеночныхъ болей, брюшной водянки и отежности покрововъ живота, кровавыхъ рвотъ и испраженій, желтухи и съ приступами перемежающейся лихорадки.

Вскрытие: Воротная вена мѣстами утолщена, мѣстами утончена; внутренняя оболочка ея утолщена, шероховата. Въ самой венѣ тромбъ.

14. *Morchad*. (Case of fatal hematemesis caused by calcification and thrombosis of the portal vein. «Transactions of pathol. Society of London», 1868 г., 14). Офицеръ, 57 л., умеръ внезапно при явленіяхъ кровавыхъ рвотъ.

Вскрытие: Воротная вена у входа въ печень стужена кольцеобразнымъ окаменѣніемъ средней ея оболочки, толщиной въ гусиное перо; просвѣтъ ея въ этомъ мѣстѣ закупоренъ плотно прилипшимъ темнокраснымъ тромбомъ.

15. *Pippow*. (Ueber die Obliteration der Pfortader. Berlin'sкая диссертация, 1868 г.). Около 1/2-года диспепсическія явленія. За 6 недѣль до смерти быстро нарастающая брюшная водянка, увеличеніе селезенки. Послѣ прокола быстрое вторичное скопленіе жидкости въ полости брюшины; послѣ 3-го прокола смерть.

Вскрытие: Воротная вена облитерирована соединительнотканнымъ узломъ. По всей вѣроятности, облитерация появилась вслѣдствіе организациа тромба, еще видимаго въ одной изъ главныхъ вѣтвей вены. Причина тромба не опредѣлена.

16. *Oster*. (Case of obliteration of the portal vein. «Journal of Anatomy», 1882 г., январь, стр. 208—216). 28-лѣтній, видимо-му, здоровый мужчина, почувствовалъ слабость, тупую боль въ верхней части живота. Частыя проливыя кровавыя рвоты. При изслѣдованіи: бѣненіе въ подложечной области; при выслушиваніи здѣсь 2 шума; печеночная тупость рѣзко уменьшена; селезенка увеличена. Смерть вслѣдствіе истощенія.

Вскрытие: Воротная вена и ея главные вѣтви закупорены тромбомъ. Стѣнки селезеночной и верхней брызжеечной вены въ мѣстѣ слиянія ихъ утолщены и окаменѣли.

17. *Leyden* («Berliner klin. Wochenschrift» № 13). 57-лѣтній больной. За 8 лѣтъ до поступленія въ клинику—сильная кровавая рвота съ обморокомъ; незадолго до поступленія и уже въ клиникѣ рвота повторилась. Печень малая. Селезенка значительно увеличена. Сильнѣйшая брюшная водянка. Проколъ. Черезъ 3 дня брюшная водянка снова уже была значительная. Распознаваніе: тромбозъ воротной вены независимо отъ цирроза печени. Быстрое возстановленіе брюшной водянки *Leyden* считаетъ весьма существеннымъ для распознаванія.

Вскрытие: Воротная вена отъ мѣста соединенія съ верхней брызжеечной и селезеночной до раздѣленія на правую и лѣвую вѣтви выполнена безцвѣтнымъ тромбомъ. Стѣнка воротной вены рѣзко утолщена.

18. *Alexander*. («Berliner klinische Wochenschrift» № 4). Больной—36 л. За 9 лѣтъ до поступленія въ клинику—внезапная

за 6 лѣтъ—внезапное кровотечение изъ рта и кашечника, которое въ теченіи 2-хъ лѣтъ повторилось еще 3 раза. Сильное малокровіе и слабость. Боли въ верхней части живота; явленія неваренія. Черезъ нѣсколько недѣль послѣ послѣдняго кровотечения внезапно развилась перитонитъ, державшійся нѣсколько дней.

Вскрытіе: Воротная вена съ главными ея вѣтвями, а также брызжеечная верхняя и нижняя вены выполнены тромбомъ.

Къ этимъ 18 случаямъ *Bormann* присоединяетъ еще слѣдующіе 2 случая—одинъ, наблюдавшійся въ клиникѣ проф. *Eichhorst'a* въ *Zürich'h*, другой изъ частной практики д-ра *Seits'a* тоже въ *Zürich'h*.

19. Больной 63 л., плохого питанія, желтоватый. Отеки. Коллапс. На вопросы не отвѣчаетъ. Желтушность склеръ. Сердце, по видимому, здорово. Животъ сильно вздутъ; въ отлогихъ частяхъ его звукъ притупленъ, по срединѣ—барабанный; зыбленіе. Нижняя граница печени не опредѣляется; при глубокомъ ощущиваніи печень жесткая; поверхность ея гладкая. Селезенка, опредѣляется выступиваніемъ, увеличена. Черезъ 3 дня смерть при явленіяхъ коллапса.

Вскрытіе: На лобной кости маленькія впадины (сифилис?). Въ воротной венѣ большой, закупоривающій, сѣровато-буро-красный тромбъ, простирающійся въ нѣкоторыя ея вѣтви. Сама воротная вена рѣзко утолщена; во внутренней ея оболочкѣ мелкокаплевидная инфильтрація.

20. 63-лѣтній, до того совершенно здоровый, мужчина внезапно почувствовалъ боль въ животѣ, вынудившую его съ дороги вернуться обратно домой. За 13 лѣтъ до этого нѣсколько лѣтъ страдалъ приступами печеночныхъ коликъ. 10 лѣтъ былъ уже совершенно здоровъ. Раньше на низъ было правильно, въ послѣдніе же 3 мѣсяца ходить ежедневно по 2—3 раза, почти жидко, но безъ боли. По вечерамъ изъ дня въ день животъ нѣсколько вздувается. Въ послѣднее время появились слабость, наклонность ко сну и блѣдность. Наканунѣ заболѣванія днемъ и ночью все было хорошо, утромъ на низъ было, какъ всегда. Черезъ 1/2-часа, какъ вышелъ изъ дому, внезапно появились въ лѣвой сторонѣ живота боли, которая все усиливалась. Больной поѣхалъ домой и долженъ былъ лечь въ постель. Сильное общее недомоганье, отрыжка, позывъ къ рвотѣ. Черезъ часъ вырвало хлѣбомъ, яичками, молокомъ,—что было съѣдено утромъ; крови въ рвотѣ не было. Кратковременное облегченіе. Боль скоро возобновилась; больной не могъ ни ходить, ни стоять и долженъ былъ лежать. Видъ его былъ очень плохой; боли въ животѣ усилились и стали отдавать въ спину и крестецъ.

Блѣдая, слегка желтоватая окраска кожи; весьма тревожное выраженіе лица. На низъ порядочно, кашецеобразно, 36,5. П. 60—78. Позыва на їду нѣтъ; жажды, тошноты и рвоты также. Легкія, по видимому, здоровы. Тоны сердца слабоваты. Боль въ лѣвой нижней части живота. Печень и селезенка не представляютъ ничего особеннаго. Подъ вліяніемъ лѣченія больной мало по малу поправился. Черезъ 1 1/2-года новый приступъ: Внезапная боль въ животѣ, поносъ, слабость; въ слѣдующіе дни боли усилились и больной замѣтно ослабѣлъ. На 5-ый день болѣзнь—очень сильныя боли въ животѣ и обильная рвота. Въ слѣдующую ночь бессонница. Рвота стала обильнѣе, буроватого цвѣта, по видимому кровавая. На 6-ой день—смерть при явленіяхъ коллапса.

Вскрытіе: Воротная вена и нѣкоторыя ея вѣтви закупорены тромбомъ. Стѣнка воротной вены утолщена.

Въ новѣйшей литературѣ мнѣ удалось найти еще нѣсколько такихъ случаевъ, а именно 1 случай *Umber'a*, 1—*Saxer'a* и 2—*Buday'a*. Къ нимъ я присоединяю еще 2 собственныхъ.

21. *Umber*. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie). Больной, потаторъ, за 2 мѣсяца до заболѣванія чувствовалъ себя совершенно здоровымъ. Болѣзнь началась послѣ выпивки кровотоchenіями изъ желудочно-кишечныхъ путей. Вслѣдъ за этимъ постепенно стала скопляться брюшная водянка, которая послѣ прокола быстро возобновилась вновь. Въ дальнѣйшемъ теченіи кровотечение повторялось, и смерть наступила при явленіяхъ застоя и коллапса. Вскрытіе: Заросшеніе воротной и селезеночной венъ при нормальной печени и свѣжіе тромбы въ области венъ нижней брызжеечной, селезеночной, желудочной и т. д. При этомъ сплошное сращеніе большого сальника съ почкою, почками, селезенкой, кишками и стѣнкой живота, далѣе грудобрюшной преграды и желудка съ печенью, кишками, между собой, а также и поджелудочной железой и желчнымъ пузыремъ. Заросшеніе воротной вены, по мнѣнію проф. *Recklinghausen'a*, было давняшаго происхожденія, по крайней мѣрѣ 20—30 лѣтъ, а, можетъ быть, и врожденное. Тромбы по происхожденію свѣжіе; образованіе ихъ, вѣроятно, относится къ началу болѣзни, т. е. за 2 мѣсяца до смерти.

Клинический интересъ этого случая въ томъ, что больной жилъ дов. долго, не смотря на полное заросшеніе воротной вены; благодаря сращеніямъ большого сальника съ печенью, почками, селезенкой, кишками и стѣнками живота, развилось вполне достаточное окольное кровообращеніе.

22. *Saxer*. («Centralblatt für allgem. Pathologie und patholog. Anatomie», № 15). Больной—22 л. Въ дѣтствѣ перенесъ корь, 8 лѣтъ назадъ послѣ травмы было желудочное и легочное кро-

вотеченіе. Въ декабрѣ—сильная простуда съ лихорадкой. За 2 недѣли до поступленія въ клинику чувствовать сильную слабость и имѣть видъ очень малокровнаго. Годомъ раньше врачи находили у больного увеличеніе селезенки.

Небольшого роста; хорошо сложенъ; чрезвычайно блѣденъ. Со стороны сердца, легкіхъ, нервной системы отклоненій отъ нормъ нѣтъ. Животъ вздутъ, сильнѣе въ боковыхъ частяхъ, безболѣзненъ. Печень не увеличена. Селезенка выступаетъ изъ-подъ реберъ на 2—3 пальца. Кровь: Нв. 40%, бѣлыхъ тѣлецъ 3200, красныхъ 3.200000. Въ дальнѣйшемъ теченіи—сильныя боли въ животѣ, особенно слѣва, исхуданіе, кровь въ испраженіяхъ. Внезапная смерть. Температура все время была за 39°. Клиническое распознаваніе: злокачественное малокровіе; острое набуханіе селезенки (псевдолейкемія?).

Вскрытіе: Тромбозъ воротной вены и ея вѣтвей—верхней и нижней брызжеечныхъ, селезеночной, вѣнечной вены желудка; четковидное расширеніе и тромбозъ геморроидальныхъ венъ. Хроническое увеличеніе селезенки (вслѣдствіе тромбоза селезеночной вены?). Частичное омертвѣніе верхней части тощей кишки вслѣдствіе тромбоза брызжеечныхъ венъ.

23. *Buday* («Centralblatt für patholog. Anatomie», XIV т., № 5). (Случай 1-ый). Больной—59 л. Алкоголизмъ, сифилисъ отрицаетъ. Больнымъ чувствуютъ себя около 6 недѣль. Окружность живота 110 см. Проколомъ выпущено 9 клгрм. прозрачной жидкости; жидкость вновь быстро скопилась. Смерть черезъ 7 недѣль послѣ поступленія.

Вскрытіе: Въ брюшной полости 14 клгрм. прозрачной жидкости. Отекъ и ателектазъ легкіхъ. Атрофическое, маленькое сердце. Умѣренный артеріосклерозъ. Внутренняя оболочка воротной вены значительно утолщена.

24. (2-ой случай *Buday'a*, описанный тамъ-же). 52-лѣтній больной, алкоголикъ. Сифилисъ отрицаетъ. Животъ увеличенъ около 5 мѣс. Въ послѣдніе дни отеки ногъ. Окружность живота 100 см. Смерть черезъ годъ по поступленіи. Въ теченіи года—значительная болѣзненность въ области надчревя. Въ послѣдніе мѣсяцы—повторныя кишечныя кровотечения; смерть и наступила послѣ одного изъ такихъ кровотеченій.

Вскрытіе: Стѣнка воротной вены сильно утолщена и оказываетъ замѣтное противоудѣйствіе давленію; внутренняя оболочка ея шероховата; во многихъ мѣстахъ на ней плотныя бляшки.

Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ въ обоихъ случаяхъ обнаружило значительное утолщеніе внутренней оболочки, какъ это видно изъ слѣдующей таблицы:

		Толщина въ микро- миллиметрахъ.		
		Внутренняя оболочка.	Средняя.	Наружная.
Воротная вена.	{ Случай 1 . . . .	750	75	590
	{ Случай 2 . . . .	1000	300	500
	{ Нормальный . . .	17	140	210

Отношеніе внутренней оболочки къ общей толщинѣ сосудистой стѣнки въ случаѣ 1 570:1000, въ случаѣ 2—550—1000; при нормѣ—46:1000.

#### Случаи собственные.

25. Случай 1 \*). 27/х 1904 г. въ Обуховскую больницу поступилъ Я. С., 21 г., съ жалобой на боль подъ ложечкой, кровавую рвоту и кровавыя испраженія. Отецъ больного—здоровый мужчина 50 л.; мать, 48 л., болѣзненная, по словамъ сына, страдаетъ какой-то женской болѣзью; дяди и тетки—люди здоровые; о дѣдахъ и бабкахъ по отцу и матери ничего не знаетъ. У родителей больного было 7 чел. дѣтей: 1) братъ его 25 л., здоровъ; 2) сестра, умерла 3 л. (?); 3) самъ больной; 4) сестра 18 л., здорова; 5) братъ 16 л., здоровъ; 6) братъ, умеръ 12 л. послѣ ушиба въ грудь и 7) братъ нѣмой, калѣка. Родился больной въ с. Березовкѣ, Полтавской губ., когда отцу его было 29, а матери 27 л. Изъ дѣтскихъ болѣзней перенесъ корь; оспа была привита; скарлатины, дифтеріи и другихъ дѣтскихъ болѣзней не было. Роста дов. крѣпкимъ мальчикомъ и до настоящаго заболѣванія ничѣмъ серьезнымъ не страдалъ. Сифилисъ, болотной лихорадки не было. Настоящая болѣзнь началась всего 4 дня назадъ болью подъ ложечкой и кровавыми рвотой и испраженіями. Последніе 4 года служилъ лакеемъ въ богатомъ домѣ; работы было не особенно много. Питаніе хорошее. Чая пьетъ 3—4 стакана въ день; по утрамъ выпиваетъ 2 стакана кофе. Табакъ не куритъ. Вино пьетъ по рюмкѣ въ день, не всегда.

Ростъ 156 см.; сложеніе слабое. Скелетъ развитъ правильно; суставы нормальны. Кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣды; подкожно-жирный слой развитъ плохо. Мышцы слабы. Позывъ на їду плохой; жажда усилена; языкъ обложенъ; глотаніе не болѣзненно. 5-ый день—боль подъ ложечкой, больше въ области привратника желудка; кровавая рвота. Отрыжка временами; изжога, тошноты нѣтъ. Испраженія съ кровью. Подъ микроскопомъ форменные элементы крови какъ въ испраженіяхъ, такъ и въ рвотныхъ массахъ. Реакція *Weber'a* на кровь положительная. Верхняя граница печени по сосковой линіи—4—5-ое ребро, по подмышковой—6-ое; нижняя граница ясно не опредѣляется вслѣдствіе вздутія кишечника. Животъ вздутъ; внизу его, въ

\*) Объ этомъ случаѣ сообщено въ засѣданіи врачей Обуховской больницы.



стоять в положении больного, небольшое зыбление. Слегка расширены кожные вены по бокам живота и грудной клетке. Мочениспускание свободно, без боли. Мочи за сутки около 800 к. стм., кислой реакции, уд. в. 1,025, без б/лака и сахара. Почечки не прощупываются. Половые органы развиты плохо. На л/б/х, а также на л/ц волос н/тъ вовсе. Селезенка съ 7-го ребра, прощупывается, плотная. Лимфатическія железы не увеличены. Насморк, кашля, одышки, боли въ груди н/тъ. Размахи дыхательныхъ движеній достаточны. При выстукиваніи и выслушиваніи въ легкихъ ничего ненормальнаго не найдено. Сердцебиенія, боли и замиранія въ области сердца н/тъ. Границы сердца не увеличены; звуки его чисты; п. 96, наполненія ниже средняго; на шей—шумъ малокровныхъ. Спять плохо изъ-за боли. Головной боли н/тъ. Небольшое головокруженіе. Видитъ, слышитъ хорошо. Рефлексы живые. Судорогъ н/тъ. Температура нормальная.

Черезъ 2 дня по поступленіи кровавая рвота прекратилась, а на 5-ый день прекратились и кровавистыя испраженія. Между т/мъ появилась брюшная водянка, которая быстро стала нарастать, и къ 15/х/и напряженіе живота достигло шахішн/а, при чемъ окружность его равнялась 88,5 стм. Одновременно наблюдались увеличеніе селезенки (съ 6-го ребра и на 2 пальца ниже подреберья) и расширеніе венъ.

Внезапное начало бол/зни болью въ области надчревя, кровавыми рвотой и испраженіями, въ связи съ посл/дующимъ бурнымъ развитіемъ брюшной водянки, увеличеніемъ селезенки и т. д. могло навести мысль на чрезвычайно р/дкую и столь-же трудную для распознаванія бол/знь—тромбозъ воротной вены. Мысль эта и была высказана впервые глубокоуважаемымъ А. А. Нечаевымъ, главнымъ врачомъ больницы. Дальн/йшія наблюденія еще бол/е утврдили насъ въ этомъ предположеніи.

15/х/и бол/зной съ распознаваніемъ «печеночный циррозъ на почв/ наследственнаго сифилиса (?)»; тромбозъ воротной вены (?) былъ переведенъ въ хирургическое отд/леніе больницы, гд/ ему А. А. Трояновымъ была произведена операція Talm'y. При вскрытіи полости живота вылилось громадное количество желтой жидкости.

Посл/операционный періодъ протекалъ дов. благоприятно. Черезъ 2 нед/ли посл/ операціи, когда края раны почти совершенно зажили и повязка уже не промокала, животъ сталъ снова немного расти. 2/1 1905 г. мною въ 1-ый разъ посл/ операціи произведено было изм/реніе окружности живота: на уровн/ пупка она дала 73 стм. Брюшная водянка медленно нарастала, и къ 12/1, когда больного снова перевели ко мн/ въ терапевтическое отд/леніе, окружность живота на уровн/ пупка была уже 76,5 стм. Вены живота посл/ операціи значительно расширились.

13/1 при осмотр/ больного я былъ пораженъ полнымъ отсутствіемъ брюшной водянки: животъ представлялся впалымъ; окружность его равнялась 68 стм. Селезенка едва выступала изъ-подъ края реберъ. Количество мочи и испраженій оставалось приблизительно такимъ-же какъ и въ прежніе дни. Между т/мъ больно сильно ослабъ. Позыва на /ду у него не было. На 4-ый день посл/ того, какъ исчезла брюшная водянка, появилась наклонность къ рвот/е. Больной сталъ беспокоиться, кричать, бредить.

17/1 онъ находился въ полномъ безсознательномъ состояніи. Температура повысилась до 39,4. Мочился и марался онъ уже под/ себя. Рвота была 1 разъ. Зрачки расширились ad шахішмъ и мало отв/чали на св/тъ. Ригидность мышцъ рукъ и ногъ. П. 110°. Такое состояніе продолжалось и весь сл/дующій день. 19/1 больной сталъ откликаться на зовъ, а къ 22/1 сознание у него было вполне ясное. Со дня исчезанія брюшной водянки до 26/1 животъ оставался впалымъ. 27/1 онъ уже былъ н/сколько вздутъ; получалось зыбленіе; окружность его 71 стм. Въ посл/дующіе дни брюшная водянка быстро стала расти, и къ 4/п окружность живота равнялась 88 стм. Въ этотъ день выпущено 4500 к. стм. прозрачной, желтой жидкости, но брюшная водянка снова начала быстро расти. Больной жаловался на боль при ощупываніи живота, главнымъ образомъ сл/ва, на отрыжку, и икоту. Черезъ 12 дней, 16/п, въ 3-й разъ выпущено 5200 к. стм. желтой жидкости. Съ 12 час. ночи больной сталъ беспокоиться, кричать. Утромъ сознания уже не было; зрачки были расширены, мало отв/чали на св/тъ; ригидность въ мышцахъ рукъ и ногъ; п. 128°. 1 разъ вырвало. При такихъ явленіяхъ 17/п вечеромъ больной скончался.

Вскрытіе (18/п; ч. пр. А. Н. Соколовъ \*): Въ брюшной полости около 5 литровъ желтой, мутной жидкости, къ которой въ заднихъ частяхъ живота, а особенно въ маломъ тазу прим/шано значительное количество желтоватаго гноя. Одна изъ петель тонкой кишки плотно прикр/плена фиброзной тканью къ передней ст/нк/ живота н/сколько вверхъ отъ пупка въ области операціоннаго рубца. Свободный край большого сальника почти на всемъ протяженіи плотно прикр/пленъ къ передней ст/нк/ брюшной полости, такъ что посл/дняя по ходу поперечной ободочной кишки, почти отъ самаго печеночнаго ея изгиба до изгиба селезеночнаго, разд/лена на 2 части. Сальникъ обильно снабженъ жиромъ; въ м/ст/хъ его прикр/пленія къ брюшной ст/нк/ какъ въ немъ самомъ, такъ и въ брюшин/ развилось значительное количество мелкихъ кровяныхъ сосудовъ, взаим-

но сообщавшихся; и т/х, и другіе соединяются въ бол/е крупные вены. Бл/дный сывороточный покровъ тонкихъ и толстыхъ кишекъ покрытъ тонкимъ слоемъ гноевидной жидкости; м/стами петли тонкихъ кишекъ склеены между собой рыхлыми фибринозными массами. Брызжейка въ об/лихъ содержитъ жиръ; она утолщена и значительно пропитана сывороточной жидкостью. Лимфатическія ея железы слегка увеличены. Въ тонкихъ кишкахъ—желтоватая пищевая каша; въ толстыхъ жидкій, желтый калъ. Тошая кишка слегка расширена; подвздошная—нормальнаго просв/та. Слизистая оболочка тонкихъ кишекъ бл/дна, значительно отечна; толстыхъ—бл/дна, безъ особыхъ изм/неній. Селезенка значительно увеличена. 23×12×5; сумка ея слегка утолщена и сморщена, бл/дно-розоваго цв/та; ткань н/сколько оплотнена, с/р/овато-розоваго цв/та, перекладины утолщены. Въ жировой сумк/ об/ихъ почекъ частая с/тъ переполненныхъ кровью сосудовъ. Почка нормальной величины. Сумка снимается легко; поверхность гладкая; корковый слой нормальной толщины, с/р/овато-розоваго цв/та; пирамидки бл/дно-красныя. Печень уменьшена; поверхность ея мелко зерниста; сумка не утолщена; при разр/з/ органъ хруститъ; ткань бл/дна, буровато-желтаго цв/та, плотна; зам/тны мелкіе, дов. равномерной величины, островки печеночной ткани, окруженные блестящей, плотной, б/ловатой тканью; въ правой дол/ крупныя развитыя воротной вены выполнены с/р/овато-розовыми и с/рыми зернистыми массами, а бол/е мелкія—темно-красной свернувшейся кровью. Желчный пузырь наполненъ значительнымъ количествомъ темнооливковой желчи, см/шанной со слизью. Слизистая оболочка желчнаго пузыря безъ особыхъ изм/неній. Желудокъ растянутъ; въ немъ значительное количество жидкаго содержимаго кофейнаго цв/та; слизистая оболочка его бл/дна, желтовато-б/лагаго цв/та, покрыта густой слизью, м/стами не гладка, съ выступающими небольшими возвышенностями (état mamelonné); на передней ст/нк/ въблизи малой кривизны, въ слизистой оболочк/ разст/ано небольшое количество точечныхъ углубленій съ красными дномъ. Слизистая оболочка 12-перстной кишки безъ особыхъ изм/неній. Слизистая оболочка пищевода розоваго цв/та; при переход/ во входную часть желудка въ ней просв/чиваются тонкіе кровеносные сосуды. Поджелудочная железа нормальной величины и плотности, желтовато-б/лагаго цв/та. Надпочечныя железы безъ особыхъ изм/неній. Воротная вена, начиная отъ самаго ея начала у печени до селезеночной вены, выполнена с/р/овато-красными, слоистыми массами, которыя у разд/ленія ея на печеночныя в/тви отчасти превратились въ с/р/окрасныя кашцеобразныя массы. Л/вая в/нечная артерія желудка содержитъ свернувшуюся темнокрасную кровь. Селезеночная вена также выполнена темнокрасными свертками крови вплоть до разд/вленія ея на в/тви, гд/ она расширена, а ст/нка ея значительно утолщена. Очень слабая v. mesaraica minor впадаетъ самостоятельно въ v. mesaraica sup.; посл/дняя, а равно и vv. colica d. и ileo-colica съ ихъ развитыями переполнены с/ро красными слоистыми и зернистыми массами, а въ бол/е мелкихъ в/ткахъ—темнокрасной свернувшейся кровью. Только v. gastro-epiploica d. и крупная в/тка, отходящая у м/ста впаденія v. colicae d. и идущая къ средней части тонкихъ кишекъ, не содержитъ свернувшейся крови. Ст/нка воротной вены въ м/ст/хъ слиянія ея съ верхней брызжеечной, а также этой посл/дней значительно утолщена и негладка; утолщеніе особенно сильно у впаденія v. colicae d. въ V. azigos дов. сильно расширена. Эпикризъ: паренхиматозное перерожденіе сердечной мышцы; отекъ и гиперемія легкихъ; хроническое увеличеніе селезенки; атрофическій циррозъ печени; *тромбозъ воротной вены*; гнойный сывороточно-фибринозный перитонитъ; геморрагическія эрозіи на слизистой оболочк/ желудка.

26. Случай 2. П. П., 44 л., поступилъ въ Обуховскую больницу 30/1 1905 г. съ жалобами на сильную слабость. Родился въ Петербург/ отъ здоровыхъ отца и матери. Д/тскихъ бол/зней не помнитъ. До настоящаго забол/ванія нич/мъ серьезнымъ не страдалъ. Сифилисъ, болотную лихорадку отрицаетъ. Пилъ порядочно. Настоящая бол/знь началась за 10 дней до поступленія въ больницу болью подъ ложечкой, кровавой рвотой въ теченіи первыхъ 2-хъ дней и испраженіями дегтеобразнаго цв/та.

Средняго роста; правильнаго сложенія. Кожа и видимыя слизистыя оболочки очень бл/дны. Мышцы и подкожно-жирный слой развиты плохо. Позывъ на /ду удовлетворительный. Языкъ обложенъ; десны бл/дноваты. Глотаетъ свободно, безъ боли. Посл/ /ды чувствуетъ тяжесть подъ ложечкой. Небольшая отрыжка, изжога н/тъ; тошноты и рвоты также. Испраженія дегтеобразнаго цв/та. Животъ умирено вздутъ, бол/зненъ подъ ложечкой. Геморроя н/тъ. Газы отходятъ свободно. Границы печени и селезенки всл/дствіе вздутія кишекъ опред/ляются неясно. Брюшной водянки не опред/ляется. Мочениспусканіе свободно; мочи достаточно, уд. в. 1,010, безъ б/лака и сахара. Лимфатическія железы не увеличены. Насморк н/тъ. Небольшая одышка; кашля, боли въ груди н/тъ. Дых. 20—22. Въ легкихъ при выстукиваніи и выслушиваніи ничего особаго. Сердцебиенія, боли и замиранія въ области сердца н/тъ. Толчекъ сердца между 5—6-мъ ребромъ; границы нормальны; звуки чисты. Пульсъ частый, малый. Артеріи слегка склерозированы. Р/зкое малокровіе: Нв. 25% по Fleischl'y. Сонъ хорошій. Головной боли н/тъ. Головокруженіе. Видитъ, слышитъ хорошо. Чувствительность умирено повышена. Рефлексы живые. Судорогъ н/тъ. Температура нормальная.

\*) Изъ протокола вскрытія приведу лишь ту часть, которая касается брюшной полости.

вотъ. Къ 4/у испражнения уже приняли нормальный цвѣтъ. Реакція *Weber'a* на кровь была отрицательная. Къ 9/у брюшная водянка стала замѣтно больше, и окружность живота равнялась 86 см. Одновременно съ брюшной водянкой наблюдалось постепенное расширение венъ живота и увеличеніе селезенки. Только къ 25/у брюшная водянка достигла максимума — окружность живота въ этотъ день равнялась 100 см. Проколомъ выпущено 5500 к. стм. желтовато-бѣлой жидкости. Вслѣдъ за этимъ, однако, брюшная водянка вновь быстро стала расти, и къ 9/ви, т. е. черезъ 14 дней, окружность живота равнялась 100,5 см.

Сопоставивъ въ опредѣленной связи всѣ явленія, наблюдавшіяся у больного, а именно — внезапное начало болѣзни болью въ области надчревя, кровавыя рвоты и испражнения, быстрый вторичный ростъ брюшной водянки, увеличеніе селезенки и т. д., я имѣю достаточно оснований остановиться на распознаваніи «атрофическій циррозъ печени; тромбозъ воротной вены», исключивъ всѣ оходныя заболѣванія.

10/ви ч. пр. Г. Ф. Цейдлеръ произвелъ больному операцію *Talm'y*.

29/ви больной погибъ отъ истощенія.

Вскрытіе (Л. Р. Креверъ): Кожные покровы блѣдны, съ слегка желтоватымъ оттѣнкомъ. Подкожного жара почти нѣтъ вовсе. Ноги сильно отечны. Въ плевральныхъ полостяхъ обильное количество прозрачной жидкости, темножелтаго цвѣта, не содержащей фибрина. Въ околосердечной сумкѣ около 3—4 чайныхъ ложекъ такой-же жидкости. Сердце нормальной величины; желудочки его нѣсколько растянуты; мышца лѣваго желудочка нѣсколько атрофирована, буроватожелтаго цвѣта, мутна, дрябла, заслонки и большіе сосуды безъ измѣненій, также и вѣнечныя артеріи. Правое легкое мѣстами срощено съ грудной кѣткой отдѣльными фиброзными, не легко отдѣляющимися перепонками; лѣвое легкое свободно; оба легкія немного эмфизематозны, на разрѣзъ полнокровны, повсюду проходимы для воздуха. По бѣлой линіи рубецъ послѣ чревосеченія, при чемъ кожа на ограниченномъ мѣстѣ разошлась. Большой сальникъ плотно срощен въ области печени съ передней брюшной стѣнкой; съ которой спаяна и печень. Послѣдняя спаяна также и со слѣпой кишкой, которая притянута вверхъ, къ почечной области, между тѣмъ какъ правая подвздошная амка оказывается свободной. Въ брюшной полости огромное количество мутноватой, свѣтложелтой жидкости, содержащей много фибрина и фибриновыхъ сгустковъ. Пристѣнная брюшина рѣзко утолщена, мутна; на утолщенной сывороточной оболочкѣ кишечника во многихъ мѣстахъ находится легко снимающійся фибриновый налетикъ. Въ общемъ сывороточный покровъ кишки и вообще вся брюшина бѣлаго перламутроваго цвѣта, блѣдна. Желудокъ сильно раздутъ и расширенъ. Печень мало выдается изъ-подъ края реберъ, желтаго цвѣта, мелко бугриста, плотна, очень плоска, какъ блинъ; размѣры ея: длина 24, ширина 12, толщина 4 см., при чемъ утолщеніе и измѣненіе равномерно распространено на обѣ доли въ одинаковой степени; рѣжется печень съ рѣзкимъ хрустомъ; на поверхности разрѣза ткань фиброзна, рисунка нѣтъ; бросаются въ глаза закупоренныя красными тромбами вены, принадлежащія развитію воротной вены. Послѣдняя также дов. плотно закупорена темно-красными тромбами на всемъ протяженіи. Если прослѣдить тромбъ по направленію къ корню воротной вены, т. е. къ большой брызжеечной венѣ и отходящей селезеночной у головы поджелудочной железы, то оказывается, что здѣсь тромбъ шире, обезцвѣченъ, организованъ и плотно спаянъ со стѣнкой сосуда — явленія, указывающія на большую давность его и на то, что здѣсь онъ была первоначальнымъ. Однако, тромбъ этотъ не распространяется въ селезеночную вену, а идетъ по направлению къ печени и печеночнымъ развитіямъ воротной вены, какъ это указано выше. Также не удалось прослѣдить тромбъ въ желудочной венѣ. Желчный пузырь сморщенъ, малъ, содержитъ очень немного густой, темнозеленой желчи. Желчные протоки безъ измѣненій. Селезенка очень увеличена: длина 19, ширина 12, толщина 4 см.; сумка ея бѣлаго цвѣта, значительно утолщена, сморщена; разрѣзы поверхности свѣтлораснаго цвѣта, мясисты; перекладины отчетливы; мякоть не выскабливается; вены селезенки всѣ свободны. Почка немного больше нормальной; сумка снимается съ нихъ легко; поверхность ихъ гладкая, темно-краснаго цвѣта; корковый слой не расширенъ, мутноватъ; границы его не рѣзки. Кишечникъ, какъ указано выше, блѣденъ, отеченъ, слизистая оболочка его также блѣдна, отечна, безъ воспалительныхъ измѣненій; содержимое его окрашено желчью и не содержитъ крови, а также не имѣетъ и кровянистой окраски. Брызжейка также отечна, плотновата, фиброзно измѣнена. Желудокъ сильно раздутъ; слизистая оболочка его нѣсколько отечна; складки ея сглажены; у входа въ желудокъ, а также въ нижней части пищевода бросаются въ глаза четковидно-расширенныя вены, но присутствія крови въ желудкѣ на обнаружено. Поджелудочная железа отечна, плотна, на разрѣзъ темно-красновата. Мозговая оболочка и головной мозгъ, кромѣ отечности, видимыхъ измѣненій не представляютъ. Эпикризъ: паренхиматозное и жировое перерожденіе сердечной мышцы; расширеніе желудочковъ сердца; частичный, хроническій, слипчивый, фибринозный, правосторонній плевритъ, пассивная гиперемія легкыхъ; хроническое увеличеніе селезенки; атрофическій циррозъ печени; тромбозъ воротной вены; хроническій, слипчивый, ограниченный перитонитъ со спайками между большими сальникомъ

и брюшной стѣнкой; хроническій, разлитой нефритъ небольшой степени; острый, разлитой, сывороточно-фибринозный перитонитъ; отекъ подкожной кѣтчатки ногъ; рубецъ по средней линіи послѣ чревосеченія; расширеніе венъ желудка и входа въ него.

**Этіологія.** Изъ разбора вышеприведенныхъ случаевъ явствуетъ, что причиной образованія тромба въ 4-хъ изъ нихъ служить сифилисъ, въ 3-хъ — хроническій перитонитическій процессъ въ воротахъ печени, въ 1 — желчный камень, въ 1 — увеличенныя железы въ печеночныхъ воротахъ. Всѣ эти процессы вели къ образованію тромба болѣею частью путемъ сдавленія. Многие случаи описаны безъ ясной этіологіи. Обративъ вниманіе на то, что въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ внутренняя оболочка воротной вены была значительно утолщена, *Bormann* высказалъ предположеніе, что причиной образованія тромба въ такихъ случаяхъ является первичное заболѣваніе стѣнокъ воротной вены. Таковы случаи *Gintrac'a*, *Oppolser'a*, *Balfour-Steward'a*, *Raikem'a*, *Morchad'a*, *Osler'a*, *Leyden'a* и 2-ой случай самого *Bormann'a*. Къ нимъ-же относятся оба случая *Buday'a* и 1-ый случай мой. Что-же касается остальныхъ случаевъ, то для нихъ этіологія остается неизвѣстной.

**Распознаваніе.** Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ болѣзнь начинается болью подъ ложечкой, кровавой рвотой и кровавыми испражнениями, какъ въ моихъ случаяхъ, болѣзнь можно въ началѣ смѣшать съ язвой въ желудкѣ, въ 12-перстной кишкѣ, съ ракомъ въ желудкѣ, наконецъ, съ сифилисомъ его, но при дальнѣйшемъ наблюденіи все это легко исключить. Наибольшее сходство болѣзнь имѣетъ съ циррозомъ печени. При циррозѣ печени, какъ извѣстно, капилляры желудка и слизистой оболочки кишекъ могутъ лопнуть и вызвать такимъ образомъ, кровавыя рвоты и испражнения. Подобная-же картина можетъ получиться и вслѣдствіе расширенія венъ пищевода, внутренней геморроидальной вены; здѣсь также имѣется брюшная водянка, расширенныя вены и т. д. Отличительными признаками служатъ: внезапное начало болѣзни болью подъ ложечкой, бурное развитіе брюшной водянки и повторные быстрые возвраты ея. Изъ сходныхъ болѣзней отмѣчу еще сморщивающійся (*schrumpfende*) перигепатитъ; но онъ течетъ гораздо медленнѣе, длится многие годы съ перерывами, при чемъ увеличенія селезенки не бываетъ. Еше легче исключить хроническій перитонитъ.

**Предсказаніе** неблагоприятное. Излѣченіе возможно только тогда, когда дѣло имѣется съ сифилитическимъ *ruberplebitomъ* или съ давленіемъ гуммой. Въ такихъ случаяхъ специфическое лѣченіе приноситъ пользу. Возможно, повидимому, произвольное исцѣленіе въ случаѣ образованія достаточныхъ окольных путей. Въ основѣ операціи *Talm'y* лежитъ таже цѣль.

На основаніи данныхъ литературы и своихъ случаевъ позволю себѣ сдѣлать слѣдующія заключенія:

1. Тромбозъ воротной вены какъ клинически, такъ и патолого-анатомически представляетъ изъ себя дов. законченную картину и, если не всегда, то все-же часто даетъ опредѣленную группу припадковъ, которая и можетъ привести къ правильному распознаванію.

2. Въ числѣ причинъ образованія тромба дов. часто играетъ, повидимому, роль первичное заболѣваніе стѣнокъ сосуда.

Въ заключеніе считаю пріятнымъ долгомъ выразить здѣсь глубокую благодарность *А. А. Нечасу* за тѣ цѣныя указанія, которыя онъ давалъ мнѣ при моихъ наблюденіяхъ.

**Литература.** 1. *Boucly*. Des lésions intestinales consécutives à la thrombose de la veine porte ou de ses branches d'origine. Парижская диссертация, 1894 г. — 2. Die Krankheiten der Leber. von Prof. Dr. H. Quincke und Prof. Dr. G. Hoppe-Seyler. — 3. *Никифоровъ*. Основы патологической анатоміи. — 4. *Charcot*, Traité de Médecine, т. III. — 5. *Strümpell*. Частная патологія и терапия, русск. перев., 1894 г., т. 1. — 6. *Dieulafoy*. Руководство къ внутренней патологіи. Русск. перев., 1899 г. — 7. «Клиника внутреннихъ болѣзней», 1900 г. — 8. *Bormann*. Beiträge zur Thrombose des Pfortaderstammes. «Deutsches Archiv f. klin. Medicin», 1897 г., т. 59. — 9. *Umber*. Beitrag zur Pfortaderobliteration. «Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie», 1901 г., т. 7. — 10. *Saxer*. Beiträge zur Pathol. des Pfortaderkreislaufs. «Centralblatt f. allgemeine Pathologie u. patholog. Anatomie». — 11. *Buday*. Тамъ-же т. XIV, № 5.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ

**Постановка дѣла призрѣнія душевно-больныхъ на театрѣ военныхъ дѣйствій во время русско-японской войны за 1-ый годъ ея \*).**

Неподготовленность наша, столь рѣзко и ярко сказавшаяся во время русско-японской войны и столь чреватая своими послѣдствіями, обнаружилась, конечно, и въ в.-медицинскомъ дѣлѣ. Даже на бумагѣ, повидимому, не было опредѣленнаго плана. Съ самаго начала войны госпитали (т. наз. «полевые запасные госпитали» разныхъ номеровъ) блуждали съ мѣста на мѣсто, и казалось, что просто не знали, что съ ними дѣлать. Врачей, которыхъ отправляли съ самаго начала войны изъ Россіи сотнями и которыхъ торопили отправкой такъ, что громадному большинству ихъ пришлось отправиться сибирскими экспрессами, дабы успѣть въ назначенное мѣсто въ поверстный срокъ, в.-медицинское начальство въ Харбинѣ, Хабаровскѣ и Читѣ, куда главнымъ образомъ и направлялись первыя партіи призванныхъ изъ запаса врачей, встрѣчало съ недоумѣніемъ и не знало, что съ ними дѣлать и куда ихъ направлять. Этимъ и объясняется, что врачей перемѣщали изъ одного госпиталя въ другой или изъ одной части войскъ въ другую по нѣскольку разъ въ недѣлю и что болѣе  $\frac{1}{2}$  ихъ, отправленныхъ изъ Россіи на театрѣ военныхъ дѣйствій, просидѣли въ Харбинѣ и Хабаровскѣ безъ всякаго дѣла болѣе 4—5 мѣс. въ ожиданіи формировація какихъ-то госпиталей, между тѣмъ какъ въ это-же время другой небольшой группѣ врачей пришлось работать съ самаго начала войны, не зная ни одной минуты отдыха до самаго возвращенія въ Россію по окончаніи войны. Такое-же неравномерное и несправедливое распредѣленіе работы наблюдалось и во время всей войны. Въ то время, какъ небольшая группа врачей постоянно работала и постоянно была занята, громадное большинство ихъ сидѣли безъ дѣла, и всѣ ходатайства передъ в.-медицинскимъ начальствомъ о прикомандированіи свободныхъ врачей къ тому лѣчебному заведенію, въ которомъ было много работы, ни къ чему не приводили, такъ какъ въ каждомъ госпиталѣ долженъ былъ сохраниться свой штатъ, положенный по уставу, хотя-бы въ одномъ госпиталѣ не было ни одного больного, а въ другомъ было ихъ много. Штаты въ обоихъ госпиталяхъ должны были быть заполненными, какъ полагается по уставу. Словомъ, отсутствіе заранее выработаннаго плана замѣчалось во всемъ в.-медицинскомъ дѣлѣ на войнѣ.

Особенно гибельно сказывалось это отсутствіе опредѣленнаго плана во время боевъ: въ началѣ боя громадное большинство врачей изъ ближайшихъ тыловыхъ госпиталей обыкновенно вызывались на передовыя позиціи, гдѣ они оставались во все время боя безъ всякаго дѣла, а въ тыловыхъ госпиталяхъ, куда уже на 2-ой или 3-ій день послѣ начала боя поступали въ больномъ числѣ раненые и больные съ передовыхъ позицій, ощущался громадный недостатокъ въ медицинскомъ персоналѣ, такъ-что на 5—6 врачей приходилось отъ 600 до 700 раненыхъ и больныхъ, которыхъ нужно было оперировать, перевязывать и лѣчить. Въ такомъ именно положеніи находилось большинство харбинскихъ госпиталей во время боевъ ляоянскихъ, мукденскихъ и др.

Если такое отсутствіе опредѣленнаго плана или отсутствіе подготовленности замѣчалось во всемъ в.-медицинскомъ дѣлѣ вообще, то по отношенію къ призрѣнію и лѣченію душевнобольныхъ на войнѣ эта неподготовленность была прямо поразительная. Очевидно было, что никто изъ тѣхъ, которымъ это вѣдать надлежало и которые должны были объ этомъ думать, и не думалъ о возможности появленія на войнѣ душевно- и нервно-больныхъ. Очевидно было, что даже самый вопросъ о призрѣніи и лѣченіи душевнобольныхъ на театрѣ войны въ специальныхъ лѣчеб-

ныхъ заведеніяхъ со специальнымъ психіатрическимъ персоналомъ, въ в.-медицинскомъ вѣдомствѣ никогда и не поднимался. По крайней мѣрѣ, когда при представленіи своему в.-медицинскому инспектору Приамурскаго военного округа въ Хабаровскѣ 4/ш 1904 г. (т. е. въ началѣ войны) я заявилъ ему о своей специальности (психіатріи и нейропатологіи), то онъ улыбнулся и сказалъ мнѣ, что едва-ли на войнѣ будетъ для меня работа по специальности, такъ какъ едва-ли на войнѣ будутъ душевно- и нервно-больные. На мое замѣчаніе, что во время франко-прусской войны было много душевнобольныхъ, вдвое больше, чѣмъ ихъ бываетъ въ мирное время среди военныхъ, онъ отвѣтилъ: «Это тамъ, а у насъ этого не будетъ».

Изъ этой краткой бесѣды я вынесъ впечатлѣніе, что в.-медицинскій инспекторъ Приамурскаго военного округа никогда и не думалъ объ этомъ вопросѣ и совершенно съ нимъ не былъ знакомъ. Между тѣмъ, какъ мнѣ удалось узнать потомъ отъ врачей, участвовавшихъ въ «китайской экспедиціи» (1900 г.), и во время послѣдней было не мало душевнобольныхъ, главнымъ поставщикомъ которыхъ были сибирскія войска. Если принять въ вниманіе, что съ самаго начала русско-японской войны призваны были къ участію въ ней именно сибирскія войска, которые такимъ образомъ въ теченіи 2—3-хъ лѣтъ выдержали 2 мобилизаціи и которые не успѣли еще оправиться послѣ китайской экспедиціи, то легко было сообразить, что душевнобольные во время предстоявшей войны обязательно должны были быть, что для нихъ нужны будутъ специальные лѣчебныя заведенія со специальнымъ психіатрическимъ персоналомъ и что душевнобольныхъ придется эвакуировать за 10000 верстъ въ европейскую Россію, такъ какъ имѣющіяся въ Забайкальѣ и Сибири психіатрическія заведенія постоянно переполнены и въ мирное время и не въ состояніи будутъ вмѣстить всѣхъ душевнобольныхъ, которые появятся на театрѣ военныхъ дѣйствій.

Но обо всемъ этомъ, что само собою напрашивалось, никто не думалъ и, очевидно, не хотѣлъ думать. Только горькая дѣйствительность заставила в.-медицинское начальство подумать объ этомъ вопросѣ, т. е. о призрѣніи и лѣченіи душевнобольныхъ на войнѣ, и то, какъ это будетъ видно ниже, не особенно глубоко. Все, что дѣлалось въ отношеніи призрѣнія и лѣченія душевнобольныхъ на войнѣ, носило скорѣе характеръ случайный, чѣмъ строго обдуман- ный. Между тѣмъ еще въ 1885 г. появился «Отчетъ о санитарномъ состояніи прусской арміи во время франко-прусской войны», въ которомъ цѣлый томъ посвященъ «травматическимъ, идиопатическимъ и развивающимся послѣ различныхъ болѣзней заболѣваніямъ нервной системы въ нѣмецкой арміи во время войны противъ Франціи въ 1870—71 гг.», и въ этомъ томѣ цѣлая глава (10-ая) отведена психозамъ военного времени—«Kriegspsychosen». Очевидно, наше в.-медицинское начальство совершенно не было знакомо съ этимъ отчетомъ и, какъ я потомъ успѣлъ убѣдиться, даже не знало о существованіи его.

Для ясности изложенія считаю болѣе удобнымъ описать постановку призрѣнія и лѣченія душевнобольныхъ на театрѣ военныхъ дѣйствій шагъ за шагомъ, какъ я имѣлъ возможность наблюдать ее съ самаго начала, принимая въ ней активное участіе.

Вообще въ дѣлѣ призрѣнія и лѣченія душевнобольныхъ на театрѣ войны слѣдуетъ различать 3 періода: 1-ый обнимаетъ время отъ самаго начала войны до 20/iv 1904 г. (приблизительно около 2 $\frac{1}{2}$  мѣс.); 2-ой—отъ 20/iv 1904 г. до 15/xii того же года (приблизительно около 8 мѣс.) и, наконецъ, 3-ій—отъ 15/xii 1904 г. до конца войны. Въ теченіи первыхъ 2-хъ періодовъ дѣло призрѣнія и лѣченія душевнобольныхъ на войнѣ находилось въ вѣдѣніи военного вѣдомства, а въ 3-мъ—въ вѣдѣніи Краснаго Креста.

1-ый періодъ (т. е. отъ начала войны до 20/iv 1904 г.) можетъ быть названъ «періодомъ полного неустройства». Въ этомъ періодѣ душевнобольные разсыяны были по всѣмъ госпиталямъ, помѣщались въ однѣхъ палатахъ вмѣстѣ съ соматическими больными, находились подъ наблюденіемъ врачей неспеціалистовъ и нисколько не обращали на себя вниманія медицинскаго начальства. Въ этомъ періодѣ (именно въ началѣ апрѣля) перваго душевнобольного на

\*) Сообщено въ Петербургскомъ Обществѣ психіатровъ 29/iv 1906 г.

театр войны я виделъ въ полевомъ запасномъ № 7 госпиталѣ въ Харбинѣ.

Это былъ казакъ 4-го Забайкальскаго баталіона, 32 л., призванный изъ запаса и продѣлавшій уже 2-ую мобилизацію (1-ую онъ продѣлалъ во время китайской экспедиціи). Онъ сильно галлюциновалъ и отказывался отъ пищи. Заболѣлъ онъ послѣ усиленнаго перехода со своею частью (походнымъ порядкомъ) изъ Благовѣщенска въ Харбинъ. Помѣщался въ одной общей палатѣ съ другими соматическими больными, и ординаторъ этой палаты, не будучи психіатромъ, былъ въ отчаяніи, не зная, что съ нимъ дѣлать.

Главный врачъ госпиталя написалъ рапортъ медицинскому инспектору в.-окружныхъ Управленій маньчжурской арміи о томъ, что этого душевнобольного нельзя держать вмѣстѣ съ другими больными, но больной оставался въ госпиталѣ до середины апрѣля. Такъ какъ 7-ой полевой запасный госпиталь, въ которомъ лежалъ этотъ душевно-больной, былъ рядомъ съ 9-мъ полевомъ запаснымъ госпиталемъ, въ которомъ я былъ старшимъ ординаторомъ и лѣчилъ венерическихъ больныхъ, то я ежедневно навѣщалъ этого больного и кормилъ его сначала ложкой, а потомъ зондомъ. Въ срединѣ апрѣля больной этотъ переведенъ былъ въ харбинскій сводный № 1 госпиталь, куда и приказано было перевести всѣхъ душевнобольныхъ, находившихся въ разныхъ харбинскихъ госпиталяхъ, и направлять всѣхъ душевнобольныхъ, прибывающихъ въ Харбинъ изъ дѣйствующей арміи съ санитарными поѣздами. 20/iv состоялось распоряженіе полевого медицинскаго инспектора о смѣщеніи меня изъ старшихъ ординаторовъ въ младшіе и о прикомандированіи меня къ харбинскому сводному № 1 госпиталю для завѣдыванія душевно-больными.

Этимъ заканчивается 1-ый періодъ въ дѣлѣ призрѣнія и лѣченія душевнобольныхъ на войнѣ. Начиная съ 20/iv всѣ душевнобольные изъ дѣйствующей арміи и тыловыхъ частей направлялись въ одно мѣсто, а именно въ сводный харбинскій № 1 госпиталь, и передавались подъ наблюденіе врача-психіатра. Такимъ образомъ, съ одной стороны, поколеблено было мнѣніе, что на войнѣ не будетъ душевнобольныхъ, а, съ другой, практически выяснилась необходимость во врачѣ-специалистѣ по душевнымъ болѣзнямъ.

Въ 1-омъ сводномъ госпиталѣ, куда я былъ прикомандированъ, я засталъ 10 душевнобольныхъ: 3-хъ офицеровъ и 7 нижнихъ чиновъ. Въ числѣ послѣднихъ находился и тотъ душевнобольной казакъ, котораго я виделъ въ 7-мъ полевомъ запасномъ госпиталѣ и который, какъ я выше сказалъ, затѣмъ переведенъ былъ въ сводный 1-ый госпиталь. Душевнобольные нижніе чины помѣщались въ проходномъ корридорѣ, раздѣлявшемъ 2 большія палаты съ соматическими больными.

Для ясности слѣдуетъ замѣтить, что для своднаго 1-го госпиталя отведены были 2 большія казармы, въ которыхъ помѣщались 2 сотни пограничной стражи Заамурскаго округа, и нѣсколько отдѣльных домиковъ (въ 4 и 6 комнатъ каждый), служившихъ раньше квартирами для офицеровъ пограничной стражи. Изъ этихъ 2-хъ большихъ казармъ одна отведена была для хирургическихъ больныхъ (раненыхъ), а другая—для терапевтическихъ. Каждая изъ этихъ казармъ раздѣлена была на 2 равныя по пространству половины, между которыми находился небольшой корридоръ. Въ этомъ-то проходномъ корридорѣ и помѣщались 7 душевно-больныхъ, среди которыхъ было 4 безпозвоночныхъ и 1 съ постоянными попытками къ побѣгамъ, свершившій въ теченіи 4-хъ дней 5 побѣговъ.

Такъ какъ душевнобольные помѣщались въ проходномъ корридорѣ, то къ нимъ постоянно приставали соматическіе больные, постоянно надъ ними посмѣивались и раздражали ихъ. *Надзора за душевнобольными не было никакого*; специально приставленныхъ къ нимъ служителей не было. Такъ какъ въ томъ-же корридорѣ, гдѣ помѣщались душевнобольные, раздавалась и пища для больныхъ всей казармы (больныхъ въ этой казармѣ было около 200 чел.) и мылась посуда, то тѣмъ-же служителямъ, которые раздавали пищу и мыли посуду, порученъ былъ и надзоръ за душевно-больными. Наблюдалъ душевнобольныхъ врачъ, специалистъ по ушнымъ, горловымъ и носовымъ болѣзнямъ, никогда не имѣвшій дѣла съ душевнобольными и имѣвшій подъ своимъ наблюденіемъ еще и другихъ соматическихъ больныхъ въ госпиталѣ. Душевнобольные офицеры помѣщались вмѣстѣ съ другими соматическими больными офицерами (преимущественно венерическими больными) въ од-

номъ небольшомъ домикѣ, состоявшемъ изъ 4-хъ комнатъ, и находились подъ наблюденіемъ другого врача, завѣдывающаго вообще офицерскимъ отдѣленіемъ. Душевнобольные офицеры были сравнительно спокойны; среди нихъ были 2 прогрессивныхъ паралитика, изъ которыхъ 1 страдалъ уже глубокой формой слабоумія.

По прибытіи въ 1-ый сводный госпиталь я узналъ, что въ началѣ апрѣля (кажется, 9-го), по распоряженію в.-медицинскаго инспектора в.-окружныхъ Управленій маньчжурской арміи, отправлены были въ Рижскій военный госпиталь съ врачом-психіатромъ Г. Г. Шумковымъ 4 душевнобольныхъ и что на 25/iv назначены къ отправленію въ московскій военный госпиталь 5 душевнобольныхъ (2 офицера и 3 нижнихъ чина; остальныхъ душевнобольныхъ приказано было не отправлять въ Европейскую Россію въ виду подозрѣнія на притворство. Замѣчу кстати, что среди этихъ, якобы, притворщиковъ былъ одинъ больной съ опухолью мозга, а другой—съ эпилептическимъ автоматизмомъ). Эти 5 душевнобольныхъ и отправлены были 25/iv въ московскій военный госпиталь съ врачом, не специалистомъ, который назначенъ былъ для этой цѣли в.-медицинскимъ окружнымъ инспекторомъ.

Такимъ образомъ въ этомъ 1-омъ періодѣ душевнобольные находились скорѣе въ вѣдѣніи окружного в.-медицинскаго Управленія, чѣмъ своднаго 1-го госпиталя, такъ какъ назначеніе душевнобольныхъ къ эвакуаціи и опредѣленіе ихъ болѣзни дѣлались самимъ в.-медицинскимъ инспекторомъ, да и врачи для сопровожденія душевнобольныхъ въ европейскую Россію назначались не госпитальнымъ начальствомъ, а в.-медицинскимъ Управленіемъ.

Принявъ 22/iv завѣдываніе душевнобольными въ 1-мъ сводномъ харбинскомъ госпиталѣ, я сталъ хлопотать о предоставленіи для послѣднихъ отдѣльнаго домика (изъ 6 небольшихъ комнатъ), который находился рядомъ съ канцеляріей госпиталя и въ которомъ жили сестры милосердія. Благодаря особому сочувствію главнаго врача госпиталя Г. Н. Глаголева, сестры милосердія черезъ день были переведены въ одну изъ фанзъ, домикъ-же наскоро былъ отремонтированъ, и уже къ 29/iv душевнобольные переведены были въ него изъ проходнаго корридора большой казармы. Сюда-же переведены были и душевнобольные офицеры изъ соматическаго офицерскаго отдѣленія, въ которомъ они находились раньше. Такимъ образомъ душевнобольные офицеры содержались вмѣстѣ съ нижними чинами. Одновременно съ переводомъ душевнобольныхъ въ отдѣльное помѣщеніе я добился также и назначенія отдѣльнаго для нихъ надзирательскаго и служительскаго персонала; назначены были: сестры милосердія, ротный фельдшеръ и 10 санитаровъ изъ запасныхъ (призванныхъ изъ запаса) нижнихъ чиновъ, которыхъ я и началъ обучать уходу за душевнобольными. Къ счастью, и сестры милосердія, и фельдшеръ оказались очень хорошими людьми, любящими больныхъ, и при томъ людьми толковыми. Благодаря имъ, не смотря на всѣ неблагоприятныя условія во всѣхъ отношеніяхъ, душевнобольные содержались сравнительно удовлетворительно, пользовались хорошимъ и сердечнымъ уходомъ, и среди нихъ не было несчастныхъ случаевъ. Что-же касается санитаровъ, то ихъ пришлось часто мѣнять, такъ какъ нѣкоторые изъ нихъ сами отказывались работать въ отдѣленіи душевнобольныхъ, а другихъ пришлось удалить изъ отдѣленія за неспособность и грубое обращеніе съ больными.

Такимъ образомъ начало призрѣнія душевнобольныхъ на театрѣ военныхъ дѣйствій положено было въ сводномъ харбинскомъ № 1 госпиталѣ и должно быть отнесено къ 20/iv 1904 г., когда душевнобольные выдѣлены были въ отдѣльное помѣщеніе, поручены были наблюденію врача-психіатра и къ нимъ назначенъ былъ отдѣльный служительскій и надзирательскій персоналъ (хотя и не специально-подготовленный). Однако, персоналъ, назначенный для ухода за душевнобольными, никакими преимуществами не пользовался. Какъ сестра милосердія и фельдшеръ, такъ и я (врачъ, назначенный для завѣдыванія душевнобольными) несли дежурства по всему госпиталю; только въ маѣ мнѣ удалось добиться освобожденія сестры милосердія и фельдшера отъ дежурства по госпиталю, такъ



что они все свое время могли отдавать душевнобольнымъ. Что-же касается меня, то я продолжалъ нести дежурство по госпиталю все лѣто до августа 1904 г., когда число душевнобольныхъ стало значительно увеличиваться и когда пришлось перевести ихъ въ новыя помѣщенія—2 домика, расположенныхъ вдали отъ госпиталя и отъ проѣзжей дороги. Дѣло въ томъ, что домикъ, который отведенъ былъ сначала для душевнобольныхъ, расположенъ былъ у большой проѣзжей дороги изъ Новаго Харбина на пристань р. Сунгари; по этой дорогѣ постоянно, круглыя сутки, проѣзжали извозчики съ пассажирами и обозы съ грузами, особенно военными, такъ что не только днемъ, но и ночью душевнобольные не могли имѣть покоя; къ тому же въ домикѣ этомъ негдѣ было устроить ванну, и душевнобольныхъ для принятія ваннъ приходилось водить черезъ большую проѣзжую дорогу въ большія казармы, гдѣ помѣщались соматическіе больные. Кромѣ того, вскорѣ оказалось, что домикъ этотъ не можетъ вмѣстить въ себя всѣхъ душевнобольныхъ, поступавшихъ изъ дѣйствующей арміи и тыловыхъ частей, такъ что болѣе спокойныхъ приходилось переводить въ общія палаты, гдѣ помѣщались соматическіе больные; наконецъ, очень неудобнымъ оказалось совместное содержаніе душевнобольныхъ офицеровъ съ нижними чинами, особенно если тѣ или другіе были больные сознательные. Въ виду всего этого я скоро сталъ хлопотать о предоставленіи для душевнобольныхъ 2-хъ домиковъ, расположенныхъ вдали отъ проѣзжей дороги и имѣвшихъ каждый по небольшому дворику, гдѣ больные могли гулять. Такъ какъ домики эти находились въ вѣдѣніи коменданта харбина и были заняты офицерами пограничной стражи, то не такъ скоро удалось получить ихъ. Только въ срединѣ іюля мы приобрѣли одинъ изъ этихъ домиковъ (т. наз. № 21), другой-же, сосѣдній, домикъ (№ 22-ой) удалось заполнить только въ срединѣ августа. Такимъ образомъ только съ середины августа, по полученіи 2-хъ домиковъ, въ одномъ мы помѣстили душевнобольныхъ офицеровъ, въ другомъ—душевнобольныхъ нижнихъ чиновъ. Кромѣ того, въ одномъ изъ этихъ домиковъ устроена была ванна. Каждый изъ этихъ домиковъ имѣлъ по 6 небольшихъ комнатъ, въ которыхъ могли помѣститься отъ 10 до 12 душевнобольныхъ. Съ переходомъ душевнобольныхъ въ 2 домика увеличено было и число прислуги до 15 чел.; кромѣ того, прибавленъ былъ еще 1 фельдшеръ, также ротный.

Питались душевнобольные изъ общей кухни госпиталя; кромѣ того, имъ давалось еще и много добавочныхъ блюдъ, равно какъ и молока, чая и сахара, которые приобретались на частныя средства, имѣвшіяся въ моемъ распоряженіи и пожертвованныя мнѣ исключительно на улучшеніе пищи и вообще содержаніе душевнобольныхъ. Благодаря этимъ частнымъ жертвованіямъ, душевнобольные въ харбинскомъ сводномъ № 1 госпиталѣ въ отношеніи питанія поставлены были въ гораздо лучшія условія, чѣмъ остальные больные этого госпиталя. Молока, яицъ, чая и сахара отпускалось душевнобольнымъ столько, сколько имъ хотѣлось или сколько назначалось; душевнобольные офицеры получали ежедневно на 3-ье блюдо сладкое; кромѣ того, имъ часто давались и разныя закуски и фрукты, не смотря на то, что все это въ Харбинѣ стоило очень дорого; такъ, напр., бутылка молока стоила отъ 40 до 50 коп.

Не смотря на тѣсноту помѣщенія никакихъ стѣснительныхъ мѣръ по отношенію къ больнымъ не примѣнялось: смирительной рубашкой не пользовались ни разу, двери отдѣльныхъ комнатъ оставались открытыми, и больные гуляли во дворъ по 2 раза въ день, утромъ и днемъ. Въ случаяхъ безпокойства примѣнялись постельное содержаніе и впрыскиванія гидробромистаго гіосцина (1:5000).

За время съ 20/iv по 15/xi 1904 г. (т. е. за 8 мѣс.) число душевнобольныхъ, поступавшихъ въ т. наз. отдѣленіе душевнобольныхъ, при харбинскомъ сводномъ № 1 госпиталѣ, равнялось 400; изъ нихъ офицеровъ было 111, а нижнихъ чиновъ—289.

По мѣсяцамъ число поступленій распредѣлялось такъ:

М ѣ с я ц а		Офицеры	Нижние чины	Общее чи- сло
Апрѣль	1904 г. . . .	3	7	10
маѣ	"	5	7	12
іюнь	"	5	13	18
іюль	"	9	21	30
августъ	"	10	30	40
сентябрь	"	17	64	81
октябрь	"	18	54	72
ноябрь	"	24	36	60
до 15 декабря	"	20	57	77
Всего . . .		111	289	400

Такъ какъ домики, отведенные для душевнобольныхъ, могли вмѣщать въ себя, самое большое, 30 душевнобольныхъ, то изъ приведенныхъ цифръ поступленій ясно видно, что душевнобольные въ Харбинѣ долго оставаться не могли и, по мѣрѣ возможности, должны были скорѣе быть эвакуированы изъ госпиталя, дабы освободить мѣста для вновь прибывающихъ изъ дѣйствующей арміи (съ позицій) и изъ тыловыхъ частей. И дѣйствительно, душевнобольные въ Харбинѣ оставались недолго, послѣ чего они эвакуировались въ московскій военный госпиталь. Въ началѣ, когда число поступленій было небольшое, при эвакуаціи душевнобольныхъ принималось во вниманіе главнымъ образомъ ихъ состояніе, и обыкновенно эвакуировались душевнобольные совершенно спокойные; безпокойные же оставались въ госпиталѣ до полного успокоенія. Впослѣдствіи, когда число поступленій значительно увеличилось и когда домики не въ состояніи были вмѣщать всѣхъ поступающихъ больныхъ, приходилось эвакуировать и сравнительно безпокойныхъ, при чемъ въ этихъ случаяхъ больные иногда оставались въ отдѣленіи для душевнобольныхъ не болѣе 5—6 дней. Частота эвакуацій, равно какъ и число больныхъ, эвакуированныхъ за разъ, зависѣло главнымъ образомъ отъ степени переполненія отдѣленія. Когда число поступленій было небольшое, эвакуація совершалась 1 разъ въ мѣсяцъ, и въ 1 разъ эвакуировались отъ 4 до 5 больныхъ; когда-же число поступленій значительно увеличилось, эвакуаціи участились до 3-хъ разъ въ мѣсяцъ и каждый разъ эвакуировались по 30—35 душевнобольныхъ.

Частота эвакуацій и число эвакуированныхъ душевнобольныхъ лучше всего видны изъ слѣдующей таблицы:

№№	Число и мѣсяцъ	Офицеры	Нижние чины	Общее чи- сло
1.	9/iv 1904 г. . . .	2	2	4
2.	25/iv "	2	3	5
3.	17/v "	1	6	7
4.	24/vi "	5	7	12
5.	10/vii "	4	13	17
6.	20/viii "	5	8	13
7.	14/ix "	—	12	12
8.	10/x "	4	19	23
9.	23/xi "	8	28	36
10.	30/xi "	5	17	22
11.	19/xi "	8	14	22
12.	3/xi "	8	15	23
13.	15/xi "	5	12	17
14.	28/xi "	9	11	20
15.	9/xii "	7	22	29
Всего . . .		73	189	262

Кромѣ переполненія госпиталя, частота эвакуацій и число эвакуируемыхъ душевнобольныхъ зависѣли также отчасти и отъ времени предоставленія эвакуаціонной Комиссіей вагоновъ для перевозки душевнобольныхъ, равно

куаціонная комиссія предоставляла вагоны для перевозки душевнобольныхъ по мѣрѣ требованія завѣдующаго отдѣленіемъ душевнобольныхъ и когда вагоны отпускались въ требуемомъ числѣ, то эвакуаціи совершались правильнѣе и аккуратнѣе. Къ сожалѣнію, эвакуаціонная Комиссія не всегда могла удовлетворять требованія завѣдующаго отдѣленіемъ душевнобольныхъ; иногда приходилось ждать эвакуаціи по цѣлымъ недѣлямъ, а между тѣмъ душевнобольные продолжали поступать въ значительномъ числѣ, когда отдѣленіе бывало переполнено; спокойныхъ больныхъ приходилось переводить въ палату къ соматическимъ больнымъ, гдѣ они и лежали рядомъ съ ними; тогда приходилось разрываться на части; нужно было слѣдить и за душевнобольными въ отдѣленіи, и за душевнобольными, помѣщенными въ соматической палатѣ. Все это бывало особенно во время боевъ или большихъ сраженій, когда санитарные поѣзда, число которыхъ въ началѣ было крайне ограничено, не отправлялись на западъ къ Иркутску, а ходили только между передовыми позиціями и Харбиномъ, доставляя раненыхъ и больныхъ съ поля сраженія и изъ частей войскъ, расположенныхъ на передовыхъ позиціяхъ.

Въ началѣ, когда число эвакуируемыхъ душевнобольныхъ было небольшое, 14—5 чел., они перевозились въ пассажирскихъ поѣздахъ, при чемъ для нихъ отводились 2—3 купе въ вагонахъ 2-го или 3-го класса, а кормили ихъ изъ станціонныхъ буфетовъ; впоследствии-же, когда число эвакуируемыхъ душевнобольныхъ возросло до 20 и болѣе чел., для нихъ предоставлялись арестантскіе вагоны (съ желѣзными рѣшетками на окнахъ), которые всегда прицѣплялись къ санитарнымъ поѣздамъ, при чемъ спокойные душевнобольные офицеры и врачъ, сопровождавшій больныхъ, обыкновенно помѣщались въ вагонъ 2-го класса. Пищу душевнобольные получали отъ санитарнаго поѣзда, съ которымъ они слѣдовали.

Такъ поставлено было дѣло призрѣнія душевнобольныхъ на театрѣ войны въ т. наз. 2-ой періодъ, т. е. съ 20/IV по 15/XII 1904 г.

Остается сказать еще нѣсколько словъ о медицинскомъ персоналѣ, который работалъ въ психіатрическомъ отдѣленіи харбинскаго своднаго № 1 госпиталя. Кромѣ меня, завѣдывавшаго отдѣленіемъ, къ госпиталю, въ помощь мнѣ были прикомандированы: д-ръ Штида (въ юнѣ), д-ръ Шумковъ (вернулся послѣ первой эвакуаціи душевнобольныхъ въ юлѣ) и д-ръ Ермаковъ (въ сентябрѣ); но, къ сожалѣнію, они въ отдѣленіи работали очень мало, ибо каждый изъ нихъ по нѣскольку разъ сопровождалъ душевнобольныхъ изъ Харбина въ Иркутскъ (каждая такая эвакуація продолжалась обыкновенно отъ 3 до 4 недѣль), а д-ръ Шумковъ 2 раза сопровождалъ душевнобольныхъ до самой Москвы, такъ что врачи эти бывали въ отсутствіи по цѣлымъ мѣсяцамъ. Такимъ образомъ всю работу въ отдѣленіи пришлось нести мнѣ одному.

И такъ, изъ приведеннаго описанія видно, что въ харбинскомъ сводномъ № 1 госпиталѣ душевнобольные призрѣвались только временно до эвакуаціи ихъ въ Европейскую Россію, и ни о какомъ специальномъ лѣченіи, какъ это дѣлается въ благоустроенныхъ психіатрическихъ заведеніяхъ, не могло быть и рѣчи. Т. наз. психіатрическое отдѣленіе при сводномъ харбинскомъ № 1 госпиталѣ служило скорѣе эвакуаціоннымъ пунктомъ, а не лѣчебнымъ мѣстомъ для душевнобольныхъ.

Съ 15/XII 1904 г. дѣло призрѣнія, лѣченія и эвакуаціи душевнобольныхъ на театрѣ войны изъ вѣдѣнія военнаго вѣдомства перешло въ вѣдѣніе Краснаго Креста, и съ этого времени начинается 3-ій періодъ въ этомъ дѣлѣ. Объ этомъ періодѣ я скажу отдѣльно.

Въ заключеніе полагаю небезинтереснымъ представить таблицу, указывающую число и формы душевныхъ заболѣваній, наблюдавшихся мною въ т. наз. психіатрическомъ отдѣленіи при сводномъ харбинскомъ № 1 госпиталѣ съ 20/IV по 15/XII 1904 г., при чемъ считаю нужнымъ заявить, что подробный разборъ формъ заболѣваній, равно какъ и ихъ характеристика будутъ мною сдѣланы отдѣльно и составляютъ предметъ отдѣльнаго сообщенія.

№№	Названіе болѣзней.	Офицеры.	Нижние чины.	Общее число.
1.	Алкогольные психозы . . . . .	30	60	90
2.	Прогрессивный параличъ . . . . .	26	8	34
3.	Эпилептические психозы . . . . .	4	32	36
4.	Саутанность (amentia) . . . . .	4	71	75
5.	Дегенеративные психозы . . . . .	6	5	11
6.	Истерические . . . . .	3	5	8
7.	Нейрастенические . . . . .	6	10	16
8.	Первичное помѣшательство (paranoia chronica) . . . . .	4	5	9
9.	Раннее слабоуміе . . . . .	6	4	10
10.	Маниакально-депрессивный психозъ . . . . .	5	16	21
11.	Травматическіе психозы . . . . .	5	6	11
12.	Кататонія . . . . .	2	3	5
13.	Слабоуміе вслѣдствіе органическаго пораженія мозга . . . . .	3	4	7
14.	Психозы послѣ дизентеріи . . . . .	3	4	7
15.	» » тифа . . . . .	2	12	14
16.	» » рейматизма . . . . .	—	1	1
17.	Врожденное слабоуміе (imbecillitas) . . . . .	—	5	5
18.	Сифилисъ мозга . . . . .	—	1	1
19.	Полинейритическій психозъ . . . . .	1	—	1
20.	Психозы отъ огнестрѣльныхъ пораненій черепа . . . . .	1	37	38
Всего . . . . .		111	289	400

Е. Боринпольскій.

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физиологія и общая патологія.** 581. Д-ръ Walter H. Schultze (изъ патологическаго Института во Freiburg'ѣ въ Баваріи) изучалъ вопросъ о *кишечномъ происхожденіи легочнаго антракоза*. Вопросъ этотъ имѣетъ весьма важное практическое значеніе, такъ какъ онъ тѣсно связанъ съ вопросомъ о кишечномъ происхожденіи легочной бугорчатки. Дѣло въ томъ, что работы изъ школы Calmette'a въ послѣднее время снова выдвинули извѣстное ученіе Villaret'a, утверждавшаго, что легочный антракозъ главнымъ образомъ—кишечнаго происхожденія. Экспериментальныя данныя, на основаніи которыхъ новѣйшіе авторы подкрѣпляютъ это ученіе, заключаются въ томъ, что 1) при введеніи животнымъ китайской туши, угля или киновари вмѣстѣ съ пищей или даже при помощи желудочнаго зонда частички введеннаго вещества откладываются только въ легкихъ, а не въ другихъ органахъ; 2) при впрыскиваніи туши въ полость брюшины также получается отложеніе туши въ легочной ткани. Авт. повторилъ эти опыты, при чемъ напелъ слѣдующее: при впрыскиваніи туши въ полость брюшины частички ея отлагаются не только въ легкихъ, но и въ другихъ органахъ—въ печени, селезенкѣ, почкахъ, при чемъ въ нѣкоторыхъ изъ нихъ ея откладывается даже больше, чѣмъ въ легкихъ; происходитъ это потому, что тушь, попавъ въ грудной протокъ, разносится потокомъ крови такимъ-же образомъ, какъ и при введеніи ея непосредственно въ вены. При введеніи-же мелкихъ частичекъ съ пищей или даже при помощи желудочнаго зонда онѣ попадаютъ только въ легкія потому, что онѣ вдыхаются. Авт. доказалъ это тѣмъ, что вводилъ кролику тушь черезъ желудочный свищъ въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ, и въ легкихъ никакого отложенія частичекъ туши не получались. Въ пользу ингаляціоннаго происхожденія легочнаго антракоза говоритъ еще и то обстоятельство, что брызжевыми железами при опытахъ съ кормленіемъ не содержатъ частичекъ туши (Münchener med. Wochenschrift, № 35). А. Коварскій.

**Гистологія.** 582. Д-ръ Sachs-Mücke (Magdeburg) изобрѣлъ весьма простое приспособленіе для отысканія опредѣленнаго мѣста въ микроскопическомъ препаратѣ. При-

борчикъ его состоитъ изъ металлической пластинки съ 2-мя штифтами, при чемъ пластинка прикрѣпляется къ объективу микроскопа такимъ образомъ, что образуется съ послѣднимъ крестъ; штифты находятся у обоихъ концовъ пластинки и расположены параллельно оси объектива; они носятъ на себѣ винтовые нарѣзки и могутъ быть подвижны вверху и внизъ. Если желаютъ быстро вновь отыскать намѣченное мѣсто препарата, то поступаютъ такъ: установивъ препаратъ на искомомъ мѣстѣ, закрѣпляютъ предметное стекло обыкновенными зажимами; затѣмъ опускаютъ оба штифта приборчика внизъ до тѣхъ поръ, пока острие ихъ не оставитъ слѣда на предметномъ стеклѣ. Для того, чтобы точки, вдавленные остриемъ штифтовъ, были видны яснѣе, авт. совѣтуетъ наклонить на предметное стекло съ обѣихъ сторонъ препарата кусочки глянцевитой бумаги. Чтобы по отмѣченному такимъ образомъ 2-мъ точкамъ впослѣдствіи найти тоже мѣсто препарата, остается лишь опять наложить препаратъ такъ, чтобы острия штифтовъ входили въ отмѣченные точки. Такъ какъ разстояніе между штифтами во всѣхъ приборахъ одинаковое, то при помощи ихъ легко можно отыскать извѣстные пункты въ препаратахъ, присланныхъ изъ другихъ городовъ (Приборъ д-ра *Sachs-Make* изготовляется фирмой *Gebrüder Mittelstrass* въ *Magdeburg* и стоитъ 15 мар.) (*Münchener medicinische Wochenschrift*, № 26).

А. Коварскій.

**Физиологическая химія.** 583. Д-ръ *Kalisky* (*Breslau*) предлагаетъ слѣдующее видоизмѣненіе реакціи *Gerhardt'a* на ацетоуксусную кислоту. Къ мочѣ прибавляютъ нѣсколько капель разведенной сѣрной кислоты (25%) и смѣсь взбалтываютъ съ равнымъ количествомъ сѣрнаго эвира. Ацетоуксусная кислота переходитъ при этомъ въ эвиръ. Чтобы обнаружить ея присутствіе, приливаютъ осторожно по стѣнкѣ пробирки разведенный растворъ 1½-хлористаго желѣза такъ, чтобы жидкости, по возможности, не смѣшались; при наличности ацетоуксусной кислоты въ значительномъ количествѣ на границѣ обѣихъ жидкостей получается вишнево-красное кольцо, въ присутствіи небольшихъ количествъ—только слабо окрашенное кольцо, которое становится ясно виднымъ и хорошо окрашеннымъ лишь черезъ нѣкоторое время. Растворъ 1½-хлористаго желѣза готовится такимъ образомъ, что на 5 к. стм. воды берутъ 2—3 капли официального раствора. Само собой разумѣется, что подслаиваніе эвира этимъ растворомъ производится не въ той же пробиркѣ, въ которой производилось извлеченіе, а эвиръ сливается въ другую пробирку, въ которой реакція и производится. Это видоизмѣненіе реакціи *Gerhardt'a* имѣетъ то преимущество, что реакція выходитъ яснѣе и отчетливѣе (*Berliner klinische Wochenschrift*, № 23).

А. Коварскій.

**Внутреннія болѣзни.** 584. Ю. Д. Талько-Гриневичъ (Троицкосавскъ) сообщаетъ случай эхинококки въ спинно-мозговомъ каналѣ.

Больной, казакъ, 36 л., прибылъ въ Восточную Сибирь 13 тѣлѣ и поступилъ въ фотографическое заведеніе. Научившись съѣздомъ, онъ принималъ участіе въ экспедиціяхъ по Монголіи, гдѣ несъ лишенія: приходилось питаться сухарями, на половину сырой бараниной, а иногда и мясомъ павшаго животнаго. Спиртныхъ напитковъ не употреблялъ; сифилисомъ не болѣлъ. Чувствовалъ себя всегда здоровымъ; ревматизмомъ и заразными болѣзнями не болѣлъ. Въ 1900 г. почувствовалъ боль въ задней части шеи въ области верхнихъ шейныхъ позвонковъ, а затѣмъ прощупалъ здѣсь опухоль. Въ 1902 г. опухоль эта стала увеличиваться; появились боли въ правой ½ тѣла, рукъ и ногъ, чувство онемѣнія, а затѣмъ и двусторонній параличъ.—Сложенія правильнаго, питанія слабого. Органы живота и груди безъ уклоненій. Звукъ сердца чистъ; п. 75. 37°. Неподвижно лежитъ на кровати. Правая рука и нога совершенно парализованы; больной жалуются на чувство тяжести въ нихъ, какъ будто они налиты оловомъ. Въ лѣвой рукѣ чувствуетъ боль и ползаніе мурашекъ, но движенія и чувствительность въ ней сохранены. Въ задней части шеи, въ особенности справа, — значительная выпуклость, начинающаяся отъ нижней затылочной части головы и верхней шейной и рѣзче всего выступающая на уровнѣ 3—4-го шейнаго позвонка. Зрачки отвѣчаютъ на свѣтъ правильно; голось не измѣненъ. Предполагивъ опухоль шейной части спинного мозга, авт. назначилъ больному іодистый калий по 0,3, 3 раза въ сутки. Въ дальнѣйшемъ состояніе больного все ухудшалось; появился параличъ лѣвой руки, голось сдѣлался очень слабымъ, а глотаніе и рѣчь затрудненными. Больной вскорѣ умеръ. Вскрытіе (частичное) мягкихъ частей шеи показало, что подъ мышцами

лопской орѣхъ, и ниже нѣсколько меньшихъ, наполненныхъ свѣтложелтой жидкостью, въ которой плавали мелкія тѣла разн. величины. Въ спинно-мозговомъ каналѣ между твердой мозговой оболочкой и костью было найдено множество мелкихъ пузырьковъ, значительно давившихъ на спинной мозгъ. Препараты были посланы проф. В.-Медицинской Академіи Н. А. Холодковскому, который подтвердилъ распознаваніе эхинококка. По независимымъ причинамъ авт. могъ вскрыть еще только печень, и въ ней эхинококковъ не оказалось (*Przeglad lekarski*, 15 сентября).

С. Островскій.

585. На основаніи литературныхъ данныхъ и собственныхъ клиническихъ наблюденій д-ръ *H. Trautmann* (*Hamburg*) пришелъ къ заключенію, что острое отравленіе мясомъ и заболѣванія, обусловленные паратифозными палочками, представляютъ этиологически родственныя болѣзни, такъ какъ, съ одной стороны, клиническая картина, а, съ другой — возбудители обѣихъ болѣзней представляютъ большое сходство между собой. Еще въ началѣ 80-хъ годовъ, когда не была еще выдѣлена въ чистомъ видѣ *Eberth's*овская палочка брюшнаго тифа, цѣлый рядъ клиницистовъ, видѣвшихъ массовое отравленіе мясомъ, обратилъ вниманіе на большое сходство клиническихъ явленій, а отчасти и патолого-анатомическихъ измѣненій при этой болѣзни съ наблюдаемыми при брюшномъ тифѣ. Только открытіе паратифозной палочки *Schottmüller*'омъ и сравненіе биологическихъ свойствъ ея съ палочками, выдѣленными *Gärtner*'омъ и др. при отравленіяхъ мясомъ, показали близкое родство обѣихъ видовъ микроорганизмовъ. Авт. не считаетъ возможнымъ признать оба вида палочекъ тождественными, но считаетъ ихъ лишь разновидностями одного и того-же вида микроорганизмовъ; родство ихъ онъ сравниваетъ съ родствомъ желтой и бѣлой розы между собой. Что касается разницы клиническихъ явленій при паратифѣ и при отравленіи мясомъ, то она лишь количественная; типическая картина отравленія мясомъ представляетъ острую, паратифа—подострую форму той-же заразной болѣзни. Разница эта обусловлена тѣмъ, что при паратифѣ человекъ продѣлываетъ и скрытый періодъ болѣзни, между тѣмъ какъ при отравленіи скрытый періодъ протекаетъ въ организмѣ животнаго, и человекъ, поѣдая его мясо, получаетъ сразу большое количество яда, который и обуславливаетъ болѣе бурныя явленія (*Berliner klinische Wochenschrift*, № 33).

А. Коварскій.

586. Убѣдившись прямыми опытами, что мѣдныи купоросъ въ растворѣ 1:10000 воды убиваетъ кишечную амёбу, д-ръ *Moulden* (*Washington*) применилъ сѣрнокислую мѣдь для лѣченія амёбнаго кроваваго поноса. Вначалѣ были подробно прослѣжены 10 случаевъ тяжелаго заболѣванія, главнымъ образомъ для сравненія съ ранѣе употреблявшимся способомъ лѣченія дизентеріи промывательными изъ раствора сѣрнокислаго хинина. Общее число лѣченныхъ мѣдными растворами было болѣе 200. Больные поправлялись гораздо скорѣе, чѣмъ при другомъ лѣченіи. Способъ *M.* слѣдующій: поднимъ тазовую часть туловища на наклонной плоскости на 25 стм. выше плечъ, промываютъ толстыя кишки обезпложенной водой, послѣ чего наполняютъ ихъ, постепенно увеличивая давленіе, горячимъ (41°—43° Ц.) растворомъ сѣрнокислой мѣди. Растворъ больные удерживаютъ 20 мин. Вливанія производятся дважды въ день, съ промежутками въ 12 час. Кроме того, больные получали ежедневно по 50 к. стм. насыщеннаго раствора сѣрнокислой магнезій. Послѣдующія испраженія изслѣдовались микроскопически, при чемъ опредѣлялось количество амёбъ по полямъ зрѣнія. Какихъ-либо нежелательныхъ явленій при такомъ лѣченіи не наблюдалось. Въ случаяхъ съ значительнымъ выдѣленіемъ слизи и крови хорошіе результаты получаются отъ болѣе крѣпкихъ растворовъ; крѣпче 1:6000 растворы не употреблялись (*The Medical Record*, 28 іюля).

Д. Старокадомскій.

587. Д-ръ *Carpenter* (*Leavenworth*, С.-А. С. Шт.) на основаніи 6-лѣтняго опыта утверждаетъ, что вытяжка изъ селезенки является прекраснымъ средствомъ противъ болотной лихорадки. Изъ сотенъ случаевъ авт. приводитъ 15, въ которыхъ больные, страдавшіе различными формами перемежной лихорадки, выздоравливали въ нѣсколько дней, принимая вытяжку по 5 гранъ сначала черезъ 2 часа, а спустя 2—3 дня—4 раза въ день. Относительно способа дѣйствія вытяжки С. высказываетъ предположеніе, что

она, достигая селезенки больного лихорадкой, какъ-бы подбодряетъ органъ, жизнедѣтельность котораго угнетена, а сократительная ткань разслаблена и который не производитъ новыхъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ въ прежнихъ размѣрахъ. Подъ влияніемъ селезеночной вытяжки дѣятельность органа восстанавливается, нарастаетъ количество овѣжихъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, селезенка постепенно уменьшается въ объемѣ. Авт. указываетъ, что несогласные результаты при лѣченіи вытяжкой изъ селезенки, полученные другими врачами, обуславливаются главнымъ образомъ неправильностью храненія вытяжки, которая подъ влияніемъ влажности легко разлагается. При условіи хорошаго препарата, С. считаетъ селезеночную вытяжку, по крайней мѣрѣ, равною по лѣчебному дѣйствию хинину (The Medical Record, 4 августа). Л. С.

588. Кровяное давленіе при Addison'овой болѣзни бываетъ обычно чрезвычайно малымъ. Д-ръ Short (Bristol), произведя въ этомъ направленіи рядъ изслѣдованій у одного больного, пришелъ къ заключенію, что важнѣйшіе припадки, наблюдаемые при этомъ заболѣваніи, обуславливаются выпаденіемъ дѣятельности надпочечныхъ железъ. Вслѣдствіе непоступленія въ кровь нормальнаго возбуждителя окончаній сочувственнаго нерва, происходитъ параличъ сосудодвигателей. Кѣтки, вырабатывающія красящее вещество, становятся дѣятельнѣе подъ влияніемъ постоянно расширенныхъ периферическихъ кровеносныхъ сосудовъ и вырабатываютъ большое количество пигмента, отлагающагося въ кожѣ. На основаніи этихъ соображеній, Sh. считаетъ самымъ подходящимъ лѣченіемъ при Addison'овой болѣзни назначеніе сосудосуживающихъ веществъ, дѣйствующихъ при томъ возможно долгое время. Примѣненіе адреналина не достигаетъ цѣли, особенно при впрыскиваніи его въ вены, такъ какъ онъ лишь на очень короткое время повышаетъ кровяное давленіе. Лучшіе результаты даетъ *диниталинъ*. У больного, описываемаго авторомъ, вначалѣ кровяное давленіе равнялось 75—85 мм. ртутн по сфигмометру Riva-Rocci; подъ влияніемъ диниталина и адреналина давленіе крови постепенно поднялось до 155 мм. (The Lancet, 4 августа). Л. С.

Хирургическія болѣзни. 589. Проф. Carl Beck (New-York) очень совѣтуетъ при удаленіи раковаго новообразованія грудной железы пользоваться слѣдующимъ приемомъ. Вокругъ железы проводится разрѣзъ въ формѣ 4-угольника. Внутренняя сторона прямоугольника продолжается вверхъ и внизъ на 3 дюйма; также продолжена книзу и наружная сторона 4-угольника. Отъ верхне-наружнаго угла идетъ разрѣзъ вверхъ по краю большой грудной мышцы до мѣста ея прикрѣпленія, къ плечевой кости. Удаливъ 4-угольный лоскутъ вмѣстѣ съ железой, отдѣляютъ отъ подлежащихъ частей верхній, нижній и наружный лоскуты и послѣ болѣе или менѣе полного удаленія грудныхъ мышцъ и очищенія подмышковой ямки соединяютъ ихъ швами; при чемъ первыми соединяютъ верхній нижній края раны, а затѣмъ—боковые (The Medical Record, 14 июля). Л. С.

590. Д-ръ Davis на основаніи 41 случая изъ Massachusetts'ской больницы говорить о первичныхъ опухоляхъ мочевого пузыря. 34 больныхъ были мужчинами, 7—женщинами. Средній возрастъ ихъ—53 года. (20—73 г.). Причины образованія опухолей не ясны. Въ 8 случаяхъ вмѣстѣ съ опухолью наблюдался и камень мочевого пузыря; но изъ этихъ 8 случаевъ въ 4-хъ было собственно пропитываніе опухоли мочевыми солями, въ остальныхъ 4-хъ образованіе камня предшествовало и, повидимому, опосредствовало появленію опухоли. Такимъ образомъ камень мочевого пузыря, какъ причины опухоли, особаго значенія не имѣетъ. Изъ 41 случая въ 28 сдѣлано микроскопическое изслѣдованіе: въ 15 случаяхъ найденъ ракъ, въ 10—сосочковая опухоль, въ 2—саркома, въ 1—миома. Признаки болѣзни: кровотеченіе изъ мочевого пузыря (его не было только въ 1 случаѣ миомы). При доброкачественныхъ опухоляхъ кровотеченіе безъ другихъ признаковъ можетъ тянуться нѣсколько лѣтъ. Вторичные признаки зависятъ отъ зараженія мочевыхъ путей (воспаленіе пузыря, лоханки, почки), или отъ механической закупорки съ образованіемъ гидро- или руо-perphros'a. Въ злокачественныхъ случаяхъ обычны язвы и даже прободенія. Размѣры, характеръ, по-

ложеніе, число опухолей, возможность операціи опредѣляются пузырьнымъ зеркаломъ. Распознаванію помогаетъ изслѣдованіе мочи. Предсказаніе серьезное. Необходимо удалять всякую опухоль пузыря. Микроскопически доброкачественныя опухоли могутъ протекать клинически, какъ злокачественныя. Авт. описываетъ 2 случая смертельнаго кровотеченія изъ сосочковыхъ опухолей пузыря. Оперативное лѣченіе примѣнено въ 37 случаяхъ. При распространномъ ракѣ коренного удаленія не было сдѣлано ни разу, а примѣнялось лишь выскабливаніе, прижиганіе, частичное удаленіе. Опухоли на ножкѣ удалялись съ частью подлежащей стѣнки. Изъ 37 оперированныхъ умерли отъ операціи 9. Изъ остальныхъ 28 прослѣжены 26; изъ нихъ 14 (54%) умерли отъ основной болѣзни пузыря черезъ 1½—5 лѣтъ, 4—отъ другихъ болѣзней (безъ возврата опухоли); остальные живы и возврата не имѣютъ (1—10 лѣтъ). Въ 28 случаяхъ сдѣлано высокое сѣченіе, въ 4—промежностное, у 1 больной—влагалищное, у 4—опухоль удалена черезъ расширенный мочеиспускательный каналъ. Къ работѣ приложена таблица всѣхъ случаевъ и подробное патолого-анатомическое изслѣдованіе (Annals of Surgery, апрѣль). Б. Финкельштейнъ.

591. Д-ръ Marnoch описываетъ 2 случая разрыва мочевого пузыря.

Больной, 52 л., накануне упалъ съ лѣстницы и ударился нижней частью живота о край ступеньки. Все время не могъ мочиться. Выпущенная катетеромъ моча содержала нѣсколько капель крови. Животъ слегка растянутъ; книзу отъ пупка и по бокамъ притупленіе. Спустя 2 часа выпущена опять моча съ примѣсью крови. Изъ влитыхъ въ пузырь 300 грм. теплаго обезпложеннаго раствора борной кислоты извлечено обратно черезъ катетеръ только 100. 38°; п. 96. Операція черезъ 24 часа послѣ травмы. Въ брюшной полости большое количество кровянистой жидкости. Въ пузырь вѣт- и внутри-брюшинный разрывъ отъ лонной кости до почки, лежащей позади брюшной складки. Отдѣльный шовъ на вѣт- и внутри-брюшинную рану пузыря. Брюшная полость осушена, промыта солью; брюшная рана отчасти закрыта; на первые дни катетеръ à demeure. Полное выздоровленіе.

2. Больной, 41 г., накануне поступленія упалъ съ высоты 10 фут. Сильная боль; частый позывъ на мочу; въ мочѣ кровь. 38°. Животъ вздутъ, болѣзненъ; печеночная тупость исчезла. Катетеромъ выпущена кровавая моча. Рвота желчью. Операція черезъ 40 час. послѣ травмы. Въ брюшной полости немного кровянистой жидкости (попутно удалена забрюшинно лежащая пузырьчатая гланда). Разрывъ пузыря вѣтбрюшинный, надъ лонными костями. Подойти къ мѣсту разрыва и наложить шовъ было нельзя. Брюшная полость зашита; къ мѣсту разрыва введенъ тапонъ. Катетеръ à demeure. Полное выздоровленіе (Annals of Surgery, февраль). Б. Финкельштейнъ.

592. Проф. Mouthan описываетъ замѣчательный по исходу случай операціи при врожденной расщелинѣ мочевого пузыря.

19-лѣтній юноша уже разъ подвергался пластической операціи по поводу имѣвшейся у него отъ рожденія расщелины мочевого пузыря (боковые лоскуты изъ брюшной стѣнки). Нижняя часть расщелины не была закрыта, и изъ нея выдѣлялась наружу вся моча. Рѣшено пересадить въ прямую кишку весь мочевой пузырь. Пересѣчены кожные лоскуты отъ первой операціи; въ оба мочеточника введены катетеры и укрѣплены въ этомъ положеніи швомъ; проведенъ разрѣзъ по краю слизистой оболочки между ней и кожей, и весь пузырь отдѣленъ отъ подлежащихъ частей (что представляло большія трудности, особенно внизу, у лонной кости и предстательной железы). Пузырь оставленъ на ножкѣ, образованной 2-мя мочеточниками, вокругъ которыхъ, по возможности, шадилась кѣтчатка (чтобы не пострадало питаніе). Отдѣливъ кверху брюшинную складку съ прямой кишкой, стѣнка которой была приподнята введеннымъ въ нее пальцемъ помощника, авт. вскрылъ ее разрѣзомъ длиною въ 7 см. и вшилъ въ это отверстіе пузырь, повернувъ его на 180°, такъ что его задняя стѣнка оказалась обращенной впередъ, а передняя изъиди. Мочеточниковые катетеры были выведены черезъ прямую кишку и удалены только на 4-ый день. Наружная рана зашита отчасти. На 7-ой день, вслѣдствіе прорыванія шва, изъ наружной раны показалась моча. На 15-ый день швы закрыты вторично. Послѣ этого рана оставалась совершенно сухой. Вся моча выдѣлялась черезъ прямую кишку. Спустя мѣсяцъ оперированный могъ мочиться черезъ каждые 3—5 час. Моча была совершенно прозрачная, нормальнаго состава. При изслѣдованіи прямой кишки нельзя отличить ея слизистой оболочки отъ слизистой оболочки пузыря. Поверхность ее—совершенно гладкая, непрерывная (Annals of Surgery, февраль). Б. Финкельштейнъ.

593. Д-ръ Rigby (London) описываетъ случай застрѣванія въ пищеводе иррегулярнаго велосипеда.

Дѣвочка, 4 л., накануне проглотила крошечный металлическій велосипедъ, который она держала во рту. Появились приступы тошноты; пищу глотать не можетъ. Вужъ встрѣчаетъ препятствіе на разстояніи 18 см. отъ зубовъ. Попытка извлечь иррегулярное



тѣло инструментами черезъ ротъ остались безуспѣшными. Röntgen'овскіе лучи показали, что тѣло застряло въ верхнемъ отдѣлѣ пищевода. Наружное сѣченіе пищевода. Тѣло извлечено. Шовъ на пищеводъ. Частичный шовъ на наружную рану. Полное и гладкое выздоровленіе (Annals of Surgery, мартъ). Б. К. Ф.

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 594. *Л. Л. Иворскій* (Варшава) сообщает интересный случай т. наз. заместительныхъ месячныхъ.**

Жена ремесленника—33 л. Первая менструация—на 14-м году; зайти они приходили правильно. На 24-м году вышла замуж, а на 30-м благополучно родила ребенка, который 6-ти месяцев умер от острого катарра кишечника. Месяц спустя после смерти ребенка появились менструации, которые оставались правильными до июля 1904 г. С того времени, вместо менструаций, у нея периодически появляется излияние крови из правой грудной железы, продолжающееся чаще всего 3 дня. Излиянию крови обыкновенно предшествуют боли в подчревы. В этих случаях, когда из грудной железы выделяется мало крови, появляется крохотокрание. Наружные половые органы без изменений. Матка нормальной величины, подвижная, в состоянии незначительного наклона вперед. Грудные железы круглые, упругие, величиной не отличающиеся одна от другой. Половое чувство у больной усилено (Gazeta lekarska, 15 сентября). С. Островский.

595. *Martin* (Velden) описывает случай выкидыша через прямую кишку.

Вольная, 32 л., 4 раза родила благополучно; во время 5-ой беременности, на 5-мъ мѣсяцѣ, заболѣла и жаловалась на боли въ правой подвздошной области. Изслѣдованіе обнаружило, что матка увеличена соотвѣтственно 5-му мѣсяцу беременности; кромѣ того, въ области слѣпой кишки прощупывалась тѣстообразная опухоль, величиною съ кулакъ; такъ какъ температура была повышена, а при давленіи имѣлась чувствительность, то былъ распознанъ перитифитъ. Въ теченіи первыхъ 10 дней состояніе больной не ухудшалось; наоборотъ, оно даже настолько улучшилось, что, не смотря на повышенную температуру, больная, вопреки предписанію врача, исполнила нѣкоторыя домашнія работы; на 11-ый день появились угрожающіе признаки: едва ощутимый, сильно ускоренный пульсъ, субнормальная температура; боли рѣзко усилились, такъ что можно было думать о разрывѣ кишки, но то обстоятельство, что опухоль прощупывалась по прежнему, говорило противъ этого. На слѣдующій день чрезъ задній проходъ вмѣстѣ съ испражнениями выдѣлилось большое количество темной крови. Хотя больная при этомъ и очень ослабла, но пульсъ ея, противъ ожиданія, сталъ лучше; 39°. Опухоль больше не прощупывается. Такъ какъ авт. на основаніи изслѣзованія опухоли былъ убѣжденъ, что она прорвалась въ полость брюшины и что теперь неизбеженъ смертельный перитонитъ, то онъ счелъ нужнымъ предупредить объ опасномъ положеніи больной ея близкихъ. Опасенія его, однако, не оправдались. Положеніе больной на слѣдующій день не ухудшилось, а изслѣдованіе черезъ прямую кишку обнаружило присутствіе въ ней дов. большого твердаго тѣла, которое можно было принять за каловую массу. Назначено было промывательное изъ масла, при помощи котораго и выдѣлилась предполагаемая каловая масса, которая на самомъ дѣлѣ оказалась окруженными свертками крови 5-мѣсячнымъ плодомъ съ дупочнымъ канатикомъ и дѣтскимъ мѣстомъ. Больная послѣ этого вполне выздоровѣла.

Авт. объясняетъ этотъ случай слѣдующимъ образомъ: повидимому, имѣлась брюшинная беременность, при чемъ головка плода помѣщалась у слѣпой кишки и оказывала на нее давленіе, слѣдствіемъ чего явилось разстройство питающаго кишечной стѣнки и послѣдовательно—проникновеніе бактерій; въ результатѣ часть стѣнки омертвѣла, и плодъ проникъ чрезъ нее въ просвѣтъ кишки. Такъ какъ отверстіе, черезъ которое онъ проникъ въ кишку, должно было быть довольно значительно, то нужно удивляться, какимъ образомъ это отверстіе могло зажить такъ скоро и такъ благополучно. Достопримѣчательно въ этомъ случаѣ еще и то, что, не смотря на вымѣсточную беременность, matka достигла величины, соответствующей 5-му мѣсяцу беременности нормальной (Münchener medicinische Wochenschrift, № 34).

А. Коварскій.

**Дѣтскія болѣзни.** 596. Д-ръ *E. Toff* (Браиловъ, Румынія) хвалитъ *трифerrинъ* въ дѣтской практикѣ. Трифerrинъ или парануклеиновокислое желѣзо былъ предложенъ *Salkowski'm* въ 1900 г.; онъ содержитъ 21,87% Fe и 2,55% органически связаннаго P, представляетъ изъ себя коричневокрасный порошокъ, нерастворимый въ водѣ и слабыхъ растворахъ HCl, а растворимый въ слабощелочныхъ жидкостяхъ; слѣд., препаратъ этотъ не измѣняется въ желудкѣ и растворяется лишь въ щелочномъ кишечномъ сокѣ. Авт. назначалъ трифerrинъ въ видѣ таблетокъ, по 0,3 въ каждой, 3 раза въ сутки, или-же въ видѣ ароматическаго ликвида (трифerrинъ) по 3—4 кофейн.

ныхъ ложки въ сутки. Дѣти его принимали охотно. Рахитическія и анемическія дѣти, у которыхъ скорѣ всего подѣ влияніемъ триферрина наблюдалось улучшение, принимали цвѣтущій видъ и прибавлялись въ вѣсъ. Хорошіе результаты даетъ триферринъ въ ступени выздоровленія послѣ скарлатины, кори, дифтеріи, бронхопнеймоніи и послѣ всѣхъ острыхъ заболѣваній дѣтскаго возраста. Количество гемоглобина подѣ влияніемъ триферрина увеличивается; такъ, въ 1 случаѣ наследственнаго офикаса у 3-лѣтняго мальчика подѣ влияніемъ лѣченія триферриномъ въ 5-недѣльный срокъ количество гемоглобина поднялось съ 55% до 80%, а число красныхъ кровяныхъ шариковъ—съ 3.600000 до 5.100000; въ другомъ подобномъ случаѣ у 2-лѣтней дѣвочки, въ теченіи 2-мѣсячнаго лѣченія триферриномъ количество гемоглобина увеличилось съ 45% до 75%, а число красныхъ кровяныхъ шариковъ поднялось съ 3.500000 до 4.600000. Удовлетворительные результаты далъ автору триферринъ и у лимфатическихъ и золотушныхъ дѣтей. У 3-хъ кормившихъ грудью матерей, имѣвшихъ очень мало молока, подѣ влияніемъ триферрина отдѣленіе грудного молока значительно повысилось (Centralblatt für Kinderheilkunde, іюнь). С. О.

597. Проф. *Нлава* изучалъ *гистологическое строение пятенъ Koplik'a* [1-ое изслѣдованіе пятенъ *Koplik'a*, произведенное на матеріалѣ «ex vivo» (5 случаевъ)]. На основаніи этихъ изслѣдованій пятна *Koplik'a* (— *Филатова*, *ref.*) бываютъ 2-хъ типовъ: 1) либо имѣются аналогичныя измѣненія, какія обнаруживаетъ обычная коревая сыпь на кожѣ, т. е., ограниченное ороговѣніе (паракератозъ) эпителія рядомъ съ мѣстной гипереміей и незначительнымъ высленіемъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ; 2) либо въ глубокихъ слояхъ эпителія группа клітокъ подвергается омертвѣнію и въ дальнѣйшемъ разжиженіи (*colliquatio*), при чемъ наружные слои также оказываются ороговѣвшими, или другими словами имѣется пузырьковая сыпь слизистой оболочки. Какъ 1-ый, такъ и 2 ой видъ можетъ появиться на слизистой оболочкѣ раньше, чѣмъ на кожѣ. Въ концѣ авт. обращаетъ вниманіе, что, быть можетъ, подобную пузырьковую сыпь удастся найти и въ ранней ступени сыпного тифа, скарлатины и краснухи (*Casopis lekaruceskych*, № 27). *С. Островскій.*

## ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ  
и корреспонденціи.

*LXXIV. Съ научныхъ Совѣщаній врачей Маріинской  
больницы въ Петербургъ.*

*Протоколъ Сесійанія 7-го апрѣля 1905 г.*

Читанъ и утвержденъ протоколъ Совѣщанія 5-го марта 1905 г.  
Предсѣдатель *А. А. Трояковъ* предложилъ почтить вставаніемъ память умершихъ д-ра *Г. И. Мачихина* и аптекаря больницы *В. Ф. Годлевскаго*.

**А. Д. Степановъ. Памяти Г. И. Мачихина.** По окончаніи курса въ В.-Медицинской Академіи въ 1889 г. покойный годъ занимался въ лабораторіи главнаго в.-медицинскаго Управленія, подъ руководствомъ ч. пр. **И. Ф. Рачевскаго**. Въ 1891 г. поступилъ въ Маріинскую больницу, гдѣ и служилъ все время, занимая въ тоже время должность санитарнаго врача, врача виннаго склада, богадѣльни, пріюта, пробочной фабрики, а послѣднее время и секретаря Попечительства о бѣдныхъ больныхъ Маріинской больницы. Покойный отличался ровнымъ характеромъ, былъ скромный и добрый человѣкъ, любимый товарищами и больными. Умеръ **Г. И.** на 45-мъ году отъ хроническаго нефрита, развившагося у него послѣ полученной имъ при обеззараживаніи одной изъ винныхъ завокъ дифтеріи.

**Г. А. Свляженинов.** Из наблюдений над ранениями огнестрельными и холодным оружием 9-ю и 10-ю января 1905 г. Всего раненых с амбулаторными было 44 мужчины и 3 женщины, из коих 28 с повреждениями конечностей 10 с повреждением головы (3 — огнестрельным, 7 — холодным оружием), 3 — с множественными ранениями саблем головы и предплечья 2 — головы и плеча 2 — руки 1 — бедра 1 —

3-ое раненыхъ въ грудь и животъ умерли въ первые часы по прибытіи. Въ общемъ огнестрѣльнымъ оружіемъ ранены были 33 чел. Изъ 29 раненыхъ, положенныхъ въ хирургическое отдѣленіе, у 11 были множественныя поврежденія и у 18 — единичныя, въ томъ числѣ 13 раненій конечностей (5 верхнихъ и 8 нижнихъ). На 26 огнестрѣльныхъ раненій, изъ коихъ у 10 были множественныя, отъ 2 до 4, и у 16 единичныя, у 11 установлены поврежденія въ большей или меньшей степени костей, преимущественно конечностей. Въ теченіи огнестрѣльныхъ ранъ наблюдались различныя осложненія, какъ-то значительное нагноеніе, флегмонозныя явленія; секвестрація осколковъ замѣчена у меньшинства. Въ 2-хъ случаяхъ ранъ съ поврежденіями крупныхъ сосудовъ были сдѣланы усѣченія бедеръ. Раны у всѣхъ были нанесены на близкомъ разстояніи: входныя и выходныя отверстія пулевыхъ раненій въ большинствѣ случаевъ мало различались другъ отъ друга, представляли маленькія, кругловатыя отверстія; у очень немногихъ выходныя отверстія были гораздо больше. Единичныя же раненія, гдѣ наблюдались обширныя и неправильныя разрывы мягкихъ частей, получены отъ пули, по всей вѣроятности, послѣ того, какъ она, рикошетировавъ, сильно деформировалась.

*Г. И. Трахтенбергъ* присоединился къ мнѣнію докладчика, что, вопреки ожиданію, много ранъ было гноящихся.

*Р. Т. Жираичъ* спросилъ докладчика, какъ онъ объясняетъ механизмъ раненія въ случаѣ, гдѣ было 1 входное отверстіе, а осколокъ было найдено 7?

*Докладчикъ* предполагаетъ возможность, что осколки получились здѣсь не только отъ пули, но и отъ костей.

*Р. Т. Жираичъ* возразилъ, что осколки сидѣли обособленно.

*В. А. Кнохъ* замѣтилъ, что рѣшить вопросъ о происхожденіи осколковъ нетрудно: стоитъ только рентгеновизировать больныхъ; кость никогда не даетъ такого затемненія, какъ металл, если послѣдній будетъ даже въ формѣ мелкихъ осколковъ.

*Докладчикъ* считаетъ осколки костными. Трудно предположить, что-бы пуля, ударившись о кость, разлетѣлась въ куски.

*Р. Т. Жираичъ* прибавилъ, что изслѣдованіе по *Roentgen*'у дало отрицательный результатъ.

*А. И. Семягинъ* замѣтилъ, что при изслѣдованіи *Roentgen*'овскимъ приборомъ безъ диафрагмы лучи, касательные къ краямъ предмета и источника свѣта, вслѣдствіе большаго объема послѣдняго, уменьшаютъ рѣзкость тѣни и тѣмъ больше, чѣмъ дальше пуля, кость и пр. отъ свѣтовой чувствительной пластинки, а потому отъ радіографически непрозрачнаго предмета можетъ не получиться рѣзкой тѣни, какъ и отъ полупрозрачнаго предмета. Такимъ образомъ можетъ оказаться очень труднымъ отличить по рѣзкости тѣни металлъ отъ кости.

*В. А. Кнохъ* добавилъ, что, можетъ быть, пуля была съ подшивками.

*Докладчикъ* возразилъ, что пули теперь употребляются лишь оболочечными.

*Предсѣдатель* замѣтилъ, что въ виду лишь 2—3-хъ тяжелыхъ случаевъ, указанныхъ докладчикомъ, надо считать результаты лѣченія въ Марининской больницѣ болѣе утѣшительными, чѣмъ таковыя въ Обуховской. Въ Обуховскую больницу были доставлены 48 раненыхъ и 12 убитыхъ. Раненія были преимущественно въ голень и стопу, рѣдко — въ брюшную и грудную полости, сопровождались — очевидно, вслѣдствіе рикошетирования пули отъ мостовой — сильнымъ разрушеніемъ подлежащихъ тканей; такъ въ 1 случаѣ бедренная кость была превращена буквально въ кашу. Раны вслѣдствіе попаданія въ нихъ частей одежды, можетъ быть, и загрязненныхъ кожныхъ покрововъ скоро нагнаивались, воняли, иногда осложнялись газовой флегмоной. Раны непосредственныя, не отъ рикошета, текли хорошо. Относительно проникающихъ ранъ грудной полости надо замѣтить, что при нихъ кровохарканіе, считаемаго за патогномическій признакъ, можетъ и не быть, хотя легкое можетъ быть и поранено. Въ такихъ случаяхъ кровь скопляется въ полости плевры и при своевременномъ выпусканіи она можетъ наступить выздоровленіе.

*И. И. Козловскій*. Еще клиническіе матеріалы по операциіи пришиванія большаго сальника къ передней брюшной стѣнкѣ. Докладчикъ привелъ 3 новыхъ случая, изъ которыхъ въ 1 операциа была произведена проф. *А. А. Кадылномъ* въ Петропавловской больницѣ.

*Г. И. Трахтенбергъ* спросилъ, почему въ случаѣ изъ Петропавловской больницы былъ вырѣзанъ кусочекъ сальника и какъ пришивали послѣдній?

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что кусочекъ вырѣзали для гистологическаго изслѣдованія, такъ какъ подозрѣвали бугорчатку. Пришивали сальникъ такъ-же, какъ и въ Марининской больницѣ.

*В. А. Кнохъ* замѣтилъ, что онъ долженъ повторить то, что и раньше говорилъ, а именно что случаи, обсуждаемые лишь съ хирургической точки зрѣнія безъ всякаго отношенія къ обмѣну веществъ, интереса не представляютъ. Если интересно знать, что послѣ операциіи иногда исчезаетъ брюшная водянка, отеки, то гораздо интереснѣе знать, какъ операциа отражается на общемъ кровообращеніи, нарушается-ли въ томъ или иномъ смыслѣ обмѣнъ, т. е. то, что имѣетъ цѣнность и для физиологовъ и для терапевтовъ, а этого какъ разъ и нѣтъ ни у докладчика, ни вообще въ литературѣ этого вопроса. Въ одномъ случаѣ докладчика была флегмонозная рожа, въ другомъ перитонитъ. Можетъ быть, это указываетъ на уменьшеніе вслѣдствіе операциіи сопротивляемости организма. Въдѣ, печень есть оздоравливатель, а ее исключаютъ изъ общаго круга кровообращенія.

*Докладчикъ* выразилъ, что, когда дѣлается операциа, обмѣнъ бываетъ уже нарушенъ и печень является исключенной изъ общаго круга кровообращенія. Показателемъ этого и служатъ скопленіе жидкости въ животѣ. Послѣ операциіи *Talm*'мъ брюшная водянка иногда исчезаетъ, и больные чувствуютъ себя лучше, что объясняется улучшеніемъ кровообращенія и обмѣна.

*В. А. Кнохъ* замѣтилъ, что брюшная водянка указываетъ на препятствіе въ кровообращеніи въ системѣ воротной вены, но у цирротиковъ бываютъ поносы, уравновѣшивающіе это накопленіе жидкости въ животѣ и выводящіе изъ организма вредныя вещества. Возможно, что, улучшая кровообращеніе поппю печени, мы тѣмъ самымъ способствуемъ всасыванію вредныхъ веществъ. Вообще знаніе обмѣна дастъ болѣе точныя признаки и показанія къ операциіи.

*Докладчикъ* настаивалъ на томъ, что возстановленіе окольнаго кровообращенія и исчезаніе брюшной водянки уже есть условіе выздоровленія. Такъ, больной, оперированный въ Марининской больницѣ до операциіи, почти ничего не могъ ѣсть, послѣ же операциіи у него появился хорошій позывъ на ѣду.

*Р. Т. Жираичъ* прибавилъ, что одинъ изъ больныхъ имѣлъ нефритъ, сухой перикардитъ, а затѣмъ уже у него найдены циррозъ. Обмѣнъ веществъ у него, повидимому, не былъ нарушенъ. Операциа-ли здѣсь помогла или что другое, сказать трудно.

*В. А. Кнохъ* напомнилъ, что на операциіи у этого больного цирроза не нашли.

*Г. И. Трахтенбергъ* замѣтилъ, что на операциіи печень не была замѣтно уменьшена, но были-ли въ ней измѣненія, сказать трудно. Во всякомъ случаѣ селезенка была увеличена, и жидкость до операциіи накоплялась нѣсколько разъ.

*Р. Т. Жираичъ* спросилъ, дѣлали-ли операциу *Talm*'мъ при циррозахъ *Pick*'а.

*Докладчикъ* отвѣтилъ утвердительно.

*Ө. К. Гейслеръ* замѣтилъ, что операциа *Talm*'мъ должна давать наилучшіе результаты при тромбозахъ печеночныхъ венъ. Кромѣ того, надо имѣть въ виду, что брюшной водянки не смотря на то, что циррозъ на лицо, долго не наступаетъ. Очевидно, здѣсь происходитъ всасываніе жидкости брюшиной.

*Предсѣдатель*, соглашаясь съ *д-ромъ Кнохомъ* относительно важности наблюденія обмѣна у оперированныхъ по способу *Talm*'мъ, тѣмъ болѣе, что по смыслу *Talm*'овская операциа аналогична *Экковскому* свищу у собакъ, а извѣстно, какія тяжелыя явленія наступаютъ у послѣднихъ при діететическихъ нарушеніяхъ вслѣдствіе исключенія обеззараживателя несущейся изъ кишечника крови — печени, относительно самой операциіи высказался отрицательно, особенно въ той формѣ, какъ она производится т. е. при пришиваніи небольшого кусочка сальника къ передней стѣнкѣ живота; можетъ быть, нѣсколько иныя были-бы результаты, если-бы брюшину отдѣлили на большемъ протяженіи и туда вшивали большой кусокъ сальника; но во всякомъ случаѣ блудшаго операциа *Talm*'мъ не имѣетъ. Что касается большаго докладчика, то получившіеся благоприятные результаты не убѣдительно: большаго этого находится теперь въ хорошихъ условіяхъ, когда брюшная водянка можетъ и сама по себѣ исчезнуть; возможно, что, когда онъ вернется въ общую обстановку, у него опять наступитъ ухудшеніе.

Предсѣдатель *А. Троляновъ*.

Секретарь *С. Шуениновъ*.

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФІЯ

*Д-ръ А. М. Монинъ. Беременность и роды. Популярное изложеніе физиологіи и діететики беременныхъ, роженицъ, родильницъ и новорожденныхъ. И. Кавказскимъ медицинскимъ Обществомъ, удостоено прѣміи въ память И. И. Собалѣщикова. Изд-т-ва М. О. Вольфа. 1905 г. Ц. 90.*

О достоинствахъ книги, удостоенной Кавказскимъ медицинскимъ Обществомъ прѣміи, говорить не приходится. Обдуманно составленная, хорошо издаваемая, снабженная необходимыми для поясненія текста рисунками и недорогая къ тому-же по цѣнѣ, она вполне можетъ быть предложена тому кругу читателей (именно среднему), для котораго по своему назначенію, видимо, и предназначается. Для распространенія въ народѣ она не годится ни по формѣ изложенія, ни по цѣнѣ, конечно. Читательница-же съ вѣкоторымъ общимъ развитіемъ найдутъ въ ней много полезныхъ, всегда мотивированныхъ соображеній. Какъ одно изъ достоинствъ книги, надо отмѣтить тщательное указаніе на всѣ грозящія женщины въ періодъ беременности, во время родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ опасности, въ дѣлахъ, разумеется, предупрежденія ихъ. Но въ этомъ до нѣкоторой степени и слабая сторона ея. Авт. самъ-же отмѣчаетъ, что беременность не остается безъ вліянія на душевное состояніе женщиины... «Даже женщины съ веселымъ характеромъ, говорятъ онъ, становятся скучны, впадаютъ въ хандру, много говорятъ и думаютъ о смерти», и совѣтуетъ окружающимъ «отвлекать ихъ отъ грустныхъ мыслей, не заводятъ разговоры о смерти или объ опасности родовъ». А между тѣмъ въ своей книгѣ *д-ръ Монинъ* не всегда считается съ тѣмъ душевнымъ состояніемъ, которое по-

жеть быть вызвано слишком уже красноречивым изображением страданий роженицы и слишком настойчивым напоминанием о предстоящих опасностях, приводя, напр., не совсем уместное в популярной книге сравнение французского акушера *Morisset Deslandes* беременностью съ «бурным морем», по которому в теченіи 9 мѣсцевъ плаваютъ и мать, и ребенокъ. Едва-ли женщина, впервые начинающая такое плаваніе забудетъ, прочитавъ книгу д-ра *Момина*, это сравненіе и сможетъ в теченіи 9 мѣсцевъ сохранить бодрость. Это подавляющее впечатлѣніе, конечно, необходимаго перечисленія опасностей могло-бы быть до известной степени сглажено одновременнымъ сообщеніемъ статистическихъ данныхъ о % нормальныхъ исходахъ при соблюденіи указанныхъ предосторожностей, напр., въ родильныхъ пріютахъ. Разумѣется, указанный недочетъ въ книгѣ второстепенный, и въ общемъ она вполне оправдываетъ оцѣнку Кавказскаго медицинскаго Общества. Въ видѣ приложенія къ ней д-ръ *Моминъ* даетъ главу «О нравахъ и обычаяхъ среди мусульманскаго населенія въ некоторыхъ мѣстностяхъ Закавказья и Севернаго Кавказа по отношенію къ беременнымъ, роженицамъ, родильницамъ и новорожденнымъ». Помѣщеніе этой главы въ работу автора требовалось условіями преміи. Заключавшаяся перечисленіемъ главнѣйшихъ изъ примѣняемыхъ среди населенія Кавказа дѣлкихъ обычаевъ, которые могутъ вредно повліять на теченіе беременности и родовъ, она имѣетъ по преимуществу мѣстный интересъ, но, конечно, не лишена и общаго значенія, такъ какъ, по справедливому замѣчанію автора, «всюду, гдѣ царитъ невежество и мракъ встрѣчаются подобныя нравы—конечно, съ мѣстными варіаціями».

Л. Лавровская.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

**СХСХVI. М. Г.!** Не откажите дать мѣсто нашему отвѣту на письмо «Бюро 2-ой группы Одесскаго Отдѣленія академическаго Союза», напечатанное въ № 37 «Русскаго Врача» и въ № 37 «Врачебной Газеты» за этотъ годъ.

Прежде всего мы должны отмѣтить, что въ письмѣ своемъ «Бюро» совершенно не опровергаетъ сообщенныхъ нами фактовъ. Что же касается указаній на довѣріе, выраженное Совѣтомъ Одесскаго Университета проф. *А. К. Медведьку*, то истинное значеніе этого обстоятельство можетъ вполне выясниться для всѣхъ лишь по опубликованіи подробныхъ протоколовъ заведеній Совѣта, чего мы все время настойчиво добивались, чего желаемъ и теперь.

Помимо сказаннаго, главнѣйшей цѣлью настоящаго отвѣта является также наше желаніе указать на явную ложь, допущенную въ письмѣ «Бюро», гдѣ говорится, что большинство изъ насъ принадлежитъ къ какимъ-то политическимъ партіямъ. Никто изъ насъ ни къ какимъ политическимъ партіямъ не принадлежитъ.

*Н. Бантуевъ, С. Головинъ, Д. Ришенискій, А. Корнъ, С. Левашовъ, В. Орловъ, Н. Поновъ и Н. Щеголевъ.*  
Одесса. 26-го сентября 1906 г.

**СХСХVII. М. Г.!** Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Изъ болѣзней потеряты вліяніе на корпорацію помощниковъ врачей д-ръ *Оксъ*, редакторъ газеты «Фельдшеръ», бывшей до послѣдняго времени единственнымъ органомъ, обслуживающимъ вопросы фельдшерскаго быта, употребляетъ всѣ усилія сорвать проектируемый въ началѣ будущаго года Всероссийскій Сѣздъ помощниковъ врачей въ Москвѣ, не останавливаясь передъ извращеніемъ фактовъ. Совѣтъ Воронежскаго Общества помощниковъ врачей считаетъ своимъ долгомъ увѣдомить, что при созывѣ Сѣзда соблюденъ всѣ формальности и, слѣд., никакимъ судебнымъ преслѣдованіямъ, которыми запугиваетъ д-ръ *Оксъ*, участники Сѣзда не подвергнутся, что членами Сѣзда считаются только уплатившіе членскій взносъ въ размѣрѣ 3 р., что по открытіи Сѣзда члены его изъ своей среды выбираютъ Бюро, которое и руководитъ всѣми работами Сѣзда вплоть до извѣстнаго Правленія Союза Обществъ, что общее Собраніе делегатовъ Обществъ, вѣдающее дѣлами Союза, никакого отношенія къ Сѣзду, созываемому для обсужденія общекорпоративныхъ вопросовъ, не имѣетъ; слѣд., никто не можетъ участниковъ Сѣзда лишиться права решающаго голоса или тѣмъ или инымъ путемъ умалить права членовъ Сѣзда.

Надѣясь, что поведеніе д-ра *Окса* получитъ справедливую оцѣнку на Сѣздѣ, Совѣтъ выражаетъ увѣренность, что сознательные элементы фельдшерской корпораціи своимъ участіемъ въ Сѣздѣ будутъ способствовать разрѣшенію наболѣвшихъ вопросовъ. Совѣтъ проситъ другія редакціи перепечатать это письмо.

За Предсѣдателя *Воронинъ*.

Секретарь *Рогатовскій*.

Воронежъ. 27-го сентября 1906 г.

**СХСХVIII. М. Г.!** Позвольте на страницахъ «Русскаго Врача» довести до свѣдѣнія товарищей, что и Новохоперская земская Управа, поименомъ, предпринимаетъ въ планъ заботы о...

нѣтъ: въ своемъ предложеніи мнѣ прислать свои документы она попросила меня сообщить свое вѣроисповѣданіе.

Джанкой. 25-го сентября 1906 г.

*М. Романовъ.*

**СХСХIX. М. Г.!** Не откажите дать мѣсто слѣдующему моему письму по поводу коллективнаго ухода медицинскаго персонала изъ Александропольской городской лечебницы.

Въ сентябрѣ 1905 г. въ Александрополѣ открылась городская лечебница на 10—12 кроватей. Приглашенный завѣдывать этой лечебницей съ очень бѣднымъ составомъ служащихъ (1 фельдшеръ и 1 фельдшеръ), я работалъ сверхъ силъ, руководясь однимъ только желаніемъ—поднять престижъ молодой лечебницы и поставить на должную высоту дѣло медицинской помощи сѣдному населенію г. Александрополя, которое, больше чѣмъ кто-либо, нуждалось въ рациональной помощи и на послѣдніи конейки котораго и открылась лечебница. За короткій промежутокъ времени лечебница замѣтно расширила свою дѣятельность: число посѣщеній амбулаторныхъ больныхъ достигало 1000—1100 чел. въ мѣсяцъ (всего 22 пріемныхъ дня въ мѣсяцъ), а коечныхъ—около 30 (почти всѣ хирургическіе). Но за этотъ же короткій промежутокъ времени не разъ городская Управа давала мнѣ поводъ возмущаться ея отношеніемъ къ своей единственной лечебницѣ и не разъ оскорбляла меня, какъ завѣдующаго лечебницей врача. Чтобы не быть голословнымъ, приведу нѣсколько фактовъ.

1) Хотя въ штатѣ лечебницы и значилась должность акушерки-фельдшерицы, на какую-нибудь надобность и была ассигнована надлежащая сумма, но должность эта оставалась неважнѣйшей до послѣдняго дня, не смотря на неоднократныя мои ходатайства. 2) Лечебница за все время своего существованія ни разу не могла пользоваться ни ваннами, ни теплыми клеветами. 3) Въ маѣ с. г. Управа, безъ всякаго о томъ предупрежденія, цѣлый день оставила больницу съ 13-ью коечными больными безъ капли питьевой воды. 4) Управа безъ меня составила смѣту на 1906 г. и, не смотря на мою письменную просьбу—разрѣшить мнѣ присутствовать при рассмотрѣніи смѣты согласно закону, обошла меня и пригласила частныхъ врачей. 5) На думскихъ засѣданіяхъ Управа своими ложными докладами не разъ вызывала въ думцахъ возмущеніе противъ меня, не давая мнѣ при этомъ возможности оправдываться или доказывать ложь и клевету на меня. Не смотря на все это, долгъ службы и любовь къ дѣлу заставляли насъ всѣхъ работать сверхъ силъ, чтобы не оставлять никого безъ медицинской помощи. Слишкомъ напряженная работа, безусловно должна была вызвать усталость и переутомленіе; каждый изъ насъ, служащихъ, нуждается въ отдыхѣ.

12/VI с. г. ученикъ 4-го класса Тифлисской фельдшерской школы *В. Гришаевъ* письменно обратился въ Управу съ просьбой дать ему какое-нибудь мѣсто въ лечебницѣ на лѣто. 27/VI Управа прислала на мое заключеніе прошеніе *Гришаева*, на которомъ надписью отъ того-же числа я просилъ Управу о слѣдующемъ: «Въ виду переутомленія и усталости всего фельдшерскаго персонала, прошу принять просителя *Гришаева* на должность фельдшерскаго помощника, дабы этимъ имѣть возможность давать уставшимъ фельдшерамъ по очереди кратковременные отпуска». 1/VI Управа сообщила мнѣ, что «согласно ходатайству моему *Гришаевъ* допущенъ къ несенію обязанностей фельдшера съ 1/VI с. г. при больницѣ». 18/VI фельдшерица *Н. Тимофеева* просила Управу разрѣшить ей мѣсячный отпускъ для востановленія силъ, такъ какъ она до того переутомилась, что больше не въ состояніи работать (г-жа *Т.* принята на службу 11/VI 1905 г.). Зная *Гришаева*, какъ дов. опытнаго фельдшера, я на прошеніи *Тимофеевой* объ отпускѣ написалъ, что «съ моей стороны препятствій нѣтъ». Кромѣ того, черезъ 2 дня дополнительной бумагой сообщилъ Управѣ, что «обязанности фельдшерицы *Тимофеевой* мною уже возложены на другого». 28/VI, наконецъ, получаю изъ Управы отвѣтъ на прошеніе *Т.*, который позволю себѣ передать здѣсь дословно: «Управа проситъ *В. В.* объявить фельдшерицѣ г-жѣ *Тимофеевой*, что ей можетъ быть разрѣшенъ просимый ею отпускъ, безъ сохраненія содержанія, если она приметъ подходящее лицо для исполненія ея обязанностей». Какъ видите, черезъ три дня, если не сказать больше, распоряженіе... Г-жа *Тимофеева*, считая себя обиженною подобнымъ поступкомъ Управы, 29/VI просила Управу уволить ее со службы, что Управа охотно и исполнила. Чѣмъ мотивировала Управа вышеупомянутое свое рѣшеніе объ отпускѣ служащихъ,—неизвѣстно. Можетъ быть, она не вѣрила, что г-жа *Т.* могла утомиться. Впрочемъ, особенно вліяніе Управу въ этомъ нелзя. Вѣдь, за все время существованія лечебницы ни городской голова, и никто изъ членовъ Управы не были ни разу въ ней, чтобы во-очію убѣдиться въ той несправедливой работѣ, о которой я неоднократно писалъ въ Управу. Такое халатное отношеніе «хозяевъ» къ лечебницѣ, конечно, не могло не отразиться на ея дѣятельности: въ виду, напр., ограниченности фельдшерскаго персонала, а сокращая время записи больныхъ; часто самъ дежурилъ въ больницѣ, видя, что фельдшеру и фельдшерицѣ не подъ силу нести дежурство черезъ день. То нервное состояніе, къ которому привели меня напряженная работа по лечебницѣ и враждебное отношеніе ко мнѣ Управы, и лишили меня всякой возможности дальѣ переносить какое-либо незаконное и несправедливое распоряженіе Управы по отношенію къ лечебницѣ. Оскорбленный поступкомъ Управы относительно отпуска фельдшерицы, я подалъ рапортъ объ увольненіи меня со службы, назначивъ 7-дневный срокъ для прислания врача.

3-ое равных в грудь и живот умерли в первые часы по прибытии. В общем огнестрельным оружием ранены были 33 чел. Из 29 равных, положенных в хирургическое отделение, у 11 были множественные повреждения и у 18 — единичные, в том числе 13 ранений конечностей (5 верхних и 8 нижних). На 26 огнестрельных ранений, из которых у 10 были множественными, от 2 до 4, и у 16 единичными, у 11 установлены повреждения в большей или меньшей степени костей, преимущественно конечностей. В течении огнестрельных ран наблюдались различные осложнения, как-то значительное нагноение, флегмонозные явления; секвестрация осколков замечена у меньшинства. В 2-х случаях ран с повреждениями крупных сосудов были сдвинуты участки бедер. Раны у всех были нанесены на близком расстоянии: входные и выходные отверстия пулевых ранений в большинстве случаев мало различались друг от друга, представляли маленькие, кругловатые отверстия; у очень немногих выходные отверстия были гораздо больше. Единичные же ранения, где наблюдались обширные и неправильные разрывы мягких частей, получены от пули, по всей вероятности, после того, как она, рикошетируя, сильно деформировалась.

*Г. И. Трахтенберг* присоединился к мнению докладчика, что, вопреки ожиданию, много ран было гнойных.

*Р. Т. Жирамч* спросил докладчика, как он объясняет механизм ранения в случае, где было 1 входное отверстие, а осколок было найдено?

*Докладчик* предполагает возможность, что осколки получились здесь не только от пули, но и от костей.

*Р. Т. Жирамч* возразил, что осколки сдвинуты обособленно.

*В. А. Кнох* замечает, что решить вопрос о происхождении осколков нетрудно: стоит только рентгенизировать больных; кость никогда не даст такого затемнения, как металл, если последний будет даже в форме мелких осколков.

*Докладчик* считает осколки костными. Трудно предположить, что бы пуля, ударившись о кость, разлетелась в куски.

*Р. Т. Жирамч* прибавил, что исследование по *Roentgen*'у дало отрицательный результат.

*А. И. Семязин* замечает, что при исследовании *Roentgen*'овским прибором без диафрагмы лучи, касательные к краям предмета и источника света, вследствие большого объема послыдающего, уменьшают резкость тени и тем больше, чем дальше пуля, кость и пр. от световой чувствительной пластинки, а потому от радиографически непрозрачного предмета может не получиться резкой тени, как и от полупрозрачного предмета. Таким образом может оказаться очень трудным отличить по резкости тени металл от кости.

*В. А. Кнох* добавил, что, может быть, пуля была с подшивками.

*Докладчик* возразил, что пули теперь употребляются лишь оболочечными.

*Председатель* замечает, что в виду лишь 2—3-х тяжелых случаев, указанных докладчиком, надо считать результаты лечения в Маринской больницы более утешительными, чем таковые в Обуховской. В Обуховскую больницу были доставлены 48 раненых и 12 убитых. Ранения были преимущественно в голень и стопу, редко — в брюшную и грудную полости, сопровождались — очевидно, вследствие рикошетирующей пули от мостовой — сильным разрушением подлежащих тканей; так в 1 случае бедренная кость была превращена буквально в кашу. Раны вследствие попадания в них частей одежды, может быть, и загрязненных кожных покровов скоро нагнаивались, воняли, иногда осложнялись газовой флегмоной. Раны непосредственные, не от рикошета, текли хорошо. Относительно проникающих ран грудной полости надо замечать, что при них кровохарканье, считаемого за патогномический признак, может и не быть, хотя легкое может быть и поранено. В таких случаях кровь скапливается в полости плевры и при своевременном выпуске ее может наступить выздоровление.

*И. И. Козловский*. *Еще клинические материалы по операции пришиванья большого сальника к передней брюшной стенке*. Докладчик привел 3 новых случая, из которых в 1 операция была произведена проф. *А. А. Кадыковым* в Петропавловской больнице.

*Г. И. Трахтенберг* спросил, почему в случае из Петропавловской больницы был вырезан кусочек сальника и как пришивали последний?

*Докладчик* ответил, что кусочек вырезали для гистологического исследования, так как подозревали бугорчатку. Пришивали сальник так же, как и в Маринской больнице.

*В. А. Кнох* замечает, что он должен повторить то, что и раньше говорил, а именно что случаи, обсуждаемые лишь с хирургической точки зрения без всякого отношения к обмундировке, интереса не представляют. Если интересно знать, что после операции иногда исчезает брюшная водянка, отеки, то гораздо интереснее знать, как операция отражается на общем кровообращении, нарушается ли в том или ином смысле обмундировка, т. е. то, что имеет ценность и для физиологов и для терапевтов, а этого как раз и нет у докладчика, ни вообще в литературе этого вопроса. В одном случае докладчика была флегмонозная рожа, в другом перитонит. Может быть, это указывает на уменьшенную вследствие операции сопротивляемость организма. Виде, печень есть оздоровитель, а ее исключают из общего круга кровообращения.

*Докладчик* выразил, что, когда делается операция, обмундировка уже нарушена и печень является исключенной из общего круга кровообращения. Показателем этого и служат скопление жидкости в животе. После операции *Talm*'а брюшная водянка иногда исчезает, и больные чувствуют себя лучше, что объясняется улучшением кровообращения и обмундировки.

*В. А. Кнох* замечает, что брюшная водянка указывает на препятствие в кровообращении в системе воротной вены, но у цирротиков бывают поносы, уравновешивающие это накопление жидкости в животе и выводящие из организма вредные вещества. Возможно, что, улучшая кровообращение пологой печени, мы тем самым способствуем всасыванию вредных веществ. Вообще знание обмундировки дает более точные признаки и показания к операции.

*Докладчик* настаивал на том, что восстановление окольного кровообращения и исчезание брюшной водянки уже есть условие выздоровления. Так, больной, оперированный в Маринской больнице до операции, почти ничего не мог есть, после же операции у него появился хороший позыв к еде.

*Р. Т. Жирамч* прибавил, что один из больных имел нефрит, сухой перикардит, а затем уже у него найдены цирроз. Обмундировка у него, по видимому, не была нарушена. Операция ли здесь помогла или что другое, сказать трудно.

*В. А. Кнох* напомнил, что на операции у этого больного цирроза не нашли.

*Г. И. Трахтенберг* замечает, что на операции печени не была замечена уменьшена, но были ли в ней нагноения, сказать трудно. Во всяком случае селезенка была увеличена, и жидкость до операции накопилась несколько раз.

*Р. Т. Жирамч* спросил, делали ли операцию *Talm*'а при циррозах *Pick*'а.

*Докладчик* ответил утвердительно.

*В. К. Гейслер* замечает, что операция *Talm*'а должна давать наилучшие результаты при тромбозах печеночных вен. Кроме того, надо иметь в виду, что брюшной водянки не смотря на то, что цирроз на лицо, долго не наступает. Очевидно, здесь происходит всасывание жидкости брюшиной.

*Председатель*, соглашаясь с доктором *Кнохом* относительно важности наблюдения обмундировки у оперированных по способу *Talm*'а, тем более, что по смыслу *Talm*'овская операция аналогична *Экхо*скому свищу у собак, а известно, какие тяжелые явления наступают у последних при дилатационных нарушениях вследствие исключения обволакивающего несущейся из кишечника крови — печени, относительно самой операции высказался отрицательно, особенно в той форме, как она производится т. е. при пришивании небольшого кусочка сальника к передней стенке живота; может быть, несколько иные были бы результаты, если бы брюшину отделить на большом протяжении и тут вшивать большой кусок сальника; во во всяком случае будущего операция *Talm*'а не имеет. Что касается большого докладчика, то получившиеся благоприятные результаты не убедительны: большой этот находится теперь в хороших условиях, когда брюшная водянка может и сама по себе исчезнуть; возможно, что, когда он вернется в общую обстановку, у него опять наступит ухудшение.

Председатель *А. Троянов*.  
Секретарь *С. Шусинов*.

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФИЯ

*Д-р А. М. Монинг*. *Беременность и роды. Популярное изложение физиологии и дитетики беременных, рожениц, родильниц и новорожденных*. И. Кавказским медицинским Обществом, удостоено премии в память *Н. И. Собал* и *И. И. Собо* и *И. И. Собо*. Изд-ва *М. О. Вольф*. 1905 г. Ц. 90.

О достоинствах книги, удостоенной Кавказским медицинским Обществом премии, говорить не приходится. Обдуманно составленная, хорошо изданная, снабженная необходимыми для пояснения текста рисунками и недорогая — тому же по цене, она вполне может быть предложена тому кругу читателей (именно среднему), для которого по своему назначению, видимо, и предназначается. Для распространения в народ она не годится ни по форме изложения, ни по цене, конечно. Читательница же с некоторым общим развитием найдут в ней много полезного, всегда мотивированных советов. Как одно из достоинств книги, надо отметить тщательное указание на все грозные явления в период беременности, во время родов и в послеродовом периоде опасности, в целях, разумеется, предупреждения их. Но в этом до некоторой степени и слабая сторона ее. Автор сам же отмечает, что беременность не остается без влияния на душевное состояние женщины. «Душе женщины с веселым характером, говорит он, становится скучным, впадают в хандру, много говорят и думают о смерти», и советуют окружающим отвлекать их от грустных мыслей, не заводить разговоров о смерти или об опасности родов. А между тем в своей книге *Д-р Монинг* не всегда считается с тем душевным состоянием, которое во



жеть быть вызвано слишком уже красноречивым изображением страданий роженицы и слишком настойчивым напоминанием о предстоящих опасностях, приводит, напр., не совсем уместное в популярной книге сравнение французского акушера *Morisset Deslandes* беременности с «бурным морем, по которому в течение 9 месяцев плавают и мать, и ребенок». Едва ли женщина, впервые начинающая такое плавание забудет, прочитав книгу д-ра *Момини*, это сравнение и сможет в течение 9 месяцев сохранить бодрость. Это подавляющее впечатление, конечно, необходимого перечисления опасностей могло бы быть до известной степени сглажено одновременным сообщением статистических данных о % нормальных исходов при соблюдении указанных предосторожностей, напр., в родильных притах. Разумеется, указанный недочет в книге второстепенный, и в общем она вполне оправдывает оценку Кавказского медицинского Общества. В вид приложения к ней д-р *Момини* дает главу «О нравах и обычаях среди мусульманского населения некоторых местностей Закавказья и Северного Кавказа по отношению к беременным, роженицам, родильницам и поворожденным». Помещение этой главы в работу автора требовалось условиями премии. Заканчиваемая перечислением главнейших из принятых среди населения Кавказа джихов обычаев, которые могут вредно повлиять на течение беременности и родов, она имеет по преимуществу местный интерес, но, конечно, не лишена и общего значения, так как, по справедливому замечанию автора, «свод, где царит невежество и нравы встречаются подобные нравы— конечно, с местными вариациями».

Л. Лавровская.

## ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ.

**СХСХVI. М. Г.!** Не откажите дать место нашему ответу на письмо «Бюро 2-ой группы Одесского Отделения академического Союза», напечатанное в № 37 «Русского Врача» и в № 37 «Врачебной Газеты» за этот год.

Прежде всего мы должны отметить, что в письме своем «Бюро» совершенно не опровергает сообщенных нами фактов. Что же касается указаний на доверие, выраженное Советом Одесского Университета проф. *А. Р. Медведь*, то истинное значение этого обхождения может вполне выясниться для всех лишь по опубликовании подробных протоколов заседаний Совета, чего мы все время настойчиво добивались, чего желаем и теперь.

Помимо сказанного, главнейшей целью настоящего ответа является также наше желание указать на явную ложь, допущенную в письме «Бюро», где говорится, что большинство из нас принадлежит к каким-то политическим партиям. Никто из нас ни к каким политическим партиям не принадлежит.

*Н. Батуев, С. Головин, Д. Вишневский, А. Корн, С. Левашов, В. Орлов, Н. Попов и Н. Щеголев.*  
Одесса. 26-го сентября 1906 г.

**СХСХVII. М. Г.!** Не откажите дать место следующим строкам.

Их боязни потерять влияние на корпорацию помощников врачей д-р *Окс*, редактор газеты «Фельдшер», бывший до последнего времени единственным органом, обслуживающим вопросы фельдшерского быта, употребляет все усилия сорвать проектируемый в начале будущего года Всероссийский Съезд помощников врачей в Москву, не останавливаясь перед извращением фактов. Совет Воронежского Общества помощников врачей считает своим долгом уведомить, что при созыве Съезда соблюдены все формальности и, след., никаким судебным преследованиям, которыми запугивает д-р *Окс*, участники Съезда не подвергнутся, что членами Съезда считаются только уплатившие членский взнос в размере 3 р., что по открытии Съезда члены его из своей среды выбирают Бюро, которое и руководит всеми работами Съезда вполне независимо от Правления Союза Обществ, что общее Собрание делегатов Обществ, выдающее дѣлами Союза, никакого отношения к Съезду, созываемому для обсуждения общекорпоративных вопросов, не имеет; след., никто не может участниками Съезда лишиться права решающего голоса или тем или иным путем умышленно лишить права членов Съезда.

Надѣясь, что поведение д-ра *Окса* получит справедливую оценку на Съезде, Совет выражает уверенность, что сознательные элементы фельдшерской корпорации своим участием в Съезде будут способствовать разрешению накопившихся вопросов. Совет просит других редакций перепечатать это письмо.

За Председателя *Воронин*.

Секретарь *Романовский*.

Воронеж. 27-го сентября 1906 г.

**СХСХVIII. М. Г.!** Позвольте на страницах «Русского Врача» довести до сведения товарищей, что и Новохоперская земская Управа, помимо уже упомянутого в предыдущем письме, имеет еще одно предложение, касающееся фельдшерского быта.

В своем предложении мы прислать свои документы она попросила меня сообщить свое обоснование.

Джанкой. 25-го сентября 1906 г.

*М. Романов.*

**СХСХIX. М. Г.!** Не откажите дать место следующему моему письму по поводу коллективного ухода медицинского персонала из Александропольской городской лечебницы.

В сентябре 1905 г. в Александрополь открылась городская лечебница на 10—12 кроватей. Приглашенный заведывать этой лечебницей с очень бедным составом служащих (1 фельдшерица и 1 фельдшер), я работал сверх сил, руководясь одним только желанием—поднять престиж молодой лечебницы и поставить на должную высоту дѣло медицинской помощи одному населению г. Александрополя, которое, больше чѣм кто-либо, нуждалось в рациональной помощи и на послѣдних копейки которого и открылась лечебница. За короткий промежуток времени лечебница заметно расширила свою деятельность: число посещений амбулаторных больных достигало 1000—1100 чел. в месяц (всего 22 приемных дня в месяц), а коечных—около 30 (почти все хирургическое). Но за этот же короткий промежуток времени не раз городская Управа давала мне повод возмущаться ее отношением к своей единственной лечебнице и не раз оскорбляла меня, как заведующего лечебницей врача. Чтобы не быть голословным, приведу несколько фактов.

1) Хотя в штатѣ лечебницы и значилась должность акушерки-фельдшерицы, на какую-либо надобность и была ассигнована надлежащая сумма, но должность эта оставалась невостребованной до послѣдняго дня, не смотря на неоднократные мои ходатайства. 2) Лечебница за все время своего существования ни разу не могла пользоваться ни ваннами, ни теплыми клеветами. 3) В мае с. г. Управа, без всякаго о том предупреждения, цѣлый день оставила больницу с 13-ю коечными больными без капли питьевой воды. 4) Управа без меня составила смѣту на 1906 г. и, не смотря на мою письменную просьбу—разрѣшить мне присутствовать при рассмотрѣнии смѣты согласно закону, обошла меня и пригласила частных врачей. 5) На думских засѣданиях Управа своими ложными докладами не раз выставляла въ думѣхъ возмущение противъ меня, не давая мнѣ при этомъ возможности оправдываться или доказывать ложь и клевету на меня. Не смотря на все это, долгъ службы и любви къ дѣлу заставляли насъ всѣхъ работать сверхъ силъ, чтобы не оставлять никого безъ медицинской помощи. Слишкомъ напряженная работа, безусловно должна была вызвать усталость и переутомление; каждый изъ насъ, служащихъ, нуждался въ отдыхѣ.

12/VI с. г. ученикъ 4-го класса Тифлисской фельдшерской школы *В. Гришаевъ* письменно обратился въ Управу съ просьбой дать ему какое-нибудь мѣсто въ лечебницѣ на лѣто. 27/VI Управа прислала на мое заключеніе прошеніе *Гришаева*, на которомъ надписью отъ того-же числа я просилъ Управу о слѣдующемъ: «Въ виду переутомленія и усталости всего фельдшерскаго персонала, прошу принять просителя *Гришаева* на должность фельдшерскаго помощника, дабы этимъ имѣть возможность давать уставшимъ фельдшерамъ по очереди кратковременные отпуска». 1/VI Управа сообщила мнѣ, что «согласно ходатайству моему *Гришаевъ* допущенъ къ несенію обязанностей фельдшера съ 1/VI с. г. при больницѣ». 18/VI фельдшерица *Н. Тимофеева* просила Управу разрѣшить ей месячный отпускъ для восстановленія силъ, такъ какъ она до того переутомилась, что больше не въ состояніи работать (г-жа *Т.* принята на службу 11/VI 1905 г.). Зная *Гришаева*, какъ дов. опытнаго фельдшера, я на прошеніе *Тимофеевой* объ отпускѣ написалъ, что «съ моей стороны препятствій нѣтъ». Кроме того, черезъ 2 дня дополнительной бумагой сообщилъ Управѣ, что «обязанности фельдшерицы *Тимофеевой* мною уже возложены на другого». 28/VI, наконецъ, получаю изъ Управы отвѣтъ на прошеніе *Т.*, который позволю себѣ передать здѣсь дословно: «Управа проситъ *В. В.* объявить фельдшерицѣ г-жѣ *Тимофеевой*, что ей можетъ быть разрѣшенъ просимый ею отпускъ, безъ сохраненія содержанія, если она приметъ подходящее лицо для исполненія ея обязанностей». Какъ видите, чрезвычайное, если не сказать больше, распоряженіе... Г-жа *Тимофеева*, считая себя обиженною подобнымъ поступкомъ Управы, 29/VI просила Управу уволить ее со службы, что Управа охотно и исполнила. Чѣмъ мотивировала Управа вышеупомянутое свое рѣшеніе объ отпускѣ служащихъ,—неизвѣстно. Можетъ быть, она не вѣрила, что г-жа *Т.* могла утомиться. Впрочемъ, особенно винить Управу въ этомъ нельзя. Вѣдь, за все время существованія лечебницы ни городской голова, и никто изъ членовъ Управы не были ни разу въ ней, чтобы воочию убѣдиться въ той несправедливой работѣ, о которой я неоднократно писалъ въ Управу. Такое халатное отношеніе «хозяевъ» къ лечебницѣ, конечно, не могло не отразиться на ея дѣятельности: въ виду, напр., ограниченности фельдшерскаго персонала, а сокращая время записи больныхъ; часто самъ дежурилъ въ больницѣ, видя, что фельдшеру и фельдшерицѣ не подъ силу нести дежурство черезъ день. То нервное состояніе, къ которому привели меня напряженная работа по лечебницѣ и враждебное отношеніе ко мнѣ Управы, и лишило меня всякой возможности дальѣе переносить какое-либо незаконное и несправедливое распоряженіе Управы по отношенію къ лечебницѣ. Оскорбленный поступкомъ Управы относительно отпуска фельдшерицы, я подалъ рапортъ объ увольненіи меня со службы, назначивъ 7-дневный срокъ для прислания врача. Со мной согласился и фельдшер *В. Гришаевъ*.

возмущенный тѣмъ-же обстоятельствомъ. Въ означенный срокъ, не получая отвѣта на свой рапортъ, я сообщилъ «экстренно» въ Управу, что «въ видахъ интереса больныхъ и по долгу человеколюбія я объявляю продолжатъ службу безъ содержания впредь до назначенія врача». На слѣдующій день Управа сообщила мнѣ, что городской врачъ г. *Николаевъ* будетъ заведывать лѣчебницей. Былъ назначенъ съ нимъ часъ для сдачи и приема инвентаря, но чѣмъ-то тайная провокація нашла нужнымъ закрыть единственную въ городѣ больницу, съ каковою цѣлью и было послано д-ру *Николаеву* анонимное угрожающее письмо, вслѣдствіе котораго онъ и отказался принять больницу. Группа мѣстныхъ вольно-практикующихъ врачей, узнавъ о намѣреніи Управы закрыть лѣчебницу, предлагала ей свои безвозмездныя услуги впредь до присланія постоянного врача; но и это доброе желаніе товарищей, вслѣдствіе представленнаго мнѣ гор. головою оскорбительныхъ условий \*, не увѣчалось успѣхомъ. По распоряженію гор. головы, 12/ви полиція запечатала больницу, а больныхъ, безъ ихъ и родителей согласія, перевезли въ мѣстный военный лазаретъ. Затѣмъ Управа стала распространять печатное воззваніе къ народу, гдѣ виновникомъ закрытія больницы считаетъ меня и тѣхъ врачей, которые безвозмездно предлагали ей свои услуги...

И такъ, въ Александрополѣ закрылась единственная лѣчебница, которая такъ была нужна бѣдному люду, закрылась изъ-за наприва человека, который вовсе не нуждается въ ней; закрылась въ такое время, когда въ городѣ свирѣпствовала скарлатина... «Мѣсяца черезъ 2», говорится въ Управскомъ воззваніи, «вернется г. гор. голова, и тогда двери больницы широко будутъ открыты для населенія». Странно, что вопросъ о закрытіи и открытіи больницы ставится въ зависимость отъ отвѣда и пріѣзда гор. головы! «Возмущенъ больничнымъ персоналомъ», говорится въ воззваніи, «по поводу лишенія фельдшерницы жалованья во время отпуска», и вмѣсто того, чтобы высказать недоразумѣнія и дать служащимъ удовлетвореніе, сочли нужнымъ закрыть больницу!.. «Въ городѣ не нашлось ни одного врача, который пожелалъ бы, хоть временно, заведывать лѣчебницей». Это уже ложь; врачи были и предлагали городу свои услуги, но ихъ предложеніе было отклонено. Допустимъ, что врачи *Аршакунъ*, *Матоянцъ* и *Теръ-Сааковъ* отказались служить въ лѣчебницѣ даже временно; но въ городѣ былъ еще врачъ *Рыжикъ*, который не отказывается служить и сейчасъ. Почему Управа не нашла нужнымъ обратиться къ д-ру *Рыжикъ*? Фельдшера также отказались временно служить городу, такъ какъ не могли примириться съ фактомъ окончательнаго удаленія врача *Теръ-Григорянца*. Это—тоже неправда: фельдшера въ присутствіи нѣсколькихъ врачей дали согласіе временно служить при любомъ врачѣ, но отъ нихъ требовали «безусловнаго признанія виновности врача *Теръ-Григорянца*; въ противномъ случаѣ они не могутъ даже временно служить!... Для Александропольскаго населенія вполне ясно, что ни «рѣзкое писаніе» врача *Теръ-Григорянца*, ни отказъ нѣсколькихъ врачей, ни, тѣмъ болѣе, отвѣдъ гор. головы заграницу никакой связи съ закрытіемъ единственной лѣчебницы имѣть не могли. Вышло недоразумѣніе между Управой и лѣчебницей, и Управа обязана была разобратъ въ этихъ недоразумѣніяхъ; но лишить городъ больницы—ни Управа, ни ея предсѣдатель никакой права не имѣли.

Къ характеристикѣ лицъ, принимавшихъ большое участіе въ закрытіи лѣчебницы, не лишнимъ считая привести нѣсколько фактовъ, чтобы читатель могъ убѣдиться, что Александропольская городская Управа, дѣйствительно, въ средствахъ не стѣсняется. На запросъ Эриванскаго губернатора—почему фельдшерницѣ разрѣшенъ отпускъ безъ сохраненія содержанія? гор. голова пишетъ: 1) «Указывая въ прошеніи о полученіи жалованья съ 11/ви 1905 г., Тимофеева умалчиваетъ о времени вступленія въ исправленіе своихъ обязанностей, т. е. съ октября 1905 г.; стало быть 9½ мѣс., между тѣмъ имѣется рапортъ г-жи Тимофеевой отъ 11/ви 1905 г. (за № 685), тамъ она и уведомляетъ Управу о вступленіи въ отправленіе своихъ обязанностей. Гор. голова не только не черезъ 9½ мѣс., а всего черезъ мѣсяцъ по вступленіи въ отправленіе своихъ обязанностей воспользовался отпускомъ, однако лишить его жалованья не было и рѣши. 2) «Она (г-жа Т.) пишетъ, что при лѣчебницѣ не было акушерки-фельдшерницы». Отвѣтъ гор. головы: «вѣдь она-же состояла при лѣчебницѣ со дня открытія ея». Въ постановленіи Управы отъ 11/ви 1905 г. за № 176 значится, что г-жа Т. назначена только фельдшерницею, а вовсе не акушеркою-фельдшерницею. 3) «О переутомленіи Тимофеевой нѣтъ никакого удостовѣренія или даже заявленія врача». На прошеніи Гришаева 84 имѣется моя надпись: «весь фельдшерскій персоналъ усталъ и нуждается въ отдыхѣ». 4) «Управа никогда не постановляла о приемѣ на службу лишняго фельдшера, чтобы давать отпускъ фельдшерамъ. Гришаевъ нанятъ случайно, по словесному докладу врача лѣчебницы». На прошеніи Гришаева имѣется собственноручная революція гор. головы: «Согласно ходатайству врача приять Гришаева на службу; кромѣ того, имѣется постановленіе Управы отъ 1/ви с. г. за № 179, конитъ

Гришаевъ принять въ больницу на должность фельдшера. 5) «Въ уставѣ лѣчебницы нѣтъ указанія на то, что служащимъ полагается отпускъ». Въ § 13 устава лѣчебницы сказано: «отпускъ врачу и другимъ служащимъ разрѣшается городскою Управою».

Обращаюсь къ безпристрастному общественному суду: пусть онъ скажетъ, кто закрылъ лѣчебницу, я или Александропольская городская Управа съ ея предсѣдателемъ по главѣ?

А. Теръ-Григорянцъ.

Александрополь. 24-го сентября 1906 г.

СС. М. Г.! Въ дополненіе къ письму товарища В. Н. Бинштока и отвѣту на него помощника главногo в.-медицинскаго инспектора В. О. Быстрова позвольте мнѣ, съ своей стороны, сообщить слѣдующее.

20/х 1905 г. я получалъ предписаніе отъ начальника своей части, главнаго врача 2 го Николаевскаго-Уссурийскаго своднаго госпиталя, ѣхать въ Харбинъ въ распоряженіе медицинскаго инспектора тыла арміи для сопровожденія возвращающихся въ Европейскую Россію эшелоновъ войскъ. 24/х я пріѣхалъ въ Харбинъ, гдѣ кромѣ меня, ожидали отправки еще болѣе 100 товарищей, собравшихся съ равныхъ пунктовъ театра военныхъ дѣйствій и тыла арміи. Сейчасъ по пріѣздѣ мнѣ стало ясно, что изъ Харбина я выберусь не скоро, а, такъ какъ при мнѣ были жена и грудной ребенокъ, для которыхъ могло не оказаться мѣста въ воинскомъ поѣздѣ и которыхъ начальникъ эшелона могъ и не пустить въ него, то я сталъ хлопотать, чтобы мнѣ разрѣшили ѣхать одиночнымъ порядкомъ. Нѣсколько разъ я обращался съ такой просьбой къ медицинскому инспектору, нынѣ помощнику главнаго в.-медицинскаго инспектора В. О. Быстрову, по каждый разъ получалъ въ отвѣтъ, что это не въ его власти. Въ концѣ концовъ онъ направилъ меня къ начальнику тыла арміи, ген. Надарову. Послѣдній въ видѣ особой милости и снисхожденія къ моему безвыходному положенію далъ, и то только словесное, разрѣшеніе ѣхать въ Петербургъ одиночнымъ порядкомъ. Чтобы добиться этого разрѣшенія, мнѣ пришлось прожить въ Харбинѣ 7 мучительныхъ дней, втеченіи которыхъ, за отсутствиемъ спальныхъ и доступныхъ по цѣнѣ квартиръ или гостиницъ, женѣ моей и ребенку приходилось ютиться въ пустыхъ и часто не отапливаемыхъ вагонахъ санитарныхъ поѣздовъ, чуть-ли не ежедневно переключеніи изъ одного поѣзда въ другой, рискуя каждую минуту потерять ребенка. Когда-же я, наконецъ, пріѣхалъ въ Петербургъ и сталъ хлопотать о жалованьи за послѣдній мѣсяцъ, то мнѣ заявили, что никакого жалованья мнѣ не полагается, такъ какъ съ момента отчисленія отъ своей части я долженъ считаться уволеннымъ въ запасъ. Итакъ, въ Харбинѣ в.-медицинскій инспекторъ считалъ себя вправе не отпускать меня, такъ какъ я, по его мнѣнію, тогда еще состоялъ на дѣйствительной службѣ; когда-же дѣло дошло до жалованья за эту дѣйствительную службу, то оказалось, что я никакого права на жалованье не имѣю, такъ какъ не только въ Харбинѣ, но уже въ Николаевскъ-Уссурийскомъ я считался уволеннымъ въ запасъ и, слѣд., могъ оттуда ѣхать, когда мнѣ угодно и куда угодно. Но, такъ какъ въ предписаніи, которое я получалъ отъ медицинскаго инспектора въ Харбинѣ, сказано, что я командированъ въ Петербургъ въ распоряженіе главнаго в.-медицинскаго Управленія, и вовсе не упоминается о томъ, что я уже уволенъ въ запасъ, то въ виду этого я всегда былъ убѣжденъ, что право мое на жалованье съ 1/х по 6/х т. е. по день дѣйствительнаго зачисленія меня въ запасъ,—неоспоримо, и отказъ въ выдачѣ мнѣ его ни на чемъ не основанъ. 4 мѣсяца я старательно ходилъ изъ канцеляріи въ канцелярію и въ результатѣ только въ апрѣлѣ получилъ сучочныя за дорогу деньги, которыя должны были быть выданы мнѣ передъ отъѣздомъ изъ Харбина, а жалованье и до сихъ поръ еще не получалъ. Замѣчу, въ заключеніе, что отказъ въ выдачѣ жалованья я получилъ только въ Петербургѣ, тогда какъ товарищи мои, признанные изъ другихъ округовъ, были удовлетворены жалованьемъ безъ всякой волокиты, тотчасъ по пріѣздѣ, мѣстнымъ воинскими начальниками, да и въ Петербургѣ главное в.-медицинское Управленіе первыми врачамъ, прибывшимъ съ Д. Востока, уплатило жалованье (*Сачионовъ*, *Амчиславскій* и др.) и только впоследствии стало направлять все просьбы объ уплатѣ жалованья къ Петербургскому уѣздному воинскому начальнику, отъ котораго мы до сихъ поръ его и ждемъ. Впрочемъ, помощникъ главнаго в.-медицинскаго инспектора обнадѣживаетъ насъ, что мы, можетъ быть, его еще получимъ; къ сожалѣнію, онъ ничего не упоминаетъ о прогонныхъ деньгахъ на обратную дорогу, которыя намъ тоже полагаются по закону о воинской повинности.

Д. Саперинштейнъ.

С. Лопатинъ, Петровскаго уѣзда, Саратовской губ.  
29 го сентября 1906 г.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ

1789. Какъ сообщаютъ агентскія телеграммы, 1-го октября состоялось экстренное Собраніе Совѣта Московскаго Университета, на которомъ обсуждалось положеніе, созданное въ Университетѣ запрещеніемъ студенческаго Собранія со стороны

\*) «Дайте мнѣ обязательство, что будете служить мѣс. 1½—2 до моего пріѣзда изъ-заграничія»; «Даю Вамъ 10 мин. срока; подумайте и дайте отвѣтъ» и т. п.; а отъ фельдшеровъ, предлагающихъ тоже безвозмездно свои услуги (временно), гор. голова требовалъ «безусловнаго признанія виновности врача *Теръ-Григорянца*; въ противномъ случаѣ фельдшера не имѣютъ права даже временно служить городу».

администрации. Виредь до возвращения посланной в Петербург депутации из проф. А. А. Мануйлова, Д. Н. Зернова и Е. Н. Трубенского, которая должна дать объяснения относительно положения дела в Университете, Совет решил закрыть Университет до 6-го октября.

1790. Совет Варшавского Университета в заседаниях 19-го и 21-го сентября принял следующее постановление, подлежащее исполнению вопроса о дальнейшем судьбе Университета: «Совет Варшавского Университета в заседании своем 18-го октября 1905 г., при обсуждении вопроса о возобновлении занятий в прошлом 1905—6 акад. году, пришел к заключению, что при существовавшем в то время политическом брожении в край рассчитывать на возобновление учебных занятий невозможно. Последующие события вполне подтвердили правильность этого заключения Совета; действительно, ни в осеннем, ни в весеннем полугодиях прошлого акад. года о возобновлении учебных занятий не могло быть и речи. С тех пор положение дела в край по отношению к высшей школе не изменилось к лучшему; напротив, события последнего времени приняли такой оборот, при котором не только нельзя надеяться на возможность возобновления занятий в Университете, но теперь, ни в ближайшем будущем, не ставится даже вопрос о существовании самого Университета. Предвидя вопрос о судьбе русского Университета в Варшаве Совет не считает себя в праве, в виду общегосударственного значения этого вопроса. Но в то же время Совет не может не обратить внимания на тот совершенно ненормальный факт, что один из 9 русских Университетов, по независящим от него обстоятельствам, вынужден ограничиваться исключительно научною работою, в учебной же сфере обречен на полное бездействие; между тем в области России нуждаются в высших школах и стремятся создать их у себя; все другие русские Университеты оказываются настолько переполненными учащимися, что множество молодых людей не попадают в число студентов за неимением свободных мест. Поэтому Совет Варшавского Университета, не касаясь общегосударственного вопроса о судьбе русской высшей школы в Царств Польском, полагает, что учебная организация Университета в настоящее время должна быть использована для удовлетворения несомненно увеличившейся потребности в высшем образовании; вынужденно бездействующий личный состав Варшавского Университета, его средства и созданный Университетом учебно-вспомогательный учреждения могли бы оказать самое широкое содействие к возникновению нового центра высшего просвещения в России без особых затрат со стороны казны».

1791. Стипендия имени проф. В. Л. Грубера, как сообщают «Известия В-Медицинской Академии» (сентябрь), выдана, согласно постановлению Конференции Академии, и. об. прозектора при кафедре анатомии д-ру К. З. Якуту, как победителю заграничной его командировки.

1792. Как сообщают «Известия В-Медицинской Академии» (сентябрь), из одно из сочинений, представленных в Академию для соискания премии имени акад. Загорского, не признано заслуживающим ее.

1793. «Русские Ведомости» (29 сентября) сообщают, что Общество нейрпатологов и психiatров при Московском Университете получало 2 крупных пожертвования на учреждение нейрпатологического Института—2000 р. от неизвестного и 20000 р. от председателя Общества проф. В. К. Рота, получившего этот капитал по духовному завещанию от М. Д. Балашовой.

1794. Обращаем внимание товарищей на горячо написанную статью г. И. Васильевского (Не-Букава)—«Обыватель» («Свобода и Жизнь», 2 октября). 400000 р.—сумма неоплаченных долгов Обществу вспомоществования недостаточным студентам бывшими его клиентами в одном только Московском Университете! Часть вины этого позора, к сожалению, лежит и на врачах.

1795. Мы слышали, что Министерством народного просвещения разрешено женщинам врачам участвовать на правах членов в заседаниях училищных Советов по врачебно-гигиеническим вопросам.

1796. Как передают «Харьковские Ведомости» (22 сентября), Харьковскому ветеринарному Институту ветеринарным Комитетом отпущено 12000 р. на устройство учебно-вспомогательных учреждений Института.

1797. Глубокоуважаемый секретарь организационного Комитета IX Пироговского Съезда Н. А. Дмитриев просит нас сообщить, что, в виду окончания и сдачи дела Съезда, организационный Комитет просит Петербургских членов поторопиться получением «Трудов» Съезда из книжного магазина К. Л. Ряхкера (Невский, 14) до 1-го декабря текущего года; послѣ этого срока слѣдует за получением «Трудов» обращаться в Москву (Арбат, Денежный пер., д. № 26, Киселевой), в Правление Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова.

1798. В Москвѣ при «хирургическомъ и гинекологическомъ Институтѣ Кнѣ» учреждаются Курсы для врачей, имѣющіе цѣлью «периодически, въ короткое время, благопріятствовать ознакомленію товарищей-врачей, въ формѣ бесѣдъ и демонстрацій, съ прогрессомъ хирургіи и соприкасающихся съ ней отраслей медицинъ». Курсы откроютъ свои занятія въ октябрѣ. Списокъ лекторовъ, изъявившихъ согласіе принять участіе въ такихъ

бесѣдахъ и демонстраціяхъ, а также учрежденій, открытыхъ для посѣтителей Курсовъ, высылается врачамъ, изъявившимъ желаніе посѣщать Курсы. Учредителями Курсовъ состоятъ: проф. Л. Л. Левшинъ, проф. Н. О. Голубовъ и д-ръ П. И. Модильскій.

1799. Ч. пр. А. О. Карницкій открылъ въ Кіевѣ «врачебно-педагогическіе женскіе Курсы «Мать и дитя», имѣющіе цѣлью «доставить всѣмъ желающимъ женщинамъ возможность ознакомиться съ основными правилами ухода за здоровымъ и больнымъ ребенкомъ въ семьѣ и школѣ, отъ его рожденія и до развитія во взрослый организмъ». Курсы предполагаются 2-годовые. Лекціи уже начались; на 1-мъ семестрѣ въ настоящее время читаются: 1) общая морфологія человѣческаго тѣла (проф. В. К. Диндеманъ); 2) физиологія человека (проф. А. А. Садовскій); 3) психологія человека (проф. И. А. Сикорскій); 4) биологія съ курсомъ ботаники, зоологіи и минералогіи (проф. В. К. Соколинскій); 5) физика и химія (А. В. Думанскій); 6) физическія упражненія человека (ч. пр. А. О. Карницкій). Приемъ прошеній продолженъ до 15-го октября. Для желающихъ поступить по окончаніи Курсовъ на медицинскіе факультеты Университетовъ (на Курсы въ «дѣйствительныя слушательницы» принимаются лишь окончившія среднія учебныя заведенія или имѣющія свидѣтельство на званіе домашней учительницы) будутъ проходить латинскій и новыя языки.

1800. Министерство народного просвѣщенія, какъ мы слышали, предложило всѣмъ директорамъ реальныхъ училищъ озаботиться, чтобы въ 7-мъ классѣ нынѣ же введено было преподаваніе ииѣны, въ видѣ необязательнаго предмета, по 1 часу въ недѣлю.

1801. Какъ видно изъ составленнаго д-ромъ П. А. Добрадинымъ «Отчета врача Петербургскаго Университета за 1905 г.», общій расходъ, который понесъ Университетъ на лѣкарства и на зубоврачебную помощь какъ для студентовъ, такъ и для служащихъ Университета выразился въ суммѣ 1770 р. За лѣченіе зубовъ студентовъ, пожелавшихъ воспользоваться зубоврачебной помощью за счетъ Университета, слѣдуетъ уплатить за отчетный годъ 485 р. 75 коп. Изъ общаго числа студентовъ (6028 чел.), числившихся къ 1/1 1906 г., обратились къ университетскому врачу 347, т. е. 5,75%; въ прежніе же годы число обратившихся студентовъ колебалось между 20% и 26%; чрезвычайно малый % обратившихся въ отчетномъ году объясняется тѣмъ, что большую часть года Университетъ былъ закрытъ. Всего за 1905 г. умерли 12 студентовъ, что составляетъ 0,2% смертности. Изъ этихъ 12 насильственной смертью умерли 5, т. е. 41,65%,—число, совершенно исключительное, по мнѣнію составителя отчета, ибо въ прежніе годы число умершихъ насильственной смертью не превышало 21,8%.

1802. Въ Тифлисѣ, какъ сообщаютъ «Русскимъ Ведомостямъ» (30 сентября), по распоряженію жандармскаго правленія произведенъ обыскъ «у старшаго военнаго врача, ст. сов. Первозникова». «Отецъ съ шашкой и сынъ съ ружьемъ хотѣли оказать сопротивленіе. Раздался выстрѣлъ; казакъ отпѣтилъ;—отецъ убитъ». Тоже извѣстіе получили и нѣкоторые Петербургскія общія газеты, между ними и «Око», напечатавшее его въ № 24 (30 сентября). Въ № 25 (1 октября) той-же газеты читаемъ уже «опроверженіе» главнаго в.-медицинскаго Управленія: «Врача Первозникова въ в.-медицинскомъ вѣдомствѣ нѣтъ. Состоявшій равнѣ въ этомъ вѣдомствѣ ст. сов. Первозниковъ уволенъ отъ службы въ 1900 г.».

1803. Считаю долгомъ перепечатать изъ «Око» (28 сентября) слѣдующее «Письмо въ редакцію»: «М. Г.! Во имя челоѣколюбія прошу дать мѣсто на страницахъ Вашей газеты слѣдующему. Въ Петербургѣ сейчасъ живетъ врачъ П. Судьба его въ высшей степени печальна. Будучи раненъ шальной пулей во дни баррикады въ одномъ изъ Сибирскихъ городовъ въ легкое, онъ совершенно утратилъ всякую способность работать. Мало того, его отдали подъ судъ, и онъ 3 мѣсяца сидѣлъ въ «одиночествѣ» въ крѣпости. Теперь у него туберкулезъ въ самой острой формѣ, немедленно требующей лѣченія на Югѣ. Все, что онъ имѣлъ, прожилъ, и теперь онъ, его жена и 2-мѣсячный ребенокъ умираютъ съ голоду. Я обращаю свой голосъ къ обществу и коллегамъ по профессіи. Помогите! Врачи. Пожертвованія можно присылать по адресу: Вас. Островъ, 16 д., д. 67, кв. 7, врачу П.».

1804. «Рѣчи» (28 сентября) приводятъ изъ «Страны» цифру кажей, совершенныхъ по приговорамъ военно-полевыхъ судовъ за мѣсячный періодъ дѣятельности этихъ «сверхюридическихъ судилищъ»: «по меньшей мѣрѣ 160 труповъ за 30 дней!» «Содѣйствовали-ли эти трупы прекращенію смуты и крамолы? Спокойнѣ-ли стало?»—спрашиваетъ газета и отвѣчаетъ: «Кажется, что на эти вопросы 2-хъ отвѣтовъ быть не можетъ»...

1805. Группа Московскихъ врачей, какъ сообщаютъ «Русскимъ Ведомостямъ» (30 сентября), готовятъ обширный рефератъ на предстоящій Пироговскій Съездъ по вопросу о смертныхъ казняхъ. Эта-же группа намѣрена просить Съездъ ходатайствовать объ освобожденіи врачей отъ присутствованія при повѣшеніяхъ (и разстрѣлахъ). Она намѣрена сообщить также наблюденія врачей, уже присутствовавшихъ при исполненіи смертныхъ приговоровъ.

1806. «Рѣчи» (28 сентября) телеграфируютъ изъ Одессы, что при обсужденіи въ Советѣ профессоровъ мѣстнаго Университета многочисленныхъ случаевъ избіеній студентовъ членами союза русскихъ людей проф. Н. Р. Лисенко и Б. Ф. Верно указали на возможность такихъ случаевъ въ стѣнахъ самого Университета, въ имѣющихся

жителя — члены союза. По поводу этого заявления в «Русской Речи» появились заметки с инсинуациями против Н. К. и Б. Ф. Кроме того, они получили письма за подписью членов бывшей гвардии с угрозами убить их в течение 3-х недель.

1807. По словам «Виржевых Вѣдомостей» (1 октября), изъ Екатеринбургa высланъ въ 24 часа д-ръ С. Р. Чернышевскій безъ предъявленія ему какого-бы то ни было обвинения. Положение товарища отягчается еще распоряженіемъ, коимъ ему воспрещается также селиться и въ соседнихъ Вятской и Уфимской губерніяхъ, въ Тюмени, Челябинскѣ и др. мѣстахъ. Про столицу и Югъ, разумеется, и говорить нечего. «Гдѣ же ему, спрашивается газета, можно жить?» Д-ръ Ч. — человекъ бѣдный и много семейный.

1808. Въ «Крестяхъ», по словамъ «Речи» (27 сентября), уже 7-ой мѣсяцъ содержится студ. 4-го курса В.-Медицинской Академіи Н. П. Сагredo. Не смотря на то, что при обыскѣ ничего предсудительнаго у него найдено не было, на допросахъ къ нему предъявляется обвиненіе по 101, 102 и 2-ой части 126 ст. уложенія о наказаніяхъ. Обвинительнаго акта ему до сихъ поръ еще не вручили.

1809. Въ числѣ лицъ, принадлежащихъ къ составу Петербургскаго жандармскаго дивизіона, о высленіи которыхъ изъ принадлежащаго городу помѣщенія городская Управа подала просьбу мировому судѣ, предъявивъ къ нимъ искъ о взысканіи съ нихъ квартирной платы за нѣсколько лѣтъ, значится (см. «Речь», 29 сентября) и д-ръ Стенлеръ (А. З.).

1810. Въ «Волгарѣ» (27 сентября) описываются во всей ихъ неприглядности Нижегородскія тюрьмы. Не смотря на то, что антигигіеничныя условія ихъ должны порождать многочисленныя заблѣванія, что «чахотка является здѣсь постоянной гостьей», «больницы при тюрьмахъ нѣтъ, потому что этихъ именемъ вовсе нельзя назвать 3-хъ камеръ, лишенныхъ всего, безъ чего немислима больница. Нѣтъ инструментовъ, нѣтъ аптеки, нѣтъ даже умывальника, и больные вынуждены или умываться изюрта, или подавать воду другъ другу ковшомъ надъ зловонной парашкой. Койки снабжены такими-же, какъ и въ арестантскихъ камерахъ, не дезинфицируемыми даже и послѣ больныхъ матрацами», «воздухъ насыщенъ ретираднымъ запахомъ» и пр., и пр. въ томъ-же родѣ.

1811. «Речи» (28 сентября) сообщаютъ изъ Москвы, что въ мѣстной губернской тюрьмѣ покончилъ жизнь самоубійствомъ, удавившись, молодой арестантъ, который былъ признанъ при врачебномъ осмотрѣ душевно-больнымъ и подлежалъ освобожденію.

1812. Въ «Товарищѣ» (28 сентября) мы съ удовольствіемъ прочитали слѣдующія строки: «Отъ врачей выпуска 1894 г. поступило для пересылки въ Нарымскій край 31 р. Деньги посланы по назначенію».

1813. «Сегодня» (28 сентября) передаетъ, какъ слухъ, что въ Якутской области среди ссыльныхъ распространяется въ сильной степени сифилисъ вслѣдствіе того, что имъ приходится жить въ зараженныхъ сифилисомъ селеніяхъ и домахъ.

1814. Въ Ковно, какъ сообщаютъ агентскія телеграммы (отъ 30-го сентября), въ городской больницу 3-мя выстрѣлами изъ браунинга убитъ неизвѣстный. Убийца, мальчикъ, скрылся въ толпѣ.

1815. Министерство внутреннихъ дѣлъ предписало врачевымъ инспекторамъ, какъ передаетъ «Сегодня» (29 сентября), немедленно доносить въ Управленіе главнаго врачебнаго инспектора о всѣхъ заблѣваніяхъ, возникающихъ на почвѣ недожданія.

1816. «Приазовскій Край» (24 сентября) передаетъ, что по сообщенію окружнаго врача Таганрогскаго округа состояніе округа относительно голода рисуется въ такомъ видѣ. Неурожай коснулся 36 волостей; изъ нихъ наиболѣе острая нужда въ 4-хъ. Развитія острозаразныхъ болѣзней въ зависимости отъ недостаточнаго питанія не наблюдается. Что касается отдѣльных вспышекъ брюшнаго тифа и заразныхъ болѣзней, то онѣ имѣютъ спорадическій или заносный характеръ.

1817. 27-го сентября въ Москвѣ, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (29 сентября), состоялось общее Собраніе Московскаго Общества развитія мѣстнаго самоуправленія. Собраніемъ установленъ ежегодный членскій взносъ въ размѣрѣ 1/4% съ заработка каждого члена и вступительный взносъ въ размѣрѣ 1 р. Затронутъ былъ вопросъ о современномъ положеніи мѣстнаго самоуправленія, городского и земскаго, при чемъ указывалось на предстоящій кризисъ въ земскомъ хозяйствѣ какъ вслѣдствіе плохого поступленія платежей, такъ и вслѣдствіе крупной перемѣны въ составѣ земскихъ гласныхъ, большинство которыхъ, какъ показываютъ послѣдніе выборы въ нѣкоторые губерніяхъ, будетъ состоять изъ лицъ реакціоннаго направленія, обнаружившагося уже въ постановленіяхъ нѣсколькихъ земскихъ Собраній въ настоящую осеннюю сессію. Такъ какъ, повидимому, Земство идетъ теперь подъ вліяніемъ реакціонныхъ силъ къ разрушенію, къ разрушенію всего того, что оно создало въ теченіи многихъ лѣтъ, къ закрытію или сокращенію дѣятельности земскихъ школъ, лѣчебницъ, экономическихъ бюро и пр., то Собраніе постановило образовать особую Комиссію для обсужденія вопросовъ текущей жизни мѣстнаго самоуправленія, чтобы приготовиться къ предстоящей земской катастрофѣ. Рѣшено также образовать другую Комиссію по разработкѣ основныхъ началъ положенія земскихъ и городскихъ самоуправленій.

1818. Юрьевъ-Польское, Владимірской губ., Земское Собраніе, по словамъ агентскихъ телеграммъ (отъ 1-го октября), рѣшило обратиться къ населенію съ заявленіемъ, что, если земскіе

сборы не будутъ уплачены къ ноябрю, Земство закроетъ съ школами и больницами въ убытокъ.

1819. На послѣднемъ Собраніи Аткарскаго Земства, какъ сообщаетъ «Око» (1 октября), выяснилось, что кризисъ здѣсь скрывается съ такой-же силой, какъ и въ другихъ Земствахъ. Поступленія земскихъ сборовъ совершенно прекратились. Необходимыя и важныя для населенія земскія учрежденія, какъ-то: школы, больницы и др., а также подводная повинность, за нѣмнѣйшимъ средствъ, неизбѣжно должны прекратить свое дѣйствующее существованіе. И теперь уже амбулаторіи, больницы остаются безъ лекарствъ и пищевыхъ продуктовъ; жалованья медицинскому и учительскому персоналу и всѣмъ другимъ служащимъ уезднаго Земства за августъ и сентябрь не выдано. По той-же причинѣ неминуемо должно приостановиться и исполненіе губернскихъ повинностей, въ числѣ которыхъ значатся общегубернскія организаціи по борьбѣ съ эпидемическими заблѣваніями, по лѣченію эпизоотій и пр.

1820. «Речи» и «Товарищу» (30 сентября) телеграфируютъ изъ Курска, что «Щигровское уездное земское Собраніе постановило выразить свое крайнее удивленіе по поводу разгрома губернской Управы Курскимъ экстреннымъ губернскимъ земскимъ Собраніемъ (см. выше, № 39, стр. 1229), въ небольшомъ составѣ отиравшимъ постановленіе очереднаго Собранія, не освѣдомившись съ мнѣніемъ уездныхъ Земствъ. Принципіально Щигровское Собраніе высказалось за возстановленіе уничтоженныхъ отдѣловъ, указавъ ихъ громадную пользу. Подобное постановленіе сдѣлано также и Курскимъ уезднымъ земскимъ Собраніемъ».

1821. «Речи» (1 октября) сообщаютъ, что изъ Саратовскаго уезднаго Земства въ послѣднія 2 недѣли ушли 1/2 состава врачей. Объясняется это новымъ курсомъ, который принимается Земствомъ».

1822. 12-го сентября, какъ сообщаетъ «Чита» (16 сентября), состоялось 1-ое въ нынѣшній сезонъ засѣданіе «Общества Забайкальскихъ врачей». На этомъ засѣданіи былъ поднятъ вопросъ о принятіи въ Общество, кромѣ врачей, также фармацевтовъ и фельдшеровъ. Въ виду значительнаго увеличенія за послѣднее время числа этихъ лицъ въ Забайкальѣ, признано своевременнымъ принять мѣры къ болѣе тѣсному общенію ихъ съ врачами, что, съ одной стороны, будетъ имѣть просвѣтительное значеніе для первыхъ, а, съ другой — объединитъ дѣятельность всего медицинскаго персонала. Сообразно съ этой мѣрой предложено переименовать Общество въ «Забайкальское медицинское Общество». Такъ какъ принятіе этихъ новыхъ членовъ требуетъ измѣненія нѣкоторыхъ §§ устава, то для выработки ихъ избранъ Комиссія, въ которую вошли: представители отъ врачей — Цейтлинъ (секретарь Общества) и Щелоговъ, отъ фармацевтовъ — Эрроузъ и будетъ избранъ 1 отъ фельдшеровъ. Въ этомъ-же засѣданіи былъ возбужденъ вопросъ объ устройствѣ въ Читѣ скорой ночной медицинской помощи. Въ настоящее время, въ виду опасности движенія по улицамъ ночью и отсутствія ночныхъ извозчиковъ, которыми, впрочемъ, и довѣряться нельзя, жители совершенно лишены возможности въ экстренныхъ случаяхъ прибѣгать къ медицинской помощи. Принимая это во вниманіе, Общество врачей поручило своему предсѣдателю снести по этому поводу съ городской Управой, чтобы она, какъ учрежденіе, заинтересованное въ этомъ вопросѣ, взяла часть расходовъ на себя, напр., наняла-сь экипажъ, который помѣщался-бы въ опредѣленномъ мѣстѣ, гдѣ будетъ извѣстенъ адресъ дежуршаго въ данную ночь врача, который и могъ-бы въ такомъ случаѣ быть утвержденнымъ въ возницѣ. За ночныя посѣщенія врачамъ предполагается опредѣленное вознагражденіе. Общество врачей, съ своей стороны, предоставляетъ въ общее пользованіе экипажъ для перевозки больныхъ, для которыхъ переѣздъ въ обыкновенномъ экипажѣ окажется труднымъ.

1823. Въ «Приазовскомъ Краѣ» (29 сентября) вкратцѣ передается прочитанный на годовомъ Собраніи (24-го сентября) Донскаго окружнаго Управленія Краснаго Креста отчетъ за 1905 г., изъ котораго слѣдующія строки, касающіяся врача Павлова, изданныхъ на Д. Востокъ по главѣ Донскаго санитарнаго отряда, приведены полностью: «По возвращеніи г. Павлова на Донъ, онъ въ засѣданіи окружнаго Управленія 30-го сентября прочиталъ краткій очеркъ дѣятельности лазарета въ Харьбинѣ. Окружное Управленіе, выслушавъ этотъ очеркъ съ особымъ интересомъ, осталось неудовлетвореннымъ относительно оказанія отрядомъ изслучительной помощи только больнымъ и раненымъ нижнимъ чинамъ и неоказанія ей офицерамъ, чего старшій врачъ, по какимъ-то необъяснимымъ причинамъ, вообще избѣгалъ. Случайно попали въ его лазаретъ лишь 2 офицера. Также окружное Управленіе не согласилось съ заключеніемъ Павлова, что сестры милосердія вообще изъ всѣхъ безъ исключенія Общинъ, по неспособности ихъ къ уходу за больными и для перевязки ранъ, пригодны лишь въ качествѣ сидѣлокъ и для черной работы. По просьбѣ окружнаго Управленія г. Павловъ обѣщалъ представить въ скоромъ времени свой отчетъ о дѣятельности санитарнаго отряда для присоединенія его къ дѣламъ Управленія; но, не смотря на повтореніе объ этомъ, отчета о дѣятельности отряда, снаряженнаго Донскимъ окружнымъ Управленіемъ, не представилъ, какъ равно и о расходѣ 1000 р., данныхъ ему на предвидѣнную надобность при отправленіи отряда. Въ заключеніе, сообщая Управленію, что указанный выше краткій очеркъ былъ прочтенъ имъ только изъ любезности, а не по обязанности, г. Павловъ рекомендовалъ обратиться за необходимыми Управленію свѣдѣніями къ главному помощнику Донскаго Краснаго Креста на Дальнѣмъ Востокѣ». На выборахъ,



произведенных в том же заседании, в число членов Управления избран д-р *Н. О. Флеринг*.

1824. В Читѣ бесплатная медицинская помощь обеспечена только бесплатными ежедневными приемами для приходящих больных, с выдачей бѣднымъ бесплатно и лекарствъ, въ мѣстной Общинѣ Краснаго Креста. Община эта, помѣщающаяся теперь въ женскомъ монастырѣ, чрезъ мѣсяцъ, какъ сообщаетъ «Чита» (16 сентября), перейдетъ въ новое собственное помѣщеніе, гдѣ и открываетъ новую лечебницу на 20 кроватей, изъ коихъ 5 бесплатныхъ, остальные за плату по соглашенію и сообразно съ требованіями больныхъ. При лечебницѣ будетъ находиться ординаторъ съ годовымъ содержаніемъ въ 1500 р.; остальнымъ работающимъ въ ней врачамъ ежегодно будутъ выдаваться разлѣдныя: главному врачу—300 р. и другимъ—по 100 р. Число сестеръ милосердія предполагается довести до 10 «выпущеннымъ изъ Евр. Россіи» (? *Ред.*). Желаніе работать въ лечебницѣ изъявили 8 врачей.

1825. Проектъ о введеніи въ Петербургскія городскія больницы автономнаго управленія, какъ сообщаетъ «Рѣчь» (28 сентября), разсматривалась ревизіонной (? *Ред.*) Комиссіей, которая и признала коллегіальное врачебное управленіе больницъ безусловно желательнымъ. Что же касается участія въ обсужденіи дѣлъ больницъ всѣхъ служащихъ, то Комиссія рѣшила не высказываться по этому поводу въ «виду новизны и оригинальности» этого проекта.

1826. 12-го минувшаго іюня, какъ сообщаетъ «Врачебно-санитарная Хроника Рязанскаго губ.» (№ 6), въ Рязанскомъ уѣздномъ санитарномъ Совѣтѣ обсуждался отказъ д-ра *О. Н. Шмелева* отъ принятія на себя должности старшаго врача Рязанской уѣздной больницы, мотивированный невозможными условіями работы въ этой больницѣ. Мотивы свои д-ръ *Шмелев* изложилъ въ слѣдующемъ письмѣ въ Рязанскій уѣздный санитарный Совѣтъ, посланномъ имъ изъ Смоленска 26/у 1906 г.: «Вынужденный отказаться отъ принятія на себя должности «старшаго» врача Рязанской уѣздной больницы, я считаю нужнымъ представить санитарному Совѣту, почтившему меня своимъ избраніемъ, подробную мотивировку своего отказа. Работа 18 лѣтъ въ Земствѣ, въ условіяхъ обычной обстановки небольшой сельской больницы (20 кроватей), я далеко, конечно, отъ мысли предъявлять въ данномъ случаѣ какія-либо особыя требованія; тѣмъ не менѣе въ этомъ отношеніи существуютъ все-же извѣстный минимумъ, ядти дальше котораго мнѣ не позволяетъ моя врачебная совѣсть. Рязанская уѣздная больница, къ великому моему сожалѣнію, не удовлетворяетъ даже этому минимуму. Приглашенный въ качествѣ хирурга, я въ правѣ былъ предполагать, что хотя-бы элементарныя-то условія для подобнаго рода работы уже даны, и поэтому не особенно интересовался личнымъ осмотромъ больницы, тѣмъ болѣе, что предполагавшаяся съ весны постройка новаго корпуса могла-бы заставить помириться со многими дефектами стараго зданія больницы. Но въ томъ и другомъ отношеніи мнѣ пришлось жестоко ошибиться. Постройка отложена на неопредѣленное время (во всякомъ случаѣ, она не можетъ быть закончена раньше осени 1908 г.); больница-же найдена мною въ такомъ отвратительномъ видѣ, что, по моему мнѣнію, она должна быть немедленно закрыта и заново отремонтирована сейчасъ-же. При настоящемъ же ея состояніи и полной неприспособленности ея къ сколько-нибудь крупной хирургической работѣ, какъ со стороны помѣщенія, такъ и инструментарія, условія работы въ ней таковы, что могутъ угрожать серьезной опасностью для здоровья и даже жизни оперируемыхъ, а также репутаціи оперирующаго. Хирургическаго отдѣленія въ больницѣ не существуетъ. Говорить объ изоляціи гнойныхъ и септическихъ больныхъ не приходится. Всѣ они свалены въ одну кучу, не исключая и рожистыхъ, какъ это было при моемъ посѣщеніи больницъ 24-го мая. Операционная представляетъ «unicum» своего рода, съ переносной печью и желѣзной трубой, протянутой чрезъ нее, и съ толпой, конечно, изъ операционной-же. Отсутствие проведенной воды, умывальника, стерилизованной горячей и холодной воды при тѣснотѣ, темнотѣ и духотѣ операционной, дѣлаетъ ее мало пригодной для простой перевязочной. Непосредственное общеніе ея съ больничными корридорами, —вѣрнѣе, больничной прихожей; помѣщеніе ея у главнаго входа въ больницу, гдѣ непосредственно у ея дверей толпится публика прямо съ улицы и гдѣ со своими пожитками на лѣрѣ расположился больничный служитель,—все это лишь свидѣтельствуетъ о полномъ игнорированіи самыхъ элементарныхъ условій асептики. Ни предъ-операционной, ни перевязочной для «чистыхъ» оперативныхъ больныхъ, конечно, не существуетъ. Подготовка матеріала и инструментовъ, очевидно, дѣлается въ т. наз. «перевязочной» (содержимой отвратительно грязно). Убожество обстановки операционной со стороны мебели, посуды, стерилизационныхъ аппаратовъ и инструментовъ лишь дополняетъ общую печальную картину. Все это при невообразимой грязи палатъ, ваннъ, комнатъ и въ ужасномъ ретрадномъ воздухѣ больницы производитъ удручающее впечатлѣніе. Къ этому нужно еще прибавить отсутствіе при больницѣ дезинфекціонной камеры, отсутствіе прачешной (все бѣлье грязное, недезинфицированное, отдается въ городъ частнымъ прачкамъ) и присутствіе на больничномъ дворѣ переполненныхъ больничными нечистотами помойныхъ колодезѣй. По моему, здѣсь уже перейдены всѣ границы дозволеннаго и допустимаго съ санитарной точки зрѣнія. Затѣмъ я никакъ не могу примириться съ устраненіемъ врачей отъ непосредственнаго участія въ веденіи больничнаго хозяйства. Врачъ въ прачешной смѣтѣ —полный хозяинъ боль-

ницы. Смотритель долженъ быть въ полномъ распоряженіи врача, а роль члена Управы—чисто консультативная. Ни одна земская копѣйка не должна расходоваться безъ разрѣшенія врача, который и несетъ на себѣ всю отвѣтственность за состояніе больницы передъ земскимъ Собраніемъ. О другихъ болѣе мелкихъ недостаткахъ я не буду говорить; всѣ они санитарному Совѣту, вѣроятно, лучше извѣстны, чѣмъ мнѣ, при моемъ поверхностномъ осмотрѣ больницы. Единственнымъ выходомъ изъ создавшагося положенія я считаю временный наемъ для хирургическаго отдѣленія отдѣльнаго помѣщенія со всѣми необходимыми приспособленіями для оперативной работы. На это могли-бы быть обращены %/о съ имѣющаго на новую постройку капитала». —Рѣшеніе поднатога письмомъ д-ра *Шмелева* вопроса о переводѣ хирургическаго отдѣленія въ наемное помѣщеніе было отложено Совѣтомъ до времени, когда выскажется по этому поводу вновь избранный старшій врачъ больницы *Н. М. Терешенковъ*. Послѣдній, принявъ предложенную ему должность, мотивировалъ свое согласіе въ засѣданіи того же Совѣта 28-го іюня слѣдующимъ образомъ:.... «Признавая, вмѣстѣ съ д-ромъ *Шмелевымъ* и санитарнымъ Совѣтомъ, всѣ существующіе дефекты больницы,—при подробномъ ознакомленіи этихъ дефектовъ еще болѣе,—я не думаю, чтобы было возможно и необходимо закрыть больницу и оставить, хотя-бы временно, населеніе безъ всякой медицинской помощи; иначе пришлось-бы закрыть въ настоящее время не менѣе 1/3 всѣхъ больницъ въ Россіи. Думаю, что возможно, не закрывая больницы, путемъ энергичнаго ремонта по частямъ привести ее въ такое состояніе, когда въ ней будетъ возможна значительная хирургическая помощь населенію. Эта помощь будетъ расширяться по мѣрѣ ремонта и улучшенія больницы, не принося гибели больнымъ. Все это, конечно, мое личное убѣжденіе, въ силу моего собственнаго опыта. Мнѣ еще до выборовъ въ больницу врача удалось побывать въ ней, и многуважаемый товарищъ *И. А. Субботинъ*, показывая больницу, указалъ на всѣ существующіе дефекты; вмѣстѣ съ тѣмъ онъ указалъ на все то, что возможно и предположено сдѣлать для улучшенія больницы: устройство операционной, постепенное приобрѣтеніе необходимаго хирургическаго инвентаря, болѣе строгое размѣщеніе различныхъ категорій больныхъ по палатамъ, предстоящая въ недалекомъ будущемъ постройка отдѣльнаго хирургическаго барака, прачешной и пр. и, наконецъ, возможная организація больничнаго Совѣта, проектъ котораго уже представленъ на разсмотрѣніе санитарнаго Совѣта. При всѣхъ полученныхъ мною указаніяхъ хирургическая работа въ больницѣ представляется мнѣ возможной. Она представляется мнѣ еще болѣе возможной въ настоящее время, когда по распоряженію предсѣдателя Управы, *А. В. Елагина*, уже приступлено къ ремонту больницы и устройству операционной. Признаніе Управой и санитарнымъ Совѣтомъ всѣхъ существующихъ недостатковъ больницы и заставляетъ думать, что переустройство и улучшеніе больницы не будетъ откладываться на долгое время и пойдетъ энергично, въ особенности когда будетъ организованъ больничный Совѣтъ. Отмѣченное общее признание недостатковъ больницы, вмѣстѣ съ письмомъ д-ра *Шмелева*, говоритъ за необходимость введенія коллегіальнаго управленія больницей въ ближайшее время». —Въ результатѣ вопросъ о закрытіи хирургическаго отдѣленія больницы и о наймѣ для этой цѣли особаго помѣщенія былъ снятъ съ очереди.

1827. Слѣдственная Комиссія по раскрытію злоупотребленій въ расходованіи 2.700.000 р. на постройку пресловутой *дѣтской больницы въ Петербургѣ* обнаружила, какъ сообщаетъ «Рѣчь» (26 сентября), что одному изъ членовъ строительной Комиссіи выдано было на устройство сада при больницѣ 27000 р., между тѣмъ устройство его, по мнѣнію Комиссіи, обошлось всего въ 8000—9000 р. Отчетъ въ израсходованіи денегъ до сихъ поръ еще не представленъ.

1828. Судя по излагаемому въ «Новомъ Обзорѣ» (24 сентября) докладу Одесской Думѣ городскія ревизіонной Комиссіи, *Одесская городскія больницы не блещутъ благоустройствомъ*. Состояніе старой, напр., больницы описывается въ докладѣ такъ: «Обстановка приемнаго покоя производитъ удручающее впечатлѣніе. Не говоря уже о мрачномъ помѣщеніи, въ которое попадаетъ больной, тяжеломъ специфическомъ больничномъ воздухѣ и пр., самое ложе, на которое его укладываютъ, представляетъ изъ себя заржавленный, дырявый, проволоочный матрацъ, покрытый ветхимъ одеяломъ, безъ всякаго бѣлья. Такое же неблагоприятное впечатлѣніе производитъ почти вслѣдствіе обзоръ всѣхъ больничныхъ помѣщеній и службъ. Ванное зданіе, нижній этажъ котораго, состоящій изъ низкихъ сводчатыхъ темныхъ казематовъ, наполненныхъ хрониками, поражаетъ удручающимъ, трудно выносимымъ воздухомъ. Дворъ немощенный, грязный настолько, что изъ одного помѣщенія въ другое приходится пробираться, тѣсняясь къ стѣнамъ и все-таки попадая въ глубокую грязь; на дворѣ этомъ нѣтъ даже сорнаго ящика. Аутека тѣсна, неприспособлена и неопрятна и т. д. При осмотрѣ цейхауза Комиссіи были указаны тѣки бѣлья, перешедшаго въ рванъ, сохраняемую въ ожиданіи провѣрки и уничтоженія. Годнаго-же бѣлья не хватаетъ, и цейхаузъ постоянно «должаетъ» палатамъ, т. е. бѣлье для больныхъ выписывается, но въ дѣйствительности не выдается въ положенномъ количествѣ. Общій выводъ изъ всего змѣщеннаго Комиссіей въ старой больницѣ тотъ, что, помимо ветхости и неприспособленности зданія, въ которомъ она находится, и недостатковъ этой больницы, являющихся неизбежными слѣдствіемъ ея нецѣлостности, замѣтно отстаетъ отъ современныхъ работъ».

томъ, чтобы былъ достигнутъ хотя тотъ порядокъ, который возмѣженъ и въ такомъ зданіи». Далѣе Комиссія отмѣчаетъ, что и зданіе, въ которомъ въ теченіи около 30 лѣтъ помѣщается Павловская глазная лѣчебница, «поражаетъ своимъ неблагоустройствомъ и несоотвѣтствіемъ самымъ элементарнымъ условіямъ лѣчебнаго заведенія»....

1829. Въ Одессѣ, какъ сообщаетъ «Новое Обозрѣніе» (28 сентября), образовалось новое благотворительное *Общество пособія больнымъ сиротамъ*. Общество имѣетъ цѣлью «удовлетворить потребность еврейскаго населенія въ медицинской помощи и дать возможность немощнымъ больнымъ пользоваться всеми способами и средствами современной медицины». Предсѣдателемъ Общества состоитъ д-ръ *С. Е. Марьяшесъ*.

1830. Въ Таганрогѣ свирѣпствуетъ *эпидемія скарлатины* въ такой степени, что городская Дума рѣшила ходатайствовать о закрытіи всѣхъ учебныхъ заведеній въ городѣ. Въ «Приазовскомъ Краѣ» (24 сентября), откуда мы заимствуемъ это извѣстіе, помѣщено письмо г. «Шиллера изъ Таганрога», разсказывающаго, что на думскомъ засѣданіи, гдѣ состоялось указанное выше рѣшеніе, гомерическій хохотъ среди гласныхъ и публики вызвалъ отчетъ санитарнаго врача *Никитина* за 1905 г. По выраженію г. «Шиллера изъ Таганрога» это — «произведеніе, дѣйствительно неслыханное. Прямо какая-то абракадабра. Наборъ бессмысленныхъ фразъ, какихъ-то «партийныхъ» болѣзней, въ общемъ — чортъ знаетъ что?» Читавшій его хохотавшимъ гласнымъ г. Золотареву, окончивъ чтеніе, добавилъ: «Остается только подписаться: мартабря сто двадцать восьмого, Фердинандъ Восьмой, король испанскій». Оказалось, кромѣ того, что этотъ отчетъ разсматривала санитарная Комиссія, которая рѣшила *благодарить* г. *Никитина* за обстоятельно составленную работу и проситъ Думу отпечатать его отчетъ въ количествѣ 4000 экземпляровъ. Дума постановила уволить г. *Никитина*. Въ томъ-же № «Приазовскаго Края» въ отчетѣ о засѣданіи санитарной Комиссіи сообщается, что Комиссія эта, обсудивъ вопросъ объ отстраненіи врача *Никитина*, нашла дѣйствія Думы слишкомъ поспѣшными, при чемъ члены Комиссіи рѣшили отказаться отъ своихъ обязанностей. — Крайне желательно было-бы имѣть болѣе подробныя свѣдѣнія объ отчетѣ д-ра *Никитина*; послѣдній, по сообщенію «Приазовскаго Края» (23 сентября), намѣренъ обжаловать вышеприведенное постановленіе Думы.

1831. «Въ Кременугѣ» — сообщаютъ агентскія телеграммы (отъ 27-го сентября) — открылось земское Собраніе. Ревизіонная Комиссія нарисовала мрачную картину состоянія медицинской помощи въ уѣздѣ. Рядъ участковъ въ теченіи 8 мѣсяцевъ *оставался безъ врачей во время эпидеміи дифтеріи*.

1832. «Баку» (26 сентября) перепечатываютъ изъ «Тифлискаго Листка» слѣдующее извѣстіе изъ Гуріи: «*Маларійная болѣзнь продолжалась свирѣпствовать по всей Гуріи съ ужасающей силой*. Въ домѣ, гдѣ-бы ни лежало нѣсколько больныхъ бѣдныхъ, измощенныхъ, доведенныхъ ужасной болѣзью до потери трудоспособности. Болѣютъ поголовно всѣ, даже грудныя дѣти. Подобной вспышки маларійныхъ заболѣваній, по словамъ жителей, не наблюдалось здѣсь уже болѣе 30 лѣтъ. Не спасаются отъ заболѣванія даже живущіе на возвышенностяхъ мѣстахъ. Почти сплошь и рядомъ можно встрѣтить массу семействъ, у которыхъ нѣтъ ни одного здороваго члена въ семьѣ. Домашнее хозяйство заброшено. И всего ужаснѣе то, что *больные лишены какой-бы то ни было медицинской помощи*. По близости нигдѣ нѣтъ ни доктора, ни фельдшера».

1833. Въ Ростовѣ н/Д, какъ сообщаетъ издаваемый тамъ «Приазовскій Край» (24 сентября), кторора городской больницы просила Управу возбудить вопросъ о *назначеніи въ больницы постояннаго городского (! Ред.)*, ибо частые случаи безобразій хулигановъ въ больницѣ доставляютъ-де какъ служащимъ, такъ и больнымъ много неприятностей.

1834. Въ Петербургѣ, какъ сообщаетъ «Рѣчь» (27 сентября), по почину городскихъ санитарныхъ врачей проектируется устройство при всѣхъ главнѣйшихъ рынкахъ *кабинетовъ*, въ которыхъ будетъ производиться изслѣдованіе продуктовъ первой необходимости.

1835. Какъ сообщаетъ «Приазовскій Край» (24 сентября), по свѣдѣніямъ Управленія Кавказскихъ минеральныхъ водъ за истекшій сезонъ *курорты эти посетили 21711 чел.*, распредѣлявшихся по отдѣльнымъ группамъ въ слѣдующемъ порядкѣ: Пятигорскъ — 7451 чел., Ессентуки — 7428, Кисловодскъ — 6178 и Желѣзноводскъ — 3654.

1836. Какъ передаетъ «Przegląd Lekarski» (6 октября), минувшій лѣчебный сезонъ для польскихъ курортовъ, за исключеніемъ *Пѣхочинска, оказался очень неудачнымъ*: число посѣтителей не достигало и 1/2 обычной цифры.

1837. «Баку» (19 сентября) пишутъ изъ Пятигорска объ ожидаемомъ тамъ *процессѣ*, вызванномъ помѣщенной въ апрѣлѣ этого года въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» *корреспонденціей съ Кавказскихъ минеральныхъ водъ*, въ которой сообщалось, что одинъ изъ горныхъ инженеровъ Управленія водъ подалъ на директора водъ Иванова доносъ о томъ, что директоръ имѣетъ на службѣ неблагонадежныхъ. Редакторъ «Русскихъ Вѣдомостей», не отвѣтившій на заирозъ сослуживцевъ Иванова — Дрейера, Пушнова и Эйхельмана — о фамиліи автора названной корреспонденціи, привлекается къ судебной отвѣтственности за клевету въ печати.

1838. «Чита» (12 сентября) перепечатываютъ изъ «Харбинскаго Вѣстника» письмо «Исая Гдадьевича Шапиро, конторщика бр. Мордоховичъ» съ невольнымъ обвиненіемъ *по адресу врача больницы*, надо полагать, Харбинской. По письму, впро-

чемъ, нельзя понять, о какой собственно больницѣ идетъ рѣчь; но называется и врачъ, обвиняемый въ томъ, что на просьбу больного дать обѣщанные порошки, онъ, якобы, отвѣтилъ: «Я Вамъ дамъ такъ, что Вы и зубовъ не сосчитаете», а на вопросъ автора письма «Что это значить, докторъ?» — пояснилъ: «Надо говорить: нѣмъ честь покорнѣйше просить В. В-дѣ и т. д.». Упоминаемъ объ этомъ письмѣ въ надеждѣ, что мѣстные врачи отзовутся на него такъ или иначе.

1839. Въ виду обнаруженныхъ въ дѣлопроизводствѣ *Россійской пенсіонно-вспомогательной Кассы фармацевтовъ* злоупотребленій, министръ внутреннихъ дѣлъ, какъ сообщаетъ «Рѣчь» (26 сентября), вошелъ въ Совѣтъ министровъ съ представленіемъ о *мѣрахъ къ реорганизациіи ея*.

1840. На защиту г. *Шитова* (см. выше, № 39, стр. 1230 и др.) выступилъ, наконецъ, по словамъ «Волгара» (26 сентября), союзъ «Благо знамя». Одинъ изъ энергичнѣйшихъ дѣятелей этого союза, свѣд. Орловскій, на засѣданіи союза 23-го сентября утверждалъ, встрѣчая полное сочувствіе собранія, что г. Шитовъ травитъ только за то, что онъ — членъ союза «Благо знамя». На «Волгара», помѣщающаго за предшествующіе дни замітки о поборахъ г. Шитова въ больницѣ, между прочимъ, на «Благо знамя», а также на «Нижегородскій Листокъ» рѣшено подать жалобу губернатору съ просьбой внушить этимъ газетамъ прекратить травлю членовъ союза, стоящаго «за Царя и за порокъ на матушкѣ Руси»...

1841. Высочайше учрежденная Комиссія по борьбѣ съ чумой сообщаетъ слѣдующія *данныя о движеніи* этой болѣзни: 1) Въ *Индіи* съ 22/iv по 19/v заболѣли 60015, умерли 52126 чел. съ 20/v по 16/vi — 22385 и 20037, съ 17/vi по 14/vii — 3106 и 2603, съ 15/vii по 11/viii — 3988 и 3030, съ 12/viii по 8/ix — 12942 и 9321. Наростаніе заболѣваемости со средины іюля — обычное явленіе въ Индіи. Въ общемъ чумная эпидемія въ Индіи въ текущемъ году по степени развитія слабѣе эпидемій предшествовавшихъ лѣтъ; такъ, за первые 7 мѣс. умерла (въ тысячахъ): въ 1899 г. 63, въ 1900 г. — 41, въ 1901 г. — 162, въ 1902 г. — 559, въ 1903 г. — 540, въ 1904 г. — 785, въ 1905 г. — 884, въ 1906 г. — 228. 2) Въ *Египтѣ* съ 20/vii по 20/ix заболѣли 85 чел. умерли 51, въ томъ числѣ въ Александріи заболѣли 40, умерли 19, въ Suez'ѣ — 43 и 29, въ Porth-Said'ѣ — 2 и 3. По недѣлямъ заболѣваемость колебалась въ предѣлахъ: въ Александріи 2 (7/ix — 13/ix) и 9 (20/vi — 26/vi) и въ Suez'ѣ 0 (10/vii — 16/vii) и 12 (14/ix — 20/ix), смертность — въ Александріи 0 (31/vii — 6/ix) и 6 (20/vi — 26/vi) и въ Suez'ѣ 0 (10/vii — 16/vii) и 10 (14/ix — 20/ix). 3) Въ *Персіи* въ провинціи Сенстонъ съ 20/vii по 5/viii умерли 2; новыхъ случаевъ заболѣванія съ 5/viii не обнаружено. 4) Въ *Японіи* съ 3/vi по 28/viii наблюдался 91 случай заболѣванія (по 1 въ гор. Simonoseki и провинціи Chirashima, 3 въ провинціи Tokushima, 4 въ провинціи Jamaguza, 5 въ гор. Kobe, 9 въ провинціи Chiogo, 12 въ окрѣст. Osaka и 56 въ провинціи Omapajama); кромѣ того, на о. Formosa съ 3/vi по 18/viii было 555 случаевъ заболѣванія. Смертность не показана. 5) Въ *Арабіи* въ Jedd'ѣ съ 12/vii по 14/viii умерли 4; кромѣ того, въ портѣ Aden'ѣ 27/vi обнаруженъ 1 заносный случай чумы. 6) Въ *Малой Азіи* въ гор. Trebizond'ѣ случаемъ заболѣванія чумой появились въ концѣ іюля въ помѣщеніи мѣстной тюрьмы; всего по 17/viii заболѣли 8, умерли 3. Съ 17/viii новыхъ случаевъ заболѣванія не было. Въ портѣ Adoli'и 10/viii обнаружены 2 случая заболѣванія, изъ нихъ 1 со смертельнымъ исходомъ. 7) На о-вѣ *Са Мауриксъ* съ 19/vii по 23/viii заболѣли 15 (по 1 за недѣлю 19/vii — 26/vii и 3/viii — 9/viii, 3 — 10/vii — 16/vii, 4 — 27/vii — 2/viii и 6 — 17/viii — 23/viii) и умерли 10 (по 1 — 19/vii — 26/vii и 3/viii — 9/viii, по 2 — 27/vii — 2/viii и 10/viii — 16/viii и 4 — 17/viii — 23/viii). 8) Въ *Анліи* на прибывшемъ въ Plimouth изъ Bombay'я 30/viii пароходѣ «Agabia» былъ обнаруженъ больной чумою матросъ; случай этотъ окончился выздоровленіемъ.

1842. Парижскій медицинскій факультетъ избралъ на *кафедру судобной медицины*, освободившуюся послѣ смерти проф. Brouardel'я, д-ра *Thoinot*, а на кафедру ученія о *мочеполовыхъ болѣзняхъ*, освободившуюся за заслуги лѣтъ проф. *Guyon*'а, д-ра *Albarran*'а («Gazette des hôpitaux», 17 іюля).

1843. Намъ сообщаютъ, что г. Roussilhe пожертвовалъ Парижской Медицинской Академіи капиталъ, изъ 9/10-го въ съ котораго будетъ периодически выдаваться *международная премія* въ 10000 фр. лицу, наиболѣе содѣйствовавшему своимъ работами успѣхамъ дерматологіи.

1844. Д-ра *Bordet* и *Gengou* сообщаютъ, что имъ удалось, наконецъ, выделить въ чистой разводкѣ *возбудителя коклюша*. Это — маленькая, овальная палочка, плохо окрашивающаяся въ средней части, не образующая споръ и погибающая при 55°. Вырастается она на кровяномъ глицеринномъ агарѣ. Наблюде- лѣе обильно, иногда почти въ чистой разводкѣ, она содержится въ слизи во время первыхъ приступовъ кашля. Выдѣленные микробы не имѣютъ ничего общаго съ найденными ранее при коклюшѣ бактеріями. Въ пользу специфичности описываемой авторами палочки говоритъ то обстоятельство, что кровяная своротка дѣтей, недавно перенесшихъ коклюшъ, обладаетъ способностью къ этому микробу сильной склеивающей способностью, между тѣмъ какъ своротка дѣтей здоровыхъ оказывается не- действительной. Авторъ предпринялъ уже рядъ опытовъ надъ изготовленіемъ противокклюшной своротки (Annales de l'Institut Pasteur, сентябрь).

1845. Подъ редакціей д-ра *Neuberg*'а въ Berlin'ѣ и проф. *Wachner*'а, *Ehrlich*'а, *v. Noorden*'а, *Salkowski*'а и *Zuntz*'а и въ со- ставѣ со многими выдающимися учеными вышелъ въ свѣтъ перыскъ 2 выпуска новаго ежемѣсячнаго журнала, посвященнаго *биоло-*

ческой химіи «*Biochemische Zeitschrift*». Въ число постоянныхъ сотрудниковъ изъ русскихъ ученыхъ приглашены проф. С. С. Салазкинъ и д-ръ Н. О. Зибель-Шумова.

1846. Въ Германіи основанъ новый ежемѣсячный реферирующій журналъ спеціально по бугорчаткѣ подъ названіемъ «*Internationales Centralblatt für die gesammte Tuberculose-Literatur*». Редакторами его состоятъ: профф. Brauer и de la Camp (Mahrburg) и д-ръ G. Schröder (Schömburg въ Würtemberg'ѣ); послѣдній состоитъ главнымъ редакторомъ. Подписная цѣна за годъ 8 мар.

1847. На послѣднемъ Международномъ Съѣздѣ по бугорчаткѣ въ Гагѣ проф. Flügge сообщалъ, между прочимъ, о своихъ новыхъ опытахъ надъ *распыленіемъ камлѣющими чахоточными мокроты*, а вмѣстѣ съ ней и *бугорчатковызъ палочекъ*. Опыты были произведены надъ 30 больными. Оказывается, что въ теченіи 1/4-часа въ воздухѣ, окружающемъ кашляющаго чахоточнаго на разстояніи до 80 см., еще находится въ обиліи Koch'овскія палочки; лишь въ разстояніи 1 метра отъ кашляющаго больше палочекъ находить уже нельзя.

1848. Для доказательства *чрезвычайно вреднаго вліянія какъ куренія табака*, такъ и вообще табачнаго дыма на организмъ и въ особенности на сердце весьма поучительны опыты, произведенные Ratner'омъ надъ лягушками, ящерицами, кроликами и собаками. Подкожное введеніе растворимыхъ въ водѣ продуктовъ сгорания табака, а также введеніе въ легкія табачнаго дыма вызывало у животныхъ значительное замедленіе пульса и аритмію его, а при болѣе сильныхъ степеняхъ отравленія—разстройство дыханія и значительное пониженіе кровяного давления. Дѣйствіе это обуславливается никотиномъ. Табачный дымъ, изъ котораго никотинъ удаленъ, но въ которомъ остались еще пиридиновые и др. продукты, не производятъ такихъ разстройствъ въ кровообращеніи, но растворимые въ водѣ продукты табачнаго дыма вызываютъ разстройства желудочнаго пищеваренія (Archiv Pflüger'a, т. 113).

1849. Богатство San-Francisco, какъ сообщаетъ Reichs-Medizin-Anzeiger (28 сентября), со словъ «*Medizinische Blätter*», подвело *инораръ за врачебный трудъ* до размѣровъ, необычныхъ прежде въ Америкѣ. 1-ый врачебный визитъ оцѣнивается въ San-Francisco обычно въ 50 фр., каждый слѣдующій въ 25 фр., медицинское свидѣтельство въ 100 и свидѣтельство о смерти въ 250 фр. Стоимость операціи опредѣляется въ 150—2500 фр. Конечно, вмѣстѣ съ тѣмъ и жизнь въ городѣ очень дорога: дюжина яицъ стоитъ, напр., тамъ 3 фр., бритве 1,25 фр., прислуга получаетъ обыкновенно въ мѣсяцъ 180 фр. жалованья; меблированную комнату нельзя найти дешевле 150 фр. въ мѣсяцъ.

1850. «*Przegląd lekarski*» (6 октября) приводитъ слѣдующій «*сметокъ этики*». Нѣкій д-ръ Hajos, владѣлецъ здравницы на о. Lussipiccolo, прося письменно одного изъ выдающихся Краковскихъ врачей поддержать его заведеніе, написалъ между прочимъ дословно слѣдующее: «*Ich erlaube mir unter strengster Discretion mitzutheilen, dass ich nach jedem Kranken ein Ehrenhonorar im Betrage von 40 Kronen zukommen lasse*». Письмо это будетъ направлено въ соответствующую врачебную Палату.

лекторъ и какъ защитникъ молодежи въ ея лучшихъ стремленіяхъ. Какъ борцу за правду и за свободу, ему, на ряду съ друзьями и товарищами его (тоже уже умершимъ) профф. Минкомъ, Шкляревскимъ, Перемеско, приходилось тратить много силъ въ тяжелой борьбѣ съ торжествовавшимъ въ ту пору черносотеннымъ элементомъ въ университетской администраціи (элементъ этотъ, разумѣется, былъ и въ прежніе годы) и отстаивать интересы молодого и неподкупнаго. Будучи председателемъ Общества Кіевскихъ врачей, Н. А. много поработалъ надъ устройствомъ медицинскихъ народныхъ чтеній, которыя теперь, какъ извѣстно, процвѣтаютъ въ Кіевѣ и читаются уже въ собственномъ прекрасномъ помѣщеніи. Съ именемъ Н. А., какъ ученаго, связанъ открытый имъ способъ физиологическаго налитія желчныхъ протоковъ, а также рядъ работъ по гистологіи и патологіи легкиихъ, печени и почекъ. Въ послѣдніе годы своей профессуры (начало 80 хъ годовъ) Н. А. оставилъ совершенно научныя занятія и предался дѣятельности практическаго врача. Послѣднія 10 лѣтъ жизни Н. А. тяжело болѣлъ.—3) въ Москвѣ, 24-го сентября, отъ нефрита *Инокентій Михайловичъ Субботинъ*, родившійся въ 1853 г., а званіе врача получившій въ 1882 г. Покойный, какъ сообщаютъ «*Русскія Вѣдомости*» (28 сентября), откуда мы заимствуемъ это извѣстіе, принималъ горячее участіе въ освободительномъ движеніи послѣдняго времени и былъ въ числѣ тѣхъ врачей Москвы и Московской губ., которые подписали 1-ую резолюцію о необходимости созыва въ Россію народныхъ представителей, переданную земскимъ дѣятелямъ, когда они отправлялись на Совѣщаніе въ Петербургъ 6—9 ноября 1904 г. Полный безсребренникъ, не отказывавшій никакому въ матеріальной подлоржѣ, И. М. оставилъ семью безъ всякихъ средствъ.—4) Въ Тифлисѣ убитъ во время обыска *Александръ Ивановичъ Первозникова*, ролившійся въ 1838 г., а званіе врача получившій въ 1871 г.—4) Въ Петровскѣ *Дзиславъ Францевичъ Гейдуковскій* («*Przegląd lekarski*», 6 октября), ролившійся въ 1849 г., а званіе врача получившій въ 1874 г.—3) Въ Луковѣ, Сѣдлецкой губ., *Антонъ Антоновичъ Забоклицкій* (тамъ-же), родившійся въ 1840 г., а званіе врача получившій въ 1866 г.

Намъ доставлены слѣдующія, относящіяся къ поодѣйшему времени, *официальныя сообщенія* о врачахъ. Барцескій, Бытенскій участковый сельскій врачъ, Слопимскаго уѣзда, уволенъ отъ службы согласно прошенію. *Буткова*, назначенъ главнымъ санитарно-эпидемическимъ врачомъ Екатеринославскаго губернскаго Земства. *Бѣлецкій* опредѣленъ и. д. Черниговскаго городского врача. *Васильченко*, 2-ой врачъ при Луганской тюрьмѣ, уволенъ въ отставку согласно прошенію. *Гольдштейнъ*, бывшій врачъ Кайтаго-Табасаранскаго округа, Дагестанской области, опредѣленъ на должность Сальнскаго городского врача. *Григорьевъ* опредѣленъ на должность Меленковскаго городского врача. *Грунау* назначенъ старшимъ врачомъ Екатеринославской губернской земской больницы. *Денисовъ* опредѣленъ и. д. Старооскольскаго городского врача. *Добржанскій* назначенъ завѣдующимъ Бердичевской городской больницей. *Зибертъ*, главный врачъ Либавской Общины сестеръ милосердія и состоящихъ при ней больницы и амбулаторіи, уволенъ отъ службы согласно прошенію. *Жандръ*, экстраординарный профессоръ Варшавскаго Университета по кафедрѣ физиологіи, назначенъ ординарнымъ. *Коминъ*, земскій врачъ Петербургскаго уѣзда, уволенъ въ отставку согласно прошенію. *Кочоровскій*, земскій врачъ Остерскаго уѣзда, въ виду отказа, уволенъ отъ занимаемой должности. *Крашескій* опредѣленъ и. д. Опшненскаго городского врача. *Лященко* опредѣленъ и. д. Крелевскаго городского врача. *Матусевичъ*, земскій врачъ Сосницкаго уѣзда, уволенъ отъ службы согласно прошенію. *Мурашовъ*, директоръ лѣчебницы для душевно-больныхъ Тамбовскаго губернскаго Земства, назначенъ директоромъ Саратовской губернской земской психіатрической лѣчебницы. *Нелюбинъ*, земскій врачъ Красноуфимскаго уѣзда, уволенъ отъ службы согласно прошенію. *Пржишускій* перемѣщенъ на должность Плоцкаго городского врача. *Сазановъ*, Переславскій городской врачъ, уволенъ отъ службы согласно прошенію. *Смирновъ*, участковый врачъ 3 го участка Иркутскаго уѣзда, уволенъ отъ службы согласно прошенію. *Соловьевъ*, земскій врачъ Кинешемскаго уѣзда, уволенъ, согласно прошенію, отъ государственной службы по занимаемой имъ должности. *Тарисовъ*, и. д. Новосильскаго городского врача, уволенъ отъ службы по домашнимъ обстоятельствамъ. *Татарскій* опредѣленъ на должность санитарнаго врача пос. Юзовки, Бахмутскаго уѣзда. *Трисвицскій*, временно и. д. участковаго врача 3 го участка Верхненскаго уѣзда, уволенъ отъ службы согласно прошенію. *Францовъ* назначенъ врачомъ при Иваново-Вознесенскій больницы чернорабочихъ, Шуйскаго уѣзда. *Черняховскій*, экстраординарный профессоръ Варшавскаго Университета по кафедрѣ теоретической хирургіи, назначенъ ординарнымъ. *Штейнбергъ*, директоръ Саратовской губернской земской психіатрической лѣчебницы, уволенъ отъ службы согласно прошенію. *Эмтеинъ* опредѣленъ и. д. Ново-грудскаго городского врача.

1851. Умерли: 1) 26-го сентября, въ Петербургѣ, бывшій проф. Томскаго Университета, а затѣмъ В.-Медицинской Академіи по кафедрѣ патологической анатоміи *Константинъ Николаевичъ Виноградовъ*. Въ лицѣ покойнаго отечественный ученый міръ и врачебная семья понесли тяжелую утрату. Всегда во всеоружіи современныхъ знаній, съ безавѣстной преданностью дѣлу и безукорыненной исполнительностью, покойный представлялъ собою — увы! все рѣдѣющій — типъ истиннаго ученаго, преданнаго наукѣ ради нея самой, безъ всякихъ меркантильных вождѣлній. Горячо любя свое дѣло, покойный, окончивъ преподавательскую дѣятельность въ Академіи, будучи уже академикомъ и заслуженнымъ профессоромъ, безъ колебаній занялъ скромное мѣсто прозектора въ одной изъ Петербургскихъ городскихъ больницъ и оставался въ этой должности до самой смерти. Прозекторомъ онъ былъ въ полномъ смыслѣ слова идеальнымъ: огромная эрудиція и опытность совмѣщались въ немъ съ такимъ-же тактомъ, и никто, кому приходилось стоять вмѣстѣ съ нимъ у секціоннаго стола, ожидая своимъ предположеніямъ приговора суровой дѣйствительности, никогда и ни въ чемъ не чувствовалъ въ немъ прокурора клиникой. Многочисленные ученые труды его разбѣсны въ обихъ и специальныхъ медицинскихъ журналахъ. Скончался К. Н. на 60-мъ году жизни; родился онъ въ 1847 г., а званіе врача получилъ въ 1870 г.—2) 18-го августа, въ Кіевѣ, бывшій проф. *Никаноръ Адамовичъ Хрещонцевскій*, родившійся въ 1836 г., а званіе врача получившій въ 1864 г. Покойный принадлежалъ къ числу выдающихся ученыхъ и общественныхъ дѣятелей 70-хъ и 80-годовъ, занималъ долгое время кафедру общей патологіи въ Кіевскомъ Университетѣ, а затѣмъ, по выходѣ въ отставку, много лѣтъ состоялъ председателемъ Общества Кіевскихъ врачей, въ дѣятельность котораго внесъ живую струю общественности. Въ бытность свою профессоромъ Университета Н. А. приобрѣлъ громкую извѣстность, какъ блестящій

Руконписи, предназначающіяся къ печати, просить адресовать на имя того же издателя.

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

## 2-НЕДЕЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Французские.

Le Caducée, 1906 г., 6 января. 1. A. Polioard. *La lutte contre la tuberculose dans l'armée allemande*. 2. Cavalier-Bénézet. *Réduction des luxations du pouce à l'aide des ciseaux de Vésien*. 3. Chauvel. *Note sur la composition du paquet de pansement individuel du soldat*.

20 января. 1. Chauvel. *Des pertes que subissent par la réforme les engagés volontaire dans les différentes armées. Influence de l'âge d'entrée dans l'armée*. 2. H. Lecroix. *Des injections de quinine*.

3 февраля. 1. Romary. *La tuberculose dans la marine allemande*. 2. Cathoire. *Relation de deux observations de fièvre méditerranéenne chez des soldats*...

17 февраля. Оригин. статей нѣтъ.

3 марта. 1. Claude. *Les éruptions cutanées du paludisme*... 2. H. Josse. *De l'action combinée de l'eau oxygénée et du permanganate de potasse dans les diverses infections*.

17 марта. 1. Tobold. *L'eau de boisson dans l'armée allemande*. 2. L. Verdelet. *Paludisme et angine de poitrine*. 3. Haury. *Un propulseur de la mâchoire inférieure*. 4. Hussenet. *Note sur les épidémies de choléra à l'Hôtel des Invalides*.

7 апреля. 1. J. Poujol. *L'hématosoaire du paludisme dans la région d'Ain-Bessem (Alger)*. 2. Bireaud. *La sérothérapie antistreptococcique dans le traitement de la bronchopneumonie à Madagascar*.

21 апреля. 1. Masson. *Description d'une trousse de manœuvres à l'usage des médecins de corps de troupe*. 2. Roux. *La bilharziose*. 3. Folly. *Fracture directe de l'occipital à gauche avec contusion indirecte du lobe frontal*.

5 мая. Оригин. статей нѣтъ.

19 мая. 1. Проф. Н. Soulié. *Sur un cas de paludisme contracté à Marseille*. 2. Matignon. *La grenade à mains de l'armée japonaise. Ручные гранаты японцевъ*. 3. Bonnette. *Le transport des blessés à l'aide du vélo-brancard du Dr. Chavernac*. 4. J.-J.-H. Petit. *Réfrigération de l'eau de boisson*.

## ЕЖЕНЕДЕЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Французские.

La Semaine médicale, 1906 г., 3 января. 1. Проф. R. Blanchard. *Spirilles, spirochètes et autres microorganismes à corps spiralé. Обзоръ*.

10 января. 1. Проф. A. Chauffard. *La lithiase du cholestérol*.

17 января. 1. Проф. M. Couto. *Le souffle systolique de l'insuffisance aortique pure*.

24 января. 1. Ch. Aubertin. *L'albuminurie orthostatique «essentielle»*. Обзоръ.

31 января. 1. E. Remouchamps. *Sur la parotidite chronique mucopurulente*.

7 февраля. 1. Проф. R. de Bovis. *Le corps jaune. Обзоръ работъ о значеніи желтого тѣла*.

14 февраля. 1. B. Schiassi. *La splénectomie contre l'anémie splénique et la maladie de Banti*.

21 февраля. 1. P. Carnot. *Des abcès sous-phréniques*.

28 февраля. 1. F. Lejars. *Les formes frustes de l'iléus*.

7 марта. 1. L. Cheinisse. *De la prétendue épidémicité de l'appendicite*. Обзоръ.

14 марта. 1. Проф. Tuffier. *Ictère chronique et coliques hépatiques symptomatiques de kyste hydatique du lobe de Spiegel*. Клин. лекція.

21 марта. 1. Ориг. статей нѣтъ.

28 марта. 1. L. Bard. *La lymphangite pulmonaire cancéreuse généralisée*.

Journal médical de Bruxelles, 1906 г., 4 января. 1. P. Denis. *L'anesthésie générale à la scopolamine*.

11 января. 1. Rouffart et Walravens. *A propos de la narcose scopolamique*. 65 наблюдений обезболивания скополamiномъ.

18 января. 1. L. Vilain. *Plaie pénétrante de l'abdomen. Nombreuses perforations intestinales. Guérison. Случай*.

25 января. 1. J. Bordet. *La valeur de la sérothérapie d'après les recherches récentes sur l'immunité*. 2. Rouffart et Walravens. Окончаніе статьи.

1 февраля. 1. V. Hoton. *Un procédé nouveau d'anesthésie*

générale par le chlorure d'éthyle. 2. R. Blumenthal. *Méthodes, valeur et l'avenir de l'examen du sang*.

15 февраля. 1. J. Moreau. *Chirurgie septique*.

22 февраля. 1. G. Miron. *Tétanos des nouveau-nés*.

1 марта. 1. Cheval. *De la puissance meurtrière des projectiles actuels. О дѣйствіи современныхъ пульъ*.

8 марта. 1. Jaumenne. *De la valeur des injections de paraffine et de l'évidement naso-sinusal dans le traitement de l'oséne*.

15 и 22 марта. 1. V. Cheval. *Traitement des lésions infectieuses des cavités accessoires du nez*. 2. Derscheid-Delcourt. *La luxation congénitale de la hanche et son traitement par la réduction manuelle*. 3. A. van Lint. *Varicocèle de l'orbite avec enophtalmie permanente et variable*.

L'Echo médical du Nord, 1906 г., 7 января. 1. Проф. H. Folet. *L'anesthésie chirurgicale et ses récents progrès*. Лекція.

14 января. 1. H. Famechon. *Hématome anévrysmal diffus de la cuisse par suite d'ulcération de l'artère poplitée, au cours de l'évolution latente d'une ostéomyélite chronique d'emblée*. Удачно оперированный случай. 2. R. Le Fort. *A propos de vieux ossements*.

21 января. 1. A. Manouvriez. *Questions d'hygiène publique liées à l'exploitation des tramways de Valenciennes*. 2. Patoir. *Aphasie sensorielle d'origine traumatique. Случай*.

28 января. 1. Проф. E. Laguesse. *Le pancréas envisagé comme organe à sécrétion interne*.

4 февраля. 1. Доц. Deléarde. *Sur un cas de pleurésie purulente à pneumocoques*. 2. Bertin. *A propos d'un cas d'arthropathie syphilitique tertiaire*. 3. V. Fauchet. *Des dangers de la ponction sous-pubienne de la vessie*. По поводу одного случая прокола мочевого пузыря. 4. Horel. *Simple histoire d'un gon avalé par un enfant*. Проглоченная ребенкомъ медная монета определена въ желудкѣ x-лучами и вышла съ испражненіемъ.

11 февраля. 1. Проф. H. Folet. *Suture de rotule. Случай сшиванія надколышка, обнаруженный черезъ 7 лѣтъ*. 2. Доц. Deléarde. *Sur un cas de paratyphus*. 3. R. Canpas. *A propos d'un cas d'épilepsie menstruelle*. 4. J. Minet et P. Hannard. *Deux cas d'ostéomyélite prolongée*.

18 февраля. 1. E. Wertheimer. *La formation de la lymphé*.

25 февраля. 1. A. Calmette et M. Breton. *Danger de l'ingestion des bacilles tuberculeux tués par la chaleur*. 2. Ch. Dubois. *Deux cas d'hyperthermie dépassant 42° au cours d'accès de fièvre urinaire. Guérison*. 3. Le Fort et Bachmann. *A propos d'un cas d'hypothermie extrême*.

4 марта. 1. Patoir. *Encéphalopathie atrophique de l'enfance à symptômes anormaux*. 2. Minet et Gaehtlinger. *Sur un cas de tétanos céphalique*.

11 марта. 1. G. Raviart. *Aperçu général sur la pathologie mentale*.

18 марта. 1. A. Calmette et M. Breton. *Sur les effets de la tuberculine absorbée par le tube digestif chez les animaux sains et chez les animaux tuberculeux*. 2. Debeyre et Arquembourg. *Nouveau méfait du taxis forcé*. 3. Gellé. *Etude sur les lésions pancréatiques signalées au cours du diabète gras*.

25 марта. 1. L. Dubar et J. Drucbert. *Ovariectomie pour kyste dermoïde chez une femme enceinte de deux mois et demi*. 2. Доц. G. Gérard. *Les affections oculaires contagieuses dans les crèches et les écoles publiques*.

1 апреля. 1. Thooris. *Plaies contuses de la jambe et méthode de Bier*. 2. F. Malméjac. *Persistance de l'acidité urinaire dans la tuberculose*.

8 апреля. 1. Доц. Deléarde. *Sur un cas d'érythème infectieux récidivant*. 2. J. Colle et Paquet. *Kyste hydatique du foie*... Оперированный случай кисты печени.

15 апреля. 1. J. Colle et G. Petit. *Contribution à l'étude de la conduite à tenir dans les amputations accidentelles*. 6 случаевъ. Статья не окончена.

23 апреля. 1. J. Colle et G. Petit. Окончаніе статьи.

29 апреля. 1. L. Ingelrans. *Le réveil de la paralysie infantile*.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, 1906 г., 6 января. 1. De Stella. *Le cholestéatome de l'oreille*. P. Jacques. *Thrombo-phlébite otitique de la jugulaire avec abcès intra-veineux sous-claviculaire*. 3. L. Vaquier. *Cholestéatome latent de l'oreille gauche enveloppant les osselets, extraction par le conduit*.

13 января. 1. A. Costiniu. *Le premier cas de rhinosclérome observé en Roumanie*. 2. Dardel. *Des difficultés de diagnostic de la rhinite caséuse au début*.

20 января. 1. W. Roth. *Contribution à l'étude de l'étiologie de l'obstruction nasale*. 3 случаевъ. 2. Bichaton. *A propos de deux cas de mucocèle du sinus maxillaire*. 3. Dieu. *Abcès extra-dural*... Оперированный случай нарыва на твердой оболочкѣ при остромъ воспаленіи среднего уха, выздоровленіе.



# СЛІХ. Псеидолейкэмія съ періодической лихорадкой.

Проф. Н. Я. Чистовича.

Въ январѣ текущаго года ко мнѣ обратилась пріѣхавшая изъ Вологды больная В. Я., 38 л., съ жалобами на приступы лихорадки, начавшіеся у нея осенью 1905 г.

Приступы длились по 10—14 дней, перемежаясь съ безлихорадочными періодами дней въ 8—12, и возвращались неуклонно, не смотря на лѣчение хининомъ и мышьякомъ. Принималась больная за малярію, за тифъ, а затѣмъ, такъ какъ какъ она не уступала лѣченію, то В. Я. отправилась въ Петербургъ, гдѣ и была помѣщена въ завѣдуюмую мною клинику заразныхъ болѣзней.

Изложу прежде всего въ короткихъ словахъ исторію ея болѣзни.

В. Я. въ дѣтствѣ перенесла корь. Лѣтъ 12-ти имѣла желтуху. До замужества другихъ заболѣваній не помнитъ. Рожала 6 разъ. Первые роды были двойными за 2 недѣли до срока. Оба ребенка умерли черезъ 2 недѣли. Слѣдующій ребенокъ умеръ 11-ти мѣс. отъ коклюша. 4-й ребенокъ погибъ 10-ти мѣс. отъ менингита. 5-ая дѣвочка умерла 1 года и 9 мѣс. отъ какого-то кишечнаго заболѣванія. Последній ребенокъ умеръ черезъ нѣсколько недѣль послѣ рожденія. Въ прошломъ году на локтѣ лѣвой руки, на мѣстѣ бывшаго года 3 назадъ ушиба, образовалась припухлость, а затѣмъ сформировался гнойникъ, послѣ котораго остался рубецъ. Настоящее заболѣваніе началось, повидимому, еще въ сентябрѣ 1905 г.: больная чувствовала временами жаръ, но измѣренія температуры стала производить лишь съ ноября, при чемъ оказалось, что у нея жаръ до 39°6. Съ тѣхъ поръ она уже стала слѣдить за температурой и замѣтила, что приступы лихорадки у нея чередуются съ періодами безлихорадочными. Изъ доставленной больною записи температуры, производившейся правильно съ начала декабря, видно, что за срокъ отъ 8/х до поступления въ клинику 23/1 1906 г. было 3 лихорадочныхъ періода, и за время пребыванія въ клиникѣ до 14/х нами наблюдались еще 5 приступовъ. Характеръ ихъ былъ стереотипно одинаковъ. Начинался каждый приступъ постепеннымъ повышеніемъ температуры, какъ при брюшномъ тифѣ, т. е. каждый вечеръ температура поднималась выше, чѣмъ была въ предыдущій день, а къ утру нѣсколько спадала, но съ каждымъ днемъ и утреннія температуры дѣлались все выше, чѣмъ наканунѣ. На 4—5-й день температура къ вечеру достигала максимумъ, 39°—40°, при чемъ размахъ между утренней и вечерней температурой доходилъ до 1°5. Достигнувъ асѣ, температура начинала также постепенно спадать и дней черезъ 4—5 понижалась до нормальныхъ цифръ, наступалъ періодъ апирексіи, во время котораго температура держалась между 36°2 и 37°2. Во время лихорадочнаго періода пульсъ бывалъ учащенъ до 100—120, больная чувствовала общую слабость, тяжесть въ головѣ, теряла помыслъ на їду, у нея опухала и дѣлась болѣзненной селезенка. Во время апирексіи самочувствіе больной было хорошее, но оставалась слабость, восстанавливаясь помыслъ на їду и начиналъ увеличиваться вѣсъ тѣла, понизившійся во время лихорадки.

Исслѣдованіе больной дало слѣдующее. Она—небольшаго роста, худенькая. Слизистыя оболочки блѣдны. На шеѣ, правомъ плечѣ и на обоихъ запястьяхъ пигментированные, бурные участки кожи съ рѣзко очерченными краями, рельефно отдѣляющіеся отъ окружающихъ, лишенныхъ пигмента участковъ. Цвѣтъ лица блѣдно-желтый. Склеры слегка желтушны. Границы сердца, опредѣляемыя выстукиваніемъ, нормальны; тоны его чисты; пульсъ правильный. Надъ и подъ правой ключицей звучность уменьшена и слышенъ удлиненный выдохъ; въ остальныхъ мѣстахъ нормальное везикулярное дыханіе. Селезеночная тупость по лѣвой подмышечной линіи съ 8-го ребра; селезенка прощупывается внѣ приступа лихорадки на 2 пальца ниже края реберъ, плотна, а во время приступа набухаетъ и дѣлается болѣзненной. Печень, повидимому, тоже нѣсколько увеличена, но прощупывается неясно, дов. мягкая. Почечуныя шишки. Лимфатическихъ железъ увеличенныхъ нигдѣ прощупать не удается.

Въ дальнѣйшемъ теченіи въ животѣ, влѣво отъ пупка, стала прощупываться болѣзненная опухоль, но неясно, и рѣшить, не пакуетъ-ли это увеличенныхъ лимфатическихъ железъ,—я не могъ. На низѣ было часто и жидко. Моча около 1500 к. стм. въ сутки, безъ бѣлка. Исслѣдованіе крови на присутствіе чужеродныхъ бо-лотной лихорадки или другихъ какихъ-нибудь микробовъ, произведенное 24/1 и 25/1, дало отрицательный результатъ. Исслѣдованіе морфологіи крови было произведено 25/п, 3/iv и 5/в. Вотъ его результаты.

25/п: 36°5—37°4 (въ концѣ лихорадочнаго періода). Красныхъ шариковъ 3.833000, бѣлыхъ 9036 въ 1 к. мм.; въ томъ числѣ: многоядерныхъ нейтрофиловъ 65%, лимфоцитовъ малыхъ—18%, большихъ 4%, большихъ одноядерныхъ лейкоцитовъ 13%, эозинофиловъ не было видно, попадались ядерные красные шарики.

Окрашены препараты были по Романовскому-Ruge. 3/iv: 37°5—38°2. Красныхъ шариковъ 3.950000, бѣлыхъ 5658; въ томъ числѣ: многоядерныхъ нейтрофиловъ 65%, лимфоцитовъ малыхъ 18%, большихъ 4%, одноядерныхъ большихъ лейкоцитовъ 12%, эозинофиловъ 1%.

Окрашены препараты триацтомъ Ehrlich'a.

5/в: 36°6—37°. Легкій приступъ въ періодѣ поправленія больной. Красныхъ шариковъ 4.634000, гемоглобина по *Fluich's* 64%<sub>0</sub>, бѣлыхъ 6545; въ томъ числѣ: многоядерныхъ нейтрофиловъ 61%<sub>0</sub>, лимфоцитовъ малыхъ 26%<sub>0</sub>, большихъ 3,5%<sub>0</sub>, большихъ одноядерныхъ лейкоцитовъ 8,5%<sub>0</sub>, эозинофиловъ 1%<sub>0</sub>.

Окраска триацтомъ Ehrlich'a.

Хотя уже до поступления въ клинику больная принимала хининъ и метиленовую синьку и подвергалась подкожнымъ впрыскиваніямъ мышьяка безъ успѣха, лѣченіе въ клиникѣ все-же было начато препаратами по 1,0 солянокислаго хинина за 4—5 часовъ до повышенія температуры, но никакого благопріятнаго вліянія замѣчено не было; напротивъ, самочувствіе больной отъ хинина рѣзко ухудшалось. Затѣмъ, въ виду найденныхъ у больной заглупленія, выдыха и мелкихъ хриповъ въ правой надключичной области, ей давали отъ 6/п по 16/п приемы гуаякола по 0,3, сначала 3 раза въ день, а затѣмъ 5 и усиленно упитывали ее молокомъ, сырнымъ масломъ и яйцами. Кашель у больной прекратился, хрипы въ верхушкѣ исчезли, а приступы лихорадки продолжались по прежнему. Также безъ замѣтнаго вліянія на болѣзненный процессъ оказалось лѣченіе салицириномъ, предпринятое изъ-за появившихся, повидимому, нейральныхъ болей въ межреберьяхъ правой 1/2 грудной кѣтки. Въ мартѣ у больной появились боли въ плечѣ и припухлость и покраснѣніе кожи на немъ соответственно наружному мыщелку плечевой кости. Припухлость эта затѣмъ постепенно исчезла. Нѣсколько разъ у больной были боли въ животѣ и жидкія испраженія.

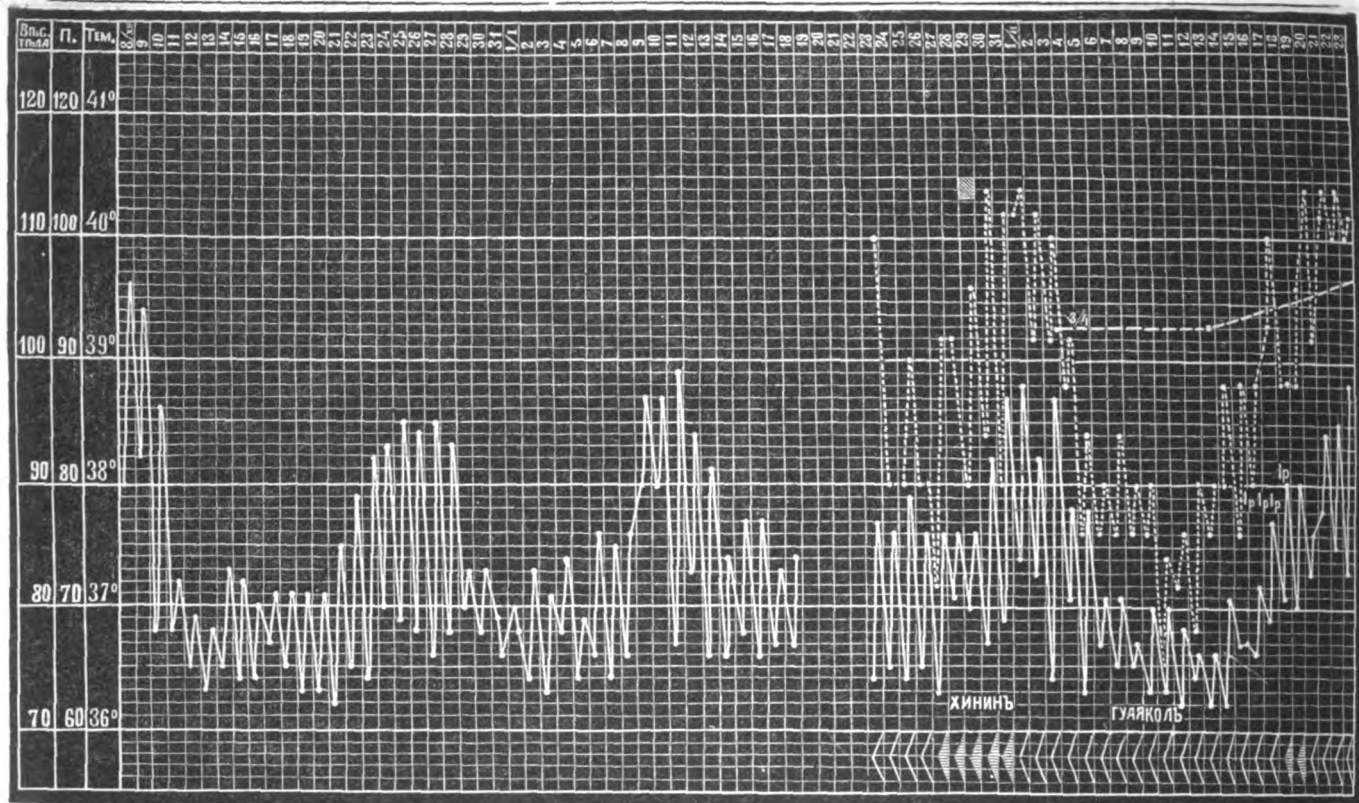
Такъ дѣло шло до начала апрѣля. Приступы лихорадки возвращались чрезъ 8—10 дней. Тогда, въ виду того, что у больной всѣ дѣти погибли очень рано, а также въ виду появившихся у нея опухолей на лѣвомъ локтѣ, а затѣмъ и на правомъ плечѣ, можетъ быть, гуммознаго характера, хотя никакихъ указаній на сифилисъ и не было, я рѣшилъ примѣнить іодистое лѣченіе, а такъ какъ у больной была рѣзко выраженная анемія, я назначилъ ей 3/iv іодистый калий (5,0 іодистаго калия на 200,0 перегнанной воды 2 раза въ день по столовой ложкѣ) совместно съ желѣзомъ (настойкой яблочко-кислаго желѣза; по 10 капель прибавлять къ каждой ложкѣ іодистаго калия) и мышьякомъ въ формѣ агрипала въ 4%<sub>0</sub>-мъ растворѣ, 2 раза въ день, по 10 капель.

Успѣхъ этого лѣченія былъ рѣзкій. Температура уже съ 6/iv понизилась до 36°5—36°8 и стала держаться въ предѣлахъ между 36° и 36°7. На 9-ый день послѣ послѣдняго приступа, когда можно было ожидать новаго, температура повысилась только до 36°9 и снова упала до 36°2—36°5; черезъ день она дала новое повышеніе до 36°8 и окончательно пала до 36°3—36°5. Одновременно съ этимъ начало рѣзко улучшаться и самочувствіе больной; исчезъ желтушный оттѣнокъ; селезенка стала меньше и мягче. Исчезли и боли въ животѣ. Вѣсъ тѣла началъ непрерывно постепенно нарастать: 2/iv онъ былъ 101 ф., а къ 23/iv дошелъ до 121 ф. Еще черезъ 10 дней послѣ упомянутаго незначительнаго повышенія температуры и черезъ 23 дня послѣ конца послѣдняго лихорадочнаго періода у больной былъ снова легкій приступъ, длившійся 7 дней, но температура доходила лишь до 37°2, и самочувствіе, въ отличіе отъ прежде бывшихъ приступовъ, на этотъ разъ нѣсколько не ухудшалось.

Затѣмъ температура снова спала до 36°3—36°7, и общее состояніе больной стало такъ хорошо, что болѣе не было возможности удержать ее въ клиникѣ, и она уѣхала въ Вологду для продолженія іодистаго лѣченія уже дома.

Въ клинической картинѣ этой больной прежде всего обращаетъ на себя вниманіе типъ ея лихорадки. Предъ нами была очень истощенная женщина, съ рѣзко выраженнымъ малокровіемъ, продѣлывавшая рядъ лихорадочныхъ приступовъ, около 1½—2-недѣльной длительности и приблизительно съ такими-же, или немного болѣе короткими безлихорадочными интервалами. Такой лихорадочной кривой не представляетъ ни одна изъ общеизвѣстныхъ заразныхъ болѣзней. Тѣмъ не менѣе, подобныя формы уже были отмѣчены въ литературѣ. *Murchison* описалъ случай множественной злокачественной лимфомы у дѣвочки, 6 л., поразившей шейныя, подмышечныя, паховыя, бронхиальныя и средостѣнные лимфатическія железы, печень, селезенку, легкія, сердце, грудобрюшную преграду и мозговые оболочки и протекавшей съ приступами лихорадки, длительностью въ 10 дней, наступавшими каждыя 4 недѣли. Болѣзнь длилась около 3-хъ лѣтъ и кончилась смертью. Исслѣдованіе крови показало анемію безъ увеличенія числа бѣлыхъ тѣлецъ. Смерть послѣдовала отъ сдавленія дыхательныхъ путей пакетомъ увеличенныхъ железъ средостѣнія. Лѣченіе примѣнялось хининомъ, желѣзомъ и рыбьимъ жиромъ.

Подобныя-же лихорадочные приступы наблюдалъ *Gowers* при нѣкоторыхъ формахъ псеидолейкэмій, *van der Scheer*—при тяжелой маляріи, *van Hampeln*, *Kast* и *Völkers*—при злокачественныхъ опухоляхъ.



Непрерывная бѣлая линия—кривая температуры, пунктирная точечная—кривая пульса, пунктирная линейная—кривая числа приступовъ.

Въ 1885 г. проф. *Pel* въ Амстердамѣ описалъ случай, весьма похожій на сообщаемый мною.

Больной, 25 л., заболѣлъ внезапно и пролихораднѣлъ 10 дней; затѣмъ наступила апирексія, длившаяся 10—11 дней. Далѣе вновь началась лихорадка и протянулась 15 дней. 2-ой періодъ апирексіи длился 15 дней. 3-ій приступъ лихорадки затянулся на 32 дня и протекалъ съ поносомъ. Наконецъ, послѣ 8-дневной передышки начался 4-й приступъ, на 11-ый день котораго больной погибъ при явленіяхъ сердечной слабости. На вскрытіи была найдена гиперплазія селезенки, брюшинныхъ и бронхиальныхъ лимфатическихъ железъ. Периферическія лимфатическія железы не были поражены. Въ верхнихъ доляхъ легкихъ были найдены зарубцевавшіяся воспалительныя гнѣзда, очевидно, не имѣвшія отношенія къ настоящему заболѣванію.

Проф. *Pel* призналъ это заболѣваніе заразнымъ по происхожденію и отнесъ его къ пейсидолейкэміи.

Въ іюлѣ 1887 г. проф. *W. Ebstein* одѣлалъ докладъ въ Göttingen'скомъ медицинскомъ Обществѣ о случаѣ, весьма похожемъ на только-что описанный.

Юноша, 19 л., заболѣлъ безъ видимой причины лихорадочными приступами, длившимися по 13—14 дней, съ безлихорадочными промежутками въ 10—11 дней. При каждомъ приступѣ температура поднималась постепенно, ступенями, достигала максимумъ до 40° и даже 41° и затѣмъ постепенно спадала. Бактеріологическое изслѣдованіе крови дало отрицательный результатъ. Въ морфологическомъ отношеніи кровь не представляла аномалій. При каждомъ приступѣ селезенка увеличивалась. Хотя во время апирексій больной нѣсколько и оправлялся, но въ общемъ упадокъ его силъ нарасталъ, и онъ погибъ на 11-мъ приступѣ. На вскрытіи найдены злокачественныя лимфомы въ бронхиальныхъ, брызжеечныхъ и брюшинныхъ железахъ, въ легкихъ, плейрахъ и печени. Инфаркты въ почкахъ и селезенкѣ. Жировое перерожденіе сердечной мышцы, мышцъ скелета, почекъ и печени.

*Ebstein*, описавшій этотъ случай подъ именемъ хронической возвратной лихорадки, во 2-мъ своемъ сообщеніи, подобно *Pel*'у, причисляетъ эту форму къ пейсидолейкэміямъ.

Въ томъ-же году *Pel* сообщилъ о 2-хъ новыхъ случаяхъ.

Сл. 2. Больной—32 л., морской офицеръ. За время службы въ Индіи страдалъ болотной лихорадкой и кровавымъ поносомъ. Заболѣлъ въ концѣ мая 1894 г. приступами лихорадки. Лѣченіе въ Vichy и Швейцаріи—между прочимъ, хининомъ—не оказало вліянія на ходъ болѣзни. Прогрессивное развитіе малокровія и худосочи. Печень и селезенка были увеличены. Подъ конецъ развилась желтуха. На вскрытіи: гиперплазія печени и селезенки, брюшинныхъ и брызжеечныхъ железъ. Обызвествленныя, частью творожистыя, частью соединительно-тканныя гнѣзда, похожія на гуммы.

Сл. 3. Больной—41 г., женатый, отецъ 4-хъ здоровыхъ дѣтей. Ранѣе хворалъ въ Гаваннѣ желтой лихорадкой. На сифилисъ указаній нѣтъ. Болѣлъ 14 мѣс. лихорадочными приступами 14-

дневной продолжительности, перемежавшимися съ 2—3-недельными апирексіями. Увеличеніе печени, селезенки и надключичныхъ лимфатическихъ железъ слѣва. Нароставшее малокровіе, отеки, желтуха. Смерть отъ истощенія. Прижизненное изслѣдованіе крови показало, что число бѣлыхъ тѣлецъ мало, красныя шарики образуютъ монетные столбики, много пойкилоцитозъ. На вскрытіи: небольшое скопленіе водяночной жидкости въ полости брюшины, перигепатитъ, умеренное увеличеніе селезенки, содержавшей лимфатичныя узлы, величиною отъ булавочной головки до лѣсного орѣха. Надключичныя, паховыя, брызжеечныя и брюшинныя лимфатическія железы увеличены и плотны; бронхиальныя железы тоже увеличены; центральныя части ихъ плотны и пигментированы, корковое-же вещество блѣдно, безъ пигмента. Подъ эндокардіемъ и плейрой маленькіе лимфатичныя узелки.

Если сравнить мой случай съ описанными *Murchison*'омъ, *Pel*'емъ и *Ebstein*'омъ, то можно найти въ нихъ нѣкоторыя общія черты:

1. Типъ лихорадочной кривой. Периодическіе приступы лихорадки, длящіяся около 1½ недѣль, съ такими же приблизительно промежутками. У больного *Murchison*'а эти промежутки были длиннѣе. Приступы представляютъ постепенное нарастаніе лихорадки и постепенное-же паденіе температуры до нормальныхъ цифръ.

2. При каждомъ лихорадочномъ періодѣ увеличивается селезенка и печень. Первая остается увеличенной, хоть и въ меньшей степени, и во время апирексій.

3. Сознаніе во время лихорадочныхъ періодовъ остается неомраченнымъ.

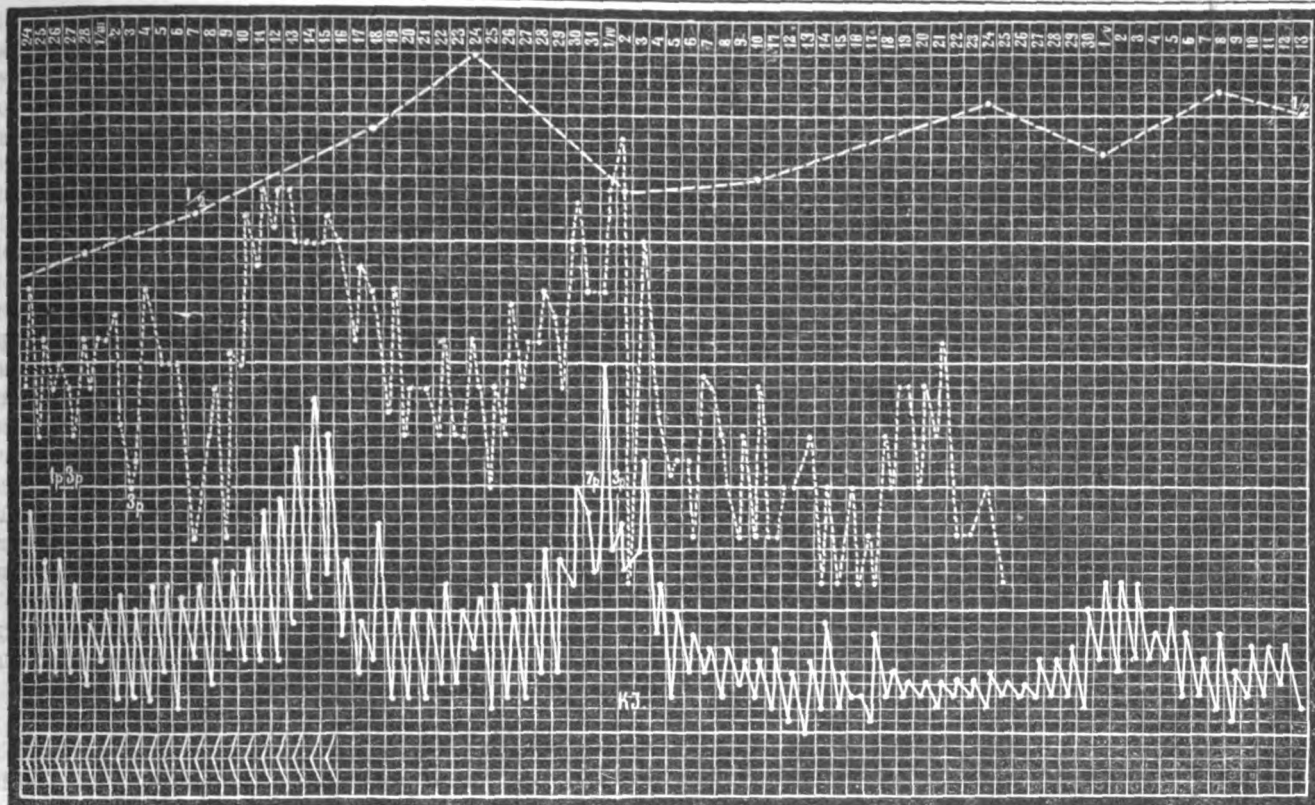
4. Во время безлихорадочныхъ промежутковъ больные чувствуютъ себя хорошо и первое время довольно быстро поправляются.

5. Во всѣхъ случаяхъ отмѣченъ прогрессирующій упадокъ силъ и анемія безъ увеличенія числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Цвѣтъ лица—желтовато-землистый, а въ послѣднемъ періодѣ—рѣзкая желтуха.

6. Въ случаяхъ, кончившихся смертью, была найдена гиперплазія брызжеечныхъ, брюшинныхъ, бронхиальныхъ, а иногда и другихъ группъ лимфатическихъ железъ.

Во всѣхъ случаяхъ *Murchison*'а, *Gowers*'а, *Pel*'а, и *Ebstein*'а наблюдался смертельный исходъ. Мой случай является въ этомъ отношеніи исключеніемъ.

По клинической картинѣ и патолого-анатомическимъ даннымъ случаи *Murchison*'а, *Pel*'а и *Ebstein*'а относятся къ группѣ заболѣваній, извѣстныхъ подъ именемъ пейсидолейкэмій. Къ нимъ же, думаю я, надо отнести и мой случай, представляющій однако нѣкоторыя особенности, на которыхъ я долженъ нѣсколько остановиться.



—увеличенная селезенка; —увеличенная и болѣзненная селезенка. —потъ послѣ приема хинина (24/1). Цифры среди

У моей больной прежде всего обращало на себя вниманіе отсутствіе пораженія лимфатическихъ железъ, столь обычное при псеидолейкэмии. Не смотря на 7-мѣсячное теченіе болѣзни, опухоли железъ у больной не обнаружено. Но, если сравнить мой случай съ случаями *Pel'a* и *Ebstein'a*, то и въ этомъ отношеніи есть оходство: во всѣхъ 4-хъ случаяхъ названныхъ авторовъ поражались преимущественно брызжеечныя, забрюшинныя и бронхіальныя железы, периферическія же железы, легко доступныя изслѣдованію, не поражались. Только у одного больного *Pel'a* отмѣчено было при жизни пораженіе и периферическихъ железъ (надключичныхъ и паховыхъ). Такимъ образомъ преимущественное пораженіе глубокихъ внутрибрюшныхъ и бронхіальныхъ железъ является, по видимому, особенностью нѣкоторыхъ представителей этой группы псеидолейкэмій.

Такъ какъ мой случай окончился выздоровленіемъ, то я и не могъ провѣрить, были ли у В. Я. измѣнены брызжеечныя и забрюшинныя железы: прощупать ихъ не удавалось; но пораженіе ихъ было весьма вѣроятно. Больная неоднократно чувствовала тупыя боли въ животѣ, и при ощупываніи вѣрно отъ пупка временами неясно ощущалась опухоль. Набуханіе железъ во время лихорадочнаго періода и уменьшеніе ихъ во время апирексій отмѣчено *Murchison'омъ*. Подобныя колебанія въ величинѣ пакетовъ лимфомъ не представляетъ рѣдкости, и мнѣ приходилось наблюдать ихъ въ случаяхъ типичныхъ псеидолейкэмій и въ случаѣ лимфатической лейкэмии. Возможно, что и у описываемой мною больной опухоль, временами прощупывавшаяся въ животѣ около пупка, была такимъ пакетомъ увеличенныхъ лимфатическихъ железъ, то набухавшимъ, то уменьшавшимся.

Изъ описанныхъ въ литературѣ случаевъ псеидолейкэмій съ періодической лихорадкой не видно, какими морфологическими измѣненіями крови выражается это заболѣваніе? Авторы отмѣчаютъ лишь прогрессирующую анемію съ пойкилоцитозомъ, а о лейкоцитахъ *Murchison* и *Ebstein* говорятъ лишь, что число ихъ не было увеличено, и что въ сл. 3 *Pel'a* бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ было мало.

У моей больной изслѣдованіе крови было произведено 3 раза: 2 раза—въ разгарѣ болѣзни и 1 разъ—въ періодѣ поправленія. Найдено было слѣдующее. Въ разгарѣ болѣзни число красныхъ шариковъ было уменьшено до 3.833000; при поправленіи оно поднялось до 4.634000. Содержаніе гемоглобина было опредѣлено, къ сожалѣнію, лишь 1 разъ

въ періодѣ поправленія и было найдено лишь въ 64% по *Fleischl'ю*; слѣд., на высотѣ болѣзни оно было, несомнѣнно, еще ниже.

Число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ было понижено. При 1-мъ изслѣдованіи 25/п оно еще было въ предѣлахъ нормы (9036 въ 1 к. мм.), но съ 3/iv пало до 5658. Это пониженіе произошло преимущественно на счетъ многоядерныхъ нейтрофиловъ, %-ное содержаніе которыхъ держалось между 65 и 61. Напротивъ, содержаніе лимфоцитовъ и большихъ одноядерныхъ лейкоцитовъ было относительно повышенное—первыхъ 22—29,5%, вторыхъ 8,5—13%. Эозинофиловъ все время было мало.

Такимъ образомъ у моей больной была обычная при псеидолейкэмии умѣренная анемія, выражавшаяся уменьшеніемъ числа красныхъ шариковъ и обдѣлѣніемъ ихъ гемоглобиномъ; а со стороны бѣлыхъ шариковъ выступало уменьшеніе многоядерныхъ нейтрофиловъ и преобладаніе въ крови лимфоцитовъ, преимущественно малыхъ, и большихъ одноядерныхъ лейкоцитовъ.

Содержаніе кровяныхъ пластинокъ, сосчитанныхъ по способу проф. *М. И. Афанасьева*, было въ предѣлахъ нормы, а именно 25/п 266000 и 5/v 225000 въ 1 к. мм.

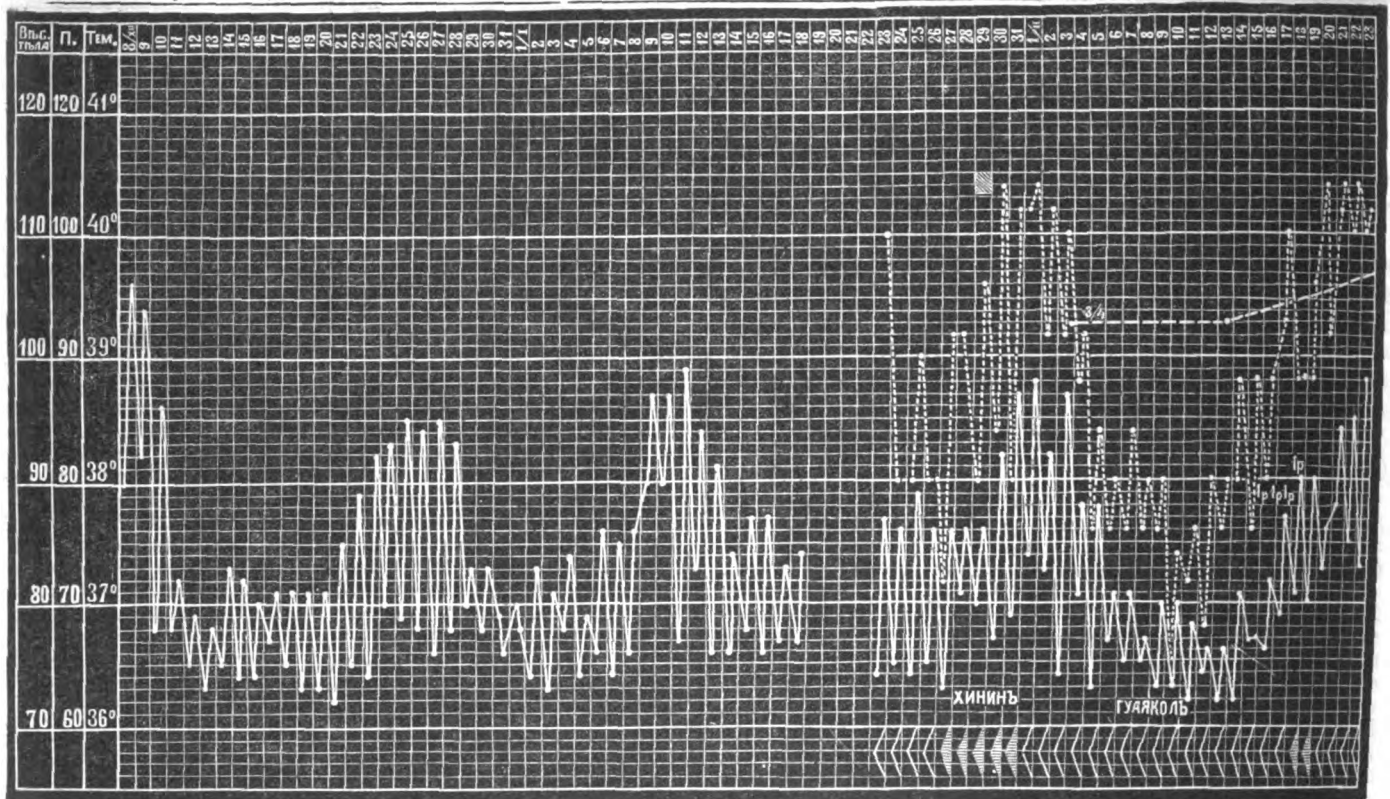
Наклонность къ нососамъ, бывшая у моей больной, наблюдалась и *Pel'емъ*.

Какъ *Pel*, такъ и *Ebstein* указываютъ на желтоватую, кахектическую окраску кожи (*fahl-gelb*), осложнявшуюся къ концу болѣзни желтухой. У моей больной была тоже такая окраска лица и небольшая желтуха. Кромѣ того, на шеѣ и на рукахъ у нея были рѣзко очерченные бурные участки. Зависѣла-ли эта аномалія пигментации отъ основной болѣзни, сказать затрудняюсь.

Больные *Murchison'a*, *Pel'a*, *Ebstein'a*, какъ я уже говорилъ, всѣ погибли. Моя больная поправилась при лѣченіи іодомъ. Успѣхъ лѣченія, несомнѣнно, зависѣлъ отъ іода, такъ какъ другія средства (мышьякъ и хининъ) уже употреблялись больной раньше безъ результата.

Благотворное вліяніе іода въ моемъ случаѣ выдвигаетъ вопросъ о значеніи сифилиса въ данномъ заболѣваніи. Въ случаѣ *Ebstein'a* указаній на сифилисъ нѣтъ. Изъ случаевъ *Pel'a* во 2 мѣ на вскрытіи были найдены образованія, похожія на гуммы. Про 3-ій случай онъ говоритъ: «*syphilitische Infection zweifelhaft*». *Gowers* изъ 3-хъ случаевъ лимфаденомъ, которые онъ поставилъ въ связь съ конституціональнымъ сифилисомъ, въ одномъ получилъ уменьшеніе железъ отъ іодистаго калия.





Непрерывная бѣлая линия—кривая температуры, пунктирная точечная—кривая пульса, пунктирная линейная—кривая въса кривыхъ число испражнений.

Въ 1885 г. проф. *Pel* въ Амстердамѣ описалъ случай, весьма похожій на сообщаемый мною.

Больной, 25 л., заболѣлъ внезапно и пролихорадилъ 10 дней; затѣмъ наступила апирексія, длившаяся 10—11 дней. Далѣе вновь началась лихорадка и протянулась 15 дней. 2-ой періодъ апирексіи длился 15 дней. 3-й приступъ лихорадки затянулся на 32 дня и протекалъ съ поносомъ. Наконецъ, послѣ 8-дневной передышки начался 4-й приступъ, на 11-ый день котораго больной погибъ при явленіяхъ сердечной слабости. На вскрытіи была найдена гиперплазія селезенки, забрюшинныхъ и бронхіальныхъ лимфатическихъ железъ. Периферическія лимфатическія железы не были поражены. Въ верхнихъ доляхъ легкихъ были найдены зарубцевавшіяся воспалительныя гнѣзда, очевидно, не имѣвшія отношенія къ настоящему заболѣванію.

Проф. *Pel* призналъ это заболѣваніе заразнымъ по происхожденію и отнесъ его къ псеидолейкеміи.

Въ іюлѣ 1887 г. проф. *W. Ebstein* сдѣлалъ докладъ въ Göttingen'скомъ медицинскомъ Обществѣ о случаѣ, весьма похожемъ на только-что описанный.

Юноша, 19 л., заболѣлъ безъ видимой причины лихорадочными приступами, длившимися по 13—14 дней, съ безлихорадочными промежутками въ 10—11 дней. При каждомъ приступѣ температура поднималась постепенно, ступенями, достигала максимумъ до 40° и даже 41° и затѣмъ постепенно спадала. Бактеріологическое изслѣдованіе крови дало отрицательный результатъ. Въ морфологическомъ отношеніи кровь не представляла аномалій. При каждомъ приступѣ селезенка увеличивалась. Хотя во время апирексій больной вѣсколько и оправлялся, но въ общемъ упадокъ его силъ нарасталъ, и онъ погибъ на 11-мъ приступѣ. На вскрытіи найдены злокачественныя лимфомы въ бронхіальныхъ, брызжеечныхъ и забрюшинныхъ железахъ, въ легкихъ, плейрахъ и печени. Инфаркты въ почкахъ и селезенкѣ. Жировое перерожденіе сердечной мышцы, мышцъ скелета, почекъ и печени.

*Ebstein*, описавшій этотъ случай подъ именемъ хронической возвратной лихорадки, во 2-мъ своемъ сообщеніи, подобно *Pel*'у, причисляетъ эту форму къ псеидолейкеміямъ.

Въ томъ-же году *Pel* сообщилъ о 2-хъ новыхъ случаяхъ.

Сл. 2. Больной—32 л., морской офицеръ. За время службы въ Индіи страдалъ болотной лихорадкой и кровавымъ поносомъ. Заболѣлъ въ концѣ мая 1884 г. приступами лихорадки. Лѣченіе въ Вишу и Швейцаріи—между прочимъ, хининомъ—не оказало вліянія на ходъ болѣзни. Прогрессивное развитіе малокровія и худосочія. Печень и селезенка были увеличены. Подъ конецъ развилась желтуха. На вскрытіи: гиперплазія печени и селезенки, забрюшинныхъ и брызжеечныхъ железъ. Обызвѣшленные, частью творожистыя, частью соединительно-тканныя гнѣзда, похожая на гуммы.

Сл. 3. Больной—41 г., женатый, отецъ 4-хъ здоровыхъ дѣтей. Ранѣе хворалъ въ Гаваннѣ желтой лихорадкой. На сифилисъ указаній нѣтъ. Болѣлъ 14 мѣс. лихорадочными приступами 14-

дневной продолжительности, перемежавшимися съ 2—3-недельными апирексіями. Увеличеніе печени, селезенки и надпочечныхъ лимфатическихъ железъ слѣва. Нароставшее малокровіе, отеки, желтуха. Смерть отъ истощенія. Прижизненное изслѣдованіе крови показало, что число бѣлыхъ тѣлецъ мало, красныя шарики образуютъ монетные столбики, много пойкилоцитозъ. На вскрытіи: небольшое скопленіе водяночной жидкости въ полости брюшины, перигепатитъ, умеренное увеличеніе селезенки, содержавшей лимфатичные узлы, величиною отъ булавочной головки до лѣсного орѣха. Надключичныя, паховыя, брызжеечныя и забрюшинныя лимфатическія железы увеличены и плотны; бронхіальныя железы тоже увеличены; центральныя части ихъ плотны и пигментированы, корковое-же вещество блѣдно, безъ пигмента. Подъ эндокардіемъ и плейрой маленькіе лимфатичные узелки.

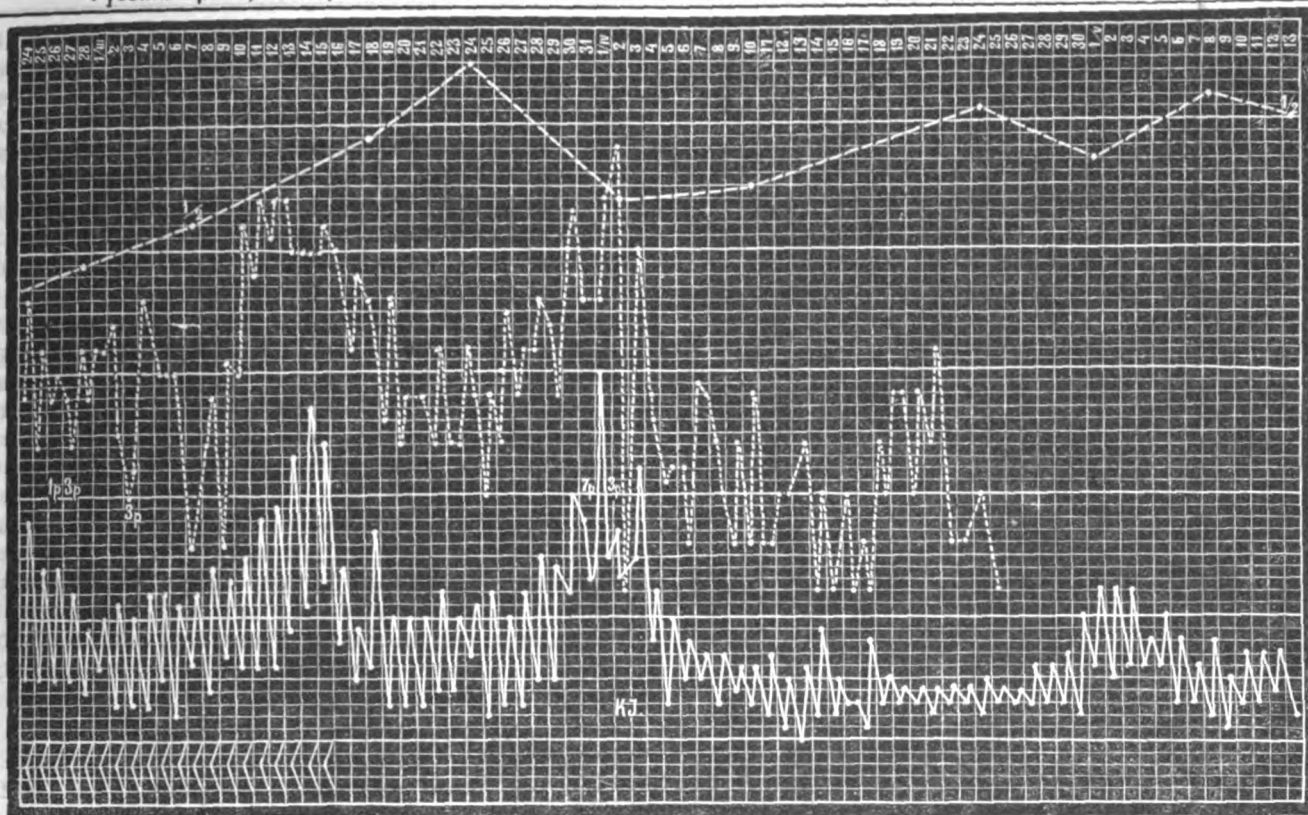
Если сравнить мой случай съ описанными *Murchison*'омъ, *Pel*'омъ и *Ebstein*'омъ, то можно найти въ нихъ нѣкоторые общія черты:

1. Типъ лихорадочной кривой. Періодическіе приступы лихорадки, длящіеся около 1½, недѣль, съ такими же приблизительно промежутками. У больного *Murchison*'а эти промежутки были длиннѣе. Приступы представляютъ постепенное нарастаніе лихорадки и постепенное-же паденіе температуры до нормальныхъ цифръ.
2. При каждомъ лихорадочномъ періодѣ увеличивается селезенка и печень. Первая остается увеличенной, хоть и въ меньшей степени, и во время апирексій.
3. Сознаніе во время лихорадочныхъ періодовъ остается неомраченнымъ.
4. Во время безлихорадочныхъ промежутковъ больные чувствуютъ себя хорошо и первое время довольно быстро поправляются.
5. Во всѣхъ случаяхъ отмѣченъ прогрессирующій упадокъ силъ и анемія безъ увеличенія числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Цвѣтъ лица—желтовато-землистый, а въ послѣднемъ періодѣ—рѣзкая желтуха.
6. Въ случаяхъ, кончившихся смертію, была найдена гиперплазія брызжеечныхъ, забрюшинныхъ, бронхіальныхъ, а иногда и другихъ группъ лимфатическихъ железъ.

Во всѣхъ случаяхъ *Murchison*'а, *Gowers*'а, *Pel*'а, и *Ebstein*'а наблюдался смертельный исходъ. Мой случай является въ этомъ отношеніи исключеніемъ.

По клинической картинѣ и патолого-анатомическимъ даннымъ случаи *Murchison*'а, *Pel*'а и *Ebstein*'а относятся къ группѣ заболѣваній, извѣстныхъ подъ именемъ псеидолейкемій. Къ нимъ же, думаю я, надо отнести и мой случай, представляющій однако нѣкоторыя особенност...





←увеличенная селезенка; →увеличенная и болѣзненная селезенка.

—потъ послѣ приема хинина (24/1). Цифры среди

У моей больной прежде всего обращало на себя вниманіе отсутствіе пораженія лимфатическихъ железъ, столь обычное при псе́йдолейке́міи. Не смотря на 7-мѣсячное теченіе болѣзни, опухоли железъ у больной не обнаружено. Но, если сравнить мой случай съ случаями *Pel'*я и *Ebstein'a*, то и въ этомъ отношеніи есть оходство: во всѣхъ 4-хъ случаяхъ названныхъ авторовъ поражались преимущественно брызжеечныя, забрюшинныя и бронхіальныя железы, периферическія же железы, легко доступныя изслѣдованію, не поражались. Только у одного больного *Pel'*я отмѣчено было при жизни пораженіе и периферическихъ железъ (надключичныхъ и паховыхъ). Такимъ образомъ преимущественное пораженіе глубокихъ внутрибрюшныхъ и бронхіальныхъ железъ является, по видимому, особенностью нѣкоторыхъ представителей этой группы псе́йдолейке́мій.

Такъ какъ мой случай окончился выздоровленіемъ, то я и не могъ провѣрить, были ли у В. Я. измѣнены брызжеечныя и забрюшинныя железы: прощупать ихъ не удавалось; но пораженіе ихъ было весьма вѣроятно. Больная неоднократно чувствовала тупыя боли въ животѣ, и при ощупываніи влѣво отъ пупка временами неясно ощущалась опухоль. Набуханіе железъ во время лихорадочнаго періода и уменьшеніе ихъ во время апирексій отмѣчено *Murchison'*омъ. Подобныя колебанія въ величинѣ пакетовъ лимфотъ не представляетъ рѣдкости, и мнѣ приходилось наблюдать ихъ въ случаяхъ типичныхъ псе́йдолейке́мій и въ случаяхъ лимфатической лейкеміи. Возможно, что и у описываемой мною больной опухоль, временами прощупывавшаяся въ животѣ около пупка, была такимъ пакетомъ увеличенныхъ лимфатическихъ железъ, то набухавшимъ, то уменьшавшимся.

Изъ описанныхъ въ литературѣ случаевъ псе́йдолейке́міи съ періодическою лихорадкою не видно, какими морфологическими измѣненіями крови выражается это заболѣваніе? Авторы отмѣчаютъ лишь прогрессивную анемію съ пойкилоцитозомъ, а о лейкоцитахъ *Murchison* и *Ebstein* говорятъ лишь, что число ихъ не было увеличено, и что въ сл. 3 *Pel'*я бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ было мало.

У моей больной изслѣдованіе крови было произведено 3 раза: 2 раза—въ разгарѣ болѣзни и 1 разъ—въ періодѣ поправленія. Найдено было слѣдующее. Въ разгарѣ болѣзни число красныхъ шариковъ было уменьшено до 3.833000; при поправленіи оно поднялось до 4.634000. Содержаніе гемоглобина было опредѣлено, къ сожалѣнію, лишь 1 разъ

въ періодѣ поправленія и было найдено лишь въ 64% по *Fleischl'*ю; слѣд., на высотѣ болѣзни оно было, несомнѣнно, еще ниже.

Число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ было понижено. При 1-мъ изслѣдованіи 25/п оно еще было въ предѣлахъ нормы (9036 въ 1 к. мм.), но съ 3/iv пало до 5658. Это пониженіе произошло преимущественно на счетъ многоядерныхъ нейтрофиловъ, %-ное содержаніе которыхъ держалось между 65 и 61. Напротивъ, содержаніе лимфоцитовъ и большихъ одноядерныхъ лейкоцитовъ было относительно повышенное—первыхъ 22—29,5%, вторыхъ 8,5—13%. Эозинофиловъ все время было мало.

Такимъ образомъ у моей больной была обычная при псе́йдолейке́міи умѣренная анемія, выражавшаяся уменьшеніемъ числа красныхъ шариковъ и обѣднѣніемъ ихъ гемоглобиномъ; а со стороны бѣлыхъ шариковъ выступало уменьшеніе многоядерныхъ нейтрофиловъ и преобладаніе въ крови лимфоцитовъ, преимущественно малыхъ, и большихъ одноядерныхъ лейкоцитовъ.

Содержаніе кровяныхъ пластинокъ, сосчитанныхъ по способу проф. М. И. Афанасьева, было въ предѣлахъ нормы, а именно 25/п 266000 и 5/v 225000 въ 1 к. мм.

Наклонность къ поносамъ, бывшая у моей больной, наблюдалась и *Pel'*емъ.

Какъ *Pel*, такъ и *Ebstein* указываютъ на желтоватую, кахектическую окраску кожи (fahl-gelb), осложнившуюся къ концу болѣзни желтухой. У моей больной была тоже такая окраска лица и небольшая желтуха. Кромѣ того, на шеѣ и на рукахъ у нея были рѣзко очерченные бурные участки. Зависѣла-ли эта аномалія пигментации отъ основной болѣзни, сказать затрудняюсь.

Больные *Murchison'a*, *Pel'*я, *Ebstein'a*, какъ я уже говорилъ, всѣ погибли. Моя больная поправилась при лѣченіи іодомъ. Успѣхъ лѣченія, несомнѣнно, зависѣлъ отъ іода, такъ какъ другія средства (мышьякъ и хининъ) уже употреблялись больной раньше безъ результата.

Благотворное вліяніе іода въ моемъ случаѣ выдвигаетъ вопросъ о значеніи сифилиса въ данномъ заболѣваніи. Въ случаѣ *Ebstein'a* указаній на сифилисъ нѣтъ. Изъ случаевъ *Pel'*я во 2 мѣ на вскрытіи были найдены образованія, похожія на гуммы. Про 3-ій случай онъ говоритъ: «syphilitische Infection zweifelhaft». *Gowers* изъ 3-хъ случаевъ лимфаленомъ, которые онъ поставилъ въ связь съ конституціональнымъ сифилисомъ, въ одномъ получилъ уменьшеніе железъ отъ іодистаго калия.

Разнообразие клинических форм, относимых къ группѣ заболѣваній, описанныхъ подъ именемъ злокачественныхъ лимфомъ, псеидолейкемій, аденин, болѣзни *Hodgkin's* а и, наконецъ, хронической перемежной лихорадки *Ebstein's* а, приводитъ къ убѣжденію, что группа эта должна распадаться на нѣсколько клиническихъ типовъ, въ числѣ которыхъ должно быть отведено особое мѣсто и формѣ псеидолейкемій, протекающей съ періодической лихорадкой: *pseudo-leukaemia cum febris periodica*. При дальнѣйшемъ изученіи этой новой формы необходимо обратить особое вниманіе на роль сифилиса въ ея этиологій.

**Литература:** 1. *Murchison*. «Transactions of the pathol. Society of London», 1870, т. XXI, стр. 372.—2. *Gowers*. *Hodgkin's disease in Reynold's System of Medicine*, 1879 г. Прив. по *Ebstein's* у.—3. *Pl.* «Zur Symptomatologie der sogenannten Pseudoleukaemie». «Berliner klin. Wochenschrift», 1885 г., № 1.—4. *Onk-acc.* Pseudoleukaemie oder chronisches Rückfallsfieber? Тамъ-же, № 35.—4. *Van der Scheer*. «Een geval van pseudo-leukaemie med. gedeeltelijk recurrerend koorstypen». «Nederl. Weekblatt», 1899 г. т. 2. Прив. по *Pinkus's* у.—6. *Pinkus T.* Die lymphatische Leukaemie. *Ehrlich, Pinkus, Lazarus*. Leukaemie въ «*Nothnagel's* specielle Pathologie», 1904 г., т. VIII, ч. I, тетр. III, стр. 94.—7. *Ebstein W.* Das chronische Rückfallsfieber. Eine neue Infectiouskrankheit. «Berliner klin. Wochenschrift», 1887 г. № 31 и 48.

## CLX. О почечныхъ камняхъ.

Ч. пр. Московскаго Университета А. П. Крымова.

(Пробная лекція).

Мм. Гг.! Медицинскимъ факультетомъ мнѣ предложено прочесть о камняхъ почекъ. Трудно найти въ настоящее время другую болѣе благодарную и богатую тему, зная въ особенности, какими гигантскими шагами идетъ ростъ почечной хирургіи, и зная также, что ни одна отрасль медицины, какъ справедливо отмѣтилъ *Kümmel*, не сумѣла такъ воспользоваться послѣдними успѣхами физики и техники, какъ таже почечная хирургія. Въ самомъ дѣлѣ, если вспомнить, что въ 1839 г. *Rayer* уже одну попытку вылушить почку у человѣка называлъ безуміемъ, а 50 лѣтъ спустя *Malgaigne* простой разрывъ почки совѣтовалъ не выносить изъ стѣнъ анатомическаго театра, и если сопоставить возрѣвнія этихъ авторитетовъ съ числомъ тѣхъ операций на почкахъ, которыя въ настоящее время сдѣлали, напр., *Israël* въ Германіи и *Tuffier* во Франціи, насчитывающіе ихъ уже сотнями, то станетъ ясно, какой триумфальный путь совершила почечная хирургія. Но вмѣстѣ съ тѣмъ я долженъ сознаться, что меня смущаетъ обширность темы, и при томъ обширность такой степени, что каждый малозначущій, казалось-бы на первый взглядъ, вопросъ имѣетъ здѣсь уже свою большую литературу. Остановиться на одномъ какомъ-нибудь изъ этихъ вопросовъ—значитъ сдѣлать докладъ, а не прочесть клинической лекціи. Это обстоятельство и служить причиной моего смущенія и заставляетъ бояться, удастся-ли мнѣ въ немногихъ словахъ сказать многое.

Я полагаю, что съ практической точки зрѣнія большой интересъ должны представлять ученіе о распознаваніи и хирургическое лѣченіе этого страданія. На этомъ я собственно и остановлюсь, при чемъ долгомъ считаю оговориться, что буду говорить только про тѣ случаи, когда камни находятся въ почкѣ нормальной, или почти нормальной, величины, когда въ нее не поступило заразное начало или, другими словами, когда имѣется, какъ говоритъ *Israël*, асептическая каменная почка. Такимъ образомъ всѣ страданія, сопряженныя съ опухолью почки, мною заранее исключаются. Да въ сущности только такіе случаи и представляютъ главнымъ образомъ интересъ и значеніе какъ для врача, такъ и для больного: чѣмъ раньше болѣзнь определена и излѣчена, тѣмъ больше чести врачу и пользы больному.

Такіе авторитеты по почечно-каменной болѣзни, какъ *Le Dentu*, *Guyon*, *Tuffier*, *Albarrann*, *Leguen* во Франціи, *Morris*, *Clarke*, *Lucas* въ Англіи, *Israël*, *Czerny*, *Kümmel* въ Германіи согласны въ томъ, что распознаваніе почечныхъ камней принадлежитъ къ числу наиболѣе трудныхъ задачъ изъ области патологій почекъ, такъ какъ нѣтъ ни одного признака, который-бы исключалъ возможность ошибки.

Въ литературѣ описано не мало примѣровъ, когда камень въ почкѣ былъ неожиданной находкой при вскрытіи, при этомъ изъ работъ главнымъ образомъ *Le Dentu*, *Morris's* а и *Israël's* а стало извѣстно, что нерѣдко въ подобныхъ случаяхъ у больныхъ не бываетъ даже болевыхъ ощущеній и что камни, лежащіе въ паренхимѣ органа, болѣею частью безболѣзненны, такъ какъ скоро оскумываются, окружаясь соединительной тканью. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ камни лежатъ въ лоханкѣ и чашечкахъ почки и, находясь здѣсь, могутъ протекать также почти безъ боли, при — самомъ частомъ — условіи неподвижности ихъ и если не вызываютъ задержки мочи. О дальнѣйшихъ причинахъ болевыхъ ощущеній я буду говорить ниже. *Morris* наблюдалъ въ высокой степени интересный случай, когда камень заполнялъ всю лоханку почки, но въ центрѣ его былъ желобъ для стока мочи, и болей у больного не было. Но подобное отсутствіе признаковъ при почечно-каменной болѣзни слѣдуетъ разсматривать и понимать съ субъективной точки зрѣнія самого больного; больной за отсутствіемъ болей не замѣчаетъ своего страданія, но если-бы онъ былъ подвергнутъ специальному изслѣдованію, то камень, безъ сомнѣнія, былъ-бы открытъ. Почечно-каменная болѣзнь имѣетъ свою клиническую физиономію.

Согласно взглядамъ французскихъ авторовъ, всѣ признаки почечно-каменной болѣзни можно раздѣлить на 2 группы: на болѣе или менѣе постоянныя и на случайныя. Къ первымъ обычно относятъ: боль въ почечной области, выхождение песка, выпаденіе солей изъ мочи, разстройство мочеиспусканія и отраженныя явленія; ко вторымъ—гематурию, почечную колику и анурию. Присутствіе въ мочѣ красныхъ кровяныхъ шариковъ или т. наз. микроскопическая гематурия должна быть также отнесена къ постояннымъ признакамъ почечно-каменной болѣзни, и отсутствіе ея при повторныхъ многократныхъ изслѣдованіяхъ исключаетъ, по *Israël's* у, наличность камня въ почечной лоханкѣ. Большинство или нѣкоторые изъ перечисленныхъ признаковъ могутъ относиться къ прошлому больному и не быть въ настоящемъ. Посему тщательное собраніе анамнеза должно быть здѣсь руководящимъ правиломъ, и въ немъ въ особенности слѣдуетъ обратить вниманіе на наследственное предрасположеніе, на подагрическіе приступы, усиленіе болей при всѣхъ физическихъ движеніяхъ, выдѣленіе съ мочей камушковъ, примѣсь крови въ мочѣ, словомъ, на всѣ разстройства мочеполювыхъ отправленій.

Случаи выхода почечныхъ камней естественнымъ путемъ описаны многими авторами и собраны, между прочимъ, *Le Dentu* въ его монографіи о хирургическихъ заболѣваніяхъ почки. Такъ, въ случаѣ самого автора у больного черезъ мочеиспускательный протокъ вышло 14 камней, при чемъ они были расположены въ протокѣ одинъ за другимъ, и 1-ый камень авторъ вынулъ лишь послѣ того, какъ разсѣкъ наружное отверстіе протока, а слѣдующіе выходили уже сами при простомъ надавливаніи сади напередъ на нижнюю стѣнку протока. Больной *Christine* выдѣлил за сутки 18, а больной *Beverowen's*—25 камней. Число камней, выводимыхъ за болѣе или менѣе продолжительное время, можетъ быть очень разнообразнымъ и очень большимъ; такъ, *Zugerhorn* приводитъ исторію болѣзни одного больного, который за 4 или 5 дней вывелъ 80 камней, а *Chopart* насчиталъ въ одномъ случаѣ 300, а въ другомъ 400 камней, которые были выведены за то же время. *Le Dentu* сообщилъ объ одномъ больномъ (монахѣ), который ежедневно выводилъ съ мочей 1½ унца камушковъ и въ концѣ концовъ вывелъ ихъ всего 6½ литровъ! Какъ доказательство того, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ, если не въ большинствѣ ихъ, дѣло идетъ, безъ сомнѣнія, о почечныхъ камняхъ, приводятся наблюденія, гдѣ у больныхъ вскрывали пузыри, откуда тщательно вынимались камни, и тѣмъ не менѣе въ слѣдующіе дни камушки продолжали выдѣляться. Описаны, далѣе, случаи, когда встрѣчались почки, въ буквальномъ смыслѣ слова набитыя камнями. Равнымъ образомъ видъ камней, присутствіе на нихъ фасетокъ говорить за ихъ мѣстообразованіе.

Разстройства мочеиспусканія resp. признаки раздраженія мочевого пузыря съ частыми позывами на мочу и бо-

лями въ мочевомъ каналѣ въ концѣ акта мочеиспускания встрѣчаются при почечныхъ камняхъ точно также, какъ и при воспаленіи пузыря, хотя въ первомъ случаѣ и остается нормальнымъ. Это отмѣтилъ еще *Morgagni*, а *Kovsing* подтвердилъ это указаніемъ, что съ примѣненіемъ цистоскопа число распознаваній цистита упало у него на  $\frac{1}{2}$ .

Самымъ постояннымъ признакомъ почечно-каменной болѣзни считается боль въ почечной области. Характеръ и степень этой боли чрезвычайно разнообразны: въ однихъ случаяхъ имѣется лишь чувство тяжести и давленія въ поясницѣ, въ другихъ боли бываютъ такіа жестокія, что больные рѣшаются даже на самоубійство. Въ этихъ крайнихъ предѣлахъ располагаются всѣ промежуточные ступени. *Prout*, *Dickinson* и *Morris* тяжесть болей хотѣли поставить въ связь съ составомъ камня: по ихъ мнѣнію, ураты даютъ слабую, тупую боль, оксалаты болѣе сильную, а фосфаты самую жестокую. Въ случаяхъ послѣдняго рода и сами авторы, однако, сознавались, что разграничить степень вліянія камня отъ сопутствующаго воспалительнаго процесса почки—очень трудно. Позднѣйшими работами было установлено, что боли могутъ возникать отъ разныхъ причинъ: онѣ могутъ зависѣть отъ поврежденія и раздраженія камнемъ слизистой оболочки лоханки или чашечекъ почки, отъ присоединяющагося піелита и піелонефрита, отъ непосредственнаго раздраженія нервовъ почки, отъ нейрита, возникшаго вслѣдствіе перехода воспалительнаго процесса съ жировой обкладки на вѣтви поясничнаго сплетенія, наконецъ, отъ простого растяженія почечной сумки вслѣдствіе застоя мочи въ почечной лоханкѣ. Блестящій примѣръ послѣднему представилъ еще проф. *Ө. И. Синицынъ*, который, вводя бужъ въ мочеточникъ одного мальчика, убѣждался, что бужъ могъ безнаказанно лежать около  $\frac{1}{2}$ -часа; по прошествіи же этого времени мальчикъ начиналъ испытывать въ области почки непріятное ощущеніе, которое скоро принимало характеръ ясной боли, все болѣе и болѣе усиливавшейся. Если же, вмѣсто бужа, вводили катетеръ или же болѣе тонкій бужъ, при которомъ моча могла идти около инструмента,—боли не было. Ясно, что боль вызывалась задержаніемъ мочи, отражавшимся на состояніи почечной сумки. Замѣчу кстати, что на основаніи этого причину боли и при почечныхъ коликахъ большинство авторовъ склонно относить скорѣе къ задержанію мочи и растяженію почечной сумки, чѣмъ къ травматизаціи мочеточника. *Керноу* нашелъ однажды въ почкѣ камень, который однимъ изъ своихъ выступовъ сдавливалъ нервную вѣточку. Здѣсь имѣлось, слѣд., непосредственное раздраженіе нерва.

Характернымъ признакомъ для каменной болѣзни считается усиленіе болей при всѣхъ физическихъ напряженіяхъ. Очень поучительный случай въ этомъ отношеніи описалъ *Guyon*.

У больной, 38 л., былъ, какъ оказалось при операціи, камень въ лоханкѣ правой почки, уратъ по составу. Какъ только больная, описываетъ *Guyon*, ложится въ постель и совершенно успокаивается, боли исчезаютъ, и она засыпаетъ час. на 5—7. На слѣдующее утро она просыпается и чувствуетъ себя совершенно здоровой, но эта иллюзія исчезаетъ черезъ нѣсколько минутъ. Дѣйствительно, не успѣвъ она окончить свой утренній туалетъ, какъ снова поднимаются боли и при всякомъ малѣйшемъ движеніи достигаютъ такой степени, что больная лишается всякой способности заниматься хозяйствомъ. Двигаться, при томъ очень медленно, она можетъ только въ продолженіе 20—30 мин., если же это время удлинитъ, то мгновенно появляются боли, и больная всѣмъ корпусомъ падаетъ впередъ, изгибаясь, такъ сказать, въ дугу и уже дальше двигаться не въ силахъ. Бада въ экипажѣ кочатся тѣмъ же, что и прогулка пѣшкомъ: она не только вызываетъ и постепенно усиливаетъ боль, но и дѣлаетъ ее болѣе постоянной. За 35-минутную прогулку въ экипажѣ больная обречена страдать 2—3 недѣли, а если экипажъ или дорога плохи, то этотъ срокъ удваивается и утраивается. Переѣздъ по желѣзной дорогѣ причинялъ больной еще большую муку: постоянная тряска вызывала такую невыносимую боль, что больная умоляла сопровождавшихъ ее сѣсть съ ней рядомъ вплотную къ ней или даже на нее, чтобы только удержать ее неподвижно на скамьѣ и уменьшить сотрясеніе тѣла.

Эта исторія болѣзни прекрасно поясняетъ вліяніе разнообразныхъ сотрясеній тѣла на большую или меньшую степень усиленія почечныхъ болей и живо передаетъ страданія больныхъ. Но, въ видѣ курьеза, бываетъ и обратное, когда боль вызывается покоемъ.

Такъ, *Jacobson* сообщаетъ объ одномъ 58-лѣтнемъ больномъ, у котораго при операціи найденъ былъ камень въ лѣвой почкѣ. Лѣтъ только болѣе 40, а больной на ночь въ кровати, какъ

появлялись боли, которыя съ каждой минутой все усиливались и усиливались, и больной въ концѣ концовъ долженъ былъ вставать и почти всю ночь прогуливаться въ саду.

Такіе курьезы, безъ сомнѣнія, нуждаются въ спеціальномъ объясненіи; въ большинствѣ же случаевъ, какъ правило, покой прекращаетъ боль, а движеніе вызываетъ ее, при чемъ для послѣдняго иногда достаточно бываетъ такого незначительнаго движенія, какъ поворотъ на кровати во время сна.

Иррадіація боли чрезвычайно разнообразна. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ иррадирующая боль бываетъ сильнѣе главной, а въ исключительныхъ—только она одна и приковываетъ къ себѣ вниманіе больного. *Guyon* предложилъ различать почечно-почечный рефлексъ и почечно-пузырный, а *Tuffier* прибавилъ еще почечно-мочеточниковый.

Въ диссертаци *Leguen* о почечно-каменной болѣзни собраны случаи почечно-почечнаго рефлекса, выражавшагося въ томъ, что при надавливаніи на больную почку, т. е. на почку съ камнемъ, боль передавалась также и другой почкѣ, такъ что получалось впечатлѣніе двусторонняго страданія. Изслѣдованія выяснили, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ эта другая почка была поражена воспалительнымъ процессомъ или также содержала камень.

Почечно-пузырный рефлексъ извѣстенъ издавна, и почечный камень можетъ иногда вполне симулировать пузырный, и наоборотъ.

Почечно-мочеточниковый рефлексъ наблюдается главнымъ образомъ тогда, когда камень лежитъ въ лоханкѣ почки у устья мочеточника. И, если въ данномъ случаѣ страдаетъ правая почка, то надо провести тщательное отличительное распознаваніе между почечнымъ камнемъ и почечно каменной болѣзнью, заболѣваніемъ червеобразнаго отростка слѣпой кишки, а у женщинъ еще и болѣзнями придатковъ матки. Отсюда само собой вытекаетъ необходимость тщательнаго изслѣдованія печени, слѣпой кишки съ ея отросткомъ, придатковъ матки, и все-же иногда попадались такіе запутанные случаи, когда истинное распознаваніе ставилось лишь на операціонномъ столѣ или даже на вскрытіи. Не надо упускать изъ вида и возможности сочетаннаго страданія: камней въ почкѣ и въ желчномъ пузырьѣ, воспаленія червеобразнаго отростка и почечно-каменной болѣзни. Такіе случаи наблюдали *Kehr*, *Bergmann* и др.

Въ высокой степени интересны и важны при камняхъ въ почкахъ т. наз. боли на разстояніи: боли въ области желудка, нерѣдко съ тошнотой и рвотой; боли по позвоночнику, къ которымъ иногда присоединяются нервные явленія въ конечностяхъ, какъ гиперестезія и парестезія, боли по ходу сѣдалищнаго нерва и боли въ яичкахъ у мужчинъ. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ обыкновенно вовлекается въ процессъ и яичко соотвѣтственной болевой почкѣ стороны. *Morris* и *Clarke* описали случаи перемежающихся припухавій яичекъ при почечныхъ камняхъ, а *Clarke* приводитъ даже случай атрофіи яичка, послѣдовавшей послѣ нѣсколькихъ подобнаго рода припухавій. Въ одной изъ своихъ прежнихъ работъ я высказывалъ предположеніе объ ангионейротическомъ свойствѣ страданія при пораженіи нервныхъ вѣтвей поясничнаго сплетенія.

Случай рѣзкихъ болей въ яичкѣ при камнѣ въ почкѣ пришлось наблюдать и мнѣ въ позапрошломъ году у одного крестьянина, 30 л., положеннаго въ лѣчебницу военныхъ врачей для бѣдныхъ г. Москвы изъ-за жалобъ на сильныя боли въ лѣвомъ яичкѣ. Рентгенографія подтвердила камень въ почкѣ, который и былъ удаленъ черезъ ея разрѣзы. Послѣ операціи боли въ яичкѣ уже мало беспокоили больного и совершенно исчезли, когда закрылась операціонная рана.

Итакъ, почечно-каменная болѣзнь можетъ ложно наводить мысль на разнообразныя страданія и при томъ различныхъ органовъ; поэтому, повторяю, для правильной постановки распознаванія необходимо самое тщательное подробное изслѣдованіе больного. Нѣтъ сомнѣнія, что боль въ почечной области, гематурія, разстройства мочеиспусканія и другіе вышеуказанные признаки могутъ и должны, конечно, дать поводъ врачу заподозрить камень въ почкѣ; но тѣ же признаки могутъ быть и при бугорчатковомъ пораженіи почки, новообразованіи ея, одностороннемъ воспалительномъ процессѣ (сифилисѣ), наконецъ,

при нефралгии съ т. наз. самостоятельнымъ кровотечениемъ. Нельзя также забывать и сочетанныхъ страданій: бугорчатка почки и камень въ ней, ракъ почки и камень въ ней. Все это служитъ подтвержденіемъ мнѣнія видныхъ хирурговъ о трудности распознаванія почечныхъ камней, приведеннаго мною въ самомъ началѣ.

Посмотримъ теперь, какими-же мы владѣемъ способами для опредѣленія почечныхъ камней?

Не буду останавливаться на предложенныхъ способахъ ощупыванія почки, такъ какъ, разъ почка не увеличена и не смѣщена, то прощупать ее въ громадномъ большинствѣ случаевъ не удастся ни по какому способу. Не буду останавливаться также на фонэндоскопѣ *Bianchi*, который въ рукахъ самого изобрѣтателя не далъ полныхъ результатовъ. Но не могу пройти молчаніемъ способа опредѣленія камня въ почкѣ выстукиваніемъ, на что особенно обращаютъ вниманіе *Brook* и *Guyon*. Если по плессиметру, плотно помѣщенному сзади на почечной области, быстро и съ силой ударить молоточкомъ, то при наличности камня въ почкѣ получается острая, колющая боль. Этотъ признакъ ни разу не обманулъ меня въ наблюдавшихся мною 6 случаяхъ почечно-каменной болѣзни.

Въ 1902 г. проф. *Klemperer* омъ былъ предложенъ съ терапевтической цѣлью при камняхъ почекъ вибраціонный массажъ; но послѣдующіе авторы стали примѣнять его съ распознавательною цѣлью; такъ, между прочимъ, съ положительнымъ результатомъ онъ былъ испробованъ и въ терапевтической клиникѣ проф. *В. Д. Шервинскаго*. Изъ доклада ординатора клиники д-ра *Небарта* о 3-хъ случаяхъ почечныхъ камней мы узнаемъ, что въ одномъ случаѣ послѣ сеанса всегда на днѣ сосуда съ суточной мочей былъ осадокъ изъ мочевой кислоты, въ другомъ случаѣ осадокъ въ 3 см. вышиной состоялъ изъ фосфатовъ, а въ третьемъ массажъ далъ осадокъ, гдѣ кристалловъ было незначительное количество, за то много лимфоидныхъ элементовъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ.

Но самые цѣнные признаки какъ положительнаго, такъ и отрицательнаго свойства получаютъ при употребленіи цистоскопа и рентгенографіи. Цистоскопія даетъ возможность осмотрѣть мочевой пузырь и отверстія мочеточниковъ: по одному уже этому иногда удается поставить правильное распознаваніе. Но что еще важнѣе—она даетъ возможность бужировать и катетризовать мочеточники. Бужемъ не разъ опредѣляли камень въ почкѣ; но способъ *Kelly*, предложившаго обливать конецъ мочеточниковаго катетера воскомъ въ надеждѣ, что при прикосновеніи такимъ катетеромъ къ камню на воскѣ получится отпечатка, во мноми оставленъ изъ-за опасности потерять воскъ гдѣ-нибудь въ мочевыхъ путяхъ. Катетризація мочеточниковъ даетъ возможность получить мочу изъ каждой почки въ отдѣльности. Какую услугу окажутъ въ дѣлѣ распознаванія почечныхъ камней крѣоскопія и ученіе объ измѣненіи электропроводимости мочи, сказать пока еще дов. трудно; но наблюденія нѣмецкихъ клиницистовъ даютъ право надѣяться, что въ нихъ мы найдемъ хорошее подспорье. Послѣднее слово въ опредѣленіи почечныхъ камней принадлежитъ, безъ сомнѣнія, рентгенографіи. Въ ней мы имѣемъ въ настоящее время вѣрный и надежный способъ опредѣленія камня въ почкѣ. Благодаря работамъ *Ringel's*, *Wagner's*, *Witter's*, *Levi-Dorn's*, *Schott's*, *Albers-Schönberg's* и др., техника рентгенографіи доведена до такого совершенства, что позволила *Treplin'u*, *Kummel'u* и др. докладчикамъ на 32-мъ Сѣздѣ нѣмецкихъ хирурговъ придти къ выводу, что, если прежде для распознаванія почечныхъ камней считался доказательнымъ только положительный результатъ тѣнеписи, то теперь каждый почечный камень можетъ быть обнаруженъ всегда, и отрицательный результатъ безусловно свидѣтельствуетъ объ отсутствіи камня. Я также видѣлъ камушки съ кедровый орѣшекъ, полученные при рентгенографіи и удаленные операціей.

Разъ камень опредѣленъ, то существуетъ лишь одинъ способъ его удаленія—операція. Всѣ попытки растворить камень не ушли дальше только лабораторныхъ успѣховъ.

Большинство хирурговъ употребляютъ косой поясничный разрѣзъ, и всѣ идутъ къ почкѣ въ брюшиннымъ путемъ.

Для удаленія камня предложены 2 способа: разрѣзъ почечной лоханки и т. наз. секціонный разрѣзъ почки, т. е. *pyelolithotomia* и *nephrolithotomia*. Каждая операція имѣетъ свои преимущества и свои недостатки. Такъ, при *pyelolithotomi* не ранится почечная паренхима, кровотеченія почти не бываетъ или бываетъ очень незначительное; но за то трудно бываетъ все тщательно осмотрѣть и даже изслѣдовать пальцемъ, трудно добраться до чашечекъ, не говоря уже о паренхимѣ органа, гдѣ легко можетъ остаться камень незамѣченнымъ. Камни большихъ размѣровъ трудно вытащить черезъ разрѣзъ; приходится дробить ихъ. Какъ при дробленіи, такъ и при вытаскиваніи ушибаются края раны, вслѣдствіе чего легко можетъ не получиться перваго натяженія, и останется свищъ. Свищемъ-же дѣло часто кончается и въ томъ случаѣ, когда камень удалось вынуть легко, ибо наложить шовъ на почечной лоханкѣ—вещь очень нелегкая. Все это давно уже заставило хирурговъ предпочесть этой операціи секціонный разрѣзъ почки. Разрѣзъ этотъ былъ изученъ экспериментально *Tuffier*, а впервые, кажется, примѣненъ на человѣкѣ въ 1888 г. *Le Dentu*. Съ этого времени онъ вошелъ во всеобщее употребленіе. *Zondek* установилъ затѣмъ на основаніи анатомическаго изученія развѣтвляе- ній сосудовъ, что плоскость естественной дѣлности почки не совпадаетъ со средней плоскостью, а лежитъ въ разрѣзѣ, который начинается на 0,5—0,75 см. казди отъ средней линіи и идетъ нѣсколько косвенно къ брюшной сторонѣ по направленію къ почечной лоханкѣ. Онъ доказалъ далѣе, что только въ предѣлахъ средней  $\frac{1}{3}$  почки можно избѣжать поврежденія крупнаго сосуда, между тѣмъ какъ верхній и нижній полюсы ея нерѣдко снабжаются болѣе крупными добавочными вѣтвями. Преимущества этого разрѣза установлены уже давно и, между прочимъ, дов. точно формулированы на 12-мъ Сѣздѣ французскихъ хирурговъ-андрологовъ *Guyon* омъ и *Albarran* омъ. Черезъ этотъ разрѣзъ обнажается вся внутренность почки. Недостатокъ его — необходимость идти черезъ почечную паренхиму.

Благодаря экспериментальнымъ работамъ *Tuffier*, *Barth's*, *Paoli*, *Mathei*, *Hermann's* и др., а также *Kister's*, *Greifenhagen's*, *Israël's* и др., изслѣдовавшихъ микроскопически почки людей, у которыхъ ранѣе была произведена нефротомія, стало извѣстно, что разрѣзъ почки заживаетъ рубцомъ, а въ случаѣ пораженія значительной конечной артеріальной вѣточки получается инфарктъ, омертвѣніе ткани съ послѣдующей заміной ее также рубцомъ. Эта заміна части паренхимы органа единительной тканью (рубцомъ) говоритъ, конечно, о частичной гибели органа. Отъ этого невольно должно сжматься сердце хирурга; идеаль нашихъ мѣропріятій долженъ заключаться въ томъ, чтобы излѣчивать, не вредя. Оперируя на паренхиматозномъ органѣ, мы наносимъ ему вредъ не только ножомъ, но и тѣмъ матеріаломъ, который употребляемъ для сшиванія раны. Къ сожалѣнію, авторы слишкомъ мало удѣляютъ вниманія, а въ большинствѣ случаевъ обходятъ даже молчаніемъ матеріалъ, употребляемый при зашиваніи ранъ почки. Большинство хирурговъ шьютъ катгуттомъ. Швы накладываются или одного только типа, идущіе черезъ весь корковый слой и большую  $\frac{1}{2}$  мозгового, или-же 2-хъ типовъ—одни глубокіе, какъ первые, а другіе между ними болѣе поверхностные, не проникающіе или слегка лишь проникающіе далѣе коркового слоя почки. Нѣкоторые накладываютъ нѣчто въ родѣ 3-этажнаго шва; вышеописанные глубокіе и поверхностные швы и отдѣльно зашиваютъ еще почечную сумку. Наконецъ *Kelly* предложилъ отдѣльно сшивать еще и чашечки, не захватывая лишь въ шовъ слизистой оболочки. Какой-бы шовъ ни накладывать, ясно, что въ паренхиматозномъ органѣ остается больше или меньше, смотря по количеству отдѣльных швовъ, инородныхъ тѣлъ. Если употреблять катгуттъ, то онъ, правда, рассасывается; но, рассасываясь, все-же оставляетъ послѣ себя рубецъ. Дѣло обстоитъ еще хуже, если употреблять шелкъ.

Въ этомъ отношеніи я не могу забыть одного случая, видѣ- наго мной нѣсколько лѣтъ назадъ на вскрытіи мужчии, кото- рому года  $1\frac{1}{2}$  назадъ сдѣлана была нефротомія по поводу по-



чечно-каменной болѣзни и у котораго почечная рана была зашита шелкомъ. Почка имѣла видъ слегка дольчатой почки: дольки лежали и образовывались между 2-хъ швовъ; шелковинокъ нельзя было ни выдѣлать, ни даже видѣть простымъ глазомъ, но на мѣстахъ наложенія ихъ были ясно видны вставленные рубцы. Къ сожалѣнію, микроскопическаго изслѣдованія органа въ этомъ случаѣ сдѣлано не было, но и макроскопическое говорило за большую деформацию органа.

Нечего и говорить, конечно, что присоединеніе зараженія значительно ухудшаетъ дѣло. Во всякомъ случаѣ, на мѣстѣ швовъ остаются рубцы, и происходитъ гибель паренхимы органа. Я убѣжденъ, что будущность въ дѣлѣ скрѣпленія ранъ паренхиматозныхъ органовъ не за швами, а за различнаго рода приборами.

## Къ вопросу о первичныхъ атрофіяхъ печени.

С. П. Шуенинова.

Лекція, читанная на званіе доцента Клиническаго Института в. кн. Елены Павловны 17/хп 1903 г.

(Окончаніе. См. № 40, стр. 1235).

Сопоставляя данныя гистологическаго изслѣдованія, можно видѣть, что образованіе красныхъ атрофическихъ мѣстъ является результатомъ атрофіи и дегенерации печеночныхъ клѣтокъ, начинающихся съ центра долекъ, и воспалительной инфильтраціи по периферіи долекъ. Атрофическіе процессы выражаются, съ одной стороны, отдѣленіемъ печеночныхъ клѣтокъ съ послѣдующей прямой атрофіей или послѣ предварительнаго разлитого ихъ пропитыванія желчнымъ пигментомъ, сопровождающагося пикнозомъ ядра или его каріолизомъ, далѣе атрофическими и дегенеративными измѣненіями перекаливъ съ послѣдующимъ расширеніемъ капилляровъ, наконецъ, образованіемъ клѣточекъ-великановъ съ послѣдующей жировой или пигментной дегенерацией протоплазмы при сохраненіи, рѣже съ потерей, окраски ядеръ. Въ то время, какъ атрофія отдѣлившись клѣтокъ вела къ образованію атрофическихъ, относительно бѣдныхъ сосудами, пространствъ, въ петляхъ стромы которыхъ появлялись вышеописанныя клѣтки, на мѣстѣ истонченныхъ и атрофированныхъ перекаливъ появлялись многочисленные пространства, заполненные кровью, рѣже петлистая соединительная ткань съ атрофирующимися и дегенерирующимися печеночными клѣтками. Периферическая инфильтрація граничила съ мало измѣненными печеночными клѣтками, которыя переходили въ клѣточные ходы краснаго вещества. Атрофическія части центра и периферія въ дальнѣйшемъ теченіи сливались, отрѣзая различной формы и величины островки печеночной паренхимы, иногда снабженные центральными венами, а иногда лишенные послѣднихъ. Если островки эти граничили съ печеночными венами, то казались какъ-бы осумкованными. Жировая инфильтрація въ этой формѣ играла ничтожную роль, нѣсколько большую—омертвѣніе, но и послѣднее не имѣло того массоваго распространенія, каковы оно обычно бываетъ въ формахъ генуинной атрофіи. Распространеніе его было случайнымъ и, можетъ быть, не столько зависѣло отъ самостоятельнаго процесса въ печени, сколько отъ присоединившагося фибринознаго воспаления легкихъ. Получившіяся въ результатъ атрофическія области, вмѣсто обычной картины для острой желтой атрофіи печени, характеризующейся бѣловымъ и жировымъ безъядернымъ распадомъ клѣтокъ, или въ поздней стадіи—расширенными кровеносными капиллярами, являлись въ формѣ ткани сложнаго строенія. Въ своемъ случаѣ я могъ прослѣдить шагъ за шагомъ ея возникновеніе, и для меня нѣтъ никакого сомнѣнія, что это красное вещество образовалось безъ всякаго посредства желтаго и такимъ образомъ заслуживало названіе первичной красной атрофіи. Особенность моего случая—масса клѣточекъ-великановъ (какъ ни въ одномъ изъ описанныхъ ранѣе), которыя, очевидно, также играли роль въ данной формѣ атрофіи, являясь въ наибольшемъ количествѣ тамъ, гдѣ процессъ атрофіи шелъ напряженнѣе; претерпѣвая то или иное перерожденіе, онѣ распавшись, образовали и сгустки, очевидно,

проявленіемъ хроническаго теченія процесса; въ острыхъ случаяхъ онѣ, хотя и наблюдаются, но не въ столь большомъ числѣ и максимумъ съ 5—6 ядрами; между тѣмъ при этой формѣ ихъ отмѣчаютъ почти всѣ авторы, начиная съ *Waldeyer'a* <sup>2)</sup>, впервые описавшаго эту форму. Такъ, онѣ въ периферіи желтыхъ узловъ нашли клѣтки, значительно увеличенныя, съ буроватожелтымъ пигментомъ и неясными границами. *van Haren Noman* <sup>3)</sup> описываетъ протоплазматическія скопленія съ неясными границами и многими ядрами, которыя онѣ принимаетъ за слившіяся печеночныя клѣтки. *Левитскій* и *Бродовскій* <sup>35)</sup> находили въ периферіи долекъ особенно рѣзко набухшія, до 10—40  $\mu$ , клѣтки, протоплазма которыхъ содержала много темнокзеленаго, зернистаго желчнаго пигмента, а иногда, хотя и рѣдко, кристаллы билирубина. Число ядеръ доходило до 6—8 и болѣе. Тщательное изслѣдованіе обнаружило, что это было скопленіе тѣсно лежавшихъ клѣтокъ. Тоже самое находимъ у *Klebs'a* <sup>18)</sup>. Далѣе, *Steinhaus* <sup>8)</sup> говоритъ, что рядомъ съ одно-двурядными клѣтками замѣчались, особенно въ периферіи узловъ, протоплазматическія массы съ характеромъ протоплазмы печеночныхъ клѣтокъ и съ многочисленными ядрами. Золотистожелтый пигментъ въ нихъ былъ всегда. Равнымъ образомъ по периферіи узловъ лежали другія протоплазматическія массы, которыя были или совершенно безъ ядеръ или со слѣдами ихъ. Тоже самое можно найти у *Wechselbaum'a* <sup>36)</sup>, *Buianina* <sup>4)</sup>. Образованіе клѣточекъ-великановъ описываетъ и *Heile* <sup>37)</sup>, говоря объ атрофическихъ печеночныхъ клѣткахъ, образующихъ гигантскія клѣтки съ 5—6 ядрами, въ которыхъ такъ много бурога пигмента, что онѣ производятъ впечатлѣніе гибнущихъ формъ. Описаніе клѣточекъ-великановъ, подобныхъ указываемымъ мною, имѣется у *Binder'a* <sup>38)</sup>; клѣтки эти, очевидно, также сопровождали атрофическій процессъ; по виду онѣ были настолько своеобразны и ихъ было такъ много, что *Binder* долженъ былъ доказывать, что онѣ—печеночныя клѣтки. Протоплазма ихъ была подобно протоплазмѣ печеночныхъ клѣтокъ; ядра соответствовали по величинѣ нормальнымъ ядрамъ послѣднихъ. Образованіе ихъ, по *Binder'u*, есть результатъ сліянія многихъ клѣтокъ; можетъ быть, говоритъ онъ далѣе, иногда онѣ образуются и изъ одной клѣтки. Онъ видитъ въ нихъ результатъ дѣйствія сифилитическаго яда въ связи съ регрессивными измѣненіями.

Въ прошломъ году появилась другая работа о клѣточкахъ-великанахъ при врожденномъ сифилисѣ *Rudolf'a Oppenheimer'a* <sup>39)</sup>, въ которой авторъ, описывая совершенно тѣже формы клѣтокъ, говоритъ, что онѣ нашли ихъ также въ одномъ случаѣ подострой атрофіи печени. *Oppenheimer* повидимому, склоненъ видѣть въ нихъ замѣняющую гипертрофію гибнущей паренхимы печени. Мнѣ кажется болѣе правдоподобнымъ смотрѣть на нихъ, какъ на результатъ атрофическихъ процессовъ подобно, напр., клѣткамъ-великанамъ при атрофіи мышцъ.

Едва ли при этой формѣ атрофіи можно думать о возстановленіи паренхимы печени со стороны желчныхъ протоковъ. Этому мѣшаетъ, по моему мнѣнію, рано появляющаяся между междольковыми желчными ходами и центральными частями долекъ воспалительная инфильтрація, а, съ другой стороны, и то, что соединительнотканная строма центральныхъ частей заполняется атрофированными и дегенерирующимися клѣтками или кровью, а не зернистымъ или жировымъ распадомъ. Надо думать, и у меня есть такіе препараты, что это возстановленіе печеночной паренхимы путемъ превращенія эпителия желчныхъ протоковъ въ печеночныя клѣтки и востановленія его между омертвѣвшими клѣтками возможны лишь при массовомъ омертвѣніи и распадѣ печеночныхъ клѣтокъ, когда нѣтъ препятствія для такого востановленія, т. е. въ началѣ атрофическаго процесса, какъ это, дѣйствительно, и признается авторами. Не отрицая вообще возможности произростанія печеночныхъ клѣтокъ изъ эпителия желчныхъ протоковъ, о чемъ писали *Marchand*, *Ströbe*, *Mac-Callum*, *Eppimstein* и др. и что доказано экспериментально, я въ своемъ случаѣ ея не наблюдалъ. Правда, я видѣлъ несомнѣнные переходы клѣточныхъ ходовъ или т. наз. новообразованныхъ желчныхъ ходовъ въ воспаленныя клѣтки въ острыхъ массахъ,

но, если можно считать небольшие островки, состоящие изъ нѣсколькихъ долекъ печеночной паренхимы, происшедшими вследствие метаплазии и пролифераціи эпителия желчныхъ протоковъ, какъ это было у только-что упомянутыхъ авторовъ, то признать всю массу печени въ моемъ случаѣ за новообразованную едва-ли возможно. Мнѣ кажется поэтому болѣе вѣроятнымъ предположить обратное, т. е. происхождение массы клѣточныхъ ходовъ краснаго вещества изъ оставшихся печеночныхъ клѣтокъ, получившихъ рядовое расположение. Подобные взгляды уже высказывались въ литературѣ. Такъ, *Aufrecht*<sup>40)</sup> въ свой работѣ объ атрофіи и циррозѣ печени говоритъ не о новообразованныхъ желчныхъ ходахъ, а о превращенныхъ въ нихъ путемъ обратнаго развитія печеночныхъ балкахъ. Далѣе, *Schmieden*<sup>41)</sup> заявляетъ, что на т. наз. новообразованные междольковые желчные протоки едва-ли можно смотрѣть иначе, какъ лишь на остатки погибшей паренхимы. *Barbaci*<sup>42)</sup>, хотя и признаетъ ихъ происхождение изъ печеночной паренхимы, но считаетъ ихъ за новообразованные на основаніи слишкомъ большого ихъ количества. По моему мнѣнію, это большое количество есть явленіе кажущееся, какъ справедливо замѣчаютъ *Hlava*<sup>42)</sup>, *Winiwarter*<sup>43)</sup>, *Баймаковъ*<sup>42)</sup>, зависящее отъ коллапса ткани. За происхождение ихъ изъ печеночныхъ балокъ говоритъ также ихъ короткость, направленіе, отношеніе другъ къ другу, напоминающее длину, ходъ и направленіе перекладинъ, и, наконецъ, то обстоятельство, что иногда приходится встрѣчать среди клѣтокъ хода несомнѣнно печеночныя. Возможно, что эти ходы выражаютъ собою попытку сохранить правильныи оттокъ желчи, все болѣе и болѣе отходящей отъ междольковыхъ желчныхъ протоковъ атрофирующейся дольки. Такимъ образомъ это есть не процессъ возрожденія, а процессъ исправленія (*Reparationsprocess*).

Въ доступной мнѣ литературѣ я нашелъ лишь одинъ случай, подобный моему. Это—случай *Krets*'а<sup>44)</sup>, 1-й изъ предъявленныхъ имъ на Съѣздѣ нѣмецкихъ патолого-анатомовъ въ *Düsseldorf*'ѣ.

Случай его относился къ 16-лѣтнему учеру, поступившему съ явленіями геморрагическаго нефрита и чирьеватости на 5-й день болѣзни. Бактериологическое изслѣдованіе обнаружило въ мочѣ, крови и гноѣ изъ чирьевъ золотистаго стафилококка. На 5-й день пребыванія въ больницѣ наступила смерть при явленіяхъ отека легкихъ. На вскрытіи, кромѣ геморрагическаго нефрита, чирьеватости, начальнаго плеурита, найдены въ печени слѣдующія измѣненія. Вѣсъ органа 2180 грм. Форма—приблизительно нормальная. На гладкой поверхности выступали въ правой доль обширныя, въ лѣвой небольшія, свѣтложелтобурыя мѣста, нѣсколько выступающія надъ остальной, болѣе буровато-красной, мускатоподобной паренхимой. На разрѣзѣ обѣ ткани различались также рѣзко: красная плотноватая, гладкая съ поверхности паренхима была безъ рисунка, свѣтлобурожелтая—съ неявнымъ, крупнодольковымъ рисункомъ. На нижней поверхности сумка давала сѣтевидный, бѣлый рисунокъ. Селезенка 760, 0. Микроскопическое изслѣдованіе буроватожелтыхъ мѣстъ обнаружило мало измѣненную ткань печени. Большія дольки были правильнаго строенія. Междольковая ткань нѣжная, только мѣстами, въ окружности большихъ сосудовъ, съ мелкоклѣточной инфильтраціей. Последняя, какъ и набуханіе печеночной паренхимы, переходившая въ центральныхъ частяхъ непосредственно въ омертвѣніе, по мнѣнію автора, зависѣла отъ заразнаго процесса. Въ красной ткани—полное отсутствіе печеночной паренхимы: она образована изъ рыхлой, съ умѣреннымъ развитіемъ сосудовъ стромы, видимыхъ центральныхъ венъ которой, равно какъ расположеніе пролифериовавшихся желчныхъ ходовъ и ихъ отпрысковъ убѣждаютъ въ происхожденіи ея отъ ацинозной ткани. Рисунокъ этой ткани до малѣйшихъ подробностей напоминаетъ картину, описанную не разъ при возстановительныхъ процессахъ. Въ этой ткани новообразованная печеночная клѣтка имѣются лишь въ скудномъ количествѣ или въ формѣ небольшихъ балокъ, или на границѣ съ сохранявшейся паренхимой. Граница съ последней рѣзкая, болѣею частью сопровождается мелкоклѣточной инфильтраціей. Мѣстами въ красную ткань вьстоятъ бухтообразныя, увеличенныя, сохранившіяся дольки.

Подводя итогъ полученнымъ даннымъ, *Krets* говоритъ, что здѣсь дѣло идетъ о печени мало измѣненной по формѣ, нѣсколько увеличенной, въ которой, главнымъ образомъ по передней поверхности, имѣлся широкий и неравнобѣльный поясъ изъ красной ткани, представлявшій, судя по микроскопическимъ измѣненіямъ, остатокъ погибшей ткани. Главная масса органа была приблизительно нормальнаго строенія; вслѣдствіе увеличенія ея долекъ и вы-

ступанія ихъ на поверхности она, очевидно, должна быть разсматриваема, какъ гипертрофическая. Значеніе этихъ данныхъ, по *Krets*'у, очень простое: протекающая безъ какихъ-либо проявленій дегенеративная атрофія значительной полосы печеночной ткани съ послѣдовательнымъ разрушеніемъ секреторной паренхимы, съ одной стороны, съ другой—замѣняющая гипертрофія въ умѣренной степени оставшейся, мало или вовсе не измѣненной паренхимы. Незначительная наклонность къ регенераціи клѣтокъ въ остаткахъ значительно измѣненной части теоретически объясняется отсутствіемъ функциональнаго возбужденія вслѣдствіе значительнаго количества функционирующей паренхимы. Случай *Krets*'а сообщенъ въ формѣ реферата, и авторъ не выясняетъ, имѣетъ-ли данное заболѣваніе связь съ другими формами первичныхъ атрофій. Я думаю, что, если-бы въ моемъ случаѣ больной не умеръ отъ фибринозной пневмоніи, а въ случаѣ *Krets*'а—отъ гниогнеокровія и геморрагическаго нефрита, то процессъ атрофіи, развиваясь далѣе, захватывалъ-бы все большіе и большіе участки печеночной паренхимы; въ тоже время перерожденныя и атрофическія клѣтки мало по малу исчезали-бы изъ петель соединительно-тканной стромы краснаго вещества, въ силу чего тонкія соединительно-тканныя волокна, сближаясь образовывали-бы все болѣе и болѣе толстые пучки, обуславливая уменьшеніе печени. Словомъ, получилась-бы та форма атрофической печени, характеристика которой я уже далъ выше и которая въ дальнѣйшемъ теченіи могла дать форму, не отличимую отъ атрофическаго цирроза печени.

2 ой мой случай представляетъ болѣе позднюю стадію той же хронической атрофіи.

Онъ относится къ женщинѣ, 46 л., поступившей на 8-ой день болѣзни (3/хІ 1905 г.) въ больницу Обуховскаго статистическаго завода и на 7-й день умершей. Вскрытіе было произведено старшимъ врачомъ заводской больницы *О. Э. Гагенъ-Торномъ*, любезно предоставившимъ въ мое распоряженіе патологоанатомическій препаратъ, исторію болѣзни и протоколъ вскрытія, за что я и выражаю ему здѣсь свою признательность.

Теченіе болѣзни представляло дов. типичную картину острой желтой атрофіи печени. На ней, какъ и на протоколѣ вскрытія, я останавливаться не буду; опишу лишь печень. Печень была рѣзко уменьшена (боковой размѣръ 16, правой доли 11, лѣвой 5, переднезадній правой доли 14, лѣвой 12 см., высота 8,5 см.). Сумка утолщена, морщиниста, на мѣстахъ выстоянія ниже описываемыхъ желтыхъ узловъ гладкая. На верхней и нижней поверхности выступаютъ желтаго цвѣта узлы, различной формы, отъ просяного зерна до грецкаго орѣха величиной. Въ правой доль узлы эти группируются главнымъ образомъ въ наружно-заднихъ  $\frac{2}{3}$  ея, въ лѣвой—въ задней  $\frac{1}{4}$ ; на нижней поверхности справа болѣе кзади и снутри, слева—около *Spiegel*'овой доли. Узлы раздѣлены сѣро-красными, западающими, различной ширины полосками, переходящими иногда въ обширныя западающія пространства. На разрѣзѣ они вьстоятъ, представляются валими, рыхлыми, какъ бы съ древеснымъ рисункомъ. Они всюду рѣзко ограничены; отъ крупныхъ вѣтвей сосудовъ отдѣлены небольшими сѣро-красными полосками; около мелкихъ, една замѣтныхъ, попеременно и косоперерѣзанныхъ вѣтвей ихъ также болѣею частью нѣтъ на нѣкоторомъ протяженіи. Располагаясь такимъ образомъ между крупными сосудами и идя по ходу ихъ, они опредѣляютъ тѣмъ свою форму. При болѣе подробномъ осмтрѣ узловъ въ нихъ оказываются мелкія полоски сѣраго цвѣта при узкой лентѣ желтаго, перпендикулярно расположенныя, при широкихъ округлыхъ узлахъ распределяющіяся крайне разнообразно, придавая имъ своеобразный рисунокъ мелкой дольчатости. Сѣро-красныя западающія мѣста—валии, давленію оказываютъ легкое сопротивленіе, подобны атрофированной мякоти селезенки. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружало въ органѣ въ общемъ вышеописанное строеніе.

Отличіе этого случая отъ случая 1 состоитъ, во 1-хъ, въ томъ, что въ мѣстахъ, гдѣ нѣтъ сосудистыхъ пространствъ, соединительная ткань уже не образуетъ нѣжной, петлистой сѣти съ многочисленными разнообразными клѣтками въ петляхъ, а болѣе плотна и бѣдѣе адрами. Что касается многочисленныхъ клѣточныхъ ходовъ, т. наз. новообразованныхъ желчныхъ канальцевъ, то они здѣсь болѣе коротки, болѣе узки (какъ-бы сдавлены), образующія ихъ клѣтки болѣе мелкія, самыя ходы представляютъ здѣсь уже не подобіе канальца, а какъ-бы мелкіхъ печеночныхъ клѣтокъ, расположенныхъ здѣсь и тамъ въ лимфатическіхъ пространствахъ соединительной ткани. Желтые узлы мѣстами состоятъ изъ тициныхъ долекъ съ центральной веной и лучистымъ расположеніемъ перекладинъ, мѣстами же

отношенія эти спутаны, при чемъ большею частью здѣсь же наблюдается и отдѣленіе клѣтокъ.

Клѣтки или нормальной величины, или уменьшены, съ обычнымъ, рѣдко увеличеннымъ ядромъ, но въ общемъ склонны къ омертвѣнію, распределеніе котораго, однако, неопредѣленно: имъ поражается то центръ, то периферія.

Кромѣ этихъ 2-хъ случаевъ, я изслѣдовалъ еще 7 случаевъ острой желтой атрофіи, изъ которыхъ 5 относились къ первичнымъ. Ни въ одномъ изъ нихъ я не нашелъ ничего подобнаго, что найдено было мною въ случаѣ 1. Такимъ образомъ на основаніи своего изслѣдованія я считаю возможнымъ установить особую форму первичной хронической атрофіи печени дегенеративнаго типа, которая клинически въ конечныхъ своихъ стадіяхъ можетъ протекать и какъ острая желтая атрофія, иногда же какъ атрофическій циррозъ.

Въ началѣ работы я уже приводилъ различные взгляды авторовъ на разбираемую форму атрофіи. Теперь я хотѣлъ бы остановиться на мнѣніи Marchand'a. Въ 1-ой своей статьѣ, которую онъ озаглавилъ: «Ueber Ausgang der acuten Leberatrophie in multiple knotige Hyperplasie», онъ говоритъ, что нѣтъ никакого сомнѣнія, что данная форма является исходомъ острой желтой атрофіи. Черезъ 8 лѣтъ онъ<sup>18)</sup> сообщалъ на Съѣздѣ нѣмецкихъ патолого-анатомовъ другой подобный же случай, но здѣсь уже говоритъ, что въ подобныхъ случаяхъ нужно признать возникшую вслѣдствіе зараженія или отравленія, хронически протекающую дегенерацию печени съ послѣдующей замѣняющей гиперплазіей.

**Литература.** 1. *Zenker*. Zur pathologischen Anatomie der acuten gelben Leberatrophie. «Deutsches Archiv f. klin. Medicin», 1872 г., т. X, стр. 166.—2. *Waldeyer*. Bakteriencolonien mit Pseudomelanose in der Leber (acute Atrophie) «Virchow's Archiv», 1868 г., т. 43, стр. 533.—3. *van Haren-Noman*. Ein Fall von acuter Leberatrophie. Тамъ же, 1883 г., т. 91, стр. 334.—4. *Вилантъ, Скорцовъ*. Случай острой желтой атрофіи печени. «Медицинскій сборникъ Варшавскаго Уздовскаго госпиталя», 1888 г.—5. *Schuchhardt*. Ein seltener Fall von Leberatrophie. «Münchener medicin. Wochenschrift», 1889 г., стр. 756.—6. *Marchand*. Ueber Ausgang der acuten Leberatrophie in multiple knotige Hyperplasie. «Ziegler's Beiträge», 1895 г., т. XVII, стр. 206.—7. *Barbacci*. Ueber Ausgang der acuten Leberatrophie in multiple knotige Hyperplasie. Тамъ же, 1901 г., т. XXX, стр. 49.—8. *Steinhaus*. Ueber Ausgang der acuten Leberatrophie in multiple knotige Hyperplasie. «Prager medic. Wochenschrift», 1903 г., стр. 923.—9. *Schöppler, Hermann*. Ueber Leberregeneration und Adenombildung bei acuter Atrophie. «Virchow's Archiv», 1906 г., т. 185, стр. 403.—10. *Obrzut*. Chronische gelbe Leberatrophie oder acute Cirrhose «Schmidt's Jahrbücher», 1887 г., т. 215, стр. 133.—11. *Weber, F. Parkes*. A peculiar form of hepatic cirrhosis of the liver. «Transactions of path. society, of London», вып. 51, стр. 233. Прав. по *Kretz*'у.—12. *Jores, L.* Ueber eine seltene Form der Lebercirrhose. «Deutsche medic. Wochenschrift», 1901 г., стр. 781.—13. *Kahlden*. Ueber acute gelbe Leberatrophie und Lebercirrhose. «Münchener med. Wochenschrift», 1897 г., стр. 1096.—14. *Reimann H.* Cirrhosis hepatis im Gefolge von chronischer Autointoxication. «Jahrbuch der Wien. k. k. Krankheitsanstalt», VI/II, стр. 266.—Прав. по *Kretz*'у.—15. *Kretz*. Pathologie der Leber. Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie, т. VIII, ч. II, 1902 г., стр. 489.—16. Превія по поводу предьявленія препарата печени съ т. наз. knotige Hyperplasie. *Marchand*. «Verhandlungen der deutschen pathol. Gesellschaft», V, 1902 г., стр. 86—91.—17. *Eppinger*. Gelbe acute Leberatrophie. «Prager Vierteljahrsschrift», 1875 г., т. 125, стр. 29.—18. *Klebs*. Allgemeine Pathologie, 1889 г., т. II, стр. 364.—19. *Meder*. Ueber acute Leberatrophie mit besonderer Berücksichtigung der dabei beobachteten Regenerationerscheinungen. «Ziegler's Beiträge», 1895 г., т. XVII, стр. 143.—20. *Strobe*. Zur Kenntniss der sogenannten acuten Leberatrophie, ihre Histogenese und Aetiologie mit besonderer Berücksichtigung der Spätstadien. Тамъ же 1897 г., т. XXI, стр. 381.—21. *Soetbeer*. Ueber einen Fall von akuter Degeneration des Leberparenchyms «Archiv f. experiment. Pathologie und Pharmacologie», 1903 г., т. 50, стр. 293.—22. *Anschütz*. Phosphorvergiftung oder acute gelbe Leberatrophie. «Arbeiten auf dem Gebiete der patholog. Anatomie», Tübingen, 1899 г., т. III, стр. 230.—23. *Aly-Bey-Ibrahim*. Zur Kenntniss der acuten gelben Leberatrophie insbesondere der dabei beobachteten Regenerationvorgänge. «Münchener medicin. Wochenschrift», 1901 г., стр. 780.—24. *Pallaut*. Ueber Veränderungen der Leber bei Phosphorvergiftung und genuiner Atrophie. «Verhandlungen der deutschen patholog. Gesellschaft» 1903 г., т. V, стр. 91.—25. *Albrecht*. Neue Beiträge zur Pathologie der Zelle. Тамъ же, 1903 г., т. V, стр. 7.—26. *Liefmann*. Zur Kenntniss der Frühstadien der akuten gelben Leberatrophie. «Centralblatt f. allg. Pathologie und patholog. Anatomie», 1905 г., т. XVI, стр. 465.—27. *Ries*. Phosphorvergiftung und Leberatrophie. «Berliner klin. Wochenschrift», № въ честь *Ewald*'а, 1905 г., № 44 а.—28. *Förster*. Handbuch der speciellen pathologischen Anatomie, 1863 г.,

II вып., стр. 178.—29. *Брунштейнъ*. 2 случая затяжной желтой атрофіи печени. «Врачъ», 1899 г., №№ 11 и 12.—30. *Hecker*. Beiträge zur Histologie und Pathologie der congenitalen Syphilis. «Deutsches Archiv f. klin. Medicin» 1893 г., т. 61, стр. 1.—31. *Erdmann*. Beiträge zur Kenntniss der congenitalen Syphilis der Leber. Тамъ же, 1903 г., т. 74, стр. 473.—32. *Буймаковъ*. Къ патогенезу острой желтой атрофіи печени «Русскій архивъ патологій», 1900 г., т. X, стр. 149.—33. *Loder*. Lues congenita der Leber, Lungen und Nieren J. D. Würzburg, 1897 г. Прав. по *Erdmann*'у.—34. *Ascanazy*. Ueber extrauterine Bildung von Blutzellen in der Leber. «Verhandlungen d. deutschen patholog. Gesellschaft», 1904 г., т. VII, стр. 58.—35. *Левинскій и Бродовскій*. Ein Fall von sogenannter acut-r gelber Leberatrophie. «Virchow's Archiv», 1877 г., т. 70, стр. 421.—36. *Wechselbaum*. Очеркъ патологической гистологии. Перев. *Кривола*. 1894 г., стр. 364.—37. *Heile*. Ueber einen traumatischen anämischen Leberinfarkt mit ausgedehnten Regenerationerscheinungen. «Ziegler's Beiträge», 1900 г., т. 28, стр. 443.—38. *Binder*. Ueber Riesenzellenbildung bei kongenitaler Lues der Leber. «Virchow's Archiv», 1904 г., т. 177, стр. 41.—39. *Oppenheimer*. Riesenzellen bei angeborener Syphilis. Тамъ же, 1905 г., т. 182, стр. 239.—40. *Aufrecht*. Leberatrophie und Lebercirrhose. Realencyklopädie der gesammten Heilkunde. 3 изд.—42. *Schmieden*. Ueber Cirrhose und multiple Adenombildung in der Leber. «Virchow's Archiv», 1900 г., т. 159, стр. 304.—42. *Нлава*. Ein Fall von chronischer gelber Leberatrophie. «Prager medic. Wochenschrift», 1882 г., стр. 431.—43. *Winwarter*. Zur pathologischen Anatomie der Leber. «Stricker's medic. Jahrbücher», 1872 г., стр. 256.—44. *Kretz*. Ueber Regenerationsprocesse des Lebergewebes nach Degenerationsprocessen. «Verhandlungen d. deutsch. patholog. Gesellschaft», 1898 г., стр. 131.

CLXI. Изъ факультетской терапевтической клиники проф. С. В. Левашева въ Одесскомъ Университетѣ.

## О лѣченіи бѣлокровія х-лучами.

Д. И. Ускова и П. Х. Калачева.

Съ открытіемъ цѣлебныхъ свойствъ *Röntgen*-овскихъ лучей область ихъ примѣненія съ каждымъ днемъ все болѣе и болѣе расширяется. Въ послѣднее время особое значеніе лучи эти приобрѣли при лѣченіи бѣлокровія. Съ тѣхъ поръ, какъ американскій хирургъ *Senn* сообщилъ объ успѣшномъ примѣненіи этого способа лѣченія въ случаѣ костномозгового бѣлокровія, не прошло и 3-хъ лѣтъ, какъ въ литературѣ накопилось большое число наблюденій надъ лѣченіемъ бѣлокровія х-лучами. Уже многіе авторы, какъ-то: *Ledingam* и *Mc. Kerrow*<sup>1)</sup>, *Wendel*<sup>2)</sup>, *de la Camp*<sup>3)</sup>, *Hirschfeld*<sup>4)</sup>, *Winkelmann*<sup>5)</sup>, *Müller* и *Respinger*<sup>6)</sup>, *Lepine*<sup>7)</sup>, *Pensold* и *Andere*, *Schirmer*<sup>8)</sup>, *Beaujard*<sup>9)</sup>, *Зыковъ*<sup>10)</sup>, *Ивановскій*<sup>11)</sup> и др. посвятили разборъ этихъ случаевъ критическіе статьи. Въ однихъ случаяхъ наблюдались отрицательные результаты, въ другихъ получилось болѣе или менѣе значительное улучшеніе и ослабленіе болѣзненнаго состоянія. Поэтому, когда въ теченіи прошлой зимы въ клинику обратились за помощью 2-ое больныхъ, страдавшихъ бѣлокровіемъ и обреченныхъ, согласно прежнимъ взглядамъ, на неизбѣжныя постоянныя страданія и смерть, мы обратились къ новому, столь восхваляемому многими, способу лѣченія и примѣнили его съ большою осторожностью у нашихъ больныхъ.

1-ый больной Б., 34 л., поступилъ въ клинику 18/п 1906 г. съ опухолью шейныхъ, подмышковыхъ и паховыхъ железъ, съ увеличенной селезенкой, отеками ногъ и съ жалобами на общую слабость, потливость, боли въ поясницѣ и на вздутіе живота. Родился больной въ Ольгопольскомъ уѣздѣ, Подольской губ., по занятію—управляющій винной торговлей, происходитъ изъ здоровой семьи. Въ дѣтствѣ былъ совершенно здоровъ. 6½ лѣтъ назадъ перенесъ 3 раза брюшную тифъ; послѣ тифа болѣлъ бронхитомъ 20 дней. Съ тѣхъ поръ чувствуетъ себя слабымъ до настоящаго времени. Венерическихъ заболеванийъ не было. Половая слабость 6½ лѣтъ. Жизнь ведетъ правильную; не куритъ; вино пьетъ въ небольшомъ количествѣ. Настоящее заболевание началось въ январѣ 1905 г.: больной сталъ замѣчать все увеличивавшееся опуханіе железъ въ правомъ паху; въ апрѣлѣ и маѣ начали увеличиваться железы шейныя и подмышковыя. Лѣчился мышьякомъ и солеными ваннами, принималъ йодиды (225,0); сначала было улучшеніе: железы уменьшились; но съ сентября дѣло снова ухудшилось: железы стали быстро увеличиваться и появились боль въ паховыхъ железахъ. Тогда больному были назначены вырскиванія какадиловаго натра, по 0,05. Въ октябрѣ появилось вздутіе живота, и врачемъ было установлено увеличеніе селезенки. Вырскиванія какадиловаго натра продолжались, но улучшенія не было: опухоли железъ и селезенка увеличивались. Въ концѣ октября появился отекъ ногъ. Въ ноябрѣ 1905 г.

больной прибыл в Одессу и лег в еврейскую больницу, где ему также продолжали делать те же инъекции, но состояние его здоровья все ухудшалось. Тогда, по совету врачей, он стал с 5/хп 1905 г. лечиться лучами *Röntgen'a*. Перед началом лечения у Б., вообще очень внимательно относившегося к своему здоровью и тщательно записывавшего результаты наблюдений врачей, было найдено 314000 бѣлыхъ тѣлецъ въ 1 к. мл. крови. Лечение х-лучами продолжалось с 5/хп по 27/хп, по 30 мин. ежедневно, при чемъ селезенка освѣщалась ежедневно въ теченіи 20, паховыя и подмышковыя железы въ теченіи 10 мин.; всего дѣйствію х-лучей железъ и селезенки подвергались 600 мин. По словамъ больного, послѣ 1-ой же недѣли сеансовъ произошло значительное улучшение въ состояніи его здоровья: железъ и селезенка уменьшились. 27/хп: Число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ 14000; железы значительно уменьшились; въ мѣстахъ освѣщенія—темно-бурая пигментация; самочувствіе вполне хорошее. Лечение было прекращено, и больной уѣхалъ домой. Черезъ 8 дней послѣ этого у него на лицѣ и половыхъ органахъ стали выпадать волосы, а въ области освѣщенія кожа сдѣлалась красной; черезъ нѣкоторое время здѣсь показались пузырьки, наполненные водянистой жидкостью; при этомъ больной ощущалъ боли въ сильно опухшемъ пунктѣ. Дней черезъ 12 опухли лицо и вѣки, послѣднія такъ сильно, что глаза совершенно закрылись, и больной въ теченіи 6 дней ничего не могъ видѣть. Въ концѣ 3-ей недѣли эти явленія стали проходить, железъ же начали снова увеличиваться; появились боли въ селезенкѣ и отекъ ногъ. Возобновленіе болѣзни заставило больного поѣхать в Одессу, гдѣ онъ 10/п во 2-ой разъ подвергся рентгенотерапіи. Всѣхъ сеансовъ было 8: продолжительность ихъ такая-же, какъ и при первомъ леченіи. Улучшенія, по мнѣнію больного, почти не было, и потому онъ 18/п поступилъ въ клинику.

Роста выше средняго; сложенія средняго; питаніи умѣреннаго; жировая подкладка кожи развита удовлетворительно. Вѣсъ тѣла 65 клгрм. Окраска кожи—блѣдная съ желтовато-сѣроватымъ оттѣнкомъ. Грудная кѣтка сложена правильно. Дых. 24. При осмотрѣ особое вниманіе привлекаютъ значительныя бугристыя припухлости въ областяхъ: околоушной, подчелюстной, по ходу грудино-ключично-сосковой мышцы, въ подмышковой и паховой; на мѣстахъ припухлостей и въ области селезенки кожа пигментирована. Животъ вздутъ. Пульсъ въ лучевой артеріи средняго наполненія и напряженія, одновременно на обѣихъ рукахъ. 84. Толчекъ сердца въ 4-мъ межреберьяхъ, въ области соска. Печень неболезненна; край ея выдается изъ-подъ реберной дуги по сосковой линіи на 5 см.; поверхность ея гладкая. Селезенка плотная; край ея закругленный и выдается изъ-подъ нижняго края реберъ на 10 см.; передній край доходитъ до средней линіи, а нижній проходитъ на 3 см. выше уровня пупка. Почки не прощупываются и неболезненны. Брыжеечныя железы тоже не прощупываются. На голенахъ при давленіи на голени получаютъ ямки. При ощупываніи припухлостей въ околоушныхъ областяхъ выясняется, что онѣ образованы пакетами железъ: железъ—мягкія; справа ихъ 2, каждая величиною въ голубиное яйцо; слѣва—3, каждая въ грецкій орѣхъ. Сзади по ходу грудино-ключично-сосковой мышцы прощупываются твердыя железы, справа—4, слѣва—3; всѣ онѣ величиною въ крупный лѣсной орѣхъ. Железы подчелюстныя: справа—3, верхняя (у угла нижней челюсти) въ грецкій орѣхъ, 2 нижнія, каждая въ лѣсной орѣхъ; слѣва—2, обѣ величиною въ лѣсной орѣхъ; всѣ железы на ощупь плотныя, подвижныя. Припухлость подмышковой области состоитъ изъ группы железъ: справа ихъ 3; 2 изъ нихъ величиною въ грецкій орѣхъ, 1 въ голубиное яйцо; всѣ плотныя; слѣва—2 железки болѣе мягкія; одна изъ нихъ въ голубиное яйцо, другая—въ лѣсной орѣхъ. Железки по ходу большой грудной мышцы правой стороны тверды, величиною въ лѣсной орѣхъ. Железы локтевыя: справа—2, величиною въ обыкновенный лѣсной орѣхъ, слѣва—также 2, въ грецкій орѣхъ. Въ паховыхъ областяхъ по 2 значительно увеличенныя железы, величиною каждая справа въ голубиное яйцо, слѣва въ грецкій орѣхъ. Всѣ железы подвижны и съ кожей не сдвинуты; въ правой паховой области онѣ болѣзненны. Нижнія границы легкіхъ подняты на 1 ребро и мало подвижны. Правая граница сердца—на правой грудной линіи, верхняя—на 3-мъ ребрѣ, лѣвая—на сосковой линіи. Верхній край селезенки на 7-мъ ребрѣ, нижній выступаетъ изъ-подъ подреберья на 10 см.; наибольшая длина селезенки 29 см., наибольшій поперечникъ 16 см. Въ легкихъ чистое везикулярное дыханіе. Тоны сердца чисты; усиленіе и раздвоеніе 2-го тона на легочной артеріи. Моча блѣдно-желтаго цвѣта, кислой реакціи, у. в. 1020; выделяется въ количествѣ 1200 к. стм. при 1500 к. стм. выпитаго за сутки; бѣлка и сахара въ ней нѣтъ; мочевины 26,793, хлоридовъ 12,5, мочевоыя кислоты 0,28.

Исслѣдованіе крови 19/п показало: уд. в. 1050 (по *Hammer-schlag'u*); гемоглобина 80% (по *Fleisch'l'u*). При счисленіи (по *Thoma-Zeiss'u*): 4.500.000 красныхъ кровяныхъ шариковъ и 40000 бѣлыхъ; отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1:112,5. Исслѣдованіе крови на сухихъ препаратахъ, фиксированныхъ сухимъ жаромъ при 120° Ц. въ теченіи 2-хъ часовъ и окрашенныхъ, по *Ehrlich'u* (*Triacidmischung*) и метиленовой синькой и эозиномъ, по *Хенцинскому*, дало слѣдующее: красныя кровяныя шарики окрашены слабо; среди нихъ очень рѣдко попадаются нормобласты; между формами бѣлыхъ тѣлецъ преобладаютъ мелкіе лимфоциты съ ярко окрашивающимся ядромъ, окруженнымъ узкой каймой блѣдно-окрашенной протоплазмы; кромѣ того, встрѣчаются большія одноядерныя формы (большіе лимфоциты *Ehrlich'a*),

эозинофилы и нейтрофилы многоядерныя и въ весьма незначительномъ числѣ мѣлоциты и тучныя кѣтки (*Mastzellen*)\*).

Такимъ образомъ въ этомъ случаѣ мы имѣли дѣло съ клинической формой хроническаго лимфоцитарнаго лейкопроліа.

Теченіе болѣзни. До 23/п больной получалъ ежедневно: 400 мяса, 400 хлѣба, 2 яйца, 4 стакана молока и грибы въ вѣсѣ на 0,4 клгрм. (65,4 клгрм.). Суточное количество выделяемой мочи за это время колебалось отъ 1000 до 1200 к. стм., уд. в. между 1020—1032; количество ежедневно выпиваемой жидкости было около 1500 к. стм. Величина селезенки не измѣнилась.

Исслѣдованіе крови 23/п показало: гемоглобина 80% (по *Fleisch'l'u*); красныхъ кровяныхъ шариковъ 4.960.000, бѣлыхъ 40000; отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ=1:124.

23/п былъ подвергнутъ дѣйствию лучей *Röntgen'a*\*\*).

23/п—26/п: Вѣсъ—65,3 клгрм. Постоянная потливость и боли въ позвоночномъ столбѣ.

27/п—2/ш: Безпокойствъ потливость. Селезенка: наибольшая длина 28, наибольшій поперечникъ 16 см.

3/ш—5/ш: Сильная потливость и боли въ ногахъ. Вѣсъ 65 клгрм. Селезенка: наибольшая длина 25, наибольшій поперечникъ 13 см.

6/ш—10/ш: Боли въ поясницѣ и потливость; 9/ш—боли меньше, ночью не потѣлъ. Величина селезенки не измѣнилась.

11/ш—19/ш: Снова боли въ поясницѣ и потливость по ночамъ. Наибольшая длина селезенки 24, наибольшій поперечникъ 12 см.

20/ш—22/ш: Потливость также. Железы шейныя, подчелюстныя, паховыя мягче, но величина ихъ такая-же, какъ и при поступленіи. Селезенка: наибольшая длина 24, наибольшій поперечникъ 11,5 см.

22/ш на время пасхальныхъ каникулъ больной выпиcался. Всего съ 23/п по 22/ш подвергся дѣйствию х-лучей въ теченіи 676 мин. Послѣ 25-дневнаго перерыва въ леченіи снова поступилъ въ клинику.

17/iv: Вѣсъ 67 клгрм. Железы шейныя не увеличились, но на ощупь болѣе тверды; подчелюстныя: справа 2 верхнія (отъ угла нижней челюсти) слились и образовали опухоль, величиною въ голубиное яйцо; нижняя величиною въ крупный лѣсной орѣхъ; слѣва обѣ железы также слились и образовали опухоль величиною въ грецкій орѣхъ; подмышковыя тоже твердыя, при чемъ справа 2 верхнія слились и образовали опухоль величиною въ куриное яйцо; слѣва одна величиною въ голубиное яйцо, другая—въ крупный лѣсной орѣхъ; паховыя не увеличились, но остались твердыми; локтевыя стали болѣе тверды. Селезенка: наибольшая длина 25, наибольшій поперечникъ 13 см. Край печени выступаетъ изъ-подъ реберной дуги по сосковой линіи на 5 см. Исслѣдованіе крови: гемоглобина 95% (по *Fleisch'l'u*), красныхъ кровяныхъ шариковъ 5.280.000, бѣлыхъ 122500; отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ=1:43. Въ тотъ же день былъ подвергнутъ дѣйствию х-лучей.

17/iv—24/iv: Вѣсъ 66,6 клгрм. Жалуются на то, что болитъ и терпится правая нога. Величина селезенки не измѣнилась.

26/iv—1/v: Вѣсъ 65,5 клгрм. Сильная потливость. Слабость. 2/v—4/v: Вѣсъ 65 клгрм. Потливость. Слабость. Селезенка: наибольшая длина 23, наибольшій поперечникъ 12,5 см.

5/v—9/v: Вѣсъ 64,7 клгрм. Слабость. Потливость. Железы уменьшились: подчелюстныя справа верхнія у угла нижней челюсти—въ грецкій орѣхъ (17/iv при поступленіи онѣ были въ голубиное яйцо); нижняя—въ лѣсной орѣхъ; слѣва (ихъ 2)—обѣ въ лѣсной орѣхъ (ранѣе были въ грецкій).

10/v—13/v: Вѣсъ 63,5 клгрм. Похудѣлъ. Слабость.

14/v—17/v: 63—62 клгрм. Наибольшая длина селезенки 21, наибольшій поперечникъ 12 см. Железы шейныя мягче; 2 верхнихъ подчелюстныхъ съ правой стороны уменьшились до лѣснаго орѣха, нижняя стала мягче; лѣвыя подчелюстныя мягче, но величина ихъ осталась безъ измѣненія. Подмышковыя мягче: прежній сложенный пакетъ (справа) въ куриное яйцо, твердый, размягчился и состоитъ изъ 2-хъ мягкихъ железокъ: верхней въ грецкій орѣхъ и нижней въ лѣсной; ниже ихъ мягкая железка, въ грецкій орѣхъ; слѣва въ подмышковой впадинѣ мягкая железка, въ грецкій орѣхъ, а ниже ея—4 железки, величиною каждая въ малый лѣсной; паховыя железы уменьшились, при чемъ прежній твердый конгломератъ справа, величиною въ голубиное яйцо, размягчился и состоитъ изъ 2-хъ мягкихъ железокъ каждая въ лѣсной орѣхъ; въ лѣвой паховой области железка въ большой лѣсной орѣхъ. Анализъ крови: гемоглобина 70%; красныхъ кровяныхъ шариковъ 5.000.000, бѣлыхъ 14330; отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1:348,9. При изслѣдованіи сухихъ препаратовъ, окрашенныхъ по *Ehrlich'u* (*Triacidmischung*), а также по *Хенцинскому* обращаетъ вниманіе слѣдующая особенность: между лимфоцитами попадаются въ въ полѣ зрѣнія кѣтки, одинаково съ ними окрашенныя, только слабѣе, нерѣзко ограниченыя, неправильной формы, съ зубчатыми и нѣбьющими выемки краемъ; такіе формы, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ [*Sternberg* <sup>30</sup>)], являются какъ-бы продуктами распада лимфоцитовъ: ранѣе онѣ почти не встрѣчались, а при изслѣдованіи препаратовъ крови, взятой 17/v, стали попадаться почти въ каждомъ полѣ зрѣнія.

\*) Подробныя гематологическія данныя, относящіяся ко времени поступленія больного въ клинику и за весь періодъ леченія, приведены въ табл. 1.

\*\*) Техника примѣненія х-лучей указана въ таблицѣ № 1.



Таблица 1-ая.

Мѣсяцъ и число.	Гемоглобинъ.	Красныя шарики.	Бѣлыя тѣльца.	Въ процентахъ.							Рентгенизація.	
				Лимфоциты.	Большія одноклеточныя и переходныя формы.	Міелоциты.	Эозинофилы много- ядерные.	Нейтрофилы много- ядерные.	Mastzellen.	Нейтрофилы I и II класса по Arnet'h'y.		
19/п.	80%	4.500000	40000 1: 112,5	75	7	0,5	4	13	0,5	62	Трубка Siemens'a и Halake, диаметръ 150 мм. съ регуляторомъ, безъ охладителя. Ртутный прерыватель по системѣ <i>Max Levy</i> . Сила освѣщенія по скалѣ твердости <i>Walter 5</i> .	Съ 23/п по 26/п. Сила тока 8,5 амперъ при 182 вольтъ. Освѣщеніе на разстояніи 25 см. отъ поверхности тѣла; х-лучи на область селезенки ежедневно по 10 мин., всего 40 мин. Съ 27/п по 2/ш. Сила тока 7—9 амперъ при 180—197 вольтъ. Освѣщеніе области селезенки по 10 мин., всего 40 мин. Съ 3/ш по 5/ш. Сила тока 8—9 амперъ при 185—197 вольтъ. 2 сеанса на селезенку по 15 мин. и 1 въ 20 мин., 2 сеанса на подмышковыя железы съ лѣвой стороны по 15 мин. и 1 сеансъ на лѣвыя подчелюстныя железы въ 10 мин., всего 90 мин. Съ 6/ш по 10/ш. Силатокъ 8—8,5 амперъ при 185—195 вольтъ. 6 сеансовъ на селезенку по 20—22 мин., всего 126 мин. 3 сеанса на правыя подчелюстныя железы по 10—15 мин., всего 35 мин. 2 сеанса на лѣвыя, по 10—15 мин., всего 25 мин. Съ 11/ш по 19/ш. Сила тока 8,5—12 амперъ при 180—198 вольтъ. 11 сеансовъ на селезенку по 20—26 мин., всего 155 мин. 4 сеанса на лѣвыя подмышковыя железы по 10—15 мин., всего 55 мин. 5 сеансовъ на правыя подмышковыя 75 мин., 2 сеанса на лѣвыя подчелюстныя 35 мин.
23/п.	80%	4.960000	40000 1: 124	76	7	0,5	4	12	0,5	64		
26/п.	85%	5.050000	45000 1: 112,2	76	8	0,5	5	10	0,5			
2/ш.	95%	5.452000	48000 1: 113,58	88	5	0	2	5	0		Трубка диаметръ 150 мм. Прерыватель <i>Whehn's'a</i> , шт. II.	Съ 17/iv по 24/iv. Сила тока 14 амперъ при 162—180 вольтъ. 4 сеанса на селезенку по 15 мин., всего 60 мин., 8 на правыя паховыя по 5—10 мин., всего 60 мин., 2 на правыя подчелюстныя по 5 мин., всего 10 мин., 3 на лѣвыя по 5 мин., всего 15 мин. Съ 25/iv по 4/v. Съ 25/iv по 27/iv. Штифтъ III; сила тока 11 амперъ при 190 вольтъ; съ 28/iv штифтъ II; сила тока 14 при 172—180 вольтъ. 18 сеансовъ на селезенку по 15 мин. всего 270 мин. 5 сеансовъ на правую подчелюстную железу по 10 мин. всего 50 мин. 2 сеанса на правыя паховыя по 10 мин. всего 20 мин. Съ 5/v по 9/v. Съ 5/v по 6/v, штифтъ II, съ 7/v штифтъ I. Сила тока 23—20—18 амперъ при 130—160 вольтъ. 12 сеансовъ на селезенку отъ 5 мин. до 15 мин. всего 106 мин. 5 сеансовъ на правую подчелюстную отъ 6 мин. до 10 мин. всего 38 мин. Съ 10/v по 13/v. 8 освѣщеній селезенки по 6 мин. всего 48 мин. 4 освѣщенія правой паховой железы по 6 мин. всего 24 мин. Съ 14/v по 17/v. 8 освѣщеній селезенки по 6—7 мин. всего 52 мин. 2 освѣщенія правой паховой железы по 6 мин. всего 12 мин. 2 освѣщенія лѣвой паховой железы по 7 мин. всего 14 мин. Съ 18/v по 23/v. 18 освѣщеній (по 3 въ день) селезенки по 7 мин. всего 126 мин. 5 освѣщеній лѣвой подчелюстной железы по 7—10 мин. всего 39 мин. Съ 24/v по 27/v. 6 освѣщеній селезенки по 7 мин. всего 42 мин. 1 освѣщеніе лѣвой подчелюстной железы, правой и лѣвой подмышков. по 7
5/ш.	95%	6.000000	48000 1: 125	84	5	0	3	8	0	56,25		
10/ш.	95%	5.800000	50000 1: 116	84	5	0	3	8	0	62,5		
22/ш.	95%	6.500000	54000 1: 120,37	87	2	0	2	9	0	76	Трубка диаметръ 180 мм. съ регуляторомъ и водянымъ охладителемъ. Прерыватель <i>Whehn's'a</i> (шт. III, II и I), сила <i>Walter's'a</i> 6—7, длина искры 5—23 сант.	Съ 17/iv по 24/iv. Сила тока 14 амперъ при 162—180 вольтъ. 4 сеанса на селезенку по 15 мин., всего 60 мин., 8 на правыя паховыя по 5—10 мин., всего 60 мин., 2 на правыя подчелюстныя по 5 мин., всего 10 мин., 3 на лѣвыя по 5 мин., всего 15 мин. Съ 25/iv по 4/v. Съ 25/iv по 27/iv. Штифтъ III; сила тока 11 амперъ при 190 вольтъ; съ 28/iv штифтъ II; сила тока 14 при 172—180 вольтъ. 18 сеансовъ на селезенку по 15 мин. всего 270 мин. 5 сеансовъ на правую подчелюстную железу по 10 мин. всего 50 мин. 2 сеанса на правыя паховыя по 10 мин. всего 20 мин. Съ 5/v по 9/v. Съ 5/v по 6/v, штифтъ II, съ 7/v штифтъ I. Сила тока 23—20—18 амперъ при 130—160 вольтъ. 12 сеансовъ на селезенку отъ 5 мин. до 15 мин. всего 106 мин. 5 сеансовъ на правую подчелюстную отъ 6 мин. до 10 мин. всего 38 мин. Съ 10/v по 13/v. 8 освѣщеній селезенки по 6 мин. всего 48 мин. 4 освѣщенія правой паховой железы по 6 мин. всего 24 мин. Съ 14/v по 17/v. 8 освѣщеній селезенки по 6—7 мин. всего 52 мин. 2 освѣщенія правой паховой железы по 6 мин. всего 12 мин. 2 освѣщенія лѣвой паховой железы по 7 мин. всего 14 мин. Съ 18/v по 23/v. 18 освѣщеній (по 3 въ день) селезенки по 7 мин. всего 126 мин. 5 освѣщеній лѣвой подчелюстной железы по 7—10 мин. всего 39 мин. Съ 24/v по 27/v. 6 освѣщеній селезенки по 7 мин. всего 42 мин. 1 освѣщеніе лѣвой подчелюстной железы, правой и лѣвой подмышков. по 7
17/iv.	95%	5.280000	122500 1: 43	83	5	0,5	1	10	0,5	80		
24/iv.	96%	5.000000	135000 1: 37	85	7	0	1	7	0	57		
4/v.	100%	6.000000	70858 1: 84,6	80	9	0	1	10	0		Трубка диаметръ 180 мм. съ регуляторомъ и водянымъ охладителемъ. Прерыватель <i>Whehn's'a</i> (шт. III, II и I), сила <i>Walter's'a</i> 6—7, длина искры 5—23 сант.	Съ 17/iv по 24/iv. Сила тока 14 амперъ при 162—180 вольтъ. 4 сеанса на селезенку по 15 мин., всего 60 мин., 8 на правыя паховыя по 5—10 мин., всего 60 мин., 2 на правыя подчелюстныя по 5 мин., всего 10 мин., 3 на лѣвыя по 5 мин., всего 15 мин. Съ 25/iv по 4/v. Съ 25/iv по 27/iv. Штифтъ III; сила тока 11 амперъ при 190 вольтъ; съ 28/iv штифтъ II; сила тока 14 при 172—180 вольтъ. 18 сеансовъ на селезенку по 15 мин. всего 270 мин. 5 сеансовъ на правую подчелюстную железу по 10 мин. всего 50 мин. 2 сеанса на правыя паховыя по 10 мин. всего 20 мин. Съ 5/v по 9/v. Съ 5/v по 6/v, штифтъ II, съ 7/v штифтъ I. Сила тока 23—20—18 амперъ при 130—160 вольтъ. 12 сеансовъ на селезенку отъ 5 мин. до 15 мин. всего 106 мин. 5 сеансовъ на правую подчелюстную отъ 6 мин. до 10 мин. всего 38 мин. Съ 10/v по 13/v. 8 освѣщеній селезенки по 6 мин. всего 48 мин. 4 освѣщенія правой паховой железы по 6 мин. всего 24 мин. Съ 14/v по 17/v. 8 освѣщеній селезенки по 6—7 мин. всего 52 мин. 2 освѣщенія правой паховой железы по 6 мин. всего 12 мин. 2 освѣщенія лѣвой паховой железы по 7 мин. всего 14 мин. Съ 18/v по 23/v. 18 освѣщеній (по 3 въ день) селезенки по 7 мин. всего 126 мин. 5 освѣщеній лѣвой подчелюстной железы по 7—10 мин. всего 39 мин. Съ 24/v по 27/v. 6 освѣщеній селезенки по 7 мин. всего 42 мин. 1 освѣщеніе лѣвой подчелюстной железы, правой и лѣвой подмышков. по 7
9/v.	68%	4.850000	34966 1: 138,7	78	11,5	0	0,5	10	0	69		
13/v.	70%	4.500000	25480 1: 176,6	50	20,5	0	0,5	29	0	60		
17/v.	70%	5.000000	14330 1: 348,9	54	25	0	1	20	0	55	Трубка диаметръ 180 мм. съ регуляторомъ и водянымъ охладителемъ. Прерыватель <i>Whehn's'a</i> (шт. III, II и I), сила <i>Walter's'a</i> 6—7, длина искры 5—23 сант.	Съ 17/iv по 24/iv. Сила тока 14 амперъ при 162—180 вольтъ. 4 сеанса на селезенку по 15 мин., всего 60 мин., 8 на правыя паховыя по 5—10 мин., всего 60 мин., 2 на правыя подчелюстныя по 5 мин., всего 10 мин., 3 на лѣвыя по 5 мин., всего 15 мин. Съ 25/iv по 4/v. Съ 25/iv по 27/iv. Штифтъ III; сила тока 11 амперъ при 190 вольтъ; съ 28/iv штифтъ II; сила тока 14 при 172—180 вольтъ. 18 сеансовъ на селезенку по 15 мин. всего 270 мин. 5 сеансовъ на правую подчелюстную железу по 10 мин. всего 50 мин. 2 сеанса на правыя паховыя по 10 мин. всего 20 мин. Съ 5/v по 9/v. Съ 5/v по 6/v, штифтъ II, съ 7/v штифтъ I. Сила тока 23—20—18 амперъ при 130—160 вольтъ. 12 сеансовъ на селезенку отъ 5 мин. до 15 мин. всего 106 мин. 5 сеансовъ на правую подчелюстную отъ 6 мин. до 10 мин. всего 38 мин. Съ 10/v по 13/v. 8 освѣщеній селезенки по 6 мин. всего 48 мин. 4 освѣщенія правой паховой железы по 6 мин. всего 24 мин. Съ 14/v по 17/v. 8 освѣщеній селезенки по 6—7 мин. всего 52 мин. 2 освѣщенія правой паховой железы по 6 мин. всего 12 мин. 2 освѣщенія лѣвой паховой железы по 7 мин. всего 14 мин. Съ 18/v по 23/v. 18 освѣщеній (по 3 въ день) селезенки по 7 мин. всего 126 мин. 5 освѣщеній лѣвой подчелюстной железы по 7—10 мин. всего 39 мин. Съ 24/v по 27/v. 6 освѣщеній селезенки по 7 мин. всего 42 мин. 1 освѣщеніе лѣвой подчелюстной железы, правой и лѣвой подмышков. по 7
23/v.	70%	4.900000	7634 1: 641,8	48	20	0	2	30	0	33		
27/v.	73%	5.050000	7961 1: 634,3	42	18	0	3	37	0	40		

18/у—23/у: Вѣсъ 61,2 клгрм. Слабость, отсутствие позыва на їду, потливость. Селезенка: наибольшая длина 20, наибольший поперечник—11,5 стм. Железы шейныя по виду грудно-ключично-сосковой мышцы той и другой стороны уменьшились до величины маленькаго лѣснаго орѣха.

24/у—27/у: Вѣсъ не измѣнился. Сильная краснота кожи на мѣстѣ дѣйствія х-лучей въ области селезенки; верхняя граница красноты по средней линіи заходитъ за мечевидный отростокъ на 1 стм., по сосковой на 1 стм. не доходить до соска, вырво заходитъ за среднюю линію на 2 стм., вѣсво не доходитъ до передне-подмышковой линіи на 1 стм.; нижняя граница—на уровнѣ пупка. На мѣстѣ красноты зудъ. На обѣихъ голенахъ, на протяжении средней  $\frac{1}{2}$  стм. съ наружной стороны—инфильтраты, отъ 1 до 0,5 стм. въ діаметрѣ, на правой 4, на лѣвой 3. Селезенка: наибольший поперечникъ 10,5, наибольшая длина 19 стм. Железы: шейныя по ходу грудно-ключично-сосковой мышцы той и другой стороны уменьшились до величины кедроваго орѣха; въ околушной области справа уменьшились верхняя—до лѣснаго орѣха, другая нижняя—до грецкаго (при поступленіи онѣ были въ голубиное яйцо); слѣва—3 до величины лѣснаго орѣха; подчелюстныя также уменьшились, при чемъ справа верхняя, у угла нижней челюсти, до величины кедроваго орѣха, нижняя до малаго лѣснаго; слѣва—обѣ до величины кедроваго; подмышковыя железы мягче; справа величина ихъ не измѣнилась; слѣва—верхняя железа уменьшилась до величины лѣснаго орѣха, а нижняя 4 до кедроваго; паховыя железы мягче, но величина ихъ такая-же, какъ и при изслѣдованіи 17/у. Анализъ крови: гемоглобина 73% (по *Fleischl*); красныхъ кровяныхъ шариковъ 5.050.000, бѣлыхъ 7961; отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ—1:634,3; %ное содержаніе лимфоцитовъ между отдѣльными формами бѣлыхъ тѣлецъ упало до 42% (17/у ихъ было 83%), и между ними попадаются въ каждомъ полѣ зрѣлыя уже упомянутыя выше клѣтки, признаваемые за продуктъ распада лимфоцитовъ.

27/у больной выписался.

Сл. 2. Ф., 62 л., поступилъ въ клинику 4/п по поводу увеличенія селезенки, железъ и печени и съ жалобами на запоръ и на боли въ лѣвой сторонѣ живота.

Родился въ Одессѣ; по занятію—портной. Родители умерли отъ неизвѣстной причины; женатъ; жена и дѣти здоровы. Жилъ въ плохихъ условіяхъ; не злоупотреблялъ ни куреніемъ, ни спиртными напитками. До настоящей болѣзни былъ вполне здоровъ. Больнымъ считаетъ себя 8 лѣтъ. Съ весны 1898 г. стали увеличиваться шейныя железы; спустя 6 лѣтъ появились запоры и боли въ лѣвой сторонѣ живота. Врачи опредѣлили увеличеніе печени и селезенки. Лѣчили выпрыскиваніями какого-то средства, но улучшенія не было. Черезъ  $\frac{1}{2}$  года въ ноябрѣ 1904 г., появилось задержаніе мочи; мочу выпустили при помощи катетра, при чемъ вывели много кровяныхъ сгустковъ, и моча была сильно окрашена кровью. Тогда-же больной легъ въ городскую больницу, гдѣ пролежалъ 6 недѣль. Между тѣмъ опуханіе железъ, печени и селезенки все увеличивалось, но больной отъ этого не лѣчился. Осенью 1905 г. снова было задержаніе мочи; въ выпущенной катетромъ мочѣ оказалось много сгустковъ крови. Затрудненіе при мочеиспусканіи продолжалось 2 дня; затѣмъ больной оправдался, и задержаніе мочи больше не повторялось. Запоры по прежнему беспокоили больного; безъ слабительныхъ пилюль на низъ не было; незначительныя раньше боли въ лѣвой сторонѣ живота временами усиливались, и съ жалобами на эти страданія больной 4/п и обратился въ клинику.

Роста средняго; сложенія и питанія умѣреннаго. Вѣсъ 53,5 клгрм. Окраска кожи и слизистыхъ оболочекъ блѣдна. По обѣимъ сторонамъ шеи—пакеты увеличенныхъ железъ; въ подмышковой области справа 3, слѣва 2 увеличенныхъ железъ; въ паховой области справа—припухлость въ куриное яйцо, слѣва—также припухлость въ голубиное яйцо. Двухсторонняя паховая грыжа. Окружность живота 90,5 стм. Пульсъ средняго наполненія и напряженія, на обѣихъ рукахъ одновременный, 72 въ 1 мин. Сердечный толчекъ по сосковой линіи подъ 5-мъ ребромъ. Печень увеличена, неболезненна; край ея по сосковой линіи выступаетъ изъ-подъ реберной дуги на 8 стм.; поверхность гладкая. Селезенка сильно увеличена, плотна; нижній край ея спускается на 3 стм. ниже верхней передней ости подвздошной кости; отношеніе длины къ поперечнику 26:19 стм. Почки не прощупываются и неболезненны при давленіи. Съ правой стороны позвоночника—пакетъ брызжеечныхъ железъ; по ходу грудно-ключично-сосковой мышцы по обѣимъ сторонамъ шеи—пакеты железъ справа въ куриное, слѣва въ голубиное яйцо; въ подчелюстной области съ той и съ другой стороны по 2 железки въ грецкій орѣхъ; подмышковыя железы плотны, подвижны; справа ихъ 3: 2 вверху, въ голубиное яйцо, и 1 ниже, въ грецкій орѣхъ; слѣва 2: одна въ голубиное яйцо, другая въ грецкій орѣхъ; припухлость паховой области съ той и съ другой стороны состоитъ изъ группы железъ; справа ихъ 3: 1 нижняя, въ голубиное яйцо и 2, верхняя, въ грецкій орѣхъ; слѣва также 3: всѣ величиною въ грецкій орѣхъ; всѣ железы на ощупь плотны, подвижны и съ кожей не спаяны. При выслушиваніи и выстукиваніи легкія и сердце особыхъ уклоненій отъ нормы не представляютъ. Верхній край селезенки съ 8-го ребра. Моча блѣдно-желтаго цвѣта, кислой реакція, уд. в. 1011, выдѣляется въ количествѣ 1500—2000 к. стм., бѣла и сахара не содержитъ; суточное количество мочевины 23,5383, мочевиной кислоты 0,27 грм. Уд. в. крови 1040 (по *Hammerschlag*); гемоглобина (по *Fleischl*) 45%, красныхъ шариковъ 3.470.000,

бѣлыхъ 640.000 (по *Thoma Zeiss*); отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1:5,42. Изслѣдованіе препаратовъ крови, фиксированныхъ сухимъ жаромъ при 120° Ц. въ теченіи 2-хъ часовъ и окрашенныхъ по *Ehrlich*'у (*Triacidmischung*) и метиленовой синькой съ возномъ по *Хенцинскому* показало слѣдующее: красныя кровяныя шарикъ хорошо окрашиваются; среди нихъ много нормобластовъ; между отдѣльными формами бѣлыхъ тѣлецъ преобладаютъ мелкіе лимфоциты съ рѣзко окрашивающимися ядрами; міелоциты и тучныя клѣтки совсѣмъ не встрѣчаются; многоядерные нейтрофилы и эозинофилы въ незначительномъ числѣ (Подробныя гематологическія данныя приведены въ табл. 2).

На основаніи этихъ данныхъ у больного распознано было лимфоцитное бѣлокровіе.

На другой день по поступленіи въ клинику, 5/п, утромъ, послѣ сна, у больного появилось задержаніе мочи; моча была выпущена черезъ *Nelatov*'овскій катетеръ, при чемъ было выведено много кровяныхъ сгустковъ; моча тоже была окрашена кровью. Въ теченіи дня больному нѣсколько разъ выпускали мочу при помощи катетера и каждый разъ выводили много сгустковъ. Веч. 40°,4.

На другой день, 6/п, мочеиспусканіе самостоятельное, но больной жаловался на рѣзы въ мочевомъ каналѣ; моча не была окрашена кровью; сгустковъ крови въ ней тоже не было. 37°—37°,2. Въ слѣдующіе дни съ 7/п—23/п самочувствіе хорошее, мочеиспусканіе вполне свободное.

23/п былъ подвергнутъ дѣйствию х-лучей \*).

Данныя изслѣдованія передъ рентгенотерапіей: Вѣсъ 56,8 клгрм. Селезенка: наибольшая длина 26, наибольший поперечникъ 19 стм. Величина железъ такая-же, какъ и при поступленіи. Анализъ крови: гемоглобина—46% (по *Fleischl*); красныхъ кровяныхъ шариковъ 4.500.000, бѣлыхъ 850.000; отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1:5,3.

23/п—2/ш: Вѣсъ 58 клгрм. Самочувствіе хорошее. Селезенка и железы безъ измѣненія.

3/ш—10/ш: Вѣсъ 57,2—56,3 клгрм. Головная боль, сильная жажда и сухость во рту. Запоръ. Сильно потѣетъ. Селезенка: наибольшая длина 26, наибольший поперечникъ 18 стм. Железы немного мягче, но величина ихъ не измѣнилась.

11/ш—19/ш: Вѣсъ 56,3 клгрм. Самочувствіе хорошее. Селезенка: наибольшая длина 26, наибольший поперечникъ 17 стм. Железы безъ измѣненія.

По случаю пасхальныхъ каникулъ больной выписался. Снова поступилъ въ клинику 19/ш.

19/ш: Вѣсъ 57,5 клгрм. Железы на ощупь болѣе плотны, но величина ихъ такая-же, какъ была и до перерыва лѣченія. Селезенка: наибольший поперечникъ 17,5, наибольшая длина 26 стм. Печень по сосковой линіи выступаетъ изъ подреберья на 9 стм.

20/ш подвергнутъ дѣйствию х-лучей. Предварительно было произведено изслѣдованіе крови, которое показало: гемоглобина 44% (по *Fleischl*); красныхъ шариковъ 4.500.000, бѣлыхъ 100.000; отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1:4,5.

20/ш—1/у: Самочувствіе хорошее. Величина селезенки и железъ безъ измѣненія.

2/у—10/у: Вѣсъ 58,5 клгрм. Самочувствіе хорошее. Отношеніе длины селезенки къ поперечнику 25:17. Железы мягче.

11/у—14/у: Самочувствіе хорошее. Железы и селезенка безъ измѣненій.

15/у—26/у: Вѣсъ 57,5 клгрм. Слабость. Потливость. Запоръ. Гиперемія кожи въ области железъ шейныхъ и подмышковыхъ. Селезенка: наибольшая длина 24, наибольший поперечникъ 15 стм. Железы мягче и значительно уменьшились: шейныя по ходу грудно-ключично-сосковой мышцы справа до величины голубиного яйца, слѣва—до грецкаго орѣха; правыя подчелюстныя, 2, стали величиной въ большой лѣсной орѣхъ; изъ 2-хъ лѣвыхъ одна, передняя, уменьшилась до грецкаго орѣха, другая, задняя до лѣснаго; въ правой подмышковой впадинѣ 3 железки, изъ нихъ 2—величиною въ грецкій орѣхъ и 1, нижняя, въ лѣсной; въ лѣвой 2 железки, обѣ въ лѣсной орѣхъ; паховыя—справа 3: 2 верхнія въ лѣсной орѣхъ и нижняя въ голубиное яйцо; слѣва 3—всѣ величиною въ лѣсной орѣхъ.

27/у—31/у: Вѣсъ 57 клгрм. Слабость. Потливость. Селезенка: наибольшая длина 23, наибольший поперечникъ 13 стм. Железы всѣ уменьшились шейныя справа, позади грудно-ключично-сосковой мышцы 1—до грецкаго орѣха, а 2—до лѣснаго; слѣва 1—въ большой лѣсной орѣхъ; подчелюстныя справа—2 железки—одна въ большой лѣсной орѣхъ, другая—въ малый; слѣва 2, одна въ лѣсной орѣхъ, другая въ горошину; подмышковыя справа 3 плотныхъ железъ: верхняя и нижняя въ грецкій орѣхъ, средняя въ голубиное яйцо; слѣва—2, изъ коихъ одна въ малый лѣсной орѣхъ, другая въ кедровый; при ощупываніи железки мягки и слегка болѣзненны; въ паховой области справа 3 железки, верхняя въ кедровый орѣхъ; средняя—въ лѣсной, нижняя—въ голубиное яйцо; слѣва железы мягче, но величина ихъ не измѣнилась.

31/у больной выписался.

И такъ, мы имѣли подлѣ своимъ наблюденіемъ 2-хъ больныхъ съ хроническимъ лимфоцитнымъ бѣлокровіемъ. 1-ый поступилъ въ клинику съ возвратомъ болѣзни послѣ продолжительнаго курса лѣченія х-лучами, 2-ой лѣчился различными лѣкарственными средствами. И тотъ, и другой, кро-

\*) Техника примѣненія рентгенотерапіи указана въ табл. 2.

Таблица 2.

Имя и число.	Гемоглобинъ.	Красные кровяные шарикъ.	Бѣлыя тѣльца.	Въ процентахъ.						Тучныя кѣтки.	Рентгенизаціи.
				Лимфоциты.	Большія одноклеточныя и переходныя формы.	Мелкоциты.	Возикофилы много-ядерные.	Нейтрофилы много-ядерные.			
4/п.	45%	3.470000 1: 5,42	640000	98	0,5	0	0,1	1,4	0	Трубка Siemens и Halske, діаметромъ 150 мм., съ регуляторомъ, безъ охладителя. Ртутный прерыватель по системѣ Max Levy. Сила освѣщенія по шкалѣ твердости Walter'a 5.	Съ 23/п по 2/ш. Сила тока 7—9 амперъ при 180—197 вольтъ. 8 освѣщеній селезенки по 10—15 мин., всего 100 мин. Съ 3/ш по 5/ш. Сила тока 8—9 амперъ при 185—197 вольтъ. 3 освѣщенія селезенки по 15 мин., всего 45 мин. Съ 6/ш по 10/ш. Сила тока 8—8,5 амперъ при 185—195 вольтъ. 5 освѣщеній селезенки по 15—20 мин., всего 95 мин. Съ 11/ш по 19/ш. Сила тока 8,5—12 амперъ при 180—197 вольтъ. 8 освѣщеній селезенки по 20 мин., всего 160 мин., 6 освѣщеній правыхъ подчелюстныхъ железъ отъ 10 до 15 мин., всего 75 мин. Съ 20/ш по 1/ч. До 25/ш трубка діаметромъ 150 мм. съ прерывателемъ Wehnelt'a при силѣ тока 14 амперъ и 162—180 вольтъ съ 25/ш трубка діаметромъ 180 мм. съ прерывателемъ Wehnelt'a. 17 освѣщеній селезенки по 10—15 мин., всего 225 мин., 8 освѣщеній правыхъ подчелюстныхъ железъ по 10 мин., всего 80 мин. Съ 2/ч по 5/ч. Сила тока 14 амперъ при 172—180 вольтъ. 6 освѣщеній селезенки по 15 мин., всего 90 мин. 3 освѣщенія правыхъ подчелюстныхъ железъ по 10 мин., всего 30 мин. Съ 6/ч по 10/ч. Сила тока 20—24 амперъ при 130—160 вольтъ. 11 освѣщеній селезенки по 5—15 мин., всего 51 мин. 5 освѣщеній лѣвыхъ подчелюстныхъ железъ по 6 мин., всего 24 мин. Съ 11/ч по 14/ч. 8 освѣщеній селезенки по 6 мин., всего 48 мин. 4 освѣщенія лѣвыхъ подчелюстныхъ железъ по 6 мин., всего 24 мин. Съ 15/ч по 26/ч. 24 освѣщенія селезенки по 6—7 мин., всего 160 мин. 8 освѣщеній лѣвыхъ подчелюстныхъ железъ по 6—7 мин., всего 52 мин., 7 освѣщеній правыхъ по 7 мин., всего 49 мин. Съ 27/ч по 31/ч. 10 освѣщеній селезенки по 7 мин., всего 70 мин., 5 освѣщеній правыхъ подчелюстныхъ железъ по 7 мин., всего 49 мин.
19/п.	45%	3.600000 1: 5,45	660000	98	0,5	0	0,1	1,3	0		
23/п.	46%	4.500000 1: 5,3	850000	98,8	0,3	0	0,08	0,82	0		
2/ш.	45%	3.650000 1: 4	900000	98,8	0,25	0	0,05	0,9	0		
5/ш.	45%	3.150000 1: 2,9	1.800000	99	0,2	0,06	0	0,74	0		
10/ш.	45%	3.650000 1: 4,5	800000	98	0,45	0	0,27	1,28	0	Трубка Siemens и Halske, діаметромъ 150 мм., съ регуляторомъ, безъ охладителя. Ртутный прерыватель по системѣ Max Levy. Сила освѣщенія по шкалѣ твердости Walter'a 5.	Съ 23/п по 2/ш. Сила тока 7—9 амперъ при 180—197 вольтъ. 8 освѣщеній селезенки по 10—15 мин., всего 100 мин. Съ 3/ш по 5/ш. Сила тока 8—9 амперъ при 185—197 вольтъ. 3 освѣщенія селезенки по 15 мин., всего 45 мин. Съ 6/ш по 10/ш. Сила тока 8—8,5 амперъ при 185—195 вольтъ. 5 освѣщеній селезенки по 15—20 мин., всего 95 мин. Съ 11/ш по 19/ш. Сила тока 8,5—12 амперъ при 180—197 вольтъ. 8 освѣщеній селезенки по 20 мин., всего 160 мин., 6 освѣщеній правыхъ подчелюстныхъ железъ отъ 10 до 15 мин., всего 75 мин. Съ 20/ш по 1/ч. До 25/ш трубка діаметромъ 150 мм. съ прерывателемъ Wehnelt'a при силѣ тока 14 амперъ и 162—180 вольтъ съ 25/ш трубка діаметромъ 180 мм. съ прерывателемъ Wehnelt'a. 17 освѣщеній селезенки по 10—15 мин., всего 225 мин., 8 освѣщеній правыхъ подчелюстныхъ железъ по 10 мин., всего 80 мин. Съ 2/ч по 5/ч. Сила тока 14 амперъ при 172—180 вольтъ. 6 освѣщеній селезенки по 15 мин., всего 90 мин. 3 освѣщенія правыхъ подчелюстныхъ железъ по 10 мин., всего 30 мин. Съ 6/ч по 10/ч. Сила тока 20—24 амперъ при 130—160 вольтъ. 11 освѣщеній селезенки по 5—15 мин., всего 51 мин. 5 освѣщеній лѣвыхъ подчелюстныхъ железъ по 6 мин., всего 24 мин. Съ 11/ч по 14/ч. 8 освѣщеній селезенки по 6 мин., всего 48 мин. 4 освѣщенія лѣвыхъ подчелюстныхъ железъ по 6 мин., всего 24 мин. Съ 15/ч по 26/ч. 24 освѣщенія селезенки по 6—7 мин., всего 160 мин. 8 освѣщеній лѣвыхъ подчелюстныхъ железъ по 6—7 мин., всего 52 мин., 7 освѣщеній правыхъ по 7 мин., всего 49 мин. Съ 27/ч по 31/ч. 10 освѣщеній селезенки по 7 мин., всего 70 мин., 5 освѣщеній правыхъ подчелюстныхъ железъ по 7 мин., всего 49 мин.
19/ш.	45%	5.780000 1: 6,3	900000	99	0,17	0	0,2	0,63	0		
20/ш.	44%	4.500000 1: 4,5	1.000000	98,5	0,7	0	0,1	0,7	0		
1/ч.	58%	5.000000 1: 4,3	1.150000	98,8	0,5	0	0,05	0,7	0		
5/ч.	60%	5.585000 1: 4,9	1.125000	98,75	0,4	0	0,05	0,8	0		
10/ч.	40%	4.250000 1: 5	835000	99,1	0,24	0	0	0,66	0		
14/ч.	42%	4.650000 1: 5,3	875000	98,5	0,8	0	0	0,7	0		
26/ч.	50%	4.900000 1: 6,8	720000	99,1	0,32	0	0,04	0,54	0		
31/ч.	50%	4.850000 1: 9,2	525000	97,63	0,67	0	0,1	1,6	0	Трубка діаметромъ 180 мм. съ водяннмъ охладителемъ. Прерыватель Wehnelt'a (шт. III, II и I). Сила освѣщенія 6—7.	Съ 23/п по 2/ш. Сила тока 7—9 амперъ при 180—197 вольтъ. 8 освѣщеній селезенки по 10—15 мин., всего 100 мин. Съ 3/ш по 5/ш. Сила тока 8—9 амперъ при 185—197 вольтъ. 3 освѣщенія селезенки по 15 мин., всего 45 мин. Съ 6/ш по 10/ш. Сила тока 8—8,5 амперъ при 185—195 вольтъ. 5 освѣщеній селезенки по 15—20 мин., всего 95 мин. Съ 11/ш по 19/ш. Сила тока 8,5—12 амперъ при 180—197 вольтъ. 8 освѣщеній селезенки по 20 мин., всего 160 мин., 6 освѣщеній правыхъ подчелюстныхъ железъ отъ 10 до 15 мин., всего 75 мин. Съ 20/ш по 1/ч. До 25/ш трубка діаметромъ 150 мм. съ прерывателемъ Wehnelt'a при силѣ тока 14 амперъ и 162—180 вольтъ съ 25/ш трубка діаметромъ 180 мм. съ прерывателемъ Wehnelt'a. 17 освѣщеній селезенки по 10—15 мин., всего 225 мин., 8 освѣщеній правыхъ подчелюстныхъ железъ по 10 мин., всего 80 мин. Съ 2/ч по 5/ч. Сила тока 14 амперъ при 172—180 вольтъ. 6 освѣщеній селезенки по 15 мин., всего 90 мин. 3 освѣщенія правыхъ подчелюстныхъ железъ по 10 мин., всего 30 мин. Съ 6/ч по 10/ч. Сила тока 20—24 амперъ при 130—160 вольтъ. 11 освѣщеній селезенки по 5—15 мин., всего 51 мин. 5 освѣщеній лѣвыхъ подчелюстныхъ железъ по 6 мин., всего 24 мин. Съ 11/ч по 14/ч. 8 освѣщеній селезенки по 6 мин., всего 48 мин. 4 освѣщенія лѣвыхъ подчелюстныхъ железъ по 6 мин., всего 24 мин. Съ 15/ч по 26/ч. 24 освѣщенія селезенки по 6—7 мин., всего 160 мин. 8 освѣщеній лѣвыхъ подчелюстныхъ железъ по 6—7 мин., всего 52 мин., 7 освѣщеній правыхъ по 7 мин., всего 49 мин. Съ 27/ч по 31/ч. 10 освѣщеній селезенки по 7 мин., всего 70 мин., 5 освѣщеній правыхъ подчелюстныхъ железъ по 7 мин., всего 49 мин.
10/ч.	50%	3.950000 1: 9,8	400000	97,7	0,17	0	0,27	1,86	0		

мѣ явленій лейкокривіа, никакихъ другихъ разстройствъ не имѣли, если не считать привычныхъ запоровъ и олигеміи у 2-го больного. Этиологія заболѣванія не ясна. Теченіе болѣзни въ обоихъ случаяхъ было различное: у 1-го больного болѣзнь развилась незадолго до поступленія, быстро шла впередъ и вызывала болевые ощущенія въ пораженныхъ органахъ; у 2-го больного болѣзнь длится уже 9-ый годъ, и лишь въ послѣднее время появилось обостреніе болей въ селезеночной области. Въ клиникѣ оба больные были поставлены въ совершенно одинаковыя условія питанія, содержанія и леченія.

Лѣченіе производилось въ Röntgen'овскомъ кабинетѣ факультетской терапевтической клиники. Въ нашемъ распоряженіи имѣлись слѣдующіе приборы: индукторъ съ

длинной искры въ 60 см., искроизмѣритель, 2 прерывателя (ртутный по Max Levy и электролитическій Wehnelt'a съ 3 штифтами), трубки (большія діаметромъ 18 и малыя 15 см.) и скала твердости Walter'a. Электрическая энергія доставлялась съ университетской станціи; напряженію въ сѣти утромъ было 200—220, вечеромъ 220—235 вольтъ. При выполненіи лѣченія мы поступали слѣдующимъ образомъ: больные укладывались на столъ Albers-Schönberg'a, надъ которымъ въ извѣстномъ разстояніи отъ крышки устанавливался подвижный деревянный ящикъ (64×39×39), обитый изнутри свинцовыми листами; въ нижней стѣнкѣ ящика имѣлось круглое отверстіе (діаметромъ въ 15 см.), въ верхней же—дверца, черезъ которую вставлялась въ ящикъ трубка и вмѣстѣ съ послѣд-

нимъ передвигалась надъ тѣломъ больного; разстояніе антикатада отъ поверхности освѣщаемого мѣста равнялось 20—25 см.

Лѣченіе какъ по полученнымъ результатамъ, такъ и по примѣненной техники раздѣляется на 2 періода.

1-ый періодъ у 1-го больного продолжался съ 23/II по 22/III, у 2-го съ 23/II по 19/III. Въ этотъ періодъ для освѣщенія мы пользовались обыкновенной трубкой, работавшей съ ртутнымъ прерывателемъ и дававшей силу освѣщенія, равную  $W$  5 при силѣ тока 7—9 амперъ и 180—198 вольтъ; при работѣ она почти не нагревалась, не смотря на то, что освѣщеніе продолжалось отъ 10 до 25 мин. Освѣщеніе производилось сначала ежедневно, а потомъ по 2 и 3 раза въ день; освѣщались селезеночная область и опухоли подчелюстныхъ, шейныхъ и подмышечныхъ железъ съ той и съ другой стороны поочередно. Продолжительность освѣщенія въ совокупности у 1-го больного была 676 мин. (селезенки 411 и железъ 265 мин.), у 2-го—475 мин. (селезенки 400, железъ 75 въ мин.). Во время освѣщенія больные иногда ощущали маленькую теплоту въ кожѣ.

Общее состояніе больныхъ за это время почти не измѣнилось, тогда какъ въ опухшихъ органахъ и въ составѣ крови произошли нѣкоторыя перемѣны. Такъ, у 1-го больного селезенка немного уменьшилась, лимфатическія железы стали мягче, число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ дошло до 14000, количество гемоглобина до 15%, число красныхъ шариковъ до 1.540000, вѣсъ убылъ на 0,4 клгрм. У 2-го больного селезенка уменьшилась и лимфатическія железы стали мягче; число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ возросло до 50000, красныхъ до 1.250000, % гемоглобина не измѣнилась, вѣсъ тѣла убылъ на 0,5 клгрм. Въ томъ и другомъ случаѣ увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ крови произошло на счетъ прироста малыхъ лимфоцитовъ.

Въ теченіи почти мѣсячнаго перерыва состояніе больныхъ значительно ухудшилось: у 1-го больного железы и селезенка увеличились и появились боли въ правомъ паху; составъ крови измѣнился: число красныхъ шариковъ уменьшилось съ 6.500000 до 5.280000, бѣлыхъ увеличилось съ 54000 до 122500; % гемоглобина осталась безъ измѣненія; у 2-го больного число красныхъ шариковъ уменьшилось съ 5.750000 до 4.500000, бѣлыхъ-же увеличилось съ 900000 до 1.000000.

2-ой періодъ длился у 1-го больного съ 17/IV по 27/V, у 2-го съ 20/IV по 31/V. Освѣщались тѣже самыя мѣста, что и въ 1-ый періодъ; кромѣ того, у 1-го больного подвергались освѣщенію и паховыя железы.

Всѣ приборы примѣнялись тѣже, за исключеніемъ прерывателя: вмѣсто ртутнаго, стали пользоваться электролитическимъ прерывателемъ *Wehnelt's*. Въ первое время до 24/IV работали съ обыкновенной трубкой, а потомъ, такъ какъ успѣха въ лѣченіи не наблюдалось, перешли къ большой трубкѣ съ водянымъ охлажденіемъ. Прерываніе тока начато со штифта № 3 при силѣ тока 11 амперъ и 182—190 вольтъ; съ 28/IV пущенъ въ ходъ штифтъ № 2 при 14 амперахъ и 172—180 вольтъ; продолжительность освѣщенія сначала длилась 10, а потомъ 15 мин., сила освѣщенія по скалѣ *Walter's* 6; твердость трубки, измѣренная длиной искры, соответствовала 8—10 стм. Съ 7/V трубка съ штифтомъ № 2 стала давать мало свѣта, а потому перешли къ штифту № 1-й при силѣ тока 18—21—23 амперъ и 130—160 вольтъ. Сила освѣщенія по скалѣ *Walter's* 6—7; твердость трубки соответствовала длинѣ искры въ 12—23 стм.; продолжительность сеанса—5—7 мин. Трубка очень сильно нагревалась и давала на экранѣ почти совершенно прозрачныя тѣни костей. Продолжительность освѣщенія въ совокупности у 1-го больного 987 мин. (селезенки 684, железъ 303), у 2-го 952 (селезенки 644, железъ 308).

Въ этотъ періодъ лѣченія состояніе больныхъ значительно измѣнилось. У 1-го больного появилась нѣкоторая слабость, 2-ой-же сталъ чувствовать себя гораздо лучше. У 1-го больного селезенка и железы значительно уменьшились; число бѣлыхъ тѣлецъ крови понизилось съ 122500 до 7961; красныхъ съ 5.280000 до 5.050000, гемоглобинъ съ 95% до 73%; на сухихъ окрашенныхъ

препаратахъ красные шарики оказались неизмѣненными, среди бѣлыхъ—распадающіеся лимфоциты. Всѣ эти измѣненія стали обнаруживаться въ то время, когда начали примѣнять большую трубку съ водянымъ охлажденіемъ, т. е. съ 24/IV; до этого-же времени число красныхъ шариковъ упало на 280000, а число бѣлыхъ увеличилось на 13000. Подъ вліяніемъ освѣщенія большой трубкой число красныхъ шариковъ сначала понизилось и поднялось только къ концу лѣченія; число-же бѣлыхъ непрерывно и прогрессивно падало; %-ное отношеніе мелкихъ лимфоцитовъ падало параллельно съ уменьшеніемъ общаго числа бѣлыхъ тѣлецъ; возросло %-ное отношеніе большихъ одноядерныхъ лимфоцитовъ и нейтрофиловъ. Вѣсъ тѣла упалъ на 5,8 клгрм. Въ области селезенки—рѣзко выраженная темнубуря пигментация, краснота кожи и шелушеніе; на ногахъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ подкожныя пропитыванія, отъ кедроваго до грецкого орѣха величиной. У 2-го больного селезенка нѣсколько уменьшилась; железы-же стали гораздо меньше; число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ упало съ 1000000 до 525000, красныхъ—увеличилось съ 4.500000 до 4.850000; гемоглобинъ поднялся съ 44% до 55%; въ области селезенки въ кожѣ появились зудъ; кожа мѣстами покраснѣла и стала болѣзненна.

При сравненіи приведенныхъ данныхъ прежде всего обращаетъ вниманіе большая разница въ результатахъ 1-го и 2-го періодовъ лѣченія и разница въ результатахъ лѣченія у 1-го и 2-го больного.

Въ 1-ый періодъ лѣченія замѣчено небольшое уменьшеніе селезенки и умѣренное нарастаніе всѣхъ форменныхъ элементовъ крови; % гемоглобина у 1-го больного увеличился. Во 2-ой періодъ у обоихъ больныхъ найдено сильное уменьшеніе селезенки и лимфатическихъ железъ и пониженіе числа бѣлыхъ тѣлецъ крови, число-же красныхъ почти не измѣнилось; содержаніе гемоглобина стало меньше; вѣсъ убылъ.

Такая разница, судя по даннымъ исторіи болѣзни, единственно можетъ быть объяснена различіемъ силы х-лучей. При постановкѣ лѣченія въ 1-ый періодъ х-лучи получались въ небольшой обыкновенной трубкѣ, работавшей со ртутнымъ прерывателемъ; степень твердости ихъ равнялась по скалѣ *Walter's* 5, при силѣ тока въ 7—9 амперъ и 187—197 вольтъ. Во 2-ой періодъ х-лучи получались въ большой трубкѣ; токъ прерывался электролитическимъ прерывателемъ *Wehnelt's*, работавшимъ со штифтами № 3, 2 и 1. Сила лучей доходила до 6—7, сила тока колебалась отъ 11 до 23 амперъ при 140—190 вольтъ. Измѣреніе степени вакуум'а трубки искроизмѣрителемъ показало, что длина искры, проходившей черезъ трубку, увеличилась съ 5 до 23 стм. Сеансы, напротивъ, во 2-ой періодъ были вдвое—втрое короче, чѣмъ въ 1-ый періодъ.

Несомнѣнно, что во 2-ой періодъ х-лучей получалось больше и они были большей силы, какъ это показываютъ числа скалы *Walter's* и искроизмѣрителя. Поэтому успѣху въ этомъ періодѣ мы исключительно обязаны болѣе энергичной рентгенотерапіи.

Что касается различнаго дѣйствія лѣченія у того и другого больного, то оно выразилось въ томъ, что у 1-го больного оно проявилось быстрее и сильнѣе, чѣмъ у 2-го; такъ, уменьшеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ крови у 1-го больного наступило гораздо раньше и шло вдвое скорѣе, чѣмъ у 2-го; у 1-го больного измѣнился составъ крови: изъ крови исчезали мелкіе лимфоциты и нарастали большіе одноядерные и нейтрофилы; у 2-го %-ный составъ бѣлыхъ тѣлецъ крови почти не измѣнился; число красныхъ шариковъ у 1-го больного уменьшилось, у 2-го-же не измѣнилось; селезенка и железы у 1-го больного уменьшились быстрѣе, чѣмъ у 2-го; потеря въ вѣсѣ тѣла, пигментация кожи и раздраженіе ея у 1-го больного были выражены рѣзче, чѣмъ у 2-го.

Такая разница можетъ быть объяснена различнымъ теченіемъ болѣзни у того и другого больного, такъ какъ лѣченіе примѣнялось вполне одинаковое; у 1-го больного болѣзнь развилась недавно и имѣла быстрое теченіе, у 2-го-же протекала медленно.



Дальнѣйшее теченіе болѣзни послѣ прекращенія дѣченія х-лучами прослѣжено у 2-го больного, жителя Одессы. Черезъ 5—6 дней зудъ кожи въ области селезенки у него усилился, краснота здѣсь увеличилась и скоро образовалась картина ожога 2-ой степени; больной ощущалъ сильное жженіе и болѣзненность въ этомъ мѣстѣ; явленія эти беспокоили его въ теченіи 2-хъ недѣль и затѣмъ прошли безслѣдно. На лѣвой щекѣ совершенно выпали волосы, но никакихъ воспалительныхъ явленій не оказалось; на правой щекѣ волосы остались цѣлы. Счисленіе тѣлецъ крови черезъ 2 недѣли указало на уменьшеніе числа бѣлыхъ на 125000, красныхъ на 900000—результатъ послѣдовательнаго дѣйствія х-лучей. Количество гемоглобина не измѣнилось. Лимфатическія железы нѣсколько уменьшились въ размѣрѣ. Селезенка не измѣнилась.

Наблюдавшіеся нами случаи даютъ яркій образецъ благоприятнаго вліянія х-лучей на лимфоцитное бѣлокровіе и въ клиническомъ отношеніи представляютъ большой интересъ. Къ сожалѣнію, мы не имѣли возможности уяснить себѣ всѣ особенности дѣйствія х-лучей на организмъ, а потому, чтобы полнѣе исчерпать затронутый вопросъ, обратились къ изученію литературы.

(Окончаніе слѣдуетъ).

CLXII. Изъ Ратненбургской уѣздной земской больницы.

### 328 операций съ помощью мѣстнаго обезболиванія кокаиномъ-адrenalиновой смѣсью \*).

О. О. Зарцын.

Въ отечественной литературѣ появилось уже нѣсколько работъ по вопросу объ анестезіи кокаиномъ-адrenalиновой смѣсью. Надѣюсь своими наблюденіями хоть немного способствовать какъ популяризаціи этого способа обезболиванія, такъ и нѣкоторому расширенію области примѣненія его.

По поводу лично мнѣ высказаннаго однимъ хирургомъ мнѣнія, что примѣсь адrenalина къ кокаину не измѣняетъ къ лучшему всѣхъ свойствъ послѣдняго, думаю, что правильное сужденіе о преимуществахъ разбираемаго способа предъ обезболиваніемъ растворами одного кокаина можетъ имѣть только тотъ, кто много разъ примѣнялъ чистые кокаиновые растворы, а затѣмъ уже перешелъ къ кокаиномъ-адrenalиновой смѣси. Число моихъ наблюденій въ обоихъ случаяхъ одинаковое; что же касается области примѣненія мѣстной анестезіи, то при разбираемомъ способѣ область эта значительно расширилась. Для впрыскиваній я употребляю всегда одну и ту же смѣсь, составленную по слѣдующей формулѣ: раствора адrenalина (1:1000) 6,0; солянокислаго кокаина 0,3; перекисной воды 60,0. Мой опытъ показалъ, что кипятить эту смѣсь можно 2—3 раза безъ ущерба для обезболивающей силы смѣси.

Для оцѣнки разбираемаго способа обезболиванія, какъ такового, и въ отношеніи его преимуществъ передъ анестезіей чистыми растворами кокаина, необходимо установить нѣсколько мѣрилъ; таковыми являются: 1) степень безопасности, 2) степень обезболиванія и 3) обезкровливаніе.

1) Не думаю, чтобы кто-либо изъ хирурговъ, часто примѣнявшихъ для мѣстной анестезіи впрыскиваніе растворовъ кокаина, никогда не наблюдалъ даже легкихъ случаевъ отравленія. Тяжелыхъ случаевъ отравленія у меня не было, но легкіе и средніе бывали; словомъ, бывали случаи, которые ясно указывали на токсическое дѣйствіе всосавшагося въ кровь кокаина. Когда же я сталъ примѣнять впрыскиваніе кокаиномъ-адrenalиновой смѣси, я ни разу не могъ замѣтить даже намека на общее дѣйствіе кокаина. Остается предположить, что подѣ вліяніемъ адrenalина кокаинъ, вслѣдствіе закрытія просвѣта капилляровъ, не всасывается во весь тотъ періодъ, пока длится анестезія, а по минованіи послѣдней начинаетъ всасываться постепенно. Не подлежитъ сомнѣнію, что причина медленнаго и,

въроятно, неполнаго всасыванія кокаина послѣ прекращенія анестезіи кроется еще въ реактивномъ мѣстномъ расширеніи капилляровъ, ведущемъ часто къ значительнымъ кровоточеніямъ (точно такъ-же, какъ это бываетъ на конечностяхъ послѣ снятія жгута). Казалось-бы, что расширение сосудовъ и открытіе просвѣта капилляровъ есть лучшее условіе для всасыванія. На первый взглядъ это такъ; но нельзя забывать и того, что всѣ эти открывшіяся отверстія и щели имѣютъ склонность бурно кровоточить, благодаря чему выпрыснутая жидкость еще нѣкоторое время не имѣетъ возможности проникнуть въ сосуды или просто вымывается токомъ крови.

Безопасности кокаиномъ-адrenalиновой анестезіи способствуетъ еще и то, что для совершеннаго обезболиванія не требуется болѣе 1/2% содержанія кокаина въ смѣси. Для чистаго-же раствора кокаина дѣло обстоитъ иначе; такъ проф. С. Н. Делицинъ <sup>1)</sup> говоритъ: «вообще, что касается кокаина, то Р. Р. Вреденъ считаетъ наиболѣе подходящимъ 1%-ный растворъ; растворъ меньшей концентраціи дѣйствуютъ плохо, въ растворахъ же болѣе крѣпкихъ нѣтъ необходимости. При мѣстной анестезіи кокаиномъ общее количество его никогда не должно превышать 20 стрм.; при чемъ, однако, необходимо имѣть въ виду не только абсолютное количество алкалоида, но и крѣпость самого раствора: опытъ показалъ, что одно и то-же количество кокаина въ болѣе слабомъ разведеніи легче переносится и вызываетъ меньше осложнений, чѣмъ въ растворѣ болѣе крѣпкомъ; опасность отравленія тою-же дозой кокаина быстро возрастаетъ по мѣрѣ увеличенія крѣпости раствора». Такимъ образомъ при употребленіи разбираемой смѣси для достиженія максимальной дозы кокаина пришлось-бы ввести подѣ кожу 40 грм. раствора, между тѣмъ какъ даже 1/2 этого количества мнѣ приходится впрыскивать довольно рѣдко.

Для сужденія о безопасности введенія подѣ кожу кокаиномъ-адrenalиновой смѣси остается еще остановиться на дѣйствіи самого адrenalина. Ничего опредѣленнаго относительно этого я сказать не могу; не одинъ разъ мнѣ приходилось убѣждаться, что адrenalинъ является самымъ могучимъ оживляющимъ средствомъ при упадкѣ сердечной дѣятельности какъ по силѣ, такъ и по быстротѣ дѣйствія. Нѣтъ никакихъ данныхъ для того, чтобы исключить дѣйствіе на сердце того количества адrenalина, которое можетъ всосаться изъ смѣси вмѣстѣ съ кокаиномъ. Дѣйствіе адrenalина не можетъ быть замѣчено, если количество введеннаго вмѣстѣ съ нимъ кокаина равно средней дозѣ, при которой дѣйствіе кокаина на кровяное давленіе такое-же, какъ и адrenalина: кровяное давленіе повышается. При введеніи же кокаина въ количествѣ, равномъ большой дозѣ, дѣйствіе адrenalина можетъ проявиться рельефно, благодаря тому, что дѣйствіе большихъ дозъ кокаина на кровяное давленіе прямо противоположно дѣйствію адrenalина.

Наконецъ, не послѣднюю роль для сужденія о безопасности разбираемой анестезіи играетъ и статистика. «Въ концѣ 80-хъ годовъ стали чаще появляться сообщенія объ отравленіи кокаиномъ, и Reclus собралъ уже 8 случаевъ смерти. При такихъ результатахъ анестезія кокаиномъ, конечно, не могла явиться соперницей наркоза, даже въ самыхъ небольшихъ областяхъ, ибо для врачей и больныхъ было совершенно празднымъ споромъ, что угрожаетъ опасностью жизни: хлороформъ или кокаинъ?» [Schleich <sup>2)</sup>], а «въ 1891 г. Mannheim могъ опубликовать 200 несчастныхъ случаевъ при примѣненіи кокаина, изъ которыхъ 16 окончились смертью» (С. Н. Делицинъ, ор. с., стр. 154). Въ настоящее время въ литературѣ неизвѣстно еще ни одного случая смерти или, по крайней мѣрѣ, явленій отравленія отъ впрыскиванія кокаиномъ-адrenalиновой смѣси; я не наблюдалъ ни разу даже и незначительнаго отравленія. Въ общемъ сообщено сравнительно еще немного случаевъ примѣненія разбираемаго способа анестезіи, но, надо думать, пробѣлъ этотъ будетъ восполненъ до тѣхъ цифръ, на основаніи которыхъ можно будетъ сдѣлать сравнительную статистическую свѣдку обоихъ способовъ.

2) Степень обезболиванія. Обычно примѣняемая ан-

\* Проститъ уважаемаго автора великодушно извинить намъ крайнее промедленіе въ печатаніи его статьи. Ред.

содержащая 0,5% кокаина, въ совершенствѣ обезболиваетъ тѣ мѣста, куда проникла жидкость, и по обезболивашей силѣ не уступаетъ даже крѣпкимъ растворамъ кокаина. Что касается размѣровъ области обезболиванія вокругъ мѣста вкола иглы, то, по моимъ наблюденіямъ, размѣры эти не представляютъ постоянной величины, завися главнымъ образомъ отъ степени рыхлости подкожнаго слоя той области, гдѣ производится впрыскиваніе, и отъ количества впрыснутой въ одно и то же мѣсто жидкости. На подоживѣ, напр., поясъ обезболиванія не простирается дальше 1 см. вокругъ мѣста вкола иглы; тамъ-же, гдѣ кожа легко берется въ складки, этотъ поясъ можетъ доходить до 4 см. Полное обезболиваніе наступаетъ не позже, чѣмъ черезъ 12 мин. и продолжается около 1½ час. Въ отношеніи наступленія момента полного обезболиванія, несомнѣнно, личныя особенности больного играютъ не послѣднюю роль. Мнѣ неоднократно приходилось убѣждаться, что *saeteris paribus* у одного больного (особенно при операціяхъ на грыжахъ) можно безболѣзненно оперировать уже черезъ 5 мин., а у другого полного обезболиванія нужно дожидаться долго.

3) Самымъ интереснымъ въ вопросѣ о кокаинъ-адреналиновой анестезіи нѣкоторые считают обезкровливаніе операціоннаго поля, пропитаннаго смѣсью. Дѣйствительно, это явленіе въ разбираемой анестезіи очень интересно, но особаго значенія не имѣетъ уже потому, что сосудосуживающее дѣйствіе адреналина сказывается полнымъ кровоостанавливающимъ дѣйствіемъ лишь на капиллярахъ. Маленькія артеріи, дающія при перерѣзкѣ ихъ брызжущую струю, отлично брызжутъ и въ подвергнутомъ дѣйствію адреналина операціонномъ полѣ. Но капиллярнаго и т. наз. паренхиматознаго кровотеченія при этомъ совершенно не бываетъ; очень часто операцію удается произвести совершенно безкровно, что очень не рѣдко имѣетъ значеніе для хода операціи и для дальнѣйшаго теченія раны. Но полное отсутствіе капиллярнаго и паренхиматознаго кровотеченія имѣетъ и свою дурную сторону: по прекращеніи дѣйствія адреналина наступаетъ реактивное расширеніе сосудовъ и кровотеченіе, для предупрежденія котораго лучшими мѣрами служатъ уничтожающіе раневую полость швы и давящая повязка; тамъ-же, гдѣ эти приемы непримѣнимы, съ примѣненіемъ кокаинъ-адреналиновой анестезіи нужно быть очень осторожнымъ. Въ подтвержденіе только-что сказаннаго приведу слѣдующій случай.

У. Н. (№ исторія болѣзни 531; 1905 г.), 40 л., крестьянка с. Конюшки, Раненбургскаго уѣзда, обратилась въ больницу изъ-за опухоли во влагалищѣ. При изслѣдованіи найдено, что во влагалищѣ свободно помѣщается опухоль, съ куриное яйцо, на широкой ножкѣ, представляющей собой какъ-бы выворотъ слизистой оболочки влагалищной части матки; наружнаго звѣна нѣтъ; влагалищная часть матки колоссальной величины. Черезъ небольшой разрѣзъ въ ножкѣ опухоли легко удалось пройти зондомъ въ полость матки. Послѣ впрыскиванія въ толщу влагалищной части 6 грм. кокаинъ-адреналиновой смѣси на ножку опухоли зажимъ и опухоль отсѣчена, послѣ чего тотчасъ-же усѣчена влагалищная часть матки; 2 небольшихъ брызнувшихъ сосуда захвачены и перевязаны; въ остальномъ операція прошла безкровно; швы наложены по обычнымъ правиламъ. По окончаніи операціи—никакого кровотеченія. Часа черезъ 1½ послѣ нея вдругъ изъ влагалища появилось такое сильное кровотеченіе, что постель промокла въ нѣсколько минутъ и больная буквально стала плавать въ крови. Введенные во влагалище ватно-марлевые тампоны кровотеченія не остановили. Больная перенесена снова на операціонный столъ. По обнаженіи влагалища зеркалами точно установили источникъ кровотеченія не удалось—кровооточили всѣ промежутки между швами. Вдругъ кровотеченіе сразу прекратилось, и у больной совершенно исчезъ пульсъ. Благодаря быстро принятымъ мѣрамъ (впрыскиванія адреналина, камфоры съ эвнеромъ, коффина, аутотрансфузія, положеніе внизъ головой, обкладываніе горячими бутылками, вливаніе въ прямую кишку горячаго солевого раствора) сердечная дѣятельность восстановилась; кровотеченіе больше не повторялось, и черезъ 2 недѣли больная выписалась нѣсколько малокровной, но съ хорошимъ самочувствіемъ.

Что послужило въ данномъ случаѣ причиной такого опаснаго кровотеченія? 2 перерѣзанные во время операціи небольшія артеріи были перевязаны; дальнѣйшіе швы еще больше способствовали укрѣпленію лигатуръ; наконецъ, по окончаніи операціи кровотеченія не было, явилось-же оно черезъ 1½ часа, т. е. въ то именно время, когда прекращается мѣстное обезболивающее дѣйствіе

смѣси; не можетъ быть никакого сомнѣнія въ томъ, что въ это-же самое время кончается и сосудосуживающее дѣйствіе адреналина; слѣд., кровотеченіе въ данномъ случаѣ можетъ быть объяснено, только какъ реактивное паренхиматозное.

Приведу теперь перечень операціи, при которыхъ я пользовался кокаинъ-адреналиновой анестезіей \*).

Названіе операціи.	Число
Colporrhaphia ant.	37
Colporrhaphia ant.	1
Возстановленіе промежности по <i>Lawson-Tait</i> 'y.	1
Пластическія операціи влагалищной части матки.	7
Fistulorrhaphia	7
Вылушеніе <i>Bartholini</i> 'евой железы	2
Коренныя операціи грыжъ	14
Исѣченіе кишки при ущемленіи ея	1
Операція почечу по <i>Whitehead</i> 's.	2
Удаленіе почечуныхъ узловъ	1
Холощеніе одностороннее (у мужчинъ)	3
Перевязка сѣмывывающаго протока	11
Urethrotomia ext.	2
Обрѣзаніе при фимозѣ	8
Удаленіе атеромъ	38
Удаленіе прочихъ опухолей (липомы, фибромы, папилломы, паеві vasculosi, нейромы)	63
Tonsillotomy.	2
Наложеніе швовъ при большихъ раненіяхъ.	18
Удаленіе рака лица съ послѣдующей пластикой.	11
Исправленіе недостатка губъ пластикой	18
Удаленіе слизистыхъ кистъ полости рта.	7
Оперативное удаленіе постороннихъ тѣлъ (пули, иглы)	24
Операція удаленія вросшаго ногтя.	7
Вылушеніе пальца.	5
Исѣченіе фаланги пальца.	1
Удаленіе опухолей языка	2
Исѣченіе языка	2
Чревосѣченіе	2
Наложеніе костнаго шва	1
Вскрытіе глубокихъ нарывовъ	2
Вылушеніе свищевого хода на шеѣ	1
Вылушеніе большой лимфангиомы шеи	1
Вылушеніе лимфатическихъ железъ шейной области	4
Вылушеніе въ коленномъ суставѣ	1
Круговая перерѣзка подкожныхъ венъ голени (при варикозномъ расширеніи ихъ).	1
Сшиваніе сухожилій	2
Исѣченіе момонки.	2
Горлосѣченіе	2
Расѣченіе заднепроходнаго жома	1
Операція funicosele	1
Удаленіе сухожильныхъ узловъ (вылушеніе).	11
Операція hydrocele по <i>Bergmann</i> 'y.	1

Опухоли средней величины вылущаются совершенно безболѣзненно. Я всегда впрыскиваю смѣсь вокругъ опухоли (въ подкожную клетчатку), надъ нею—по линіи разрѣза и, по возможности, подъ основаніемъ опухоли; послѣднее тѣмъ удобнѣе, чѣмъ болѣе подвижна опухоль.

Всѣ операціи на половомъ членѣ требуютъ впрыскиваній очень незначительныхъ количествъ смѣси и приходить совершенно безболѣзненно. Для обрѣзанія при фимозѣ игла проводится черезъ край крайней плоти между обоими листками его; для впрыскиванія съ 4-хъ сторонъ (слѣва, справа, вверху и внизу) больше 1,0 смѣси не требуется. Наружная уретротомія произведена 2 раза у мальчиковъ, 5 и 9 л., для удаленія застрявшихъ въ мочеиспускательномъ протокѣ большихъ камней. Въ обоихъ случаяхъ дѣти утверждали, что во время операціи никакой боли не чувствовали.

Для производства операціи при вросшемъ ногтѣ мѣстное обезболиваніе даже кокаинъ-адреналиновой смѣсью является неподходящимъ. Дѣло въ томъ, что производство операціи послѣ хорошо произведеннаго впрыскиванія смѣси безболѣзненно; но само впрыскиваніе до того болѣзненно, что, мнѣ кажется, лучше уже произвести операцію безъ всякаго обезболиванія. Для коренного производства этой операціи нужно выкроить доску изъ боковыхъ и задней частей кожи, окружающихъ ноготь, откинуть доску назадъ, сорвать ноготь и выскоблить матрих; послѣдняя манипуляція чрезвычайно болѣзненна; если-же обезболить матрихъ введеніемъ (resp. впрыскиваніемъ) иглы въ

\*) 56 операціи произведены мною въ Козловской лечебницѣ Краснаго Креста, остальные—на кожныхъ и амбулаторныхъ больныхъ Раненбургской земской больницы.

подногтевое пространство, то вся операція производится совершенно безболѣзненно, но самое введеніе иглы подъ ноготь причиняетъ невыносимую боль. Менѣе кореннымъ образомъ, но за то совершенно безболѣзненно я произвожу эту операцію такъ: туго перетягиваю основаніе пальца тонкимъ жгутомъ, замораживаю палецъ въ области ногтя одновременнымъ распыленіемъ эфира и хлористаго этила и подведеннымъ подъ ноготь шпателью быстро срываю весь ноготь.

*Colporrhineorrhaphia*. Кокаинъ—адrenalиновая анестезія какъ-бы создана именно для этой операціи (равно какъ и для *colporrhaphia ant.*) Почти во всѣхъ 38 оперированныхъ мною случаяхъ разрывъ былъ 2-й степени, въ 1/2 случаевъ—*testocelc*. Я всегда выкраивалъ доскутъ по *Simon-Hegar*'у. Операція проходитъ совершенно безкровно и безболѣзненно; болѣе 8.0 смѣси впрыскивать не приходится. Однажды мнѣ пришлось сшивать полный (старый) разрывъ промежности и прямой кишки по способу *Lawson-Tait*'а; мѣстное обезболиваніе кокаинъ-адrenalиновой смѣсью и здѣсь оказалось очень удачнымъ.

Перевязка сѣмянносущаго протока проходитъ при полномъ обезболиваніи.

Одностороннее холожденіе я произвелъ 3 раза: 1) у старика, 70 л., страдавшаго гипертрофіей предстательной железы; съ одной стороны, я перевязалъ сѣмянносущій протокъ, съ другой-же, вслѣдствіе большой водянки яичка, удалилъ послѣднее; 2) у старика, 52 л., съ правосторонней громадной паховой грыжей и водянкой праваго яичка; въ одинъ приемъ сдѣлана коренная операція грыжи и правостороннее холожденіе. Въ обоихъ этихъ случаяхъ операція произведена безболѣзненно; въ 3-мъ-же случаѣ обезболиванія почти не получилось, не смотря на впрыскиваніе большого количества смѣси.

Старикъ, 73 л., страдавшій небольшою лѣвостороннею водянкой яичка, ущемилъ на работѣ лѣвую 1/2 мошонки и яичко. Прибылъ въ больницу съ большою опухолью мошонки, лѣвая 1/2, которой умертвила, на правой-же 1/2 были кровоподтеки и отеки. Для обезболиванія впрыснуто 20.0 смѣси; произведены лѣвостороннее холожденіе и изсѣченіе 2/3 мошонки. Обезболиваніе достигнуто не было, и больной стоналъ отъ начала до конца операціи.

Я позволю себѣ остановиться здѣсь на причинахъ неудачной мѣстной анестезіи въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Одинъ разъ я началъ чревосѣченіе послѣ впрыскиванія въ брюшныя покровы большого количества кокаинъ-адrenalиновой смѣси при отекахъ живота и брюшной водянкѣ; обезболиванія не получилось. Въ нѣсколькихъ случаяхъ вскрытія небольшихъ и неглубокихъ флегмонъ и нарывовъ обезболиванія также не получалось, не смотря на впрыскиваніе большого количества анестезирующей смѣси. Словомъ, обезболиванія не получалось тамъ, гдѣ впрыснутая обезболивающая жидкость плохо или совсѣмъ не рассасывалась по окружности. Условія для этого имѣются въ мѣстахъ съ нарушеннымъ мѣстнымъ кровообращеніемъ (какъ, напр., отекъ брюшныхъ стѣнокъ при водянкѣ, кровоизліяніи и кровоподтеки, застойная гиперемія вокругъ флегмонъ и нарывовъ и пр.).

Коренная операція грыжи подъ кокаинъ-адrenalиновой анестезіей произведена мною 14 разъ и только у стариковъ. Операція проходитъ совершенно безболѣзненно, за исключеніемъ того акта ея, когда приходится отдѣлать отъ грыжевого жога оболочку мѣшка и сѣмянной канатикъ; произвести этотъ актъ операціи совершенно безболѣзненно мнѣ не удалось ни разу; вслѣдствіе этого я и не рѣшаюсь примѣнять при грыжесѣченіи мѣстную анестезію у людей молодыхъ, какъ гораздо менѣе терпѣливыхъ. Количество смѣси, требовавшееся для анестезіи одной стороны, не превышало 12,0 грм.

Лимфатическія железы на шеѣ вылуцаются при этомъ способѣ анестезіи совершенно безболѣзненно, особенно если приходится удалить подчелюстныя железы вмѣстѣ съ кѣлѣчаткой при ракѣ губы. При бугорчатковомъ лимфаденитѣ мѣстное обезболиваніе смѣсью я примѣняю лишь для вылуценія небольшихъ пакетовъ, при чемъ всегда стараюсь, по возможности, приподнять пакетъ железу и впрыснуть подъ нѣе основаніе обезболивающую смѣсь, что даетъ возможность оперировать совершенно безболѣзненно и въ глубинѣ.

Операція удаленія почечуныхъ узловъ по способу *Whitchhead*'а произведена 2 раза; въ обоихъ случаяхъ больные были очень малокровны и ослаблены предшествовавшими кровопотерями. И въ томъ, и въ другомъ случаѣ операція прошла почти совершенно безкровно; жидкость впрыскивалась въ область наружнаго жома, вокругъ заднепроходнаго отверстія и подъ слизистую оболочку (собственно въ толщу самихъ узловъ) кишки; интересно отмѣтить, что расширить жомъ въ обоихъ случаяхъ удалось почти безболѣзненно.

Чревосѣченіе произведено 2 раза: одинъ разъ съ цѣлью сдѣлать операцію *Talm*'ы—обезболиванія отечныхъ покрововъ не получилось, и пришлось перейти къ хлороформу; другой разъ совершенно безболѣзненно удалось при противоестественномъ заднемъ проходѣ вскрыть брюшную полость, отдѣлить всѣ сращения кишки и изсѣчь ее. Случай этотъ далъ гладкое послѣоперационное теченіе и окончился выздоровленіемъ.

Трахеотомія (нижняя) произведена совершенно безболѣзненно 2 раза: у женщины, 35 л., по поводу сифилитическаго суженія гортани, и у мужчины, 60 л., по поводу рака ея.

Вылуценія пальцевъ производились всегда совершенно безболѣзненно послѣ впрыскиванія смѣси въ самый суставъ и въ окружающія его ткани; изъ большихъ-же суставовъ мнѣ пришлось однажды вылущить колѣнный; больной во время операціи велъ себя очень покойно и чувствовалъ лишь временами легкую боль.

Относительно прочихъ операцій, произведенныхъ съ помощью мѣстнаго обезболиванія кокаинъ-адrenalиновой смѣсью, замѣчу лишь, что обезболиваніе не достигалось иногда постольку, поскольку въ иныхъ случаяхъ вообще трудно или даже невозможно обезболить какой либо участокъ операціоннаго поля; но, долженъ замѣтить, и въ отношеніи этого недостатка мѣстнаго обезболиванія кокаинъ-адrenalиновой смѣси стоитъ выше чистыхъ растворовъ кокаина, ибо ее можно впрыскивать безнаказанно въ большихъ количествахъ, при чемъ она даетъ и болѣеій поясъ обезболиванія.

Такимъ образомъ на основаніи своего, хотя и не очень большого, опыта я позволю себѣ въ заключеніе высказать, что мѣстная анестезія путемъ впрыскиванія кокаинъ-адrenalиновой смѣси достойна вниманія даже и для большой хирургіи. Главныя достоинства этой смѣси заключаются въ томъ, что 1) она при 1/2 % номъ содержаніи въ ней кокаина по обезболивающей силѣ равна гораздо болѣе крѣпкимъ растворамъ послѣдняго и 2) она совершенно безопасна, позволяя такимъ образомъ впрыскивать большія количества ея для производства большихъ операцій.

Источники: 1. Проф. С. Н. Делицинъ. Мѣстное и общее обезболиваніе. «Русская Хирургія», 1904 г.—2. С. Schleich. О мѣстной анестезіи. «Современная клиника», 1902 г. стр. 529.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

### Высшая форма общественной медицины.

За послѣднія нѣсколько десятилѣтій въ жизни врачебнаго сословія всей культурной Европы происходитъ медленный, мало замѣтный, но въ тоже время въ высшей степени важный переворотъ: частная практика, представлявшая до сихъ поръ господствующую форму приложенія врачебнаго труда, мало по мало уступаетъ свое мѣсто различнымъ видамъ общественной медицины. Этотъ переворотъ зависитъ отъ измѣненій въ общихъ социальныхъ условіяхъ современной жизни и, въ свою очередь, ведетъ къ ряду измѣненій въ бытѣ, этикѣ и психикѣ врачебнаго сословія.

Частная практика возникла вмѣстѣ съ появленіемъ свободной городской жизни, но особенный расцвѣтъ она получила только съ развитіемъ современнаго капиталистическаго строя. Только въ атмосферѣ крайняго индивидуализма, характернаго для капиталистическихъ отношеній, только на почвѣ безграничнаго торжества денегъ, только

примѣняясь къ духу купли и продажи, проникшему во всѣ сферы жизни, могла развиться эта уродливая, по существу своему бессмысленная и въ высшей степени вредная форма примѣненія врачебнаго труда.

Индивидуалистическая организація медицины—въ формѣ частной практики—можетъ безпрепятственно существовать лишь до тѣхъ поръ, пока медициной вообще пользуются лишь одни зажиточные слои населенія. Частной практикой можетъ пользоваться лишь тотъ, кто въ случаѣ болѣзни имѣетъ извѣстные запасы, изъ которыхъ онъ можетъ оплачивать врачебный трудъ и лѣчебныя мѣропріятія. Но когда на сцену общественной жизни выступаютъ недостаточно обезпеченные низы населенія, когда въ этихъ низахъ начинается выростать стремленіе къ лучшимъ условіямъ жизни, а вмѣстѣ съ тѣмъ и къ научно поставленной медицинской помощи, когда, наконецъ, эти стремленія поработенныхъ общественныхъ классовъ начинаютъ выражаться въ рядѣ требованій и въ борьбѣ за осуществленіе этихъ требованій, тогда наступаетъ банкротство частной медицины и на смѣну ей начинается зарождаться медицина общественная.

Изъ всѣхъ видовъ общественной медицины у насъ, въ Россіи, раньше другихъ развилась земская медицина. Она возникла вслѣдъ за освобожденіемъ крестьянъ и была однимъ изъ необходимыхъ звеньевъ въ работѣ по устройству быта крестьянъ. Какъ и всѣ реформы 60-хъ годовъ, земская медицина явилась отвѣтомъ на ростъ сознанія въ крестьянскихъ массахъ и на глухо раздававшіеся изъ ихъ среды требованія новыхъ, лучшихъ условій жизни. Чтобы обезпечить многомилліонное бѣдное населеніе деревни медицинской помощью, былъ только одинъ путь—создать для него особый видъ общественной медицины. Такъ возникъ этотъ оригинальный, незнакомый Западной Европѣ институтъ, сыгравшій такую крупную роль въ исторіи русскаго врачебнаго сословія.

Вслѣдъ за земской медициной зародилась у насъ медицина фабричная. Она ведетъ свое начало съ 1866 г., когда былъ изданъ первый циркуляръ объ устройствѣ при фабрикахъ и заводахъ больницъ. Фабричная медицина развивалась крайне медленно, съ длинными періодами застоя, и до сихъ поръ еще она стоитъ на сравнительно низкомъ уровнѣ развитія. Фабричная медицина возникла также на почвѣ стремленія обездоленныхъ классовъ къ научно поставленной медицинской помощи. Въ противоположность крестьянству, фабричные рабочіе заявляли свои требованія не глухо, а открыто, и вели долгую и упорную борьбу за ихъ осуществленіе. Непосредственная зависимость между возникновеніемъ и ростомъ фабричной медицины и развитіемъ сознанія въ массахъ пролетаріата ясна и не нуждается въ доказательствѣхъ.

3-ій видъ общественной медицины, развившійся у насъ въ концѣ прошлаго столѣтія, это—городская медицина. Городскія общественныя Управленія должны были пойти на встрѣчу потребностямъ бѣднаго городского населенія и такъ или иначе обезпечить его врачебной помощью. Другой импульсъ для развитія городской медицины—это необходимость предупрежденія заразныхъ заболѣваній, столь легко возникающихъ въ лачугахъ бѣдняковъ и распространяющихся затѣмъ на жилища богатыхъ классовъ. Общія неблагоприятныя политическія условія страны и сосредоточеніе городского хозяйства въ рукахъ немногихъ капиталистовъ держало, да и до сихъ поръ держитъ городскую медицину на очень низкомъ уровнѣ.

Кромѣ этихъ 3-хъ видовъ общественной медицины—земской, фабричной и городской, за послѣднія десятилѣтія находился еще одинъ видъ общественной медицины, не нашедшій еще примѣненія у насъ въ Россіи, но расцвѣтшій пышнымъ цвѣтомъ въ Западной Европѣ, въ особенности въ Германіи. Я говорю о государственномъ страхованіи на случай болѣзни и потери работоспособности. Возникши въ началѣ 80-хъ годовъ прошлаго столѣтія, государственное страхованіе успѣло съ тѣхъ поръ развернуться въ колоссальную организацію и обнаружить всѣ свои громадныя преимущества передъ другими формами общественной медицины. Въ настоящее время требованіе государственнаго страхованія отъ болѣзни и потери работоспо-

собности вошло въ программы всѣхъ партій, защищающихъ интересы трудящихся классовъ.

Земская, городская и фабричная медицина хорошо извѣстны русскимъ врачамъ. Въ нихъ они принимаютъ непосредственное участіе и за ихъ расширеніе и улучшеніе они борются уже многіе годы. Напротивъ, о страхованіи у насъ господствуютъ очень туманные взгляды, и значительная часть русскаго врачебнаго міра вовсе и не подозреваетъ, какую громадную роль сыграетъ въ будущемъ эта новая, высшая форма общественно-медицинской организаціи. Теперь больше, чѣмъ когда-либо, можно ожидать скорого проведенія въ жизнь крупныхъ демократическихъ реформъ, и не подлежитъ сомнѣнію, что именно государственное страхованіе рабочихъ отъ болѣзни и потери работоспособности будетъ при этомъ поставлено въ первую очередь. Для того, чтобы врачи могли принять достойное участіе въ проведеніи этой реформы, они должны быть знакомыми съ сущностью, практикой, достоинствами и недостатками этого института.

Полное освѣщеніе вопроса о государственномъ страхованіи съ общественной и медицинской точки зрѣнія выходитъ далеко за предѣлы настоящей статьи. Кое-что по этому вопросу мною сказано въ другомъ мѣстѣ \*); главнымъ-же образомъ это будетъ сдѣлано многими другими работниками, которые тѣмъ чаще будутъ обращаться къ этой темѣ, чѣмъ больше будетъ возрастать интересъ къ ней въ средѣ русскихъ врачей. Задача настоящей замѣтки болѣе скромная. Я имѣю въ виду провести сравненіе между государственнымъ страхованіемъ и другими извѣстными до сихъ поръ формами общественной медицины и показать, въ какой степени они различаются между собой и чѣмъ именно дополняютъ другъ друга.

Коренная особенность страхованія—это обезпеченіе заболѣвшему, на ряду съ медицинской помощью, и извѣстнаго *матеріальнаго* пособія. Это—центральный пунктъ, отличающій страхованіе отъ другихъ формъ общественной организаціи медицинской помощи. Здѣсь—сущность и душа государственнаго страхованія. Все остальное является сравнительно второстепеннымъ и несущественнымъ.

Въ самомъ дѣлѣ, если взять городскую, земскую или фабричную медицину и, отрѣшившись даже отъ всѣхъ ихъ случайныхъ и временныхъ недостатковъ, вызванныхъ плохой организаціей дѣла, отсталостью развитія, политическими тормозами и пр., задаться вопросомъ, могутъ-ли онѣ даже при наилучшей постановкѣ вполне удовлетворить потребности немущаго больного? то слѣдуетъ безъ обиняковъ отвѣтить на это: «нѣтъ». Какъ бы хорошо ни была развита земская медицина, она не можетъ дать больному крестьянину возможность нанять вмѣсто себя работника для уборки полей, для ухода за скотомъ и вообще для веденія хозяйства. Она не можетъ спасти крестьянина отъ разоренія, если болѣзнь его затягивается. Не можетъ городская медицина сохранить заработокъ заболѣвшаго бѣняка; не можетъ она кормить его семью, если онъ ложится въ больницу; не можетъ спасти его отъ нищенства, если болѣзнь лишаетъ его трудоспособности. Съ фабричной медициной дѣло обстоитъ нѣсколько иначе, но и она въ концѣ концовъ не можетъ избавить отъ нужды и лишений заболѣвшаго рабочаго. Правда, фабричный законъ, построенный на демократическихъ началахъ, можетъ обязать фабриканта сохранить за больнымъ рабочимъ его заработокъ, но сохраненіе заработка не можетъ продолжаться неопредѣленно долгое время. Если болѣзнь рабочаго затягивается, то никакая защита фабричнаго закона не можетъ спасти его отъ матеріальной нужды. И, если дѣло идетъ о неизлѣчимой болѣзни, окончательно лишающей рабочаго трудоспособности, то ничто опять таки не можетъ спасти его отъ нищенства или голодной смерти. Правда, на фабрикантовъ можетъ быть возложена обязанность платить пенсію рабочимъ, потерявшимъ трудоспособность отъ профессиональных болѣзней; но, вѣдь, кромѣ профессиональных, немало есть еще и другихъ заболѣваній, ведущихъ къ инвалидности. Да гдѣ вообще граница между профессиональными и непрофессиональными болѣзнями? Куда отнести,

\*) «См. Журналъ Широковаго Общества», 1906 г., № 1 и 4. «Врачебная жизнь и врачебная дѣятельность въ Германіи».



напр., чахотку, вырывающую столько жертвъ изъ рабочаго класса? Словомъ фабричная медицина, будь она организована даже самымъ совершеннымъ образомъ, не можетъ разрѣшать главнаго вопроса: вопроса о сохраненіи заработка за заболѣвшимъ или лишившимся трудоспособности рабочимъ. Это можетъ сдѣлать только страхованіе рабочихъ на случай болѣзни и потери работоспособности.

Нужно-ли говорить, какое громадное медицинское значеніе имѣетъ вопросъ о матеріальномъ обезпеченіи больного? Сколько разъ врачъ сознаетъ все безсиліе своего лѣченія передъ лицомъ ужасающихъ условій жизни больного! Какимъ болѣзненнымъ диссоціансомъ отдаются всѣ дѣтскія предписанія врача въ убогой и голодной лачугѣ бѣдняка! И кому, какъ не врачамъ, стремиться къ такому порядку вещей, когда лѣченіе не будетъ встрѣчать тормозовъ въ житейской обстановкѣ больного и когда приложение всѣхъ прибрѣтений врачебной науки не будетъ казаться насильникомъ или обманомъ.

Впрочемъ, объ этой сторонѣ вопроса едва-ли нужно много распространяться. Зависимость между здоровьемъ населенія и матеріальными условіями его существованія достаточно выяснена за послѣднее время. Остановлюсь лишь на одномъ пунктѣ.

Матеріальная обезпеченность больного дастъ ему возможность приступитъ къ лѣченію своевременно. До тѣхъ поръ, пока болѣзнь является для рабочаго человѣка синонимомъ голода, онъ не можетъ начать лѣченіе въ время, онъ перемогается до послѣднихъ силъ, закрываетъ глаза на свои собственныя страданія, убѣждая и себя, и другихъ, что дѣло еще не такъ плохо, что—Богъ дастъ—все пройдетъ и т. д. Самые настойчивые совѣты врача бросить работу, лечь въ больницу оказываются безсильными передъ лицомъ страшнаго призрака голода, который витаетъ надъ семьей больного рабочаго или крестьянина. Больной ложится въ больницу и оставляетъ работу только тогда, когда никакими усиліями воли невозможно уже превозмочь проявленій болѣзни, а это нѣрѣдко знаменуетъ уже переходъ болѣзни въ болѣе тяжелую, болѣе упорную, а иногда и неизлѣчимую форму. Напротивъ, застрахованный рабочій, получающій, кромѣ бесплатнаго лѣченія, еще и матеріальное пособіе съ первыхъ-же дней болѣзни, не имѣетъ основаній работать до послѣдней крайности и запускать болѣзнь. Онъ обращается къ врачу при первыхъ-же признакахъ заболѣванія и, если нужно, то сейчасъ же приступаетъ къ серьезному больничному лѣченію. Санитарное значеніе такого порядка вещей поистинѣ колоссально, и только врачи могутъ вполне оцѣнить его. Страхованіе переноситъ насъ какъ бы въ уголокъ будущаго общественнаго строя, гдѣ врачебная дѣятельность не будетъ встрѣчать никакихъ препятствій въ социальныхъ условіяхъ жизни, гдѣ все, что скажетъ наша наука, будетъ свято проводиться въ жизнь, и гдѣ намъ не придется совершать Сизифову работу и извиваться въ тискахъ проклятыхъ компромиссовъ.

Практика нѣмецкаго страхованія богата статистическими данными, подтверждающими фактъ болѣе ранняго обращенія застрахованныхъ къ медицинской помощи. Въ Frankfurt a/M за 20 лѣтъ существованія мѣстной больницы кассы продолжительность каждаго отдѣльнаго заболѣванія значительно понизилась. Это видно изъ слѣдующаго<sup>1)</sup>: въ 1885 г. средняя продолжительность отдѣльнаго заболѣванія равнялась 23,00 днямъ, въ 1890 г.—26,80, въ 1895 г.—26,03, въ 1896 г.—20,71, въ 1899 г.—18,35, въ 1902 г.—20,34 и въ 1904 г.—17,55. Въ этомъ пониженіи средней продолжительности заболѣванія, безъ сомнѣнія, главную роль играетъ увеличеніе обращаемости. Чѣмъ больше распространяется среди застрахованныхъ потребность въ медицинской помощи, тѣмъ чаще и раньше обращаются они къ врачу и тѣмъ болѣе понижается средняя продолжительность болѣзни. Не подлежитъ, конечно, сомнѣнію, что и дѣйствительная, фактическая продолжительность каждаго отдѣльнаго заболѣванія сократилась вслѣдствіе того, что лѣченіе начиналось болѣе своевременно, тѣмъ прежде. Определить вліяніе этой причины статистическимъ путемъ невозможно. Скажу лишь, что Управленія

больничныхъ кассъ, состоящихъ, какъ извѣстно, изъ представителей рабочихъ и предпринимателей, придерживаются того мнѣнія, что часть расходовъ, потраченныхъ на лучшую постановку медицинскаго дѣла, возмѣщается уменьшеніемъ заболѣваемости среди застрахованныхъ и сокращеніемъ длины каждаго отдѣльнаго заболѣванія.

Изъ этого видно, что страхованіе на случай болѣзни имѣетъ извѣстное значеніе и въ смыслѣ профилактическаго. Еще рѣзче и шире профилактическое значеніе другого вида страхованія, а именно — страхованія на случай потери работоспособности. Страховыя учрежденія, сосредоточивающія въ своихъ рукахъ этотъ видъ страхованія, произвели рядъ колоссальныхъ опытовъ съ цѣлью уменьшить въ средѣ застрахованныхъ число лицъ, лишающихся работоспособности. Эти опыты приобрѣли всемирную извѣстность и, можетъ быть, — впервые съ тѣхъ поръ, какъ царствуетъ капитализмъ — показали, что человѣческая жизнь имѣетъ дѣйствительную матеріальную цѣнность. Для страховыхъ учреждений оказалось выгоднымъ затрачивать громадныя суммы для своевременнаго лѣченія хроническихъ больныхъ, чтобы такимъ путемъ предупредить у этихъ больныхъ потерю работоспособности. За 6 лѣтъ, съ 1898 по 1903 г., страховыя учрежденія Германіи подвергли систематическому лѣченію слишкомъ 150000 больныхъ; изъ нихъ 48000 были помѣщены въ больницы, водолѣчебницы, механо-терапевтическія и ортопедическія институты, 67000 — въ здравницы для легочныхъ больныхъ, 10000 — въ дома для выздоравливающихъ, 31000 были отправлены на морскія, минеральныя, сѣрные или другія купанія и 2000-мъ была предоставлена возможность поправить здоровье въ деревнѣ. На все это было израсходовано слишкомъ 40.000000 мар.<sup>4)</sup> Въ послѣдующіе годы профилактическая дѣятельность страховыхъ учреждений расширилась еще болѣе. Въ одномъ только 1904 г. были приняты въ лѣчебныя заведенія 23477 бугорчатковыхъ и 20608 небугорчатковыхъ больныхъ<sup>2)</sup>. Конечно, ни фабричная медицина, ни городская или земская не могутъ даже и при самой совершенной организаціи дѣла проявить такого рода профилактическую дѣятельность.

2-ая крупная особенность страхованія сравнительно съ другими видами общественной медицины — это интенсивность оказываемой больнымъ лѣчебной помощи. Если сравнить лѣчебную помощь, получаемую русскимъ крестьяниномъ въ самой передовой земской губерніи или рабочимъ въ самой благоустроенной фабричной больницѣ или амбулаторіи, съ той помощью, которую получаетъ отъ своей больничной кассы застрахованный нѣмецкій рабочій, то всѣ преимущества въ качествѣ и количествѣ этой помощи будутъ на сторонѣ послѣдняго. Начать съ того, что кліентъ страховой кассы имѣетъ извѣстную возможность выбирать врача. Обыкновенно больничныя кассы входятъ въ соглашеніе съ нѣсколькими врачами, которые за опредѣленное вознагражденіе со стороны кассъ обязаны лѣчить всѣхъ членовъ кассы. Тамъ, гдѣ господствуетъ система свободнаго выбора врачей, въ распоряженіи кассъ находятся всѣ или большинство врачей данной мѣстности. Фабричный рабочій обязанъ лѣчиться у своего фабричнаго врача, хотя бы этотъ послѣдній не пользовался ни малѣйшимъ его довѣріемъ. Точно также и крестьянинъ прикованъ къ своему участковому врачу. Думскій врачъ имѣетъ также опредѣленный районъ. Напротивъ, членъ больничной кассы можетъ лѣчиться у того врача, къ которому онъ питаетъ довѣріе. Въ неразрывной связи съ этой возможностью выбора врача находится и возможность лѣчиться у врача-спеціалиста. Кассы стараются привлечь на свою службу спеціалистовъ по всѣмъ отраслямъ медицины. Въ большихъ городахъ больной рабочій можетъ даже выбирать между нѣсколькими представителями одной и той-же спеціальности.

Врачъ, работающій среди членовъ кассъ, гораздо непосредственнѣе заинтересованъ въ довѣріи своихъ больныхъ, чѣмъ фабричный или земскій врачъ. Конечно, и земскому

<sup>1)</sup> См. Н. И. Суворовъ. Государственное страхованіе рабочихъ въ Германіи. Изд. «Просвѣщеніе», стр. 157.

<sup>2)</sup> См. отчетъ въ «Deutsche medic. Wochenschrift», 1905 г., № 52 и 1906 г., № 1.

<sup>4)</sup> Эти цифры взяты изъ брошюры: *Eduard Gräf. «Aerzte und Krankenkassen. Frankfurt a/M. 1905 г.»*

врачу приятно сознавать, что окружающее население относится к нему с доверием, ценит его знания и его работу. Но эта заинтересованность чисто идейная: материально отъ отъ этого доверия не зависит. Размѣръ получаемого имъ жалованья не стоитъ въ связи съ числомъ лѣчащихся у него больныхъ. Напротивъ кассовый врачъ поставленъ въ этомъ отношеніи въ такія-же условія, какъ врачъ вольнопрактикующій. Онъ долженъ завоевать себѣ доверіе больного своими знаниями, своей опытностью, своей вѣжливостью и внимательностью. Правда, въ частной практикѣ эта зависимость отъ больного ведетъ иногда къ угодничеству и прилаживанію къ вкусамъ и предразсудкамъ больныхъ. Но кассовые врачи, благодаря существующему контролю со стороны Управленій кассъ, застрахованныхъ отъ такой нравственной болѣзни. Управленія кассъ вѣдѣтъ съ выборными отъ врачебныхъ Союзовъ проверяютъ всякій рецептъ врача, всякое его предписаніе и исключаютъ все то, что не оказывается вызваннымъ безусловной необходимостью.

Но за то, если какое-нибудь лѣкарство, или какой-нибудь способъ, или какое-нибудь лѣчебное приспособленіе оказываются необходимыми въ интересахъ больного, кассы не останавливаются ни передъ какими затратами. Онѣ входятъ въ соглашеніе съ лучшими больницами, съ специальными лѣчебницами, посылаютъ больныхъ на воды, если нужно, то и за границу, заказываютъ для больного необходимые приборы, выписываютъ для него новѣйшія лѣкарства и т. д. Искусственные конечности, зубные протезы, лѣчение массажемъ, водой, электричествомъ, Roentgen'овскими лучами, радіемъ, примѣненіе машинной гимнастики, словомъ, все, что изобрѣла только наука для пользы страждущаго человечества, все это доступно члену кассы. Нужно-ли говорить, что обо всемъ этомъ не можетъ даже мечтать русскій крестьянинъ или рабочій?

Таковы преимущества государственнаго страхованія передъ другими видами общественной организаціи медицинскаго дѣла. Но, если мы спросимъ себя, не исключаетъ ли страхованіе другія формы общественной медицины, дѣлаетъ-ли оно излишнимъ городскую и земскую медицину, то мы должны будемъ отвѣтить на этотъ вопросъ отрицательно. Только при идеальномъ развитіи страхованія, — при такомъ развитіи, какое еще до сихъ поръ нигдѣ не достигнуто, оно можетъ существовать одно, не будучи дополнено другими видами общественной медицины. Дѣло въ томъ, что государственное страхованіе, именно благодаря своимъ громаднымъ достоинствамъ, благодаря интенсивности оказываемой помощи, поневолѣ захватываетъ только ограниченный кругъ лицъ. Оно можетъ приходить на помощь только тѣмъ, кто зарегистрированъ, дѣлаетъ регулярные взносы, имѣетъ болѣе или менѣе опредѣленную работу и болѣе или менѣе постоянное мѣстожителство. Въ Германіи, напр., въ 1902 г. изъ 57,7 милліоновъ населенія было застраховано отъ болѣзни 10,3 милл., отъ несчастныхъ случаевъ 17,6 милл. и отъ потери работоспособности 13,4 милл.<sup>1)</sup> Какъ ни велики эти цифры сами по себѣ, но это все таки далеко не все населеніе Германіи, — это лишь 20—30% его. И какъ бы плохо и недостаточно ни была лѣчебная помощь земской или городской медицины, она все-же охватываетъ все населеніе данной мѣстности, безъ всякаго изъятія, безъ какихъ-бы то ни было исключеній. Разницу между страхованіемъ и, напр., земской медициной можно было-бы постоу вкратцѣ выразить такъ: страхованіе даетъ немногимъ многое, а земская медицина даетъ немногое, но всѣмъ. Конечно, чѣмъ дальше развивается страховое дѣло, тѣмъ все болѣе и болѣе широка масса населенія попадаютъ въ кругъ его благотѣльного дѣйствія. Это можно видѣть опять-таки на примѣрѣ Германіи, гдѣ въ теченіи послѣднихъ десятилѣтій кругъ дѣйствій страховыхъ учрежденій необыкновенно расширился.

Вотъ цифры, показывающія ростъ страхованія въ Германіи.

Число застрахованныхъ (въ милліонахъ)

	отъ болѣзни	отъ несчастныхъ случаевъ	отъ потери работоспособности.
въ 1885 г.	4,0	3,0	—
• 1889 •	6,0	13,4	—
• 1890 •	7,0	—	11,5
• 1895 •	8,0	—	12,1
• 1901 •	10,3	17,4	13,2
• 1902 •	—	17,6	13,4

Не смотря на эти колоссальные успѣхи страхованія, все же слѣдуетъ сказать, что въ рамкахъ современнаго капиталистическаго строя страхованіе не можетъ быть распространено на все населеніе безъ исключенія. По крайней мѣрѣ въ настоящее время такія перспективы кажутся еще слишкомъ смѣлыми. Какъ организовать страхованіе безработныхъ массъ, — тѣхъ массъ, которыя не имѣютъ ни опредѣленнаго дохода, ни опредѣленнаго занятія, ни опредѣленнаго мѣстожителства? Нужно, повидимому, раньше разрѣшить другой вопросъ — вопросъ о страхованіи отъ безработицы. Но, какъ извѣстно, этотъ вопросъ до сихъ поръ нигдѣ не разрѣшенъ, и всѣ попытки его разрѣшенія неизбѣжно оканчивались неудачей.

Но, если даже и въ далекомъ будущемъ нельзя рассчитывать обойтись однимъ только государственнымъ страхованіемъ, то тѣмъ менѣе это возможно для болѣе или менѣе близкаго будущаго, для того переходнаго времени, когда страхованіе еще только будетъ вводиться и когда оно, вслѣдствіе новизны дѣла, по необходимости будетъ ограничено опредѣленными рамками. Такимъ образомъ, насколько мы можемъ охватить взоромъ будущее медицинскаго дѣла въ Россіи, мы должны предположить, что и государственное страхованіе, и городская и земская медицина будутъ еще долго существовать рядомъ, взаимно дополняя другъ друга.

Что касается фабричной медицины, то она, повидимому, дѣйствительно станетъ излишней при введеніи государственнаго страхованія. Какъ разъ фабричные рабочіе и представляютъ изъ себя тотъ контингентъ, который въ первую же очередь и цѣлкомъ — безъ остатка — будетъ захваченъ страхованіемъ. Но, конечно, это не значитъ, что всѣ больницы, приемныя покои и др. учрежденія, существующіе въ настоящее время при фабрикахъ и заводахъ, должны будутъ закрыться. Нѣтъ, все, что есть цѣннаго въ современной фабричной медицинѣ (къ сожалѣнію, немного), все это сохранится въ неприкосновенности: оно переживетъ только хозяина. На тѣхъ или иныхъ условіяхъ всѣ фабрично-медицинскія учрежденія перейдутъ въ вѣдѣніе мѣстныхъ больничныхъ кассъ или страховыхъ учрежденій.

Городская и земская медицина должны будутъ также претерпѣть рядъ измѣненій, чтобы приспособиться къ своему новому сосѣду — къ государственному страхованію. Выяснить сейчасъ въ подробностяхъ эти измѣненія невозможно, да пожалуй и излишне. Мы еще слишкомъ далеки отъ практической постановки этого вопроса. Поэтому я позволю себѣ указать только на одно наиболѣе крупное измѣненіе, неизбѣжность котораго легко предвидѣть уже и въ настоящее время. Дѣло въ томъ, что съ введеніемъ страхованія интенсивность медицинской помощи, оказываемой земской и городской медициной, должна будетъ значительно возрасти. Особенно это относится къ медицинѣ городской. Государственное страхованіе сильно повыситъ требованія населенія въ отношеніи качества доставляемаго ему лѣченія. Рядомъ съ человекомъ, получающимъ отъ больницы кассы возможность рациональнаго и систематическаго лѣченія въ наилучшихъ условіяхъ, другой человекъ, принужденный довольствоваться чуть не символическимъ лѣченіемъ въ видѣ посѣщенія переполненной городской амбулаторіи, будетъ чувствовать себя вдвойнѣ обездоленнымъ и недовольнымъ. Городскимъ муниципалитетамъ нельзя будетъ ограничиться, какъ нынѣ, постройкой 2—3-хъ плохихъ больницъ, удовлетворяющихъ ровно десятую часть существующей потребности, или назначеніемъ амбулаторныхъ врачей по 1 на 2 или на 3 десятка тысячъ населенія. Отойдутъ тогда въ область преданія эти, по истинѣ, мнѣніе амбулаторные приемы, въ которыхъ врачъ въ нѣсколько часовъ принимаетъ 200 больныхъ, или эти знаменитыя городскія больницы, въ которыхъ на одной койкѣ

<sup>1)</sup> Само собой разумѣется, что для опредѣленія общей суммы застрахованныхъ нельзя складывать эти цифры, такъ какъ одно и то же лицо обыкновенно застраховывается во всѣхъ видахъ страхованія.

помѣщается двое больныхъ, въ которыхъ больные лежатъ въ корридорахъ, на полу и пр. Само собой разумѣется, что организованныя на новыхъ, демократическихъ началахъ городскія и земскія учрежденія охотно пойдутъ на встрѣчу развившейся потребности населенія въ рациональной медицинской помощи.

Русскіе врачи, большинство которыхъ воспитались въ атмосферѣ общественной медицины и остались въ сторонѣ отъ растѣвающего вліянія частной практики, легко усвоить всѣ преимущества государственнаго страхованія этой высшей формы общественной организаціи медицинскаго дѣла. Въ борьбѣ за введеніе этого института они не останутся въ заднихъ рядахъ, ибо врачъ, если только онъ въ состояніи понимать и чувствовать свое святое призваніе, долженъ быть передовымъ борцомъ за все «разумное, доброе, вѣчное». «Разумное, доброе, вѣчное» и есть какъ разъ то, что необходимо въ интересахъ народнаго здоровья въ самомъ широкомъ смыслѣ этого слова. *Н. Виноградникъ.*

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физиологія и общая патологія.** 598. *Г. П. Зеленый* исследовалъ у собакъ способность опознаванія въ области звуковъ. Собаки имѣли постоянные слюнные свищи, и отдѣленіе у нихъ слюны при извѣстныхъ условіяхъ служило показателемъ и мѣриломъ психической дѣятельности животнаго. Однѣхъ собакъ авт. кормилъ многократно мяснымъ порошкомъ при одновременномъ развитіи звука определенной высоты и тембра, такъ что у нихъ послѣ извѣстнаго ряда кормленій получалась ассоціація между даннымъ звукомъ и ѣдой мясного порошка, и при развитіи одного этого звука (безъ кормленія) всякій разъ отдѣлялась слюна. Другіе же звуки, даже весьма мало различающіеся отъ основнаго, напр., стоящіе лишь на  $\frac{1}{4}$  тона выше или ниже его, слюноотдѣленія не вызывали. Прибавленіе новой ноты къ старой дѣйствовало на слюноотдѣленіе, вызываемое старой нотой, задерживающимъ образомъ. При кормленіи другихъ собакъ одновременно съ ѣдой всегда звучалъ аккордъ изъ определенныхъ 3-хъ нотъ фисгармоніи. Когда въ послѣдствіи образовалась ассоціація между кормленіемъ и взятымъ аккордомъ (т. е. образовался искусственный условный слюногонный рефлексъ отъ аккорда), испытывались различныя его видоизмѣненія; напр., при 2-хъ прежнихъ нотахъ ставили, вмѣсто 3-ей, новую ноту, соответствующую съ нею, или оставляли всѣ 3 старыя ноты, но брали ихъ октавой выше, или ниже: во всѣхъ такихъ случаяхъ слюноотдѣленія или не было вовсе, или оно было выражено крайне слабо. Аккордъ изъ 2-хъ обычныхъ нотъ (безъ 3-ей) дѣйствовалъ, но слабѣе, чѣмъ изъ 3-хъ. Такимъ образомъ опыты автора при помощи объективнаго, вполне надежнаго, способа показали, что ухо собаки способно отличать весьма тонко различныя звуки, взятые какъ въ отдѣльности, такъ и въ сочетаніи съ другими (Труды Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ, 1906 г., апрѣль).

*В. Б.* 599. Д-ръ *Воскобойникова-Гранстремъ* исследовала способность собаки различать колебанія температуры при нагрѣваніи ея кожи. Работа автора стоитъ въ тѣсной связи съ другими исследованиями по экспериментальной психологіи, производившимися раньше и производящимися теперь въ лабораторіи проф. *И. П. Павлова*. Путемъ многократнаго вливанія въ ротъ собакъ со слюнными свищами раствора  $\text{HCl}$  при одновременномъ нагрѣваніи определенной участка кожи до  $50^{\circ}\text{C}$ . авт. достигла того, что уже одно нагрѣваніе этого участка кожи до указанной температуры въ послѣдствіи стало всегда вызывать у собаки отдѣленіе слюны, что указывало на образованіе прочной ассоціаціи между обоими упомянутыми раздражителями. Далѣе оказалось, что нагрѣваніе и другихъ участковъ кожи вызывало подобное же слюногонное дѣйствіе, хотя раньше (до образованія указанной ассоціаціи) ничего подобнаго не замѣчалось. При нагрѣваніи до высшей температуры слюноотдѣленіе происходило, пока нагрѣваніе не

спускалось до  $30^{\circ}\text{C}$ . (Труды Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ, 1906 г., май).

*В. Б.*

**Внутреннія болѣзни.** 600. Въ 1903 г. проф. *Noorden* предложилъ лечить больныхъ съ сахарнымъ мочеизнуреніемъ овсяной діетой, состоящей изъ 250 грм. овсяной муки либо рисовой *Knorr'a*, 100 грм. робората или другого какого-либо растительнаго бѣлка и 300 грм. масла; изъ этихъ веществъ готовится овсянка, которую больные получаютъ каждые 2 часа. Д-ръ *А. Ландау* въ отдѣленіи д-ра *Ө. Б. Дунина* въ Варшавской больницѣ младенца *Иисуса* у 2-хъ больныхъ съ сахарной болѣзью примѣнилъ овсяную діету.

1. Больной, 35 л., жалуется на сильную жажду, большой позывъ на ѣду и общую слабость. Болѣзнь тянется около  $\frac{1}{2}$  года. Рѣзкое истощеніе; вѣсъ 52,7 кило. Около 3-хъ мѣсяцевъ — половая слабость. Сердце и легкія безъ измѣненій. Калѣбныхъ рефлексовъ нѣтъ. При обычной смѣшанной болѣзненной діетѣ больной выделялъ за сутки 7,5 литровъ мочи съ 6,7% сахара. Первые 2 недѣли пребыванія въ больницѣ онъ находился на строгой безуглеводистой діетѣ, съ небольшимъ подвозомъ бѣлка, но зато съ большимъ содержаніемъ жира (масла и жировъ онъ получалъ 150—200 грм.). Моча продолжала содержать сахаръ, и, кромя того, были на лицѣ рѣзкія явленія ацидоза: въ теченіи 2-хъ недѣль моча содержала  $\beta$ -оксимасляную кислоту и давала рѣзкую реакцію на ацетоуксусную кислоту. На овсяной діетѣ больной оставался только 4 дня, такъ какъ далѣе переносить овсянки не могъ. Подъ вліяніемъ овсяной діеты ацидозъ значительно ослабѣлъ:  $\beta$ -оксимасляной кислоты въ мочѣ не было вовсе, количество ацетоуксусной кислоты упало до ничтожныхъ слѣдовъ; на содержаніе сахара діета эта не повліяла. Содержаніе амміака въ мочѣ было увеличено (что противорѣчитъ наблюденіямъ *Noorden'a*).

2. Больной, 39 л., заболѣлъ внезапно послѣ психическаго потрясенія сильной жаждой, усиленнымъ позывомъ на ѣду и общей слабостью. При смѣшанной болѣзненной діетѣ мочи выделялось за сутки 5,5 литровъ съ 7,2% сахара; суточное количество ацетона — 1,5 грм. при отсутствіи ацетоуксусной и  $\beta$ -оксимасляной кислотъ. Больной оставался на овсяной діетѣ только 3 дня изъ-за отвращенія къ овсянкѣ; но уже за этотъ короткий промежутокъ времени можно было отмѣтить, что содержаніе сахара въ мочѣ значительно понизилось, уменьшился также ацидозъ (до 0,15 грм. ацетона въ сутки). При переходѣ больного на строгую діету ацетонурія усилилась сейчасъ же.

Въ обоихъ наблюденіяхъ обращаетъ на себя вниманіе значительное уменьшеніе ацидоза подъ вліяніемъ овсяной діеты (*Medycyna*, 22 сентября).

*С. Островскій.*

601. *М. П. Кирьевъ*. О кривой температуры при сыпномъ тифѣ (по матеріалу Сокольнической городской больницы въ Москвѣ). Д-ръ *К.* пользовался матеріаломъ, накопившимся за послѣдніе 4 года (1902—1905). Изъ общаго числа (989) больныхъ сыпнымъ тифомъ использованы исторіи болѣзней только тѣхъ, которые выписались выздоровѣвшими и у которыхъ сыпной тифъ протекалъ безъ всякихъ осложненій, могущихъ оказать вліяніе на температуру основн. болѣзни; всего же рассмотрѣно 690 температурныхъ кривыхъ. Разсматривая полученные результаты, авт. отмѣчаетъ, что температура при сыпномъ тифѣ бываетъ преимущественно (въ  $74\%$ ) постояннаго типа, сравнительно рѣдко (въ  $18\%$ ) послабляющаго и совсѣмъ рѣдко (въ  $8\%$ ) смѣшаннаго. Спадаетъ она въ  $\frac{1}{2}$  случаевъ (въ  $50\%$ ) критически, но чистые случаи кризиса, когда спаденіе происходитъ безъ перерыва не долѣе 12 час., встрѣчаются рѣдко (въ  $14\%$ ), еще рѣже (въ  $12\%$ ) наблюдается т. наз. *perturbatio critica*, значительно чаще (въ  $25\%$ ) — замедленный кризисъ. Всѣ взятыя вмѣстѣ эти разновидности критическаго спаденія температуры встрѣчаются въ  $\frac{1}{2}$  всѣхъ случаевъ. Нѣсколько рѣже (въ  $42\%$ ) наблюдаются случаи литическаго окончанія лихорадки, при чемъ лизисъ бываетъ кратковременнымъ; въ  $\frac{1}{2}$  случаевъ (въ  $50\%$ ) — 3-дневный, немного рѣже (въ  $44\%$ ) — 4-дневный и очень рѣдко (въ  $6\%$ ) — 5-дневный. Смѣшанный типъ спаденія температуры наблюдается рѣдко (въ  $8\%$ ). Самое раннее прекращеніе лихорадки наблюдалось на 8-ой день лишь въ 1 случаѣ, самое позднее — на 20-ый. Наибольшее число спаденій (относительное) приходится на 16-ый день. Въ общемъ температура спадаетъ чаще всего между 14—17 днями. Выводы: заболѣваніе сыпнымъ тифомъ наступаетъ внезапно; температура, поднимаясь въ иныхъ случаяхъ рѣзко, въ другихъ постепенно, быстро (въ нѣсколько дней) достигаетъ своего maximum'a и держится преимущественно въ формѣ *febris continua* около недѣли; дня за 2—3 до начала спаденія

температуры въ общемъ характеръ кривой начинается колебаніе, а затѣмъ наступаетъ спаденіе, которое происходитъ или критически, или почти столь-же часто литически, при чемъ лихорадка тянется 3—4 дня, очень рѣдко 5. Окончательное спаденіе температуры происходитъ чаще всего между 14—17-мъ днями. Въ легкихъ случаяхъ спаденіе можетъ произойти раньше, въ болѣе тяжелыхъ — затянуться на нѣсколько дней сравнительно съ указанными предѣлами (Медицинское Обозрѣніе, № 15). *И. Вирскій.*

**Хирургическія болѣзни.** 602. Проф. *Krönlein* говоритъ о *хирургическомъ леченіи язвы желудка*. Внутреннее леченіе даетъ плохіе результаты въ 25%, всѣхъ случаевъ, и смертность=10—13%. Случай, не поддающіеся внутреннему леченію, очень часто поддаются оперативному. Смертность при оперативномъ леченіи=8—10%. Отдаленные результаты оперативнаго леченія: 61% — полного выздоровленія и 24% — значительнаго улучшенія. Въ 3% наблюдается все-же переходъ язвы въ раковую опухоль. Выздоровленіе наступаетъ, благодаря заживленію язвы и восстановленію нормальной дѣятельности желудка, а именно: расширение желудка медленно исчезаетъ, повышенная кислотность понижается, а уменьшенная повышается, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ до операціи не было НСІ, она появляется. Нормальный способъ операціи — желудочно-кишечное соустье. Результаты, достигаемые операціей, тѣмъ лучше, чѣмъ рѣзче были расстройства двигательной и отдѣлительной способности желудка. Излѣченіе язвъ нецѣлесообразно вслѣдствіе множественности ихъ, трудности самой операціи и невозможности точно опредѣлить положеніе язвы. Пластика привратника и разсѣдиненіе сросшихся тоже должны быть оставлены. Излѣченіе привратника показано только при подозрѣніи на переходъ язвы въ ракъ. Показанія къ операціи: безплодность продолжительнаго планомѣрнаго внутренняго леченія, стуженіе привратника, высокая степень функциональных расстройствъ, часто повторяющіяся кровотечения. При сильныхъ кровотеченияхъ лучше выждать, пока больной оправится отъ остраго приступа кровотечения; если-же въ такихъ случаяхъ дѣло дойдетъ до операціи, то все же желудочно-кишечное соустье нужно предпочесть непосредственному отыскиванію кровоточащаго мѣста. Т. наз. раннюю операцію при язвѣ желудка *Krönlein* отвергаетъ. Всѣ предствленные положенія основаны на наблюденіи 101 случая (Archiv für klin. Chirurgie, т. LXXIX). *Б. Ф.—н.*

603. Д-ръ *Frisch* (изъ клиники проф. *Eiselsberg'a*) сообщаетъ *результаты леченія различными способами расширеній периферическихъ сосудовъ*. Изъ 19 больныхъ у 9 было расширеніе подкожной артеріи, у 5 — бедренной, у 2 — плечевой; по 1 случаю было расширенія передней большеберцовой, внутренней сонной и височной артерій. Въ 15 случаяхъ расширеніе было травматическаго, въ 4 — произвольнаго происхожденія. Въ 7 случаяхъ причиною травматическаго расширенія была колотортзанная рана, въ 2 — огнестрѣльная, въ 1 — раненіе костнымъ осколкомъ, въ 3 — одиночная, въ 2 — повторная травма безъ поврежденія наружныхъ покрововъ. Основываясь на полномъ сходствѣ патолого-анатомическихъ измѣненій при расширеніяхъ травматическаго и нетравматическаго характера, авт. думаетъ, что въ образованіи расширеній послѣдняго типа главную роль все-же играетъ постоянно повторяющаяся, хотя бы и легкая, травма. Въ случаѣ расширенія сонной артерій, по всей вѣроятности, причиною его было раненіе ея стѣнки при попыткѣ удалить *Gasser'овъ* узелъ; операція не удалась вслѣдствіе сильнаго кровотечения. Изъ способовъ операціи авт. считаетъ наилучшимъ полное излѣченіе мѣшка, по возможности, безъ излѣченія вены. Въ 12 случаяхъ былъ примѣненъ именно такой способъ; но только въ 4-хъ случаяхъ изъ 12 удалось сохранить вену. Въ 8 случаяхъ излѣченъ и кусокъ вены: въ 2-хъ вена была поранена при операціи, въ 4-хъ была артеріо-венная аневризма, въ 2-хъ — первичное раненіе вены. Въ остальныхъ 7 случаяхъ 2 раза была примѣнена перевязка приводящаго и отводящаго концовъ съ вскрытіемъ и тампонадою мѣшка, 3 раза — простая перевязка приводящаго конца, 2 раза — вскрытіе и выскабливаніе мѣшка безъ перевязки сосудовъ (нагноеніе, отсутствіе біенія). Техника операціи:

глубокое усыпленіе, бинтованіе приподнятой конечности отъ основанія пальцевъ до туловища упругимъ бинтомъ (мѣсто гдѣ расположенъ мѣшокъ, обходить), широкій кожный разрѣзъ, отдѣленіе мѣшка отъ подлежащихъ тканей, по возможности, двойная перевязка впадающихъ въ мѣшокъ мелкихъ сосудовъ, послѣ этого — вскрытіе мѣшка и удаленіе лежащихъ въ немъ сгустковъ, въ самомъ концѣ — перевязка приводящаго и отводящаго концовъ главнаго сосуда. Перевязываютъ исключительно шелкомъ. Перевязка сагитомъ опасна въ смыслѣ послѣдовательнаго кровотеченія. По снятіи бинта останавливаютъ кровотеченіе изъ мелкихъ сосудовъ. Результаты: 1 больной погибъ отъ омертвѣнія и рожи, въ 2-хъ случаяхъ — пришлось усѣчь стопу resp. бедро, въ 3-хъ развилось ограниченное омертвѣніе кожи; въ остальныхъ — гладкое теченіе. Изслѣдованіе 15 оперированныхъ спустя 1—8 лѣтъ показало, что только 5 не имѣли никакихъ расстройствъ; остальные страдали слабостью конечности, уменьшеніемъ объема мышцъ, легкою утомляемостью, ощущеніемъ холода, болями, отеками (Archiv für klin. Chirurgie, т. LXXIX). *Б. Ф.—н.*

**Дѣтскія болѣзни.** 604. *Б. А. Элизъ* и *Н. И. Ланцовой* говорятъ о *сывороткѣ Moser'a, какъ лечебномъ средствѣ при scarlatina*. Материаломъ для работы авторовъ послужили scarlatinные больные Московскихъ городскихъ дѣтскихъ больницъ Св. Владиміра и Морозовской за 1904 и 1905 гг., леченные сывороткой *Moser'a*, получавшейся изъ Московскаго бактериологическаго Института. Всѣхъ больныхъ, подвергнутыхъ леченію этой сывороткой, *Moser'a*, было 400, въ томъ числѣ 26 со смѣшанными формами. Выводы: 1) При леченіи тяжелыхъ случаевъ scarlatina сывороткой *Moser'a* % смертности уменьшается съ 47,4% до 16,1%. 2) Сыворотка обладаетъ преимущественно антиокисическимъ дѣйствіемъ. 3) Вліяніе ея на осложненія scarlatina незначительно. 4) Сыворотку слѣдуетъ впрыскивать въ теченіе первыхъ 3-хъ дней болѣзни и въ крайнемъ случаѣ на 4-й день. 5) Температура падаетъ тѣмъ рѣзче, чѣмъ раньше сыворотка впрыснута; въ случаяхъ чистыхъ она падаетъ быстрее, чѣмъ въ осложненныхъ. 6) Пока нѣтъ способа дозировать сыворотку, слѣдуетъ впрыскивать заразъ 200 к. стм., дѣлая исключеніе для дѣтей младшаго возраста, которымъ достаточно бываетъ впрыснуть 150—100 к. стм. 7) Индивидуальность лошади имѣетъ большое вліяніе на силу сыворотки, вслѣдствіе чего попадаютъ серіи болѣе или менѣе дѣйствительныя. 8) Въ случаѣ смѣшаннаго зараженія scarlatina и дифтеріей при одновременномъ впрыскиваніи *Moser'овской* и антидифтерійной сыворотокъ также можно было отмѣтить значительный эффектъ, хотя и менѣе рѣзкій, чѣмъ при чистой scarlatina. 9) Предохранительныя впрыскиванія, сдѣланныя на небольшомъ матеріалѣ, подтверждаютъ выводы *Moser'a*. 10) Частота сывороточныхъ осложнений и тяжесть ихъ, вслѣдствіе большого количества сыворотки, является отрицательной ея стороной (Медицинское Обозрѣніе, № 13 и 15). *И. Вирскій.*

**Нервные и душевныя болѣзни.** 605. Д-ръ *Л. М. Пуссенъ* произвелъ въ анатомо-физиологической лабораторіи клиники проф. *В. М. Бехтерева* рядъ опытовъ на животныхъ (собакахъ) для изслѣдованія *вліянія табачнаго дыма и никотина на мозговое кровообращеніе*. Вполнѣ удачныхъ опытовъ получилось 6—3 съ табачнымъ дымомъ и 3 съ впрыскиваніемъ никотина, при чемъ выяснилось, что послѣдній дѣйствуетъ на внутричерепное кровообращеніе нѣсколько сильнее перваго. При началѣ вдыханія дыма наблюдается нѣкоторое повышеніе общаго кровяного давленія, то большее, то меньшее, при чемъ измѣненіе со стороны разности давленій и ихъ отношенія указываютъ на нѣкоторое, очень небольшое, расширеніе сосудовъ. Это явленіе не можетъ быть отнесено на счетъ химическаго дѣйствія дыма — вслѣдствіе слишкомъ короткаго промежутка времени — и вполнѣ объясняется чисто отраженнымъ раздраженіемъ. Вскорѣ, однако, незначительное сперва повышеніе кровяного давленія переходитъ въ значительное, разность и отношеніе увеличиваются, что обуславливается уже механическимъ дѣйствіемъ табачнаго дыма. Это повышеніе кровяного давленія и рас-



ширение сосудовъ головного мозга держится дов. долго, иногда до 5 мин.; пульсъ у животныхъ замедляется, волны его значительно увеличиваются въ высоту. Черезъ 5—6 мин., а иногда и раньше, начинается падение кровяного давления, что можно разсматривать, какъ реакцію послѣ слишкомъ высокаго повышенія. Къ концу опыта кровяное давление приходитъ почти къ начальнымъ цифрамъ. Такимъ образомъ табачный дымъ вызываетъ сначала расширение сосудовъ головного мозга, а затѣмъ послѣдовательное суженіе ихъ: кровенаполненіе головного мозга сперва увеличивается, а затѣмъ уменьшается. Дѣйствіе никотина на головной мозгъ нѣсколько отлично въ томъ смыслѣ, что повышенію кровяного давления предшествуетъ легкое пониженіе его и какъ-бы суженіе сосудовъ. Если принять во вниманіе, что при впрыскиваніи раствора никотина въ кровь никакихъ болѣзненныхъ или раздражающихъ явленій не наблюдается, то нужно думать, что отчасти это суженіе можно объяснить химическимъ дѣйствіемъ никотина на стѣнки венъ. Вслѣдъ за ничтожнымъ пониженіемъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ тотчасъ-же послѣ впрыскиванія раствора никотина кровяное давление повышается, сосуды расширяются, при чемъ это расширение достигаетъ большихъ размѣровъ. Чѣмъ насыщеннѣе растворъ, тѣмъ сильнѣе повышеніе давления и расширеніе сосудовъ и тѣмъ продолжительнѣе его дѣйствіе, но за то тѣмъ сильнѣе послѣдующее паденіе кровяного давления и суженіе сосудовъ. Такимъ образомъ табачный дымъ и никотинъ оказываютъ значительное вліяніе на черепно-мозговое кровообращеніе, и, если сопоставить эти наблюденія съ изслѣдованіями проф. А. Е. Щербака, то окажется, что повышенію возбудимости головного мозга сопутствовало увеличеніе его кровенаполненія и, наоборотъ, пониженіе возбудимости головного мозга связано съ уменьшеніемъ его кровенаполненія. Эти экспериментальныя данныя, полученные у животныхъ, почти вполнѣ совпадаютъ съ наблюденіями у людей подъ вліяніемъ куренія: сначала учащеніе сердцебіенія, покраснѣніе лица, а затѣмъ замедленіе пульса, поблѣднѣніе, цѣлый рядъ припадковъ повышеннаго внутричерепнаго давления (головокруженіе, тошнота, рвота и судороги). Многія изъ этихъ клиническихъ явленій находятъ себѣ объясненіе въ доказанныхъ экспериментальныхъ измѣненіяхъ внутричерепнаго кровообращенія (Обозрѣніе психіатріи, неврологіи и экспериментальной психологіи, №№ 2 и 4). Ч. пр. Б. Г.

**Судебная медицина.** 606. Д-ра S. Horoszkiewicz и Hugo Marx (Berlin) сообщаютъ новый простой способъ нахожденія окиси углерода въ крови. Изслѣдуемую кровь смѣшиваютъ съ 8%-мъ растворомъ солянокислаго хинина въ отношеніи 2:4 (2 к. стм. крови на 4 к. стм. раствора хинина). Смѣсь нагреваютъ медленно надъ пламенемъ Витген'овской горѣлки до тѣхъ поръ, пока она не вскипитъ. Послѣ охлажденія къ жидкости прибавляютъ 2—3 капли совершенно свѣжаго сѣрнистаго аммонія и смѣсь тотчасъ-же сильно взбалтываютъ. Кровь, содержащая окись углерода, принимаетъ при этомъ ярко-красный (карминовый) цвѣтъ, нормальная-же кровь принимаетъ грязную коричнево-зеленую окраску. Ярко-красная окраска крови, содержащей окись углерода, сохраняется очень долго, такъ что результатъ изслѣдованія можетъ быть, какъ доказательство, представленъ суду (Berliner klin. Woch., № 35). А. Коварскій.

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 607. Д-ръ Sequi-ga (London) примѣнилъ x-лучи для лѣченія стригущаго лишая въ 115 и парши въ 8 случаяхъ. Такъ какъ непосредственнаго убивающаго дѣйствія на грибки, вызывающіе эти болѣзни, x-лучи не оказываютъ, то авт. стремился къ удаленію всѣхъ волосъ на пораженныхъ участкахъ кожи головы. Лѣченіе велось слѣдующимъ образомъ: волосы на больныхъ участкахъ коротко остригались и подвергались дѣйствію x-лучей въ теченіи 16 мин., послѣ чего большой участокъ покрывался коллодіемъ для предохраненія здоровыхъ волосъ отъ зараженія выпадающими больными. Больные волосы начинали выпадать съ конца 2-ой недѣли. Примѣняя жесткія трубки, при числѣ прерываній тока не болѣе 600 въ минуту и при разстояніи анода отъ

кожи головы въ 15 стм., S. получилъ во всѣхъ случаяхъ хорошіе результаты. Всѣ 115 больныхъ потребовали 455 сеансовъ, при чемъ во многихъ случаяхъ пораженіе было распространено на всю волосистую часть головы. Только въ 2-хъ случаяхъ не удалось получить полного выпаденія волосъ на больныхъ мѣстахъ. Волосы начали отращивать снова въ 15 случаяхъ въ концѣ 1-го мѣсяца, въ 46—въ концѣ 2-го, въ 23-хъ—только послѣ 3-хъ, въ 2-хъ—по прошествіи 4-хъ мѣсяцевъ. Распознаваніе во всѣхъ случаяхъ подтверждалось микроскопическимъ изслѣдованіемъ. Сколько-нибудь значительныхъ осложнений при лѣченіи не было (The British Medical Journal, 28 июля). Л. С.

608. Сотрудникъ покойнаго проф. Schaudinn'a, проф. E. Hoffmann и д-ръ A. Halle предлагаютъ улучшенный способъ окраски блѣдной спирохеты въ препаратахъ-мазкахъ. По этому способу окраска производится такъ: въ плоскую, около 5 стм. діаметромъ, чашку наливаютъ 5 к. стм. 1%-го раствора осміевой кислоты и прибавляютъ 10 капель ледяной уксусной кислоты. Чтобы избѣжать испаренія осміевой кислоты, чашку со смѣсью ставятъ въ высокую чашку Petri. На чашку съ осміевой кислотой кладутъ нѣсколько вычищенныхъ предметныхъ стеколъ и подвергаютъ ихъ дѣйствію осміевыхъ паровъ въ теченіи, по крайней мѣрѣ, 2-хъ минутъ. На «осмированную» такимъ образомъ поверхность предметнаго стекла теперь, по возможности, скоро и однимъ движеніемъ намазываютъ свѣже-взятый матеріалъ. Для намазыванія пользуются лучше всего платиновымъ шпателемъ, или краемъ покровнаго стекла. Еще влажный препаратъ сейчасъ-же кладутъ опять для окончательнаго закрѣпленія на чашку съ осміевой кислотой на 1—2 минуты. Дольше не слѣдуетъ держать въ парѣхъ осміевой кислоты, такъ какъ отъ продолжительнаго дѣйствія послѣдней страдаетъ окраска. Послѣ закрѣпленія, если это нужно, препараты еще сушатся, затѣмъ ихъ погружаютъ на 1 минуту въ очень разведенный, слабо-красный растворъ марганцево-кислаго калия; послѣ этого ополаскиваютъ ихъ водой и сушатъ между пропускной бумагой. За симъ слѣдуетъ окрашиваніе по способу Giemsa. Преимущество описаннаго способа закрѣпленія заключается въ томъ, что, благодаря ему, спирохеты рѣзче выступаютъ и ихъ легче поэтому найти; кромѣ того, ихъ можно ясно различать и въ болѣе толстыхъ мѣстахъ препарата (Munch. med. Wochenschr., № 31). А. Коварскій.

## ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ  
и корреспонденціи.

LXXV. Съ научнымъ Совѣщаніи врачей Мариинской  
больницы въ Петербургѣ.

Протоколъ Совѣщанія 14-го мая 1905 г.

Читанъ и утвержденъ протоколъ Совѣщанія 7-го апрѣля 1905 г. Ч. пр. О. Е. Гейслеръ. Объ употребленіи въ пищу бугорчатковаго мяса. Указавъ на то впечатлѣніе, которое было вызвано сообщеніемъ Koch'a о различіи бугорчатки человѣка и рогатаго скота и о невосприимчивости человѣка къ бугорчаткѣ животныхъ, докладчикъ привелъ рядъ соображеній и фактовъ, доказывающихъ ошибочность заявленій Koch'a, при чемъ старался дать объясненіе, почему послѣдній могъ придти къ подобнаго рода ложнымъ выводамъ (убѣжденіе Koch'a въ постоянствѣ бактерійнаго вида; главное значеніе, отводимое имъ болѣзнетворному началу, и весьма второстепенная, по его мнѣнію, роль самаго животнаго организма въ процессѣ возникновенія болѣзни). Перейдя затѣмъ къ предмету своего сообщенія, докладчикъ привелъ мнѣнія различныхъ изслѣдователей по этому вопросу, изъ коихъ одни не считаютъ возможнымъ допускать въ продажу даже мясо животныхъ, страдавшихъ ограниченной бугорчаткой, тогда какъ другіе требуютъ запрещенія лишь для случаевъ съ распространеннымъ заболѣваніемъ. При этомъ всѣ авторы руководятся лишь однимъ соображеніемъ, а именно-возможностью порченія, а, слѣд., и зараженія бугорчатковыми палочками. Что

эта точка зрѣнія является единственно руководящей, доказывається сообщеніемъ ч. пр. *Westenhoeffer'a* въ Берлинскомъ медицинскомъ Обществѣ. *Westenhoeffer*, опровергая на основаніи собственныхъ изслѣдованій мнѣніе *Koch'a*, будто-бы въ мѣстѣ животныхъ, пораженныхъ бугорчаткой, всегда встрѣчаются бугорчатковыя палочки, считаетъ допустимымъ употребленіе въ пищу мяса, пораженного бугорчаткою скота, за исключеніемъ случаевъ просовидной бугорчатки. Едва-ли, однако, подобная точка зрѣнія, руководящаяся лишь наличностью или отсутствіемъ бугорчатковыхъ палочекъ, можетъ быть признаваема вполне научною. Вѣдь, при бугорчаткѣ появляются, съ одной стороны, ядовитые продукты жизнедѣтельности самихъ бактерий, съ другой — и самъ больной организмъ, нерѣдко лихорадящій, служитъ источникомъ образованія ненормальныхъ продуктовъ обѣда. Не смотря на разрушеніе и выдѣленіе всѣхъ вредныхъ веществъ, они все время образуются вновь, иногда въ избыточномъ количествѣ. Въ моментъ смерти животного эти вещества остаются въ его тканяхъ, и тѣ изъ ядовитыхъ продуктовъ, которые не разрушаются температурой кипѣнія воды, поступаютъ вмѣстѣ съ пищей въ организмъ человека, причиняя ему несомнѣнный вредъ. Всѣ эти разсужденія находятъ себѣ фактическое подтвержденіе въ тѣхъ опытахъ, которые были въ свое время произведены д-ромъ *Шуллскимъ* подъ непосредственнымъ руководствомъ и наблюденіемъ докладчика, но, къ сожалѣнію, стали извѣстны лишь очень ограниченному числу лицъ. Съ цѣлью нѣсколько болѣе освѣтитъ вопросъ о зараженіи бугорчаткой чрезъ кишечникъ, были поставлены 2 ряда опытовъ на животныхъ (котятъ и щенкахъ), при чемъ въ одной серіи ихъ кормили сырымъ мясомъ отъ скота съ ограниченной бугорчаткой, въ другой — отъ скота съ бугорчаткой распространенной. Одновременно животныя получали и молоко. Выборъ палъ на молодыхъ животныхъ, въ виду особой легкости, съ какою у нихъ происходитъ зараженіе чрезъ кишечникъ, — обстоятельство, которому, какъ извѣстно, въ послѣдствіи въ своихъ изслѣдованіяхъ придавъ такое значеніе *v. Behring*. Результаты опытовъ были слѣдующіе: и въ той, и въ другой серіи опытовъ получились болѣзненные разстройства, приводившія котятъ обыкновенно къ смерти, у собакъ же не вліявшія рѣзко ни на ростъ, ни на питаніе. Вскрытіе обнаруживало, однако, и въ томъ и въ другомъ случаѣ (собакъ пришлось убить) сильное увеличеніе брызжеечныхъ железъ и гиперемію органовъ брюшной полости, фолликулярный энтеритъ съ творожистымъ распаденіемъ мышечной, а у нѣкоторыхъ животныхъ и творожистую бронхопневмонію. При этомъ самое тщательное изслѣдованіе срѣзовъ изъ пораженныхъ органовъ на присутствіе бугорчатковыхъ палочекъ дало вполне отрицательный результатъ. Тотъ-же отрицательный результатъ получился и при прививкѣ увеличенныхъ брызжеечныхъ железъ въ брюшную полость морской свинки. Имѣлась, слѣд., картина т. наз. ложной бугорчатки. Тогда была предпринята 3-ья серія опытовъ съ варенымъ бугорчатковымъ мясомъ и бульономъ изъ него. Не смотря на то, что общее состояніе животныхъ (котятъ) въ этомъ случаѣ страдаетъ гораздо меньше, вскрытіе все-же обнаружило у нихъ ясное паренхиматозное перерожденіе внутреннихъ органовъ и явленія фолликулярнаго энтерита. Въ этой серіи опытовъ всѣ бугорчатковыя палочки были заведомо убиты, и полученныя измѣненія должны быть приписаны дѣйствию соответствующихъ токсическихъ веществъ, выдержавшихъ температуру кипѣнія. Могущая возникнуть мысль, что животныя заболѣвали и гибли отъ какой-либо случайной болѣзни, мало правдоподобна. Единственное предположеніе, что не имѣлось-ли случайно здѣсь дѣла съ чумой котятъ и щенятъ, опровергается, во 1-хъ, тѣмъ, что щенята не обнаруживали, собственно говоря, никакихъ характерныхъ для этой заразной болѣзни признаковъ, а, во 2-хъ, тѣмъ, что были поставлены повѣрочный опытъ съ кормленіемъ здоровымъ мясомъ, и никакихъ признаковъ какого-либо заболѣванія не обнаружено (Въ передачѣ докладчика).

*В. А. Кножъ* спросилъ, дѣлались-ли прививки отъ 3-ей серіи животныхъ? Извѣстно, что одно микроскопическое изслѣдованіе иногда не даетъ возможности распознать бугорчатку тамъ, гдѣ она обнаруживается прививками.

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что прививка въ полость брюшины морской свинки была произведена въ одномъ случаѣ, но съ отрицательнымъ результатомъ. Кромѣ того, въ серіи съ кормленіемъ варенымъ мясомъ и бульономъ эти прививки, собственно говоря, были безцѣльны, ибо бугорчатковыя палочки гибнутъ уже при 60° Ц.

*В. А. Кножъ* настаивалъ на томъ, что прививка все-же была-бы проверкой, такъ какъ зараженіе могло произойти и отъ подстилки.

*Докладчикъ* возразилъ, что животныя помѣщались въ новыхъ кѣткахъ, омытыхъ сушеной и спиртомъ, и подстилка, разумѣется, была совершенно свѣжая.

*В. А. Кножъ* замѣтилъ, что мало-ли могутъ быть какія случайности, и во всякомъ случаѣ проверка нужна.

*Докладчикъ* возразилъ, что подстилка могла вызвать зараженіе дыхательныхъ путей, а не пищевыхъ.

*А. И. Соловьевъ* спросилъ, чѣмъ объясняется разница въ степени заболѣванія котятъ и щенятъ?

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что щенята были старше и гораздо крупнѣе, такъ что котата на единицу вѣса получали большее количество ядовитыхъ веществъ.

*В. А. Кножъ* замѣтилъ, что кошки вообще болѣе предрасположены къ бугорчаткѣ, чѣмъ собаки.

*Предсѣдатель А. А. Трояновъ* спросилъ, гдѣ производились опыты?

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что на квартирѣ докторанта.

*А. А. Трояновъ*, поблагодаривъ докладчика за интересный докладъ, замѣтилъ, что онъ вполне присоединяется къ его мнѣнію, что отсутствіе бугорчатковыхъ палочекъ еще не даетъ права считать мясо пораженного бугорчаткою скота годнымъ къ употребленію. Только изслѣдованіе обѣихъ веществъ можетъ дать въ этомъ отношеніи тѣ или нныя точки опоры.

*Г. И. Поповъ*. Изъ исторіи Марининской болѣзни.

*Предсѣдатель*, поблагодаривъ докладчика за прекрасное составленный отчетъ, высказалъ, что его, несомнѣнно, всѣ прочтутъ съ интересомъ и пользой.

*Докладчикъ* замѣтилъ, что онъ сознаетъ недостатки своего отчета, объясняемые тѣми трудностями, которыя представляли при собираніи историческихъ матеріаловъ отсутствіе систематическихъ записей въслѣдствіе крайней небрежности въ отчетности 30—40-хъ годовъ. Нѣтъ данныхъ даже за 80-ые года. Оказывается, что архивъ Марининскаго вѣдомства сначала помѣщался въ Зимнемъ Дворцѣ, и часть его во время бывшаго тамъ пожара сгорѣла. Затѣмъ онъ былъ перенесенъ на Казанскую улицу въ канцелярію, гдѣ бумага была сложена въ сараѣ, откуда ихъ воровали сторожа и затѣмъ продавали. Въ послѣднее время часть дѣлъ была сожжена уже въ Марининской болѣзни, почему — не извѣстно. Въ своемъ отчетѣ я стремился охарактеризовать отдѣльныя эпохи.

*Предсѣдатель А. Трояновъ.*

*Секретарь С. Шуениновъ.*

## LXXVI. Изъ Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ.

(Засѣданіе 28-го сентября).

Засѣданіе открылось рѣчью *предсѣдателя* акад. *Л. В. Попова*, посвященной памяти недавно скончавшагося почетнаго члена Общества, бывшаго проф. *В. Медицинскаго Академіи К. Н. Виноградова*. Приведя въ краткихъ чертахъ біографію покойнаго, главныя научныя работы, отмѣнивъ его заслуги передъ Обществомъ, гдѣ онъ долгое время исполнялъ обязанности секретаря, *предсѣдатель* предложилъ почтить его память вставаніемъ.

Ч. пр. *Ө. Я. Чистовичъ*. *Особенности строенія воспалительныхъ новообразованій, развивающихся на мѣстѣ введенія составныхъ веществъ бугорчатковыхъ палочекъ*. (Съ представленіемъ препаратовъ). Въ виду различныхъ болѣзнетворныхъ микробовъ палочка бугорчатки занимаетъ совершенно своеобразное положеніе. Содержа въ своемъ составѣ особое воскообразное (кислотоупорное) вещество, нерастворимое въ сокахъ организма, бугорчатковая палочка вызываетъ со стороны этого послѣдняго особый способъ противодействія въ видѣ образованія т. наз. грануллемъ съ творожистымъ перерожденіемъ въ центрѣ и ослизненіемъ снаружи. Чтобы отчетливо разобраться во всѣхъ подробностяхъ этой борьбы между бугорчатковой палочкой и организмомъ, нужно подробно изучить дѣйствіе отдѣльныхъ составныхъ частей микроба-воска и обезжиренной палочки, а равно точно установить функцію составныхъ частей гранулемы. Если обрабатывать бугорчатковыя палочки различными жироразвлекающими веществами — спиртомъ, эфиромъ простыми или петролейнымъ, то палочка сохраняетъ способность окрашиваться по *Ziehl*. Возможно, что эта способность окрашиванія по *Ziehl* должна быть приписана жирнымъ кислотамъ, неизвлекаемымъ указанными растворителями и тѣсно связаннымъ съ самимъ веществомъ палочки. Имѣя въ своемъ распоряженіи бугорчатковый воскъ и обезжиренныя бугорчатковыя палочки, докладчикъ вводилъ отдѣльно то и другое морскимъ свинкамъ и наблюдалъ послѣдующую реакцію. Характеръ явленій въ обоихъ случаяхъ въ началѣ былъ одинаковъ, но въ послѣдствіи наблюдалась рѣзкая разница. При введеніи воска въ мѣстѣ выпрыскиванія можно было замѣтить полость съ характеромъ гнойника: съ многоядерными бѣлыми тѣльцами, отчасти въ состояніи перерожденія, фагоцитозъ; окружающая ткань — въ состояніи разрастанія: молодая грануляціонная ткань (фибробласты), между фибробластами и центральной частью — многоядерныя кѣлочкы-великаны; на мѣстѣ фибробластовъ въ послѣдствіи развивается волокнистая соединительная ткань; такимъ образомъ получается типичная сумка съ гноевиднымъ содержимымъ, либо вскрывающимся наружу, либо остающимся неопредѣленное время безъ измѣненія. Иная картина наблюдается при введеніи обезжиренныхъ палочекъ. Въ началѣ и здѣсь получается центральная часть съ многоядерными бѣлыми тѣльцами, но затѣмъ эти послѣднія начинаютъ эмигрировать кнаружи и уносятся токомъ лимфы; а на ихъ мѣсто къ центру передвигаются изъ окружающей ткани т. наз. эпителионныя кѣлки; въ известной стадіи развитія узелъ представляетъ сочное образованіе, образованное въ центрѣ одноядерными (эпителионными) кѣлками, внутри которыхъ можно различить бугорчатковыя палочки въ различной степени разрушенія, и тонкимъ слоемъ фибробластовъ снаружи; затѣмъ узелъ рассасывается; характерной особенностью такого узла нужно считать отсутствіе кѣлочекъ-великановъ; что касается судьбы бугорчатковыхъ палочекъ, то онѣ сначала поглощаются многоядерными бѣлыми тѣльцами, а затѣмъ одноядерными, гдѣ и распадаются на неправильныя глыбки. Полученныя данныя докладчикъ резюмируетъ въ слѣдующихъ положеніяхъ. 1. Т. наз. кислотоупорность не можетъ быть приписана исключительно только воскообразному веществу палочки. 2. Введеніе въ организмъ одного воскообразнаго вещества даетъ асептический

гнояникъ. 3. Гнойникъ этотъ или вскрывается наружу, или остается безъ измѣненія. 4. Введеніе обезжиренной палочки вызываетъ образованіе узла, исчезающаго безслѣдно. 5. Разрушеніе бугорчатковыхъ палочекъ должно быть приписано главнымъ образомъ одноядернымъ (эпителіоиднымъ) клеткамъ узла.

А. А. Тролюмъ высказался противъ примѣненія въ данномъ случаѣ названія «гнояника», что предполагаетъ опредѣленную форму зараженія (гнойный микробъ), не имѣющую мѣста въ частыхъ случаяхъ бугорчатки, приводимыхъ докладчикомъ. Подобное названіе, по его мнѣнію, можетъ дать поводъ къ недоразумѣніямъ, вызывая предположеніе объ осложненіи бугорчатки гнойннымъ зараженіемъ тамъ, гдѣ въ дѣйствительности этого нѣтъ, — обстоятельство, съ клинической точки зрѣнія имѣющее рѣшающее значеніе въ смыслѣ установленія надлежащихъ мѣръ леченія.

Проф. Л. В. Помоевъ замѣтилъ, что въ подобныхъ случаяхъ примѣнимо названіе гноевидный.

Ч. пр. Н. Н. Петровъ указалъ, что, имѣя въ своемъ распоряженіи большой матеріалъ по части бугорчатки, онъ можетъ засвидѣтельствовать, что подобныя образованія со стороны микроскопической и даже клинической представляютъ полную аналогію съ настоящими гнояниками.

Г. Флейшеръ.

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФИЯ

Prof. Otto Sprengel. Appendicitis. Съ 4-мя раскрашенными таблицами и 82 рисунками. Stuttgart.

Изд. Ferdinand'a Enke. 1906 г.

Монографія Sprengel'a представляетъ собою 46-ой выпускъ «Deutsche Chirurgie». Она — лучшее изъ всего того, что до сихъ поръ написано по этому вопросу. Правда, задача Sprengel'a облегчена была тѣмъ, что онъ имѣлъ предшественниковъ въ лицѣ авторовъ цѣлаго ряда монографій: Bauer, Deaver, Eichhorst, Fowler, Hawkins, Henoch, Lenzmann, Lockwood, Nothnagel, Ochsner, М. И. Ростовцевъ, Sonnenburg, Treves, Terrier и др. Но все-же нельзя не удивляться огромной работоспособности и эрудиции Sprengel'a, сумѣвшаго одолѣть, систематизировать и въ сравнительно краткой формѣ изложить все ученіе о перитонитѣ.

Sprengel въ предисловіи скромно заявляетъ, что онъ не могъ собрать всю литературу вопроса. При собираніи литературы Sprengel широко пользовался своднымъ рефератомъ Grohé и монографіей М. И. Ростовцева, съ любезнаго разрѣшенія автора послѣдней. Перечень литературныхъ источниковъ, напечатанный мелкимъ убогимъ шрифтомъ, занимаетъ 109 стр.

Сама монографія заключаетъ въ себѣ 682 стр. и распадается на 7 большихъ отдѣловъ. Въ 1-мъ изложена анатомія, сравнительная анатомія и физиологія червеобразнаго отростка, во 2-мъ — патологическая анатомія, въ 3-мъ — клиника, въ 4-мъ — предсказаніе, въ 5-мъ — леченіе, въ 6-мъ — техника операціи, въ 7-мъ — послѣдствія аппендицита. Излагать содержаніе отдѣльных главъ не стану, ибо это заняло-бы слишкомъ много мѣста. Повторяю, что по богатству литературнаго матеріала, по тщательности и всесторонности его обработки, по простотѣ и ясности изложенія, по умѣлой систематизаціи книга Sprengel'a выше всякой похвалы и, я думаю, надолго останется наилучшимъ справочнымъ пособіемъ по вопросамъ объ аппендицитѣ.

Издана книга хорошо. Стоить она въ продажѣ 26 мар.

Б. Финкельштейнъ.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦИЮ.

ССІ. М. Г.! Не откажите огласить слѣдующій списокъ пожертвованій, поступившихъ въ Комитетъ общественной помощи голодающимъ въ Москвѣ за сентябрь 1906 г.

Черезъ Пироговское Общество врачей: Въ память умершаго Ив. Ник. Павлова 16 р. И. А. Дмитріева 25 р. Служащій Хомякова духовнаго училища 11 р. 65 к. Неизвѣстная въ пользу голодающихъ 100 р. и въ пользу пострадавшихъ семей рабочихъ 100 р. Учащіе и служащіе въ коммерческихъ училищахъ Общества распространенія Коммерческаго образованія 47 р. 66 к. Неизвѣстная женщ.-вр. 200 р. Глазовская больница 3 р. 20 к. Собранные Н. М. Воскресенскимъ 19 р. 80 к. Крест. П. Я. Черевка 100 р. Дудина А. А. 5 р. Черезъ ред. «Русскія Вѣдомости» 162 р. А. Т. 4 р. 05 к. Педагогическій персоналъ женской гимн. Н. С. Шавердовой 27 р. 25 к. Черезъ г. Добровольскаго служащій Черниговскаго оцѣночно-статистич. Бюро 8 р. 30 к. Дельфельдъ 2 р. Черезъ г. Лазурскаго врачъ Петербургскаго клиническаго в. госпиталя 52 р. И. А. Парадизоу 10 р. Неизвѣстная 10 р. Служащій торг. дома «Августа Шрадеръ» 15 р. Рабочіе торг. д. «Августъ Шрадеръ» 1 р. А. Н. Дьяконова 35 р. О. Н. Дестеръ 10 р. Д. К. Вулффертъ 5 р. Д-ръ И. И. Вѣляевъ

10 р. Д-ръ Ф. Р. Левашевъ 10 р. П. А. Павловъ и Н. И. Поливашева 18 р. Врачи Московскаго в. госпиталя 47 р. 19 к. Служащій Старо-Екатерининской больницы 45 р. 53 к. П. А. Колударовъ 50 р. Ф. А. Голубевъ 15 р. Служащій водопроводнаго отдѣла Московской гор. Управы 25 р. 02. Учащіе и служащіе въ коммерч. училищ. 50 р. 48 к. Любимова для Сызранскихъ погорѣльцевъ 3 р. А. П. Вороновъ 100 р. А. Е. Акинфиева 10 р. Орловъ 2 р. М. Н. Панковъ 50 р. Д-ръ Е. Л. Песла 15 р. Гимназистъ П. П. Книговскій 15 р. О. В. В. черезъ ред. «Вропешскаго Слова» 10 р. Д-ръ М. М. Желтоножскій и ф-ца Желтоножская черезъ ред. «Врачебной Газеты» 15 р. Служащій Екатеринбургской войсковой больницы 11 р. 58 к. Общество врачей Уфимской губ. въ память тов.-врач. Я. О. Левицкаго и С. И. Гурвичъ 22 р. А. Соколовъ 5 р. С. А. Мустацъ 5. А. В. Полозовъ, ветер. вр. 3 р. Ссудо-сберегательная касса чиновниковъ Черниговскаго акциза. Управленія 500 р. Педагогическій персоналъ женской гимназій Н. С. Шавердовой 17 р. 30 к. Служащій Александровскаго городского коммерч. училища 12 р. 32. М. И. Коноровъ 5 р. П. К. Глазковъ 6 р. Чины Туркестанскаго окружнаго в.-медицинскаго Управленія 6 р. 80 к. Есаулъ В. Г. Толстовъ 10 р. Группа врачей академич. Союза черезъ А. Ф. Лазурскаго 12 р. 80 к. Оберучевы 11 р. Врачи Алексѣевской больницы 22 р. 50 к. Д-ръ Н. И. Любимовъ 5 р. Невская 15 р. Итого 2131 р. 43 к.

Черезъ Московское Общество сельскихъ хозяйствъ: Чины и лѣсная стража Яренскаго лѣсничества 8 р. Н. Николаевъ (изъ Кіева) 100 р. Чины городненскаго почт.-тел. конторы 9 р. 75 к. Служащій въ канцеляріи Костромскаго уѣзднаго Сѣзда въ память служенія секретаря С. А. Китицына 4 р. 15 к. Е. А. Чебаевскій 3 р. Чины Управленія городненскаго почт. телегр. округа 8 р. 70 к. М. Ивановъ 5 р. Е. Н. Львова 3 р. Чины главнаго Управленія неокладныхъ сборовъ и казенной продажи питей 103 р. 78 к. Студенты Московской Духовной Академіи 13 р. 25 к. Итого 258 р. 63 к.

Москва. 4-го октября 1906 г.

ССІІ. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующему обращенію къ товарищамъ.

Многоуважаемые Товарищи!

Учрежденная при В.-Медицинской Академіи Коммиссія по изслѣдованію эпидемическаго cerebro-спинальнаго менингита покорнѣйше проситъ Васъ принять участіе въ трудахъ ея.

Цѣлью своей Коммиссія ставитъ — собрать возможно полныя данныя о распространеніи эпидемическаго cerebro-спинальнаго менингита въ Россіи, объ его этиологіи, патологической анатоміи, клинической картинѣ и результатахъ леченія.

Для облегченія собиранія матеріала и для достиженія возможно большей полноты и сравнимости послѣднихъ, Коммиссія составила опросные листы, образцы которыхъ при семъ прилагаются.

Кромѣ свѣдѣній о наблюдавшихся случаяхъ менингита, было-бы крайне желательно получить и патолого-анатомическіе препараты, мазки изъ cerebro-спинальной жидкости и изъ органовъ, выдѣленныхъ разводами и пр.

Не откажите также въ присылкѣ Вашихъ собственныхъ изслѣдованій объ эпидемическомъ cerebro-спинальномъ менингитѣ. Всѣ означенные матеріалы просимъ направлять по слѣдующему адресу: Петербургъ. В.-Медицинская Академія. Клиника заразныхъ болѣзней. Проф. Н. Я. Чистовичу.

Проф. Н. Чистовичъ.

Проф. В. Безтережъ.

Проф. А. Фавицкій.

Проф. Г. Скориченко.

Проф. А. Моисеевъ.

Опросный листъ для сообщенія свѣдѣній о случаяхъ эпидемическаго cerebro-спинальнаго менингита.

1. Названіе учрежденія или имя врача, сообщающаго свѣдѣнія о болѣзнь.
2. Имя, отчество, фамилія больного.
3. Возрастъ.
4. Мѣстожительство (волость, селеніе). Характеръ мѣстности.
5. Занятіе.
6. Народность.
7. Семейное положеніе, условія жизни.
8. Время заболѣванія.
9. Этиологія даннаго случая. Были-ли заболѣванія между окружающими?

Не было-ли раньше случаевъ заболѣваній въ помѣщеніи, гдѣ жилъ заболѣвшій? Не было-ли случаевъ менингита въ ближайшихъ мѣстностяхъ? При какихъ обстоятельствахъ обнаружилось данное заболѣваніе? Нѣтъ-ли данныхъ для уясненія путей зараженія? Было-ли произведено бактериологическое изслѣдованіе? (Пояснительный проколъ).

10. Клиническое теченіе даннаго случая.
11. Какіе лечебные приемы были примѣнены и съ какимыъ результатомъ?
12. Исходъ заболѣванія.
13. Результаты вскрытія. (Желательно обратить особое вниманіе на состояніе добавочныхъ полостей носа и средняго уха).
14. Какія мѣры личной и общественной профилактики были примѣнены и съ какимыъ результатомъ: были-ли новые случаи заболѣваній?

Подпись врача

**ССIII. М. Г.!** Правление Общества санаторіи для врачей въ Крыму на заседании своемъ 21-го сентября постановило довести до свѣдѣнія товарищей врачей о слѣдующемъ.

Въ началѣ настоящаго лѣта какъ въ специальную, такъ и въ общую печать проникли слухи о пожертвованіи покойнымъ проф. *В. М. Тарновскимъ*, по завѣщанію, принадлежавшаго ему въ Ялтѣ имѣнія «Кучукъ-Сарай» Обществу санаторіи для врачей въ Крыму. Въ виду того, что въ настоящее время Правленіе освѣдомилось, что слухи эти невѣрны и что покойный проф. *В. М. Тарновскій* Общество санаторіи для врачей въ Крыму ничего не завѣщалъ, Правленіе Общества проситъ Васъ напечатаніемъ этого письма въ «Русскомъ Врачѣ» опровергнуть вышеупомянутые слухи.

Предсѣдатель Правленія *П. Ширяевъ*.  
Секретарь *М. Гурвичъ*.

Ялта. 30-го сентября 1906 г.

**ССIV. М. Г.!** Прочитавъ статью *А. З. Былинъ* о первичномъ фибринозномъ бронхитѣ въ № 39 «Русскаго Врача» и исполнивъ раздѣлая взглядъ автора на то, что страданіе это — темное и загадочное, къ тому же и встрѣчается рѣдко, я позволю себѣ при посредствѣ «Русскаго Врача» дополнить литературу по этому вопросу своей статьей, помѣщенной въ 1897 г. въ «Медицинскомъ Обзорѣ».

Пользуюсь случаемъ сообщить, что товарищъ, страдавшій этимъ бр-хитомъ, въ настоящее время вполне здоровъ; повторенія припадковъ болѣзни у него не было.

*Н. Берестневъ*.

Петербургъ. 6-го октября 1906 г.

**ССV. М. Г.!** Не откажите дать мѣсто слѣдующему моему письму, которое я вынужденъ написать въ отвѣтъ на помѣщенное въ № 39 «Русскаго Врача» письмо г. *Нагорскаго*; при этомъ заявляю, что впредь ни на какія письма г. *Нагорскаго* отвѣчать не буду.

Г. *Нагорскій* въ оправданіе своего отношенія къ моей жалобѣ на произволъ со стороны бывшаго начальника, г. *Раевского*, находитъ въ неправильномъ измѣреніи температуры у подвергавшихся опытамъ животныхъ. Не говоря уже о томъ, что выводы г. *Нагорскаго* по этому поводу вовсе не имѣютъ научнаго характера, я долженъ указать на то, что онъ умышленно скрываетъ истину, приписывая мнѣ отвѣтственность за составленіе приведенной таблицы. Г. *Нагорскому* прекрасно извѣстно, что проверку вакцинъ и составленіе температурныхъ таблицъ производила цѣлая Комиссія, состоящая изъ ветеринарнаго инспектора Киевской губ. *Виминичаго* и врачей *Станкевича* и *Каплина*, я же присутствовалъ здѣсь въ качествѣ лица, доставившаго вакцины для проверки. Официальныя доказательства о составѣ Комиссіи имѣются и у г. *Нагорскаго*, и въ Киевскомъ губернскомъ Правленіи. Но, даже если и согласиться съ г. *Нагорскимъ*, что въ приведенной имъ таблицѣ, дѣйствительно, заключаются преступленія противъ службы и науки, то совершенно непонятно, почему онъ не предпринимаетъ ничего противъ вышеуказанныхъ лицъ, дѣйствительныхъ авторовъ этихъ таблицъ. Не менѣе страннымъ представляется и тотъ фактъ, что г. *Нагорскій* умалчиваетъ о такомъ крупномъ въ дѣлѣ событіи, какъ разслѣдованіе о моей службѣ, изложенное въ отношеніи ген. губернатора Юго-Западнаго края отъ 24-го 1904 г. за № 11166 на имя министра внутреннихъ дѣлъ. Разслѣдованіе это показало, какъ извѣстно г. *Нагорскому*, что за мной не найдено никакихъ проступковъ по службѣ. Непонятно, почему г. *Нагорскій* называетъ г. *Светлова* членомъ ветеринарнаго Комитета, совершенно умалчивая, что онъ—никто иной, какъ ветеринарный инспекторъ, вполне подчиненный начальнику Управленія. Почему г. *Нагорскій*, опираясь на «спеціальное разслѣдованіе» г. *Светлова*, не обратилъ вниманія на то, что онъ никогда бактериологіей не занимался и никакой лабораторіей не завѣдывалъ? Неужели г. *Нагорскому* неизвѣстно, какую цѣль преслѣдовалъ г. *Раевскій*, рекомендуя въ качествѣ специалиста-бактеріолога г. *Светлова*? Совершенно невѣрно и утвержденіе г. *Нагорскаго*, что г. *Раевскій* производилъ разслѣдованіе о подлогахъ г. *Виминичаго*. Такого разслѣдованія г. *Раевскій* никогда не производилъ, въслѣдствіе чего въ настоящее время мною и подана жалоба въ Сенатъ. Но что особенно странно, это — объясненіе г. *Нагорскаго* причины обращенія его не къ Суду, а къ градоначальнику, и что для него «было безразлично, существуетъ-ли въ Петербургѣ чрезвычайная охрана, или нѣтъ». Неужели г. *Нагорскій* не знаетъ, что при отсутствіи исключительныхъ законовъ градоначальникъ не имѣетъ права налагать какія либо административныя взысканія? Подлинность приведенныхъ писемъ я не отрицаю, но писалъ ихъ я съ исключительной цѣлью наставить г. *Нагорскаго*, хотя бы этимъ путемъ, обратиться къ Суду, гдѣ бы можно было выяснитъ истинный характеръ дѣйствій г. *Нагорскаго*; но, какъ видно, онъ отъ всякаго товарищескаго или третейскаго Суда уклоняется. Наконецъ, совершенная неправда, что г. *Нагорскій* отказалъ мнѣ въ просьбѣ о мѣстѣ; наоборотъ, онъ въ присутствіи одного изъ чиновъ Управленія далъ слово считать меня кандидатомъ на первую открывшуюся вакансію въ Петербургѣ, но я самъ отказался служить подъ началомъ г. *Нагорскаго*, какъ только узналъ, къ какимъ приемамъ прибѣгаетъ онъ изъ-за желанія во что-бы то ни стало оправдать

дѣйствія своего предшественника г. *Раевского*. Если я въ теченіи 2 1/2 лѣтъ веду борьбу съ произволомъ начальнаго Управленія, то дѣлаю это отнюдь не изъ-за какого-либо мѣста, а исключительно изъ принципа. Единственнымъ удовлетвореніемъ для меня служить увѣренность, что въ будущемъ они поостерегутся, пользуясь своей властью, примѣнять произволъ.  
*А. Максимова*.

Петербургъ. 5-го октября 1906 г.

**ССVI. М. Г.!** Въ № 38 «Русскаго Врача» напечатано письмо д-ра *Знаменскаго*—«Къ свѣдѣнію товарищей». Въ письмѣ этомъ г. *Знаменскій* сообщаетъ, что «Слободская Управа, подъ предсѣдательствомъ г. Шкляева, служащаго въ Земствѣ не по выборамъ»,... «давнымъ давно прославилась своею болѣе чѣмъ некорректностью къ своимъ служащимъ, особенно къ земско-медицинскому персоналу»; что «въ сентябрѣ, благодаря г. Шкляеву, былъ произведенъ полицейскій повальныи обыскъ, ж.-вр. *Губина* выслана за предѣлы Вятской губ., а ветеринарный врачъ *Петровъ* понюхалъ воздухъ мѣстнаго тюремнаго замка». Поэтому г. *Знаменскій* предупреждаетъ товарищей-врачей не полагаться на объявленія Слободской Управы о вызовѣ врачей на службу, «дабы не подвергнуть себя жестоко-горькимъ разочарованіямъ».

Содержаніе этого письма отъ начала до конца по отношенію къ Слободской Управѣ и ея предсѣдателю г. Шкляеву является фантастическимъ вымысломъ со стороны г. *Знаменскаго*. Въ цѣли возстановленія истинны Слободская уѣздная земская Управа проситъ Васъ не отказать помѣстить слѣдующее разясненіе. Г. *Знаменскій*, проживавшій въ Рязани, — бывший военный врачъ. Предполагался онъ къ опредѣленію на службу въ Косинскій земскій врачебный участокъ Слободского уѣзда на основаніи присланнаго заявленія. Въ Рязань ему была послана телеграмма о возможности пріѣзда, если онъ разсчитываетъ на утвержденіе. Послѣ этого, 6-го сентября, г. *Знаменскій* явился въ Слободскую Управу и тотчасъ-же просилъ выдать ему путевныя издержки по проѣзду и часть жалованья. Управа тогда же выдала ему 100 р., но уже часъ спустя убѣдился, на основаніи странныхъ поступковъ вновь явившагося врача, что имѣетъ дѣло съ человекомъ, которому рискованно вѣрять врачебный участокъ и больницу для самостоятельнаго завѣдыванія. Для испытанія служебныхъ качествъ г. *Знаменскаго* Управа, по совѣщаніи съ нѣкоторыми бывшими при этомъ гласными земскаго Соборанія, просила его принять временно обязанности 2-го врача городской земской больницы. Однако, уже на другой день г. *Знаменскій* своимъ необычнымъ первымъ визитомъ въ больницу въ 6 час. утра привелъ въ недоумѣніе и смущеніе фельдшеровъ и другихъ служащихъ больницы, а также и больницъ. Результатомъ этого посѣщенія явилось то, что въ тотъ же день завѣдующій больницей врачъ *Дехтеревъ* лично заявилъ Управѣ, что д-ръ *Знаменскій* — повидимому, больной человекъ и въ должности врача оставаться не можетъ. На основаніи сдѣланныхъ заявленій служебнаго персонала больницы г. *Дехтеревъ* дополнилъ, что въ случаѣ оставленія д-ра *Знаменскаго* при больницѣ фельдшера хотѣли бросить службу, а больные — выписаться изъ больницы. При такомъ положеніи дѣла Управа отказалась отъ назначенія г. *Знаменскаго* на службу, о чемъ ему тогда же и объявила и тѣмъ, вѣроятно, вызвала его неудовольствіе. По поводу письма г. *Знаменскаго* Управа должна еще заявить, что предсѣдатель ея служить 2-ое 3-лѣтіе по выбору, а не по назначенію. Съ производствомъ въ городъ, будто-бы, какихъ-то «павальныхъ обысковъ» предсѣдатель Управы Шкляевъ ничего общаго не имѣетъ, а также не имѣетъ и не могъ имѣть никакого отношенія къ выселенію ж.-вр. *Губиной* и аресту ветеринарнаго врача *Петрова*.

Предсѣдатель *А. Шкляевъ*. Члены: *П. Заркинъ* и *П. Колесниковъ*.

Слободской. 4-го октября 1906 г.

**ССVII. М. Г.!** Не откажите помѣстить слѣдующій отвѣтъ мой на письмо д-ра *Ө. З. Омельченко*, помѣщенное въ № 39 «Русскаго Врача».

Многоуважаемый товарищъ!

Искренно сожалѣю, что случайно пропустила Вашу статью, такъ какъ увѣрена, что она въ значительной степени облегчила бы мой трудъ. Очень рада, что мои результаты совпали съ Вашими.

*М. Ханумина*.

Петербургъ. 4-го октября 1906 г.

**ССVIII. М. Г.!** Не откажите дать мѣсто слѣдующему моему отвѣту на письмо *Советна Воронежскаго Общества помочниковъ врачей* (см. «Русскій Врачъ», № 40, стр. 1257).

Правленіе Союза нѣкоторыхъ фельдшерскихъ Обществъ въ Москвѣ объявляетъ и разсылаетъ приглашенія на Съѣздъ помочниковъ врачей 20—25-го января 1907 г. Во избежаніе разочарованія и лишннихъ расходовъ для фельдшеровъ, я прошу Правленіе Союза категорично отвѣтить на слѣдующіе 2 вопроса:

- 1) Получено-ли Правленіемъ разрѣшеніе Министрства внутреннихъ дѣлъ на созывъ Съѣзда фельдшеровъ въ Москвѣ 20—25-го января 1907 г. или нѣтъ? и
- 2) Участники Съѣзда, всѣ безъ исключенія, пользуются ли правомъ решающаго голоса или нѣтъ?



Основания для этих вопросов подробно изложены в статье моей в № 18 «Фельдшера» с. г.

Полагаю, что такие вопросы я мог и должен был предложить без боязни быть заподозренным в желании «сорвать Съезд» или «приобрести влияние на фельдшеров». В качестве председателя «Общества российских фельдшеров», насчитывающего более 1200 членов, и редактора газеты «Фельдшер», я должен был разъяснить все вопросы, связанные со Съездом, об осуществлении которого фельдшера мечтают уже 13 лет.

Вместо Правления Союза, с ответом выступил некомпетентный Совет Воронежского Общества помощников врачей, к которому никто не обращался. Оставляя в стороне недуманно-рвские выражения Совета этого крохотного фельдшерского Общества по моему адресу, замечу, что, вместо восторженного выражения «при созыве Съезда соблюдены все формальности», надо было прямо сказать, получено-ли разрешение Съезда со стороны Министерства внутренних дел, требуемое § 17 временных правил о публичных Собраниях 4-го марта 1906 г. Если Воронежское Общество, в ответ на прямой вопрос, отвечает уклончиво, то я вправе заключить, что разрешения нет и Съезд не будет. Напомнить о существующем законе, во избежание легкомысленного отношения к Съезду, не значить кого-нибудь «запугивать». Напомнить было моей обязанностью.

Утверждать, что Правление Союза Обществ не имеет никакого отношения к Съезду нельзя, потому что оно созывает Съезд, держит цензуру докладов, назначенных для Съезда, а членские взносы участников его поступают в кассу Союза. Заявление, что никто не может лишиться участников Съезда принадлежащего им рвущего голоса, не находить себя подтверждения ни в уставе Союза Обществ, ни в объявленной программе. Поэтому-то я был предложен вопрос, на который Правление Союза и должно дать ответ «—».

Бор. Окс, редактор «Фельдшера».

## ХРОНИКА И МЕЛКИЕ ИЗВЕСТИЯ.

1852. Как сообщает «Речь» (5 октября), вопрос о собраниях в Московском Университете (см. № 40, стр. 1258) обсуждался в Совете министров 3-го октября. Выслушав доклад министра народного просвещения, Совет нашел пока (?) *Ред.* нежелательным вмешательство администрации в дела Университета.

1853. 6-го октября возвратившийся из поездки в Петербург ректор Московского Университета обратился к переполненной студентами аудитории с речью, которую мы и воспроизводим здесь целиком по телефонограмме, помщенной в «Страну» (7 октября): «Господа! Московскому Университету грозила опасность сокращения его автономных прав, которую нам пока удалось предотвратить, но которая еще не совсем устранена. Мое глубокое убеждение, что Университет находится в опасном положении, что ему грозит все та же самая опасность, которая, может быть, в днях опять повторится. Причина опасности та, что Университет был использован для целей, ничего общего с наукой не имеющих. Нам удалось отстоять его, как академию; но мы не имеем возможности отстоять его, как политический клуб. Да мы и не находим его нужным. Мы всегда боролись с этим. Положение дела таково, что Университет может существовать только тогда, когда он будет служить своему принципиальному назначению. Если же он будет служить другим целям, то мы отстоять его будем не в силах. Разгром Университета явится неизбежным — путем вторжения в него полиции. Опасность, грозящая Университету, заключается в характере университетских Собраний, в резолюциях, принимаемых ими, а также в том, что некоторые группы, находящиеся в Университете, пользуются им для своих целей. Мы считаем, что никакая партия не имеет нравственного права пользоваться Университетом и тем подвергать его опасности закрытия. Нет такой партийной программы, которая была бы свободна от некоторых предрассудков. Никто не может сказать, что программа партии, к которой он принадлежит, самая верная, что партия эта имеет право подвергать Университет опасно-

сти. Нам необходимо сохранить Университет так, чтобы в нем мы были свободными гражданами и членами какой нам угодно партии, но чтобы в Университете мы были только академическими деятелями. Я глубоко убежден в том, что положение Университета критическое. Нам предстоит или академическая жизнь в Университете, или отсутствие его.» После этой речи *замытия на сессии факультетов возобновились.*

1854. Как слышала «Речь» (6 октября), Московский Университет открыт на следующие условия: 1) право студенческих Собраний восстанавливается; 2) патрули и разъезды около Университета снимаются; 3) в случае, если Собрание в Университете будет угрожать общественному спокойствию, градоначальник сохраняет за собой право вмешательства.

1855. Мы слышали, что Конференция В. Медицинской Академии, согласно заявлению особой Комиссии, заведующей устройством и постановкой памятника *Сергию Петровичу Боткину* (см. «Русский Врач», 1904 г., № 24, стр. 893), обратилась в Петербургскую городскую Управу с предложением перенести этот памятник, поставленный в сквер у Вильевской клиники, на Синявинскую площадь (на Выборгской же стороне, против бокового фасада военного госпиталя, близ Пироговского Музея, где недавно еще помещалась гаупт-вахта), чтобы сдвинуть его достоянием не только Академии, но и города. Управа в сочувственно отнеслась к этому предложению и входит в Думу с соответствующим докладом. Мы счастливы тем, что наше желание, чтобы *Сергию Петровичу* ставили памятник не Академия, а Россия, таким образом ближе к осуществлению.

1856. 2-го октября, как сообщают «Русские Ведомости» (3 октября), проф. П. И. Дыконов и Ф. А. Рейнш вошел в медицинский факультет Московского Университета с предложением: не найдется ли он возможным, в виду исполняющегося 23-го ноября сего года 25-летия со дня смерти *Николая Ивановича Пирогова*, каким-либо образом отметить этот день? Факультет, согласно сдланному предложению, избрал организационную по этому вопросу Комиссию и, кроме того, намерен ходатайствовать перед городской общественным Управлением о переименовании Царынской улицы, где в районе хирургических клиник находится памятник *Н. И. Пирогову*, в «Пироговскую». — А с «Манассеинской» улицей в Петербурге дело, повидимому, так и канет в Лету. Да будет же стыдно Вам, гг. гласные из врачей!

1857. Начальник В. Медицинской Академии проф. В. Я. Данилевский, как сообщает «Око» (3 октября), *оставляет свой пост.*

1858. Как сообщает агентские телеграммы (от 5-го октября), в Одессе, согласно прошению, *увольняет ректор Университета.* Увольнению предшествовал обмен телеграммами с Петербургом по вопросу о допущении на студенческие Сходки посторонних лиц. «Речь» (7 октября) телеграфирует по этому поводу, что большинство профессоров решило коллективно уйти из Университета, если выяснится вынужденность отставки ректора.

1859. Как сообщает «Новое Обозрение» (3 октября), медицинский факультет Одесского Университета, заслушав в последнем своем заседании сообщение и. д. декана факультета о том, что конкурсы по кафедрам *хирургической патологии и терапевтической госпитальной клиники* должны считаться несостоявшимися, вследствие того, что никто из выступивших кандидатов не получил требуемого числа голосов, постановил просить ректора Университета ходатайствовать о назначении по этим кафедрам новых конкурсов.

1860. В «Сибирской Жизни» (26 сентября) в заметке об общестуденческих Сходках напечатано, между прочим, следующее: «22-го сентября в 1-ой аудитории Университета (Томского) состоялась 4-ая общестуденческая Сходка. После в продолжительной оценки ректора Университета г. Курлова, большинством 222 голосов принята резолюция о том, чтобы г. Курлов сложил с себя обязанности ректора» (курсив наш. Ред.), «против 163, требовавших совершенного удаления проф. Курлова, 16 воздержавшихся и 3 голоса против».

1861. На последней Сходке студентов медицинского факультета Одесского Университета, как сообщает «Новое Обозрение» (5 октября), выработана была резолюция по вопросу о *собирались, присоединившись к факультету.* Редактирование этой резолюции было поручено Комиссии из 5 лиц, после чего она должна была быть помещена в местных газетах и пушена по курсам для подписей. Резолюция эта следующего содержания: «Не смотря на отрицание профессорами из «группы 9» (проф. Головин, Левашев, Кишинский, Щеголев, Корш, Батуев, Маньковский, Попов, Орлов) общественно-политической подкладки в разрывавшихся на медицинском факультете событиях, общемагистратская Сходка тем не менее видит в борьбе 2-х групп профессоров одно из проявлений общего политического движения всей страны. Исходя из этого взгляда и рассматривая все происшедшее и происходящее на медицинском факультете с общей точки зрения, с точки зрения общественной Сходки не считала нужным разбираться в массе мелочей и столкновений личного характера, как лишенных совершенно какого-бы то ни было общественного значения. Остановившись лишь на 3-х кардинальных моментах, общемагистратская Сходка вынесла следующие резолюции: 1) Не усматривая в поведении «группы 9» по отношению к доктору А. К. Мандельштаму, отставившему

1) Ответ Правления редакцией «Фельдшера» получен и будет напечатан в № 20 этого журнала с редакционным к нему посланием. Правление также ответило уклончиво, что «формальности соблюдены» и «о правах членов не стоит говорить», а в сущности бьет отбой и допускает, что Съезд фельдшеров не состоится, о чем редакция «Фельдшера» весьма сожалеет. — Б. О.

2) Охотно помнящая это письмо уважаемого товарища, с которым мы, к сожалению, так расходимся во взглядах на фельдшеров и их деятельность, долго считаем заявить, что из того, что сообщает он, мы лично, действительно, не видим оснований обвинять его в намерении «сорвать Съезд», да еще с тем, чтобы потерять свое влияние на фельдшерскую журналистику, как это утверждает Совет Воронежского Общества помощников врачей. — Ред.

аутономіи и коллегіальности, и, напротивъ, видя въ немъ полное игнорированіе, больше того, попираніе этихъ правъ, студенты медицинскаго факультета всецѣло присоединяются къ отъѣзду Совѣтомъ Университета дѣйствіи декана *А. К. Медведькова*, по которой его дѣйствія признаны юридически и этически правильными. 2) На томъ-же основаніи студенты медицинскаго факультета выражаютъ свою полную солидарность со взглядами 2-го Отдѣла академическаго Союза (младше преподаватели), выраженными въ открытомъ письмѣ Союзу декану *А. К. Медведькову*, помѣщенномъ во «Врачебной Газетѣ» (№ 22, отъ 3-го июня 1906 г.), при чемъ выражаютъ свою полную готовность поддержать и въ дальнейшемъ Союзъ младшихъ преподавателей въ его борьбѣ за начала университетской аутономіи, коллегіальности и справедливости, видя въ ней часть общей борьбы студенчества за свободу и общественную правду. 3) По вопросу о бывшей связи профессоромъ изъ «группы 9» съ «Русскими Собраніемъ», а также съ политическими партіями въ родѣ п. п., студенты медицинскаго факультета предлагаютъ «группѣ 9» печатно заявить о своемъ несочувствіи идеямъ и тактикѣ названныхъ партій».

1862. «Товарищу» (3 октября) телеграфируетъ изъ Одессы, что медицинскій факультетъ Университета постановилъ въ интересахъ преподаванія *зодатайствовать о возращеніи* высланнаго ген.-губернаторомъ ординатора клиники *д-ра Кирилова*, редактора журнала «Союзъ».

1863. «Рѣчи» (6 октября) телеграфируютъ изъ Одессы, что по единогласному рѣшенію общестуденческой Сходки въ Университетѣ Совѣту рабочихъ депутатовъ и его защитникамъ послана *привѣтственная телеграмма*.

1864. Томское врачебное Отдѣленіе обратилось къ главному врачебному инспектору за разъясненіемъ, имѣютъ-ли право *женщины-врачи производить судебно-медицинскія вскрытія* по требованію надлежащихъ властей? Медицинскій Совѣтъ, на разсмотрѣніе котораго былъ переданъ этотъ вопросъ, рѣшилъ его въ *положительномъ* смыслѣ.

1865. Намъ сообщаютъ, что въ *Одесскомъ Университетѣ* подвергаются испытаніямъ въ медицинской Комиссіи 96 чел.

1866. Какъ мы слышали, избранная Совѣтомъ Женскаго Медицинскаго Института Комиссія по устройству *общедоступныхъ лекцій* вошла въ сношеніе съ слушательницами относительно приглашенія нѣкоторыхъ видныхъ лекторовъ для прочтенія въ свободное отъ занятій время ряда лекцій по общественнымъ наукамъ.

1867. «Рѣчи» (6 октября) сообщаютъ, что, такъ какъ *Народный Университетъ* въ Москвѣ имѣетъ успѣхъ, превзошедшій всѣ ожиданія, рѣшено, въ виду чрезмѣрнаго наплыва слушателей, учредить параллельные курсы.

1868. Какъ велика *потребность въ обществѣ къ естествознанію*, свидѣтельствуетъ передаваемое Одесскими газетами извѣстіе, что въ лекціонномъ Комитетѣ при Новороссійскомъ Обществѣ естествоиспытателей еще задолго до начала занятій были разобраны всѣ платные и бесплатные билеты, при чемъ для желающихъ слушать лекціи по анатоміи не хватило 337, а по гігіенѣ—227 билетовъ.

1869. *В. И. Гусаровъ*, арестованному въ Кронштадтѣ и переведенному затѣмъ въ Петербургъ въ «Кресты» (см. выше, № 39, стр. 1228), обвиненіе, по словамъ «Око» (5 октября), *предложено по 126 ст.*

1870. «Крымскій Курьеръ» (29 сентября) передаетъ, что въ Севастополѣ въ собраніи офицеровъ флота рѣшено на терроръ революціонеровъ отвѣчать также терроромъ. Составленъ *списокъ лицъ, которые будутъ истреблены въ случаѣ политической убитости*. Пока намѣчены для внесенія въ списокъ 17 лицъ, изъ которыхъ газетѣ сообщены фамиліи слѣдующихъ: 5 врачей—*Никонова (С. А.), Флерова (Л. А.), Натансона (О. П.), Берлина (Г. С.) и Зидучкаго (? Ред.)*, присяжныхъ повѣренныхъ — *Тарасова и Рязникова*.

1871. «Рѣчи» (6 октября) пишутъ изъ Богородска, что въ напечатанномъ въ «Вѣчѣ» «воззваніи къ жителямъ Богородска», полнымъ открытаго возмущеніягого призыва къ *кровавой расправѣ* надъ мѣстной интеллигенціей, *прозрачно названы фамиліи всѣхъ мѣстныхъ учителей и врачей*. Противъ редактора «Вѣча», по словамъ «Товарища» (4 октября), возбуждено уголовное преслѣдованіе по 129 ст.

1872. «Рѣчи» (8 октября) сообщаетъ, что студ. 4-го курса В.-Медицинской Академіи *А. В. Никитинъ*, по распоряженію администраціи, *высылается въ Нармскій край*. *А. В.* былъ арестованъ послѣ роспуска Государственной Думы и находился въ домѣ предварительнаго заключенія, при чемъ къ нему не было предъявлено никакого обвиненія.

1873. «Рѣчи» (3 октября) сообщаютъ, что *арестованъ земскій врачъ А. Т. Зелонко*. *А. Т.*, по «Россійскому Медицинскому Списку» на 1906 г., состоялъ земскимъ врачомъ Глуховскаго уѣзда, Черниговской губ., и жилъ въ м. Воронѣжѣ.

1874. Содержащійся въ домѣ предварительнаго заключенія студ. В.-Медицинской Академіи *Н. Серяиновъ*, по словамъ «Товарища» (7 октября), *заболѣлъ психическимъ расстройствомъ*.

1875. По словамъ агентскихъ телеграммъ (отъ 4 октября), Козелецкое уѣздное земское Собраніе постановило *устранить отъ должности врача больницы, призывавшаго крестьянъ къ объединенію въ Союзы*.—Въ Козельцѣ, Черниговской губ., врачъ земской больницы, по Рыккерскому «Календарю» на 1906 г. состоитъ *М. А. Левитскій*.

1876. Какъ передаетъ «Уральскій Край» (29 сентября), въ Екатеринбургѣ поселился врачъ *М. Г. Зайцевъ*, *высланный административно изъ предѣловъ Вятской губ. безъ объясненія причинъ*. *М. Г.* прослужилъ въ Сарапульской земской больницѣ болѣе 12 лѣтъ, нѣсколько 3-лѣтій исполнялъ обязанности гласнаго Земства и былъ выборщикомъ въ бывшую Государственную Думу.

1877. Ветеринарный врачъ Московскаго Земства *М. Л. Блюменфельдъ*, обвинявшійся вмѣстѣ съ агрономомъ Зубрилиннымъ и г. Крыловымъ въ томъ, что они на Собраніи крестьянъ Волоколамскаго уѣзда произносили рѣчи, призывавшія къ буржуазическимъ дѣяніямъ, судебной Палатой *оправданы*; оправданы и гг. Зубрилинъ и Крыловъ (Агентскія телеграммы отъ 3-го октября).

1878. Въ городскихъ и земскихъ учрежденіяхъ Московской губ., по крайней мѣрѣ, въ ихъ большинствѣ, твердо и рѣшительно, какъ передаетъ «Око» (8 октября), устанавливается принципъ игнорировать предписаніе мѣстной администраціи *объ устраненіи отъ общественныхъ должностей лицъ, подписавшихъ Выборское воззваніе*. Дѣло въ томъ, что такое распоряженіе можетъ имѣть силу только тогда, когда оно пройдетъ всѣ аппеляціонныя и кассаціонныя инстанціи, а потому всѣ общественные дѣятели, которыхъ Московская администрація вознамѣрилась подвергнуть остракизму, останутся на своихъ должностяхъ до тѣхъ поръ, пока этотъ вопросъ не будетъ разрѣшенъ Сенатомъ.

1879. Въ «Око» (8 октября) помѣщена обширная корреспонденція «по поводу *разрома Курской губернской Управы*» востренными губернскими земскимъ Собраніемъ, упразднившимъ медико-статистическое, офтальмо-статистическое Бюро, должность губернскаго агронома, пиротехнической Отдѣлы, сократившаго ветеринарный Отдѣлъ и пр. (см. выше, № 39, стр. 1229 и № 40, стр. 1260). Корреспонденція почти вся посвящена характеристикѣ большинства Сѣзда — «враговъ земскаго хозяйства». Предсѣдатель Курской уѣздной Управы г. *Шпаковъ (Н. Н.)* охарактеризованъ такъ: «врачъ по образованію, былъ земскимъ начальникомъ по призванію и лютый крѣпостникъ по убѣжденію, реакціонеръ и т. д.». Ему приписывается предложеніе о закрытіи медико-статистическаго Бюро.

1880. «Оку» (5 октября) телеграфируютъ изъ Ялты о *высылкѣ изъ Таврической губ. фельдшера Виноградова*, только-что оправданнаго судебной Палатой по обвиненію въ храненіи негалавильной литературы. *Высылается также старшина земская фельдшерка Витюшиса*. Земское Собраніе, выразивъ по этому поводу глубокое сожалѣніе, обратилось къ губернатору по телеграфу съ просьбой отменить высылку.

1881. «Око» (3 октября) сообщаетъ, что 1-го октября *освобождены изъ подъ ареста 8 служителей Алафузовской больницы, арестованные 20-го іюля послѣ Собранія больничныхъ служащихъ*. Старшій врачъ больницы *д-ръ Котанъ*, какъ сообщается тамъ-же, будто-бы отказывается принять ихъ обратно на службу, не смотря на то, что въ свое время болышная Комиссія постановила сохранить за ними ихъ мѣста.

1882. На минувшей недѣлѣ въ *одинъ день* по приговорамъ военнаго-полевыхъ судовъ были *казнены 22 чел.*

1883. «Рѣчи» (6 октября) телеграфируютъ изъ Тулы слѣдующее: «Политическіе заключенные, возмущенные *грубыми обращеніемъ съ ними врача Зимбржицкаго*, устроили обструкцію. Въ помѣщеніе тюрьмы введенъ полкъ солдатъ. Опасаются серьезныхъ осложнений».

1884. Какъ сообщаетъ «Око» (6 октября), товарищъ прокурора Петербургскаго окружнаго Суда по Лужскому уѣзду, осматривая на-дняхъ *Лужскую тюрьму* и провѣряя заключенныхъ въ ней, обнаружилъ въ числѣ ихъ отбывающаго 3-мѣсячное заключеніе арестанта *П. Ф.*, пораженнаго *острой формой проказы*, и распорядился немедленно отдѣлить его отъ остальныхъ арестантовъ, находившихся съ нимъ въ общей камерѣ, и обеззаразить послѣднюю. Прокаженный отправленъ въ колонію, а арестанты помѣщены въ другія камеры. — Невольно возникаетъ вопросъ о роли тюремнаго врача въ этомъ дѣлѣ<sup>1)</sup>.

1885. Министерство внутреннихъ дѣлъ по сношенію съ Министерствомъ финансовъ отказало *д-ру Дубровину* въ его *зодатайствѣ относительно субсидіи* для поддержки партійныхъ органовъ печати союза истинно-русскихъ людей.

1886. Какъ передаетъ «Сегодня» (4 октября), въ Петербургѣ *думскій врачъ Шиповъ*, украшенный значкомъ Дубровинскаго союза, раздаетъ въ амбулаторіяхъ *черносотенныя прокламаціи*.

1887. Пироговское Общество до сего времени соизмвало Всероссийскіе Сѣзды врачей явочнымъ порядкомъ, на основаніи своего устава. Временными-же правилами о Собраніяхъ 4-го марта с. г. созывъ всякаго рода Сѣздовъ поставленъ въ зависимость отъ разрѣшенія министра внутреннихъ дѣлъ. Вслѣдствіе этого Правленіе Пироговскаго Общества въ засѣданіи 4-го октября, обсуждая вопросъ объ устройствѣ очереднаго X-го Сѣзда, который долженъ былъ состояться въ Москвѣ еще въ январѣ текущаго года, но въ виду событій былъ отсроченъ, рѣшило сдѣлать попытку получить требуемое разрѣшеніе на основаніи временныхъ правилъ 4-го марта. Такъ какъ, однако, за послѣднее время

<sup>1)</sup> Извѣстіе это было уже набрано, когда мы прочитали въ общійхъ газетахъ (отъ 8-го октября) категорическое его опроверженіе агентскими телеграммами.—Ред.

никакіе вообще Съезды (кроме Съездовъ истинно-русскихъ людей) не разрѣшаются, то едва-ли возможно рассчитывать на то, чтобы Пароговскій Съездъ могъ быть разрѣшенъ въ Москвѣ. Въ виду этого въ томъ-же засѣданіи Правленія было высказано, обсуждалось и принципиально одобрено предположеніе о созывѣ *Циркового Съезда въ Финляндіи*, а именно въ Гельсингфорсѣ. Для рѣшенія вопроса о практической возможности устройства такого Съезда признано было необходимымъ кому-либо изъ членовъ Правленія въ ближайшемъ-же времени предпринять специальную поездку въ Гельсингфорс. Временемъ Съезда назначено 4—11 января 1907 г., въ случаѣ-же совпаденія этого срока съ выборнымъ періодомъ въ Государственную Думу—18—25 февраля («Русскія Вѣдомости», 7 октября).

1888. Въ ближайшемъ будущемъ — не позже конца этого года — въ Астрахани предполагался *Съездъ врачей и нѣкоторыхъ административныхъ дѣятелей Астраханской губ.* для подробной разработки вопроса о чумныхъ эпидеміяхъ въ предѣлахъ послѣдней и о мѣрахъ борьбы съ ними. Въ настоящее время «Волжанинъ» (1 октября) передаетъ слухъ, что «Съездъ этотъ не состоится по той простой причинѣ, что нѣкоторые изъ административныхъ лицъ онъ совершенно не нуженъ; для усовершенія-же всего мѣстнаго края предполагается создать суррогатъ этого Съезда — засѣданія подъ предсѣдательствомъ губернатора въ составѣ тѣхъ врачей, которые по своему положенію не могутъ отказаться отъ участія въ этихъ засѣданіяхъ, даже понимая ихъ безполезность». Вполнѣ раздѣляемъ выраженное почтенной газетой желаніе знать, насколько слухъ этотъ достоверенъ.

1889. Агентскія телеграммы (отъ 6 октября) сообщаютъ, что въ Костромѣ 6-го октября открылся губернский земскій Съездъ врачей. *Устройство публичнаго Съезда было губернаторомъ запрещено.*

1890. 23-го сентября въ Астрахани, какъ передаетъ «Астраханскій Листокъ» (26 сентября), состоялось учредительное Собраніе *профессиональнаго Союза врачей*, на которомъ единогласно постановлено открыть профессиональный Союзъ безъ политической программы съ цѣлью объединенія, по возможности, большей части врачей для моральной и матеріальной поддержки другъ друга, для рѣшенія научныхъ проблемъ и для возбужденія и проведенія въ жизнь вопросовъ, способствующихъ оздоровленію мѣстнаго края. Для выработки устава въ этомъ духѣ было избрано организационное Бюро изъ 5 лицъ, въ составъ котораго вошли: *А. И. Постниковъ, М. М. Холевинская, Б. Г. Бабеляницъ, Н. Н. Клодницкій и М. В. Куликовъ.* Союзъ предполагаетъ выпустить 2-недѣльный «Врачебно-профессиональный Листокъ».

1891. Въ Ловичѣ, Варшавской губ., открывается *отдѣлъ Варшавскаго мѣдическаго Общества* («Gazeta lekarska», 13 октября).

1892. Состоявшееся 8-го октября чрезвычайное Собраніе главнаго Управленія Краснаго Креста разсматривало вопросъ объ ассигнованіи въ помощь *пострадавшимъ отъ неурожая* въ доплату къ отпущенному уже 1.000.000 р. еще 900.000 р. Сумма эта образовалась отъ заграничнаго паспортнаго и ж.-дорожнаго сборовъ. Баллотировкой вопросъ этотъ рѣшенъ въ утвердительномъ смыслѣ большинствомъ всѣхъ присутствовавшихъ противъ 1.—Въ томъ-же засѣданіи ген. Гурко сообщилъ, что «размѣры заявленныхъ съ мѣстъ требованій объ ассигнованіи средствъ на продовольствіе и обмѣненіе были очень велики, и удовлетвореніе ихъ полностью для правительства было-бы очень труднымъ. Въ виду сего особое Совѣщаніе по продовольственному вопросу, пересмотрѣвъ болѣе подробно эти требованія, уменьшило ихъ на одну четверть» («Рѣшъ», 5 октября), т. е. рѣшило изъ 4-хъ голодныхъ накормить только 3-хъ!

1893. Общество русскихъ врачей въ Москвѣ избрало редакторомъ «*Медицинскаго Обзорнія*» на 1907 г. основателя журнала *В. Ф. Стримона*, товарищемъ его — *В. Н. Ремезова* и заведующимъ издательской частью журнала — ч. пр. *М. А. Членова* («Медицинское Обзорніе», № 17).

1894. По словамъ «Рѣшъ» (8 октября), Министерство народнаго просвѣщенія въ отвѣтъ на запросъ попечителя Одесскаго учебнаго округа разъяснило, что оно по закону не усматриваетъ никакихъ препятствій къ тому, чтобы *врачи-евреи* допускались къ преподаванію въ народныхъ школахъ элементарной гігіены и правилъ подачи первой медицинской помощи.

1895. Изъ безусловно достовернаго источника мы можемъ сообщить, что *острая матеріальная нужда* у д-ра *И.* (см. выше, № 40, стр. 1289), благодаря участію, принятому въ немъ Петербургскимъ врачебнымъ Обществомъ взаимной помощи и нѣкоторыми товарищами и частными лицами, *пока миновала.* Товарищъ *И.* помѣщенъ въ Георгіевскую Общину (старшими врачами Общины состоитъ глубокоуважаемый *Е. С. Боткинъ*, предсѣдатель Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи), гдѣ буржачки у него, къ счастью, не найдено, а опредѣленные слѣды бывшаго выпотного плейрита въ окружающей огнестрѣльной ранѣ, проникавшей въ пледральную полость. Состояніе здоровья товарища *И.* въ настоящее время не внушаетъ опасеній.

1896. Намъ сообщаютъ, что 30-го минувшаго сентября врачи и сослуживцы Петербургскаго Николаевскаго в. госпиталя съ главнымъ врачомъ *А. В. Мичинимъ* во главѣ *чествовали* уживомъ возвратившихся съ Д. Востока и порабатывавших на театрѣ войны: старшую сестру милосердія *Е. И. Бьяголазову* и врачей *В. Б. Гюббенета, П. Т. Склифосовскаго, И. Ф. Дейкуна-Мочаленко, С. А. Марка, Н. П. Мачинскаго, Д. Ф. Соколова, Д. В. Лебедева, П. И. Михайлова, А. И. Орлова, М. Н. Поромина, А. В. Гербера* и *П. Н. Виноградова.* Въ числѣ чествовавшихъ были и гражданскіе врачи, исполняющіе

обязанности ординаторовъ въ различныхъ отдѣленіяхъ госпиталя.

1897. Состоящая изъ врачей медицинская Комиссія при Обществѣ справочно-юридической помощи рабочимъ въ Н. Новгородѣ выработала, какъ сообщаетъ «Нижегородскій Листокъ» (5 октября), *проектъ медицинскою помощи членамъ профессиональныхъ Обществъ*, который и вноситъ на обсужденіе послѣднихъ. Отмѣтивъ неудовлетворительную постановку врачебной помощи рабочему населенію въ Н. Новгородѣ въ качественномъ и количественномъ отношеніяхъ, Комиссія, съ своей стороны, предлагаетъ организовать ее на слѣдующихъ началахъ: «Въ каждомъ профессиональномъ Союзѣ должна быть образована медицинская касса путемъ ежемѣсячныхъ отчисленій изъ общей суммы поступленій. Безработные члены Союзовъ и ихъ семьи, а также члены Союзовъ, находящіеся почему-либо въ крайне стѣснительномъ положеніи, лѣчатся за счетъ медицинскихъ кассъ; всѣ же остальные члены Союзовъ лѣчатся за свой счетъ. Дѣле: нѣ членовъ Союзовъ на 2 категоріи вызывается слабостью Союзовъ. Въ дальнѣйшемъ при ростѣ медицинскихъ кассъ самопомощь будетъ вытѣсняться взаимопомощью. Указанныя выше начала могутъ быть проведены въ жизнь слѣдующимъ образомъ: 1) Каждому члену Союза выдается врачебная книжка-листъ съ отъ рынными марками; на каждой маркѣ ставится наименованіе Союза и № членскаго билета. 2) Эти марки двоякаго цвѣта: сѣныя — для лицъ, которые лѣчатся за счетъ медицинскихъ кассъ, и бѣлыя — для членовъ, которые лѣчатся за свой счетъ. 3) Совѣтъ врача оплачивается маркой. 4) По истеченіи мѣсяца марки представляются врачами въ Союзы. 5) Оплата бѣлыхъ марокъ производится черезъ Правленіе Союзовъ по заранее установленной таксѣ. 6) Сѣныя марки поступаютъ въ медицинскую кассу, которая и производитъ расчетъ, сообразуясь съ настоящими средствами. Въ тѣхъ-же исключительныхъ случаяхъ, когда въ медицинской кассѣ нѣтъ совсѣмъ денегъ, сѣныя марки оплатѣ не подлежатъ. 7) Плата за совѣтъ устанавливается въ размѣрѣ 25 коп. 8) Врачебная помощь можетъ быть подаваема какъ на дому у врачей, въ приемные часы, такъ и въ частныхъ лѣчебницахъ въ указанные часы. 9) Такса спеціальной помощи, какъ то: перевязки, хирургическія операціи, электризація, вставленіе искусственныхъ зубовъ устанавливается согласно дѣйствующимъ въ частной лѣчебницѣ нормамъ». — Безплатную помощь вообще Комиссія признаетъ «нежелательной» на слѣдующихъ основаніяхъ: «во 1-хъ, всякій трудъ долженъ быть оплаченъ; во 2-хъ, безплатная помощь для однихъ (могущихъ оплатить) — оскорбительна, у другихъ-же можетъ вызвать скептическое отношеніе къ подаваемымъ совѣтамъ». При дѣйствительной непреложности 1-го пункта 2-ой былъ-бы совершенно лишнимъ; но, разъ онъ приводится — непреложность 1-го не сомнительна ли? По 2-му пункту — неужели *tertium non datur*? Неужели безплатный врачебный совѣтъ не можетъ или не быть оскорбительнымъ, или не вызывать скептического къ себѣ отношенія? Въ проэктѣ, кромѣ того, намъ кажется, недостаточно оттънена нравственная обязанность фабрикъ и заводовъ обезпечить своихъ рабочихъ и ихъ семьи вполнѣ удовлетворительной медицинской помощью.

1898. «Товарищъ» (6 октября) сообщаетъ, что по произведенной контрольной Комиссіей вѣдомства учреждений Императрицы Маріи ревизіи *Московского воспитательнаго дома* обнаружена *растрата на сумму до 400.000 р.*

1899. Портовое санитарное Попечительство въ Одессѣ, какъ сообщаютъ «Одесскія Новости» (4 октября), рѣшило устраивать *лекціи по мѣдичѣ и санитаріи* для портовыхъ чернорабочихъ.

1900. Предсѣдатель Петербургской городской санитарной Комиссія, въ виду упорно державшейся въ городѣ *эпидеміи брюшнаго тифа*, обратился, какъ намъ передаютъ, къ городскому головѣ съ заявленіемъ о безотлагательномъ принятіи экстренныхъ въ этомъ отношеніи мѣръ, въ особенности среди бѣднѣйшей части населенія. Къ обычнымъ условіямъ, поддерживающимъ развитіе брюшнаго тифа въ городѣ, — отсутствію квартиръ для рабочихъ и для бѣдняковъ, недостаточному питанію и безработицѣ въ настоящее время присоединилось еще одно — разрытіе почвы на многихъ улицахъ для прокладки новой сѣти трамвая. Обращено затѣмъ вниманіе на то, что въ настоящее время въ городскихъ больницахъ *не обезпеченъ пріемъ всѣхъ заболѣвающихъ дифтеріей и скарлатиной.*

1901. Главный инженеръ Московскихъ городскихъ водопроводовъ, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (5 октября), представилъ въ Управу результаты бактериологическаго и химическаго изслѣдованія *воды Москворѣцкаго водопровода.* Число бактерий въ 1 к. см. Москворѣцкой воды до вступленія ея въ водопроводъ колеблется между 108 и 968, а въ фильтрованной водѣ, прошедшей черезъ 7 фильтровъ, бактерий въ томъ-же объемѣ воды оказывается уже только около 7, по прохожденіи-же воды черезъ 8-ой фильтр — только около 3. Въ физико-химическомъ отношеніи Москворѣцкая фильтрованная вода тоже вполнѣ удовлетворяетъ всѣмъ требованіямъ гігіены: она прозрачна, содержитъ немного сухого остатка; жесткость ея средняя; въ ней совершенно нѣтъ амміака, азотной и азотистой кислотъ. Какъ въ бактериологическомъ, такъ и въ физико-химическомъ отношеніи Москворѣцкая фильтрованная вода стоитъ въ настоящее время выше Мытищенской. А между тѣмъ прежде послѣдняя всегда предпочиталась первой.

1902. «Сегодня» (3 октября) передаетъ, что въ Старой Руссѣ, Новгородской губ., съ каждымъ днемъ все болѣе и болѣе увеличивается число *заболѣвающихъ брюшнымъ тифомъ*, угрожающимъ принять эпидемическую форму. Причина этихъ заболѣваній кроется въ отвратительномъ содержаніи колодезѣ, откуда

население берет воду. Колодцы эти, будто-бы, почти никогда не чистятся.

1903. *Эпидемия скарлатины в Таганроге*, по словам «Приазовского Края» (1 октября), заставила инспектора народных училищ обратиться к городской Управѣ съ просьбой пригласить на время ея 2-х врачей для ежедневного осмотра учащихся въ начальныхъ городскихъ школахъ и для посѣщенія заблуждающихся учениковъ на дому. Къ заключенію о необходимости этой мѣры пришло частное Совѣщаніе врачей участковыхъ и состоящихъ при Таганрогскихъ средне-учебныхъ заведенияхъ. Управа откликнулась на это, что въ ея распоряженіи нѣтъ врачей для наблюденія за школами; лѣченіе-же бѣдныхъ, въ томъ числѣ и учащихся (1 *Ред.*), возложено-де на думскихъ участковыхъ врачей. Получивъ такой отвѣтъ и придя къ выводу, что думскіе врачи, за массой работы, не въ состояніи слѣдить за здоровьемъ учащихся въ начальныхъ школахъ, инспекторъ намѣренъ прекратить на время эпидеміи занятія въ начальныхъ училищахъ.

1904. По почину пр. А. П. Ольденбургскаго, Петербургское городское Попечительство о народной трезвости устраиваетъ въ широкихъ размѣрахъ снабженіе горячей пищей дѣтей, обучающихся въ городскихъ начальныхъ училищахъ.

1905. Какъ сообщаютъ агентскимъ телеграммы (отъ 5-го октября), Борзенское Земское Собраніе, Черниговской губ., въ виду неплатежа земскихъ сборовъ, постановило *закрыть школы, больницы и ветеринарные пункты*, начиная съ зажиточныхъ селъ.

1906. По словамъ «Русскихъ Вѣдомостей» (5 октября), постройка *Московской окружной психиатрической больницы* въ Подольскомъ уѣздѣ закончена.

1907. На засѣданіи Одесской городской Думы 4-го октября М. Г. Крапивинъ, какъ сообщаетъ «Новое Обозрѣніе» (5 октября), былъ внесенъ докладъ о необходимости ассигнованія 5000 р. на *расширеніе некоторыхъ помѣщеній психиатрической больницы*. Больница эта переполнена до крайнихъ предѣловъ: вмѣстѣ 250 больныхъ по штату, ихъ содержится въ ней около 600, вслѣдствіе чего допускаются всевозможныя ненормальности (см. выше, № 35, стр. 1101). Дума признала необходимымъ сдѣлать ассигнованіе, поручивъ Управѣ изыскать средства. Одновременно рѣшено поручить Управѣ разработать вопросъ *объ упраздненіи больницынаго сбора*. На томъ-же засѣданіи Дума предложила также Управѣ представить свои объясненія по поводу 2-хъ инцидентовъ, описываемыхъ «Новымъ Обозрѣніемъ» въ слѣдующемъ видѣ: 1-ый касается случая, когда, подъ предлогомъ необходимости помѣщенія для больныхъ, некоторые служашіе психиатрической больницы были выведены въ частныя помѣщенія, но, взаимѣ больничныхъ палатъ, были *устроены квартиры для врачей*; 2-ой инцидентъ выразился въ томъ, что во время засѣданія старой городской больницы д-ромъ *Марьянскимъ* (см. выше, № 39, стр. 1229) обнаружилось, что для довольствія больныхъ *число изъ указывалось на 100 чел. больше действительнаго*.—Такъ-ли это?

1908. На двухъ, какъ сообщаетъ «Новое Обозрѣніе» (3 октября), въ Одесской старой городской больницѣ состоялось общее Совѣщаніе врачей обѣихъ больницъ по вопросу *объ урегулированіи продовольствія больныхъ*, въ виду возникшихъ сомнѣній, что въ палаты выписывается больше порцій, чѣмъ числятся больныхъ (см. выше). Запрошенный по этому поводу низшій медицинскій персоналъ объяснилъ это тѣмъ, что выдаваемые порціи малы для больныхъ и подобнымъ «обходомъ» удается посмѣить ихъ кормить. Для установленія контроля за продовольствіемъ Совѣщаніе избрало 2 Комиссіи: одну—для старой, другую—для новой больницы. Члены Комиссій будутъ слѣдить за правильной выдачей пищи и проверять сообщенія низшаго персонала. Въ Комиссію вошли по 3 ординатора, старшій врачъ и смотритель больницы.

1909. По поводу доклада ревизіонной Комиссіи Одесской городской Думы о *режимѣ городской больницы* (см. выше, № 40, стр. 1261) контора послѣдней, какъ сообщаетъ «Новое Обозрѣніе» (3 октября), въ свою очередь, представила свои объясненія, указывая, что улучшенія, отмѣченныя Комиссіей, являются результатомъ несоответствія суммы ассигновки, отпускаемой на содержаніе больницы, числу находящихся тамъ больныхъ. Къ тому-же всевозможныя недочеты, найденные по ремонту больницы, являются слѣдствіемъ «хозяинчанаго» городскихъ ремонтныхъ мастерскихъ. Комиссіей указано было, что въ городской больницѣ не имѣется отчетовъ съ 1903 г.; контора-же больницы въ отвѣтъ на это предлагаетъ Комиссіи обратиться въ городской архивъ, гдѣ за №№ 12253, 8805 и 10517 находятся всѣ отчеты по управленію городской больницей за истекшіе 3 года.

1910. «Приазовскій Край» (1 октября) отмѣчаетъ *недостаточность медицинскаго персонала въ Новочеркасскихъ богоугодныхъ заведеніяхъ*. Штатомъ въ нихъ положено 2 врача и 4 фельдшера; состоятъ-же на службѣ 1 младшій врачъ, и ему приходится пользоваться, при 2-хъ фельдшерахъ, до 300 чел. Такой недостатокъ въ медицинскомъ персоналѣ не можетъ не отражаться на общемъ состояніи дѣла, особенно при переполненіи заведеній. При областной больницѣ, открытой на 200 чел., положено 4 врача и 6 фельдшеровъ, тогда какъ при богоугодныхъ заведеніяхъ съ значительно большимъ числомъ больныхъ и призрѣваемыхъ—только 6 чел. медицинскаго персонала, да и этотъ комплектъ на 1/3 уменьшенъ.

1911. Проф. В. И. *Никольскій* въ напечатанной отдѣльной брошюрѣ его рѣчи—«О гомеопатіи, ея сущности и причинахъ возникновенія и распространенія», которая должна была быть произнесена на актѣ въ Варшавскомъ Университетѣ, такъ ха-

рактеризуетъ это заблужденіе: «Гомеопатія не выдерживаетъ рѣшительной никакой критики, представляя систематическое отрицаніе того, чего нельзя отрицать, и признаніе того, чего нельзя допустить». Авт. справедливо замѣчаетъ, что въ послѣднее время представители гомеопатіи становятся не въ мѣру требовательными и, пожалуй, не въ мѣру заносчивыми, и вслѣдствіе этого, конечно, возможно ожидать отъ нихъ въ будущемъ большаго вреда, чѣмъ это было до сихъ поръ. Главной мѣрой борьбы противъ гомеопатіи, какъ и вообще противъ всякаго рода суевѣрій и предрассудковъ, онъ, разумѣется, считаетъ распространеніе просвѣщенія и знаній въ обществѣ.

1912. Многоуважаемый товарищъ Э. И. *Гиккель* проситъ насъ исправить *неточность*, допущенную имъ въ его письмѣ во «Врачебно-санитарную Хронику Саратовской губ.», перепечатанномъ нами въ № 39 «Русскаго Врача» (стр. 1229): въ письмѣ сказано, что фельдшера допущены на губернскіе Сѣзды врачей съ правомъ одинаковаго со всѣми голоса по всѣмъ вопросамъ; между тѣмъ постановленіе было иное, какъ это видно изъ отчета въ «Полтавской Земской Газетѣ» (№ 8), а именно: «фельдшера являются участниками Сѣзда по вопросамъ научно-медицинскимъ съ правомъ совѣщательнаго голоса, а по вопросамъ бытовымъ—рѣшающаго».

1913. Изъ помѣщенного въ «Волгарѣ» (4 октября) отчета о Балахнинскомъ, Нижегородской губ., земскомъ Собраніи узнаемъ, что по ходатайству вдовы Городецкаго земскаго врача Х. А. *Рюрикова* (см. выше, № 30, стр. 943 и № 31 стр. 975), получившей вмѣстѣ съ дѣтьми отъ губернскаго Земства, полную пенсію въ 600 р. въ годъ, *увеличить размѣръ 2-хъ стипендій на обученіе дѣтей покойнаго* съ первоначально назначенной суммы въ 75 р. до 150 р. на каждого воспитанника. Ранѣе этого губернская Управа отпустила на похороны Х. А. *Рюрикова* 200 р. Ходатайство вдовы покойнаго о возвращеніи семь его израсходованныхъ имъ 1000 р. на поѣздку въ Швейцарію для поправленія здоровья отклонено.

1914. Въ письмѣ въ «Око» (6 октября) г. Рудинъ, справедливо возмущаясь *стеченіемъ глухонемыхъ* во время бунта въ ихъ училищѣ въ Петербургѣ, призываетъ «покарать презрѣніемъ» людей, вводившихъ «этотъ позоръ» въ наши школы. Письмо г. Рудина начинается слѣдующими словами: М. Г.! Въ газетахъ мы прочли сегодня о «бунтѣ» въ училищѣ глухонемыхъ и о томъ, что *по приказанію д-ра Енько* (курсивъ нашъ. Ред.) и съ разрѣшенія родителей вѣскольکو мальчиковъ были выстѣшены... Надѣемся, что д-ръ *Енько* не оставитъ этого тяжкаго обвиненія безъ опроверженія.

1915. Какъ *примѣръ клеветничества* Московской газеты «Вѣче» по адресу своихъ политическихъ противниковъ, позволимъ себѣ заимствовать изъ «Русскихъ Вѣдомостей» (5 октября) неприводимый случай въ томъ видѣ, какъ онъ излагается въ обнародованномъ въ Одесскихъ газетахъ распоряженіи Одесскаго временнаго ген. губернатора ген.-майора Глаголева: «Въ Московской газетѣ «Вѣче» появилась слѣдующая записка: Убиство дѣвочки. 29-го августа въ Одесской лѣчебницѣ еврея д-ра *Триера* скончалась дѣвочка христіанка Елена Павлоцкая, 4 л., у которой была взята кровь для переливанія молодой, богатой еврейкѣ. По заявленію матери, произведено вскрытіе тѣла убитой дѣвочки. Обнаружено, что покойная скончалась отъ отравленія мышьякомъ. На тѣлѣ ребенка найдено 6 сквозныхъ уколовъ. *Ивановъ*. Одесса. 30-го августа 1906 г.» Въ виду того, что появленіе этой клеветнической и неистой записки вызвало въ городѣ массу всевозможныхъ толковъ, вслѣдствіе которыхъ могли возникнуть безпорядки на націоналистической почвѣ, я считаю нужнымъ объявить въ всеобщее свѣдѣніе о тѣхъ разсѣдованіяхъ, которыя были предприняты по моему распоряженію и по почину слѣдственной власти. Разсѣдованіями этими обнаружено слѣдующее: Въ лѣчебницѣ *Триера* въ ночь на 23-ое августа еврейка *Эстеръ Кессель* родила мальчика. Въ ночь на 29-ое августа фельдшерница по ошибкѣ, вмѣсто укропной воды, дала новорожденному чайную ложку уксусной эссенціи, отчего ребенокъ и умеръ. По почину судебного слѣдователя 5-го участка, послѣ заявленія д-ра *Триера* о случившемся, было произведено судебно-медицинское вскрытіе трупа ребенка, при чемъ смерть отъ ошибочнаго приема уксусной эссенціи вполне подтвердилась. Всѣ данныя судебно-медицинскаго вскрытія занесены въ протоколъ и находятся при дѣлахъ у слѣдователя 5-го участка. По наведеннымъ справкамъ, лицъ, носившихъ фамилію Павлоцкихъ, на жителей въ Одессѣ вовсе нѣтъ, а есть Павлоцкіе (опечатка? Ред.), изъ которыхъ только одинъ христіанинъ, вдовецъ и бездѣтный (живетъ по Княжеской ул., д. № 7), а всѣ остальные Павлоцкіе—евреи. Не довольствуясь этимъ, я распорядился произвести особое разсѣдованіе, которое подтвердило не только все изложенное, но равно и то, что въ лѣчебницѣ д-ра *Триера* никогда никакой Елены Павлоцкой не находилось. Ясно, что вся записка газеты «Вѣче» не больше, какъ злой и недобросовѣстный вымыселъ, и толки, возникшіе по этому поводу въ Одессѣ, только лишній разъ должны убѣдить всякаго, какъ осторожно надо относиться къ газетнымъ сообщеніямъ и какъ мало можно имъ довѣрять».

1916. По *дѣлу д-ра Никитина* (см. выше, № 40, стр. 1262) 25-го сентября состоялось, какъ сообщаетъ «Приазовскій Край» (30 сентября), слѣдующее постановленіе Таганрогской городской Управы: «1-го марта 1894 г. врачъ *Никитинъ* принялъ на себя, по предложенію Управы, обязанность врача—хирурга микрокостиста съ жалованіемъ въ 600 р. въ годъ; впоследствии увеличаніе это было увеличено до 800 р., и ассигновывалось ему ежегодно 200 р. на разѣзды на предметъ исполненія обязан-



стей и городского санитарного врача; затѣмъ въ 1903 г., по постановленію городской Думы, К. Н. Никитинъ освобожденъ былъ отъ химико-микроскопическихъ работъ съ временнымъ возложеніемъ на него обязанностей общесанитарнаго врача съ ассигновкой ему дополнительныхъ 200 р. на разѣзды въ канцелярскихъ суммъ. Наконецъ, 20-го сего сентября состоялось извѣстное постановленіе Думы объ увольненіи г. Никитина. Въ виду этого Управа опредѣлила сообщить г. Никитину выписку изъ постановленія Думы отъ 20-го сентября и уведомить его, что онъ, г. Никитинъ, освобождается съ 23-го сентября отъ исполненія обязанностей городского санитарнаго врача за упраздненіемъ должности, къ временному занятію которой онъ и былъ приглашенъ въ 1903 г. 25-го сентября это опредѣленіе городской Управа привело въ исполненіе.

1917. Въ «Приазовскомъ Краѣ» (3 октября) г. «Шиллеръ изъ Таганрога» бросаетъ цѣлый рядъ обвиненій по адресу Таганрогскихъ врачей. Поводъ къ тому далъ протестъ врачей г. Таганрога противъ увольненія д-ра Никитина (см. выше). Г. «Шиллеръ изъ Таганрога» утверждаетъ, что вопросъ объ увольненіи д-ра Никитина давно стоялъ на очереди, но все откладывалось только благодаря тому, что члены Управы, врачи Горданова и Шедеев, не рѣшались подписать постановленіе, хотя и признавали необходимость пригласить другого санитарнаго врача, что Дуна высказалась отрицательно о дѣятельности не только д-ра Никитина, но и другого представителя санитарнаго надзора д-ра Демонтова-Власенко, что предложеніе объ увольненіи д-ра Никитина прошло единогласно, при чемъ молчали и врачи Саломеи и Халодимичи, потомъ подписавшіе протестъ, и т. п. — Крайне желательно было-бы получить отъ Таганрогскихъ товарищей разъясненіе по этому дѣлу, признаемъ, для насъ неясному.

1918. «Сегодня» (3 октября) сообщаетъ, что въ Омскѣ на вокзалѣ рабочіе просили министра путей сообщенія изобразить изъ отъ врача Мурзеева, что министромъ и общано. По «Россійскому Медицинскому Списку» на 1906 г. ж.-дорожные врачи на ст. Омскѣ состоятъ Мурзеевъ С. В. Желательно-бы знать подробности.

1919. Въ «Вак» (30 сентября) мы нашли слѣдующее отношеніе: «Окулисту д-ру Овасею, работающій въ амбулаторіяхъ Сѣзда, обратился въ Совѣтъ съ просьбой отпустить его на 2 мѣс. за границу съ цѣлью дальнѣйшаго изученія своей специальности. Д-ръ Овасею, между прочимъ, послѣ пріѣзда намѣренъ примѣнять лучи радія для леченія глазныхъ болѣзней». — Надѣмся, что самъ д-ръ Овасею нечистотенъ къ такой рекламѣ и не преминетъ подтвердить это въ «Вак»-же.

1920. «Волгарь» (4 октября) по дѣлу фельдшера Шитова (см. выше, № 40, стр. 1262 и др.) сообщаетъ слѣдующее: «Вчера состоялось Совѣщаніе городской Управы, подъ предсѣдательствомъ городского головы А. М. Меморского, по дѣлу о сборѣ съ больныхъ, установленномъ фельдшеромъ Александровской лѣчебницы г. Шитовымъ. Въ Совѣщаніи принималъ участіе предсѣдатель городской санитарной Комиссіи В. В. Баулинъ, защищавшій интересы г. Шитова. На обсужденіе были поставлены вопросы: обращался-ли г. Шитовъ грубо съ больными, отпуская-ли лѣкарства за плату и собиралъ-ли съ больныхъ лѣчебницы на «Бѣлое Знамя»? Большинство голосовъ признало, что *мы имѣемъ данности для утвердительнаго ответа* на указанные вопросы».

1921. Проф. W. Ebstein, читавшій лекціи въ Göttingen'sкомъ Университетѣ съ 1874 г., съ началомъ зимняго сезона оставляетъ этотъ Университетъ. Въ ноябрѣ проф. Ebstein'у исполнится 70 лѣтъ. Преемникомъ его называютъ проф. W. His изъ Basel'я (St. Petersburg medicinisches Wochenschrift, 23 сентября).

1922. На 1-ый курсъ медицинскаго факультета Львовскаго Университета поступило 84 слушателя (въ томъ числѣ 7 женщинъ) («Lwowski Tygodnik lekarski», 11 октября).

1923. 22—27-го октября текущаго года въ Парижѣ, въ зданіи Медицинскаго факультета, подъ покровительствомъ Президента Республики соберется *Международный Сѣздъ по цѣлямъ пищевыхъ веществъ*.

1924 Въ доказательство химическаго происхожденія лейкоцитаго запяленія и лейкоцитарной бугорчатки (ученіе Aufrecht'a и въ послѣднее время — Behring'a и Calmette'a) д-ръ Petit приводитъ опыты, произведенные имъ на 6 пораженныхъ острой бугорчаткой и истощенныхъ дѣтяхъ въ возрастѣ 1 г. и менѣе, которымъ вводили въ желудокъ, черезъ зондъ, взвѣшенный въ водѣ мельчайшій угольный порошокъ, повторяя эту процедуру черезъ нѣсколько дней. При вскрытіи умершихъ дѣтей на присутствіе угля исследовались всѣ ихъ органы, при чемъ у 4-хъ, несомнѣнно, бугорчатковыхъ, найдены ясные слѣды угля въ легкихъ и даже въ бронхіальныхъ железахъ. По мнѣнію Petit, бѣлая кровяная тѣльца, захвативъ уголь въ кишечныхъ ворсинкахъ, переносятъ его сначала въ брызжеечныя железы, а затѣмъ въ общую лимфатическую систему и въ правое сердце, откуда онъ переносится кровью въ разныя части тѣла и въ легкія (La Presse Médicale, 13 октября). Подобные-же опыты, произведенные годъ назадъ Vansteenberghe'омъ и Gryser'омъ (Annales Pasteur, 1905, декабрь) надъ морскими свинками, показали, что запяленіе легкаго при введеніи угольнаго порошка въ желудокъ возможно лишь у взрослыхъ животныхъ, молодыя-же особи при этомъ запяленію не подвержены.

1925. Въ интересномъ докладѣ «О сифилисѣ честныхъ женщинъ» проф. Fournier сообщилъ Парижской Медицинской Академіи (2-го октября), что на основаніи своего обширнаго опыта изъ частной практики онъ пришелъ къ тому, очень грустному, заключенію, что число сифилитическихъ заболѣваній среди

честныхъ женщинъ очень велико и составляетъ  $\frac{1}{4}$  общаго числа заболѣваній сифилисомъ. Женны обыкновенно заражаются отъ мужей, при чемъ имѣются случаи зараженія на 6—8-мъ году супружества. Очевидно, нѣкоторые мужья, будучи здоровы до брака, заражаются сифилисомъ на сторонѣ уже послѣ него и передаютъ болѣзнь женамъ. Мужей, передающихъ женамъ сифилисъ, Fournier дѣлитъ на 3 категоріи: 1-ая, самая ужасная, — «цѣники»; прекрасно сознавая опасность, которая грозитъ ихъ будущимъ женамъ, они, тѣмъ не менѣе, въ погонѣ за приданымъ, женятся, не выѣжившись; даже идутъ «безпечные», т. е. люди, небрежно относящіеся къ своему здоровью, забывшіе о своемъ заболѣваніи, недостаточно выѣжившіеся и женившиеся безъ совѣта съ врачомъ; наконецъ, послѣднюю категорію составляютъ «невѣдающіе»; ихъ больше всего. Fournier настойчиво предлагаетъ Академіи предпринять противъ сифилиса такой-же походъ, какой предпринять уже противъ алкоголизма и бугорчатки.

1926. Д-ръ Dédé обращаетъ вниманіе на то обстоятельство, что главными переносчиками пузырчатой лихвы (эхинококка) являются собаки, живущія на бойняхъ и вообще питающіяся отбросами убоа, въ особенности овецъ. На 70 случаевъ пузырчаткаго заболѣванія, которые автору пришлось наблюдать, въ 12 (17%) удалось установить, что зараженіе шло именно черезъ посредство собакъ съ боенъ. Въ виду особой частоты заболѣванія эхинококкомъ среди мясниковъ, колбасниковъ, фермеровъ, охотниковъ, пастуховъ и членовъ ихъ семейства Dédé склоненъ признать пузырчаткаго болѣзнь ихъ профессиональной болѣзью (Le Bulletin médical, 3 октября).

1927. 25-го іюля (н. с.) во Франціи обнародованъ новый законъ о врачахъ-преподавателяхъ, вызвавшій цѣлую бурю во врачебномъ сословіи. За послѣдніе мѣсяцы этому закону удѣлялось много мѣста во всей французской врачебной печати («Journal de médecine et de chirurgie pratiques» (10 сентября), «La Quinzaine thérapeutique» (10 октября), «Gazette des hôpitaux» (13 октября), «Le Bulletin Médical» (10 октября) и пр.), и, дѣйствительно, онъ весьма важенъ для врачебной профессіи. Закономъ этимъ создается какъ-бы новая ученая медицинская степень, получаемая по выдержаніи экзамена по основнымъ медицинскимъ предметамъ — гистологій, физиологій и патологической анатоміи, въ чемъ и выдается особое удостовѣреніе — «certificat d'études supérieures». Полученіе такого удостовѣренія признается обязательнымъ для всѣхъ конкурентовъ на преподавательскую дѣятельность — при зачисленіи въ адъюнкты-профессора и пр. Обнародованію этого закона предшествовало опубликованіе письма проф. Bouchard'a къ Президенту Республики, отицающаго выяснившійся при испытаніяхъ на конкурсахъ общій низкій уровень познаній по указаннымъ основнымъ предметамъ медицинскаго образованія. Цѣль закона 25-го іюля — поднять образовательный цѣвъ кандидатовъ на профессуру. Причина вызваннаго имъ волненія — опасеніе, что имъ создается спеціально врачебная аристократія съ изведеніемъ всего остального врачебнаго сословія — врачей-практиковъ — на степень «officiers de santé». Публика, говорятъ протестующіе, очень скоро по своему оцѣнитъ новое положеніе дѣла. Намѣренно или нѣтъ, но Университетъ теперь представляетъ ей 2 категоріи врачей къ большой невыгодѣ тѣхъ, у которыхъ не окажется времени или достаточныхъ матеріальныхъ средствъ для полученія высшей степени врача. Если врачи оказываются недостаточно образованными, то причина этого не въ неподготовленности преподавательскаго персонала, а въ недостаткахъ всей системы преподаванія. По вычисленію д-ра Geclerc'a въ «Socours Médicaux», за вычетомъ вакаціонныхъ и праздничныхъ дней (200) на медицинскихъ факультетахъ на работу остается всего 165 дней на оба семестра (лѣтній и зимній). Да и простыми экзаменами по основнымъ предметамъ нельзя обезпечить лучшей составъ преподавательскаго персонала. Протестанты проклинаютъ Сѣздъ для обсужденія мѣръ противодѣйствія создающемуся невыгодному для большинства врачей положенію дѣла. Въ печати начинаютъ появляться протесты разныхъ врачебныхъ Обществъ и Союзовъ («Union des syndicats médicaux du Sud-Est» въ Gazette des hôpitaux (16 октября) «Syndicat médical de Lille» въ «Bulletin médical» (10 октября) и пр.). Протесты эти въ общемъ почти тождественны. Для ознакомленія съ ихъ характеромъ позволяемъ себѣ привести выбранный нами по краткости изложенія слѣдующій протестъ Союза Юго-Восточныхъ медицинскихъ синдикатовъ. «Союзъ Юго-Восточныхъ медицинскихъ синдикатовъ (L'Union des syndicats médicaux du Sud-Est) энергично протестуетъ противъ закона, создаваго дипломъ на высшую медицинскую степень (certificat d'études médicales supérieures), призываетъ къ протесту всѣхъ практическихъ врачей и всѣ профессиональныя организаціи Юго-Востока, постарается всѣми доступными мѣрами содѣйствовать отміѣнъ или измѣненію закона 25-го іюня 1906, приметъ участіе въ организаціи Сѣзда французскихъ врачей-практиковъ, пошлетъ копію настоящаго постановленія министру народнаго просвѣщенія, всѣмъ врачебнымъ организаціямъ, всѣмъ товарищамъ, сенаторамъ или депутатамъ».

1928. Умерли: 1) Въ Ораніенбаумѣ, застрѣлился, Иванъ Людовичъ Якушевичъ («Рѣчь», 10 октября), родившійся въ 1864 г., а званіе врача получившій въ 1890 г. — 2) Въ Петербургѣ, Михаилъ Іосифовичъ Перфильевъ («Товарищъ», 10 октября), родившійся въ 1849 г., а званіе врача получившій въ 1875 г.

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

## МЕСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Русские.

Хирургия, т. XIX, 1906 г., январь—июнь. 1. А. Брюковъ. Случай перистальной саркомы со вторичнымъ распространениемъ перерождениемъ костного мозга и случай разлитой лимфаденоидной преобразования костного мозга. 2. В. М. Зыковъ. О влиянии лучей Röntgen'a на лейкоэмическую и т. наз. псевдолейкоэмическую поражения лимфатического аппарата. Литературно-клинический очерк. 3. Г. А. Альбрехтъ. Случай огнестрельного повреждения подключичной артерии и вены с исходомъ въ выздоровление. Лечение выжидательное. 4. В. Воголюбовъ. Къ вопросу о нейрофиброматозъ. Подробное описание случая. 5. А. В. Вахиревъ. О ринофимъ. Описание случая. 6. М. Рязановъ. Временная перевязка общей сонной артерии при кровотечении изъ внутренней и наружной яремныхъ венъ. Описание случая съ благоприятнымъ исходомъ. 7. И. И. Кравченко. Случай пришивания подмышечной почки. 8. Р. И. Венгловский. Лучи Röntgen'a и прижигание нозъ для клинического исследования. Описание техники исследования. 9. Н. Н. Теребинский. 2 случая ранений печени и грудобрюшной преграды. 2 случая огнестрельного ранения со смертельнымъ исходомъ. 10. И. В. Кудинцевъ. Къ вопросу о ранней операции сосисидного отростка при иномъ среднемъ отитъ. Литературно-клинический очерк. 11. В. Павловъ-Сильванский. Къ вопросу о сывороточныхъ кистахъ ушной раковины. 2 случая: въ одномъ киста равнялась волдыря хронического отмораживания, въ другомъ—послѣ травмы. 12. А. Г. Вржовский. Заворотъ кишки при ущемленной грыжи. 3 случая съ благоприятнымъ исходомъ послѣ операции. 13. К. И. Игнатовичъ. Къ вопросу объ удалении предстательной железы. Случай удаления пораженной бугорчаткой предстательной железы съ благоприятнымъ исходомъ. 14. К. П. Коникъ. Къ вопросу о лечении язв и узловатыхъ расширений венъ голени крутыми разрывомъ. 28 наблюдений. Высказывается противъ подобной операции, ибо она даетъ возврата и сильно болезненные отеки. 15. Е. В. Венгловская. Редкий случай грыжи слепой кишки. Слепая кишка спустилась черезъ паховое отверстие самостоятельно въ грыжевого мешка. 16. П. И. Дьяконовъ. Несколько словъ по поводу заразныхъ заболеванийъ железыводящихъ путей. 3 случая съ выздоровлениемъ послѣ операции. 17. А. К. Нечаевъ. Къ вопросу о роли щитовидной железы въ организмъ. Небольшое экспериментальное исследование. 18. Р. И. Венгловский. Приотомление анатомическихъ препаратовъ. Описание техники. 19. Д. И. Татаринъ. Къ патологии и лечению опухолей передней брюшной стенки. 2 случая фибросаркомы. 20. И. А. Вондаревъ. Къ хирургии ущемленныхъ паховыхъ и бедренныхъ грыжъ. Отчетъ о 205 случаяхъ. 21. П. Ф. Гусевъ. Грыжа маточной трубы. Ущемленная паховая грыжа, въ которой вместе съ саленникомъ оказалась труба. Операция. Выздоровление. 22. А. Н. Поповъ. Случай ущемленной бедренной грыжи маточной трубы. Операция. Выздоровление. 23. И. В. Георгиевский. О некоторыхъ вариантахъ срединной артерии предплечья. Анатомический очерк. 24. А. К. Нечаевъ. О кишечныхъ придаткахъ. Обстоятельный литературно-клинический очеркъ о заболѣванияхъ, вызываемыхъ Meckel'евымъ расширениемъ. 25. Н. И. Кеферъ. О лечении острыхъ гнойныхъ воспалений венной гиперимией по Bier'у. Отмѣчаетъ значеніе способа. 26. Онъ же. Къ вопросу о хирургическомъ лечении гнойной плевриты. Советуетъ дѣлать разрывъ сбоку, а для уменьшения полости систематически выкачивать изъ нея воздухъ. 27. Tuffier. Лечение гипертрофии предстательной железы. Оцѣнка существующихъ способовъ и показаній къ ихъ применению. 28. С. Ф. Чижъ. Кровяное вправление застарѣлыхъ травматическихъ вывиховъ бедра. 3 случая. Въ 1—результатъ мало удовлетворительный, въ 2-хъ хороший. 29. Е. В. Венгловская. Къ вопросу о опухоляхъ свищахъ. 4 случая: свищъ мочевого хода, желточного протока, червеобразного отростка, маточной трубы. 2-ое больные послѣ операции выздоровѣли, 2-ое умерли. 30. С. М. Доброхотовъ. Артериевенозная аневризма подключичной артерии. Описание случая со смертельнымъ исходомъ послѣ операции. 31. М. С. Бѣляковъ. Къ вопросу о распознаваніи и лечении аневризмъ сосудовъ. 3 случая. Аневризма плечевой мало-и большеберцовой артерій. Выздоровление послѣ операции. 32. В. М. Минцъ. Кровяная рвота при аппендицитѣ. 3 случая. Въ 2-хъ случаяхъ наступила смерть, въ 1—выздоровление. 33. Н. Вернеговский. О ракъ полового члена. 3 случая. 34. И. М. Ингалъ. О лечении тугой и ограниченной подвижности суставовъ гимнастикой и массажемъ. Клиническая замѣтка. 35. Н. Н. Теребинский. 2 случая одиночного кистичерка подкожной клетчатки и мышцъ.

## 2-НЕДЕЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Французские.

Annales des maladies des organes genito-urinaires, 1906 г., январь, № 1. 1. F. Curtis et V. Carlier. Etude sur une

forme particulière de tuberculose primitive du rein. Le rein polykystique tuberculeux. (Описание случая). 2. August Pollosson et H. Violet. Cancer primitif de la paroi antérieure du vagin à type cylindrique. Описание случая.

№ 2. 1. J. Colombino. Contribution à l'étude du diagnostic de la tuberculose de l'appareil urinaire, cytologie urinaire. Методъ исследования и диагностическіе признаки бугорчатки мочевого аппарата; описание 33 подобныхъ случаевъ (съ рисунками, подтверждающими диагнозъ). 2. George Whiteside. Des cystoscopes à air et à eau. Описание прибора. 3. Ch. Féré. Précoceité et impuissance sexuelle. Описание случая. 4. P. M. Maoulair. Ablation d'un épithélioma du testicule avec toute la gaine des vaisseaux spermaticques. Описание случая и примененнаго оперативнаго пособия.

Февраль, № 3. 1. Noël Hallé et Boleslas Motz. Contribution à l'anatomie pathologique de la tuberculose de l'appareil urinaire, tuberculose de l'uretère et du bassin. Бугорчатка мочеоточниковъ и почечной лоханки (съ 15 рисунками). 2. Riccardo Dalla Vedova. Un nouveau séparateur intravésical des urines. Новый катетеръ для получения мочи прямо изъ мочеоточника и применение его въ 20 случаяхъ (съ 5 рис.). 3. Maurice Patel. Un cas de néphrite lithiasique polykystique; anurie; décapsulation rénale. Случай камней съ многочисленными кистами обоихъ почекъ (1 рис.).

№ 4. 1. Noël Hallé et Boleslas Motz. Contribution à l'anatomie pathologique de la tuberculose de l'appareil urinaire; tuberculose de l'uretère et du bassin. (Окончаніе).

Archives d'électricité médicale expérimentale et cliniques, 1906 г., январь, № 181. 1. Louise Robinovitch. Electroaction. Экспериментальное исследование. 2. Laquerrière et L. Delherm. Des méthodes électriques dans les maladies de l'intestin. Лечение запоровъ и поносовъ электричествомъ. 3. André Broca. A propos de la mesure directe des courants faradiques. Литературно-критическій очерк. 4. M. Caré. Sinusoides de courants. Système caré. Описание прибора и рисунки. 5. I. K. A. Wertheim Salomonson. Mesure des courants faradiques. Критическая замѣтка.

№ 182. 1. Bordier et Rouche. Expériences sur les phénomènes d'entraînement et le transport des ions par l'électricité statique. Экспериментальное исследование. 2. Van Duyse et de Nobele. Prolifération lymphomatueuse hyaline de la conjonctive bulbaire; guérison par les rayons X. Описание случая. 3. Ch. Du Bois. Mycosis fongoides à forme circonscrite guéri par les rayons X. Описание случая (съ 2 рисунками). 4. I. B. Machine-statique dans l'air comprimé. Описание прибора (съ рисункомъ). 5. Chaffard. Sur les conditions légales de l'emploi médical des rayons Röntgen. Условия применения x-лучей съ врачебной цѣлью.

№ 183. 1. H. Levis Jones. Directions nouvelles en électrothérapie. Применение электролиза въ терапіи. 2. E. S. Landon. Action physiologique de la radioactivité très faible. Экспериментальное исследование на кроликахъ (съ 4 рис.). 3. Vassilides. Le traitement de la pelade par les courants de haute fréquence. Полное восстановление волосъ на облысевшихъ частяхъ головы при лечении электричествомъ (токами Tesla).

№ 184. 1. H. Judet. Des renseignements fournis par la radiographie dans des fractures sus-condyliennes transverses de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant. Изъ 26 случаевъ въ 20 было полное излечение при пользованіи лучами радіа (съ 18 рис.). 2. P.-A. Got. Empreinte-couverte pour permettre l'application thérapeutique des rayons X. Технические указанія. 3. P. Redard. Radiothérapie des tumeurs blanches et tuberculoses osseuses. Краткая замѣтка. 4. Stéphane Leduc. Ondoscope. Описание прибора (съ 5 рис.). 5. Virgilio Mochado. Quelques mots sur la technique röntologique aux Etats-Unis de l'Amérique du Nord. Технические указанія.

№ 185. 1. D. Récamier. Action des rayons X sur le développement de l'os. Экспериментальное исследование на молодыхъ кошкахъ (съ 5 рис.). 2. G. Barret. L'examen radioscopique du thorax chez l'enfant au point de vue du diagnostic de la tuberculose et particulièrement de l'adénopathie trachéo-bronchique. Диагностическія указанія. 3. H. Marques. Electrothérapie, radiographie, photographie (statistique de l'année 1904—1905). Статистическая замѣтка. 4. Cl. Ropiquet (d'Amiens). Nouvel interrupteur à mercure à turbine. Описание аппарата (съ 4 рис.).

## ЕЖЕНЕДЕЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Французские.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, 1906 г., 27 января. 1. M. Bargy. Abscès de la cloison nasale. Гнойники носовой перегородки. 9 случаевъ и обзоръ литературы.

3 февраля. 1. Boyet. Sur l'insuffisance respiratoire nasale causée par l'existence de soudures de la trompe d'Eustache à la paroi postérieure du cavum. 5 случаевъ. 2. F. Blanc. Polype de l'amygdale. Случай.

Редакторы { Д-ръ С. В. Владиславовъ.  
Проф. В. В. Подымоский.

CLXIII. Изъ Института экспериментальной медицины въ Петербургѣ.

## Къ вопросу о патогенезѣ сифилиса.

(Положенія доклада, сдѣланнаго на Венг'скомъ сифилидологическомъ Сѣздѣ).

Д. К. Заболотнаго.

Опыты свои я произвелъ на 8 серияхъ обезьянъ (32 голы) породы бабуиновъ (*Pario babuin*), изъ коихъ 24 дали положительный результатъ съ типичной первичной язвой, аденитами и въ 3-хъ случаяхъ съ образованіемъ сухихъ шелушащихся и мокнущихъ папулъ. На основаніи сдѣланныхъ опытовъ и наблюденій на людяхъ я пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Безусловно можно заразить павіановъ матеріаломъ отъ человѣка (папулы, содержащее железо). Послѣ зачаточнаго періода, въ среднемъ продолжающагося 21—28 дней, въ мѣстѣ зараженія получается типичное первичное пораженіе. Края язвы—твердые. При этомъ наблюдаются на членѣ иногда лимфангоитъ, въ паху—значительное увеличеніе железъ, подъ мышками и подъ колѣнами—меньшее.

2. Папулезныя образованія наблюдались въ 3-хъ случаяхъ. Папулы были большею частью шелушащіяся, въ 2-хъ случаяхъ—съ круговымъ расположеніемъ.

3. Образованіе язвы начинается тѣстоватой припухлостью кожи, отслойкой верхней кожицы и экскоріаціей. Затвердѣніе краевъ выступаетъ позже.

4. При переводѣ *virus'a* съ обезьяны на обезьяну (Такие переводы повторены 4 раза и доводились до 5-го ряда) явленія зараженія у обезьянъ выступаютъ гораздо рѣзче.

5. Въ язвахъ и 1 разъ въ папулѣ, образовавшейся на мѣстѣ шанкра черезъ 2 мѣс. (*transformatio in situ*), были найдены спирохеты.

6. Послѣдующія явленія у обезьянъ на 2-мъ и 3-мъ году послѣ зараженія состоятъ въ слѣдующемъ: язва заживаетъ, железъ медленнo уменьшаются. Въ 1 случаѣ наблюдались: склерозъ сосудовъ и развитіе соединительной ткани въ внутреннихъ органахъ (въ селезенкѣ, печени, почкахъ), а также пораженія носовой перегородки съ западеніемъ носа (спирохеты въ слизи) и значительное утолщеніе черепныхъ костей.

7. У человѣка спирохеты были находимы въ папулахъ на поверхности тѣла (всѣхъ изъязвившихся), въ твердыхъ язвахъ, труднѣе—въ розеолахъ.

8. Зараженіе обезьянъ лучше всего достигается втираніемъ заразнаго матеріала въ пораженную кожу.

9. При наслѣдственномъ сифилисѣ 1 разъ спирохеты были найдены въ пузырькахъ на кожѣ и многократно—въ органахъ.

10. На основаніи произведенныхъ изслѣдованій складывается представленіе, что высыпаніе розеолъ и папулъ сопровождается (обусловливается? *Ред.*) разнесеніемъ спирохетъ въ организмъ и капиллярными эмболіями изъ спирохетъ въ мѣстахъ высыпанія.

CLXIV. Изъ бактериологическаго Института Московскаго Университета и Мясницкой городской больницы въ Москвѣ.

## Объ экспериментальномъ сифилисѣ у обезьянъ.

(1-ое сообщеніе).

Ч. пр. М. А. Членова.

Наука о сифилисѣ переживаетъ въ настоящее время эпоху колоссальнаго подъема, благодаря 2-мъ фактамъ послѣдняго времени, которымъ, быть можетъ, суждено произвести цѣлый переворотъ въ этой наукѣ. Факты эти—открытіе *Schaudinn'*омъ въ сифилитическихъ продуктахъ блѣдной спирохеты (*spirochaete pallida*) и удачные результаты опытовъ на обезьянахъ. Что касается 1-го факта, то

еще лѣтомъ прошлаго года, вскорѣ послѣ открытія *Schaudinn'a*, я въ своей небольшой работѣ по этому вопросу, напечатанной въ «Русскомъ Врачѣ», указывалъ на постоянство обнаруженія блѣдныхъ спирохетъ въ первичныхъ и нѣкоторыхъ вторичныхъ сифилитическихъ образованіяхъ; теперь же вся масса фактовъ, собранная уже по вопросу о *spirochaete pallida*, дѣлаетъ почти несомнѣннымъ этиологическое значеніе послѣдней для сифилиса. Въ настоящее время я хотѣлъ бы сообщить результаты первыхъ опытовъ на обезьянахъ, организованныхъ, по моему почину, Мясницкой городской Больницей въ Москвѣ и бактериологическимъ Институтомъ Московскаго Университета, а также изложить въ сжатыхъ чертахъ все то, что добыто уже до сихъ поръ по вопросу объ экспериментальномъ сифилисѣ у обезьянъ вообще и тѣмъ намѣтить ближайшіе пути для дальнѣйшихъ изслѣдованій въ этомъ направленіи. При этомъ считаю необходимымъ остановиться сейчасъ же на самой организаціи этихъ опытовъ. Средства для нихъ составились исключительно изъ общественныхъ пожертвованій на это дѣло, при чемъ основаніе имъ было положено глубокоуважаемыми товарищами по Мясницкой больницѣ. Матеріалъ для прививокъ брался въ Мясницкой больницѣ, при чемъ биопсія матеріала любезно производилась въ Ново-Екатерининской больницѣ, съ разрѣшенія проф. *А. В. Мартынова*, его ассистентомъ *К. К. Ивсененомъ*. Затѣмъ самые опыты зараженія обезьянъ, постановка которыхъ была разработана ч. пр. *Г. Н. Габричевскимъ*, производились въ бактериологическомъ Институтѣ *Г. Н. Габричевскимъ* при содѣйствіи моемъ и ветеринарнаго врача Института *Б. Л. Пацевича*. Дальнѣйшее непосредственное наблюденіе за обезьянами принадлежало мнѣ и *Б. Л. Пацевичу*, а при развитіи какихъ-либо явленій обезьяны предъавлялись пріѣзжавшимъ въ Институтъ товарищамъ по Мясницкой больницѣ. 2 раза осматривалъ также обезьянъ проф. *А. И. Постыловъ*, любезно откликнувшійся на это предложеніе. Бактериологическія изслѣдованія производились ч. пр. *Г. Н. Габричевскимъ*, патолого-анатомическія—его помощникомъ по Институту—*А. К. Чарноцкимъ*, а свѣтописные снимки съ обезьянъ и съ микроскопическихъ препаратовъ сняты его помощникомъ *Н. И. Власевскимъ*.

### Историческій очеркъ.

Попытки полученія сифилиса у животныхъ имѣютъ очень давнее происхожденіе, и въ составленномъ мною въ 1902 г. очеркѣ: «Современное состояніе вопроса о микробиологіи сифилиса» приведено нѣсколько небезинтересныхъ фактовъ въ этомъ отношеніи. Какъ извѣстно, однако, наиболѣе цѣнныя изъ этихъ изслѣдованій произведены были не на обезьянахъ, а на поросятахъ (*Adrian, Hügel и Holzhauser, Neisser, Голяковскій*) и жеребятъ (*В. М. Тарновскій*), при чемъ, если о первыхъ теперь совсѣмъ ничего не слышно, то на лошадахъ еще въ прошломъ 1905 г. производилъ весьма любопытные опыты *Piorkowski*, цѣнность которыхъ однако опровергнута *Aronson'*омъ и др. Такая же участь постигла и извѣстныя опыты *Siegl'a*, открывшаго незадолго до *Schaudinn'a* «cytorrhocytes luis», на кроликахъ, опровергнутые опытами *Neisser'a, Finger'a, Hoffmann'a* и особенно *Wechselmann'a*. Что же касается обезьянъ, то серьезный научный характеръ за этими опытами можно признавать лишь со времени опыта *Klebs'a* въ 1879 г., хотя и по поводу этого опыта было высказано сомнѣніе *Pick'*омъ. *И. И. Мечниковъ* и *Roux* въ своемъ 1-мъ сообщеніи о сифилисѣ у обезьянъ приводятъ слѣдующихъ авторовъ, работавшихъ до нихъ по этому вопросу: *Klebs'a* (1879 г.), *Martineau и Hamonic'a* (1882 г.—прививка сифилиса макака), *Э. Ф. Шерка* (1886 г.—3 положительныхъ результата изъ 46 случаевъ прививки сифилиса обезьянамъ разной породы), братьевъ *М. и Ch. Nicolle* (1893 г.—положительные результаты при опытахъ на макакахъ), и, наконецъ, *Hamonic'a* (1903 г.—случай зараженія *m. cynomolgi*). Въ то же время еще очень недавно *Krieshaber, A. Fournier и Barthélemy* (1882 г.) и *Massé* (1881 г.) въ Montpellier получили отрицательные результаты при опытахъ на обезьянахъ. Такимъ образомъ до *И. И. Мечникова* и *Roux* вопросъ о прививкѣ сифилиса обезьянамъ былъ еще не

опредѣленномъ положеніи, и вниманіе сифилидологовъ было отвлечено въ этомъ отношеніи совсѣмъ въ другую сторону. *И. И. Мечниковъ* и *Roux* принадлежатъ та огромная заслуга, что они для своихъ опытовъ воспользовались чело-вѣкообразными обезьянами, кровь которыхъ, по ихъ основнымъ свойствамъ, близко подходитъ къ человѣческой крови, и тѣмъ сразу рѣшили въ положительномъ смыслѣ старый и запутанный вопросъ о прививаемости сифилиса животнымъ.

Первые опыты *И. И. Мечникова* и *Roux* были произведены на шимпанзе въ 1903 г. и въ томъ-же году подтверждены *Lassar*'омъ. Затѣмъ въ началѣ 1904 г. ими были сообщены опыты прививки сифилиса низшимъ обезьянамъ. Въ томъ-же 1904 г., въ сентябрѣ, на Международномъ дерматологическомъ Съѣздѣ въ Berlin'ѣ *И. И. Мечниковъ* сообщилъ уже о 9 случаяхъ прививки сифилиса шимпанзе и цѣломъ рядѣ опытовъ на низшихъ обезьянахъ, а также о первыхъ попыткахъ вызванія невосприимчивости сифилиса у обезьянъ. На этомъ-же Съѣздѣ изложили результаты своихъ опытовъ *Neisser*, располагавшій уже въ это время значительнымъ матеріаломъ, и *Lassar*.

Съ тѣхъ поръ опыты на обезьянахъ были широко поставлены въ разныхъ странахъ. Во Франціи съ тѣмъ-же успѣхомъ и уже на в. значительномъ матеріалѣ продолжали работать *И. И. Мечниковъ* и *Roux*; кромѣ нихъ, во Франціи, работали отчасти по этому вопросу *Thibierge*, *Tavaut* и *le Sourd*, напечатавшіе въ 1905 г. свою работу (19 опытовъ на макакахъ). Въ Германіи съ той-же неослабной энергіей продолжалъ свои изслѣдованія *Neisser*, совершавшій затѣмъ поѣздку на Зондскіе Острова и организовавшій тамъ на собственный счетъ въ поистинѣ колоссальныхъ размѣрахъ опыты на чело-вѣкообразныхъ и низшихъ обезьянахъ (до послѣдняго времени — 50 орангъ-утанговъ, 50 гиббонъ и болѣе 1000 низшихъ обезьянъ), продолженные имъ затѣмъ въ Breslau и вызвавшіе теперь посылку уже правительственной экспедиціи на Зондскіе Острова. Кромѣ него, въ Германіи работалъ на низшихъ обезьянахъ также *Hoffmann* въ Berlin'ѣ, а затѣмъ *Siegel*, производившій опыты и на кроликахъ и морскихъ свинкахъ. Въ Австріи были дов. широко организованы на правительственный счетъ опыты на низшихъ обезьянахъ *Finger*'омъ и *Landsteiner*'омъ, а также производились опыты *Kraus*'омъ. Что касается другихъ европейскихъ авторовъ, то остается упомянуть о португальцѣ *Archer e Silva*, заявившемъ о своихъ опытахъ на Лиссабонскомъ Международномъ Съѣздѣ въ 1906 г., а также о единичныхъ опытахъ, встрѣчающихся въ англійской литературѣ.

Въ Россіи, насколько мнѣ извѣстно, до послѣдняго времени были сообщены лишь въ 1904 г. опыты проф. *Д. К. Заболотнаго*, производившаго ихъ въ Петербургскомъ Институтѣ экспериментальной медицины, который получилъ для этой цѣли отъ правительства 30000 р. Въ прошломъ-же 1905 г. были начаты и въ Москвѣ опыты на обезьянахъ, объ организаціи которыхъ я говорилъ выше. Опыты эти, въ виду недостатка средствъ, могли быть организованы пока лишь въ сравнительно скромныхъ размѣрахъ; но будемъ надѣяться, что впоследствии удастся организовать ихъ въ болѣе крупномъ масштабѣ.

#### Клиническая картина сифилиса у обезьянъ.

Переходя къ современному состоянію вопроса, я долженъ прежде всего болѣе подробно остановиться на клинической картинѣ сифилиса у обезьянъ.

Какъ уже извѣстно, первые составившіе эпоху и наиболѣе убѣдительные опыты были произведены *И. И. Мечниковымъ* (и повторены затѣмъ на небольшомъ числѣ экземпляровъ *Lassar*'омъ и *Neisser*'омъ) на шимпанзе, отличающихся наибольшей восприимчивостью къ сифилису. Въ 1905 г. *И. И. Мечниковъ* и *Roux* сообщили уже итоги опытовъ на 22-хъ шимпанзе, у которыхъ во всѣхъ случаяхъ получился положительный результатъ. При этомъ продолжительность 1-го зачаточнаго періода колебалась между 15 и 49 днями и въ среднемъ равнялась 30 днямъ. Шанкръ, особенно подробно описанный въ сл. 1, очень характеренъ и, что особенно важно, представляетъ также явленія индурации. Ближайшія лимфатическія железы при-

пухали во всѣхъ случаяхъ; иногда увеличивались и другія; у одного шимпанзе на вскрытіи были найдены увеличенныя железы вдоль брюшной аорты и подвздошной артерій. Изъ вторичныхъ явленій наблюдались папулезный сифилидъ и plaques muqueuses, а также «розеола», при чемъ, однако, аналогичныя ей сыпи замѣчались и у 3-хъ неза-раженныхъ обезьянъ. Вторичныя явленія въ общемъ наблюдались у 8 изъ 22-хъ животныхъ (при этомъ 2-ой зачаточный періодъ продолжался отъ 19 до 61 дня, а въ среднемъ равнялся 33½ днямъ); изъ нихъ у 3-хъ были налицо plaques губъ, неба и языка, у 7 — папулезный сифилидъ (у 2-хъ изъ нихъ, кромѣ того, и plaques muqueuses), а у нѣкоторыхъ и psoriasis palmaris. Изъ 14 случаевъ, гдѣ общія явленія не наблюдались, въ нѣкоторыхъ можно было допустить извѣстное ослабленіе привитого яда (такъ въ 4-хъ случаяхъ былъ привитъ ядъ отъ maccus sinicus, представляющаго почву для такого ослабленія яда, и т. д.). Въ общемъ, слѣд., вторичныя явленія наблюдались въ 66% и болѣею частью были немногочисленны, слабо выражены (немногочисленные сухія или изъязвленные папулы, разсыпанные по всему тѣлу, или plaques muqueuses) и держались нѣсколько дней. Въ 2-хъ случаяхъ сифилисъ принялъ тяжелый характеръ. Такъ, у одного шимпанзе (прививка въ брови, вѣки и агодину) черезъ 37 дней послѣ зараженія развилось нѣсколько шанкровъ; черезъ 29 дней послѣ этого показались 4 папулы на лицѣ, зажившія черезъ 2 недѣли; потомъ появились на животѣ бурныя папулы, все увеличивавшіяся въ числѣ и покрывавшіяся корочками, а на ладоняхъ — psoriasis palmaris. Въ теченіи 5 мѣс. явленія нарастали, волосы по всему тѣлу выпали, папулы изъязвились, и животное стало худѣть и слабѣть. *Fournier*, которому показали эту обезьяну, сказалъ, что онъ въ 1-ый разъ видитъ животное съ явленіями тяжелого сифилиса, и высказалъ при этомъ плохое предсказаніе относительно исхода болѣзни. И, дѣйствительно, черезъ короткое время обезьяна погибла отъ худосочія. Бактеріологическое изслѣдованіе показало присутствіе различныхъ микробовъ съ преобладаніемъ кокковъ, такъ что животное, весьма возможно, погибло отъ вторичнаго зараженія; это доказывается также и тѣмъ, что у 2-го шимпанзе, жившаго въ томъ-же помѣщеніи, наблюдались такія-же кожныя явленія.

Нѣсколько разъ *И. И. Мечниковъ* наблюдалъ у шимпанзе и нервные явленія. Такъ у шимпанзе съ тяжелымъ сифилисомъ, развился парезъ заднихъ конечностей, державшійся болѣе 3 недѣль, у другого зараженнаго отъ maccus cynomolgus, также наблюдались явленія паралича (по опредѣленію проф. *Nissl*'а изъ Heidelberg'a) и другія нервные пораженія. Что касается внутреннихъ органовъ, то у нѣсколькихъ шимпанзе отмѣчалось увеличеніе селезенки; погибшія обезьяны почти всѣ умерли отъ бронхопневмоніи. Третичныхъ явленій ни у одной обезьяны не было.

Что касается другихъ чело-вѣкообразныхъ обезьянъ, то 3 гориллы жили слишкомъ мало для того, чтобы у нихъ успѣли развиваться явленія, а у 3-хъ орангъ-утанговъ шанкры развивались постоянно, но изъ вторичныхъ явленій у 1 черезъ 3½ мѣс. наблюдался легкій psoriasis palmaris, вскорѣ исчезнувшій.

Что касается низшихъ обезьянъ, то изъ болѣе чѣмъ 120 случаевъ зараженія *И. И. Мечниковымъ* макакъ и павиановъ ни въ одномъ случаѣ не наблюдалось настоящихъ общихъ явленій, лишь въ в. небольшомъ числѣ случаевъ, по исчезновеніи первичныхъ явленій, развивались рядомъ съ мѣстомъ прививки кожныя явленія, какъ-бы напоминавшія волчанку (прививка морской свинки оставалась безъ результата). Железы, даже ближайшія къ мѣсту зараженія, припухали рѣдко, лишь иногда встрѣчались слегка увеличенныя железы, быстро уменьшавшіяся. Отъ этого-то, по словамъ *И. И. Мечникова*, такъ долго и не признавали сифилиса обезьянъ. Нѣкоторые авторы наблюдали, правда, общія явленія у макакъ и бабуиновъ, но это не было подтверждено другими, и теперь можно считать установленнымъ, что у низшихъ обезьянъ развиваются лишь первичныя явленія, и при томъ мало выраженный. Тѣмъ не менѣе и эти породы полезны въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ, а именно для



изученія способовъ ослабленія яда, а также изысканія способовъ предупрежденія и лѣченія сифилиса, и наконецъ, въ качествѣ «свидѣтелей» при опытахъ на члвкообразныхъ обезьянахъ.

Другіе работавшіе во Франціи авторы, а именно *Thibierge* и *Ravaud*, производившіе опыты исключительно на низшихъ обезьянахъ (11 макакъ) и примѣнявшіе новый способъ прививки въ свободные края вѣкъ (предварительно скарифицированные), получали въ общемъ дов. постоянные результаты: почти во всѣхъ случаяхъ черезъ извѣстный промежутокъ времени (въ среднемъ черезъ 23 дня) на мѣстѣ прививки развивалась своеобразная отечная опухоль мѣдно-краснаго цвѣта, неизъяснявшаяся и исчезающая черезъ болѣе или менѣе продолжительное время (повторная прививка оставалась безъ результата); железы не увеличивались; вторичныхъ явленій не было. Въ общемъ *Thibierge* и *Ravaud* считаютъ этотъ способъ полезнымъ для изученія сифилиса и надежнымъ вспомогательнымъ средствомъ для распознаванія его въ различныхъ случаяхъ.

*Neisser* въ началѣ въ Breslau дѣлалъ опыты на разныхъ породахъ, между прочимъ, и на шимпанзе, но на Зондскихъ Островахъ работалъ лишь на орангъ-утангахъ, гиббонахъ и низшихъ обезьянахъ. Данныя его опытовъ слѣдующія. Что касается, прежде всего, 1-го зачаточнаго періода, то *Neisser* опредѣляетъ его въ среднемъ отъ 3 до 5 недѣль, при чемъ различіе въ породѣ обезьянъ (высшія и низшія) и источникъ прививочнаго матеріала не даетъ существенныхъ отличій; такой большой срокъ объясняется, однако, отчасти тѣмъ, что *Neisser* отождествляетъ конецъ этого періода не съ началомъ появленія шанкра, а лишь съ яснымъ развитіемъ его. Первоначальная мѣста прививки болѣею частью быстро заживаютъ, и затѣмъ лишь черезъ извѣстное время развивается мѣстный сифилитическій процессъ. Видъ шанкра не представляетъ ничего особеннаго, при чемъ однако, если во всѣхъ случаяхъ имѣется на лицѣ синевато-красный, плотный, рѣзко отграниченный инфильтратъ, то поверхность его все-же бываетъ различная, а именно: или она остается сухой и лишь шелушится, или превращается въ характерную, съ незначительнымъ отдѣляемымъ поверхность, или, иногда, превращается въ глубокую, распадающуюся язву. Во всякомъ случаѣ видъ шанкра очень характеренъ, а иногда и чрезвычайно типиченъ, и всѣ данныя не оставляютъ сомнѣнія въ его сифилитической природѣ. У отдѣльныхъ породъ различія неясны, и здѣсь огромную роль играютъ чисто индивидуальныя условія. Что касается мѣста прививки, то прежде всего прививка въ неповрежденный кожный или слизистый покровъ не удавалась. Затѣмъ, опыты подкожной прививки оставались безъ результата и не вызывали ни зараженія, ни не восприимчивости (такимъ образомъ сифилисъ безъ шанкра не наблюдался). Опыты прививки прямо въ кровь еще не закончены; чисто эпителиальная прививка (напр. въ роговую оболочку) не удавалась. На Верг'скомъ Съѣздѣ *Neisser*, однако, сообщилъ о положительныхъ результатахъ такой прививки у кроликовъ: нѣсколько разъ онъ получилъ паренхиматозный кератитъ (его наблюдалъ также *Scherber* у кроликовъ и др.) и 1 разъ папулезный иритъ. Далѣе зараженіе внутренней оболочки вентъ и разрыва железъ не удавались; опыты прививки въ брюшину пока не дали результатовъ; опыты зараженія въ разрывъ яичка дали результаты положительные.

Въ общемъ сифилитическій ядъ отъ члвка и высшихъ обезьянъ прививается легче; но на первый планъ здѣсь выступаетъ слѣдующее обстоятельство: чѣмъ процессъ свѣжѣе, тѣмъ прививка удается скорѣе и вѣрнѣе. Что касается отдѣльныхъ органовъ, отъ которыхъ брался ядъ, то здѣсь замѣтной разницы нѣтъ, и слѣдуетъ отмѣтить лишь то, что при прививкѣ орангъ-утангамъ селезенки и костнаго мозга низшихъ обезьянъ въ процессъ преобладаетъ остро-воспалительный характеръ (получаются пузыреобразные очаги съ быстрымъ приподнятіемъ поверхностныхъ эпителиальныхъ слоевъ и образованіемъ поверхностной, слабо уплотненной язвы), что, можетъ быть, объясняется и случайнымъ стороннимъ зараженіемъ,

вывѣтъ отъ животнаго къ животному. Наконецъ, высшія обезьяны, повидимому, болѣе восприимчивы, чѣмъ низшія, что доказываютъ слѣдующіе факты: значительно большій % (почти 100) удачъ у первыхъ, чѣмъ у вторыхъ; затѣмъ при одномъ и томъ-же прививочномъ матеріалѣ—иногда удача у первыхъ и неудача у вторыхъ, и, наконецъ, возможность получить у первыхъ шанкръ почти во всѣхъ мѣстахъ тѣла и—лишь въ извѣстныхъ мѣстахъ (на бровяхъ и половыхъ частяхъ) у вторыхъ, что, вѣроятно, объясняется мѣстными причинами, а именно—крайней бѣдностью крови въ областяхъ живота и груди у низшихъ обезьянъ.

Въ дальнѣйшемъ теченіи сифилиса общее состояніе у низшихъ обезьянъ ни разу не нарушалось, у орангъ-утанговъ-же развиваются часто значительная потеря позыва на ѣду и исхуданіе; не случайно, вѣроятно, развиваются въ это время и дизентерическія явленія; это часто наблюдалось и у шимпанзе въ Breslau. У гиббоновъ такія явленія наблюдались лишь при развитіи вторичныхъ явленій. Въ общемъ эти явленія, конечно, не прямо сифилитическаго характера; но, вполне возможно, они развиваются лишь на предрасположенной къ этому почвѣ.

Вполнѣ явственные железы наблюдались лишь у высшихъ обезьянъ; у низшихъ-же онѣ болѣею частью такъ скрыты, что опредѣляются съ трудомъ; но за то если ихъ находили (на вскрытіи), онѣ всегда давали перевивку.

Явственные вторичныя явленія наблюдались лишь у гиббоновъ (и то не у всѣхъ): папулезныя высыпанія на лицѣ (при перевивкѣ—положительные результаты), животѣ, ягодицахъ, ладоняхъ и слизистыхъ оболочкахъ. У орангъ-утанговъ вторичныя явленія не развивались, но на Верг'скомъ Съѣздѣ *Neisser* высказался за развитіе вторичныхъ явленій у всѣхъ 3-хъ видовъ высшихъ обезьянъ. Другихъ общихъ явленій (со стороны нервной системы и т. д.) не наблюдалось. У низшихъ обезьянъ общія явленія не развивались ни разу; за то у нихъ нѣрѣдко наблюдались кольцевидныя и змѣевидныя высыпанія близъ мѣста прививки и возвраты на мѣстѣ зажившаго шанкра (перевивка въ этихъ случаяхъ удавалась, и *Neisser* считаетъ эти явленія, развившіяся уже у зараженныхъ обезьянъ, аналогичными вторичнымъ явленіямъ у члвка и высшихъ обезьянъ), и, кромѣ того, оказались заразительными нѣкоторые внутренніе органы (селезенка, костный мозгъ, яички, скелетъ), тогда какъ изъ высшихъ обезьянъ лишь у гиббона однажды оказался заразительнымъ костный мозгъ. Такимъ образомъ, въ концѣ концовъ между высшими и низшими обезьянами нѣтъ, собственно, такого рѣзкаго принципиальнаго различія въ смыслѣ восприимчивости къ сифилису, чтобы его можно было выставить на передній планъ.

Опыты *Finger'a* и *Landsteiner'a*, хотя и произведенные въ обычныхъ условіяхъ на континентѣ (въ Вѣнѣ) и исключительно на низшихъ обезьянахъ, дали тѣмъ не менѣе нѣкоторыя в. существенныя данныя. Авторы прежде всего тщательно разработали технику прививокъ: съ одной стороны—система «кармановъ» въ ткани и глубокія надрѣзы, а, съ другой—большое количество прививочнаго матеріала (продолжительное втираніе отдѣляемаго или эмульсии въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли, при чемъ особое вниманіе обращалось на введеніе въ пораненія кожи мельчайшихъ частичекъ ткани); для точнаго проведенія опыта животныя усыплялись эфиромъ. Эта система не только дала авторамъ положительные результаты чаще, чѣмъ другимъ (въ 21 изъ 24 случаевъ при зараженіи члвчскимъ ядомъ и въ 21 изъ 22 при зараженіи ядомъ отъ обезьянъ), но и оказалась удачною при прививкѣ въ такихъ мѣрахъ, какъ полость живота и внутренняя поверхность бедеръ. 1-ый зачаточный періодъ, по наблюденіямъ авторовъ, колеблется при этомъ между 10 и 42 днями (въ среднемъ 22 дня); колебанія эти зависятъ, вѣроятно, отъ количества и вирулентности яда, а также и отъ индивидуальныхъ особенностей даннаго объекта прививки. Первичныя пораженія соответствуютъ по своей картинѣ описанію *И. И. Мечникова*, но не имѣютъ затвердѣнія. При прививкѣ въ «карманы» полу-

сливаются, затѣмъ на этомъ фонѣ развиваются небольшіе узелки, распадающіеся и покрывающіеся корками, подѣ которыми оказываются ссадины желто-краснаго цвѣта; эти ссадины увеличиваются, сливаются и превращаются въ ланкартообразныя, плоскія язвы, иногда дов. значительнаго протяженія; черезъ нѣкоторое время начинается обратный процессъ, и язвы заживаютъ. Гистологическое изслѣдованіе дало, какъ и другимъ авторамъ (*Salmon* и др.), типичную картину хроническаго воспалительнаго процесса съ характерными формами клѣточкыхъ элементовъ и рѣзко выраженнымъ околососудистымъ расположеніемъ ихъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (у *s. hamadrias* и *m. sinicus*) получались при прививкѣ въ насѣчки своеобразныя длинныя инфильтраты вдоль насѣчекъ. Далѣе въ нѣкоторыхъ случаяхъ, по заживленіи язвы, развивались на головѣ (вокругъ глазъ съ продолженіемъ на лобъ и волосистую часть головы) и половыхъ частяхъ (вокругъ *mons Veneris*) чернотурные, плоскіе, покрытые чешуйками инфильтраты, державшіеся долгое время и остававшіеся по заживленіи пигментныя полосы. Затѣмъ нерѣдко наблюдалось увеличеніе паховыхъ железъ. Вторичныхъ явленій не наблюдалось. Небольшіе, блѣдные узелки на груди и животѣ, у нѣсколькихъ *s. hamadrias* при гистологическомъ изслѣдованіи не дали специфической картины.

Что касается вышеупомянутыхъ мѣбевидныхъ инфильтратовъ, то они, несомнѣнно, специфическаго происхожденія (что подтверждаетъ и патолого-анатомическое изслѣдованіе); но это, конечно, не строго вторичныя явленія гематогеннаго характера, а явленія, вызванныя мѣстнымъ распространеніемъ яда; тѣмъ не менѣе *Finger*, въ виду ихъ общихъ свойствъ, считаетъ ихъ «регионарными» вторичными явленіями.

Кромѣ *Finger*'а, въ Австріи работалъ на обезьянахъ *Kraus*, изъ данныхъ котораго слѣдуетъ отмѣтить, что первичное пораженіе имѣетъ различный видъ, а именно: или форму папулы, которую и сохраняетъ все время (повидимому, при прививкѣ мужского склероза макакамъ) или форму типичнаго человѣческаго склероза (при прививкѣ папулы отъ сифилитичекъ павіанамъ и макакамъ). Одинъ разъ онъ наблюдалъ у макаки и вторичныя явленія (папулы, *plaques muqueuses*).

*Hoffmann* на низшихъ обезьянахъ получалъ прекрасныя результаты, при чемъ наблюдалъ не только первичныя, но и вторичныя явленія. Такъ, нѣсколько разъ у животныхъ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ зараженія появлялись передъ смертью подозрительныя кожныя высыпанія на спинѣ и на конечностяхъ. У одного животнаго развилась оплотнѣлая папула (были найдены спирохеты) на грудномъ соскѣ, которую можно считать послѣдовательнымъ шанкромъ, развившимся вслѣдствіе самозараженія. У другого незадолго до смерти развилось 20 папулъ, давшихъ при перевивкѣ, повидимому, положительный результатъ. Въ 3-мъ случаѣ на сгибающей сторонѣ предплечья развилось подозрительное папулезное высыпаніе. Но это все же рѣдкіе и не безупречные случаи; въ большинствѣ же ихъ и *Hoffmann*, кромѣ вышеупомянутыхъ «регионарныхъ» высыпаній, общихъ явленій не наблюдалъ.

Наконецъ, изъ другихъ европейскихъ авторовъ надо отмѣтить *Archer e Silva*, упоминавшаго на Лиссабонскомъ международномъ Сѣздѣ о своихъ опытахъ на низшихъ обезьянахъ, при чемъ у одной онъ наблюдалъ и вторичныя явленія.

Изъ русскихъ авторовъ первый занялся этимъ вопросомъ проф. Д. К. Заболотный, который пробовалъ еще въ 1903 г. заражать сифилисомъ разныя породы обезьянъ (*macacus radiatus*, *cercopithecus*, *pario babuin*), при чемъ матеріалъ бралъ въ Каликинской больницѣ въ Петербургѣ отъ больныхъ со свѣжимъ сифилисомъ въ возможно чистомъ видѣ (содержимое железъ, мокнуція папулы). Положительный результатъ дали только опыты съ бабуинами. Прививка производилась въ кожу крайней плоти или въ надбровныя дуги. Черезъ нѣсколько дней ссадина на мѣстѣ зараженія заживала. Черезъ 3—5 недѣль развивались краснота, припухлость и тѣстоватость кожи; эпидермисъ отслаивался, и получалась язва съ характер-

нымъ затвердѣніемъ, рѣзко ограниченная, безъ воспалительныхъ явленій, съ сывороточнымъ отдѣляемымъ, засыхавшимъ иногда въ корку. Соответственныя железы увеличивались, но медленно (особенно рѣзко при зараженіи крайней плоти; при зараженіи въ надбровныя дуги онъ наблюдался на шеѣ и надъ ключицей, въ мѣстѣ ихъ обычнаго расположенія у обезьянъ). Изъ вторичныхъ явленій наблюдались розеолезныя пятна и папулы. Послѣднія въ большинствѣ случаевъ были сухія, шелушащіяся, въ 2-хъ случаяхъ онѣ были мокнуція. Въ 3-хъ случаяхъ наблюлось характерное полукольцевидное расположеніе просовидныхъ сифилидовъ. Изъ 16 обезьянъ положительный результатъ получился у 12. При представленіи проф. Заболотнымъ нѣкоторыхъ обезьянъ въ Петербургскомъ сифилидологическомъ Обществѣ М. А. Чистяковъ подвергъ сомнѣнію нѣкоторыя данныя автора (напр. развитіе иногда аденита раніе шанкра, быстрое появленіе «розеолъ», сомнительный характеръ послѣдней и т. д.), но проф. В. М. Тарновскій, Т. П. Павловъ, О. В. Петерсенъ и др. высказались въ пользу сифилитическаго характера процесса у обезьянъ.

На Венгскомъ Сѣздѣ, гдѣ эти данныя были также подвергнуты сомнѣнію, проф. Заболотный сообщилъ, что до сихъ поръ изъ 34-хъ случаевъ прививки онъ получилъ положительные результаты въ 24-хъ; кромѣ того, онъ наблюдалъ склерозъ сосудовъ въ 1 случаѣ, развитіе соединительной ткани во внутреннихъ органахъ, пораженіе носовой перегородки, сѣловидный носъ, присутствіе спирохеты въ носовой слизи, утолщеніе костей черепа.

Совершенно отдѣльно отъ всѣхъ этихъ опытовъ стоятъ извѣстные опыты *Siegel*'а въ Берлинѣ, который не только вызывалъ первичныя и вторичныя явленія сифилиса у низшихъ обезьянъ, но и наблюдалъ сифилисъ у кроликовъ и морскихъ свинокъ. Опыты эти были опровергнуты опытами *Neisser*'а, *Finger*'а и *Hoffmann*'а, а *Wechselmann* показалъ, что подобныя явленія развиваются у низшихъ обезьянъ и при прививкѣ имъ обыкновенной крови кролика.

Свои опыты на обезьянахъ я дѣлалъ исключительно на бабуинахъ (сфинксъ-павіаны), которые, по изслѣдованіямъ Д. К. Заболотнаго, столь воспримчивы къ заболѣванію сифилисомъ, и изъ выписанной въ концѣ прошлаго гѣта 1-ой партіи обезьянъ (13 бабуиновъ) пока использованы 7 экземпляровъ, а 6 остались еще незараженными.

Перехожу къ описанію этихъ опытовъ. Прежде всего, разумѣется, былъ произведенъ опытъ зараженія обезьяны для того, чтобы убѣдиться въ прививаемости обезьянъ сифилису вообще; опытъ этотъ далъ вполне доказательныя результаты.

1-й опытъ. Сфинксъ-павіанъ, самка, немолодая, ростъ 55 см., вѣсъ 15¼ грм., масть желтосѣрая съ сѣдиной. На лѣвой рукѣ слѣды ушиба (на большомъ пальцѣ 2 ссадины, безъмянные палцы съ содранными ногтями, кровоточить); на указательномъ пальцѣ правой руки ссадина; на ладоняхъ мозоли; на кожныхъ шелушеніе эпидермиса. На ногахъ и подошвахъ ничего не отмѣчено. Въ нижней части живота надъ лономъ—атерома. Со стороны внутреннихъ органовъ отмѣтитъ ничего. *Примечаніе 26/xi 1905 г.* Для прививки вырѣзанъ свѣжій типичный извлеченный твердый шанкръ (въ мазкахъ найдены спирохеты) у 20-лѣтнаго больного, у котораго, кромѣ того, нѣлись характерныя паховыя адениты. Мѣсто прививки: надбровная дуга, область живота (на 4 пальца ниже пупка) и похотникъ, при чемъ передъ прививкой въ соответствующихъ мѣстахъ сдѣланы глубокая скарификация и «карманы». Послѣ остановки кровоточенія разрезаннымъ и скатымъ въ пинцетъ матеріаломъ производились въ теченіи 3—5 мин. энергичныя втиранія въ скарифицированныя мѣста. 28/xi—незначительная отечность на животѣ и покраснѣніе и набуханіе похотника. Черезъ нѣсколько дней эти явленія раздраженія исчезли, и всѣ пораненія зажили безслѣдно. 16/xii отмѣчены покраснѣніе и набуханіе похотника и отечность вокругъ влагляща въ видѣ 2-хъ шнечекъ по сторонамъ его. 18/xii значительное покраснѣніе и припухланіе похотника и въ мѣстѣ зараженія его—небольшая поверхность язвочки; припухлость вокругъ влагляща увеличивается. 20/xii изъ толщи этого выпота извлечено содержимое и сдѣланъ посѣвъ на бульонъ; посѣвъ оказался безплоднымъ. На надбровныхъ дугахъ въ мѣстахъ прививки обнаружены небольшіе покраснѣшіе бугорки (3 на правой и 2 на лѣвой дугѣ). 22/xii язва на похотникѣ—поверхностная рѣзко отграниченная, имѣетъ салное дно, даетъ незначительное отдѣляемое, при ощупываніи—ощущеніе тѣстоватости, но не затвердѣнія; паховыя железы слегка припухли; бугорки на надбровныхъ мѣстахъ увеличиваются и представляются рѣзко покраснѣвшими. 24/xii паховыя

железы постоянно увеличены, безболѣзненные, тверды. 26/хп язва на похотникѣ поджигаетъ, бугорки покрылись корочкой. 27/хп изъ одного бугорка по удаленіи корочки Г. Н. Гибричскимъ сдѣланы мазки, въ которыхъ найдены блѣдныя спирохеты. 28/хп язва на похотникѣ почти совершенно зажила. Паховыя железы значительно увеличены; яственно прощупываются и подчелюстные железы. 30/хп корочекъ кое-гдѣ нѣтъ; на лицо имѣются характерныя язвы (иногда осадины), поверхностныя, рѣзко отграниченныя, съ дов. плоскимъ дномъ, дающимъ незначительное количество отдѣляемаго, и съ рѣзко отличающимися своей плотностью отъ окружающихъ частей основаніемъ, хотя и не дающимъ обычнаго характернаго ощущенія затвердѣнія. Подчелюстныя железы увеличены; яственно прощупываются также и шейныя железы; паховыя железы настолько увеличены, что, когда обезьяна стоитъ, ясно видны на глазъ. Отекъ вокругъ влагалища большой и представляетъ 2 большія, синевато-красныя, холодныя на ощупь и тѣстоватыя припухлости.

1/1 1906 г.—язвочка похотника зажила; вѣсъ—20¼ грм. 2/1 сдѣланъ проколъ печени, и извлечена кровь для исследования на спирохеты, для каковой цѣли вырѣзана также одна правая паховая железка; спирохеты не найдены. 4/1 выпущена проколомъ жидкость изъ припухлостей близъ влагалища. 6/1 припухлости быстро уменьшаются. 8/1 припухлости исчезли. 16/1 язвы на надбровныхъ дугахъ заживаютъ; железы уменьшаются. 19/1 язвы зажили, оставивъ небольшие, покрасѣвшіе инфильтраты. 22/1 появились вновь припухлости близъ влагалища. 2/п припухлости исчезли. На похотникѣ отмѣтитъ нечего. На надбровныхъ дугахъ—небольшіе еще инфильтраты. 26/п припухлости вновь развились. На кожѣ отмѣтитъ нечего. Железы уменьшились. 28/п припухлость исчезла. Въ дальнѣйшемъ, кромѣ повторявшегося еще отека близъ влагалища, который, впрочемъ, наблюдался также и у другихъ незараженныхъ самокъ, отмѣтитъ нечего. 6/х общее состояніе прекрасное; видимыхъ измѣненій никакихъ; очень небольшія подчелюстныя и паховыя железки.

Въ слѣдующихъ 3-хъ случаяхъ зараженіе было произведено матеріаломъ отъ мокнущихъ кондиломъ женщины и дало во всѣхъ случаяхъ, аналогично вышеупомянутому, положительные результаты; опыты эти болѣе подробно будутъ изложены въ другомъ мѣстѣ, такъ какъ въ 2-хъ изъ нихъ были примѣнены особые способы съ цѣлью уменьшить сопротивляемость организма обезьянъ (перегрѣваніе въ одномъ случаѣ и отравленіе алкоголемъ въ другомъ). Наконецъ, въ другомъ-же мѣстѣ будутъ изложены и опыты прививки крови (2 случая) и третичнаго сифилиса (1 случай).

Резюмируя всѣ вышеприведенныя данныя относительно картины экспериментальнаго сифилиса у обезьянъ, придется къ слѣдующимъ выводамъ. Сифилисъ, несомнѣнно, какъ показываютъ всѣ данныя, прививается обезьянамъ какъ вышшимъ, такъ и низшимъ. Первые породы въ общемъ воспримчивѣе вторыхъ, и обнаруживаютъ (особенно шимпанзе и затѣмъ гиббоны) и характерныя вторичныя явленія. Изъ низшихъ обезьянъ наиболѣе воспримчивы, повидному, павіаны, затѣмъ—*scorpius* и, наконецъ макаки (*m. cynomolgus*, *sinicus* и, повидному, наименѣ чувствительный *rhesus*). Низшія обезьяны также даютъ картину шавкра (при чемъ онъ прививается у нихъ главнымъ образомъ въ надбровныхъ и на половыхъ частяхъ) и часто железъ, но общихъ явленій обыкновенно у нихъ не наблюдается, за крайне рѣдкими и не вполне безупречными исключеніями; что-же касается въ частности бабуиновъ, то мои опыты, не смотря на тщательность техники прививки, удачныя результаты ея и продолжительность наблюденія, ни разу не обнаружили у нихъ вторичныхъ явленій и такимъ образомъ противорѣчатъ опытамъ Д. К. Заболотнаго. Къ сожалѣнію, когда я въ 1905 г., благодаря любезности проф. Д. К. Заболотнаго, видѣлъ въ экспериментальномъ Институтѣ его обезьянъ, вторичныя явленія у нихъ уже исчезли; въ Berlin'ѣ минувшимъ лѣтомъ проф. Hoffmann показалъ мнѣ одну макаку съ вторичнымъ пораженіемъ предплечья, которое, однако, свѣжему глазу мало говорило о вторичномъ сифилисѣ. За то у низшихъ обезьянъ наблюдаются иногда въ области первоначальной прививки особыя серпигинозныя высыпи, которыя Neisser и Finger вполне основательно считаютъ вторичными «регионарными» явленіями. Кромѣ того, у низшихъ обезьянъ опредѣлено было также въ опытахъ Neisser'a мѣстоположеніе яда въ нѣкоторыхъ внутреннихъ органахъ, тогда какъ изъ вышнихъ обезьянъ это найдено только одинъ разъ у гиббоны. Такимъ образомъ строго принципиальной и особенно рѣзкой разницы между выш-

опыты на обезьянахъ еще разъ подтверждаютъ лишь ту старую истину, которую особенно подчеркивалъ Fournier, а именно, что клиническая картина при сифилисѣ низкимъ образомъ не выражаетъ «сифилитическаго состоянія» организма. Въ общемъ весьма вѣроятно, что именно на низшихъ обезьянахъ удастся разрѣшить цѣлый рядъ наиболѣе сложныхъ вопросовъ изъ области ученія о сифилисѣ, не говоря уже о значительной стоимости и малой способности къ выживанію въ нашихъ климатическихъ условіяхъ вышнихъ обезьянъ, что въ высокой степени препятствуетъ постановкѣ опытовъ на нихъ въ болѣе или менѣ широкихъ размѣрахъ.

(Окончаніе слѣдуетъ).

Изъ факультетской терапевтической клиники проф. С. В. Левашева въ Одесскомъ Университетѣ.

## О лѣченіи бѣлокровія х-лучами.

Л. И. Ухова и П. К. Калачева.

(Окончаніе. См. выше, № 41, стр. 1273).

Намъ удалось собрать въ литературѣ 158 случаевъ бѣлокровія, въ которыхъ примѣнено было лѣченіе х-лучами; изъ нихъ 116 относятся къ костно-мозговой формѣ, а 42—къ лимфатической. Среди первыхъ случаевъ результаты лѣченія сказались такимъ образомъ: 14 больныхъ умерли болѣе или менѣе скоро послѣ однократнаго или повторнаго лѣченія; у 4-хъ больныхъ состояніе ухудшилось, а у 3-хъ осталось безъ перемѣны; у остальныхъ наступило значительное улучшеніе. Лѣченіе лимфатической формы сопровождалось 5 разъ смертельнымъ исходомъ, слѣдовавшимъ черезъ болѣе или менѣе короткое время послѣ лѣченія, 1 разъ—ухудшеніемъ; въ 5 случаяхъ перемѣнъ замѣчено не было, а въ остальныхъ—состояніе здоровья больныхъ улучшилось.

Возрастъ лѣченыхъ по этому способу больныхъ колебался отъ 1 до 60 л. Продолжительность бѣлокровія до лѣченія отъ 2 мѣс. до 5 л. Мужчинъ записано 48, женщинъ 31; изъ первыхъ умерли 11, не получили облегченія 1, замѣтили ухудшеніе 4; изъ вторыхъ умерли 3, и ухудшилась болѣзнь у 3-хъ.

По тяжести теченія случаи были различны; если судить объ этомъ по отношенію бѣлыхъ шариковъ къ краснымъ, то 2 раза наблюдалось очень тяжелое бѣлокровіе: въ случаѣ Ahrens'a<sup>12)</sup>, когда отношеніе бѣлыхъ шариковъ къ краснымъ равнялось 1:1 (во время лѣченія оно измѣнилось на 1:525, но затѣмъ наступилъ возвратъ, поведшій къ смерти больного) и въ случаѣ Gravitza<sup>13)</sup>, гдѣ отношеніе бѣлыхъ тѣлецъ къ краснымъ достигло 1,25:1, и, не смотря на это, болѣзнь улучшилась. Въ остальныхъ случаяхъ отношеніе колебалось отъ 1:2 до 1:40, и только 1 разъ оно было 1:158.

Болѣе чѣмъ въ 1/2 случаевъ болѣзнь одновременно сопровождалась олигеміей: число красныхъ кровяныхъ шариковъ доходило отъ 3½ до 1 милл.; количество-же гемоглобина почти во всѣхъ случаяхъ было ниже нормы; уменьшеніе простиралось до 15%. Помимо того, у всѣхъ больныхъ были развиты въ болѣе или меньшей степени остальныя, свойственныя той и другой формѣ бѣлокровія припадки, а именно: громадное увеличеніе селезенки, увеличеніе лимфатическихъ железъ и печени; во многихъ случаяхъ были на лицо признаки худосочія, отеки ногъ, кровотеченія изъ слизистой оболочки рта, альбуминурия [Schütze<sup>14)</sup>], лихорадочныя явленія, поносы, потливость, сильныя боли въ костяхъ, въ поясницѣ и въ опухшихъ органахъ и т. д.

Многіе больные подвергались ранѣе тому или другому способу лѣченія; напр., 1-ый больной Schütze<sup>14)</sup> одновременно подвергался водолѣченію; 2-ой его больной безъ успѣха лѣчился хининомъ и мышьякомъ; улучшеніе наступило только послѣ рентгенізаціи; тоже наблюдалось въ случаѣ Müller'a<sup>15)</sup>. Schleip и Hildebrandt<sup>16)</sup> наблюдали

добавлено леченіе мышьякомъ. *Quincke*<sup>15)</sup> одновременно давалъ жѣлѣзо, *Pappenheim* — мышьякъ. *Guilloz* и *Spillmann*<sup>17)</sup> безуспѣшно лечили своего больного подкожными впрыскиваниями мышьяка. *Schieffer*<sup>18)</sup> послѣ леченія мышьякомъ видѣлъ ухудшеніе болѣзни; *Lenzmann*<sup>19)</sup> лечилъ своего больного внутривенными впрыскиваниями атохула; въ началѣ получило уменьшеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ, а затѣмъ во время 2-го курса леченія число ихъ увеличилось. *Melland*<sup>20)</sup> соединялъ леченіе мышьякомъ съ рентгенотерапией. Въ случаѣ *Rosenstern'a*<sup>22)</sup> наступило ухудшеніе подъ влияніемъ этого способа леченія; вслѣдъ за отміной послѣдняго и назначеніемъ какодильовокислаго натра наступило улучшеніе.

Леченіе х-лучами при костно-мозговой формѣ вълокровія давало у отдѣльных наблюдателей различные результаты. Одни больные при этомъ быстро начинали испытывать субъективное улучшеніе: поднятіе общаго самочувствія и и силъ, исчезаніе болевыхъ ощущеній; нѣсколько позже замѣчались значительныя перемены въ пораженныхъ органахъ и въ сопутствующихъ осложненіяхъ; прежде всего селезенка, лимфатическія желѣзы и печень дѣлались мягче и уменьшались въ размѣрахъ; боли въ костяхъ проходили; отеки, альбуминурия, лихорадка, знобы, поты и діазореакція исчезали; кровоизліянія въ сѣтчатку рассасывались; кровотеченія прекращались. Въ случаѣ *Guilloz* и *Spillmann'a*<sup>17)</sup> носовое кровотеченіе остановилось послѣ перваго-же сеанса; остановившіяся мѣсячныя возобновлялись. Въсѣ тѣла нарастали. Наружный видъ больныхъ указывалъ какъ-бы на полное излѣченіе болѣзни, что очень благоприятно дѣйствовало на больныхъ. Да и врачу казалось, что болѣзни подверглась коренному излѣченію. Въ самомъ дѣлѣ, микроскопическій анализъ крови убѣждалъ, что главный признакъ вълокровія — увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ — мало по малу исчезалъ; численіе показывало, что число бѣлыхъ шариковъ непрерывно падало; число-же красныхъ и количество гемоглобина нарастало; исчезали изъ крови нормобласты, пойкилоциты и полихроматофильные элементы.

Однако, дальнѣйшія клиническія наблюденія показали, что лишь въ рѣдкихъ случаяхъ можно было говорить о настоящемъ излѣченіи; такъ, *C. Schütze*<sup>14)</sup> прослѣдилъ, что его больной 4 года послѣ леченія х-лучами не имѣлъ возврата болѣзни. Въ подавляющемъ-же большинствѣ случаевъ выздоровленія въ собственномъ смыслѣ не наступало. Черезъ  $\frac{1}{2}$  года, а иногда и много раньше или позже наступалъ возвратъ: появлялась старая картина страданія со всѣми характерными особенностями, и вновь приходилось прибѣгать къ помощи х-лучей. Правда, почти во всѣхъ случаяхъ и повторное леченіе вело къ улучшенію; но и оно не обезпечивало отъ новыхъ возвратовъ, уже труднѣе поддающихся излѣченію; *Hynek*<sup>53)</sup> видѣлъ 2 возврата и достигъ улучшенія х-лучами, а д-ру *Голубинику*<sup>21)</sup> въ 1 случаѣ пришлось повторить леченіе 4 раза.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходилось видѣть ухудшеніе болѣзни; *Schenck*<sup>22)</sup>, *Stursberg*<sup>23)</sup>, *Lenzmann*<sup>19)</sup>, *Schieffer*<sup>18)</sup>, *Allard*<sup>24)</sup>, *Quincke*<sup>15)</sup>, *Bryant* и *Crane*<sup>1)</sup>, *Curschmann* и *Gaupp*<sup>12)</sup> и *Quadroni*<sup>25)</sup> наблюдали развитіе малокровія, боли въ тѣлѣ, чувствительность селезенки и даже боли въ селезеночной области, отсутствіе позыва на ѣду, рвоту, истощеніе, сильную нервозность, головныя боли, сердечбіеніе, отеки ногъ и вѣкъ; *Schleip* и *Hildebrandt*<sup>16)</sup>, *Holzkecht*<sup>26)</sup>, *Stursberg*<sup>23)</sup>, *Bramwell*<sup>27)</sup> (2 сл.) и *Arnett*<sup>28)</sup> видѣли ознобы и повышеніе температуры; послѣдній наблюдалъ при этомъ улучшеніе общаго состоянія. Уменьшеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ установили *Joachim* и *Kurpjuweit*<sup>29)</sup>, *Stursberg*<sup>23)</sup>, *Steinberg*, *Lenzmann*<sup>19)</sup>, *Guilloz* и *Spillmann*<sup>17)</sup>.

Въ случаѣ *Schenck'a*<sup>22)</sup> число красныхъ шариковъ во время леченія упало съ 1.500.000 до 632.000, а количество гемоглобина съ 30% до 15%, а въ случаѣ лимфатическаго вълокровія *Byrom Bramwell'a*<sup>27)</sup> число красныхъ шариковъ упало съ 1.600.000 до 660.000, а количество гемоглобина съ 33% до 20%. *Spryck* наблюдалъ появленіе въ крови макроцитовъ. У больного *Wassmuth'a*<sup>31)</sup> и въ 1 случаѣ *Joachim'a* и *Kurpjuweit'a*<sup>29)</sup> развилось злокачественное малокровіе.

Въ одномъ изъ случаевъ, описанныхъ *Rosenstern'омъ*<sup>22)</sup>, рентгенизація во время возврата повела къ уменьшенію числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и къ ухудшенію общаго состоянія — упадку силъ, лихорадкѣ въ 39°5, рѣзкой блѣдности, потерѣ позыва на ѣду, уменьшенію количества гемоглобина и числа красныхъ шариковъ (зернистое перерожденіе, пойкилоцитозъ; полихроматофилия, нормобласты); съ отміной х-лучей и назначеніемъ мышьяка состояніе улучшилось.

*H. Flesch*<sup>32)</sup> описалъ случай костномозгового вълокровія, въ которомъ дважды примѣнено было леченіе х-лучами, и оба раза замѣчено улучшеніе; но черезъ нѣкоторое время послѣ 2-го курса леченія больной умеръ, и изслѣдованіе крови показало отношеніе бѣлыхъ тѣлецъ къ краснымъ = 1:2,0—1:1,5, тогда какъ тотчасъ послѣ леченія х-лучами оно было 1:364; кромѣ того, замѣчены патологическія измѣненія въ красныхъ кровяныхъ шарикахъ: пойкилоцитозъ, полихроматофилия, микробласты; вмѣсто нейтрофиловъ, появились въ крови большіе лимфоциты; такимъ образомъ смерть послѣдовала при явленіяхъ лимфатическаго вълокровія. Нѣкоторые авторы наблюдали число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ ниже нормы: *Schenck*<sup>22)</sup> — 3000, *Kodhe*<sup>39)</sup> — 4000, *Cohen*<sup>40)</sup> — 4300, *Bryant* и *Crane*<sup>1)</sup> — 4500; въ одномъ изъ случаевъ *Lossen'a* и *Morawitz'a*<sup>34)</sup> дѣло дошло даже до рѣзкой лейкепеніи съ ухудшеніемъ общаго состоянія и уменьшеніемъ числа красныхъ шариковъ.

Въ случаѣ *Wendel'a*<sup>2)</sup> и *Quadroni*<sup>25)</sup> селезенка не уменьшилась.

Помимо того, авторы отмѣтили цѣлый рядъ осложненій въ кожѣ и во внутреннихъ органахъ а именно: набуханіе кожи, покраснѣніе ея, пигментацию обыкновенную, желтую [*Schenck*<sup>22)</sup> послѣ 30 освѣщеній], ожогу, язвы кожи вмѣстѣ съ сильнымъ ощущеніемъ зуда и жженія. *Kövesi*<sup>35)</sup> послѣ перваго сеанса освѣщенія наблюдалъ развитіе периспленита. *Quadroni*<sup>25)</sup> упоминаетъ о 2-хъ случаяхъ выпотного плейрита, развившагося въ теченіи рентгенизаціи. У больного *Stursberg'a*<sup>23)</sup> появилось сильное треніе брюшины въ селезеночной области. *Frank*<sup>37)</sup>, *Curschmann* и *Gaupp*<sup>12)</sup> видѣли въ качествѣ осложненія нефрита, а *P. Krause*<sup>38)</sup> даже кровоточивую его форму; лишь только *Curschmann* и *Gaupp* стали производить сеансы освѣщенія рѣже, бѣлокъ и цилиндры исчезли.

Въ качествѣ особаго свойства х-лучей, отмѣчено то обстоятельство, что ихъ дѣйствіе не проявляется полностью во время леченія, а обнаруживается спустя болѣе или менѣе долгое время послѣ леченія. *Aug. Hoffmann*<sup>41)</sup> наблюдалъ уменьшеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ послѣ того, какъ на недѣлю прекратилъ леченіе. Въ случаѣ *Lossen'a* и *Morawitz'a*<sup>34)</sup> послѣдовательное дѣйствіе х-лучей довело больного до лейкепеніи, а затѣмъ привело къ смерти. Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ черезъ 2 недѣли по прекращеніи леченія изслѣдованіе крови указало на уменьшеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ на 125.000; развитіе радиодермита обнаружено черезъ 6 дней.

Дѣйствіе х-лучей на больныхъ съ лимфатическимъ вълокровіемъ также въ большинствѣ случаевъ было благоприятное; число лимфоцитовъ падало, лимфатическія желѣзы и селезенка уменьшались, общее состояніе улучшалось, качественный-же составъ крови улучшался мало. Возвраты наблюдались чаще. *Krause* и *Arnsperger* полагаютъ, что лимфатическое вълокровіе хуже поддается дѣйствію х-лучей, чѣмъ костно-мозговое. Въ острыхъ случаяхъ вълокровія леченіе х-лучами болѣею частью не приносило пользы или давало сомнительные результаты; иногда даже наступала смерть, не смотря на уменьшеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ въ крови [*H. Flesch*<sup>32)</sup>]. Однѣ только *Grad*<sup>42)</sup> видѣлъ улучшеніе.

Для выясненія сущности всѣхъ измѣненій потребовались, съ одной стороны, болѣе точныя клиническія наблюденія, а, съ другой — опыты на животныхъ.

Изслѣдованіями *Aubertin'a* и *Beaujard'a*<sup>43, 44)</sup> надъ больными съ костно-мозговымъ вълокровіемъ было доказано, что каждый сеансъ освѣщенія вызываетъ сла-



чала быстрое и значительное увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ въ крови; затѣмъ число ихъ медленно и постепенно понижается и спускается ниже начальной цифры. При первыхъ сеансахъ это увеличеніе наступаетъ почти тотчасъ-же; потомъ, по мѣрѣ привыканія организма къ дѣйствию х-лучей, нарастаніе становится менѣе замѣтнымъ и болѣе медленнымъ и появляется только на 2-ой день послѣ сеанса; наконецъ, увеличеніе становится незначительнымъ, а заключительное уменьшеніе болѣе рѣзкимъ. Въ случаѣ костно-мозгового лейкокривіи эти авторы нашли до лѣченія 304000 бѣлыхъ тѣлецъ въ крови; черезъ 3 часа послѣ перваго сеанса число ихъ поднялось до 462600, черезъ 5 час. было 424000, черезъ 9 час.—308600, черезъ 12 час.—316000, а на слѣдующее утро 316800. Увеличеніе зависѣло отъ накопленія въ крови многоядерныхъ шариковъ (съ 155040 до 261370) и въ меньшей мѣрѣ міелоцитовъ (съ 132544 до 181800).

*Mamerto Acuna* <sup>45)</sup> нашелъ, что послѣ каждого сеанса черезъ 12—24 часа появляется лейкоцитозъ; по истеченіи 30—40 час. число бѣлыхъ тѣлецъ падало ниже нормы; начальный лейкоцитозъ зависѣлъ отъ увеличенія въ крови многоядерныхъ шариковъ и промежуточныхъ элементовъ, а уменьшеніе совпадало съ появленіемъ въ ней дегенерированныхъ формъ многоядерныхъ шариковъ и міелоцитовъ (распаденіе ядра, образованіе въ протоплазмѣ пустоты и т. д.). *Boggolo* <sup>46)</sup>, *Colombo* <sup>46)</sup>, *Guerra* <sup>47)</sup>, *Golyubinski* <sup>21)</sup> и *Quindrone* <sup>36)</sup> наблюдали предварительное увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ. Въ случаѣ *Elfer's* <sup>48)</sup> увеличеніе числа ихъ достигло послѣ 40 мин. рентгенизаціи двойной величины. *Gerber* <sup>49)</sup>, *Holzknicht* <sup>26)</sup> и *Hers* <sup>50)</sup> объясняютъ наблюдавшееся въ ихъ случаяхъ предварительное увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ вымываніемъ ихъ изъ лимфатическихъ органовъ, *Schwarz*-же <sup>71)</sup>—накопленіемъ въ крови хемотактическихъ веществъ. *Schleip* и *Hildebrandt* <sup>16)</sup> изслѣдовали кровь черезъ опредѣленные промежутки до и послѣ освѣщенія и убѣдились, что каждое освѣщеніе сопровождается болѣе или менѣе рѣзкимъ паденіемъ числа бѣлыхъ тѣлецъ; иногда въ теченіи 4-хъ час. послѣ освѣщенія число бѣлыхъ тѣлецъ уменьшалось на 100000. Изрѣдка замѣчалось небольшое увеличеніе въ теченіи перваго часа послѣ освѣщенія, за которымъ слѣдовало болѣе сильное паденіе; въ первое время колебанія были наиболѣе рѣзкія; за быстрымъ паденіемъ наступало увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ; вообще въ колебаніяхъ не замѣчалось правильности, такъ что нельзя было подмѣтить ступенеобразнаго паденія числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, какъ это наблюдали *Aubertin* и *Beaujard* <sup>44)</sup>. *Schleip* и *Hildebrandt* полагаютъ, что при рентгенизаціи бѣлыя кровяныя тѣльца устремляются съ периферіи во внутренніе органы, а послѣ нея опять распределяются равномерно по организму; это касается всѣхъ ихъ формъ; специфическаго дѣйствія х-лучей на какую-либо одну клеточковую форму нѣтъ.

*Krause* <sup>33)</sup> не подмѣтилъ предварительнаго нарастанія въ крови числа бѣлыхъ тѣлецъ. Въ случаѣ лимфатическаго лейкокривіи *Aubertin* и *Beaujard* убѣдились, что уменьшеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ наступаетъ сразу безъ какихъ-либо измѣненій въ составѣ элементовъ крови; черезъ 5 час. послѣ перваго сеанса число бѣлыхъ тѣлецъ измѣнилось съ 349800 на 372000, черезъ 9 час. по 346000, на слѣдующее утро—на 63200. Какъ при костно-мозговомъ, такъ и при лимфатическомъ лейкокривіи, особенно при послѣднемъ, *Aubertin* и *Beaujard* наблюдали разрушеніе протоплазмы и ядра; при костно-мозговомъ лейкокривіи болѣе всего разрушаются міелоциты, затѣмъ лимфоциты и многоядерные шарики, при лимфатическомъ разрушеніе распространяется въ одинаковой мѣрѣ на всѣ клеточныя формы.

Изъ нашихъ случаевъ распадающіяся формы лимфоцитовъ найдены были въ случаѣ свѣжаго лейкокривіи; при уменьшеніи числа бѣлыхъ тѣлецъ падало число лимфоцитовъ, число-же нейтрофиловъ и эозинофиловъ увеличивалось, *Rieder* <sup>51)</sup> на сухихъ препаратахъ видѣлъ перерожденные клеточковыя формы: выпуклости въ бѣлыхъ тѣлцахъ, распадъ ядеръ на зерна. Къ такимъ-же резуль-

татамъ дальнѣйшія изслѣдованія показали, что, хотя число бѣлыхъ тѣлецъ и уменьшается и приходитъ къ нормѣ, но качественный составъ крови рѣдко становится нормальнымъ. Такъ, до сихъ поръ только *Rodhe* <sup>39)</sup>, *A. Hoffmann* <sup>41)</sup>, *Meier* и *Eisenreich* <sup>52)</sup> и *Cramer* <sup>54)</sup> наблюдали восстановленіе нормальнаго состава крови. Во всѣхъ-же остальныхъ случаяхъ по окончаніи лѣченія въ крови обнаруживались патологическія формы бѣлыхъ шариковъ. Въ случаѣ *Hyneka's* <sup>53)</sup> хроническое костно-мозговое лейкокривіе приобрѣло характеръ атипическій.

*Franke* <sup>37)</sup> подробно останавливается на колебаніяхъ отдѣльныхъ формъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и сообщаетъ свои выводы, полученные въ случаѣ костно-мозгового лейкокривіи; самое значительное уменьшеніе показали нейтрофильные міелоциты (съ 109440 до 34580—черезъ день послѣ освѣщенія); тучныя клѣтки упали съ 11286 до 2912; число-же многоядерныхъ нейтрофиловъ уменьшилось мало: съ 198360 до 155944; другія формы бѣлыхъ тѣлецъ, за исключеніемъ лимфоцитовъ, число которыхъ понизилось съ 8550 до 2912, уменьшились въ числѣ лишь незначительно; эозинофильные міелоциты и одноядерныя большія бѣлыя тѣльца даже увеличились въ числѣ. При дальнѣйшемъ лѣченіи исчезали міелоциты и нейтрофилы—первые въ гораздо большемъ числѣ; число тучныхъ клѣтокъ поднималось до начальной цифры, а потомъ въ числѣ ихъ наблюдались колебанія, къ концу-же наблюденія ихъ было болѣе, чѣмъ міелоцитовъ; число лимфоцитовъ и переходныхъ клѣтокъ постепенно уменьшалось. Составъ нейтрофильныхъ элементовъ до лѣченія характеризовался анизогиперцитозомъ (*Arneht*), подъ конецъ-же лѣченія наблюдался анизонормоцитозъ.

Гистологически пораженные органы изслѣдованы были многими авторами послѣ смерти больныхъ, подвергавшихся лѣченію х-лучами.

*Beaujard* <sup>9)</sup> прослѣдилъ измѣненія въ селезенкѣ отъ больного съ костно-мозговымъ лейкокривіемъ. Больной этотъ долгое время подвергался освѣщенію х-лучами; въ селезенкѣ его найдено много омертвѣвшихъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Другой разъ *Beaujard* <sup>9)</sup> пришлось изслѣдовать узелъ (при клѣтчатой лимфаденіи *Türk's*), удаленный при операціи черезъ нѣсколько часовъ послѣ перваго сеанса; при этомъ найдены были значительныя пораженія макрофаговъ и распаденіе ядра.

*Grosch* и *Stone* <sup>44)</sup> изслѣдовали органы больного костно-мозговымъ лейкокривіемъ, умершаго послѣ 20 сеансовъ освѣщенія х-лучами (грудь, селезенка, длинныя трубчатые кости); въ нихъ найдены признаки костно-мозгового лейкокривіи, а въ почкахъ—паранефритическое перерожденіе.

*Brown* и *Jack* <sup>55)</sup> лѣчили х-лучами больного съ тяжелымъ костно-мозговымъ лейкокривіемъ. Черезъ 16 мѣс. больной этотъ умеръ въ коматозномъ состояніи. На вскрытіи найдено: фиброзная гиперплазія селезенки, какъ при селезеночномъ малокровіи, лимфатическая гиперплазія лимфатическихъ железъ; въ печени и въ кишкахъ не замѣчено свойственныхъ лейкокривіи измѣненій; костный мозгъ не былъ изслѣдованъ. Данныя напоминаютъ картину псевдо-лейкеміи.

На вскрытіи больного *Hers's* <sup>50)</sup>, умершаго отъ лимфатическаго лейкокривіи, найдено: гиперплазія почти всѣхъ лимфатическихъ железъ, *Peyer*овыхъ бляшекъ и отдѣльныхъ фолликуловъ; утѣренное хроническое опуханіе селезенки; лейкокривное пропитываніе печени; точечное кровоизліаніе въ большей части слизистыхъ оболочекъ; кровоизліаніе въ забрюшинныхъ и паховыхъ железахъ; плейропневмонія; лептоменингитъ; острая внутри-мозговая водянка.

*Lossen* и *Morawitz* <sup>54)</sup> въ своемъ случаѣ костно-мозгового лейкокривіи, гдѣ во время возврата 3-недѣльная рентгенизація произвела ухудшеніе и затѣмъ наступила смерть при явленіяхъ лейкокривіи, обнаружили сильно выраженную гипоплазію въ костномъ мозгу, затѣмъ въ меньшей степени—въ селезенкѣ и въ лимфатическихъ железахъ; при этомъ наблюдалось сильное разрастаніе соединительной ткани; авторы приписываютъ эти измѣненія дѣйствию х-лучей.

На вскрытіи больного *Ahrens's* <sup>12)</sup> найдены типическія лейкокривныя измѣненія.

*Kelly*, изслѣдуя органы умершаго больного, не нашелъ особыхъ измѣненій.

Въ случаѣ костно-мозгового лейкокривіи *Flesch's* <sup>52)</sup>, послѣ рентгенизаціи наступило выздоровленіе, такъ какъ составъ крови сдѣлался нормальнымъ; наступившій-же возвратъ повелъ къ смерти; на вскрытіи найдены измѣненія, свойственныя лимфатическому лейкокривію.

Смерть въ общемъ наступала: 1) отъ ухудшенія общаго состоянія въ 1-ый періодъ лѣченія х-лучами (*Byrom Bramwell* <sup>27)</sup>); 2) во время лѣченія-возврата [*Ahrens* <sup>12)</sup>], *Schliefer* <sup>18)</sup>, *Brown* и *Jack* <sup>55)</sup>]; больной *Rosenstern's* <sup>22)</sup> умеръ

ласти селезенки; 3) от примѣшивающихся заболѣваний — от пневмоніи [Hoffmann<sup>41</sup>) и Herz<sup>50</sup>); 4) внезапная смерть от астении [Grosch и Stone<sup>54</sup>); 5) при явлениях перехода во время возврата въ лимфатическое бѣлокровіе [H. Fleisch<sup>55</sup>); 6) от бурнчатковаго зараженія, не смотря на улучшение состава крови [Melland<sup>56</sup>); 7) от лейкопении [Lossen и Morawitz<sup>57</sup>)] и 8) от осложненія злокачественнаго малокровія [Wassmuth<sup>58</sup>)]. Итакъ, большинство изслѣдователей нашли въ органахъ больныхъ, страдавшихъ бѣлокровіемъ и лѣчившихся х-лучами, типическую картину бѣлокровія и только 1 разъ была установлена гипоплазія лимфоидной ткани, 1 разъ переходъ костно-мозговой формы бѣлокровія въ лимфатическую и 1 разъ переходъ костно-мозгового бѣлокровія въ псеидолейкемию. Произведенные различными авторами опыты выяснили слѣдующее.

Опыты Heineke<sup>57</sup>) показали, что въ селезенкѣ, лимфатическихъ железахъ и костномъ мозгу бѣлые кровяные шарики разрушаются. Этотъ авторъ проводилъ рядъ систематическихъ изслѣдованій надъ мышами, морскими свинками, кроликами и собаками. У всѣхъ этихъ животныхъ результатъ дѣйствія х-лучей былъ различенъ, смотря по силѣ и продолжительности освѣщенія и величинѣ животнаго. Всѣ мыши, подвергавшіяся освѣщенію долѣе 5 час., погибли черезъ 3—11 дней при развитіи исхуданія, искривленія позвоночника, при поносахъ, вялости и апатіи, переходившей въ спячку. При такихъ-же явленияхъ падали черезъ 7—12 дней и маленькія морскія свинки, если ихъ подвергали освѣщенію въ теченіи 15 час. Молодые кролики умирали на 9—10-й день послѣ 20-часоваго освѣщенія. У нихъ, кромѣ выпаденія волосъ, другихъ кожныхъ измѣненій не замѣчалось. Взрослыя морскія свинки и кролики погибли только послѣ болѣе долгаго освѣщенія и по истеченіи продолжительнаго времени со дня окончанія опыта; къ этому времени у нихъ развивались обширныя смертельныя язвы. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ погибшихъ животныхъ авторъ нашелъ уменьшеніе и потемнѣніе селезенки; при микроскопическомъ изслѣдованіи: гибель большей части кѣлокъ; прежде всего распадалась ядра на хроматиновые глыбки и обломки и скоро захватывались фагоцитами; черезъ нѣкоторое время исчезали фагоциты; въ центрѣ фолликулъ появлялись эпителиоидныя кѣлки; послѣдніе съ теченіемъ времени теряли свой видъ и дѣлались похожими на соединительно-тканныя кѣлки. Гораздо позже начинались измѣненія въ явотѣ; здѣсь исчезали полиморфно ядерныя бѣлыя тѣльца и, повидимому, эозинофильныя кѣлки; одновременно погибали мозговые кѣлки въ костномъ мозгу; еще позднее наблюдалось увеличеніе селезеночнаго пигмента въ слѣдствіе разрушенія красныхъ кровяныхъ шариковъ. Въ фолликулахъ кишечника происходило разрушеніе большей части лимфоцитовъ, какъ и въ селезенкѣ. Въ центральной нервной системѣ измѣненій не найдено. Кровь у молодыхъ морскихъ свинокъ почти не измѣнялась; иногда уменьшалось число бѣлыхъ тѣлецъ и %-ное число лимфоцитовъ. У кроликовъ кровь измѣнялась при продолжительномъ освѣщеніи: сначала понижалось число бѣлыхъ тѣлецъ и количество гемоглобина, а позднее падало число красныхъ кровяныхъ шариковъ и при томъ гораздо слабѣе; такъ, въ сообщеніи наблюдений послѣ 25-часоваго освѣщенія взрослого кролика число красныхъ кровяныхъ шариковъ съ 6.980.000 упало на 4.340.000, бѣлыхъ съ 10300 до 3500, а количество гемоглобина съ 90% до 50%. Исчезали изъ крови лимфоциты, число же многоядерныхъ и большихъ одноядерныхъ формъ не претерпѣвало значительнаго измѣненія; ненормальныхъ формъ не наблюдалось.

Измѣненія въ лимфоидной ткани селезенки, лимфатическихъ железъ и фолликулъ кишечника начинались черезъ нѣсколько часовъ и протекали главнымъ образомъ въ первые 24 часа. Измѣненія въ костномъ мозгу и въ селезеночной явотѣ обнаруживались черезъ нѣсколько дней и достигали наибольшаго развитія лишь тогда, когда животное близилось къ смерти. Опытами надъ взрослыми кроликами и собаками Heineke доказалъ, что х-лучи вызываютъ у нихъ такіе-же измѣненія, какъ и у мелкихъ животныхъ; уже  $\frac{1}{4}$ -часоваго освѣщенія живота на близкомъ разстояніи было достаточно, чтобы у нихъ появились признаки явственнаго разрушенія лимфатическихъ фолликулъ. По мнѣнію Heineke, х-лучи обладають избирательнымъ дѣйствіемъ на железнстую ткань и вызываютъ разрушеніе вышеупомянутыхъ кѣлочныхъ элементовъ въ селезенкѣ, въ костномъ мозгу и въ лимфоидныхъ образованіяхъ. Дальнѣйшими наблюденіями Heineke доказалъ, что разрушеніе лимфоидная ткань возрождается.

По изслѣдованіямъ Aubertin'a и Beaujard'a<sup>58</sup>) общій эффектъ выражается исчезаніемъ лимфоидной ткани и жировымъ перерожденіемъ костнаго мозга: селезенка пропитывается пигментомъ, Malpighi'евы тѣльца почти исчезаютъ, лимфатическія железы претерпѣваютъ такіе-же измѣненія, въ костномъ мозгу кѣлочныя элементы исчезаютъ, и увеличивается количество жира.

Beaujard<sup>59</sup>) объясняетъ уменьшеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ ихъ разрушеніемъ, такъ какъ въ крови встрѣчаются перерожденныя формы и увеличивается количество мочевоы кислоты. Онъ доказалъ, что разрушенію подвергаются не только

протоплазма и ядро, но и зернистость (уменьшеніе числа нейтрофильныхъ зеренъ, переходныя формы между нейтрофильными и эозинофильными элементами, слияніе эозинофильныхъ зеренъ, каштановая окраска базофиловъ); въ протоплазмѣ появляются пустоты, — повидимому, неокрашенныя зерна. Разрушеніе начинается съ кровообразующихъ органовъ и продолжается въ обрабатываемой крови (можетъ быть, разрушеніе зависитъ отъ накопленія лейкотоксина).

По наблюденіямъ Aubertin'a и Beaujard'a<sup>60</sup>) оказывается, что каждый сеансъ освѣщенія — частный или общій — вызываетъ, смотря по количеству х-лучей, первоначальное увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ крови. При общемъ освѣщеніи наступаетъ сначала быстрое и значительное увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ на счетъ многоядерныхъ элементовъ. Это продолжается 1—4 часа послѣ сеанса, затѣмъ число ихъ понижается, и въ это время преобладають многоядерные шарики; одноядерныя разрушаются въ болѣе большомъ числѣ, ибо въ крови наблюдаются явленія гистолиза этихъ кѣлочныхъ элементовъ (разрушеніе протоплазмы, зеренъ и ядра); разрушеніе же многоядерныхъ наступаетъ позже. Мѣстное и кратковременное освѣщеніе костнаго мозга (бедренной кости) даетъ въ результатъ замѣтное, но не рѣзкое увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, продолжающееся недолго и скоро сменяющееся лейкопенией; лейкоцитозъ зависитъ отъ накопленія въ крови многоядерныхъ элементовъ. Если повторять сеансы освѣщенія этой кости съ правильными промежутками времени, то послѣ каждого сеанса наблюдаются новыя приросты числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ; въ началѣ лейкоцитозъ зависитъ отъ многоядерныхъ элементовъ, но вскорѣ появляется міелоцитозъ (переходныя формы, зернистыя одноядерныя тѣльца, ядерные шарики); особенно много разрушаются одноядерныхъ тѣлецъ; число красныхъ шариковъ уменьшается, и наблюдается пойкилоцитозъ. Если убить животное въ періодъ усиленной міелэмии, то наблюдаютъ ясное жировое перерожденіе костнаго мозга.

Если освѣщать бедренную кость сильнѣе и долѣе, то вслѣдъ за описанными явленіями замѣчается еще болѣе рѣзкое и долговременное высленіе міелоцитовъ; сначала наблюдается чистый лейкоцитозъ, но вскорѣ, когда число красныхъ кровяныхъ шариковъ начинаетъ значительно уменьшаться и сами шарики обнаруживаютъ явленія пойкилоцитоза и полицхроматофіи и появляются карликовыя и исполинскія формы, лейкоцитозъ сопровождается ядерными красными кровяными шариками. Въ концѣ концовъ число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ уменьшается значительно, и дѣло доходитъ до лейкопении. Если въ это время убить животное, то костный мозгъ, подвергавшійся освѣщенію, оказывается желтоватымъ, жирно перерожденнымъ; онъ содержитъ обломки красныхъ шариковъ, много ядерныхъ тѣлецъ, много одноядерныхъ безъ зернистости, но въ немъ не видно ни міелоцита, ни многоядернаго тѣльца; не освѣщавшаяся костно-мозговая ткань находится въ состояніи усиленнаго возрожденія, селезенка становится міелоидной (съ преобладаніемъ ядерныхъ красныхъ кровяныхъ шариковъ).

Х-лучи, по мнѣнію Aubertin'a и Beaujard'a, оказываютъ двойное дѣйствіе: подъ ихъ вліяніемъ бѣлыя кровяныя тѣльца (эритроциты) выселяются и (особенно молодые) разрушаются.

Emil Weil и Beaujard<sup>61</sup>) изслѣдовали железы пораженной бѣлокровіемъ собаки. Однѣ железы были удалены до освѣщенія, другія послѣ. Авторы убѣдились въ громадной разницѣ гистологической картины. Въ железахъ освѣщавшихся найдены измѣненія, сходныя съ описанными Heineke.

Milchner и Mosse<sup>62</sup>) подвергали освѣщенію заднія конечности кроликовъ въ теченіи 3—4 час. (твердыя трубки, 10—12 см. разстояніе фокуса, 2000 перерывовъ ртутнаго прерывателя, 3 амп.), остальныя же части закрывались свинцовой пластинкой. Эти авторы при гистологическомъ изслѣдованіи костнаго мозга убитыхъ животныхъ нашли, что въ немъ исчезаютъ лимфоидныя и міелоидныя элементы, красные же кровяные шарики (нормо- и мегалобласты и безъядерные) остаются безъ перемѣн. Красные шарики, смѣтые въ растворѣ поваренной соли и подвергнутые дѣйствію х-лучей въ теченіи 2-хъ часовъ, измѣненій не претерпѣваютъ.

Heineke<sup>63</sup>) нашелъ, что послѣ многократнаго освѣщенія костнаго мозга х-лучами въ послѣднемъ погибають у морскихъ свинокъ бѣлые шарики. Разрушеніе начинается черезъ 2—3 часа послѣ начала освѣщенія, достигаетъ высшей степени черезъ 10—12 час. и заканчивается въ 5—6 дней. Распадаются прежде всего лимфоциты, несодержащія зернистости мозговые кѣлки, потомъ эозинофилы, тучныя кѣлки и кѣлочки-великаны. Многоядерные нейтрофилы противостоятъ дѣйствію х-лучей долѣе всего. Возрожденіе начинается черезъ 2—2½, недѣли и заканчивается въ 3—4 недѣли.

Linser и Helber<sup>64</sup>) поставили рядъ опытовъ надъ крысами, кроликами и собаками для выясненія дѣйствія х-лучей на кровь. При извѣстной продолжительности освѣщенія они прежде всего замѣчали ясное паденіе числа бѣлыхъ тѣлецъ. У крысъ достаточно было 5—10 час. освѣщенія, чтобы изъ крови совершенно исчезли бѣлыя тѣльца; у кроликовъ въ однихъ случаяхъ бѣлыя тѣльца исчезали послѣ 70 час. освѣщенія, въ другихъ даже послѣ болѣе продолжительныхъ сеансовъ число бѣлыхъ тѣлецъ не убывало ниже 1500—2000. У собакъ пониженіе шло еще болѣе медленно. Изъ этого авторы выводятъ, что, чѣмъ болѣе животное, тѣмъ болѣе требуется часовъ освѣщенія для достиженія извѣстнаго дѣйствія на кровь.

Установивъ исчезновеніе бѣлыхъ тѣлецъ въ крови, Linser и Helber сдѣлали попытку рѣшить, какимъ-же образомъ это про-

исходить? Прежде всего являлась мысль, не скопляются-ли бѣлыя тѣльца въ какомъ-нибудь лимфатическомъ органѣ? Исследова органы убитыхъ животныхъ, у которыхъ дѣло дошло до полного исчезанія изъ крови бѣлыхъ тѣлецъ, *Linser* и *Helber* нашли въ селезенкѣ, костномъ мозгу и лимфатическихъ железахъ скудное число бѣлыхъ тѣлецъ и вслѣдствіе этого отвергли сдѣланное предположеніе. Пришлось остановиться на разрушеніи бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. Но гдѣ-же происходитъ этотъ процессъ? Слѣдя за исчезаніемъ бѣлыхъ тѣлецъ, авторы замѣтили, что прежде всего изъ кровяного тока исчезаютъ лимфоциты, преимущественно малые, а затѣмъ уже обнаруживается убыль многоядерныхъ элементовъ. При этомъ измѣняется ихъ отношеніе къ окраскѣ: ядра лимфоцитовъ дѣлаются блѣдными, такъ что ихъ съ трудомъ можно отличить отъ протоплазмы. Ядра многоядерныхъ шаровъ становятся свѣтлыми и почти совершенно исчезаютъ, и многоядерныя тѣльца узнаются только по присутствію нейтрофильныхъ зеренъ. Между тѣмъ въ селезенкѣ и въ костномъ мозгу, даже при полномъ исчезаніи изъ крови бѣлыхъ тѣлецъ, видны хорошо окрашивающіяся кѣтки. Вслѣдствіе этого авторы сдѣлали предположеніе, что х-лучи прежде всего разрушаютъ бѣлые шарикъ въ обрабатываемой крови. Если этотъ процессъ длится долго и выражается рѣзко, то можетъ наступить болѣе или менѣе сильная недостаточность лимфообразующихъ органовъ.

Что касается красныхъ кровяныхъ шариковъ, то число ихъ понижается, измѣняется форма, чаще попадаются микроциты и тѣны; въ окрашенныхъ препаратахъ замѣтна полихроматофилия кѣтокъ и отдѣльные зернистые красные шарикъ.

На основаніи этихъ явленій *Linser* и *Helber* полагаютъ, что продолжительное освѣщеніе вызываетъ у нормальныхъ животныхъ простое малокровіе.

Количество кровяныхъ пластинокъ не измѣняется, количество же гемоглобина падаетъ. Въ селезенкѣ и въ костномъ мозгу *Linser* и *Helber* нашли такіе-же измѣненія, какъ и *Heineke*.

Въ печени обнаружены темноокрашенныя образованія, видимою, остатки ядеръ. Легкія оставались нормальными. Почки представляли картину остраго нефрита: слушаваніе эпителія, крововизанія и цилиндръ; указанныя измѣненія авторы ставятъ въ связь съ накопленіемъ въ крови продуктовъ распада бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ.

*Stuka* <sup>11)</sup> пытался разрѣшить разногласіе между взглядами *Heineke* и *Linser*'а и *Helber*'а относительно мѣста разрушенія бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Для рѣшенія этого вопроса онъ поставилъ рядъ опытовъ надъ кроликами, при чемъ у однихъ онъ направлялъ х-лучи на все тѣло, у другихъ — только на малую часть его, а именн на уши; для послѣдней цѣли авторы пользовались длинными кроликами. Въ обоихъ рядахъ опытовъ онъ получалъ одинаковыя результаты: гиперлейкоцитозъ и лимфопенію; основная разница состояла въ томъ, что при дѣйствіи х-лучей на обособленный участокъ тѣла возрожденіе наступаетъ быстрѣе, и составъ крови черезъ 24 час. возвращается къ своему прежнему состоянію; при общемъ-же освѣщеніи для возрожденія требуется 7—10 дней.

Понимая взгляда о непосредственномъ дѣйствіи х-лучей на бѣлыя кровяныя тѣльца и на кроветворныя органы, у *Linser*'а и *Helber*'а возникла мысль, не обусловливается-ли уменьшеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ появленіемъ въ крови какихъ-либо новыхъ веществъ? Хотя предположеніе это еще ранѣе высказали *Aubertin* и *Beaujard*, но экспериментальнымъ подтвержденіемъ ее впервые занялись *Linser* и *Helber*. Продѣлавъ цѣлый рядъ опытовъ, они, дѣйствительно, убѣдились въ наличности въ кровяной сывороткѣ животныхъ, подвергавшихся освѣщенію, особаго вещества, которое они и назвали лейкотоксинамъ. Оказалось, что сыворотка этихъ животныхъ и даже сыворотка освѣщавшихся внѣ тѣла вышотовъ обладала способностью, при впрыскиваніи ихъ здоровымъ животнымъ того-же вида, вызывать быстрое паденіе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, которое черезъ 2 часа достигало самой низкой цифры и медленно доходило до нормы въ теченіи 24—48 час. При нагреваніи до 55—60° лейкотоксинъ становится недействительнымъ. Онъ образуется при распаденіи бѣлыхъ тѣлецъ, и количество его стоитъ въ связи съ количествомъ послѣднихъ, подвергавшихся освѣщенію, и съ силою самого свѣта.

Развивая идею предыдущихъ авторовъ, *Curschmann* и *Gaupp* <sup>12)</sup> впрыскивали кроликамъ сыворотку, взятую отъ здороваго кролика и отъ страдавшихъ лимфатическимъ бѣлокровіемъ и выдержавшаго 7 совасовъ освѣщенія въ теченіи 16 дней (число бѣлыхъ тѣлецъ упало съ 150000 до 44000). 1-ая сыворотка не вызывала лейкопеніи; 2-ая же при подкожномъ и внутривенномъ примѣненіи производила обѣдненіе крови бѣлыми тѣльцами; при 1-мъ способѣ примѣненія, наибольшее пониженіе наступало черезъ 6¼—7¼ час.; при 2-мъ черезъ 4 час.; затѣмъ число бѣлыхъ тѣлецъ увеличивалось. При смѣшаніи *in vitro* осадка бѣлыхъ тѣлецъ: 1) съ активной рентгенолейкотоксической сывороткой, 2) съ недействительной лейкоцической сывороткой, 3) съ нормальной сывороткой здоровыхъ и 4) съ физиологическимъ растворомъ, авторы убѣдились, что только 1-ая сыворотка растворяла бѣлыя кровяныя тѣльца человека. *Curschmann* и *Gaupp* пришли къ заключенію, что въ крови страдающихъ бѣлокровіемъ, лѣчавшихся х-лучами, одновременно съ разрушеніемъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, образуется специфическій лейкотоксинъ, который растворяетъ бѣлыя тѣльца въ крови здороваго животнаго и нормальныя бѣлыя тѣльца *in vitro*; при нагреваніи въ теченіи 1½ час. до 60° сыворотка лишается своихъ лейкотоксическихъ свойствъ. Вообще дѣйствіе *Röntgen*'о-сыворотки на число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ зависитъ отъ количества лейкотоксина, содержащагося въ сывороткѣ.

родной сыворотки или бѣлка вообще: впрыснутая *Röntgen*'о-сыворотка тотчасъ-же вызываетъ лейкопенію, продолжающуюся 1—1½ часа (видимою, вслѣдствіе хемотаксиса); затѣмъ слѣдуетъ реактивный гиперлейкоцитозъ или только возстановленіе прежняго числа; наконецъ, черезъ 45 час. послѣ впрыскиванія слѣдуетъ специфическій *Röntgen*'о-гиполейкоцитозъ.

*Klieneberger* и *Zoeppritze* <sup>13)</sup> подвергли эти выводы проверкѣ. Прежде всего они замѣтили, что полученный *Curschmann*'омъ и *Gaupp*'омъ лейкотоксинъ не походитъ на другіе лейкотоксины: онъ очень быстро образуется въ организмѣ, не всегда и не скоро ведетъ за собой невосприимчивость, не появляется въ крови при другихъ болѣзняхъ (псевдолейкемія, болѣзнь *Banti*, лимфосаркома), слѣшкомъ быстро разрушаетъ бѣлыя кровяныя тѣльца въ пробиркѣ и т. д.

Эти авторы сначала сдѣлали попытки обнаружить *Röntgen*'о-токсинъ въ сывороткѣ внѣ тѣла животнаго. Они прибавляли къ отстою бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ свѣжей сыворотки людей, подвергавшихся и не подвергавшихся освѣщенію. Одновременно производились опыты съ недействительной сывороткой и повѣрочные съ растворомъ NaCl. Пробирки ставились въ термостатъ на 20—24 час. при 37°. Авторы продѣлали опыты съ бѣлыми кровяными тѣльцами здороваго, страдающихъ бѣлокровіемъ, кроликовъ, съ бѣлыми тѣльцами гноя кроликовъ, морскихъ свинокъ и человека. Исследование мазковъ на предметныхъ стеклахъ, наблюденіе надъ амебонидными движеніемъ и многократныя счисления привели авторовъ къ отрицательнымъ результатамъ. На основаніи этого они полагаютъ, что въ сывороткѣ страдающихъ истиннымъ бѣлокровіемъ, ложнымъ бѣлокровіемъ и людей съ лимфосаркомой не образуется *Röntgen*'о-токсина. Свѣжая *Röntgen*'о-сыворотка, подогрѣтая до 55°—60°, и нормальная не обнаруживаютъ различія при дѣйствіи на человѣческія бѣлыя кровяныя тѣльца *in vitro* въ теченіи 24 час. Не было также отмѣчено и разрушающаго дѣйствія *Röntgen*'о-сыворотки и на кроличьи бѣлыя тѣльца *in vitro*.

Опыты на животныхъ показали, что послѣ впрыскиванія сыворотки бѣлокровныхъ больныхъ, подвергавшихся освѣщенію, *Röntgen*'о-гиполейкоцитозъ въ смыслѣ вторичной лейкопеніи *Curschmann*'а и *Gaupp*'а не постояненъ; этотъ гиполейкоцитозъ можетъ наступить послѣ впрыскиванія недействительной сыворотки и сыворотки нелѣченныхъ лейкоциковъ. Указанныя колебанія въ числѣ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ *Klieneberger* и *Zoeppritze* приписываютъ возникновенію въ такихъ случаяхъ положительнаго и отрицательнаго хемотаксиса.

Послѣднее предположеніе въ настоящее время уже опирается на фактическія данныя. *Schwarz* <sup>14)</sup> бралъ сыворотку у кроликовъ до и послѣ освѣщенія, помѣщалъ ее въ стеклянныя капиллярныя трубочки, вводилъ послѣднія въ брюшную полость (по способу *Massart*'а) и оставлялъ ихъ тамъ на 14 час. Трубочки съ 1-ой сыворотки оказывались свободными отъ бѣлыхъ тѣлецъ, со 2-ой же были наполнены. На основаніи своихъ опытовъ *Schwarz* утверждаетъ, что при лѣченіи х-лучами въ тканяхъ появляются вещества, дѣйствующія хемотактически положительно на многоядерныя элементы и вызывающіе т. наз. *Röntgen*'о-лейкоцитозъ; въ связи съ послѣднимъ стоитъ увеличеніе мочевой кислоты. *Röntgen*'о-лейкопенія появляется только при дѣйствіи х-лучей на мѣста образованія бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и зависитъ отъ остановки ихъ производства.

На основаніи связи между выдѣленіемъ мочевой кислоты въ мочѣ и распаденіемъ ядерныхъ нуклеиновъ еще ранѣе *Schwarz*'а многіе авторы старались выяснитъ, происходитъ-ли подъ вліяніемъ х-лучей разрушеніе или уменьшенное новообразованіе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ? Однако, полученные данныя относительно количества выдѣляемой мочевой кислоты у бѣлокровныхъ больныхъ подъ вліяніемъ рентгенизации не у всѣхъ авторовъ оказались одинаковыми. *Koniger* <sup>15)</sup> въ 7 случаяхъ наблюдалъ сначала небольшое увеличеніе, а потомъ, при улучшеніи болѣзни, уменьшеніе мочевой кислоты и, наконецъ, нормальное ея количество. *Joachim* и *Kurpjuweit*, *P. Krause*, *Quadrone* и *Debove* находили, что при продолжительномъ освѣщеніи, вмѣстѣ съ уменьшеніемъ числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, наступала сначала кратковременное увеличеніе, а затѣмъ уменьшеніе выдѣляемой мочевой кислотой. Тоже наблюдалъ *Rosenberger* <sup>16)</sup>. *Heile* <sup>17)</sup> нашелъ у 2 хл бѣлокровныхъ рѣзкое увеличеніе выдѣляемой мочевой кислоты. *Lossen* и *Morawitz* въ 1 случаѣ нашли вмѣстѣ съ уменьшеніемъ числа бѣлыхъ тѣлецъ уменьшеніе выдѣленія мочевой кислоты, въ другомъ-же случаѣ, не смотря на паденіе числа первыхъ, количество мочевой кислоты повысилось и оставалось высокимъ при наступленіи лейкопеніи у больного.

Въ послѣднее время этимъ вопросомъ занялся *Rosenstern* <sup>18)</sup>. У больного съ бурчатковыми лимфомами на шеѣ онъ не получилъ положительнаго результата; у 4-хъ же бѣлокровныхъ подъ вліяніемъ освѣщенія х-лучами сначала наступило увеличеніе мочевой кислоты, а потомъ мало по малу, съ паденіемъ числа бѣлыхъ тѣлецъ и улучшеніемъ общаго состоянія, выдѣленіе мочевой кислоты понижалось и, если окончательно и устанавливалось нормальное число бѣлыхъ тѣлецъ, то замѣчалось уменьшеніе мочевой кислоты по сравненію съ величиной начальной.

Такимъ образомъ вопросъ о состояніи производства бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ подъ вліяніемъ рентгенизации можно считать болѣе или менѣе выясненнымъ. На основаніи указаній большинства авторовъ видно, что только въ началѣ рентгенизации бываетъ кратковременное увеличеніе мочевой кислоты, совпадающее съ лейкоцитозомъ; затѣмъ наступаетъ уменьшеніе мочевой кислоты, совпадающее съ лейкопеніей.

числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, падаетъ и количество мочевоы кислоты; слѣд., въ это время необходимо допустить уменьшенное новообразование бѣлыхъ тѣлецъ.

Совершенно другое объясненіе исчезанію бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ даетъ *Arneth*<sup>70)</sup>. На основаніи тщательныхъ наблюденій надъ морфологіей ихъ ядеръ онъ приходитъ къ заключенію, что при освѣщеніи бѣдокровныхъ дѣло идетъ не о разрушеніи бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, а объ уменьшенномъ ихъ потребленіи (*Minderungsverbrauch*).

Одновременно съ выясненіемъ способа исчезанія бѣлыхъ тѣлецъ изъ крови подверглись изслѣдованію и другія стороны наблюдавшихся клиническихъ явленій. Такъ, *Quadroni*<sup>71)</sup> интересовался причиной измѣненія общаго состоянія больныхъ, и на основаніи своихъ опытовъ полагаетъ, что при освѣщеніи измѣняется количество алексиновъ: въ началѣ освѣщенія количество послѣднихъ увеличивается, и состояніе больныхъ улучшается; при продолжительномъ же освѣщеніи алексинъ разрушается.

Въ послѣднее время *Benjamin* и *Reuss*<sup>72)</sup> на основаніи своихъ опытовъ указываютъ на образованіе въ организмѣ холина, но каково его значеніе въ данномъ случаѣ для организма, — еще не выяснено.

Въ противовѣсъ всѣмъ высказаннымъ здѣсь мнѣніямъ, нѣкоторые авторы (*Senn*, *Arneth*, *Jouret*<sup>73)</sup>) полагаютъ, что причина улучшенія бѣдокровія зависитъ отъ дѣйствія х-лучей на чужеродное бѣзвѣ.

Если сопоставить полученныя экспериментальныя данныя, то оказывается, что въ настоящее время многими опытами (*Heineke*, *Aubertin*'а и *Beaujard*'а, *Linser*'а и *Helber*'а и др.) твердо установленъ тотъ фактъ, что х-лучи разрушаютъ бѣлыя тѣльца въ обрабатываемой крови и въ кроветворныхъ органахъ; несомнѣнно также, что при этомъ происходятъ измѣненія въ кроветворныхъ органахъ, стоящія въ связи главнымъ образомъ съ ограниченіемъ производства бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ; измѣненія эти — нестойкія: по прекращеніи дѣйствія х-лучей ткани быстро возрождаются, и только въ нѣкоторыхъ случаяхъ наступаетъ гипоплазія лимфатической ткани.

Что касается образованія въ крови различныхъ веществъ (лейкотоксина, холина и др.) и увеличенія алексина, то о значеніи этихъ перемѣнъ для организма едва-ли можно высказать окончательное на основаніи отчасти противорѣчивыхъ, а отчасти недостаточныхъ наблюденій.

Приведенныя данныя вполне объясняютъ все разнообразіе случаевъ, которые мы привели въ этой работѣ. Несомнѣнно, что дѣйствіе х-лучей сложно; освѣщенію подвергались больные въ различныхъ стадіяхъ бѣзвѣ и съ разными личными особенностями; поэтому-то и результаты получились неодинаковые. При всемъ томъ фактъ разрушенія бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, измѣненія кроветворныхъ органовъ и появленія въ крови новыхъ веществъ встрѣчалъ подтвержденіе со стороны многихъ изслѣдователей. Едва-ли, однако, допустимо всѣ наблюдавшіяся у здоровыхъ животныхъ измѣненія полностью перенести на больныхъ людей. Такъ, у бѣдокровныхъ подъ вліяніемъ лѣченія уменьшается число большихъ нейтрофильныхъ элементовъ, у здоровыхъ-же животныхъ главнымъ образомъ понижается число лимфоцитовъ. Въ случаѣ *Arneth*'а измѣненіе бѣдокровной крови состояло въ замѣнѣ колоссальнаго анизогиперцитоза анизономоцитозомъ, т. е. въ стремленіи крови къ нормальнымъ отношеніямъ отдѣльныхъ ядерныхъ формъ. У перваго изъ нашихъ больныхъ въ началѣ бѣзвѣ наблюдался анизогиперцитозъ (см. табл. 1); къ концу же лѣченія онъ замѣнился изонормоцитозомъ. Опыты-же на животныхъ *Linser*'а и *Helber*'а, *Heineke* и *Quadroni* указали на развитіе анизогипоцитоза, т. е. на удаленіе состава крови отъ нормы. *Aubertin* и *Beaujard*<sup>74)</sup> видѣли у животныхъ развитіе міелоцитоза, тогда какъ у людей происходитъ обратное явленіе. У людей число красныхъ кровяныхъ шариковъ большею частью нарастаетъ, исчезаютъ нормобласты, пойкилоциты и полихроматофильные элементы; у животныхъ-же *Aubertin* и *Beaujard*<sup>75)</sup> наблюдали какъ разъ обратныя явленія: уменьшеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ доходило до 68%, а количество гемоглобина до 45%; появлялся пойкилоцитозъ и полихроматофилия. Однако, другіе авторы [*Heineke*, *Baermann* и *Linser*<sup>76)</sup>, *Milchner* и *Mosse*] не находили измѣненій въ красныхъ кровяныхъ шарикахъ.

Примѣненіе х-лучей съ лѣчебной цѣлью наталкивается на значительныя затрудненія въ виду отсутствія объективныхъ данныхъ для сужденія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ

чаѣ о степени дѣйствія х-лучей. И это тѣмъ болѣе, что различные авторы примѣняли различную технику. Одни пользовались трубками средней мягкости, другіе употребляли твердыя, наконецъ, третьи — очень твердыя трубки [*Cohn*<sup>77)</sup>, *Ahrens*]. *Schleip* и *Hildebrandt* сначала освѣщали трубкой *Gundelach*'а, а потомъ *Müller*'а; *Wendel*, *Lossen* и *Morawitz* примѣняли трубки *Voltohm*'а, дов. твердыя и дававшія хорошія тѣни; *Schieffer* работалъ съ трубками *Müller*'а, *Gundelach*'а и *Erhard*'а. *Winkler*<sup>78)</sup> употреблялъ приборъ отъ фирмы *Polyphos*; индукторъ давалъ искру въ 70 см.; регенераторная  $\Sigma$ -трубка общества *Polyphos* съ желѣзнымъ антикатодомъ (средней мягкости и твердыя). Мы примѣняли трубки *Siemens*'а и *Halske*.

Продолжительность освѣщенія длилась отъ 2½ до 40 мин.; больше всего встрѣчаются указанія на 5—10-минутную продолжительность. Въ общей сложности оказывалось достаточнымъ освѣщеніе въ теченіи 5—600 мин. Самое большое число минутъ пришлось употребить *Krause*<sup>79)</sup>: 3650 мин. въ случаѣ болѣе въ костяхъ и 2780—2355 мин. въ 2-хъ случаяхъ опуханія желѣзъ.

Число сеансовъ насчитываютъ отъ 5 до 60 въ теченіи отъ 27 дней до 5 мѣс. Сеансы назначались ежедневно (*Cohn*), черезъ 1—2 дня, 2 раза въ недѣлю.

Освѣщенію подвергались или только селезенка (*Frank*, *Aug. Hoffmann*, *Wendel*), или и другіе органы (печень, длинныя трубчатые кости, лимфатическія желѣзы, грудины, позвонки); особое значеніе придавали рентгенизаціи длинныхъ трубчатыхъ костей и лимфатическихъ желѣзъ. *Arneth* полагаетъ, что при міелогенной формѣ бѣдокровія не имѣетъ значенія, какой органъ подвергается освѣщенію.

Источникъ х-лучей помѣщался на неодинаковомъ разстояніи отъ кожи. Одни авторы довольствовались 10, другіе-же брали 20, 25 и 35 см.

Величина индукторовъ и, повидимому, источникъ электричества, тоже были разные; самый меньшій индукторъ давалъ максимальную искру въ 25, самый большой — въ 70 см.

Большинство изслѣдователей пользовались ртутнымъ прерывателемъ, дававшимъ рѣдкіе обороты отъ 1200 до 2000 въ 1 мин. *Guilloz* и *Spillmann*, *Schieffer* работали съ прерывателемъ *Wehnelt*'а, *Winkler* — съ прерывателемъ *Simon*'а.

Сила тока, употреблявшаяся для индуктора, равнялась 4—5 амперъ при 80—90 вольтахъ, 9—10 амперъ при 110—120 вольтахъ и 7—8 амперъ при 220 вольтахъ. Самая большая сила тока была примѣнена въ нашихъ случаяхъ; она доходила отъ 11 до 23 амперъ при 190—140 вольтахъ.

Для опредѣленія напряженности х-лучей нѣкоторые авторы пользовались приборами; такъ *Winkler* и *Hers* опредѣляли количество х-лучей хроморадиометромъ *Halske* ( $4-5\text{ Н}$ ); *Guilloz* и *Spillmann* — радиохромометромъ *Benoist*'а; скалу *Walter*'а примѣняли *Schleip* и *Hildebrandt* и мы.

Чтобы защитить кожу отъ вредныхъ лучей, *Winkler*, *Wendel*, *Schieffer*, *Schleip* и *Hildebrandt* и *Голубиникъ* накладывали на неосвѣщенныя мѣста свинцовыя пластинки; толщина пластинокъ, примѣнявшихся *Winkler* омъ равнялась 0,5 мм.; *Ironsi de Bruce*<sup>80)</sup> предлагаетъ закрывать освѣщаемую область полотняной скатертью, такъ какъ послѣдняя предохраняетъ кожу отъ развитія дерматита. Наконецъ, нѣкоторые авторы [*Зыковъ*<sup>81)</sup>] имѣли въ употребленіи т. наз. *Glas-Blende*, колпачки съ отверстиемъ, надѣваемые на *Röntgen*'овскія трубки и отлитые изъ стекла, смѣшаннаго со свинцомъ. Мы помѣщали трубку въ ящикъ, обитый снаружи свинцовыми листами.

Среди всѣхъ приведенныхъ свѣдѣній не имѣется указаній на діаметръ трубки. Намъ достигнуть успѣхъ трубкой діаметромъ въ 180 мм.

На основаніи изложенныхъ техническихъ свѣдѣній нельзя составить себѣ точное сужденіе, какимъ способомъ скорѣе всего и съ меньшей опасностью для больного можно достигнуть успѣха? Понятно, что это доставляетъ много затрудненій при лѣченіи, а потому, чтобы нѣсколько разобратъ въ этомъ вопросѣ, позволимъ себѣ привести нѣкоторые экспериментальныя данныя.



Действие Röntgen'овской трубки пропорционально 1) степени разрежения воздуха и 2) напряжению и силе проходящего тока.

Если пропустить через трубку постоянный ток и последнюю не снабдить регенератором, то скоро можно убедиться, что под влиянием проходящего тока степень вакуума этой трубки, а следовательно и активность лучей, уменьшается. Уже Röntgen различал мягкие трубки, дающие меньшую степень вакуума, и твердые — сильно разреженные трубки. В настоящее время Albers-Schönberg дает разделение трубок по степени вакуума на следующие виды: очень мягкая (шкала Walter'a 4—5), мягкая (W<sup>6</sup>), средней мягкости (W<sup>7</sup>) и твердая (W<sup>8</sup>).

Мягкие трубки дают х-лучи с волнами большой длины и малопроходящими, но очень деятельными. Твердые трубки испускают х-лучи с короткими волнами, сильно проникающими, но мало деятельными. Первые трубки при одинаковой экспозиции и расстоянии производят только поверхностные повреждения, захватывающие только кожу; тогда как, напротив, очень твердые трубки не производят радиодермита. В первом случае лучи проходят только через кожу, во втором они проникают в ткани, не повреждая их. Bouchard <sup>78</sup>) говорит, что самый большой вред лучей отражается не на тканях, через которые они проходят, а на тканях, в которых они останавливаются.

Bouchard и Barthélemy <sup>79</sup>) для подтверждения этого мнения сделали несколько опытов. Они выбрали 12 больных со старыми маточными и внематочными кровотечениями и с целью вызвать у них ревусивное лечение воспользовались действием х-лучей. Больных они разделили на 4 серии по 3 чел. в каждой. Каждая серия подвергалась действию х-лучей в один и тот же день в течение 15 мин. на расстоянии 15 см. от трубки (без регенератора). Сеансы делались через 2 дня. В 1-ый день трубка была мягкая и соответствовала длине искры в 2 см.; в конце 4-го дня она сделалась очень твердой и соответствовала длине искры в 25 см.; для последней больной пришлось подогреть трубку, чтобы окончить сеанс.

1-ая больная не представляла никаких признаков поражения, у 2-ой и 3-ей была легкая краснота, у 4-ой и 5-ой — фликтены, пузырьки и полное выпадение волос, у 4-х следующих — глубокий острый радиодерматит, более тяжелый, чем хотели авторы; у 11-ой, выпали только все волосы, а у 12-ой не было никаких поражений.

Продолжительность сеанса также играет роль. Bouchard говорит, что, если источник х-лучей и расстояние от кожи постоянно, то сила поражения пропорциональна времени экспозиции. 5—6-минутное освещение хорошей трубкой производит только небольшое покраснение, пигментацию или зуд; если увеличить то же самое время в 4—5 раз, то получится тяжелый радиодерматит. Кроме того, Bouchard указывает, что действие отдельных коротких сеансов освещения, производимых через известные промежутки времени, не суммируется; 5 ежедневных сеансов по 5 мин. не производят никакого поражения; 1-же сеанс в 25 мин. может иметь тяжелые последствия.

Приближение или удаление Röntgen'овской трубки от поверхности тела оказывает большое влияние: х-лучи быстро поглощаются воздухом; их сила, кажется, подчиняется закону обратной пропорциональности квадрата расстояний. Следовательно, опасность возрастает в геометрической пропорции по мере приближения к источнику х-лучей.

Приведенными данными легко объяснить кожные изменения, замеченные во 2-ом из описанных нами случаев. У 2-го больного, который явился в клинику в течение 1 1/2 мес. по окончании лечения, мы наблюдали в коже 3-х освещавшихся областей различные изменения; так, в области селезенки образовался радиодерматит; в области правых подчелюстных желез изменений не наступило, в области же левых — выпали все волосы. Объяснение этой разницы следует искать, во 1-х, в том, что х-лучи получались в различные периоды работы Röntgen'овской трубки и, во 2-х, они действовали различное время и с различными промежутками. В самом деле, селезеночная область освещалась в течение 644, правая подчелюстная железа — 98 и левая подчелюстная — 100 мин. Селезенка освещалась непрерывно в течение всего курса лечения, под конец даже 2—3 раза в день; подчелюстные же области освещались с перерывами и раз в день, при чем освещение правой подчелюстной области произведено под самый конец лечения, когда вакуум трубки достиг наибольшей величины, освещение же левой было сделано несколько раньше, когда трубка была мягче. Этим обстоятельством и объясняется различие в степени поражения областей.

не было никаких явлений повреждения кожи, — в это время действовали сильно проникающие (W 7) и мало деятельные х-лучи, тогда как в левой выпали все волосы, — в это время действовали менее проникающие (— 6), но более деятельные лучи.

На основании изложенных клинических и литературных данных мы считаем себя вправе сделать следующие главные выводы.

1. Х-лучи оказывают глубокое и сложное действие на организм.

2. Х-лучи очень мягких трубок (W 5) действуют возбуждающим образом на кроветворные органы и способствуют приросту форменных элементов крови.

3. Х-лучи мягких и средней мягкости трубок (W 6—7) разрушают бѣлые кровяные тѣльца и ограничивают производство их.

4. Х-лучи мягких и средней мягкости трубок могут обнаруживать благоприятное влияние как на объективные, так и на субъективные признаки лейкопролия.

5. Последовательное действие х-лучей может повести к недостаточной деятельности кроветворных органов и к ухудшению состояния больных.

6. Свѣжия формы лейкопролия скорее и легче поддаются действию х-лучей, чем формы затяжные.

Литература. 1. Ledingham and Mc Kerron. The x-ray treatment of leukaemia. «The Lancet», 1905 г., 14 января.—2. Wendel. Zur Röntgenbehandlung der Leukämie. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 г., № 4.—3. De la Camp. Critiques Reférents über die bisherigen Erfahrungen der Behandlung der Leukämie und Pseudoleukämie mit Röntgenstrahlen. «Therapie der Gegenwart», 1905 г., стр. 3.—4. Hirschfeld. Ueber die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. «Berliner klin. Wochenschrift», 1905 г., № 4, Liter. Auszüge.—5. Winkelmann. Behandlung der Leukämie und Pseudoleukämie mit Röntgenstrahlen. «Therapeutische Monatshefte», 1905 г., стр. 5.—6. Müller u. Respinger. Ueber die Einwirkung der Röntgenstrahlen bei Leukämie. «Korrespondenzblatt f. Schweizer Aerzte», 1905 г., 19. Peф. «Therap. Monatshefte», 1906 г., стр. 4.—7. Lépine. De l'action des rayons de Röntgen sur les organes profonds. «La Semaine médicale», 1905 г., № 33.—8. Schirmer. Die bisherigen Ergebnisse der Röntgenbehandlung bei Leukämie und Pseudoleukämie. «Centralblatt f. d. Grenzgebiete der Medizin u. Chirurgie», 1905 г., № 1.—9. E. Beaujard. La radiothérapie dans les leucémies. Парижская диссертация, 1905 г. Peф. «Folia haematologica», 1905 г., № 10.—10. Усцов. О влиянии лучей Röntgen'a на лейкоэмическую и псевдолейкоэмическую поражения лимфатического аппарата. «Хирургия», 1906 г., январь.—11. Иватовский. Современное состояние некоторых вопросов рентгенологии. «Известия В. Медицинской Академии», 1906 г., 4 и 5. — 12. Ahrens. Ueber einen Fall von Heilung einer schweren lienalen Leukämie mit grossem Milztumor durch Röntgenstrahlen. «Münchener med. Wochenschrift», 1904 г., № 24.—13. Grawitz. Berlin. Mediz. Gesellsch. 1904 г., ноябрь. Там же, 1904 г., № 48.—14. Schülze. Zwei Fälle von Leukämie mit Röntgenstrahlen behandelt. «Medizinische Klinik», 1905 г., № 11. Peф. «Folia haematologica», 1905 г., № 4.—15. Penzoldt u. Andere. Umfrage über die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. «Medizinische Klinik», 1905 г., № 6, 7 и 8. Peф. «Folia haematologica», 1905 г., № 4.—16. Schleip u. Hildebrandt. Beitrag zur Behandlung der myeloiden Leukämie mit Röntgenstrahlen. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 г., № 9.—17. Th. Guilloz et L. Spillmann. Action des rayons x dans un cas de leucémie splénique. «Société de Biologie», 1904 г., № 18.—18. Schieffer. Weitere Beiträge zur Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 г., № 4.—19. Lenzmann. Ueber die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. «Medizinische Klinik», 1905 г., № 9. Peф. «Folia haematologica», 1905 г., № 4.—20. Melland. Leucocythaemia treated by the x-rays, with a record of four cases. «British Medical Journal», 1905 г., июль.—21. Голубинин. О лечении лейкопролия лучами Röntgen'a. «Медицинское Обозрение», 1906 г., № 11.—22. Schenck. Ueber die Behandlung der Leukämie durch Röntgenstrahlen. «Münchener med. Wochenschrift», 1904 г., № 48.—23. Stursberg. Zur Röntgenbehandlung der Leukämie. Там же, 1905 г., № 13.—24. Allard. Medicinischer Verein in Greifswald. 1905. «Deutsche med. Wochenschrift», 1905 г., № 45.—25. C. Quadrone. Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Röntgenstrahlen. «Centralblatt f. innere Medizin», 1905 г., № 21 и 24.—26. Holzknecht. Aus der Wiener medizinischen Gesellschaft. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 г., № 3.—27. Bramwell. Clinicae Studies, т. III, стр. 393. Peф. «The Lancet», 1905 г., 9 сентября.—28. Arneth. Zum Verständnis des Verhaltens der weissen und roten Blutzellen bei der Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 г., № 32—34.—29. Joachim u.

- strahlen. «Deutsche med. Wochenschrift», 1904 r., № 49.—30. *Sternberg*. Pathologie der Primärerkrankungen des lymphatischen und hämatopoetischen Apparates. Wiesbaden. 1905 r.—31. *Wassmuth*. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, 1905 r., *congress*. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 r., № 43.—32. *Rosenstern*. Untersuchungen über den Stoffwechsel bei Leukämie während der Röntgenstrahlung. «Münchener med. Wochenschrift», 1906 r., № 21 u. 22.—33. *H. Flesch*. Zur Frage der Röntgenbehandlung bei Leukämie. «Deutsche med. Wochenschrift», 1906 r., № 16.—34. *Lossen u. Morawitz*. Chemische und histologische Untersuchungen an bestrahlten Leukämikern. «Deutsches Archiv f. klin. Medizin», т. 83, тетр. 3 u. 4.—35. *Kövesi*. Ein Fall von myeloider Leukämie mit Röntgenlichtbehandlung. Vortr. geh. im Königl. ung. Ärzteverein zu Budapest. *Sachdaria* 28-ro февраля, 1905 r. Реф. «Folia haematologica», 1905 r., № 4.—36. *Quadroni*. Ueber das Auftreten einer exsudativen Pleuritis in zwei Fällen von lymphatischer Pseudoleukämie während der Behandlung mit Röntgenstrahlen. «Centralblatt f. klin. Medizin», 1905 r., № 31. Реф. «Folia haematologica», 1905 r., № 10.—37. *Franko*. Ueber den Einfluss der Röntgenstrahlen auf den Verlauf der Leukämie mit besonderer Berücksichtigung der Blutbefunde. «Wiener klinische Wochenschrift», 1905 r., № 33.—38. *P. Krause*. 22 Kongress f. innere Medizin in Wiesbaden. Там же, 1905 r., № 19.—39. *Redhe*. «Nordisk Tidsskrift for Terapi», 1904 r., № 2. Реф. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 r., стр. 283.—40. *Caken*. Ein Fall v. n. Leukämie mit Röntgenstrahlen behandelt. «Münchener med. Wochenschrift», 1904 r., № 48.—41. *Aug. Hoffmann*. Ueber therapeutische Anwendung der Röntgenstrahlen bei gemischtzelliger Leukämie. Там же, 1905 r., № 18.—42. *Grad*. «Journal of advanced therapeutics», 1904 r., январь. Реф. «Berliner klin. Wochenschrift», 1905 r., № 4. Литер. Auszüge, стр. 5.—43. *Aubertin et Beaujard*. Action comparée des rayons x sur le sang dans les leucémies myélogène et lymphatique. «Société de Biologie», 1905 r., № 4.—44. *Они-же*. Les rayons x et les variations leucocytaires des leucémies. «Archives générales de médecine», 1905 r., № 10.—45. *Mamerto Acuna*. Contribution à l'étude des modifications hématologiques produites dans les leucémies splénomédullaires sous l'influence de la radiothérapie. «Argentina medica», 1905 r., 6-ro мая. Реф. «Folia haematologica», 1905 r., № 10.—46. *Colombo*. La radioterapia nella leukemia splenomidollare. Сообщение на XIV Съездъ итальянскихъ терапевтовъ въ Римѣ въ октябрѣ 1904 r. Реф. «Zeitschrift f. diätetische u. physikalische Therapie», 1905 r., 1 июля.—47. *Guerra*. La cura dei rassi Röntgen nella leucemia. «Gazzetta degli Ospedali e d. Cliniche», 1904 r., № 94. Реф. «Folia haematologica», 1905 r., № 4.—48. *A. Elfer*. Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von Leukämie. «Orvosi Hetilap», 1905 r., № 14. Реф. «Folia haematologica», 1905 r., № 10.—49. *Gerber*. Röntgenbehandlung lymphatischer Leukämie. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 r., № 3, стр. 148.—50. *Hers*. Zur Röntgenbehandlung der Leukämie. «Wiener klin. Wochenschrift», 1905 r., № 8.—51. *Rieder*. Aerztlicher Verein. Münchener med. Wochenschrift, 1905 r., № 7, стр. 340.—52. *Meyer u. Eisenreich*. Die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. Там же, 1905 r., № 4.—53. *Hynek*. Die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. «Sbornik Kliniky», т. VI, стр. 63. Реф. «Folia haematologica», 1905 r., № 4.—54. *Grosh a. Stone*. Roentgen Ray. Treatment of Leukaemia; Report of case with apparent improvement; Death; Autopsie. «Journal American Medical Association», 1904 r., 2 июля, стр. 18. Реф. «Folia haematologica», 1904 r., № 12.—55. *Brown a. Jack*. Leukemia. The Ultimate Failure of the Roentgen rays as a therapeutic agent. «Journal of American Medical Association», 1905 r., 25 марта. Реф. «Deutsche med. Wochenschrift», 1905 r., стр. 644.—56. *Bozzolo*. Sull'azione dei raggi X sugli organi leucopoietici. «Giornale della R. Accad. di Medicina di Torino», т. LXXVII, № 7—8, 1904 r. Реф. «Folia haematologica», 1904 r., № 10.—57. *Heineke*. Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf innere Organe. «Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin und Chirurgie», 1904 r., т. 14, тетр. 1 u. 2.—58. *Aubertin et Beaujard*. Action des rayons X sur le sang et les organes hématopoétiques. «Société de Biologie», 1905 r., № 5.—59. *Emile-Weil et Beaujard*. Leukolyse et réaction macrophagique dans un lymphome leucémique du chien traité par les rayons X. Там же, 1905 r., № 25.—60. *Milchner u. Mosse*. Zur Frage der Behandlung der Blutkrankheiten mit Röntgenstrahlen. «Berliner klin. Wochenschrift», 1904 r., № 49.—61. *Heineke*. Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Knochenmark nebst einigen Bemerkungen über die Röntgenstrahlung der Leukämie und Pseudoleukämie. «Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie», 1905 r., т. 78, тетр. 1—3.—62. *Linser u. Heiber*. Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Blut und Bemerkungen über die Einwirkung von Radium und ultraviolettem Lichte. «Deutsches Archiv für klinische Medizin», т. 83, тетр. 5—6.—63. *Debove*. La leucémie myélogène et son traitement. «Gazette des hôpitaux», 1905 r., № 100, стр. 1191.—64. *Cramer*. Ueber die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. «Fortschritte a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen», 1905 r., тетр. 2.—65. *Königer*. Aerztlicher Bezirksverein zu Erlangen. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 r., № 47.—66. *Rosenberger*. Ueber Aenderungen der Urinzusammensetzung bei Leukämikern während und nach Bestrahlung mit Röntgenstrahlen. «Centralblatt f. inn. Medizin», 1905 r., № 40.—67. *Heile*. Ueber intravitale Beeinflussung autolytischer Vorgänge im Körper. «Zeitschrift f. klin. Medizin», 1904 r., № 15, стр. 508.—68. *P. Krause*. Zur Röntgenbehandlung der Leukämie und Pseudoleukämie. «Fortschritte a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen», 1905 r., апрѣль.—69. *Baermann u. Linser*. Ueber die lokale und allgemeine Wirkung der Röntgenstrahlen. «Münchener med. Wochenschrift», 1904 r., № 23.—70. *Arnell*. Zum Verständniss der Wirkung der weissen und rothen Röntgenstrahlen bei der Leukämie. «Berlin. klin. Wochenschrift», 1905 r., № 38.—71. *Benjamin, Reuss, Sluka u. Gottwald Schwarz*. Beiträge zur Frage der Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Blut. «Wiener klin. Wochenschrift», 1906 r., № 26.—72. *Curschmann u. Gaupp*. Ueber den Nachweis des Röntgen-Leukotoxin im Blute bei lymphatischer Leukämie. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 r., № 50.—73. *Klieneberger u. Zoepfritz*. Beiträge zur Frage der Bildung spezifischer Leukotoxine im Blutserum als Folge der Röntgenbehandlung der Leukämie, der Pseudoleukämie und Lymphosarkoms. Там же, 1906 r., № 18 u. 19.—74. *Journet*. Société médicale des hôpitaux. 1905 r. Там же, 1905 r., стр. 1420.—75. *Bouchard*. Traité de radiologie médicale. 1904 r.—76. *Ironsides Bruce*. Two cases of Leukaemia treated by the Roentgen rays. «The Lancet», 1906 r., 27 января.—77. *Max Cohn*. Erfahrungen auf dem Gebiete der Therapie mit Röntgenstrahlen. «Berliner klin. Wochenschrift», 1905 r., № 38.—78. *Winkler*. Zur Technik der Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 r., № 4.—79. *Hans Hirschfeld*. Röntgentherapie bei Leukämie. «Berliner klin. therap. Wochenschrift», 1904 r., № 48. Реф. «Folia haematologica», 1905 r., № 4.—80. *Aubertin et Beaujard*. Modifications immédiates du sang leucémique sous l'influence de la radiothérapie. «Société de Biologie», 1904 r., № 21.—81. *Они-же*. Action des rayons x sur le sang leucémique. «La Presse médicale», 1904 r., № 67.

# CLXV. Изъ мужской Обуховской городской больницы въ Петербургъ.

## Къ патологiи и патогенезу отраженной анурии \*).

В. Н. Хольцова.

Наиболѣе тяжелымъ и грознымъ припадкомъ почечныхъ камней является прекращеніе секреторной дѣятельности почекъ—анурия.

Анурия можетъ быть вызвана слѣдующими условіями: 1) закупоркой обонхъ мочеточниковъ камнями; 2) закупоркой одного мочеточника при отсутствіи другой почки; 3) при существованіи 2-хъ почекъ, изъ которыхъ въ одной вслѣдствіе предшествовавшего разрушительнаго процесса секреторная дѣятельность совершенно исчезла, закупоркой мочеточника единственной работающей почки; наконецъ, 4) закупоркой мочеточника одной почки при воплѣ здоровомъ состояніи или, во всякомъ случаѣ, при существовавшей до того секреторной дѣятельности другой почки.

Первыя 3 причины анурии воплѣ понятны и не вызываютъ никакихъ сомнѣній. Возможность же появленія анурии вслѣдствіе закупорки только одного мочеточника при работоспособности другой почки въ которыхъ авторами (*Leguru, Kraft, Vailhin, Albertin* и др.) совершенно отрицается. Они признаютъ только чисто механическую причину ея—заложеніе камнями обонхъ мочеточниковъ или закупорку мочеточника единственной въ анатомическомъ или физиологическомъ отношеніи почки.

Однако, въ настоящее время накопилось уже достаточно данныхъ, несомнѣнно доказывающихъ возможность появленія анурии при прекращеніи проходимости только одного мочеточника и физиологическомъ существованіи другой почки; при этомъ, конечно, не имѣетъ значенія причина прекращенія проходимости мочеточника, т. е. вызывается ли оно перегибомъ мочеточника, сдавливаніемъ его новообразованіями (матки, яичниковъ, предстательной железы, мочевого пузыря) или заложеніемъ просвѣта мочеточника камнемъ и т. п. Въ доказательство возможности появленія анурии при этихъ условіяхъ *Israel* представилъ нѣсколько весьма интересныхъ клиническихъ наблюдений.

Въ 1 случаѣ т. наз. калькулезной анурии онъ послѣ произведенной лѣвосторонней нефротоміи удалил изъ почечной лоханки камень, помѣшавшійся одной своей частью въ мочеточникъ. Введя зондъ въ мочеточникъ со стороны почечной лоханки, онъ въ разстояніи 10 см. отъ начальной части мочеточника наткнулся еще на одинъ камень, который ему удалось протолкнуть обратно въ почечную лоханку, откуда камень и былъ легко удаленъ. Послѣ операціи выдѣлялся въ большомъ количествѣ моча

\*) Сообщено въ русскомъ хирургическомъ Обществѣ Пирогова 4-го 1906 г.

какъ изъ раны, такъ и изъ пузыря, при чемъ моча изъ послѣд-  
наго по уд. вѣсу, цвѣту и содержанію бѣлка отличалась отъ  
мочи, выдѣлявшейся черезъ рану. Черезъ 9 дней послѣ операціи  
больной умеръ. На вскрытіи въ почечныхъ чашечкахъ правой,  
гиперспириванной, почки найдены 4 маленькихъ камушка; по-  
чечная лоханка и мочеточникъ были совершенно свободны; въ  
почкѣ имѣлись явленія междупочечнаго процесса.

Во 2-мъ случаѣ *Israel* послѣ 6-дневной анурии черезъ разрѣзъ  
лоханки лѣвой почки удалили камень, закладываяшій начальную  
часть мочеточника. Немедленно послѣ операціи начала выдѣ-  
ляться моча какъ изъ раны, такъ и изъ мочевого пузыря. Боль-  
ная выздоровѣла. При цистоскопическомъ изслѣдованіи, произве-  
денномъ *Niess*, было ясно видно, какъ изъ отверстія праваго  
мочеточника выдѣлялась совершенно чистая моча.

Примѣромъ прекращенія или ослабленія секреторной  
дѣятельности одной почки при уничтоженіи проходимости  
мочеточника другой можетъ служить еще слѣдующее на-  
блюденіе *Israel*'я.

У молодого человѣка съ правостороннимъ перемежающимся  
гидронефрозомъ каждый разъ послѣ закрытія просвѣта праваго  
мочеточника и образованія опухоли количество выдѣлявшейся  
мочи дѣлалось незначительнымъ. Послѣ же освобожденія про-  
токомъ изъ мѣшка нѣкотораго количества кровянистой жидкости  
олигурия исчезала, и появлялась полиурия, при чемъ выдѣляв-  
шаяся черезъ пузырь моча, въ отличіе отъ кровянистой жид-  
кости мѣшка, представлялась совершенно прозрачной. Только  
черезъ 1—2 дня выдѣлявшаяся черезъ пузырь моча оказывалась  
окрашенной кровью — доказательство, что мочеточникъ больной  
стороны сдѣлался проходнымъ. Произведенное во время одного  
изъ приступовъ вышесказаннаго гидронефротической почки вызвало  
тотъ же эффектъ. Вмѣсто обычно наблюдающагося послѣ уда-  
ленія почки уменьшенія количества выдѣляющейся мочи, въ  
этомъ случаѣ послѣ операціи количество мочи составляло 1240  
к. стм., вмѣсто 500 к. стм. суточной мочи до операціи.

Возможность появленія анурии послѣ прекращенія про-  
ходимости одного мочеточника при проходимости другого,  
принадлежащаго работавшей до того почкѣ, доказываютъ  
еще наблюденія *Bourgeois*, *Rovsing*, *Krepca*, *Bommarito*,  
*Alharran*'а и др.

Наблюдавшійся мною случай, мнѣ кажется, представ-  
ляется въ этомъ отношеніи чрезвычайно убѣдительнымъ;  
потому я и считаю небезполезнымъ сообщить о немъ.

Больной, 39 л., чернорабочій, поступилъ въ больницу 28/iv  
1906 г. съ жалобами на то, что онъ уже 6 дней не мочился.  
Изъ анамнеза не выясняется, чтобы у больного когда-либо  
были почечныя колики, или чтобы съ мочей у него выдѣлялись  
камешки или песокъ.

Хорошаго сложенія и питанія. Общее состояніе вполне удов-  
летворительно. Жалуется на небольшую болѣзненность въ лѣвой  
почечной области. При изслѣдованіи мочеполюсовыхъ органовъ,  
кромя незначительной болѣзненности съ лѣвой стороны, ничего  
ненормальнаго не найдено. Черезъ введенный въ пузырь катетеръ  
не выдѣлилось ни капли мочи.

Общее состояніе больного было настолько удовлетворительно,  
что явился мысль, не съ притворствомъ-ли въ данномъ случаѣ  
приходится имѣть дѣло? Поэтому къ больному былъ приставленъ  
на 24 часа для наблюденія специальный служитель. Благодаря  
этому, выяснилось, что у больного — несомнѣнная анурия.

На 3-й день по поступленіи больного въ больницу я подвергъ  
его цистоскопическому изслѣдованію. Въ мочевомъ пузырь ниче-  
го ненормальнаго не обнаружено; отверстія мочеточниковъ  
видны ясно. Такъ какъ больной жаловался на боли въ области  
лѣвой почки, то я ввелъ катетеръ въ лѣвый мочеточникъ. Кате-  
теръ прошелъ совершенно свободно до почечной лоханки. Въ  
виду нѣкоторой раздражительности пузыря и вполне хорошаго  
общаго состоянія, я въ этотъ разъ катетеръ въ правый моче-  
точникъ не вводилъ.

Введенный въ лѣвый мочеточникъ катетеръ пролежалъ 8 часъ;  
за это время выдѣлилось черезъ него нѣсколько капель мутно-  
ватой жидкости, кислой реакціи, содержавшей при микроскопи-  
ческомъ изслѣдованіи распадъ.

На 4-й день я вновь цистоскопировалъ больного и ввелъ ему  
катетеръ въ правый мочеточникъ. Въ разстояніи 2—3 стм. отъ  
устія мочеточника катетеръ натолкнулся на непреодолимое пре-  
пятствіе. Проталкивая впередъ катетеръ, я ясно выдѣлъ черезъ  
цистоскопъ, какъ изъ отверстія мочеточника высыпались въ  
пузырь мочевого песокъ и осколки. Черезъ периферическое  
отверстіе мочеточниковаго катетера былъ выпрыснутъ съ силой  
глицеринъ; послѣдній черезъ отверстіе мочеточника выливался  
въ пузырь, и протолкнуть дальше катетеръ мнѣ не удалось.

Хотя общее состояніе больного и было вполне удовлетвори-  
тельно, тѣмъ не менѣе я считалъ рискованнымъ долго выжидать  
и рѣшилъ, выждавъ еще 24 часа, произвести операцію, ко-  
торая должна была заключаться во вскрытіи правой почки, въ  
обнаженіи всего мочеточника, отысканіи мѣста, гдѣ ущемился  
камень, и въ вскрытіи мочеточника въ этомъ мѣстѣ.

Однако, когда на другой день я явился въ больницу, то мнѣ  
сообщили, что больной черезъ 1/2-часа послѣ катетеризаціи пра-  
ваго мочеточника началъ мочиться и за сутки выдѣлил 5750 к. стм.  
мочи. Въ слѣдующіе сутки онъ выдѣлялъ 9500, 5700, 5350, 5000,  
5000, 4000, 3250, 2000, 1750 и 2000 к. стм. Въ послѣдніе дни  
дѣлать выдѣленія

исчезновенія анурии, количество мочи колебалось между 1750 и  
2000 к. стм. Моча была низкаго уд. вѣса, совершенно прозрач-  
ная и въ первые дни содержала слѣды бѣлка, а потомъ бѣлокъ  
исчезъ.

На 3-й день послѣ возобновленія дѣятельности почекъ я  
снова цистоскопировалъ больного. При этомъ обнаружена была  
рѣзкая гиперемія всей слизистой оболочки пузыря; мѣстами на  
ней видны были небольшія крововизанія; отверстія же моче-  
точниковъ не были видны. Еще черезъ 5 дней я вновь цисто-  
скопировалъ больного: гиперемія слизистой оболочки пузыря  
нѣсколько уменьшилась, отверстіе лѣваго видно было не ясно,  
удалось уловить однократное слабое сокращеніе лѣваго моче-  
точника. Очевидно, что вслѣдствіе гипереміи и полиурии со-  
кратительная способность мочеточниковъ на время была сильно  
ослаблена или уничтожена, и моча чисто-механически просачи-  
валась черезъ мочеточники въ пузырь.

Выждавъ еще нѣсколько дней въ расчетѣ на еще большее  
уменьшеніе гипереміи мочевыхъ путей, я черезъ 19 дней послѣ  
прекращенія анурии вновь цистоскопировалъ больного. Гиперемія  
слизистой оболочки пузыря теперь была еще меньше, но все  
еще значительная. Отверстія праваго мочеточника не было  
видно, отверстіе лѣваго — видно неясно. Мочеточники не сокра-  
щались. Въ виду того, что отверстіе праваго мочеточника не  
было видно, мнѣ пришлось отказаться отъ намѣренія одно-  
временно ввести катетеры въ оба мочеточника, и я ввелъ ка-  
тетеръ только въ лѣвый мочеточникъ, а рядомъ съ нимъ ввелъ  
катетеръ въ пузырь, черезъ который и должна была выдѣляться  
моча изъ правой почки. Катетеры пролежали 3/4 часа. Резуль-  
таты изслѣдованія мочи, выдѣлявшейся за это время черезъ  
катетеры, слѣдующіе:

	Правая почка.	Лѣвая почка.
Количество мочи. . . . .	165 к. с.	155 к. с.
Реакція. . . . .	кислая	кислая
Уд. в. . . . .	1006	1005
Бѣлокъ . . . . .	Нѣтъ	Нѣтъ
△ (точка замерзанія). . .	—0,5	—0,42
Осадокъ. . . . .	Нѣтъ	Нѣтъ *).

Черезъ 2 дня послѣ послѣдняго изслѣдованія, больной, давно  
уже стремившійся выйти изъ больницы, былъ выписанъ.

Такимъ образомъ въ моемъ случаѣ закупорка только  
праваго мочеточника при полной проходимости лѣваго  
и работоспособности лѣвой почки дала въ результатѣ пре-  
кращеніе дѣятельности обѣихъ почекъ. Въ виду невозмож-  
ности провести катетеръ въ правый мочеточникъ, вопросъ о  
томъ, возстановилась-ли проходимость праваго мочеточни-  
ка, остается невыясненнымъ съ положительностью \*\*).  
Выдѣлявшаяся изъ катетра, введеннаго въ пузырь, моча  
могла поступать въ пузырь изъ лѣвой почки, мимо моче-  
точниковаго катетра. Однако, трудно допустить, чтобы 320  
к. стм. мочи (165 + 155), выдѣлявшейся въ теченіи 3/4-часа  
изъ пузыряго и мочеточниковаго катетра, всецѣло выдѣ-  
лились изъ лѣвой почки. Вѣрнѣе будетъ предположить,  
что черезъ пузырный катетеръ выдѣлилась моча изъ пра-  
вой почки съ нѣкоторой примѣсью мочи изъ лѣвой почки.  
Какъ-бы это ни толковать, важнѣе для насъ тотъ фактъ,  
что лѣвый мочеточникъ былъ и во время и послѣ анурии  
проходимъ и лѣвая почка оказалась работоспособной.

Какъ объяснить появленіе анурии при закупоркѣ толь-  
ко одного мочеточника и существованіи вполне работо-  
способной почки другой стороны? Извѣстно, что секре-  
торная дѣятельность почекъ находится въ зависимости  
отъ расширенія или суженія почечныхъ сосудовъ, что, въ  
свою очередь, происходитъ подъ вліяніемъ нервной систе-  
мы. По мнѣнію *Israel*'я, прекращеніе секреторной дѣ-  
ятельности почки, мочеточникъ которой проходимъ, происхо-  
дитъ вслѣдствіе анэмій почки, вызываемой отраженнымъ  
путемъ раздраженіемъ чувствительныхъ нервовъ почечныхъ  
воротъ другой почки. Это раздраженіе вызывается либо  
ущемившимся камнемъ, либо повышеніемъ внутривосече-  
наго давленія въ почкѣ при уничтоженіи проходимости  
его мочеточника. Въ доказательство своего мнѣнія *Israel*  
приводитъ слѣдующее свое наблюденіе.

У одной больной, которой послѣ удаленія правой почки онъ  
велъ въ рану дренажную трубку, нѣсколько дней послѣ опера-  
ціи наблюдалась олигурия; вмѣстѣ съ тѣмъ больная жаловалась  
на боли въ области удаленной почки. На 7-ой день послѣ опера-  
ціи дренажная трубка была удалена: боли немедленно исче-  
зли, и, вмѣсто олигурии, появилась полиурия. *Israel* объясняетъ  
боли и олигурию раздраженіемъ чувствительныхъ нервовъ куль-  
ти, вызываемомъ дренажемъ.

\*). Хотя и былъ выпрыснутъ флоридинъ, но отъ опредѣленія  
количества сахара пришлось отказаться въ виду оказавшейся  
неисправности поляризационнаго прибора.

Отраженная анурия можетъ вызываться не только раздраженіемъ чувствительныхъ нервовъ почечныхъ воротъ камнемъ или повышеніемъ внутрипочечнаго давленія, но и другими раздраженіями этихъ нервовъ. И дѣйствительно, въ рѣдкихъ случаяхъ (случай *Nerveu*) поврежденіе одной почки можетъ вызвать отраженнымъ путемъ прекращеніе секреторной дѣятельности другой здоровой почки.

Экспериментальныя изслѣдованія также доказываютъ возможность отраженной анурии при раздраженіи нервовъ почечныхъ воротъ. *Claude Bernard* при раздраженіи этихъ нервовъ всегда получалъ анемію почекъ и анурию. Въ опытахъ *Götte* повышеніе внутрипочечнаго давленія на одной сторонѣ, вызванное замыканіемъ мочеточника или вливаніемъ въ него жидкости, приводило къ олигурии или даже къ анурии.

Если прекращеніе секреторной дѣятельности почки можетъ происходить отраженнымъ путемъ съ другой почки, то этотъ рефлексъ долженъ получаться и при раздраженіи другихъ чувствительныхъ нервовъ, равно какъ при раздраженіи сосудодвигательнаго центра въ продолговатомъ мозгу. И дѣйствительно, при опытахъ на животныхъ анурия получалась при раздраженіи центрального конца перерѣзаннаго сѣдалищнаго нерва или при непосредственнымъ раздраженіи сильнымъ электрическимъ токомъ сосудодвигательнаго центра.

Въ полномъ согласіи съ этими экспериментальными данными находятся и клиническія наблюденія. *Bride* и *Israël* наблюдали анурию при страданіяхъ половыхъ органовъ женщины. *Albarran* и *Guyon* въ 2-хъ случаяхъ наблюдали анурию послѣ камнедробленія: въ одномъ изъ этихъ случаевъ послѣдовала смерть. *Guyon* дважды наблюдалъ анурию продолжительностью въ 9 и 10 дней у одного и того-же больного послѣ промыванія пузыря растворомъ ляписа въ 1-ый разъ и послѣ инстилляціи раствора ляписа во 2-ой разъ. *Laroch* наблюдалъ окончившійся смертью случай 3-дневной анурии послѣ вскрытія бугорчатковаго нарыва на ягодицѣ. Нервнымъ-же вліаніемъ можно объяснить наблюдающіяся иногда олигурия и анурия у истеричныхъ.

Такимъ образомъ и клиническія наблюденія, и экспериментальныя данныя съ положительностью доказываютъ возможность появленія отраженной анурии, хотя намъ и неизвѣстны нервныя пути, по которымъ направляются импульсы, и хотя непонятно, почему при кажущихся равныхъ условіяхъ анурия появляется не во всѣхъ случаяхъ.

*Albarran*—того мнѣнія, что чаще всего секреторная дѣятельность другой почки прекращается отраженнымъ путемъ въ томъ случаѣ, когда въ этой почкѣ имѣются болѣе или менѣе значительныя патологическія измѣненія. И дѣйствительно, въ большинствѣ случаевъ, подобныя измѣненія находятъ. Однако, имѣется нѣсколько наблюденій, показывающихъ, что анурия можетъ происходить и при совершенно здоровомъ состояніи другой почки.

Въ случаѣ *Bourgeois*, въ которомъ 79-лѣтній больной умеръ послѣ 9-дневной анурии, на вскрытіи найдена закупорка праваго мочеточника камнемъ, лѣвый-же мочеточникъ оказался совершенно свободнымъ и лѣвая почка совершенно здоровой.

Въ одномъ изъ случаевъ *Israël*'а при цистоскопическомъ изслѣдованіи, произведенномъ черезъ нѣкоторое время послѣ операціи, было видно выдѣленіе совершенно чистой мочи изъ отверстія праваго незакупореннаго мочеточника.

Въ своихъ 2-хъ случаяхъ анурии *Kovsing* послѣ произведенной имъ операціи черезъ введенный въ мочеточникъ другой стороны катетеръ добылъ мочу, оказавшуюся при изслѣдованіи совершенно нормальной.

Въ случаѣ 1½-дневной анурии, наблюдавшемся *М. Д. Кренсомъ*, катетромъ удалось сдвинуть застрявшій въ правомъ мочеточникѣ камень, послѣ чего изъ катетра почти немедленно пошла моча. Интересуясь состояніемъ другой почки, д-ръ *Кренс* ввелъ катетеръ въ лѣвый мочеточникъ. Изъ лѣвой почки выдѣлялась чистая моча, въ которой изслѣдованіемъ не обнаружено никакихъ ненормальныхъ примѣсей.

Въ одномъ изъ случаевъ *Bommarito* послѣ произведенной по поводу анурии лѣвосторонней нефротоміи извлеченъ изъ лѣвой почки камень, закладывавшій начальную часть мочеточника. Изъ раны въ теченіи нѣкотораго времени послѣ операціи выдѣлялась кровянистая моча, между тѣмъ какъ изъ пузыря моча выдѣлялась совершенно прозрачною, не содержащаю

дно, въ мочевоу пузырь попадала моча исключительно изъ правой здоровой почки.

Наконецъ, въ моемъ случаѣ полученная изъ лѣвой почки моча оказалась совершенно прозрачною, не содержащей ни бѣлка, ни цилиндровъ. Назкій уд. вѣсъ и низкую точку замерзанія мочи слѣдуетъ объяснять существовавшей полиурией, а не болѣзненнымъ состояніемъ почки. Возможно, что и правая почка органически была совершенно здорова, такъ какъ многодневное изслѣдованіе смѣшанной мочи послѣ восстановленія дѣятельности почки не обнаружило въ ней (кромя первыхъ 3-хъ дней) ни бѣлка, ни форменныхъ элементовъ.

Если не всѣ приведенныя наблюденія безупречны въ смыслѣ доказательности (напр., случай *Israël*'а), все-же на основаніи ихъ можно съ весьма большою вѣроятностью допустить возможность появленія отраженной анурии и при здоровомъ состояніи почки, мочеточникъ которой свободенъ.

Нѣсколько словъ о клиническомъ значеніи анурии. При внезапной закупоркѣ одного изъ мочеточниковъ камнемъ происходитъ прекращеніе секреторной дѣятельности не только почки другой стороны, но и почки, мочеточникъ которой закупоренъ. На вскрытіи почти никогда не находятъ скопленія мочи въ лоханкѣ и мочеточникѣ выше препятствія: гидронефроза не образуется, т. е. происходитъ не только прекращеніе выдѣленія мочи вслѣдствіе закупорки мочеточника, но и прекращеніе ея отдѣленія.

Отчего прерывается секреторная дѣятельность почки при внезапной закупоркѣ мочеточника, мы не знаемъ. Возможно, что и здѣсь причиной анурии служитъ раздраженіе чувствительныхъ нервовъ почечныхъ воротъ.

Прекращеніе секреторной дѣятельности обѣихъ почекъ, обусловливая накопленіе въ организмѣ продуктовъ обмена веществъ, должно вызывать и явленія самоотравленія. Однако, мочекрыныя явленія наступаютъ не скоро. По наблюденіямъ *Guyon*'а, первые дни иногда наблюдается только общее недомоганіе, настоящіе-же мочекрыныя припадки появляются только въ концѣ 1-ой или началѣ 2-ой недѣли послѣ появленія анурии. Однако, среди казуистическихъ наблюденій попадаются и такіе, въ которыхъ резко выраженныя явленія самоотравленія обнаруживались и раньше, напр., на 5-ый день послѣ начала анурии (случай *Marcill*'а и *Suarez de Mendoza*). Съ другой стороны, въ нѣкоторыхъ случаяхъ мочекрыныя припадки не появлялись очень долго. Въ случаѣ *Auvray*'а и на 8-ой день послѣ появленія анурии не было явленій самоотравленія. Въ моемъ случаѣ также не было мочекрыныхъ явленій, хотя анурия длилась 9—10 дней.

Анурия оказываетъ вредное вліаніе на почечную паренхиму. По наблюденіямъ *Israël*'а, въ почечномъ эпителиѣ быстро наступаютъ дегенеративныя процессы, вслѣдствіе чего иногда и послѣ устраненія препятствій въ мочеточникахъ работоспособность почекъ уже не восстанавливается. Хотя и попадаются наблюденія, въ которыхъ выздоровленіе послѣдовало послѣ 8 (*Apolant*, *Guyon*, мой случай) и даже 12 дневной (*Guyon*) анурии, тѣмъ не менѣе большинство хирурговъ высказывается за то, что, если не удастся устранить препятствіе неоперативнымъ путемъ, то необходимо произвести операцію какъ можно скорѣе, не позже, чѣмъ черезъ 48 час. послѣ появленія анурии.

Изъ неоперативныхъ способовъ лѣченія калькулезной анурии первое мѣсто занимаетъ введеніе катетра въ закупоренный мочеточникъ: катетромъ удается иногда сдвинуть конкрементъ и тѣмъ восстановить проходимость мочеточника (случаи *Krenca*, *Casper*'а, *Apolant*'а). Этому содѣйствуетъ иногда впрыскиваніе черезъ катетеръ глицерина или масла. Нужно еще имѣть въ виду, что при калькулезной анурии не всегда закупорка производится однимъ камушкомъ; иногда тоже самое производитъ скопленіе въ нижней части мочеточника мочевого песка (наблюденія *Auvray*'а, *Donnadieu*, *Albarran*'а). Въ моемъ случаѣ закупорка, повидимому, также была произведена скопленіемъ песка, на что указываетъ цистоскопическая картина и нахожденіе камня въ мочѣ. Въ одномъ случаѣ *Casper*'а отраженная анурия прошла послѣ того, какъ онъ ввелъ катетеръ въ незакупоренный мочеточникъ. Однако, въ моемъ случаѣ присутствіе катетера въ проходимомъ мочеточникѣ



Когда катетеризація не приводитъ къ цѣли, слѣдуетъ приступать къ операціи.

**Источники.** Albarran. *Maladies du rein et de l'uretère. Изъ «Traité de chirurgie publié sous la direct. de Le Dentu et Delbet», т. VIII, Paris, 1899 г.—Auvray. Anurie d'origine calculeuse; destruction du rein du côté opposé à l'oblitération urétérale; «Annales d. maladies des organes génito-urinaires», 1900 г., стр. 1097.—Apollant. Ueber Anurie. «Deutsche med. Wochenschrift», 1903 г., № 29.—Bommarito. Su due casi di nefrotomia per anuria assoluta. Реф. въ *Annales d. maladies des organes gén.-urinaires*, 1903 г., стр. 1199.—Bevan. The surgical treatment of anuria. Реф. въ *Centralblatt f. die Krankheiten der Harn-u. Sexualorgane*, 1903 г., стр. 673.—Wagner. Chirurgische Erkrankungen der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters. Въ *Handbuch der Urologie*, Wien, 1904 г., т. II, отд. 7.—Guyon. Клиническая лекція о болѣзняхъ мочевыхъ путей. Пер. съ франц. Петербургъ, 1899 г.—Donnadieu. De l'anurie calculeuse et en particulier de son traitement chirurgical. Bordeaux'ская диссертация, 1895 г.—Israël. Chirurgie du rein et de l'uretère. Перев. съ нѣм. Paris, 1900 г.—Омъ же. Ueber Operation und Diagnose der Nierensteine. «Berliner klin. Wochenschrift», 1891 г., № 9.—Омъ же. Operationen bei Nieren-und Uretersteinen. «Arch. f. klin. Chirurgie», 1900 г., т. 61, стр. 584.—Casper. Lehrbuch der Urologie, 1903 г.—М. Л. Krepes. Къ вопросу т. наз. калькулезной анурии. Къ патологіи анурии отраженной. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 18.—Laroche. Anurie mortelle à la suite d'un traumatisme léger. «Annales d. maladies des organes gén.-urinaires», 1902 г., стр. 1322.—Leguen. De l'anurie calculeuse. Тамъ-же, 1895 г.—Marcille. Un cas d'anurie calculeuse. Тамъ-же, 1900 г., стр. 1100.—Rovsing. Ueber Diagnose und Behandlung der Nierensteine. «Arch. f. klin. Chirurgie», 1895 г., т. 51.—Suarez de Mendoza. Anurie calculeuse. Operation au 12-e jour. Guérison. Société de chir., 4 juin, 1902 г.—«Annales d. maladies des organes gén.-urinaires», 1903 г., стр. 673.—Schede. Verletzungen und Erkrankungen der Nieren und Harnleiter. Въ *Handbuch der praktischen Chirurgie*, т. III, Stuttgart, 1903 г.*

CLXVI. Изъ глазной клиники и патолого-анатомическаго кабинета Казанскаго Университета.

## Мѣстный амилоидъ въѣкъ, экспериментально вызванный у кроликовъ.

Валентина Адамюка.

(Предварительное сообщеніе).

Занявшись вопросомъ объ амилоидномъ перерожденіи соединительной оболочки глаза, я еще по совету глубокоуважаемаго учителя, покойнаго проф. И. М. Любимова, между прочимъ, предпринялъ рядъ опытовъ для выясненія зависимости этого процесса отъ зараженія. Имѣя основаніе считать, что при амилоидномъ перерожденіи соединительной оболочки въѣкъ, какъ процессъ мѣстный, не зависящемъ отъ общаго состоянія организма, и причина, вызывающая его, должна дѣйствовать также мѣстно, непосредственно на соединительную оболочку, я вводилъ въ толщу соединительной оболочки въѣкъ кроликовъ бульонную разводку золотистаго гноероднаго стафилококка. При этомъ имѣлось въ виду вызвать и поддерживать длительное и энергичное воспаленіе соединительной оболочки. Въ качествѣ возбудителя воспаленія я избранъ былъ указанный микробъ, какъ стоящій на первомъ мѣстѣ среди возбудителей нагноеній и при томъ оказавшійся наиболее надежнымъ при экспериментальномъ вызываніи амилоида внутреннихъ органовъ. Употреблялись какъ суточные, такъ и 2—3-суточные разводки золотистаго стафилококка въ обыкновенномъ мясо-пептонномъ бульонѣ. Сначала вводилось по 2—3 дѣленія граммового шприца, а затѣмъ количество впрыскиваемого бульона увеличивалось до 5—6 дѣленій шприца. По мѣрѣ того, какъ воспалительная реакція ослаблялась, впрыскиваніе новыхъ порцій бульонной разводки золотистаго стафилококка повторялось. У нѣкоторыхъ кроликовъ такія впрыскиванія велись въ теченіи 6 мѣс. Время отъ времени утолщенные мѣста соединительной оболочки срѣзывались ножницами, уплотнялись въ алкоголь и по заливаніи въ парафинъ или въ целлоидинъ подвергались микроскопическому изслѣдованію. У павшихъ кроликовъ въѣкъ срѣзывался и изслѣдовался цѣлкомъ. Изъ 20 кроликовъ, взятыхъ для опыта, у 3-хъ изъ нихъ подъ микро-

скопомъ въ тканяхъ въѣка вещество, которое и считаю за амилоидъ. Такое распознаваніе основано на данныхъ реакціи съ различными анилиновыми красками, признаваемыми теперь болѣе чувствительнымъ и надежнымъ реактивомъ на амилоидъ, чѣмъ реакція съ іодомъ и сѣрной кислотой, которая не давала мнѣ положительныхъ результатовъ. Слѣдствіемъ введенія заразы являлась только мѣстная реакція (3 кролика, впрочемъ, пали при являвшихся гноекровіяхъ).

Общее состояніе кроликовъ при этихъ опытахъ не страдало; многіе изъ нихъ даже прибывали въ вѣсѣ. Нужно замѣтить, что клиническая картина собственно не совпадала съ той, которая наблюдается у человѣка при амилоидѣ въѣкъ. Большею частью образовывались гнойники, вскрывавшіеся или въ нѣкоторыхъ случаяхъ, сохранявшіеся долгое время въ видѣ чеченицеобразныхъ утолщеній въ въѣкахъ. На ряду съ этимъ ткани соединительной оболочки въѣка гипертрофировались. Мѣстоположеніе амилоида также представляло особенности: онъ появлялся вблизи гнойниковъ. Его присутствіе обнаруживалось именно въ тѣхъ случаяхъ, когда гнойники держались долгое время, не вскрываясь; подъ микроскопомъ они оказывались уже окруженными поясомъ фибробластовъ и даже образовавшимся слоемъ молодой соединительной ткани, какъ бы осумкованными.

Найденное мною вещество появлялось въ 2-хъ формахъ: или въ видѣ обособленныхъ образованій, или въ видѣ безструктурной массы, какъ-бы пропитывавшей волокна соединительной ткани и разлитой въ ней среди волоконъ и форменныхъ элементовъ. Въ первомъ случаѣ подъ микроскопомъ вещество это сразу выдѣлялось среди клѣточныхъ элементовъ, какъ вѣчто чуждое своимъ тканямъ, однороднымъ, матово-блестящимъ видомъ. Метахромазія съ различными анилиновыми красками, присутствіе этого явленія при повторныхъ изслѣдованіяхъ какъ на целлоидиновыхъ, такъ и на парафиновыхъ препаратахъ, однообразіе мѣстоположенія и постоянство результатовъ у 3-хъ кроликовъ, заставляютъ предполагать, что это не какое-нибудь случайное явленіе. Это однородное, дающее амилоидную реакцію съ анилиновыми красками вещество имѣло форму различной величины глыбъ, полосокъ, расположенныхъ всегда между клѣтками, какъ-бы втиснутыхъ между ними. Клѣтки-же при этомъ раздвигаются, сдавливаются и подвергаются распаду. Положеніе амилоида на срѣзахъ было слѣдующее: 1) срединную часть препарата занимало скопленіе гнойныхъ клѣточекъ, съ преобладаніемъ многоядерныхъ; 2) вокругъ него шелъ слой изъ клѣтокъ—полибластовъ; 3) мѣстоположеніе амилоидныхъ массъ, среди клѣтокъ того-же типа; 4) опять слой полибластовъ, къ которому въ периферіи уже примѣшивались фибробласты; 5) новообразованная молодая соединительная ткань; и 6) ткани самого въѣка.

Въ собственной ткани въѣка на большомъ пространствѣ наблюдалось стекловидное перерожденіе волоконъ соединительной ткани: они утолщались, набухали, сливались въ однородные участки, а мѣстами распадались на неправильные обломки, но амилоидной реакціи не давали.

У другихъ кроликовъ, гдѣ амилоида найдено не было, наблюдались только воспалительныя явленія въ ткани соединительной оболочки, и между прочимъ, постоянно стекловидныя измѣненія въ соединительно-тканыхъ волокнахъ ея.

Такимъ образомъ полученное мною амилоидное вещество, обуславливающее при обильномъ скопленіи то, что называется мѣстнымъ амилоидомъ въѣкъ, можетъ появляться въ тканяхъ подъ влияніемъ длительныхъ воспалительныхъ процессовъ микробнаго происхожденія, вызывавшихся въ моихъ опытахъ введеніемъ золотистаго стафилококка. Этому не противорѣчатъ и клиническія наблюденія. Надо, впрочемъ, замѣтить, что индивидуальность играетъ здѣсь большую роль. Возможно-ли подобное патологическое явленіе подъ влияніемъ другихъ микробовъ, а также микробныхъ токсиновъ, бродиль, химическихъ агентовъ, какъ это извѣстно по отношенію къ общему амилоиду, покажутъ дальнѣйшія изслѣдованія. Въ патолого-анатомическомъ систематическомъ патологическомъ изслѣдованіи

мною данныя совпадаютъ съ результатами моихъ микроскопическихъ изслѣдованій, произведенныхъ въ случаяхъ амилоида вѣкъ, наблюдавшихся въ глазной клиникѣ Казанскаго Университета, и отрицающихъ превращеніе самихъ кѣлочныхъ элементовъ въ амилоидныя массы. Амилоидное вещество располагается между кѣлочными элементами и пропитываетъ соединительную ткань, прѣвращая ее въ волокнистую; вообще процессъ носитъ характеръ отложенія.

CLXVII. Изъ лабораторіи Елисаветинской дѣтской больницы въ Петербургѣ.

### Cranium natiforme съ точки зрѣнія патологической анатоміи\*).

Проз. Г. В. Шора.

На одномъ изъ засѣданій Французскаго антропологическаго Общества въ 1877 г. проф. *J. Parrot* былъ сдѣланъ докладъ на тему «Объ измѣненіяхъ въ плоскихъ костяхъ черепа при наследственномъ сифилисѣ». Проф. *Parrot* описалъ при этомъ особый родъ губчатыхъ остеопитовъ, состоящихъ изъ мягкой, непохожей на нормально образованную кость ткани, которая не особенно рѣдко развивается у дѣтей въ теченіи первыхъ 2-хъ лѣтъ жизни на излюбленныхъ мѣстахъ, а именно—на наружной поверхности лобныхъ и теменныхъ костей. По мнѣнію *Parrot*, эти остеопиты характерны для наследственнаго сифилиса. Иногда они бываютъ выражены очень рѣзко и могутъ придать черепу типичную форму, которой *Parrot* далъ названіе «*crâne natiforme*», такъ какъ видъ такого черепа совершенно подходилъ къ тому, что римляне называли «*pates*».

Форма черепа, описанная *Parrot* еще въ 1877 г., и та связь съ наследственнымъ сифилисомъ, о которой такъ категорически заявлялъ онъ тогда, являются, повидимому, и по сіе время однимъ изъ важныхъ распознавательныхъ признаковъ для сифилидологовъ. По крайней мѣрѣ, я знаю, что съ каедръ преподается слушателямъ ученіе о *cranium natiforme* въ томъ видѣ, какъ оно изложено у *Edmond'a Fournier* въ его сочиненіи объ уклоненіяхъ въ развитіи при наследственномъ сифилисѣ (русс. перев. 1899 г.). Въ главѣ о частичныхъ дистрофіяхъ *E. Fournier* говоритъ, что «ягодицеобразное» уродство черепа, такъ хорошо описанное проф. *Parrot*, имѣетъ существенную важность потому, что, сколько ему извѣстно, оно не замѣчалось ни при какомъ другомъ страданіи, кромѣ наследственнаго сифилиса, благодаря чему оно и сдѣлалось почти патогномическимъ признакомъ специфической наследственности. Для описанія этой аномаліи развитія проф. *Parrot* пользуется классическимъ сравненіемъ, вытекающимъ изъ этимологіи самаго названія, и говоритъ: «это—черепокъ, который представляетъ дов. точную форму ягодицы (*pates*) на основаніи 2-хъ пунктовъ: 1) это—черепокъ, раздутый въ своей верхне-задней части на 2 шаровидныя половины вслѣдствіе сфероидальнаго расширенія затылочнo-теменной области; 2) это—черепокъ, перерѣзанный по срединной линіи въ передне-заднемъ направленіи желобкомъ между 2-хъ боковыхъ вздутій. Далѣе, сходство выражается тѣмъ, что желобокъ по отношенію къ боко-

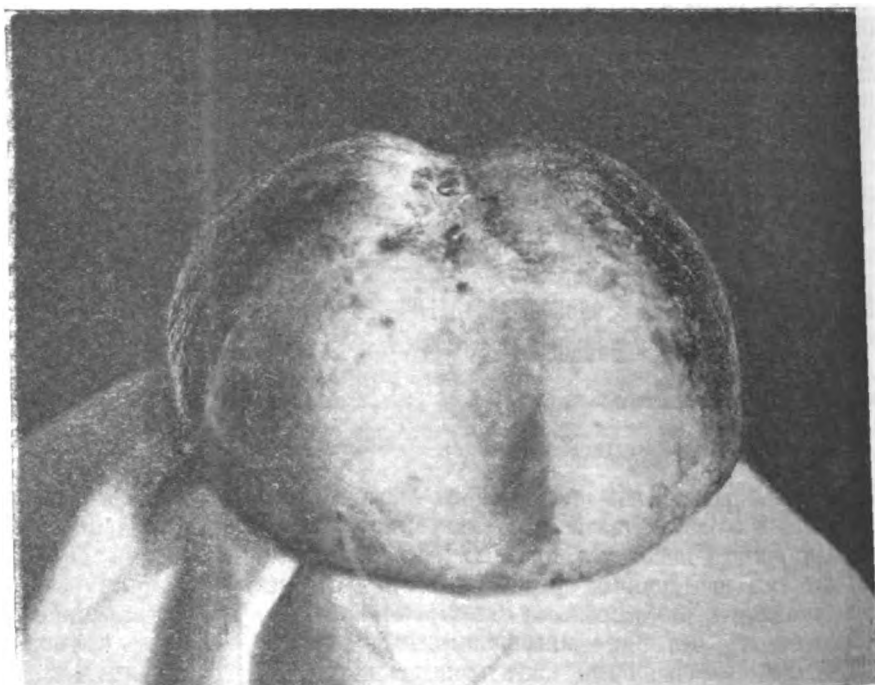
вымъ бугристостямъ, соответствующимъ ягодицамъ, равносильнѣ межъягодичной складкѣ». Затѣмъ на стр. 242 читаемъ: «... прежде всего, если въ строгомъ смыслѣ слова ни одна изъ этихъ дистрофій не представляется патогномическою для сифилитической наследственности, то тѣмъ не менѣе очевидно, что нѣкоторыя изъ нихъ оупеществляютъ ее почти исключительнымъ образомъ». На первомъ мѣстѣ *Fournier* ставитъ ягодицевидный черепъ, который въ своемъ рѣзко выраженномъ типѣ встрѣчается лишь у наследственно сифилитическихъ лицъ.

На одномъ изъ вскрытій (въ 1904 г.) въ Елисаветинской дѣтской больницѣ мнѣ пришлось видѣть рѣзко выраженный случай такого обезображенія черепа; тогда же у меня составилось совершенно ясное убѣжденіе въ томъ, что это измѣненіе зависѣло исключительно отъ ратитическихъ измѣненій у даннаго ребенка.

1. Вскрытіе 19/1 1904 г. № 6.

Н. И., 2-лѣтній мальчикъ, умеръ отъ бугорчатки легкихъ. Въ протоколѣ отмѣчено слѣдующее: «Кости черепного свода значительно обезображены протекившимъ въ нихъ рахитическимъ процессомъ. Онѣ рѣзко утолщены (на мѣстѣ обычнаго распила имѣютъ мѣстами до 0,5–0,75 см. толщины). Наслоенія сѣнны и состоятъ, повидимому, изъ остеонной ткани. Большой родничокъ незаросшій. На ребрахъ типичныя, рѣзко выра-

Свѣтописный снимокъ съ черепной крышки.



женныя рахитическія измѣненія. На распилѣ бедренныхъ костей обращать на себя вниманіе: тонкость пластинки компактной костной трубки, костный мозгъ, по цвѣту и плотности подпадающій къ малиновому желе, и рахитическій остеохондритъ».

По даннымъ секціоннаго стола и анамнеза не было никакихъ основаній предполагать въ данномъ случаѣ наследственный сифилисъ.

На свѣтописномъ снимкѣ очень хорошо видны т. наз. *pates* и незаросшій большой родничокъ. Кусокъ кости выпиланъ для гистологическаго изслѣдованія.

Справившись съ литературными данными по этому вопросу, я встрѣтился съ категорическимъ заявленіемъ (*Parrot, Fournier*), стоящимъ въ разрѣзъ съ тѣми объективными данными, которые я получилъ на секціонномъ столѣ\*). Тогда я поставилъ себѣ задачей подобрать еще случаи, на которыхъ я могъ-бы доказать то свое убѣжденіе, которое сложилось у меня при изслѣдованіи только что описаннаго случая типичнаго *cranium natiforme*.

На вскрытіи № 135, произведенномъ мною 31/х 1905 г., я встрѣтился съ менѣе рѣзко выраженной формой *cranium natiforme* и подвергъ этотъ случай самому обстоятельному всестороннему изслѣдованію, при чемъ оказалось, что какъ изъ анамнеза, такъ и изъ данныхъ секціоннаго стола не удалось подмѣтить какихъ-либо указаній на наслед-

\*) Сообщено въ Русскомъ сифилидологическомъ и дерматологическомъ Обществѣ въ Петербургѣ 4/II 1906 г. и Обществѣ дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ 15/II 1906 г.

\*) Въ современныхъ учебникахъ по патологической анатоміи я не могъ найти указаній относительно т. наз. *cranium natiforme*.

ственный сифилис, въ то время какъ макроскопическая картина измѣненій въ костяхъ, какъ и тщательное гистологическое изслѣдованіе показали съ несомнѣнностью типичныя, всѣмъ извѣстныя, свойственнымъ рахиту измѣненія и полное отсутствіе тѣхъ гистологическихъ признаковъ, которые обыкновенно считаются присущими сифилитическому процессу.

2. Вскрытіе 31/х 1905 г. № 135. А. М., 1 г. 5 мѣс., дѣвочка, умерла отъ бугорчатки легкихъ и гнойнаго воспаленія мозговыхъ оболочекъ. Въ протоколѣ отмѣчено слѣдующее: «На ребрахъ и бедренныхъ костяхъ рѣзко выраженныя рахитическія измѣненія. Кости черепного свода рѣзко утолщены насчетъ наслоевъ, состоящихъ изъ остеонидной ткани. Черепъ имѣетъ характерную форму ягодицеобразнаго»...

Наконецъ, на вскрытіи № 152 въ томъ-же году мнѣ встрѣтились на плоскихъ костяхъ черепа самыя раннія степени образованія остеофитовъ, давшихъ при гистологическомъ изслѣдованіи картину, вполне аналогичную той, которую дало гистологическое изслѣдованіе въ сл. 2.

3. Вскрытіе 29/х 1905 г. № 152. А. С., 1 г. 1 мѣс., мальчикъ, умеръ отъ бронхопневмоніи и катарра кишокъ. Въ протоколѣ отмѣчено: «Затылокъ размягченъ. На наружной поверхности черепной крышки рѣзко развитыя рахитическіе остеофиты въ видѣ отдѣльныхъ бляшекъ. На ребрахъ типичныя для рахита четки»...

Изъ данныхъ секціоннаго стола и анамнеза опять не найдено никакихъ указаній на наследственный сифилис.

Только-что приведенные 3 случая представляютъ изъ себя различныя стадіи одного и того-же рахитическаго процесса, и такимъ образомъ для меня стало еще болѣе несомнѣннымъ, что *scapula patiforme* можетъ образоваться на почвѣ чистаго рахита. А такъ какъ извѣстно (*Kaufmann* и др.), что по окончаніи рахитическаго процесса образовавшіеся раньше остеофиты пропитываются известью и могутъ даже подвергнуться склерозированію, то, конечно, нѣтъ ничего удивительнаго въ томъ, что у человека, перенесшаго въ дѣтствѣ рахитъ, можетъ на всю жизнь остаться тотъ типъ обозображенія черепныхъ костей, которому *Parrot* далъ названіе «*scapula patiforme*». Нѣкоторые авторы и по сіе время смотрятъ на рахитъ, какъ на проявленіе наследственнаго сифилиса; но уже проф. *Heubner* считаетъ такое воззрѣніе чуть ли не «комическимъ». Несомнѣнно, что рахитъ можетъ проявляться у наследственныхъ сифилитиковъ; но въ такомъ случаѣ это будетъ лишь сочетаніе 2-хъ патологическихъ процессовъ, имѣющихъ въ настоящее время уже дов. точно установленную, всѣмъ извѣстную, патолого-анатомическую фізіологію.

У дѣтскихъ врачей — вѣроятно, эмпирическимъ путемъ—создалось то самое убѣжденіе, которое мнѣ приходится защищать здѣсь. Я появляю это изъ разговоровъ по этому вопросу съ товарищами педиатрами, а также изъ диссертациі д-ра *В. П. Жуковскаго*, который на стр. 66 своей работы помѣстилъ рисунокъ типичнаго случая *scapula patiformis*. Изъ объясненія, приложеннаго къ рисунку, очевидно, что у автора и не было сомнѣнія относительно связи этого случая съ рахитомъ.

Благодаря любезности глубокоуважаемыхъ товарищей *О. М. Любирской* и *Н. О. Гунъ*, мнѣ удалось на засѣданіи Общества дѣтскихъ врачей 15/п 1906 г. показать клиническіе случаи *scapula patiformis* у 2-хъ дѣтей, которыя, по моей просьбѣ, были тщательно осмотрѣны специалистами-педиатрами. Какъ изъ объективнаго изслѣдованія, такъ и изъ анамнеза въ обоихъ случаяхъ выяснилось отсутствіе какихъ-либо признаковъ, указывающихъ на наследственный сифилисъ, между тѣмъ какъ картина рахита была въ обоихъ случаяхъ выражена очень рѣзко.

4. Н. М., 6 л., мальчикъ, лежалъ въ Елисаветинской дѣтской больницѣ съ 16/п по 2/п 1906 г. съ распознаніемъ: катаральная желтуха. Ягодицеобразный черепъ. Четки на ребрахъ и рахитическія искривленія ногъ.

5. А. С., дѣвочка, 6 л., лежитъ въ хирургическомъ отдѣленіи Елисаветинской дѣтской больницы съ конца января по поводу гнойника на ручкѣ. Ягодицеобразный черепъ. Четки на ребрахъ и рахитическія искривленія ногъ.

На основаніи всего вышеизложеннаго позволяю себѣ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Я не смѣю отрицать возможности въ исключительныхъ случаяхъ образованія *scapula patiformis* на почвѣ

сифилиса, тѣмъ болѣе, что мнѣ такіе случаи не попадались для изслѣдованія.

2) Я утверждаю, что *scapula patiforme* можетъ образоваться на почвѣ чистаго рахита.

3) Этимъ самымъ я позволяю себѣ опровергнуть категорическое заявленіе *J. Parrot* и *E. Fournier* о патогномичности этого признака при постановкѣ распознаванія наследственнаго сифилиса.

Считаю своимъ пріятнымъ долгомъ высказать здѣсь д-ру *С. О. Прокурякову* благодарность за прекрасный свѣтописный снимокъ, снятый съ черепной покрывки сл. 1.

Источники: 1. *J. Parrot*. La syphilis héréditaire et le rachitis. Paris. 1886 г.—2. *В. П. Жуковский*. О развитіи рахитизма и т. д. Петербургская диссертациія, 1894 г.—3. *О. Heubner*. Сифилисъ въ дѣтскомъ возрастѣ (русскій перов.). 1898 г.—4. *E. Fournier*. Уклоненія въ развитіи при наследств. сифилисѣ (русск. перов.). 1899 г.—5. *Kaufmann*. Lehrbuch d. Spec. patholog. Anatomie, 1896 г.—6. *Ribbert*. Lehrbuch d. Spec. patholog. Anatomie, 1902 г.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

### Жертвы русской революціи.

#### Самоубійцы.

Въ этой замѣткѣ я намѣренъ остановиться на тѣхъ несчастныхъ, которые, будучи выбиты изъ колеи бурнымъ теченіемъ современной жизни, не нашли въ себѣ достаточной силы воли, достаточной энергіи для продолженія своего существованія и покончили съ собой или пытались это сдѣлать.

Вопросъ о самоубійствахъ тѣсно связанъ съ вопросомъ о психической заболѣваемости. По *И. А. Сикорскому*<sup>1)</sup> приблизительно  $\frac{1}{4}$  или  $\frac{1}{3}$  общаго числа самоубійствъ зависить отъ душевныхъ болѣзней. «Статистика показываетъ несомнѣнно», говоритъ въ своемъ учебникѣ *С. С. Корсаковъ*, «что большинство изъ самоубійцъ происходятъ изъ психопатическихъ семей и сами по себѣ представляютъ рѣзкіе признаки психической неуравновѣшенности». По видимому, одна и тѣже причины могутъ у однихъ предрасположенныхъ лицъ вызвать душевное заболѣваніе, другихъ привести къ рѣшенію покончить съ собой. Особенно ясна такая зависимость, напр., въ условіяхъ тюремнаго заключенія, во время войнъ, при государственныхъ переворотахъ. Московское Общество нейропатологовъ и психіатровъ, признавъ весьма важнымъ вопросомъ о вліяніи событій современнаго революціоннаго періода на нервныя и душевныя заболѣванія населенія въ научномъ и практическомъ отношеніи, обратилось съ анкетой къ медицинскимъ учрежденіямъ и врачамъ и просьбой о содѣйствіи. Я останавливаю здѣсь на самоубійствахъ, находящихся въ связи съ освободительнымъ движеніемъ.

Для этой замѣтки я пользовался данными, сообщенными въ общей печати. Замѣтка эта не носитъ характера статистическаго изслѣдованія; я не воспользовался даже всѣми извѣстными мнѣ случаями; я хотѣлъ лишь представить главные типы самоубійствъ, связанныхъ съ современными событіями, и намѣтить ихъ причинную зависимость.

«Утомленіе жизнью (*taedium vitae*)», пишетъ *И. А. Сикорскій*<sup>1)</sup>, «замѣчается въ переходные періоды общественной мысли, при смѣнѣ одного міровоззрѣнія другимъ. Переходныя эпохи могутъ сопровождаться также и разочарованіемъ, исполнѣ естественнымъ въ тѣ минуты, когда человекъ долженъ оставить міросозерцаніе, съ которымъ сжился, и перейти къ новому. Этотъ сложный процессъ психологической ломки не можетъ обойтись безъ внутренней борьбы и неразлучнаго съ ней утомленія». Позволю себѣ напомнить тотъ фактъ, что во Франціи наканунѣ революціи стремленіе къ самоубійству увеличилось. «Наклонность къ самоубійству», пишетъ проф. *Н. А. Оболенскій*<sup>2)</sup>, «является результатомъ 2-хъ причинъ—болѣзненности или неуравновѣшенности душевной дѣятельности и социальныхъ условій». «Соположеніи социальныхъ условий»

мною данныя совпадаютъ съ результатами моихъ микроскопическихъ изслѣдованій, произведенныхъ въ случаяхъ амилоида вѣкъ, наблюдавшихся въ глазной клиникѣ Казанскаго Университета, и отрицающихъ превращеніе самихъ клѣточныхъ элементовъ въ амилоидныя массы. Амилоидное вещество располагается между клѣточными элементами и пропитываетъ соединительную ткань, прѣкая между волокнами пучковъ ея; вообще процессъ носить характеръ отложенія.

CLXVII. Изъ лаборатории Елисаветинской дѣтской больницы въ Петербургѣ.

### Сраниум patiforme съ точки зрѣнія патологической анатоміи\*).

Проз. Г. В. Шора.

На одномъ изъ засѣданій Французскаго антропологическаго Общества въ 1877 г. проф. *J. Parrot* былъ сдѣланъ докладъ на тему «Объ измѣненіяхъ въ плоскихъ костяхъ черепа при наследственномъ сифилисѣ». Проф. *Parrot* описалъ при этомъ особый родъ губчатыхъ остеопитовъ, состоящихъ изъ мягкой, непохожей на нормально образованную кость ткани, которая не особенно рѣдко развивается у дѣтей въ теченіи первыхъ 2-хъ лѣтъ жизни на излюбленныхъ мѣстахъ, а именно—на наружной поверхности лобныхъ и теменныхъ костей. По мнѣнію *Parrot*, эти остеопиты характерны для наследственнаго сифилиса. Иногда они бываютъ выражены очень рѣзко и могутъ придать черепу типичную форму, которой *Parrot* далъ названіе «*crâne patiforme*», такъ какъ видъ такого черепа совершенно подходилъ къ тому, что римляне называли «*pates*».

Форма черепа, описанная *Parrot* еще въ 1877 г., и та связь съ наследственнымъ сифилисомъ, о которой такъ категорически заявлялъ онъ тогда, являются, повидимому, и по сіе время однимъ изъ важныхъ распознавательныхъ признаковъ для сифилидологовъ. По крайней мѣрѣ, я знаю, что съ каедръ преподается слушателямъ ученіе о *cranium patiforme* въ томъ видѣ, какъ оно изложено у *Edmond'a Fournier* въ его сочиненіи объ уклоненіяхъ въ развитіи при наследственномъ сифилисѣ (русс. перев. 1899 г.). Въ главѣ о частичныхъ дистрофіяхъ *E. Fournier* говорить, что «ягодицеобразное» уродство черепа, такъ хорошо описанное проф. *Parrot*, имѣетъ существенную важность потому, что, сколько ему извѣстно, оно не замѣчалось ни при какомъ другомъ страданіи, кромѣ наследственнаго сифилиса, благодаря чему оно и сдѣлалось почти патогномическимъ признакомъ специфической наследственности. Для описанія этой аномалии развитія проф. *Parrot* пользуется классическимъ сравненіемъ, вытекающимъ изъ этимологіи самаго названія, и говоритъ: «это—черепъ, который представляеть дов. точную форму ягодицы (*pates*) на основаніи 2-хъ пунктовъ: 1) это—черепъ, раздутый въ своей верхне-задней части на 2 шаровидныя половины вслѣдствіе сфероидальнаго расширенія затылочнo-темянной области; 2) это—черепъ, перерѣзанный по срединной линіи въ передне-заднемъ направленіи желобкомъ между 2-хъ боковыхъ вздутій. Далѣе, сходство выражается тѣмъ, что желобокъ по отношенію къ боко-

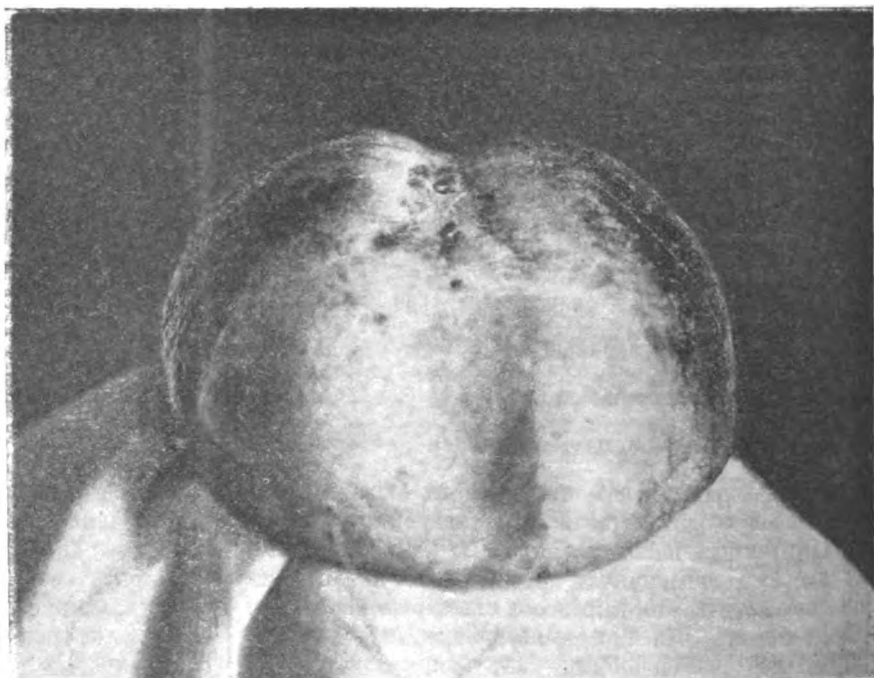
вымъ бугристостямъ, соответствующимъ ягодицамъ, равносильнъ межъягодичной складкѣ». Затѣмъ на стр. 242 читаемъ: «... прежде всего, если въ строгомъ смыслѣ слова ни одна изъ этихъ дистрофій не представляется патогномическою для сифилитической наследственности, то тѣмъ не менѣе очевидно, что нѣкоторыя изъ нихъ осуществляютъ ее почти исключительнымъ образомъ». На первомъ мѣстѣ *Fournier* ставитъ ягодицеобразный черепъ, который въ своемъ рѣзко выраженномъ типѣ встрѣчается лишь у наследственно сифилитическихъ лицъ.

На одномъ изъ вскрытій (въ 1904 г.) въ Елисаветинской дѣтской больницѣ мнѣ пришлось видѣть рѣзко выраженный случай такого обезображенія черепа; тогда же у меня составилось совершенно ясное убѣжденіе въ томъ, что это измѣненіе зависѣло исключительно отъ рахитическихъ измѣненій у даннаго ребенка.

1. Вскрытіе 19/1 1904 г. № 6.

Н. П., 2-лѣтній мальчикъ, умеръ отъ бугорчатки легонъ. Въ протоколѣ отмѣчено слѣдующее: «Кости черепного свода значительно обезображены протекавшимъ въ нихъ рахитическимъ процессомъ. Онѣ рѣзко утолщены (на мѣстѣ обычнаго распила имѣютъ мѣстами до 0,5–0,75 см. толщину). Наслоенія сѣношны и состоятъ, повидимому, изъ остеонидной ткани. Большой родничокъ незаросшій. На ребрахъ типичныя, рѣзко выра-

Свѣтописный снимокъ съ черепной крышки.



женныя рахитическія измѣненія. На распилѣ бедренныхъ костей обращаютъ на себя вниманіе: тонкость пластинки компактной костной трубки, костный мозгъ, по цвѣту и плотности подпадающій къ малиновому желе, и рахитическій остеохондритъ».

По даннымъ секціоннаго стола и анамнеза не было никакихъ основаній предполагать въ данномъ случаѣ наследственный сифилисъ.

На свѣтописномъ снимкѣ очень хорошо видны т. наз. *pates* и незаросшій большой родничокъ. Кусокъ кости вышлѣнъ для гистологическаго изслѣдованія.

Справившись съ литературными данными по этому вопросу, я встрѣтился съ категорическимъ заявленіемъ (*Parrot, Fournier*), стоящимъ въ разрѣзъ съ тѣми объективными данными, которыя я получилъ на секціонномъ столѣ\*). Тогда я поставилъ себѣ задачей подобрать еще случаи, на которыхъ я могъ-бы доказать то свое убѣжденіе, которое сложилось у меня при изслѣдованіи только что описаннаго случая типичнаго *cranium patiformis*.

На вскрытіи № 135, произведенномъ мною 31/x 1905 г., я встрѣтился съ менѣе рѣзко выраженной формой *cranium patiformis* и подвергъ этотъ случай самому обстоятельному всестороннему изслѣдованію, при чемъ оказалось, что какъ изъ анамнеза, такъ и изъ данныхъ секціоннаго стола не удалось подмѣтить какихъ-либо указаній на наслед-

\*) Сообщено въ Русскомъ сифилидологическомъ и дерматологическомъ Обществѣ въ Петербургѣ 4/II 1906 г. и Обществѣ дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ 15/II 1906 г.

\*) Въ современныхъ учебникахъ по патологической анатоміи я не могъ найти указаній относительно т. наз. *cranium patiforme*.



ственный сифилис, въ то время какъ макроскопическая картина измѣненій въ костяхъ, какъ и тщательное гистологическое изслѣдованіе показали съ несомнѣнностью типичныя, всѣмъ извѣстныя, свойственныя рахиту измѣненія и полное отсутствіе тѣхъ гистологическихъ признаковъ, которые обыкновенно считаются присущими сифилитическому процессу.

2. Вскрытіе 31/x 1905 г. № 135. А. М., 1 г. 5 мѣс., дѣвочка, умерла отъ бугорчатки легкихъ и гнойнаго воспаленія мозговыхъ оболочекъ. Въ протоколѣ отмѣчено слѣдующее: «На ребрахъ и бедренныхъ костяхъ рѣзко выраженыя рахитическія измѣненія. Кости черепного свода рѣзко утолщены насчетъ наслоевъ, состоящихъ изъ остеонидной ткани. Черепъ имѣетъ характерную форму ягодицеобразнаго»...

Наконецъ, на вскрытіи № 152 въ томъ-же году мнѣ встрѣтились на плоскихъ костяхъ черепа самыя раннія степені образования остеопитовъ, давшихъ при гистологическомъ изслѣдованіи картину, вполне аналогичную той, которую дало гистологическое изслѣдованіе въ сл. 2.

3. Вскрытіе 29/x 1905 г. № 153. А. С., 1 г. 1 мѣс., мальчикъ, умеръ отъ бронхопневмоніи и катарра кишокъ. Въ протоколѣ отмѣчено: «Затылокъ размягченъ. На наружной поверхности черепной крышки рѣзко развитыя рахитическіе остеопиты въ видѣ отдѣльных бляшекъ. На ребрахъ типичныя для рахита четки»...

Изъ данныхъ секціоннаго стола и анамнеза опять не найдено никакихъ указаній на наслѣдственный сифилисъ.

Только-что приведенные 3 случая представляютъ изъ себя различныя стадіи одного и того-же рахитическаго процесса, и такимъ образомъ для меня стало еще болѣе несомнѣннымъ, что сганіум patiforme можетъ образоваться на почвѣ чистаго рахита. А такъ какъ извѣстно (*Kaufmann* и др.), что по окончаніи рахитическаго процесса образовавшіеся раньше остеопиты пропитываются известью и могутъ даже подвергнуться склерозированію, то, конечно, нѣтъ ничего удивительнаго въ томъ, что у человѣка, перенесшаго въ дѣтствѣ рахитъ, можетъ на всю жизнь остаться тотъ типъ обезображенія черепныхъ костей, которому *Parrot* далъ названіе «sганіе patiforme». Нѣкоторые авторы и по сіе время смотрятъ на рахитъ, какъ на проявленіе наслѣдственнаго сифилиса; но уже проф. *Heubner* считаетъ такое воззрѣніе чуть ли не «комическимъ». Несомнѣнно, что рахитъ можетъ проявляться у наслѣдственныхъ сифилитиковъ; но въ такомъ случаѣ это будетъ лишь сочетаніе 2-хъ патологическихъ процессовъ, имѣющихъ въ настоящее время уже дов. точно установленную, всѣмъ извѣстную, патолого-анатомическую фізіономію.

У дѣтскихъ врачей — вѣроятно, эмпирическимъ путемъ—создалось то самое убѣжденіе, которое мнѣ приходится защищать здѣсь. Я понялъ это изъ разговоровъ по этому вопросу съ товарищами-педиатрами, а также изъ диссертациі д-ра *В. П. Жуковскаго*, который на стр. 66 своей работы помѣстилъ рисунокъ типичнаго случая сганіи patiformis. Изъ объясненія, приложеннаго къ рисунку, очевидно, что у автора и не было сомнѣній относительно связи этого случая съ рахитомъ.

Благодаря любезности глубокоуважаемыхъ товарищей *О. М. Любарской* и *Н. О. Гунъ*, мнѣ удалось на засѣданіи Общества дѣтскихъ врачей 15/п 1906 г. показать клиническіе случаи сганіи patiformis у 2-хъ дѣтей, которыя, по моей просьбѣ, были тщательно осмотрѣны специалистами-педиатрами. Какъ изъ объективнаго изслѣдованія, такъ и изъ анамнеза въ обоихъ случаяхъ выяснилось отсутствіе какихъ-либо признаковъ, указывающихъ на наслѣдственный сифилисъ, между тѣмъ какъ картина рахита была въ обоихъ случаяхъ выражена очень рѣзко.

4. Н. М., 6 л., мальчикъ, лежалъ въ Елисаветинской дѣтской больницѣ съ 16/п по 2/п 1906 г. съ распознаваніемъ: катаральная желтуха. Ягодицеобразный черепъ. Четки на ребрахъ и рахитическія искривленія ногъ.

5. А. С., дѣвочка, 6 л., лежитъ въ хирургическомъ отдѣленіи Елисаветинской дѣтской больницы съ конца января по поводу гнойника на ручкѣ. Ягодицеобразный черепъ. Четки на ребрахъ и рахитическія искривленія ногъ.

На основаніи всего вышеизложеннаго позволяю себѣ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Я не смѣю отрицать возможности въ исключительныхъ случаяхъ образованія сганіи patiformis на почвѣ

сифилиса, тѣмъ болѣе, что мнѣ такіе случаи не попадались для изслѣдованія.

2) Я утверждаю, что сганіум patiforme можетъ образоваться на почвѣ чистаго рахита.

3) Этимъ самымъ я позволяю себѣ опровергнуть категорическое заявленіе *J. Parrot* и *E. Fournier* о патогномичности этого признака при постановкѣ распознаванія наслѣдственнаго сифилиса.

Считаю своимъ пріятнымъ долгомъ высказать здѣсь д-ру *С. О. Проскурякову* благодарность за прекрасный свѣтописный снимокъ, снятый съ черепной покрывки сл. 1.

Источники: 1. *J. Parrot*. La syphilis héréditaire et le rachitisme. Paris. 1886 г.—2. *В. П. Жуковский*. О развитіи рахитизма и т. д. Петербургская диссертациа, 1894 г.—3. *О. Heubner*. Сифилисъ въ дѣтскомъ возрастѣ (русскій перов.). 1898 г.—4. *E. Fournier*. Уклоненія въ развитіи при наслѣдств. сифилисѣ (русск. перов.). 1899 г.—5. *Kaufmann*. Lehrbuch d. Spec. patholog. Anatomie, 1896 г.—6. *Ribbert*. Lehrbuch d. Spec. patholog. Anatomie, 1902 г.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

### Жертвы русской революціи.

#### Самоубійцы.

Въ этой замѣткѣ я намѣренъ остановиться на тѣхъ несчастныхъ, которые, будучи выбиты изъ колеи бурнымъ теченіемъ современной жизни, не нашли въ себѣ достаточной силы воли, достаточной энергіи для продолженія своего существованія и покончили съ собой или пытались это сдѣлать.

Вопросъ о самоубійствахъ тѣсно связанъ съ вопросомъ о психической заболѣваемости. По *И. А. Сикорскому* <sup>1)</sup> приблизительно  $\frac{1}{4}$  или  $\frac{1}{3}$  общаго числа самоубійствъ зависитъ отъ душевныхъ болѣзней. «Статистика показываетъ несомнѣнно», говоритъ въ своемъ учебникѣ *С. С. Корсаковъ*, «что большинство изъ самоубійцъ происходятъ изъ психопатическихъ семей и сами по себѣ представляютъ рѣзкіе признаки психической неуравновѣшенности». По видимому, однѣ и тѣже причины могутъ у однихъ предрасположенныхъ лицъ вызвать душевное заболѣваніе, другихъ привести къ рѣшенію покончить съ собой. Особенно ясна такая зависимость, напр., въ условіяхъ тюремнаго заключенія, во время войнъ, при государственныхъ переворотахъ. Московское Общество нейропатологовъ и психіатровъ, признавъ весьма важнымъ вопросомъ о вліяніи событій современнаго революціоннаго періода на нервныя и душевныя заболѣванія населенія въ научномъ и практическомъ отношеніи, обратилось съ анкетой къ медицинскимъ учрежденіямъ и врачамъ п просьбой о содѣйствіи. Я останавливаясь здѣсь на самоубійствахъ, находящихся въ связи съ освободительнымъ движеніемъ.

Для этой замѣтки я пользовался данными, сообщенными въ общей печати. Замѣтка эта не носитъ характера статистическаго изслѣдованія; я не воспользовался даже всѣми извѣстными мнѣ случаями; я хотѣлъ лишь представить главные типы самоубійствъ, связанныхъ съ современными событіями, и намѣтить ихъ причинную зависимость.

«Утомленіе жизнью (taedium vitae)», пишетъ *И. А. Сикорскій* <sup>1)</sup>, «замѣчается въ переходные періоды общественной мысли, при сдвѣгѣ одного міровоззрѣнія другимъ. Переходныя эпохи могутъ сопровождаться также и разочарованіемъ, вполне естественнымъ въ тѣ минуты, когда человѣкъ долженъ оставить міросозерцаніе, съ которымъ сжился, и перейти къ новому. Этотъ сложный процессъ психологической ломки не можетъ обойтись безъ внутренней борьбы и неразлучнаго съ ней утомленія». Позволю себѣ напомнить тотъ фактъ, что во Франціи наканунѣ революціи стремленіе къ самоубійству увеличилось. «Наклонность къ самоубійству», пишетъ проф. *И. А. Оболенскій* <sup>2)</sup>, «является результатомъ 2-хъ причинъ—болѣзненности или неуравновѣшенности душевной дѣятельности и социальныхъ условій». «Соціологи согласны» признавать

М. Губский<sup>3)</sup>, «въ томъ, что общественный организм въ настоящее время переживаетъ періодъ хроническаго заболѣванія и что причину этого заболѣванія слѣдуетъ искать въ ненормальномъ состояніи нашей современной цивилизаціи. Вѣковая борьба за существованіе обострилась до крайнихъ предѣловъ и стала для многихъ непосильной».

Сообразно общему дѣленію гражданъ Россійской Имперіи на находящихся на свободѣ и находящихся въ заключеніи, я различаю самоубійства въ тюрьмахъ и на свободѣ.

Остановлюсь сначала на самоубійствахъ въ тюремныхъ учрежденіяхъ.

Я уже писалъ однажды объ условіяхъ тюремной жизни, какъ причинѣ душевныхъ заболѣваній (см. «Русскій Врачъ», 1906 г., № 36). Газеты, журналы, мемуары освободившихся борцовъ за свободу, личный опытъ (кто теперь не сидѣлъ въ тюрьмѣ самъ, или не навѣщалъ сидящихъ тамъ родныхъ и знакомыхъ; чье сердце недавно не билось желаніемъ амнистіи?) сдѣлали для всѣхъ достаточно извѣстными возмутительныя условія тюремной жизни, доводяція людей до полного отчаянія, до сумасшествія, до желанія покончить съ собой. «Страданія медленнаго замучиванія на смерть безконечно сильнѣе, чѣмъ сконцентрированный ужасъ 24-хъ часовъ, испытываемый кандидатомъ на эшафотъ», пишетъ Н. Leiss<sup>4)</sup> о тюремномъ заключеніи. «Однажды въ Zell<sup>5)</sup> одинъ «пожизненный» явился къ начальнику тюрьмы и подалъ письменную просьбу о томъ, чтобы теперь былъ приведенъ въ исполненіе смертный приговоръ, произнесенный надъ нимъ 7 лѣтъ назадъ. Отвѣтъ: «Недопустимо». Изъ исторіи русскаго освободительнаго движенія я могъ-бы привести рядъ примѣровъ, гдѣ заключенные предпочитали смерть тюремной жизни, кончая съ собой самоубійствомъ или добиваясь для себя смертной казни. Въ одномъ Шлиссельбургѣ изъ 66—67 чел. \*) 4 кончили жизнь самоубійствомъ: повѣсился Клименко и Тихоновичъ, Гинсбургъ зарѣзался, Грачевскій съжегъ себя живьемъ, Мартыновъ, Яновичъ и Поливановъ застрѣлились вскорѣ послѣ освобожденія, Минаковъ и Мышкинъ добились, чтобы ихъ разстрѣляли, путемъ оскорбленія дѣйствіемъ кого-то изъ начальства [Якубовичъ<sup>6)</sup>].

Изъ области исторіи перейду къ печальной дѣйствительности.

Еще въ началѣ этого года, когда мечтали объ амнистіи, «Путь» писалъ: «Долгое пребываніе въ тюрьмѣ и ожиданіе амнистіи вывело большинство заключенныхъ изъ душевнаго равновѣсія, и были даже случаи попытокъ къ самоубійству».

1. Въ февралѣ въ Выборгской одиночной тюрьмѣ заболѣвшій нервнымъ разстройствомъ Мякотинъ, желая покончить съ собой, проглотилъ нѣсколько кусковъ жести отъ коробки изъ-подъ сардинъ, слѣдствіемъ чего явилось порваніе кишки и воспаленіе брюшины.

2. «Переведенный изъ Петропавловской крѣпости въ домъ предварительнаго заключенія рабочій В. Пахомовъ сталъ проявлять признаки душевнаго разстройства и 1/4 разрѣзалъ кускомъ жести отъ коробки сардинъ лучевую артерію. Положеніе больного очень серьезно». («Наша Жизнь»).

3. «Случаи помѣшательства въ Петербургскихъ тюрьмахъ», сообщаетъ въ апрѣлѣ «Путь», встрѣчаются все чаще и чаще. Последней жертвой тюремнаго режима стала студ. Пазуновъ. Въ припадкѣ остраго помѣшательства Пазуновъ перегрызъ себѣ руку съ цѣлью лишить себя жизни; только своевременная помощь спасла его отъ смерти».

4. 15-го апрѣля повѣсился заключенный П. Васильевъ, 19 л. Посаженный всего на нѣсколько дней въ одну изъ ужаснѣйшихъ камеръ, почти лишенную свѣта, онъ не вынесъ и повѣсился. Оставилъ 2 записки. Одна — къ товарищамъ, такого содержанія: «Теперь весна. Все живетъ. А я? Мнѣ нѣтъ жизни въ этомъ гробу. Вы страдаете за идеалъ. А я? Прощайте». Другая — «Къ тиранамъ». «Не думайте, что я умираю изъ-за угрозъ совѣсти. Нѣтъ, мнѣ наплевать на васъ. Будьте вы прокляты!». («Путь»).

5. «Въ іюнѣ содержащійся въ Лефортовскомъ полицейскомъ домѣ кр. Иванъ Федуловъ, 23 л., снялъ съ себя блузу, свернулъ ее жгутомъ, прикрѣпилъ къ желѣзной рѣшеткѣ и повѣсился; но Федулова вскорѣ освободили изъ мертвой петли и привели въ чувство». («Путь»).

6. «Въ іюнѣ въ «Крестахъ» одинъ товарищъ, недавно аресто-

ванный, кажется, въ Кронштадтѣ, покушался на самоубійство посредствомъ удушенія; замѣченный во-время надзирателемъ онъ былъ вынутъ изъ петли и положенъ въ камеру подъ присмотромъ 2-хъ надзирателей. Теперь у него, повидимому, душевное разстройство». («Товарищъ»).

7—8. «Въ Уманіи среди заключенныхъ политическихъ, доведенныхъ до полного отчаянія невѣроятнымъ произволомъ жандармскаго подполк. Самойлова, начались самоубійства: лишилъ себя жизни винокуръ Гервицъ, вынутъ изъ петли Тульчинеръ, тяжело психически заболѣли Холодовская и Шмушкинъ». (Изъ думскихъ запросовъ).

9. «Въ ночь на 13-ое іюля въ полицейскомъ домѣ Васильевской части покончила съ собой изъ «браунинга» слушательница Медицинскихъ Курсовъ М., содержащаяся тамъ въ теченіе нѣдѣли». («Путь»).

10. «Въ августѣ въ Одессѣ политическій преступникъ Лейбовичъ, съ цѣлью лишить себя жизни, облилъ коросиною свой матрацъ и одежду и поджогъ ихъ. Лейбовичъ отправленъ въ больницу, гдѣ и скончался». («Путь»).

11. «Въ августѣ въ Орлѣ въ одиночномъ заключеніи арестантскихъ исправительныхъ отдѣленій, крестьянинъ Тульской губ. Сабаскинъ повѣсился». («Путь»).

12. «Въ «Крестахъ» среди заключенныхъ наблюдаются случаи душевныхъ заболѣваній. 11-го августа въ темномъ карцерѣ повѣсился матросъ Арнольдъ». («Страна»).

13. «Въ Тульской губернской тюрьмѣ произошло самоубійство. Арестантъ Старостинъ облилъ надѣтое на немъ платье коросиною и на прогулкѣ поджегъ себя. Хотя горѣвшее платье скоро было потушено, тѣмъ не менѣе Старостинъ получилъ сильные ожоги». («Новая Мысль»).

14. 25-го сентября удавился въ Московской губернской тюрьмѣ молодой арестантъ. Дѣло было такъ. Медицинской Комиссіей онъ былъ признанъ душевно-болѣзненнымъ, и его постановили отпустить на поруки до Суда. Наканунѣ отпуска онъ поссорился съ надзирателемъ и въ раздраженіи ударилъ табуреткой о дверь камеры. На другой день, когда отпускали другихъ, начальникъ задержалъ его въ наказаніе за инцидентъ съ надзирателемъ и пригрозилъ, что за это его привлекутъ къ отвѣтственности и не выпустятъ на свободу. Все это сдѣлано, не смотря на то, что арестантъ былъ психически боленъ. Въ результатѣ бѣдныя съ отчаянія удавился». («Путь»).

15. «Ночью въ камерѣ 1-го полицейскаго участка, телеграфировавъ въ концѣ сентября изъ Риги газетѣ «Сегодня», повѣсился дворянинъ Нарковичъ. Арестованный, по слухамъ, подвергался усиленному допросу».

16. Изъ Риги «Биржевымъ Вѣдомостямъ» сообщаютъ: «Подъ конвоемъ солдатъ и полицейскихъ препровождали 20-го сентября на допросъ изъ участка въ сыскное 3-хъ наканунѣ арестованныхъ лицъ, изъ которыхъ 1 при задержаніи былъ раненъ пулею агентомъ сыскаго полиціи. Не доходя нѣсколькихъ шаговъ до сыскаго отдѣленія, одинъ изъ арестованныхъ, раненый наканунѣ, не смотря на то, что руки у него были связаны за спиной, перескочилъ черезъ барьеръ Маринскаго моста и прыгнулъ въ городской каналъ». (Конечно, прыгнуть въ воду раненый и связанный человекъ можетъ только съ цѣлью самоубійства). «Окунавшись въ воду, онъ вынырнулъ; но конвой открылъ по нему сильный огонь изъ револьверовъ. Послѣ 2-хъ залповъ упавшій скрылся подъ водою и больше не показывался. Только черезъ нѣсколько часовъ вытащили изъ канала его трупъ, изрѣзанный пулями».

17. «Въ Одессѣ въ ноябрѣ анархистъ (?) Вейландъ, осужденный военнымъ судомъ къ каторжнымъ работамъ, отправился на шатырнымъ спиртомъ въ вагонѣ во время отправки въ Московскую пересыльную тюрьму». («Новый Путь»).

18. «Въ «XX Вѣкѣ» г. Владиміровъ писалъ о пыткахъ въ Ригѣ, въ сѣзжамъ домѣ 2-й Петербургской части. «Въ камерѣ сѣзжаго дома привели 2-хъ арестованныхъ братьевъ. Одного изъ нихъ къ вечеру повели на допросъ. Его долго и жестоко мучили; онъ упорствовалъ и никого не оговаривалъ. Его мужество оказалось сильнѣе пытокъ; палачи утомились, но не получили ни одного «чистосердечнаго признанія». Совершенно окровавленнаго, его помѣстили въ нижнемъ этажѣ, въ холодномъ карцерѣ. Несчастный не могъ пережить вновь этихъ страшныхъ мукъ, нечеловѣческихъ пытокъ, и рѣшилъ умереть, не дожидаясь ихъ. Но не такъ-то легко было это сдѣлать въ тюрьмѣ. Къ счастью, ему повезло. Въ правомъ углу отъ входа оказалась ввернутый въ стѣну крюкъ на разстояніи 1 арш. отъ пола. Правда, при такомъ близкомъ разстояніи отъ опоры очень трудно повѣситься; но его желаніе умереть было настолько велико, что онъ сдѣлалъ жгутъ изъ полосы своей рубашки, самъ втиснулъ на полу, а голову просунулъ въ петлю. Въ такомъ наклонномъ положеніи часовой его замѣтилъ, когда онъ представлялъ уже собою холодный трупъ. Надо думать, умиралъ онъ долго и въ страшныхъ мученіяхъ: все лицо было искажено ужасными судорогами».

Итакъ, мы видимъ вѣстойчиво повторяющіеся случаи тюремныхъ самоубійствъ; т. наз. «политическіе» стрѣляются, вѣшаются, сжигаютъ себя живьемъ. Отчего-же это происходитъ? Прежде всего, въ условіяхъ тюремнаго «жизнія» сконцентрированы сотни причинъ соматическаго и психическаго характера, вызывающихъ у заключенныхъ чувство сильнѣйшаго утомленія и отвращенія отъ жизни.

\*) Изъ нихъ 11 чел. недолго пробыли тамъ и были казнены черезъ 2—3 дня по приѣздѣ.

На заключенных в тюрьмы продолжает непрерывно действовать внешняя политика; каждый поворот в сторону реакции обрушивается своей тягостью прежде всего на пленных бюрократической политики и производит в них или иные урвзкы в и безъ того уже давящемъ режимѣ. Въ тюрьмѣ заключенные не находятся на покой, а въ непрерывной борьбѣ со своими истинными врагами, находясь со своими тюремщиками въ самомъ близкомъ, вынужденномъ взаимодействіи. Затѣмъ, въ условіяхъ тюремной жизни, какъ въ выпукломъ зеркалѣ, отражается въ увеличенныхъ и фантастическихъ формахъ и безъ того ужасная родная действительность. Больше слабымъ духомъ, можетъ-быть, «именно самосохраненіе побуждаетъ положить конецъ дѣйствию невыносимыхъ нравственныхъ и физическихъ условій» (И. А. Сикорскій). Замѣчу, что у многихъ изъ тюремныхъ самоубійцъ при жизни еще были отвлечены нервные и душевные расстройства. Мѣсто для больныхъ не тюрьма, а больница; надлежащій уходъ, конечно, сохранилъ-бы многія изъ этихъ жизней.

Переходя къ самоубійцамъ, находившимся на свободѣ, ясно сплетшимъ свою судьбу съ революціоннымъ періодомъ, можно выделить и переходную группу — лицъ, находившихся на свободѣ, но только-что вышедшихъ изъ тюрьмы или такъ или иначе съ ней связанныхъ. Тюрьма, заключеніе, одиночное заключеніе — «ужаснѣйшая изъ всѣхъ мукъ», какъ наслѣдственное отягощеніе, продолжаетъ преслѣдовать и освобожденныхъ преступниковъ, доводя ихъ иногда до чувства патологическаго ужаса, а послѣ продолжительнаго заключенія вызывая полную непригодность къ жизни. Напомню, что изъ освобожденныхъ изъ Шлиссельбургской крѣпости 3-ое застрѣлились вскорѣ послѣ освобожденія.

19. Въ апрѣлѣ въ с. Дивовкѣ, Саратовской губ., освобожденный по болѣзни изъ Аткарскихъ «котловъ» крестьянинъ узналъ отъ кого-то, что онъ будетъ на свободѣ только пока боленъ, а выздоровѣвъ, — снова посадятъ; эта перспектива такъ пугала больного, что онъ рѣшилъ наложить на себя руки: залѣзъ тайкомъ въ погребъ и повѣсился. Жена и дѣти малыя хватились, когда несчастный уже заходѣлъ. До тюрьмы онъ былъ здоровый человекъ» («Путь»).

20. 13-го февраля застрѣлился на улицѣ (около Николаевского вокзала) юноша Ефимовъ, только-что выпущенный изъ тюрьмы. Покойный былъ арестованъ въ 1905 г., просидѣлъ 7 мѣс., въ октябрѣ былъ амнистированъ, въ декабрѣ снова арестованъ и сидѣлъ до первыхъ чиселъ февраля. Тюрьма подѣйствовала на него удручающимъ образомъ и явилась, повидимому, причиной его самоубійства («Путь»).

21. Въ ночь на 20-ое августа выстрѣломъ изъ револьвера покончилъ съ собой студентъ Петербургскаго Университета Н. А. Зинovieвъ. Н. А. участвовалъ въ русско-японской войнѣ, затѣмъ принималъ участіе въ освободительномъ движеніи, былъ арестованъ, затѣмъ былъ освобожденъ» («Новый Путь»).

22. Въ Переяславской тюрьмѣ 6-ой мѣсяцъ содержится кр. В. Науменко, арестованный за принадлежность къ крестьянскому Союзу. Нѣсколько времени назадъ Науменко поѣхала его жена, на которую тюрьма произвела такое впечатлѣніе, что она, возвратившись домой, повѣсилась» («Отголоски Жизни»).

Дальше идутъ самоубійцы изъ другихъ сферъ; обойти ихъ молчаніемъ нельзя.

23. 5-го июня застрѣлился поручикъ отдѣльнаго корпуса жандармовъ В. Н. Зеленскій. Покойный оставилъ записку: «Прощу въ моей смерти никого не винить, умираю отъ угрызѣній совѣсти».

24. Въ Гангѣ въ гостиницѣ Grand Hotel застрѣлился роти. Назимовъ, принимавшій участіе въ карательныхъ экспедиціяхъ въ Прибалтійскомъ краѣ. Назимовъ оставилъ записку, что причина самоубійства — угрызѣнія совѣсти.

Конечно, только слабовольные и безхарактерные люди прибѣгаютъ къ подобнымъ способамъ исправленія своихъ ошибокъ.

Затѣмъ слѣдуетъ отмѣтить самоубійства въ пылу борьбы, направленные къ тому, чтобы не даться живымъ въ руки враговъ. Къ случаямъ подобнаго рода относятся слѣдующіе.

25. Въ Петербургѣ 20-го июня студ. Мавринъ послѣ обыска въ школѣ околотоchnымъ въ участокъ и попросилъ взять съ собой пудушку. Во время ѣзды онъ вдругъ выхватилъ изъ пудушки револьверъ и, выстрѣливъ въ околотоchnаго, бросился бѣжать въ безлюдный и плохо освѣщенный Сытный рынокъ. Сторожа, пытавшася его задержать, онъ убилъ и спрятался въ небольшомъ ряду. На выстрѣлы собралась публика и полиція и стала подходить къ мѣсту, гдѣ спрятался Мавринъ. Раздавшіеся 2 выстрѣла никого не ранили; третьимъ Мавринъ покончилъ съ собой». («Русскія Вѣдомости»).

26. Изъ Минска телеграфируютъ 3-го октября: «Въ Рачицкомъ уѣздѣ...

грабителей. Одинъ изъ грабителей при задержаніи застрѣлился; 3-ое остальныхъ заключены въ тюрьму». (Петербургское агентство).

Говоря о самоубійствахъ среди русскихъ врачей, имѣющихъ печальную привилегію занимать 1-ое мѣсто въ свѣтѣ по числу самоубійствъ», проф. И. А. Сикорскій<sup>6)</sup> указываетъ на утомительность и трудность врачебной профессіи. «Каждому врачу, по замѣчанію покойнаго Charcot», (говоритъ И. А. Сикорскій), «приходится работать въ утомительной нравственной атмосферѣ, наполненной концентрированными человѣческими страданіями». Въ подобной атмосферѣ приходится теперь работать и жить всѣмъ намъ. Пытки, казни, расправы и разстрѣлы, террористическіе акты и всякаго рода скорые и ускоренные, военные и полевые суды дѣйствуютъ страшно деморализующимъ образомъ на населеніе. Человѣческая жизнь стала цѣниться очень дешево. «Око» отмѣчаетъ, что «одному изъ осужденныхъ въ Ревелѣ военно-полевымъ судомъ ген.-губернаторъ замѣнилъ смертную казнь 4-лѣтней каторгой, — такимъ сравнительно легкимъ по нашему статуту наказаніемъ».

Не всѣ могутъ вынести такую тяжелую атмосферу.

27. Въ концѣ февраля въ Тобольскѣ отравилась фельдшерица Бердюгина. Она не могла перенести произвола, насилія и безправія, совершаемыхъ въ нашей странѣ. Какъ видно изъ оставленнаго ею письма, послѣднимъ побужденіемъ къ самоубійству послужило извѣстіе о насиліи надъ Спиридоновой. Послѣднее настолько повліяло на впечатлительную натуру дѣвушки, что она рѣшила лучше покончить съ собой, чѣмъ жить среди окружающей действительности» («Путь»).

28. «Въ экономіи близъ с. Ракитнаго въ прудѣ утонулъ во время купанія сынъ помѣщика, реалистъ 6-го класса, С-ій... Убитые горемъ родители приписали смерть несчастному случаю и похоронили единственнаго сына. Изъ письма на имя товарища стало можно узнать правду». (Приведу цѣликомъ это очень любопытное съ психологической точки зрѣнія письмо). «Милый другъ Саша! Въ то время, когда ты будешь читать эти строки, меня уже не станетъ. Чтобы не огорчить родителей и особенно дядю Алексѣя, я утону во время купанія въ нашемъ прудѣ; но на самомъ дѣлѣ, я кончаю жизнь самоубійствомъ и тебѣ, какъ лучшему другу золотой юности, открою передъ могилой тайну моей смерти. Я безконечно, безумно люблю Марію Спиридонову. Я молился на ея портретъ, дышалъ мыслями о ней и все думалъ, что, вотъ, ее помилюютъ, и я упаду къ ея ногамъ и расскажу ей все, все... Амнистія нѣтъ и, кажется, никогда не будетъ; моя дорогая Марія угасаетъ въ Пугачевской башнѣ, и я не переживу ея смерти... Поэтому ухажу раньше въ тотъ міръ, гдѣ нѣтъ Пугачевскихъ башенъ; тамъ я скоро съ нею увижусь. Михаилъ». (Корреспонденція въ «XX Вѣкѣ» изъ Бѣлой Церкви, Кіевской губ.).

29. «Въ октябрѣ въ Вильнѣ окончившій самоубійствомъ дѣло-производитель городской Управы Шмурло оставилъ записку, въ которой, какъ на причину смерти, указываетъ на невозможность жить подъ впечатлѣніемъ массовыхъ разстрѣловъ по приговору военныхъ-полевыхъ судовъ». («Новый Путь»).

30. «6-го октября 2 раза бросался подъ поѣздъ бывшій конторщикъ Прохорова, на Прѣснѣ, Алексѣй Новиковъ, 22 л. Оказывается, еще раньше онъ дѣлалъ попытки отравиться и утопиться. Покупеніа на самоубійство вызваны сильнымъ нервнымъ расстройствомъ, полученнымъ въ дни декабрьскаго возстанія, когда Новиковъ находился на фабрикѣ Прохорова» («Новый Путь»).

2 страшныхъ спутника русской революціи — безработица и голодъ — также захватываютъ себя жертвы.

31—32). «Одесскія газеты сообщаютъ, что въ одинъ день на улицахъ Одессы произошли 2 случая самоубійства изъ-за голода и безработицы. Одинъ рабочій, 22 л., М. Проскуринъ, покушался на самоповѣшеніе и былъ спасенъ городовымъ; въ теченіи 3-хъ дней онъ безплодно бродилъ по Одессѣ, тщетно искалъ работы и голодалъ. Другой, Е. Лифатовъ, отчаявшись найти работу, нанесъ себѣ ножомъ нѣсколько ранъ на животѣ и умеръ въ городской больницѣ въ страшныхъ мученіяхъ. Подобные случаи самоубійствъ стали повторяться въ Одессѣ въ послѣдніе мѣсяцы часто. Находятъ часто голодающихъ безработныхъ въ безчувственномъ состояніи на улицахъ и въ садахъ. Администрация города снабдила постовыхъ городовыхъ безплатными билетами для полученія обѣдовъ для выдачи ихъ голодающимъ рабочимъ, падающимъ на тротуарахъ улицъ въ изнеможеніи отъ голода и нужды» («Новый Путь»).

33) «Въ Петербургѣ 5-го октября рабочій Павелъ Штаталинъ, находясь въ крайне критическомъ матеріальномъ положеніи, уволенный 1/2-года назадъ съ завода, покушаясь на самоубійство выпилъ большую рюмку уксусной эссенціи. Здоровье его находится въ опасности». («Товарищъ»).

Я кончилъ.

Проф. И. А. Сикорскій<sup>1)</sup> говоритъ: «Явленія самоубійства налагаютъ на представителей разныхъ специальностей нравственный долгъ трудиться на общемъ полѣ раз-

въ наши дни стало болѣзнью вѣка». Въ вышеприведенныхъ случаяхъ связь между производящей причиной и самоубійствами ясна, предохранительныя мѣры понятны. Когда бюрократическій способъ управленія въ Россіи смѣнится какимъ-нибудь болѣе чуткимъ и сознательнымъ, человѣческая жизнь безъ сомнѣнія будетъ цѣниться дороже.

Л. Прозоровъ.

Источники: 1. И. А. Сикорскій, проф. Психическое состояніе передъ самоубійствомъ. «Вопросы нервно-психической медицины», 1.—2. Н. А. Оболенскій, проф. Самоубійство въ Кіевѣ. Тамъ-же VII.—3. Губскій. Самоубійство. Энциклопедическій Словарь.—4. Н. Leiss. Въ исправительной тюрьмѣ.—5. Якубовичъ, Шлассельбургскіе мученики.—6. И. А. Сикорскій, проф. Самоубійство среди русскихъ врачей. «Вопросы нервно-психической медицины». I.

## Изъ Берн'а.

### Сифилидологическій Съездъ.

Вопросъ объ экспериментальномъ сифилисѣ и патогенезѣ этой болѣзни за послѣдніе 2 года, вслѣдъ за успѣшными работами И. И. Мечникова и Schaudinn'a, подвергся капитальной и многосторонней разработкѣ. Результаты многочисленныхъ изслѣдованій въ этомъ направленіи были приведены къ итогу на недавно окончившемся Берн'скомъ Съездѣ, гдѣ вопросъ объ экспериментальномъ сифилисѣ и о *Spirochaete pallida* былъ поставленъ на первомъ мѣстѣ. Не безынтересно поэтому, мнѣ кажется, будетъ изложеніе здѣсь вкратцѣ тѣхъ данныхъ, которыя были доложены Съезду различными работниками въ этой области.

Съездъ начался 30-го августа и продолжался до 1-го сентября; устроенъ онъ былъ вѣмецкимъ дерматологическимъ Обществомъ. Засѣданія происходили въ актовомъ залѣ «Universitatis Foederatae Helveticae», изъ оконъ котораго открывается чудный видъ на сыговую цѣпь Альповъ. Зданіе Университета расположено на холмѣ, и на содержаніе его тратится  $\frac{1}{10}$  часть доходовъ Берн'скаго кантона. Изъ оконъ Университета открывается также панорама на Берн, среди зданій котораго высится новый парламентъ съ Швейцарскимъ Крестомъ на верху и Münster (соборъ), въ которомъ для членовъ Съезда въ 1-й день былъ устроенъ органный концертъ.

Засѣданія Съезда начались рано утромъ привѣтственными рѣчами ректора Университета и проф. Jadassohn'a, состоящаго профессоромъ сифилидологии въ Бернѣ и директоромъ мѣстной сифилидологической клиники. Затѣмъ слѣдовали сообщенія Neisser'a, И. И. Мечникова и Finger'a.

Neisser сообщилъ результаты своихъ многочисленныхъ опытовъ надъ прививкою сифилиса обезьянамъ на о. Явъ, гдѣ онъ провелъ цѣлую зиму и могъ изучить воспримчивость къ зараженію у различныхъ породъ обезьянъ. Изъ важныхъ фактовъ, приведенныхъ Neisser'омъ, слѣдуетъ указать на заразительность третичнаго періода, на возможность успѣшнаго вырѣзыванія первичнаго мѣста зараженія и на способъ «комплементарнаго» распознаванія сифилитическихъ заболѣваній, который Neisser усиленно разрабатываетъ.

И. И. Мечниковъ сообщилъ о томъ, что ему удалось получить ослабленный вирусъ сифилиса путемъ послѣдовательныхъ переводовъ черезъ организмъ макака (19 переводовъ). Переведенный такимъ образомъ ядъ сохраняетъ свою вирулентность къ виду животного, на которомъ дѣлаются перевивки, но ослабляется по отношенію къ человѣку и къ шимпанзе. И. И. Мечниковъ привелъ нѣсколько опытовъ на людяхъ. Въ 1 случаѣ у его помощника Л. на губѣ появилась язва, признанная специалистами за неспецифическую; между тѣмъ въ язвѣ были найдены характерныя спирохеты, и изъ нея сдѣланы прививки серіи разнообразныхъ породъ обезьянъ, давшія положительный результатъ. Коснувшись вопроса о профилактикѣ заболѣваній, И. И. Мечниковъ совѣтывалъ для предупрежденія развитія явленій послѣ зараженія втирать 20%—30%-ую каломелевую мазь. Опыты на д-рѣ Maisonneuve'ѣ и еще

на одномъ 79-лѣтнемъ старикѣ дали благоприятный результатъ въ этомъ смыслѣ. Точно также въ пользу вторичной говорятъ наблюденія нѣкоторыхъ клиницистовъ, приведенныя И. И. Отрицательные результаты Neisser'a и И. И. Мечниковъ объясняетъ тѣмъ, что Neisser применялъ слабую каломелевую мазь съ 5%—10% каломеля.

Крайне важное сообщеніе Finger'a касалось вопроса о невоспримчивости къ сифилису. Прививая вторично сифилитикамъ заразу въ различные періоды заболѣванія, Finger установилъ возможность повторнаго зараженія. Явленія, развивающіяся на мѣстѣ вторичнаго зараженія, соответствуютъ тому періоду, въ которомъ находится больной (въ первичномъ—твердая язва, въ папулезномъ—папула, въ гуммозномъ—гумма).

Вечеромъ въ 1-ый день члены Съезда собрались въ Esche-Garten, на террасѣ, откуда наблюдали переливы цвѣтовъ на Альпахъ при заходѣ солнца.

2 ой день Съезда былъ посвященъ вопросу о *Spirochaete pallida*, о значеніи которой сдѣлалъ сообщеніе Hoffmann, сотрудникъ безвременно умершаго Schaudinn'a. Сообщеніе это сопровождалось многочисленными предьявленіями. Затѣмъ нижеподписавшіяся вкратцѣ сообщили результаты своихъ наблюденій на павіанахъ и на людяхъ (см. выше, стр. ) и показали соответственные препараты.

Отдѣлъ предьявленій былъ поставленъ на Съездѣ очень хорошо. Было показано много больныхъ; была устроена выставка муляжей и снимковъ. Много предьявлено было также микроскопическихъ препаратовъ Hoffmann'омъ, Ehrmann'омъ, Rona, Herzheimer'омъ, Buschke, нижеподписавшимися и др. Интересны находки спирохетъ въ нервахъ (Ehrmann), въ сѣмянныхъ канальцахъ (Howen) и въ яичникахъ (Walters), а также въ роговой оболочкѣ кроликовъ, которымъ сифилитическій ядъ былъ привитъ въ глазную камеру (Bartarelli). Въ преніяхъ, укрѣпившихъ среди участниковъ Съезда убѣжденіе въ этиологическомъ значеніи спирохетъ, принимали участіе Blaschko, Doutrelepon, Grownen, Jadassohn и др.

3-й день Съезда былъ посвященъ венерическимъ заболѣваніямъ.

Въ заключеніе было рѣшено издать «Труды» Съезда въ одномъ томѣ съ атласомъ и посвятить это изданіе памяти Schaudinn'a. Въ настоящее время Комитетъ Съезда озабоченъ скорѣйшимъ осуществленіемъ этого постановленія.

По окончаніи занятій Съезда, не обошлось безъ банкетовъ и экскурсій, изъ которыхъ наиболѣе интересныя были на Gurten, на Beatenberg и по Туновому озеру. Ушло на нихъ сравнительно мало времени, но освѣжающихъ впечатлѣній получилось много. Участники Съезда перешли на положеніе туристовъ и отдавались непринужденному созерцанію живописной Швейцарской природы.

Д. Заболотный.

## ИЗЪ ТЯКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

Физиологія и общая патологія. 609 Д-ръ Lennquist произвелъ рядъ опытовъ на собакѣ съ отдѣленнымъ по Heidenhain-Павлову желудочкомъ и свищами желудка и 12-перстной кишки. Кромѣ того, у собаки были совершенно раздѣлены полости желудка и кишки посредствомъ заранее сдѣланной оперативной перегородки на границѣ между привратниковой частью желудка и кишкой. Цѣлью работы было изслѣдовать отдѣленіе желудочнаго сока въ зависимости отъ присутствія пищи и фруктовъ сокоотпелыхъ веществъ только въ желудкѣ или кишкѣ, либо въ обоихъ органахъ одновременно и при отсутствіи психическихъ вліяній (видъ, запахъ пищи, актъ ѣды), являющихся сильнѣйшими возбудителями отдѣленія желудочнаго сока. Авт. пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ. Отдѣлительный процессъ пепсиновыхъ железъ находится не только въ зависимости отъ психическихъ вліяній, но также и отъ химическаго воздѣйствія извѣстныхъ веществъ на слизистую оболочку желудка и кишки. Жиръ дѣйствуетъ задерживающимъ образомъ на отдѣленіе желудочнаго сока.



Дѣйствіе это исходитъ не со стороны желудка, но отраженнымъ путемъ со стороны кишокъ. При гастроэнтеростоміи это дѣйствіе жидкой жирной пищи сказывается гораздо сильнѣе. Въ отдѣленномъ отъ кишокъ упомянутою перегородкою желудкѣ введеніе различныхъ веществъ весьма различно вліяетъ на желудочное сокоотдѣленіе. Вода, алкоголь и продукты болѣе сильнаго перевариванія бѣлка куриныхъ яицъ, мясои *Liebig*'овскій экстрактъ вызываютъ обильное сокоотдѣленіе. Соляная кислота (0,1—0,5%), а также естественный желудочный сокъ при введеніи ихъ въ желудокъ вызываютъ только весьма слабое сокоотдѣленіе. Масляная (0,5%) и молочная кислоты возбуждаютъ дѣятельность желудочныхъ железъ, первая—немного слабѣе, чѣмъ вода, вторая—одинаково съ водой. При вливаніи въ желудокъ растворовъ соды и поваренной соли отдѣленіе желудочнаго сока всецѣло зависитъ отъ крѣпости растворовъ. Наименьшее количество сока отдѣляется при физиологическомъ растворѣ NaCl. Количество его увеличивается по мѣрѣ усиленія или разбавленія раствора. Слабые растворы соды (0,25—0,5%) обнаруживаютъ приблизительно такое-же дѣйствіе, какъ и равный объемъ воды; при крѣпкихъ растворахъ (1,0—1,5%) получается значительное усиленіе сокоотдѣленія, выступающее сильнѣе всего въ концѣ 1-го и началѣ 2-го часа послѣ вливанія. Слюна и желчь, введенныя въ желудокъ, даютъ то-же количество желудочнаго сока, какъ и вода. Желчь осаждаетъ пепсинъ и прекращаетъ такимъ образомъ пепсиновое пищевареніе въ желудкѣ. Вода и алкоголь всасываются въ желудкѣ. Дѣйствіе алкоголя оказывается всего замѣтнѣе въ теченіи первыхъ 30 мин., когда и процессъ всасыванія его и сокоотдѣленіе происходятъ наиболѣе энергично. Мѣстное дѣйствіе нѣкоторыхъ веществъ (NaCl, кислоты) на слизистую оболочку желудка сводится къ отдѣленію большого количества слизи, что понижаетъ кислотность желудочнаго сока. Со стороны 12-перстной кишки ни вода, ни солевые растворы (0,2—2,0%) никакого дѣйствія на отдѣленіе желудочнаго сока не оказываютъ; жидкій жиръ сильно задерживаетъ его; сода также задерживаетъ, хотя и слабѣе. Процессъ естественнаго пищеваренія совершается быстрѣе и совершеннѣе, чѣмъ *in vitro*. Зависитъ это отъ того, что желудочный сокъ, благодаря движеніямъ желудка, можетъ лучше дѣйствовать на бѣлковыя вещества, а также и отъ того, что продукты перевариванія, задерживающіе пищевареніе, уходятъ изъ желудка (Гельсингфорская диссертация, 1906 г.). В. Болдыревъ.

**Бактеріологія.** 610. Для тѣхъ, кто занимается бактериологическимъ распознаваніемъ тифа, представитъ несомнѣнный интересъ статья *Gräfa*, сообщающая результаты многочисленныхъ изслѣдованій, систематически производившихся въ гигиеническомъ Институтѣ гор. Кіея. Для распознаванія тифа авт. дѣлалъ не только реакцію *Widal*'а, которая въ большинствѣ случаевъ удается лишь со 2-ой недѣли заболѣванія, но также посѣвы изъ крови въ 1-ую недѣлю заболѣванія и посѣвы кала и мочи для выдѣленія тифозныхъ палочекъ. Способность къ склеиванію изслѣдовалась по способу *Kolle*, а именно: приготовлялись разведенія сыворотки въ физиологическомъ растворѣ ClNa (1:30, 1:50, 1:100, 1:200 и даже до 1:2000) и къ 1 к. стм. даннаго разведенія сыворотки прибавлялось 1 ушко бактерій съ 20-часовой разводки на косомъ агарѣ. Склеиваніе наблюдалось исключительно макроскопически, простымъ глазомъ, уже черезъ 2 часа, при отрицательномъ результатѣ—черезъ 4—6—8 час. (такое запоздалое склеиваніе авт. наблюдалъ въ 30 случаяхъ). Склеиваніе черезъ 24 часа нельзя считать доказательнымъ, такъ какъ оно можетъ наступить случайно, а также и потому, что черезъ 24 часа въ разведенной сывороткѣ часто развиваются многочисленные кокки, попадающіе въ набранную кровь, повидимому, съ кожи. Рядомъ со способностью къ склеиванію бактерій тифа всегда ставились пробы на паратифъ—В; при отрицательномъ результатѣ съ тифомъ и паратифомъ авт. изслѣдовалъ еще и способность къ склеиванію паратифа А; впрочемъ, за все время ни одного случая паратифа А установить не удалось. Что касается результатовъ пробы *Widal*'а, то *Gräfa* приходилось наблю-

именно при тифѣ 1:5000, при паратифѣ-же даже 1:100000 и 1:200.000 (?), что обыкновенно удается наблюдать только въ лабораторіи при долговременной иммунизации животныхъ. Какъ и всякій болѣе или менѣе обширный матеріалъ по вопросу о способности къ склеиванію, и данныя *Gräfa* приводятъ къ тому заключенію, что бываютъ случаи, когда и реакція *Widal*'а не даетъ вполне надежныхъ указаній, и поэтому въ сомнительныхъ случаяхъ необходимо продѣлать и другія бактериологическія пробы (посѣвы изъ крови и кала). Какъ на примѣръ такихъ случаевъ, слѣдуетъ указать, что кровь одной больной, умершей отъ родильной горячки, склеивала тифозную палочку въ разведеніи 1:100; далѣе, при гриппѣ была найдена положительная реакція *Widal*'а въ разведеніи 1:200. Необходимо также отмѣтить, что параллельное изслѣдованіе паратифа В иногда можетъ создать путаницу въ распознаваніи, ибо кровь больныхъ тифозныхъ часто обнаруживаетъ дов. высокую сопутствующую склеивающую способность (*Mitagglutination*) по отношенію къ паратифу, и иногда, напр., у *Gräfa* получался такой результатъ, что при несомнѣнномъ тифѣ способность къ склеиванію тифозной палочки была ниже, чѣмъ паратифозной (тифозной 1:100, паратифозной 1:500. Не употреблялъ-ли авт. въ этихъ случаяхъ трудно склеивающуюся разводку тифа и легко склеивающуюся паратифа? *Ред.*). При одинаковомъ склеиваніи тифозныхъ и паратифозныхъ палочекъ ставилось распознаваніе тифа по той причинѣ, что при паратифѣ по большей части не наблюдается высокой сопутствующей склеивающей способности по отношенію къ тифозной палочкѣ. На ряду съ реакціей *Widal*'а *Gräfa* приходилось примѣнять посѣвы изъ крови, кала и мочи; для посѣвовъ употреблялись среды *v. Drigalsk*'аго (лактозъ—лактозъ—агаръ) и агаръ съ *Malachitgrün* (по *Lents*'у и *Tierts*'у), при чемъ оказалось, что на послѣдней средѣ удавалось находить тифозныя колоніи въ то время, какъ на средѣ *v. Drigalsk*'аго онѣ не выросли; поэтому авт. совѣтуетъ дѣлать посѣвы сразу на обоихъ средахъ. На слѣдующій день подозрительныя тифоподобныя колоніи переносятся на косой агаръ, желатину и *Neutralrothagar*, затѣмъ съ косого агара дѣлается реакція склеиванія специфической сывороткой въ высокихъ разведеніяхъ. Реакція склеиванія непосредственно со среды *v. Drigalsk*'аго по большей части удается хуже, съ *Malachitgrün*—агара—гораздо лучше. Если колоніи не измѣняютъ цвѣта среды *v. Drigalsk*'аго и склеиваются въ высокомъ разведеніи специфической сывороткой, то въ большинствѣ случаевъ можно поставить распознаваніе тифа; однако и здѣсь слѣдуетъ быть осторожнымъ и въ сомнительныхъ случаяхъ дѣлать и остальные реакціи на тифъ (*Neutralrothagar*, желатина, а иногда и всѣ характерныя пробы: посѣвы на молоко, картофель, на средѣ *Barsiekow*'а, индоловую реакцію), такъ какъ въ нѣкоторыхъ—правда, рѣдкихъ—случаяхъ даже характерныя тифоподобныя колоніи на средѣ *v. Drigalsk*'аго и при томъ склеивающіяся въ высокихъ разведеніяхъ специфической сывороткой могутъ оказаться не тифомъ. Авт. приводитъ 2 случая, гдѣ онъ такимъ образомъ былъ введенъ въ заблужденіе, принявъ за тифозную палочку такую, которая оказалась разжижающей желатину, и въ другой разъ какую-то споросную палочку; а между тѣмъ ростъ на средѣ *v. Drigalsk*'аго былъ характерный и способность сыворотки къ склеиванію—высокая (1:2000). Авт. изучилъ также весьма интересный вопросъ, съ которымъ приходится считаться всякому, работающему со средой *v. Drigalsk*'аго, а именно: посѣвы изъ кала и изъ воды на этой средѣ часто даютъ синія съ различными оттѣнками колоніи, очень похожія на колоніи тифозныхъ палочекъ, но въ послѣдствіи при изученіи ихъ роста на другихъ средахъ онѣ оказываются вѣтифозными. *Gräfa* выдѣлил 108 такихъ разводовъ, которые онъ раздѣлил на 14 группъ по ихъ морфологическимъ и биологическимъ свойствамъ. Всѣ эти разводки однако не склеиваются специфической тифозной сывороткой (*Zeitschrift für Hygiene*, т. 54, тетр. 2).

Б. Клейнъ.

**Внутреннія болѣзни.** 611. Д-ръ *Saito* (Японія) провѣрялъ въ Берлинскомъ патологическомъ Институтѣ при-

для исследования отдлительной работы желудка, как известно, состоит в томъ, что больной проглатывает маленький резиновый мѣшечекъ, содержащій метиленовую синьку и завязанный сырымъ гѣггутомъ. Если отдлительная дѣятельность желудка нормальна, то кѣгутъ растворяется в немъ, мѣшечекъ раскрывается, синька всасывается и черезъ опредѣленное время выдѣляется съ мочей. Весь способъ основанъ на томъ, что соединительная ткань растворяется только въ желудкѣ; слѣд., если въ немъ дѣйствующаго сока нѣтъ, то мѣшечекъ пройдетъ весь кишечникъ закрытымъ, и синька въ мочѣ не появится. При своихъ провѣрочныхъ исследованияхъ авт. нашелъ слѣдующія данныя, которыя значительно уменьшаютъ клиническое значеніе реакціи *Sahli*. 1) Ни въ сокѣ поджелудочной железы, ни въ вытяжкѣ изъ кишки, взятыхъ въ отдлительности, кѣгутъ не растворяется; но, если взять смѣсь этихъ соковъ, то онъ растворяется въ нихъ черезъ 6—27 часовъ; примѣсь желчи не мѣшаетъ этому растворенію. Изъ этого слѣдуетъ, что кѣгутъ, не растворившійся въ желудкѣ (вслѣдствіе отсутствія дѣятельнаго сока), можетъ растворяться въ кишечникѣ, гдѣ синька и всосется, а затѣмъ выдѣлится съ мочей и дастъ такимъ образомъ невѣрный результатъ. 2) Въ желудкѣ синька не всасывается; чтобы поступить въ общій кругъ кровообращенія, она должна попасть въ кишечникъ; если двигательная способность желудка ослаблена, то всасываніе синьки, не смотря на нормальное сокоотдѣленіе, можетъ при этомъ задержаться, и опять получится неправильный результатъ исследования. 3) Наконецъ, автору удалось показать, что время, потребное для растворенія кѣгута, въ значительной степени зависитъ отъ крѣпости сока: чѣмъ онъ разведеннѣе, тѣмъ больше для этого нужно времени; если сокъ жидокъ, а двигательная работа желудка усилена, то кѣгутъ можетъ и не успѣть раствориться (*Berliner klinische Wochenschrift*, № 40). А. К.

## ОТЧЕТЫ

### изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

#### LXXVII. Изъ акушерско-гинекологическаго Общества въ Петербургѣ.

(Засѣданіе 21-го сентября).

Проф. Г. Е. Рейнъ и Н. И. Стравинскій сказали нѣсколько словъ по поводу смерти А. И. Байкова, А. А. Гейнленда и Н. И. Быстрова. Присутствовавшіе почтили память покойныхъ вставаніемъ.

В. А. Столыпинскій. *Случай пубіотоміи*. 28-лѣтняя женщина, рожавшая въ 4-й разъ, поступила въ Родовспомогательное заведеніе 14/вш 1906 г. 1-ые роды, 21/х 1903 г., оконченны были прободеніемъ головки плода; 2-ые, 31/х 1903 г., — лоносѣченіемъ, произведеннымъ проф. Н. Н. Феноменовымъ; 3-ьи — искусственными преждевременными родами, въ началѣ 9-го мѣсяца; плодъ извлеченъ въ глубокой асфиксіи и вскорѣ умеръ. Тазъ: вертлуги 30, гребни 29, ости 25, прямой наружный 18,5, диагональная конъюгата 10. Животъ отвислый. Сердцебіеніе плода — вѣтво отъ пупка, ясное. Надъ входомъ въ тазъ — подвижная головка. Въ области лоннаго сочлененія — рубцы отъ бывшей симфизеотоміи. Такая-же рубцовая ткань во входѣ во влагалище, справа отъ уретры. Воды стоять. Открытіе зѣва полное. Головка высоко надъ входомъ, подвижна. 14/вш, въ 1 час. дня, пубіотомія, подъ хлороформно-кислороднымъ усиленіемъ. Разрѣзъ по верхнему краю лѣвой лонной кости, отступа на 1 см. отъ срединной линіи, длиною въ 4 см. По обнаженіи верхняго края кости — отдѣленіе прикрѣпляющихся къ нему брюшныхъ мышцъ на пространствѣ 1—1,5 см. Проведеніе иглы *Döderlein*'а, подъ провѣркой пальца, введеннаго сначала въ рану, а затѣмъ въ рукавъ, до нижняго края низходящей вѣтви лонной кости, въ область верхней  $\frac{1}{2}$  лѣвой большой губы. Надрѣзавъ здѣсь кожу, докладчикъ вывелъ верхушку проводника и прицѣпилъ къ нему пилку *Gigli*. Проведеніе пилки снизу вверх и легкое перепиливаніе кости. Концы костей разошлись на 2 поперечныхъ пальца. Кровотеченіе изъ верхней раны остановлено тампономъ. Поворотъ и извлеченіе живого плода, вѣсомъ въ 4350 грм. и длиною въ 55 см. При извлеченіи головки — расхожденіе костей еще на 1 см. По окончаніи операціи тазовая кость сближена, и на мышцы вмѣстѣ съ надкостницей въ глубинѣ раны наложены 3 погружныхъ шелковыхъ шва. Кожная рана зашита также 3-мя шелковыми швами. Марлевый дренажъ въ верхнюю и нижнюю раны. На тазъ — давящая повязка изъ 3-хъ полотенецъ, сложенныхъ одно на другое и сколотыхъ напередѣ булавками. Впослѣдствіи, вмѣсто булавочекъ, употреблены пражки съ тесемками, укрѣпленными на полотенцахъ тѣми-же булавками, что давало возможность класть болѣе тугую повязку. Послѣоперационное теченіе гладкое. Дренажъ удаленъ на 3-ій день. Кожные швы сняты на 6-ой. На 7-ой день больная положена на лѣвый бокъ; на 12-ый она съѣла, а на 16-ый начала ходить; на 21-ый она выписана здоровой вмѣстѣ съ ребенкомъ (оперированная и свѣтописный снимокъ съ ея таза были показаны Обществу). Въ заключеніе докладчикъ остановился на техникѣ операціи и на встрѣчающихся при ней осложненіяхъ. Наилучшимъ онъ признаетъ тотъ способъ, который онъ примѣнилъ самъ. Что-же касается осложненій, то, помимо неумѣлаго проведенія иглы, они возникаютъ еще и отъ того, что допускается излишнее расхожденіе костей послѣ перепиливанія ихъ и при извлеченіи плода. Докладчикъ думаетъ, что этого можно избѣжать, если перепиливать кость болѣе *кнаружи*: остающіяся неповрежденными мѣста прикрѣпленія мышцъ препятствуютъ излишнему расхожденію раздѣленныхъ отрѣзковъ костей. Въ доказательство онъ показалъ препаратъ изъ лоннаго сочлененія трупа, въ которомъ распиленъ проведенъ *кнаружи*.

О. І. Кутмеръ. *Случай пубіотоміи*. 20-лѣтняя женщина, 1 разъ выкинувшая въ октябрѣ 1905 г., поступила въ Александринскій родильный пріютъ въ ночь на 23/вш; боли начались 22/вш, въ 6 час. 30 мин. веч. Тазъ: вертлуги 30,5, гребни 26,5, ости 25,5, прямой наружный 17, диагональная конъюгата 10, истинная 8 см., рѣзко выдающійся двойной мысъ. Влагалище узкое; шейка сглажена; зѣвъ на 2 п. п.; воды стоять; предлежаще подвижная надъ входомъ въ тазъ головка, съ поперечнымъ стрѣловиднымъ швомъ. 23/вш, въ 4 час. 15 мин. дня, прошли воды съ примѣсью первороднаго кала, но сердцебіеніе плода выслушивается хорошо. Въ 5 час. 15 мин. полное открытіе зѣва. Стрѣловидный шовъ въ 1-мъ косомъ, ближе къ мысу (*Naegeler*); малый родничекъ слѣва и спереди. Выраженное захожденіе темяныхъ костей. Головка малымъ отрѣзкомъ во входѣ, но легко отодвигается. Нижний отрѣзокъ матки начинаетъ вытягиваться и утончаться. Воды съ примѣсью первороднаго кала. Сердцебіеніе плода — хорошее, но нѣсколько глуше. Въ 8 час. 15 мин. веч., послѣ 4-часовой натужной дѣятельности, — положеніе тоже; лишь на передней темяной кости образовалась отечная опухоль. Появляется вторичная слабость болей. 23/вш, въ 8 час. 30 мин. веч. — пубіотомія. Оттянувъ кожу надъ лѣвой лонной костью по возможности книзу, чтобы костная и кожная раны не совпадали, докладчикъ сдѣлалъ, отступа на 1 см. влѣво отъ срединной линіи, уколъ скальпелемъ до кости. Провести, однако, черезъ этотъ уколъ проводникъ *Döderlein*'а не удалось: онъ цѣплялся за мягкія части. Вслѣдствіе этого уколъ былъ превращенъ въ подрѣзъ, длиною въ 3 см. Послѣ этого проводникъ, подъ руководствомъ пальца, введеннаго во влагалище, проведенъ былъ къ верхней  $\frac{1}{2}$  большой губы, кожа которой подрѣзана, также послѣ смѣщенія ея книзу. Вдѣваніе пилки *Gigli*, обратное проведеніе ея и легкое перепиливаніе кости. Незначительное кровотеченіе изъ нижней раны остановлено прижатіемъ марлевого шарика. Отрѣзки костей разошлись на 1 палецъ. Закрывъ кожные раненія 5-ью шелковыми швами и заливъ ихъ коллодіемъ, докладчикъ предоставилъ затѣмъ большой рожать произвольно. 24/вш, въ половинѣ 1-го часа утра, послѣ часовой натужной дѣятельности, роды окончились совершенно нормально, при отсутствіи какихъ-либо необычныхъ болевыхъ ощущеній. Новорожденный мальчикъ вѣсилъ 3390 грм. На тазъ наложенъ простой бантъ. Послѣродовой періодъ осложнился гематомой лѣвой губы, промежности и нижней части правой губы. Температура, лишь одинъ разъ, на 6-ой день, поднялась до 38°. Со 2-го дня больная мочилась произвольно. На 3-ій день она лежала уже на боку, на 12-ый присѣла, на 14-ый встала, а на 20-ый выписалась вмѣстѣ съ эскармливаемымъ ею ребенкомъ, вѣсъ котораго возросъ до 4000 грм. Докладъ сопровождался предѣявленіемъ оперированной и снятаго съ ея таза свѣтописнаго снимка.

Л. Г. Личкусъ. *Къ вопросу о пубіотоміи*. 26-лѣтняя женщина, рожавшая въ 5-й разъ, поступила въ Маринскій родо-вспомогательный Домъ 17/в, въ 10 час. 20 мин. утра. 1-ые роды, 4 года назадъ, протекали произвольно; плодъ родился мертвымъ; 2-ые, 3 года назадъ, окончены щипцами; плодъ извлеченъ мертвымъ; 3-ьи, 2 года назадъ, окончены въ Родо-вспомогательномъ заведеніи въ Петербургѣ прободеніемъ головки плода; при 4-хъ — та-же, 1 годъ назадъ — были возбуждены искусственные преждевременные роды на 8-мъ мѣсяцѣ; плодъ родился мертвымъ. Боли начались 17/в въ часъ ночи; воды сошли еще накануне, но когда — точно не знаетъ. Тазъ: вертлуги 28,5, гребни 25,5, ости 22, прямой наружный 18, диагональная конъюгата 10,25 см. Животъ слегка отвислый; округленность его на уровнѣ пупка 99 см. Плодъ въ 1-мъ положеніи, съ головкой подъ входомъ; сердцебіеніе его вѣтво, на уровнѣ пупка, выслушивается хорошо. Шейка сглажена; зѣвъ съ весьма растяжимыми краями открытъ на  $\frac{3}{4}$ , п. п.; воды нѣтъ. Головка прижата ко входу; отечной опухоли на ней нѣтъ; нѣтъ и признаковъ конфигураціи; стрѣловидный шовъ въ поперечномъ разѣвѣ, ближе къ мысу (*Naegeler*); большой родничекъ справа у мыса, лѣвый не достигається. Воды сильныя. 38°2; п. 102. Общее состояніе удовлетворительное. Къ 5 час. дня предлагаемая часть опредѣлялась ничтожными отрѣзкомъ, во входѣ; положеніе на

тоже; зѣвъ—красн; сердцебиеніе плода заглушенное и замедленное до 100—вѣ схватки; обильно отходит первородный калъ. Больная проситъ произвести какую угодно операцію, лишь-бы ребенокъ былъ живъ, 17/у въ 5 час. 40 мин. дня—пубіотомія на лѣвой сторонѣ. Имѣлось въ виду провести операцію иглой *Witt'a* строго подкожно, безъ подрѣзовъ мягкихъ частей, но не по способу *Witt'a*, а съ проведеніемъ иглы сверху вниз и съ выколѣмъ ея въ большую губу, чтобы избѣжать близкаго содѣйствія рукава. Проколотъ, однако, иглой смѣщенную вверхъ кожу, сейчасъ-же внутри отъ лоннаго бугорка, докладчику не удалось, а потому онъ надрѣзалъ ее на протяженіи приблизительно около 2 см. Послѣ этого игла, подъ руководствомъ пальцевъ, введенныхъ въ рукавъ, легко проведена по задней поверхности лоннаго сочлененія и выколѣта у нижняго края его, на наружной поверхности лѣвой большой губы, гдѣ кожа также была оттянута нѣсколько вверхъ и внутрь. И здѣсь, не смотря на то, что мягкія части насаживались на верхнюю иглу, проколѣтъ кожу, безъ предварительнаго надрѣза ея (на протяженіи приблизительно 1 см.), не удалось. Проведеніе иглы и перепиливаніе кожи поразительно легкое. Кости разошлись на 1 п. п. Незначительное кровоточеніе изъ разрывѣ остановлено минутнымъ прижатіемъ ватныхъ шариковъ. На головку—щипцы. 2-мя вложеніями она безъ труда ниведена на дно таза. Затѣмъ ложки сняты, и плодъ выжатъ. При извлеченіи щипцами кости разошлись на 2 п. п. черезъ 5 мин. выжать послѣдъ. Въ просвѣтъ верхней и нижней ранъ, размѣры которыхъ уменьшены сверху 2, а снизу 1 пшомъ, введенъ дренажъ. Поврежденій никакихъ. Извлеченный въ легкой асфиксіи плодъ вскорѣ оживленъ. Онъ вѣсилъ 3230 грм., при длинѣ въ 50 см. На тазѣ ватно-марлевая повязка. По бокамъ таза—мѣшки съ пескомъ. Со 2-го дня больная мочилась произвольно. Швы сняты на 5-ый день. Дренажъ окончательно удаленъ на 9-ый день. Съ 5-го дня больная временно перекладывалась на правый бокъ. Болевыхъ ощущеній за все время никакихъ не было. Въ теченіи первыхъ 15 дней больная лихорадила, при чемъ наивысшая температура, что было 2 раза, достигала 38,9. Выдѣленія были съ запахомъ; matka плохо сокращалась (легкій виднометръ). Тазовая повязка снята на 9-ый день. На 18-ый день больная сѣла, а на 22 ой стала ходить. На 23-й день она съезена въ Максимилиановскую лѣчебницу, гдѣ съ нея снятъ свѣтописный снимокъ. Больная, какъ инопородная, оставалась въ родильномъ домѣ еще въ теченіи нѣсколькихъ дней. При выпискѣ вѣсъ ребенка возросъ до 4000 грм. На дняхъ докладчикъ получилъ письмо отъ сестры оперированной, что послѣдняя и вскармливаемый ею ребенокъ совершенно здоровы. Разобравъ подробно литературу вопроса, докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: а) Пубіотомія—цѣнное приобритеніе оперативнаго акушерства. б) Будущность принадлежит только подкожной пубіотоміи. в) Операція эта проста и быстра, но часто сопровождается, иногда очень тяжкими, осложнениями. г) Необходимо установить болѣе точныя показанія и границы примѣненія пубіотоміи. д) Пубіотомія не вытѣснитъ окончательно ни искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, ни прободенія головки живого плода. е) Пубіотомія пока еще должна оставаться клинической операціей. ж) Пубіотомія въ настоящее время не можетъ быть произведена безъ добровольнаго согласія роженицы.—Въ заключеніе докладчикъ показалъ свѣтописный снимокъ съ таза больной <sup>1)</sup>.

В. Г. Лисовой. Къ вопросу о пубіотоміи. 22-лѣтняя женщина, рожавшая во 2-ой разъ, поступила въ Повиньяно-Гинекологическій Институтъ 31/ви, въ 1 час. 40 мин. ночи. 1-ые роды, въ 1904 г., окончены прободеніемъ головки плода. Больная оправилась послѣ этого только черезъ 2 мѣс. Тазъ: вертлуги 28,5, гребни 25,5, ости 23, прямой наружный 18, диагональная кривизна около 10 см. Окружность живота 97 см. Плодъ въ 2-мъ головномъ положеніи. Сердцебиеніе плода по бѣлой линіи ниже пупка, прослушивается хорошо. Несглаженная шейка длиной около 1,5 см., зѣвъ открытъ на 2 1/2 п. п.; пузырь цѣль; головка подвижна надъ входомъ. 31/ви, въ 2 час. дня сошли воды. Въ 11 час. вечера отмѣчено: общее состояніе больной и плода удовлетворительно; зѣвъ пальца на 4; край его толсты и мало растяжимы; головка значительнымъ своимъ отрѣзкомъ помѣщается надъ входомъ; порядочная родовая опухоль. Въ виду явнаго несоотвѣстствія между головкой и тазомъ, надежда на рожденіе живого плода казалась мало вѣроятной, и потому роженицѣ предложена пубіотомія; но она отказалась отъ нея и настоячиво просила разрѣшить ее поскорѣе, не подвергая жизнь ея риску. 1/х, 2 1/2 час. дня: Роженица жалуется на боли во всемъ животѣ; послѣдній вздутъ, и всякое прикосновеніе къ нему чувствительно; родовой дѣятельности нѣтъ. Головка надъ входомъ, съ небольшою конфигураціей и порядочной родовой опухолью; стрѣловидный шовъ между лѣвымъ косымъ и поперечнымъ разрезами таза; малый родничекъ вправо, большой лѣво: зѣвъ на 4 п. п., съ неподатливими краями. Больной вторично предложена пубіотомія, на которую она теперь согласилась. Въ области нижняго края нисходящей вѣтви лонной кости, по отѣсной линіи, проходящей немного внутри отъ праваго лоннаго бугорка, черезъ смѣщенную вверхъ мягкія ткани сдѣланъ вколъ ножемъ до самой кости. Черезъ этотъ разрывъ докладчикъ ввелъ свой проводникъ и, ведя его вплотную по задней поверхности лобковой кости, вывелъ у верхняго края горизонтально вѣтви послѣдней, также послѣ предварительнаго небольшого надрѣза смѣщенныхъ вверхъ мягкихъ тканей. Въ желобокъ провод-

ника проведена игла, и кость легко перепилена сзади напередъ. Проводникъ все время оставался на мѣстѣ, предохраняя отъ пораненія лежаща позади него мягкія части. Небольшое кровоточеніе остановлено прижатіемъ ватныхъ шариковъ. Перепиленные кости разошлись на поперечный палецъ. Такъ какъ зѣвъ былъ не вполне открытъ и края его были неподатливы и такъ какъ, съ другой стороны, не было показаній къ немедленному окончанію родовъ, то послѣдніе предоставлены силамъ природы. 1/х, въ 3 час. 30 мин. дня, у больной появились порядочныя схватки и побольшая потужная дѣятельность. Примѣняя выжиманіе по *Kristeller'y*, помогли больной, въ 4 час. 4 мин. дня, родить живого ребенка вѣсомъ въ 3690 грм. и длиною въ 51 см. Во время родовъ тазъ больной удерживался отъ излишняго расхожденія, операціонное поле прижималось тампонами для предупрежденія кровоточенія. Послѣдъ вышелъ произвольно черезъ 30 мин. На кожныхъ ранкахъ наложена коллоидная повязка. Приведенныя до соприкосновенія въ области колѣнъ, ноги неподвижно укрѣплены повязкой. По бокамъ таза мѣшки съ пескомъ. Въ послѣопераціонномъ періодѣ отмѣчена подлихорадочная температура съ 5-го по 8-ой день, повидимому, отъ задержки послѣродовыхъ очиненій, затѣмъ отчетливо большіе срамы въ губѣ, въ особенности правой. На 8-ой день больной разрѣшено подняться на лѣвый бокъ; на 13-ый день она сѣла, а на 15-ый встала. Область раны не чувствительна. Между концами ограничено подвижныхъ костей промежутки въ 1 см. Выводы докладчика слѣдующіе: а) Для подкожной пубіотоміи требуется болѣе массивный и устойчивый проводникъ, чѣмъ проводникъ *Döderlein'a*. б) Безразлично, проводить-ли проводникъ сверху или снизу; но снизу его легче провести подъ надкостницей. в) Прижатіе ранокъ и всей области операціоннаго поля можетъ предупредить образованіе гематомъ. г) Накладывать на тазъ сдавливающія повязки и приборы не слѣдуетъ, ибо они бесполезны, а между тѣмъ причиняютъ больной лишніе страданія. д) При гладко протекающей пубіотоміи больную не слѣдуетъ держать въ постели дольше, чѣмъ это принято для обычныхъ больныхъ съ нормальными послѣродовыми періодами. е) Послѣ пубіотоміи слѣдуетъ прибѣгать къ родоразрѣшающимъ операціямъ только при наличности понуждающихъ къ тому показаній.—Оперированная роженица и свѣтописный снимокъ съ ея таза были показаны Обществу. Кромѣ того, докладчикъ показалъ тазы кроликовъ и собакъ, которымъ онъ сдѣлалъ пубіотомію. Распиленные кости срослись такъ хорошо, что мѣста бывшаго раненія нельзя и опредѣлить.

Пренія по предложеннымъ докладамъ о пубіотоміи отложены на слѣдующее засѣданіе.

Ч. пр. И. Э. Гагенъ-Торнъ. Къ вопросу о леченіи мочеточниково-влагалищныхъ свищей <sup>1)</sup>. При свищѣхъ примѣняли: 1) пластическое закрытіе недостатка стѣнки мочеточника влагалищнымъ путемъ; 2) вшиваніе мочеточника въ пузырь: а) внутрибрюшнымъ путемъ, б) смѣшаннымъ внутри и вѣнбрюшнымъ способомъ, в) вѣнбрюшнымъ способомъ по *Mackennodt'u* и г) влагалищнымъ путемъ по способу *Mackennodt'a*; 3) нефрэктомію. При поврежденіяхъ мочеточника: 1) сшиваніе перерѣзанныхъ концовъ мочеточника; 2) вшиваніе перерѣзаннаго конца въ пузырь; 3) вшиваніе въ брюшныя стѣнки, во влагалище, въ прямую кишку; 4) перевязываніе перерѣзаннаго конца съ погруженіемъ его въ брюшную полость; 5) первичную или вторичную нефрэктомію. Разобравъ упомянутые способы, докладчикъ указалъ на то, что многіе авторы, допускаяшіе нефрэктомію въ то время, когда еще не были разработаны способы вшиванія мочеточника въ пузырь, со времени разработки послѣдней операціи объявили вырѣзываніе почки преступнымъ членовредительствомъ; а между тѣмъ и сейчасъ, несомнѣнно, бываютъ случаи, гдѣ эта операція необходима для спасенія жизни больныхъ. Въ доказательство онъ привелъ слѣдующіе 2 своихъ наблюденія изъ Тамбовской губернской земской больницы. Въ одномъ изъ нихъ вслѣдствіе прободенія матки и поврежденія толстой кишки первую пришлось удалить, а часть второй изсѣчь; въ другомъ-же matka была удалена по поводу фиброматознаго перерожденія и рака ея полости. Въ обоихъ этихъ случаяхъ возникли вторичные мочеточниково-влагалищные свищи съ послѣдующимъ восходящимъ пилонефритомъ. Осложненіе это побудило докладчика и въ томъ, и въ другомъ случаѣ прибѣгнуть къ послѣдовательной нефрэктоміи, давшей блестящіе результаты: больныя перестали лихорадить и очень скоро поправились, при чемъ оставшаяся почка быстро замѣнила удаленную. Вырѣзанныя почки показаны Обществу: онѣ увеличены, темноокрашена цвѣта, съ массою просовидныхъ гнойниковъ подъ сумкой; на разрывѣ видны, идущіе рядомъ, гнойники отъ лоханки къ корковому слою. Разобравъ затѣмъ клиническую картину пилонефрита и патолого-анатомическія явленія, наблюдавшіяся въ почкахъ, докладчикъ подробнѣе остановился на показаніяхъ къ операціи. Выяснить эти показанія, замѣтилъ онъ, необходимо, такъ какъ, судя по литературнымъ даннымъ, больныя съ мочеточниково-влагалищными свищами неоднократно гибли отъ пилонефрита, даже въ случаяхъ успѣшно произведенной пересадки мочеточника въ пузырь. По мнѣнію докладчика, въ настоящее время и опыты, и клиника достаточно выяснили вопросъ объ удаленіи почекъ: *Schmieden* собралъ уже 1118 такихъ случаевъ, а экспериментальныя изслѣдованія показали, что остающаяся здоровая почка можетъ вполне замѣнить удаленную. Нельзя поэтому считать нефрэктомію члено-

<sup>1)</sup> Докладъ будетъ полностью напечатанъ въ ноябрьской книжкѣ.

<sup>1)</sup> Докладъ напечатанъ въ октябрьской книжкѣ «Журнала».

вредительством и ссылаться на то, что надо шадить такой важный орган, как почка. Именно в виду важности этого органа надо ограждать его от опасности заболеть пилонефритом и не вшивать мочеточника ни во влагалище, ни в наружные покровы, а темъ болѣе в кишку. Необходимо, заключил докладчикъ, при соответствующихъ показаніяхъ удалить почку—эта операція можетъ тогда оказаться благоудельной для больныхъ.

О. И. Китнеръ указалъ на то, что и ему пришлось наблюдать случаи, въ которыхъ, не смотря на сдѣланную, ради свища, пересадку мочеточника въ пузырь, развился затѣмъ пилонефритъ и почку пришлось удалить. Этимъ случаемъ онъ хотѣлъ-бы дополнить сообщеніе докладчика.

К. К. Скробанскій наблюдаетъ больную, у которой послѣ операціи развился мочеточниково-влагалищный свищъ, существующій уже 21 мѣс., и темъ не менѣе больная чувствуетъ себя хорошо. Онъ думаетъ поэтому, что опасность пилонефрита не такъ велика и что нефректомию не всегда необходима. У своей больной онъ предполагаетъ сдѣлать вшиваніе мочеточника въ пузырь.

Проф. Д. О. Оттъ: Я понялъ докладчика такъ, что онъ все не предлагаетъ всегда дѣлать нефректомію, а указываетъ лишь на опасность возникновенія пилонефрита и устанавливаетъ показанія для нефректомии именно при этомъ заболѣваніи. Я во многомъ съ нимъ согласенъ и хотѣлъ-бы попутно указать на одну экспериментальную работу, произведенную мною въ лабораторіи Conheim'a и оставшуюся не напечатанной. Желая выяснитъ вліяніе служенія мочеточника на сердце, я вшивалъ послѣдній въ брюшную стѣнку у животныхъ; при этомъ я замѣтилъ, что при пересадкѣ мочеточника вмѣстѣ съ частью пузыря въ Lieutodi'евъ 3-угольникъ, животные не заболѣваютъ пилонефритомъ; тогда какъ мочеточникъ, вшитый безъ защищающаго его устья въ пузырь, заболѣваетъ самъ и обуславливаетъ заболѣваніе почки. Вшиваніе мочеточника въ кишку безъ его устья также вызываетъ у животныхъ заболѣваніе пилонефритомъ и смерть. Смертью же окончились и тѣ 3 моихъ случая, въ которыхъ я вшилъ мочеточники въ кишку у женщинъ. 2 больныя, у которыхъ я вшилъ мочеточники въ брюшную стѣнку, жили со свищемъ долгое время послѣ операціи; одна изъ нихъ жива и по настоящее время. Однако и въ томъ, и въ другомъ случаѣ соответственные почки съ теченіемъ времени атрофировались.

Проф. Г. Е. Рейнъ напомнилъ о своей больной, у которой пораненный мочеточникъ былъ вшитъ въ брюшную стѣнку. Случай дов. продолжительное время послѣ операціи у больной развился пилонефритъ, вслѣдствіе чего соответствующая почка была удалена. Быстрое появленіе пилонефрита въ случаяхъ докладчика надо, быть можетъ, объяснить зараженіемъ во время операціи.

Проф. Н. И. Рачинскій: Въ прошломъ году, при удаленіи раково-перерожденной матки по Wertheim'y, выходящая сильно инфицированная железа изъ лѣваго параметрія, я, незамѣтно для себя, поранилъ мочеточникъ. Черезъ нѣсколько дней былъ обнаруженъ мочеточниково-влагалищный свищъ. Больная послѣ чрезвѣщченія быстро поправилась; но прежде, чѣмъ явилась возможность приступитъ къ операціи свища, развились явленія пилонефрита. Пришлось отказаться отъ операціи вшиванія мочеточника въ пузырь. Произведено удаленіе почки. Сдѣланная докладчикомъ оцѣнка значенія нефректомии, какъ операціи, соперничавшей съ остальными операціями при мочеточниково-влагалищныхъ свищахъ, вполне правильна. Мочеточниково-влагалищные свищи въ тѣхъ случаяхъ, когда во влагалищѣ имѣется гранулирующая поверхность, слѣд. имѣются обрывки омертвѣвшей ткани, гной, стоятъ въ условіяхъ, весьма благоприятныхъ для развитія восходящаго піелита, а посему въ подобныхъ случаяхъ нельзя обойтись безъ нефректомии.

Проф. П. Т. Садовскій указалъ на то, что, производя опыты на животныхъ, онъ убѣдился, что вшитый въ брюшную стѣнку мочеточникъ атрофируется и ведетъ къ атрофіи почки, вслѣдствіе чего свищъ можетъ открыться.

Докладчикъ: возразилъ проф. П. Т. Садовскому, что въ русской литературѣ, правда, имѣются 2 наблюденія А. Н. Варнека и И. В. Онуфриовича, въ которыхъ мочеточниковый свищъ брюшныхъ стѣнокъ закрылся; но въ 1-омъ случаѣ уже во время операціи почка была атрофирована и не выдѣляла мочи, а во 2-мъ больная до закрытія свища страдала 8 мѣс. Что касается замѣчаній проф. Н. И. Рачинскаго и Г. Е. Рейна, то, соглашаясь съ указаніями перваго, онъ считаетъ необходимымъ обратитъ вниманіе на то, что гранулирующая рана вокругъ отверстія мочеточника во влагалищѣ и само влагалище могутъ быть источникомъ зараженія и восходящаго пилонефрита даже безъ зараженія при операціи. Въ его, напр., случаяхъ восходящій пилонефритъ сталъ развиваться черезъ 2 мѣс. послѣ операціи, вѣроятно, въ то время, когда обусловленное рубцевымъ служеніемъ свищевое отверстіе расширеніе мочеточника, выше мѣста служенія, вызвало зѣвѣ заставаніе мочи, что и содѣйствовало зараженію послѣдней въ мочеточникъ и лоханкѣ. К. К. Скробанскому докладчикъ возразилъ, что онъ совсѣмъ не предлагаетъ всегда дѣлать нефректомію, а старается лишь установить для нея показанія въ тѣхъ случаяхъ, когда развившійся пилонефритъ угрожаетъ жизни больныхъ или когда вшитъ мочеточникъ въ пузырь оказывается невозможнымъ. Теперь, когда усовершенствованные приемы даютъ возможность судить о состояніи другой почки, бояться нефректомии, когда она необходима, нѣтъ основанія.

Д. С. Кацнельсонъ показалъ родившагося въ Маринскомъ родовспомогательномъ домѣ гермафродита. При пожатіи на мужскіе наружные половые органы найдены 2-рога матки, вздутыя Fallop'овы трубы и яичники. Сверхъ того, мочеточники—расширены и лѣвая почка—водяночная (гидронефроз).  
Л. Лучушъ.

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФІЯ

*Prof. Dr. W. Kolle, und Dr. H. Hetsch. Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Immunitätslehre. Ein Lehrbuch für Studierende, Aerzte und Medizinbeamte. Cz 3 таблицами и 125 въ большинствѣ раскрашенными рисунками. Изд. Urban'a & Schwarzenberg'a. Berlin und Wien. 1906 г. Ц. 20 мар.*

Авторы разбираемаго труда задались цѣлью написать краткій учебникъ по бактериологіи, который давалъ-бы возможно полную картину современнаго состоянія ученія о болѣзнетворныхъ микроорганизмахъ, заразныхъ болѣзняхъ и невосприимчивости. Книжка эта, по мысли ея составителей, должна служить не только учебникомъ, но и книгой для чтенія. Въ виду этой двойной цѣли, Kolle и Hetsch очень кратко излагаютъ бактериологическую методику, почти вовсе не приводя именъ и не дѣлаютъ никакихъ библиографическихъ ссылокъ. Въ предисловіи они заявляютъ, что будутъ стремиться передать читателямъ только то, что твердо уже установлено въ наукѣ, а, когда будутъ касаться, гдѣ этого избѣжать нельзя, спорныхъ вопросовъ, то постараются относиться къ нимъ объективно. Къ сожалѣнію, они не воздѣ исполняютъ послѣднюю часть своего обѣщанія, напр., въ вопросѣ о тождественности или разнородности возбудителей бугорчатки челоука и рогагого скота (см. ниже).

Форма изложенія въ видѣ лекцій. 1-ая лекція посвящена микроскопу и указаніямъ, какъ работать съ нимъ; здѣсь находится краткія свѣдѣнія относительно ультрамикроскопа и микроскопа для фіолетовыхъ лучей. Слѣдующія 10 лекцій касаются морфологіи и биологіи бактерій, теоретическихъ основъ и практики обеззараживанія, ученія о заразѣ, объ антитоксинахъ, бактериолизинахъ, агглютинахъ, преципитинахъ, сывороточномъ распознаваніи и пр. Въ этой части своего труда авторы излагаютъ мѣстами свои личныя воззрѣнія безъ всякой оговорки, такъ что учащійся можетъ принять эти взгляды какъ неоспоримую истину, уже твердо установленную наукой. Таковы, напр., взгляды на спорныхъ еще вопросахъ о строеніи бактерій и о метакристаллическихъ зернахъ (стр. 18) въ ихъ тѣлѣ. Кроме того, раздѣленіе всѣхъ вообще микроорганизмовъ на 2 группы—на вырабатывающихъ на искусственныхъ питательныхъ средахъ кислоту и на вырабатывающихъ щелочь (стр. 25)—можетъ только повести къ недоразумѣнію, потому что бактеріи на одной средѣ образуютъ кислоту, а на другой щелочь въ зависимости отъ состава среды; тифозная палочка, напр., на обыкновенномъ бульонно-пептонѣ вырабатываетъ всегда щелочь, а въ средѣ Petruschky (молочная сыворотка средней реакціи)—кислоту. Далѣе, авторы употребляютъ часто термины, не объяснивъ ихъ значеніе; такъ, напр., на стр. 46, еще до изложенія теоріи Ehrlich'a, говорится о гаптоформныхъ группахъ; для учащагося это возразеніе можетъ быть совершенно неопытнымъ. Въ отдѣлѣ частной бактериологіи передано вкратцѣ все существенное относительно каждой заразной болѣзни въ отдѣльности. Почти въ каждой лекціи сообщаются краткія историческія данныя о разбираемой болѣзни, морфологія и биологія возбудителя ея, бактериологическое распознаваніе ея, важнѣйшіе клиническіе признаки и патолого-анатомическія измѣненія, эпидемиологія, профилактика и сывороточное леченіе. Въ этомъ-же отдѣлѣ посвящено нѣсколько лекцій заразнымъ болѣзнямъ животныхъ (гнилокровіе и чума птицъ, повальная болѣзнь и краснуха свиней и пр.). Въ рядѣ лекцій изложены основныя данныя относительно спирохетоза (возвратный тифъ, различная спиралловы животныхъ и спираллы сифилиса), относительно болѣзней, вызываемыхъ простейшими организмами (амебный кровавый поносъ, трипанозомъ, болотная лихорадка, пироплазмозы), а также болѣзней, возбудители которыхъ еще неизвѣстны (собачье бѣшенство, рыльно копытная болѣзнь, чума рогагого скота, оспа и желтая лихорадка). Въ послѣдней лекціи разбирается значеніе, которое имѣютъ для челоуческой патологіи плѣсени и дрожжи. Въ приложеніи изложена вкратцѣ бактериологическая методика.

Подробное ознакомленіе съ весьма богатой по содержанію книгой Kolle и Hetsch'a заставляетъ сдѣлать нѣсколько замѣчаній, по поводу обработки входящаго въ нее матеріала. Въ лекціи о брюшномъ тифѣ, говоря о реакціи на нидолъ, авторы не описываютъ болѣе чувствительной реакціи на него съ амловымъ спиртомъ, а приводятъ только менѣе точныя. Съ нѣкоторыми данными, приводимыми авторами въ лекціи о паратифѣ, безусловно согласиться нельзя. Такъ, авторы утверждаютъ, что пипы совершенно невосприимчивы къ палочкѣ паратифа В, между тѣмъ голуби очень легко заражаются этой бактеріей, если



вводить или разводить ее в грудную мышцу или в брюшную полость. Дайте, вовсе не упоминается, что палочка паратифа В. образует токсин, неразрушающийся от кипячения, что до известной степени характерно для всей группы паракришечных палочек В. В лекции о чумѣ авторы высказываютъ нѣкоторое сомнѣніе по поводу того значенія, которое приписываютъ насѣкомымъ въ распространѣніи этой болѣзни. Разбирая предохранительныя мѣры противъ дифтеріи, авторы ничего не говорятъ, какъ долго остаются дѣйствительными предохранительныя противодифтерійныя прививки? Дайте, проходится полнымъ молчаніемъ вопросъ, приобретаетъ-ли человѣкъ, переносившій дифтерію, невосприимчивость къ нему, или нѣтъ?

Прочтя лекцію, посвященную бугорчаткѣ, читатель долженъ придти къ убѣжденію, что воззрѣніе *R. Koch'a* о разнородности возбудителей человѣческой бугорчатки и бугорчатки рогатаго скота безусловно доказано; между тѣмъ это все еще, какъ извѣстно, вопросъ и весьма спорный, громадное большинство изслѣдователей на основаніи цѣлаго ряда опытовъ высказались противъ правильности воззрѣнія *Koch'a*. Перечисляя предохранительныя мѣры противъ людской бугорчатки, составители книги категорически заявляютъ, что, такъ какъ относительная безвредность возбудителей бугорчатки рогатаго скота доказана, то слѣдуетъ принимать мѣры только противъ человѣческой бугорчатки. Подобное отношеніе къ столь важному и все еще спорному вопросу въ книгѣ для учащихся едва-ли допустимо, потому что можетъ ввести ихъ въ печальное заблужденіе относительно, якобы, почти полной безвредности для человѣка возбудителей бугорчатки рогатаго скота.

Въ общемъ книга *Kolle* и *Hetsch'a* представляетъ хорошее руководство по медицинской и клинической бактериологіи. Написана она интересно и читается легко. Рисунки болѣею частью оригинальныя и, за немногими исключеніями, исполнены хорошо. Вѣжливость изданія безукоризненная.

В. Клименко.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

ССІХ. М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующія строки. Товарищи—врачи и литераторы!

Много лѣтъ работалъ я, какъ земскій врачъ, и, кромѣ того, занимался литературой, былъ сотрудникомъ многихъ газетъ и журналовъ. Личнымъ трудомъ содержалъ я свою семью. 7 лѣтъ ниваждѣ я тяжело наболѣлъ ревматизмомъ, осложнившимся воспаленіемъ легкихъ; всѣ усилія я употребилъ, чтобы вылѣчиться и всѣ свои средства истратилъ на то; но товарищи врачи признали меня болѣе не способнымъ къ труду врача, но могушымъ, при хорошихъ условіяхъ, еще долго прожить. Все прожилъ я больной, на что же мнѣ было жить? Тогда я занялся исключительно литературой; но, если врачъ можетъ заработать столько, чтобы не умереть съ голода, то этого нельзя сказать о трудѣ литератора. Больной, не будучи въ состояніи выйти изъ комнаты, работая день и ночь, могъ заработать литературнымъ трудомъ только на то, чтобы прожить съ семьей къ сырой квартирѣ впроголодь; гибель моя была неминуема, и я обратился къ покойному *Вячеславу Алексѣевичу Манасеину*, проси его совѣта. *В. А.* посоветовалъ мнѣ попробовать самому издать по подпискѣ одинъ литературный мой трудъ—повѣсть «Противъ Злу», которую я писалъ много лѣтъ, но напечатать ее не рѣшался, такъ какъ цензура большую часть ее не пропускала. «Надейте Вашу повѣсть, хотя бы въ искалѣченномъ цензурой видѣ; она будетъ имѣть несомнѣнный успѣхъ и дастъ Вамъ средства къ жизни», писалъ мнѣ *В. А.* Я рѣшился, объявилъ подписку на изданіе этой повѣсти; многія газеты, сотрудникомъ которыхъ я былъ—«Русскій Вѣдомості», «С.-Петербургскія Вѣдомости», «Курьеръ», «Новое Время» и мн. др. безплатно напечатали объявленія о подпискѣ на изданіе моей повѣсти и приглашали Общество помочь мнѣ. По подпискѣ я собралъ нѣсколько сотъ рублей и издалъ 1-ую часть повѣсти. Настала русско-японская война; подписка совершенно прекратилась, а я истратилъ всѣ собранныя деньги, остался безъ копейки; а къ тому-же еще вслѣдствіе дурныхъ условій жизни, къ прежней моей болѣзни присоединилась новая—яритъ; я сталъ слѣпнуть. Тогда я поѣхалъ въ Петербургъ и, не имѣя на что жить, легъ въ Маріинскую больницу и сталъ хлопотать, гдѣ только могъ, о помощи. Я обращался всюду и только изъ медицинской Кассы едва могъ получить единовременно 25 р., изъ литературнаго фонда 25 р., въ Академіи наукъ 15 р., это—все, что я получилъ за годъ жизни въ Петербургѣ. «Нуждающихся много, а денегъ нѣтъ»—отъ всѣхъ я получалъ такой отвѣтъ; «обратитесь и просите помощи у общества посредствомъ печати», совѣтовали мнѣ всѣ. Я и на это рѣшился. Получивъ разрѣшеніе отъ Петербургскаго градоначальника, я просилъ себѣ помощи чрезъ газеты; но и это мнѣ не помогло. Только благодаря помощи директора Маріинской больницы *А. А. Троянова* и другихъ врачей и служащихъ этой больницы, я могъ выѣхать изъ Петербурга и приѣхать въ деревнѣ Курской губ. этого года. Теперь я обращаюсь къ Вамъ, мои собраты—врачамъ и литераторамъ, и прошу Васъ помочь мнѣ. Знаю я, какъ тяжело большинству изъ Васъ живется; но нѣтъ у меня другого исхода, а зрѣніе въ послѣднее время у меня стало такъ плохо, что, зѣвнувъ,

татъ не могу; къ тому-же и здоровье моея жены совершенно расстроилось.

Прошу всѣ газеты напечатать это мое письмо. У меня было много больныхъ, и я рассчитываю, что, узнавъ о моей нуждѣ, кто-нибудь изъ нихъ поможетъ мнѣ. Я живу недалеко отъ Курска въ деревнѣ и потому прошу адресовать мнѣ такъ: Въ Курскъ. До востребованія. Дру *Владимиру Оболянини*.

В. Оболяниновъ.

Тимъ, Курской губ. 11-го октября 1906 г.

ССХ. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующему моему письму.

Съ 15 го сего октября должно освободиться мѣсто врача, вѣдущаго Ковелецкой уѣздной земской больницей (г. Ковелецъ, Черниговской губ. \*). Обстоятельства, обусловившія вакантность этого мѣста, настолько необычны, что я считаю нужнымъ сообщить объ нихъ во всеобщее свѣдѣніе, дабы тотъ изъ товарищей, кто пожелаетъ занять это мѣсто, зналъ, куда онъ идетъ и что онъ тамъ найдетъ. Дѣло заключается въ слѣдующемъ. При Ковелецкой земской Управѣ уже болѣе 15 лѣтъ существуетъ Касса взаимопомощи земскихъ служащихъ, предсѣдатель Правленія которой состоялъ я.

Въ прошломъ году на общемъ Собраніи участниковъ Кассы принято было постановленіе поручить Правленію Кассы выработать проектъ устава Союза земскихъ служащихъ и раваслатъ таковой земскимъ служащимъ для ознакомленія. Надо замѣтить, что въ число членовъ этой Кассы входятъ также и предсѣдатель Управы и члены ее, а на засѣданіи, поручившемъ Правленію Кассы выработать проектъ устава Союза, присутствовалъ также одинъ изъ мѣстныхъ «истинно-русскихъ»—членъ Управы г. Юрченко. Въ ноябрѣ прошлаго года я выработалъ проектъ устава, и проектъ этотъ былъ разосланъ изъ Управы, съ нѣдома и согласія предсѣдателя Управы; при проектѣ разсылались также и предложеніе высказавшійся вообще о цѣлесообразности Союза и о желательныхъ измѣненіяхъ въ проектѣ устава. Еще во время печатанія проекта устава членъ Управы г. Чекапъ, наблюдая въ свободное время за служащими, замѣтилъ, что печатается «нѣчто противозаконное» и сообщил о своихъ наблюденіяхъ предсѣдателю Управы. Не получивъ отъ предсѣдателя Управы желательныхъ для себя инструкцій, г. Чекапъ устроилъ самостоятельно негласное наблюденіе за дальнѣйшими событіями и, подкарауливъ на улицѣ управскаго разсылнаго съ пакетами, заарестовалъ ихъ. Тѣмъ не менѣе чрезъ нѣсколько дней возвращены и раваслаты по принадлежности. Я долженъ замѣтить, что, начиная съ печатанія проекта, всѣ дальнѣйшія приключенія съ проектомъ происходили безъ всякаго съ моей стороны участія, такъ какъ я 1-го декабря заболѣлъ тифомъ и съ этого дня лежалъ въ постели. Впервые я вышелъ изъ дому около середины января и тогда видѣлся съ предсѣдателемъ Управы и говорилъ съ нимъ о предполагавшемся Союзѣ. Предсѣдатель Управы, не находя принципиально ничего зловерднаго какъ въ самой идее Союза, такъ и въ цѣляхъ, преслѣдуемыхъ имъ, говорилъ, однако, что съ осуществленіемъ Союза слѣдуетъ обождать до изданія правилъ о Собраніяхъ и Союзахъ. Я исполнѣ согласился съ нимъ. На этомъ собственнo и было покончено дѣло съ Союзомъ. Болѣе о немъ и не говорили. Тѣмъ не менѣе членъ Управы г. Чекапъ секретно изготовилъ огромный (около 10 листовъ) «докладъ» и подалъ его непосредственно предсѣдателю земскаго Собранія г. Кринскому. О содержаніи произведенія г. Чекапа я не могу сообщить ничего вполнѣ достовернаго, такъ какъ «докладъ» этотъ, не смотря на энергичныя требованія нѣкоторыхъ гласныхъ, не былъ полно тью доложенъ Собранію. Докладчикъ—предсѣдатель ревизіонной Комиссіи Бессарабскій вице-губернаторъ г. Шрамченко и г. Кринскій настаивали на «неудобствѣ публичнаго оглашенія» произведенія г. Чекапа, и «докладъ» былъ сообщенъ Собранію въ пересказѣ г. Шрамченко. Предоставлю всякому судить, какія красоты были въ «докладѣ» г. Чекапа. По словамъ докладчика, произведеніе г. Чекапа состоитъ изъ 2-хъ частей; въ 1-ой—самой обширной—онъ доноситъ Собранію о различныхъ поступкахъ, сдѣланныхъ имъ, быть можетъ, мысляхъ предсѣдателя Управы, а во 2-ой доноситъ на меня, какъ на политическаго неблагонадежнаго; доказательствомъ моей, якобы, крамольности является составленный мной проектъ Союза. Ревизіонная Комиссія, подъ предсѣдательствомъ г. Шрамченко, постановила уволить меня за мою крамольность отъ службы. Въ прошедшихъ по этому поводу преніяхъ часть гласныхъ (гг. М. В. Красовскій, Е. А. Мисевскій, П. В. Глуздовскій) возражали и по существу и настаивали на необходимости потребовать отъ меня, по крайней мѣрѣ, хоть объясненій моихъ поступковъ; но Собраніе, подчиняясь вліянію гг. Шрамченко и Кринскаго, большинствомъ голосовъ постановило уволить меня отъ службы. Какъ самое постановленіе, такъ и способ его выработки были настолько произвольны и лишены элементарной справедливости, что М. В. Красовскій, членъ Государственнаго Совета, отнюдь не склонный поощрять «крамолу», нашелъ однако невозможнымъ участвовать въ баллотировкѣ вопроса обо мнѣ, указавъ, что ему, какъ старому юристу, еще ни разу не приходилось давать заключеніе о какомъ-нибудь проступкѣ, не выслушавъ

\* См. Вѣстникъ М. 41.

предварительно объяснений отъѣзчика, Председатель-же Управы отказался отъ дальнѣйшей службы, заявивъ, что не можетъ служить съ лицами, подобными г. Чекану, и не можетъ уволить меня отъ службы, считая это явной несправедливостью и беззаконіемъ. Собрание охотно согласилось на отставку П. В. Глуздовскаго и тутъ-же избрало новаго председателя Управы г. Юрченка, вѣрнаго исполнителя велѣній г.г. Крянскаго и Шрамченко. Для полноты картины упомяну еще и о докладѣ г. Крянскаго, тоже не читанномъ въ Собраніи, а доложенномъ въ пересказѣ г. Красовскаго. По обсужденіи этого доклада Собрание постановило: поручить Управѣ организовать наблюдению за политической благонадежностью земскихъ служащихъ и, когда Управа найдетъ нужнымъ, немедленно увольнять подворительныхъ лицъ.

Во многихъ Земствахъ въ настоящій моментъ замѣчается то-же жестокое охранительство, но такого рода постановленій, насколько мнѣ извѣстно, не выносило еще ни одно земское Собрание. Передъ отходомъ въ вѣчность Земство и лица, имъ руководяція, создаютъ памятники, свидѣтельствующіе объ ихъ истинной природѣ, потомству на удивленіе, а современникамъ въ назиданіе <sup>1)</sup>.

М. Левитскій.

Ковелецъ. 12-го октября 1906 г.

ССХІ. М. Г.! Не откажите помѣстить наше опроверженіе на письмо д-ра *Коронатова* съ Нытвинскаго завода Оханскаго уѣзда, Пермской губ., помѣщенное въ № 31 «Русскаго Врача» за текущій годъ.

Будучи сослуживцами *Н. П. Голіонко*, на котораго набрасываетъ такую тѣнь д-ръ *Коронатовъ*, мы считаемъ долгомъ восстановить истину, а именно, на заявленіе г. *Коронатова*, что *Н. П. Голіонко* нельзя было никогда выстать дома, можемъ сказать лишь то, что это и не удивительно, ибо *Н. П.* обслуживалъ громадный земскій участокъ, отъ котораго недавно отдѣлилъ 2-ой врачебный участокъ; кромѣ того, онъ заведывалъ заводской больницей, и на его-же обязанности лежало леченіе служащихъ конторы кн. Голицына, вслѣдствіе чего на самомъ заводѣ было множество больныхъ на домахъ, находящихся въ вѣдѣніи врача; кромѣ того, у него были большіе развѣзды по участку, такъ какъ во всѣхъ важныхъ случаяхъ онъ выѣзжалъ самъ; онъ самъ выѣзжалъ также и на эпидеміи, которыхъ въ 1905 г. было 3: скарлатины, дифтерія и брюшного тифа. Затягиванія пріемовъ объясняются громаднымъ числомъ амбулаторныхъ больныхъ, изъ которыхъ *Н. П.* болѣе  $\frac{1}{2}$ , принималъ самъ; затѣмъ число гоечныхъ больныхъ всегда колебалось между 15—30, среди нихъ было много оперированныхъ, которые отнимаютъ не мало времени и которыхъ *Н. П.* всегда велъ самъ. Вообще, служба вмѣстѣ съ *Н. П. Голіонко*, мы можемъ удостовѣрить, что онъ относился къ своимъ обязанностямъ въ высшей степени добросовѣстно, съ больными всегда былъ гуманенъ, для всѣхъ доступенъ и одинакъ во внимательнѣ, за что и получалъ не мало нареканій отъ лицъ, требующихъ къ себѣ вслѣдствіе своего привилегированнаго положенія особаго вниманія; простой-же народъ былъ доволенъ *Н. П.*, что намъ часто приходилось и слышать, и наблюдать и что выразилось въ ихъ попыткахъ вернуть *Н. П.* на старое мѣсто, попытки, окончившіяся, къ сожалѣнію, неудачно по независящимъ отъ нихъ обстоятельствамъ.

Лѣкарская помощница *М. Баландина*. Фельдшерца-акушерка *Е. Павлижина*. Фельдшеръ *В. Ролчановъ*.  
8-го октября 1906 г.

ССХІІ. М. Г.! Въ «Таганрогскомъ Вѣстникѣ» (27 сентября) напечатано письмо 2-го Таганрогскаго Общества врачей, именуемаго официально «Общества врачей г. Таганрога и Таганрогскаго округа», излагающее въ ложномъ свѣтѣ причины, вызвавшія постановленіе Таганрогской городской Думы 20-го сентября сего года (объ увольненіи д-ра *Никитича* отъ занимаемой имъ должности Таганрогскаго санитарнаго врача. Какъ председатель Думы, въ качествѣ Таганрогскаго городского головы, и какъ врачъ, прошу Васъ не отказать напечатать слѣдующее мое разъясненіе къ вышеуказанному письму.

1) Причиной увольненія д-ра *Никитича* или, выражаясь словами постановленія Думы, «временнаго оправденія должности Таганрогскаго санитарнаго врача», послужило не чтеніе въ Думѣ отчета г. *Никитича* за 1905 г., какъ то утверждаетъ 2-ое Общество врачей, а бездѣятельность его въ качествѣ санитарнаго врача, засвидѣствованная всѣмъ составомъ Управы и всѣми присутствовавшими въ засѣданіи Думы гласными, въ числѣ которыхъ находились д-ръ *Самозинъ*, секретарь 2-го Общества врачей и членъ санитарной Коммиссіи, а также д-ръ *Халодрымъ*, тоже членъ 2-го Общества врачей и председатель городской санитарной Коммиссіи.

2) То, что Общество навязываетъ «издѣвательствомъ надъ отчетомъ», заключающемся въ томъ, что гласные не могли удержаться отъ улыбокъ и выраженія недоумѣнія, когда читалась 1-ая часть отчета; цитировавшій же ее гласный, дѣйствительно,

3) Обращаемъ самое серьезное вниманіе нашихъ читателей на это письмо глубокоуважаемаго товарища. Какъ ни мало мы сочувствуемъ самой идѣе врачебнаго бойкота въ примѣненіи его къ ни къ чѣмъ виновному населенію, но, какъ ultimum refugium, быть можетъ, найдетъ себѣ оправданіе и онъ въ борьбѣ съ незнающимъ границъ произволомъ. *Ред.*

прибавилъ, что эта часть отчета должна быть помѣчена датой «мѣсяца Мартобря». Не допустить чтенія въ Думѣ этой части отчета я не могъ, такъ какъ, по постановленію санитарной Коммиссіи, весь отчетъ долженъ быть напечатанъ въ мѣстной газетѣ отъ имени городского Управленія, т. е. Думы.

3) Дума останавливала свое вниманіе и на статистической сторонѣ отчета, но не считала ее существенной для дѣла, такъ какъ находила, что дѣятельность единственнаго въ городѣ санитарнаго врача по можетъ сосредоточиваться исключительно на разработкѣ статистическаго матеріала, получасмаго черезъ городскую Управу отъ городского врача.

4) «Ничтожныя», по выраженію 2-го Общества врачей «средства, какія предоставлены городомъ (Таганрогомъ) въ распоряженіе д-ра *Никитича*», заключающіяся въ мѣсячномъ жалованьи съ развѣздными по городу—100 р., въ предоставленіи ему, въ качествѣ помощниковъ, фельдшера и 2-хъ санитаровъ, въ снабженіи химической лабораторіи инструментами и приборами, въ числѣ которыхъ есть спектроскопъ и микроскопъ, и въ снабженіи его письменными принадлежностями.

5) Противъ протеста 2-го Общества врачей (членомъ коего я не состою) я ничего не возражаю, такъ какъ считаю его дѣломъ настроенія, но я очень прошу Васъ обратить вниманіе на 1-ую часть отчета д-ра *Никитича* для того, чтобы судить, насколько примѣрно къ ней данное ей 2-мъ Обществомъ врачей скромное названіе «введенія, можетъ быть, нѣсколько тяжелаго въ стилистическомъ отношеніи» <sup>1)</sup>.

Конію отчета (безъ приложений, заключающихся въ статистическихъ таблицахъ болѣзненности и смертности въ Таганрогѣ), а также и № газеты, гдѣ напечатано письмо въ редакцію 2-го Общества Таганрогскихъ врачей, прилагаю <sup>1)</sup>.

Врачъ *П. Гордановъ*,

Таганрогскій городской голова.

Таганрогъ. 12-го октября 1906 г.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1929. По сообщенію агентскихъ телеграммъ (отъ 15-го октября), ректоръ *Казанскаго Университета* получалъ письмо съ угрозами, что его квартира будетъ разгромлена, если въ Университетѣ будутъ продолжаться студенческія Собранія. Совѣтъ рѣшилъ требовать отъ Министерства юстиціи защиты ректора и профессорской Коллеіи отъ угрозъ и оскорбленій черносотенцевъ. Телеграммы отъ 16-го октября сообщаютъ о закрытіи *Университета* Правленіемъ вѣредъ до рѣшенія университетскаго Совѣта.

1930. 14-го октября въ *Харьковѣ Университетѣ* вмѣстѣ съ другими учебными заведеніями, какъ сообщаютъ агентскія телеграммы (отъ 14-го октября), во избѣжаніе осложненій по случаю годовщины похоронъ жертвъ октябрьскихъ событій прошлаго года, были закрыты.

1931. По словамъ «Рѣчи» (14 октября), Министерство народнаго просвѣщенія уведомило ректора *Варшавскаго Университета*, что, согласно постановленію Совѣта министровъ, *Варшавскій Университетъ не можетъ быть имъ переданъ въ руки поляковъ, ни переведенъ въ другой какой-либо городъ, ни тѣмъ болѣе закрытъ*. Настоящее ненормальное положеніе высшихъ учебныхъ заведеній въ Варшавѣ считается временнымъ. Совѣту профессоровъ предлагается озаботиться скорѣйшимъ открытіемъ занятій въ Университетѣ и другихъ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ.

1932. Изъ вполнѣ достовѣрнаго источника мы можемъ сообщить, что проныкшій въ печать слухъ объ оставленіи проф. *А. Я. Данилевскаго* должности начальника *В.-Медицинской Академіи* (см. выше, № 41, стр. 1291) невярема.

1933. Лекціи и практическія занятія въ *В.-Медицинской Академіи*, по постановленію Конференціи, прерваны до 15-го ноября для производства переходныхъ испытаній на всѣхъ курсахъ.

1934. «Рѣчь» (13-го октября) опровергаетъ сообщеніе *Петербургскаго телеграфнаго агентства* объ увольненіи, согласно предложенію, декана *медицинскаго факультета Одесскаго Университета* проф. *А. К. Медвѣдева* (см. выше, № 41, стр. 1291); проф. *А. К. Медвѣдевъ не уволенъ и променія объ увольненіи не подавалъ*.

1935. Министръ народнаго просвѣщенія, какъ вамъ сооб-

1) Мы познакомились—по присланной намъ копіи—съ отчетомъ д-ра *Никитича* вообще и 1-ой его частью («введеніемъ») въ особенности и не нашли въ немъ ничего такого, что давало-бы право читавшему въ Думѣ отчетъ гласному такъ оскорбительно отозваться о немъ. Правда, отчетъ вообще, а 1-ая его часть въ особенности, написанъ тяжелымъ—что называется дубовымъ—языкомъ, и съ высказываемыми авторомъ въ «введеніи» мыслями мы безусловно не согласны [между прочимъ, онъ выражаетъ здѣсь свое несочувствіе резолюціи послѣдняго *Пироговскаго Съѣзда* (холернаго) и удовлетворенность организаціей санитарно-исполнительныхъ Коммиссій по правленію 11-го августа 1903 г.]; тѣмъ не менѣе, повторяемъ, присланный нибудь серьезномъ отношеніи къ дѣлу не видимъ ни малѣйшихъ основаній отнестись къ отчету товарища *Никитича* такъ, какъ отнеслись къ нему въ Таганрогской Думѣ.—*Ред.*

2) Документы эти нами получены.—*Ред.*



только не лишился особых или вообще каких-либо прав, но с прежним чином подполковника служил в Петербургском охранном отделении, не сохранив, впрочем, своей прежней фамилии, и в общественных местах и учреждениях теперь бывший подполк. Ермолов рекомендуется подполк. Сергеевичем. Последнее, по словам «Речи» (17 октября), г. Ермолов, вернувшись в Москву, опровергает, но подтверждает главное, а именно, что определенное ему Московским окружным Судом, на основании вердикта присяжных заседателей, наказание по Высочайшему повелению заменено 2-миллионным арестом на гауптвахте без лишения и ограничения прав.

1953. В Самарской губ., где благосостояние населения в значительной степени уже было подорвано цылым рядом последних неурожайных лет, где ртительно нет никаких заработков, отхожих, кустарных и пр. промыслов, творится, как пишут в «Око» (14 октября), нечто ужасное. Из большинства уездов в Управы поступают требования о присылке медицинского персонала в виду усиливающихся на почве недоброй эпидемий.

1954. В сентябрьской книжке «Журнала Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова» помещена обширная статья Д. Н. Жбанкова «Прошлое и будущее Пироговского Общества», в которой автор излагает проект преобразования Пироговского Общества в Пироговский Союз врачей на гораздо более широких началах, чем это было предложено Правлением Общества на IX-м Пироговском Съезде. По этому проекту объединяющий всех отечественных врачей Союз должен «давать направление и делать руководящие постановления для развития всего врачебно-санитарного дела в стране и для заведывания им, для чего а) ни один закон по врачебно-санитарной части не должен проходить через законодательный орган страны без предварительного рассмотрения его как в печати, так и в Пироговском Союзе; б) главное лицо, заведующее медициной страны, — будь то министр или начальник медицинского Совета или Департамента — должно быть назначено из тех врачей, которые избраны народными представителями и в то же время отбывающими Пироговскими Съездами, как кандидаты на пост заведующих медициной страны. В качестве законодательного, а через своих служащих членом и исполнительного органа по врачебно-санитарной части, Пироговский Союз вместе с общественными Самоуправлениями: а) способствует как теоретически, так и практически обеспечению всего населения врачебной помощью посредством повсеместной общественной медицины — общедоступной и бесплатной; б) заботится об оздоровлении России как разработкой санитарных вопросов, так и проведением на практике санитарных мероприятий в городах, деревнях, на фабриках и заводах; в) способствует самому широкому распространению сведений общественной и личной гигиены и борьбе с шарлатанством и знахарством изданием книг, брошюр, чтением лекций, преподаванием гигиены во всех учебных заведениях, устройством гигиенических музеев... По отношению к врачебному сословию проектируемый Союз «а) устраивает помощь врачам и их семьям во всех несчастных случаях на принцип взаимопомощи...; б) учреждает справочно-посредническую контору для присылки мнений...; в) учреждает особую судебно-экспертную камеру для разбора столкновений и недоразумений как между врачами, так и между врачами и другими лицами и учреждениями; г) устраивает в Москве и Петербурге центральные медицинские библиотеки...; д) издает «Журнал», посвященный исключительно делам Союза, общественной медицине, санитарным и бытовым вопросам». Постановления Пироговских Съездов, по проекту, должны быть обязательными для всех врачей — членов Союза. Из намеченных в проекте задач Д. Н. одой считает ближайшими, другие отдаленными. Из ближайших задач самая настоятельная — содействие деревенским работникам-врачам. — Статью д-ра Жбанкова, из которой мы привели в самых общих чертах лишь то, что касается проектируемого автором Пироговского Союза, редакция «Журнала Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова» снабдила примечанием, в коем заявляет, что, не усматривая по существу принципиальной разницы в своем проекте изменения устава Общества и предложении Д. Н. относительно Союза, она тем не менее «не только не разделяет высказанных Д. Н. взглядов относительно дальнейших перспектив этого Союза, но самым ртительным образом протестует против той резко противоречащей всем традициям Пироговского Общества и совершенно фантастической роли, какую отводит автор Пироговскому Союзу в общем врачебно-санитарном строе страны». По мнению редакции «Журнала» Пироговского Общества, «Союзы лиц специального знания могут быть весьма авторитетны в своей сфере и даже иметь огромное влияние на постановку и ход тех или иных отраслей специального значения; но ни один профессиональный Союз специалистов не может и не должен претендовать на какое-либо официальное положение в системе органов государственного управления». Деля подобное заявление, упомянутая редакция прибавляет, что она «определенно может удостоверить полную между собой солидарность всех членов настоящего Правления Пироговского Общества в совершенно отрицательном их отношении к подобному рода перспективам». — Что до нас, то, признавая прекрасную основную идею проекта Д. Н., мы в отношении указываемой им роли Союза всецело присоединяемся к мнению почтенной редакции Пироговского «Журнала».

1955. В статье «Опять взяли за Земство» («Речь», 14

октября) г. А. Смирнов приводит длинный материал о Земствах, где в настоящее время владычествует тяжелая рука администрации, и, отбывая вызванный гонениями ощутительный недостаток в некоторых Земствах врачей, учителей и других интеллигентных работников, приходит к заключению в следующем безотрадному выводу: «Чем же все это кончится? Земство и так на краю банкротства, а тут еще неблагоприятные внешние течения. Не трудно предугадать, чем все это кончится: кончится полным падением и разрушением старого Земства, на развалинах которого самым судьбою предназначено новое строительство нового земского самоуправления». — Ну, может быть, Бог не выдаст!...

1956. По словам агентских телеграмм (от 12-го октября), в обновленный состав Елецкой земской Управы, Орловской губ., взамен бывших ее членов, принадлежащих к конституционно-демократической партии, избраны «все члены правой; между ними земский врач Сергеев».

1957. Как сообщают «Русские Ведомости» (11 октября), среди служащих в Курской губернской земской Управе возникла мысль о необходимости *Всероссийской организации земских служащих*. Обосновывается эта необходимость тем обстоятельством, что в настоящее время в цѣлом рядъ Земствъ ижезвено назъ «3 го элемента» выбрасываются на произволъ судьбы то вслѣдствіе финансовых затрудненій земскихъ кассъ, то вслѣдствіе реакціонныхъ побужденій. Такъ, въ Курскѣ по постановленію губернскаго земскаго Собранія разогнаны до 100 земскихъ служащихъ (см. выше, № 41, стр. 1292). Положеніе этихъ людей, внезапно очутившихся безъ всякихъ средствъ къ существованію, по истинѣ, ужасно. Организациа всѣхъ земскихъ служащихъ и должна поставитъ своей задачей взаимопомощь. Служащіе Курскаго Земства, учредивъ Бюро для разработки проекта Всероссійской организациа земскихъ служащихъ, обратились къ служащимъ Московскаго Земства съ просьбой принять на себя организациа Союза.

1958. 7-го ноября исполняется 25-лѣтіе профессионально-общественной деятельности врачей выпуска 1881 г. В-Медицинской (Медико-Хирургической) Академіи. Изъ нихъ въ Петербургѣ, сколько намъ извѣстно, остались: проф. Г. И. Турнеръ, ч. пр. И. Я. Розенбагъ, д-ръ М. А. Чистяковъ, д-ръ Н. М. Поршниковъ и др. Шлемъ юбилярамъ горячій привѣтъ.

1959. В состав Бюро *микробиологическаго Общества* на предстоящій годъ избраны: председателемъ — Г. А. Надсонъ, товарищемъ его Д. Н. Заболотный, секретарями — В. Л. Омельский и Н. М. Берестневъ, казначеемъ — Б. Л. Исаченко. Къ началу настоящаго акад. года число членовъ Общества достигло 96.

1960. В только-что полученномъ нами протоколѣ засѣданія Тамбовскаго физико-медицинскаго Общества 3-го февраля напечатанъ докладъ д-ра М. М. Настюкова — «Отчетъ объ итогахъ съ противораковой сывороткой д-ра Влаева», прочтанный въ больничномъ Совѣщаніи при Тамбовской губернской земской больницѣ 1-го февраля 1906 г. Начало этимъ отчетамъ было положено докладомъ ч. пр. Влаева въ засѣданіи названнаго Общества 18-го іюня 1904 г. — «Новыя экспериментальныя данныя и клиническія наблюденія о происхожденіи и леченіи злокачественныхъ опухолей», сопровождавшимся предьявленіемъ рисунковъ, препаратовъ полученныхъ изъ раковыхъ опухолей blastomycetoz и свѣтописныхъ снимковъ съ больныхъ ракомъ, снятыхъ до и послѣ леченія сывороткой, при чемъ докладчикъ, не утверждая, что его сыворотка излѣчиваетъ ракъ, высказалъ въ конечномъ выводѣ убѣжденіе, что она даетъ значительное облегченіе, уничтожаетъ боль, уменьшаетъ опухоль, превращая ч. наз. неоперируемые случаи въ оперируемые, задерживаетъ появленіе возвратовъ, останавливаетъ кровоточенія и при томъ не только не вредитъ общему состоянію здоровья, но улучшаетъ его, какъ то видно изъ увеличенія вѣса больныхъ. Благоприятное дѣйствіе сыворотки на больныхъ было подтверждено и нѣкоторыми другими врачами, бывшими на засѣданіи. Въ результатъ появились предложенія пожертвованій для организациа опытовъ съ сывороткой въ Тамбовѣ. Ч. пр. Влаевъ предложилъ для той-же цѣли своихъ иммунизированныхъ животныхъ, находившихся въ Парижѣ, и личное наблюденіе, изъявивъ готовность прѣзжать для этого периодически изъ Москвы. Благодаря пожертвованіямъ (770 р.) и ассигновкѣ въ 1200 р. экстреннымъ земскимъ Собраніемъ, можно было перевести животныхъ и начать опыты. Определеніе силы сыворотки, по условіямъ работы, оказалось возможнымъ только на основаніи наблюденій надъ ея слѣдующими свойствами по отношенію къ blastomycetoz, при чемъ обнаружено, что сыворотка, употреблявшаяся при леченіи больныхъ, обладала слабымъ специфическимъ дѣйствіемъ. По мнѣнію д-ра Влаева, ослабленіе дѣйствующей силы сыворотки могло зависѣть отъ того обстоятельства, что животныя (осицы и 10 гусей), доставленныя изъ Парижа, около 3-хъ мѣс. не были иммунизированы. Этимъ слабымъ специфическимъ дѣйствіемъ сыворотки ч. пр. Влаевъ объясняетъ отсутствіе благоприятныхъ исходовъ. Въ статьѣ приведены 5 случаевъ, гдѣ больные долго (отъ 6 нед. до 5 мѣс.) находились подъ наблюденіемъ и не получили облегченія (2-ое умерло). Общаго числа наблюденій д-ръ Настюковъ не указываетъ; отбѣчаетъ лишь, что наблюденія эти, хотя и могутъ указывать на безвредность прѣзженія сыворотки, но не даютъ возможности судить объ ея специфическомъ дѣйствіи.

1961. Правленіе Общества врачей гор. Таганрога и Таганрогскаго округа помѣстило по дѣлу д-ра Никитина (см. выше, № 40, стр. 1262 и № 41, стр. 1294 и 1295) въ «Таганрогскомъ Вѣстникѣ» (27 сентября) слѣдующее писмо: «Обще-



ство врачей гор. Таганрога и Таганрогского округа в заседании своем 26-го сентября 1906 г., в присутствии всех членов его, живущих в Таганроге, вторично рассмотрели и обсудили отчет санитарного врача гор. Таганрога д-ра Никитина за 1905 г.—отчет, послуживший предметом издательства в заседании городской Таганрогской Думы от 20-го сентября с. г. и причиной для увольнения д-ра Никитина от занимаемой им должности санитарного врача,—пришло к заключению: 1) Введение к отчету, может быть, несколько тяжелое в стилистическом отношении, касающееся вообще положения санитарного дела в нашем отечестве в начале 1905 г., не должно было служить предметом издательства, а между тем только на этом введении Дума и остановила свое внимание, не потрудившись познакомиться с самим отчетом<sup>1)</sup>; самый же отчет, вовсе не рассмотренный Думой, ясно указывает, какой громадный труд выполнен д-ром Никитиным в пользу добросовестно и с полным знанием дела и обязанностей санитарного врача. 2) Такое отношение к своим обязанностям, при тех ничтожных средствах, какие предоставлены городом в

<sup>1)</sup> Ввиду исключительного интереса, какой приобрело это «сведение», позволяем себе напечатать его здесь полностью по присланной нам Таганрогским городским головой, д-ром Гордановым, выдержка с его письма (см. выше, стр. 1322) копии с отчета д-ра Никитина. «Как и (в) предыдущие годы, на правление работ санитарного врача шло 2-мя путями: 1) по исследованию местных, общих и частных, условий народного здоровья и 2) по принятию мер к устранению обнаруженных, вредных для общего и частного здоровья населения, условий. С самых первых дней отчетного года навиг. гор. Таганрога обнаружился целый ряд явлений, которые были здесь признаны всеобщим ему угрожающими. В числе этих сторон народного быта, над которыми висела надвигавшаяся угроза, весьма действительно, весьма, выставлялось в начале года положение народного здоровья. Центральные и частные, по университетским городам, медицинские Съезды составляли (издавали. *Ред.*) тогда почти обязательные для врачебного сословия постановления—ради предотвращения угрожающих народному здоровью, надвигающихся необычных условий уклониться от начала, преподавания наукой, предыдущим опытом, и войти в частные (партийные) учреждения, возникшие для устройства всеобщего благополучия и «царствия небесного на грешной земле»... Угрозы для народного здоровья, действительно, были и не фиктивные: холера проникла на нижнее течение Волги, а подогретою тем же печальными из Маньчжунских палестин» всегдашнее стремление людей освободиться от тяжелого труда стало все чаще и чаще выражаться пассивным устранимем людей от возможности заработать себе пропитание. Собственно говоря, угроза проникновения в Россию вообще и в город наш в частности заразного начала не составляла сама по себе (в) последнее время действительно новости, ибо с самого 1896 г. мы ежегодно должны были опасаться занесения к нам чумы; эта новость в 1905 г. подбуживала особенно удручающе, благодаря только соединению со смутой. Уже в 1897 г. я принужден был представить санитарной Комиссии доклад о противочумных мерах, которые предстояло наметить городу. Вслед за тем была в Петербурге учреждена с особыми полномочиями Высочайше утвержденная Комиссия для борьбы с угрозой от чумы (*sic!* *Ред.*) и других заразных болезней. Комиссия эта, состоявшая из весьма сведущих людей, постепенно, руководясь богатым ежегодным опытом проникновения в Россию заразных болезней и действительной борьбы с ними, весьма плодотворной, как показала 7-летний опыт, к 1903 г. составила свод постановлений по борьбе с заразными болезнями, каковой свод и был, в замбу и дополнен соответствующими статьями XIII тома (как известно, совершенно устаревших и крайне неполных), проведен в законодательном порядке и опубликован 11-го августа 1903 г. для руководства администрации и общественных Управлений в качестве обязательных указаний, насколько не стесняя могущих оказаться по местам частных предприятий. Я напому здесь о той бурь безпричинного негодования, которая была вызвана этим законом,—бурь, поведшей за собой в некоторых местах, по меньшей мере неуместных, врачебная забастовка. Вура эта, однако, нешла себя отклика в нашем городе. Здесь, согласно упомянутому закону, была образована санитарно-исполнительная Комиссия, в которую привнесены были для участия все представители местных учреждений и члены городской Управы; привнесены также по мере надобности и военно-практические врачи. В меру отпущенных из войсковых сумм денежных средств (1000 р.) Комиссия сдвигала необходимые распоряжения и составляла общий план действий на случай как появления холеры в более близком расстоянии от Таганрога, так и в случае появления ее в пределах округа и самого города. Выступ с той со стороны наличного санитарного надзора было усилено наблюдение за санитарным положением города. При этом особенное внимание было обращено на пути сообщения... и т. д. (следует 2-ая часть отчета с перечислением принятых против занесения холеры мер и обстоятельным описанием санитарного состояния города за отчетный год в отношении заболелости главными формами заразных болезней, высокой детской смертности и желательных с санитарной стороны

распоряжение д-ра Никитина, может заставить только благодарить д-ра Никитина за его в высшей степени добросовестный труд. 3) Общество врачей гор. Таганрога и Таганрогского округа выражает свой горячий протест против незаконного, противозаконного (§147 обязательных санитарных постановлений гор. Таганрога) и немотивированного увольнения д-ра Никитина от должности санитарного врача. 4) Подробно мотивированную резолюцию для напечатания в медицинской прессе Общество выработает в одном из ближайших заседаний. Председатель Общества *Г. Попов*. Секретарь *Ф. Самохин*».

1906. В Таганрогскую городскую Думу, как сообщает, «Приазовский Край» (9 октября), подается следующее заявление по поводу увольнения санитарного врача Никитина (см. выше): «На основании 2 п. 67 ст. Городового Положения просим внести на обсуждение Думы следующее постановление: от 20-го сентября текущего года об увольнении от должности санитарного врача г. Никитина. Постановление это мы признаем неправильным по существу, а потому считаем его подлежащим отмене по следующим соображениям: 1) вопрос об увольнении г. Никитина не был назначен к рассмотрению в порядке заседания Думы и не был поименован в повестке; 2) самый вопрос об увольнении г. Никитина возник случайно и неожиданно для всех гласных, и, как новое предложение или заявление, сделанное во время заседания одним из гласных, безусловно подлежало обсуждению и решению Думы не в данном, а в следующем ее Собрании; 3) решение вопроса об увольнении или устранимем должностных лиц городского общественного Управления, к числу которых, бесспорно, принадлежит и санитарный врач, избираемый и увольняемый Думой, должно быть производимо посредством закрытой баллотировки, в порядке, указанном в Городовом Положении; 4) при открытом и, следовательно, незаконном и неправильном в данном случае голосовании не было сосчитано, сколько гласных подали свои голоса за увольнение и сколько против? Отсутствие подсчета лишает возможности установить, сколько именно гласных, действительно, участвовали в голосовании данного вопроса; обстоятельство это имеет большое значение, ибо согласно ст. 71 п. 6 Городового Положения для законного решения вопроса об увольнении должностного лица, каковым является и санитарный врач, требуется присутствие в Думе не менее 2/3 гласных. Руководясь вышеизложенными фактами и законоположением и в интересах строгой справедливости и охраны достоинства постановлений городской Думы, мы предлагаем Думе, приняв к разнесению 75 ст. Гор. Положения, отменить послепное и строго необоснованное постановление 20-го сентября об упразднении должности санитарного врача и увольнении г. Никитина и одновременно с этим предлагаем поручить Управу представить подробный и мотивированный доклад, согласно требованиям Городового Положения и § 147 обязательных санитарных постановлений. Доклад должен быть напечатан или написан и заблаговременно разослан гласным с предоставлением г. Никитину права дать свои словесные или письменные объяснения». Передача этого текста в «Приазовском Крае» заканчивается указанием, что «подписи под заявлением собирает гласный Думы врач Халдымлянца».

1903. По словам «Приазовского Края» (12 октября), состоявшийся 20-го сентября постановлений Таганрогской Думы (см. выше, № 40, стр. 1262) утвержден войсковым атаманом, за исключением постановления об упразднении должности санитарного врача, занимаемой д-ром К. Н. Никитиным. Последнее передается на рассмотрение областного по городским делам Присутствия вместе с жалобой д-ра Никитина и особым мнением, изложенным в телеграмме гласных Думы д-ров Халдымлянца и Самохина и гг. Торопова и Штегера.

1904. По словам, «Киевской Речи» (9 октября), денежные дела Киевского «Общества скорой помощи» настолько пошатнулись, что 1-го октября Общество не могло уплатить жалованья врачам полностью и выдало им лишь 1/2 заработка.

1905. «Приазовский Край», (6 октября), со слов «Русского Слова», сообщает, что Яттинская Управа получила предложение о сдаче Ялты, как курорта, на 35 лет в руки частных предприятий Арнольди и Истомина. Концессионеры предлагают монополию на устройство казино, театра, морских купаний. Является опасение обращения Ялты из климатического курорта в увеселительное место для приважей буржуазии.

1906. Эпидемия брюшного тифа, дифтерии и скарлатины в Петербурге, как сообщает «Речь» (14 октября) на основании официальных данных, все усиливается. С 1 по 7 октября около 84% всех остро-заразных заболеваний, а именно 533 случая, приходились на упомянутые болезни: 193 случая — на брюшной тиф, 181 — на дифтерию (больше предыдущей недели на 30) и 159 — на скарлатину (больше предыдущей недели на 23).

1907. Как передает «Терек» (5 октября), в Кисловодске усиливается эпидемия скарлатины. Ныть почти дома, в котором не было бы больных ею детей. Смертность весьма значительная.

1908. Денежные средства в медицинской лаборатории Кавказского военного округа в 1905 г., как видно из «Отчета лаборатории», состояли, не считая содержания личного персонала, из 5070 р. Большая 1/2 этой суммы отпущена была главным в-медицинским Управлением, остальная — губернскими Земствами (1500 р.) и главным интендантским Управлением

терпелогическимъ отдѣленіемъ ея—д-ръ *А. И. Голубковъ* и въ которое время д-ръ *А. А. Мухоморовъ*, одновременно заведывавшій и Тифлисской *Pasteur*овской станціей.

1909. На *содержаніе городскихъ больницъ въ Петербургѣ* въ 1907 г. ассигновано, по словамъ «Рѣчи» (14 октября), 4.421.000 р.—на 126000 р. больше, чѣмъ въ прошломъ году.

1910. 11-го октября въ Петербургскую Думу, какъ сообщаетъ «Страна» (12 октября), явилась *депутация отъ низшаго персонала всѣхъ городскихъ больницъ*. Въ это время въ Думѣ шло засѣданіе, и депутации было въ приемѣ отказано. Прибывшіе заявили, что подобное отношеніе къ уполномоченнымъ можетъ повести къ появленію въ городской Думѣ служащихъ и рабочихъ всѣхъ городскихъ больницъ, такъ какъ положеніе всюду крайне напряженное. Тогда депутация была принята председателемъ болыинной Коммиссіи проф. *А. И. Лебедевымъ*, который и выслушалъ ее. Изъ объясненій выяснилось, что во всѣхъ больницахъ возникло массовое недовольство низшаго больничнаго персонала болыинной администраціей въ лицѣ смотрителей, главныхъ врачей и т. д., которые «безжалостно штрафуютъ подчиненныхъ безъ всякаго повода и вообще сильно стѣсняютъ дѣятельность низшаго персонала». Результатъ переговоровъ пока неизвѣстенъ.

1911. *Врачебная и благотворительная часть въ Енисейской губ.*, по свидѣтельству «Сибирскихъ Врачебныхъ Вѣдомостей» (№ 10—12), находится въ состояніи, очень близкомъ къ полному разстройству, а всѣ попытки къ улучшенію его оканчиваются, вслѣдствіе обычно примѣняемаго казеннымъ вѣдомствомъ способа отписки, сказкой про бѣлаго бычка. Напр., печальное положеніе Красноярской губернской больницы давно уже обратило на себя вниманіе мѣстной администраціи; но на всѣ ходатайства о расширеніи средствъ и объ измѣненіи постановки болыиннаго дѣла сверху неизменно отвѣчали отказомъ въ деньгахъ и назначеніемъ Коммиссій. Наконецъ, когда, какъ результатъ всѣхъ Коммиссій и под-Коммиссій, вновь были представлены губерніи. Давыдовымъ требованія о расширеніи средствъ больницы (больница за 50 лѣтъ своего существованія остается все съ однимъ и тѣмъ-же штатомъ, между тѣмъ населеніе въ губерніи за послѣдніе годы сильно возросло, а соотвѣственно этому и потребность въ болыинномъ лѣченіи значительно увеличилась), о погашеніи накопленныхъ долговъ и пр., то главное Управленіе по дѣламъ мѣстнаго хозяйства отвѣтило новымъ требованіемъ назначенія Коммиссій, которая должна озаботиться «приведеніемъ хозяйства заведенія въ порядокъ и даже сокращеніемъ его дѣятельности, насколько это окажется возможнымъ, безъ полнаго разстройства врачебной и благотворительной части въ губерніи».....

1912. «Баку» (5 октября), изображая въ самыхъ мрачныхъ краскахъ санитарное состояніе и общій порядокъ въ Бакинской Михайловской больницѣ (заразные больные не отдѣляются; самоуправство фельдшера и пр.), бросаетъ врачамъ слѣдующее обвиненіе: «Не говоря о непростительности подобнаго отношенія къ чужому здоровью, дѣлается до боли стыдно, что гг. врачи данной больницы настолько, повидимому, свыклись съ такимъ отношеніемъ къ чужимъ недугамъ, что, кажется, «искренно» не замѣчаютъ подобныхъ, буквально вопиющихъ, безобразій».—Такъ ли это?

1913. «Баку» (7 октября) сообщаетъ, что въ *Балаханской больницы* Совѣта Съѣзда нефтепромышленниковъ возникли *недоразумѣнія между врачебнымъ персоналомъ и служащими* изъ-за увольненія одного изъ временно-служащихъ. Недоразумѣніе грозитъ принять болѣе острый характеръ, такъ какъ врачебный Совѣтъ при Совѣтѣ Съѣзда, разсмотрѣвъ инцидентъ, призналъ увольненіе правильнымъ. Служители бастуютъ, не допускаютъ постороннихъ лицъ къ ухаживанію за больными и требуютъ принятія уволеннаго; Совѣтъ-же врачей рѣшилъ не удовлетворять этого требованія.

1914. Группа Московскихъ фармацевтовъ, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (11 октября), подала въ Московскій окружной Судъ прошеніе о разслѣдованіи незаконныхъ дѣйствій *Правленія пенсіонно-вспомогательной російской фармацевтической Кассы*, обнаруженныхъ правительственной ревизіей (см. выше, № 40, стр. 1262), по веденію счетоводства и расходованію общественныхъ денегъ.

1915. Сенатомъ было отклонено ходатайство аптекарей объ отменѣ извѣстнаго циркуляра бывшаго министра внутреннихъ дѣлъ Дурново о введеніи *новой нормы для устройства аптекъ* (12000 жителей въ столицахъ и 10000 въ губернскихъ городахъ на 1 аптеку). Въ настоящее время, какъ сообщаетъ «Око» (12 октября), аптекари подаютъ въ Сенатъ вторичную жалобу, ссылаясь на то, что циркуляръ этотъ не былъ распу-блякованъ въ Собраніи узаконеній и распоряженій правительства, безъ чего-де онъ не имѣетъ значенія.

1916. Совѣщаніе земскихъ врачей Херсонскаго уѣзда, какъ передаетъ «Одесскій Листокъ» (3 октября), присоединилось къ ходатайству фельдшеровъ о *допущеніи 4-хъ представителей послѣднихъ къ участію на врачебныхъ Совѣщаніяхъ и въ уѣздномъ санитарномъ Совѣтѣ* съ правами рѣшающаго голоса въ вопросахъ, касающихся фельдшеровъ, и съ совѣтельными — въ остальныхъ вопросахъ. Признано также желательнымъ предоставить фельдшерамъ разъ въ годъ соби-раться для обсужденія своихъ дѣлъ и выбора вышеупомянутыхъ представителей. Совѣщаніемъ единодушно поддержано ходатайство объ устройствѣ повторительныхъ курсовъ для фельдшеровъ. Для лицъ фельдшерскаго персонала, прослужившихъ 25 лѣтъ, Совѣщаніе признало справедливымъ назначить пенсію изъ средствъ губернскаго Земства, а также предоставить дѣтямъ ихъ пользоваться стипен-

діями изъ земскаго стипендіальнаго фонда. Рѣшено также просить губернскаго Земство перечислить фельдшеровъ по окладу пенсіи изъ низшаго разряда въ высшій съ правами, предоставленными старослужащимъ относительно доплатъ взносов въ аморальную кассу за время службы въ Земствѣ.

1917. Нѣкій г. Кобыка, чиновникъ, живущій въ Перми, возбуждалъ предъ главнымъ врачебнымъ инспекторомъ ходатайство разрѣшить ему повсемѣстную продажу открытаго имъ, какъ онъ думаетъ, лѣчебнаго средства подъ названіемъ «*Эссенція электролитной воды*». Къ прошенію своему г. Кобыка приложилъ брошюры беззастѣнчиво рекламнаго характера, въ которыхъ восхваляется новое лѣчебное средство и указывается, что оно «при наружномъ и внутреннемъ употребленіи въ цѣльномъ и разбавленномъ видѣ не только исцѣляетъ ожоги, раны, нарывы, всякія воспаленія кожныхъ покрововъ и сложнѣйшіе оболочки, острые и хроническіе желудочно-кишечные недуги, болѣзни дыхательныхъ органовъ и почки, почки, падучую, астму, ревматизмъ, гоноррею и сифилисъ, но и служить еще прекраснымъ предохранительнымъ средствомъ, столь же полезнымъ человѣческому организму, сколь полезенъ чистый воздухъ». Изобрѣтатель считаетъ свою эссенцію вполне безвредной, хотя въ одномъ мѣстѣ брошюры и заявляется, что «сдѣдуетъ беречь отъ смачиванія эссенціей хорошее бѣлье, какъ портящееся отъ озона». На основаніи заключенія члена медицинскаго Совѣта *Д. Б. Бертенсона*, которому дѣло это было передано на разсмотрѣніе, и руководясь закономъ, возлагающимъ на органы медицинскаго управленія «наблюденіе за отравленіемъ всякаго вреда, который отъ т. наз. эмпириковъ и шарлатановъ происходитъ можетъ» (ст. 97. Уст. Врачебнаго, раздѣлъ Іо мед. Управ.) и «принятіе мѣръ къ пресѣченію вредной дѣятельности лицъ, неимѣющихъ права заниматься врачебной практикой» (пунктъ 2 ст. 8 положенія объ управленіи главн. врачеб. инспектора), а также въ виду того, что «электролитическая вода» Кобыка не обладающая никакими цѣлебными свойствами, но содержащая въ 1000 к. стм. ея до 6,5 грм. свободной сѣрной кислоты, является *безусловно вредной*, медицинскій Совѣтъ постановилъ: 1) ходатайство Кобыка о разрѣшеніи продажи открытой имъ эссенціи электролитной воды отклонить и 2) просить главнаго врачебнаго инспектора, согласно приведеннымъ выше статьямъ, обратить вниманіе на то, что просителемъ, какъ видно изъ представленныхъ имъ брошюры и вырѣзокъ изъ газетъ, электролитная вода рекламируется и распространяется до получения надлежащаго разрѣшенія на приготовленіе и продажу ея. Рѣшеніемъ этимъ г. Кобыка, какъ и слѣдовало ожидать, не удовлетворился и возбудилъ новое ходатайство о разрѣшеніи ему продавать свою воду въ качествѣ обеззараживающаго средства, основываясь на томъ, что въ водѣ содержится сѣрная кислота, кислородъ и озонъ. Медицинскій Совѣтъ отклонилъ и это его ходатайство.

1918. «Око» (13 октября) сообщаетъ слѣдующія свѣдѣнія о *пріемѣ русскихъ въ Берлинскій Университетъ*. Какъ уже извѣстно, прусскій министръ народнаго просвѣщенія временно приостановилъ пріемъ въ Берлинскій Университетъ русскихъ, вызвавъ этимъ возмущеніе всѣхъ прогрессивныхъ органовъ печати. Въ данный моментъ, хотя прошенія отъ русскихъ и принимаются, но никакихъ отвѣтовъ имъ не дается. Уже съ прошлаго года политически неблагонадежныя лица не принимались въ Университетъ послѣ справокъ, наведенныхъ о нихъ у русской полиціи. При этомъ самыя требованія о предварительномъ среднемъ образованіи предъявлялись очень строгія: никакія свидѣтельства реальныхъ и коммерческихъ училищъ не удовлетворяли прусской университетской власти. Въ слушательницы допускались тоже только лица съ высшимъ образованіемъ или получившія, кромѣ средняго образованія, еще свидѣтельство о выдержаніи экзамена за 8 классовъ по латинскому языку. Теперь предоставлять новыя мытарства, такъ какъ предполагается разслѣдованіе о матеріальномъ положеніи, при чемъ въ Университетъ будутъ приниматься только тѣ русскіе, которые представятъ доказательство своей обезпеченности.

1919. На 1-ый курсъ медицинскаго факультета Краковскаго Университета поступило 140 *слушателей* («Gazeta lekarska», 20 октября).

1920. Въ «La Presse médicale» (20 октября) *д-ръ F. de Laperonne*, напоминая, что чрезъ годъ (въ октябрѣ 1907 г.) состоится 1-ая сессія экзаменовъ на полученіе удостовѣренія въ прохожденіи *высшаго курса медицинскихъ наукъ* (certificat d'études médicales supérieures), подчеркиваетъ, что здѣсь идетъ рѣчь объ экзаменѣ на право причисленія къ преподавательскому персоналу и «Университетъ нигдѣ-де право и обязанъ требовать отъ желающихъ быть причисленными къ преподавательскому персоналу медицинскихъ факультетовъ и школъ широкой и солидной научной подготовки». Пока это—единственная встрѣчавшаяся намъ статья въ защиту реформы. Число-же протестующихъ (см. выше № 41, стр. 1295) все растетъ. Въ «La Presse médicale» (24 октября) сообщаются протесты «Association des médecins de l'Ain» и «Conseil général des Sociétés médicales de l'arrondissement de la Seine». Въ «Le Poutou médical» (1 октября) помѣщена также протестующаго характера статья *д-ра Brossard'a*.

1921. На бывшемъ въ концѣ минувшаго лѣта въ Манилѣ Съѣздѣ медицинскій ассоціаціи Филиппинскихъ острововъ извѣстный японскій бактериологъ проф. *Kisato* прочиталъ докладъ о *чумѣ въ Японіи* и о той системѣ предохранительныхъ и лѣчебныхъ мѣропріятій, которыя принимаются тамъ въ борьбѣ съ этой болѣзью. Въ «Presse médicale» (20 октября) *д-ръ Defosses* приводитъ подробное извлеченіе изъ этого доклада, который мы и пользуемся, чтобы познакомить читателей съ поучительнымъ докла-

домъ проф. *Kiyasato*. Принимаемыя въ Японіи противочумныя мѣры имѣютъ въ виду предупрежденіе распространенія заразы путемъ заноса ея а) людьми и товарами и б) крысами. Ради первой цѣли во всѣхъ портовыхъ городахъ установлена слѣдующая система: какъ только на какомъ-либо кораблѣ обнаруживается чумной больной, немедленно же воспрещается всякое сообщеніе этого корабля съ берегомъ; на кораблѣ уничтожаются крысы; заболѣвшіе пассажиры подвергаются строжайшему отдѣленію, подозрительные—наблюденію въ теченіе 10 дней, товары же всѣ обеззараживаются. Все это дѣлается санитары подъ наблюденіемъ живущихъ въ каждомъ портовомъ городѣ эпидемическихъ врачей, пріобрѣтшихъ опытъ въ распознаваніи чумы. При обнаруженіи въ городѣ подозрительнаго случая смерти отъ острой заразной болѣзни, эпидемическій врачъ обязанъ бактериологически изслѣдовать кровь изъ сердца, селезенки и легкаго умершаго и сдѣлать соответственныя разведки и прививки животнымъ. Кромѣ того, онъ имѣетъ право въ зараженной мѣстности подвергнуть изслѣдованію каждаго ему подозрительнаго лица, хотя бы они и считали себя здоровыми. Выпрыскиваніе противочумной сыворотки здоровымъ, съ цѣлью вызвать у нихъ невосприимчивость къ чумной заразе, производится въ Японіи въ широкихъ размѣрахъ. Такъ, во время эпидеміи 1901 г. на о. Формозѣ предохранительныя прививки были сдѣланы 10876 лицамъ; въ этихъ послѣднихъ заболѣлъ чумой лишь 7 чел., между тѣмъ какъ изъ 40000 непривитыхъ заболѣли 500. Что касается врачей, санитаровъ и служителей, ухаживающихъ за чумными больными или приходящихъ въ соприкосновеніе съ зараженными вещами, то всѣмъ имъ обязательно выпрыскивается съ предохранительною цѣлью отъ 15 до 20 к. см. сыворотки. Больнымъ выпрыскиваются огромныя количества сыворотки—до 200—250 к. см.; благодаря такимъ дозамъ, смертность отъ чумы среди подвергавшихся леченію упала на  $\frac{1}{2}$ . Наибольше цѣлесообразной мѣрой *Kiyasato* считаетъ одновременное съ выпрыскиваніемъ сыворотки хирургическое вмѣшательство, а именно вырѣзываніе ближайшихъ къ мѣсту зараженія бубоновъ. Дома, гдѣ находились чумные больные, обеззараживаются слѣдующимъ образомъ: передъ обеззараживаніемъ внутренняго помѣщенія формалиномъ, сулемой или бѣлизной известью вокругъ дома устанавливается проволочная изгородь, высотой въ 3 фута, и закапывается въ почву приблизительно на глубину 1—2 фут.; благодаря такому приспособленію, крысы никоимъ образомъ не могутъ скрыться изъ обеззараживаемаго дома. Въ 1903 г. во время чумы въ Токио въ одномъ этомъ городѣ употреблено было 4 мили цинковой проволочной сѣтки. Мѣры, направляемыя специально противъ крысъ, выражаются главнымъ образомъ въ изслѣдованіи всѣхъ дохлыхъ крысъ и вообще въ истребленіи этихъ животныхъ. Такъ какъ крысы заражаются чумой чаще всего черезъ ротъ, то у нихъ особенно часто поражаются подчелюстные лимфатическіе железы; изслѣдованію и подвергаются главнымъ образомъ эти послѣднія. Въ 1905 г. въ Осака изслѣдовано было 1.951.116 крысъ. Въ Токио въ среднемъ въ годъ изслѣдуются до 800000 крысъ. Какъ велики въ Японіи расходы на истребленіе и изслѣдованіе убитыхъ крысъ, видно изъ того, что во время эпидеміи 1905 г. городское Управленіе Токио истратило на это дѣло 320000 іенъ.

1902. Не везетъ *противобугорчатковымъ сывороткамъ и вакцинамъ*. Такъ, д-ръ *Guido Mann* (въ городской больницѣ въ Триестѣ) на цѣломъ рядѣ больныхъ съ нетяжелыми формами легочной бугорчатки прививалъ сыворотку *Marmorek's* и пріемлетъ къ безусловному отрицательнымъ результатамъ («Wiener klinische Wochenschrift», 18 октября). Проф. *Vallée* (ветеринарная школа въ г. Альфорѣ воокъ Парижа) послѣ цѣлага ряда опытовъ съ бововакциной *Behring's* пріемлетъ къ заключенію, что препаратъ этотъ не предохраняетъ телятъ отъ зараженія бугорчаткой; предохраняющее дѣйствіе его длится недолго и затѣмъ исчезаетъ («La Presse médicale», 17 октября).

1903. «La Semaine médicale» (24 октября) сообщаетъ слѣдующее о *мѣрахъ, предпринимаемыхъ Константинопольскими высшими санитарными Совѣтомъ въ интересахъ международнаго санитарнаго* въ виду предстоящаго паломничества въ Мекку. Вслѣдъ за эпидеміей чумы, наблюдавшейся въ этомъ году въ Djeddah, названный Совѣтъ уполномочилъ особую Комиссію изучить мѣры, необходимыя для обеззараживанія Djeddah, и предохранить отъ чумы путь предстоящаго паломничества въ Мекку. Комиссія эта, ознакомившись съ распоряженіями Совѣта въ предшествовавшій чумной эпидеміи въ Djeddah, а также съ препятствіями, встрѣчавшимися при ихъ осуществленіи, и съ вызванными необходимостью видоизмѣненіями первоначальнаго плана, предложила Совѣту слѣдующія мѣры: 1) По оздоровленію (обеззараживанію) Djeddah: а) послать въ этотъ городъ врачебную Комиссію изъ 6 врачей при 3-хъ обеззараживателяхъ и 6 санитаряхъ; б) организовать наблюдательный пунктъ или въ Haddé, или въ Bahgé, въ мѣстности, расположенныхъ на  $\frac{1}{2}$  пути между Джеддой и Меккой; в) устроить госпиталь для чумныхъ больныхъ въ Djeddah. 2. По предохраненію паломниковъ въ Hedjaz: а) паломники, направляющіеся изъ Джедды въ Мекку, должны явиться въ Abou-Saad'skij лазаретъ для врачебнаго осмотра и строжайшаго обеззараживанія. Чумные или подозрительные больные должны оставаться въ лазаретъ въ Djeddah; остальные паломники не могутъ попасть въ Мекку иначе, какъ чрезъ Ras-el-Assouad; б) всѣ другіе паломники изъ другихъ мѣстностей должны быть также задержаны въ Ras-el-Assouad; для этого необходимо отправить въ названную мѣстность необходимое количество лазаретнаго персонала, достаточнаго для приема

и исправить имѣющуюся тамъ пристань. Изъ Ras-el-Assouad паломники должны быть немедленно направляемы въ Мекку, тщательно избѣгая всякаго сообщенія съ Djeddah. Для возможнаго быстрого ихъ отъѣзда отсюда необходимо озаботиться о своевременномъ обезпеченіи ихъ достаточными количествами верблюдовъ и другихъ средствъ передвиженія, чтобы каждая группа прибывающихъ паломниковъ могла немедленно двинуться въ дальнѣйшій путь; в) вся провизія и товары не зараженные должны быть направлены черезъ Ras-el-Assouad; въ случаѣ же ихъ зараженія они должны быть направляемы предварительно въ Aboud-Saad для обеззараживанія. 3) По санитарной охранѣ Мекки: а) предполагается направлять паломниковъ при ихъ отъѣздѣ изъ Ras-el-Assouad на пунктъ, расположенный на  $\frac{1}{2}$  пути между Джеддой и Меккой, гдѣ они должны быть осматриваемы врачами: признанные больными чумой или подозрительные въ этомъ отношеніи должны быть отсылаемы въ Джедду; б) по пріѣздѣ въ Мекку—2-ой осмотръ паломниковъ и тщательное отдѣленіе оказавшихся больными чумой или подозрительными въ этомъ отношеніи; наконецъ в) со дня пріѣзда въ Мекку—5-дневное врачебное наблюденіе на дому, обязательное для всѣхъ паломниковъ. Мѣры эти Совѣтомъ одобрены.

1904. Умерли: 1) 21-го минувшаго іюля, въ м. Кузьминѣ, Подольской губ., сельскій врачъ *Яковъ Васильевичъ Синяевъ* чл., родившійся въ 1876 г., а званіе врача получившій въ 1903 г. 1). — 2) Въ Казани *Владиміръ Дмитриевичъ Гладковъ* («Астраханскій Листокъ», 4 октября), родившійся въ 1870 г., а званіе врача получившій въ 1897 г.—3) 3-го октября, въ м. Тульчинѣ, Подольской губ., *Исаакъ Моисеевичъ Варшавскій*, убитый ворвавшимся къ нему неизвестнымъ («Одесскія Новости», 10 октября). Покойный родился въ 1860 г., а званіе врача получилъ въ 1885 г.—4) Въ Петербургѣ *Симеонъ Демковскій* («Kronika lekarska», 15 октября), родившійся въ 1879 г.

Глубокоуважаемый проф. *Н. Я. Чистовичъ* проситъ насъ оповѣстить, что въ рисунокъ къ его статьѣ — «Псевдолимфемія съ періодической лихорадкой» (см. выше, № 41), по его недосмотру, селезенка обозначена увеличенной только до 15 см., между тѣмъ какъ она оставалась таковой до самой выписки больной, но съ конца апрѣля стала лишь замѣтно уменьшаться.

По указанію глубокоуважаемаго товарища *Э. И. Гукеля*, обращаемъ вниманіе читателей на ошибку въ статьѣ д-ра *К. П. Левоневскаго* — «Случай гладкихъ металлическихъ инородныхъ тѣлъ въ пищеварительномъ каналѣ» (см. выше, № 37, стр. 1151: средній вѣсъ пульъ, удаленныхъ изъ желудка, не 13,3168, а 13,5895.—допущена ошибка въ дѣленіи. Вслѣдствіе этого сильно имѣются дальнѣйшіе выводы о потерѣ вѣса пульъ, благодаря всасыванію свинца: онъ потеряли не 0,372, а всего 0,099.

1) Глубокоуважаемый проф. *Ө. Г. Яновскій*, сообщившій намъ это извѣстіе, прислалъ вмѣстѣ съ тѣмъ и слѣдующій некрологъ покойнаго. Я зналъ *Я. В.* въ его студенческие годы, когда онъ занимался у меня въ отдѣленіи Александровской больницы въ Кіевѣ. Видя его выдающіяся способности и подготовку, я радъ былъ работать съ нимъ дальше и предложилъ ему, по окончаніи курса, продолжать занятія въ отдѣленіи въ качествѣ частнаго ассистента. Не смотря на свое, и тогда уже слабое, здоровье, *Я. В.* съ увлеченіемъ отдался любимому дѣлу; долгие часы просиживалъ онъ у постели больныхъ и въ лабораторіи, а дома до глубокой ночи работалъ надъ изученіемъ медицинской литературы. Среди этой кипучей дѣятельности *Я. В.* заболѣлъ гриппомъ, который вызвалъ у него обостреніе хроническаго процесса въ легочныхъ верхушкахъ и заставилъ его ѣхать на зиму въ Ялтѣ; здѣсь онъ настолько поправился, что явился надежда на прочную остановку процесса при благоприятныхъ климатическихъ условіяхъ; кстатіи былъ и подходящий случай въ матеріальномъ отношеніи сносно устроиться надолго въ Ялтѣ. Но *Я. В.* отклонилъ это предложеніе и настаивалъ на своемъ рѣшеніи отъѣхать свои силы на служеніе народу у себя, на родинѣ; и дѣйствительно, онъ отправился въ Подольскую губ. въ качествѣ сельскаго врача и здѣсь беззастѣнливо, не щада своего здоровья, весь отдалъ этой дѣятельности. Въ короткое время онъ снискалъ горячую любовь населенія; къ нему шли не только свои, но и издалека. По силѣ и здоровью *Я. В.* таилъ; онъ самъ хорошо это сознавалъ; тѣмъ не менѣе онъ пріѣзжалъ оттуда полный бодрости, энергіи и вѣры въ свое дѣло. Интересна и самая смерть его. Не будучи специалистомъ въ хирургіи, онъ болѣе или менѣе серьезнахъ хирургическихъ больныхъ направлялъ къ хирургамъ, но въ экстренныхъ случаяхъ приходилось оперировать и ему самому. И вотъ, послѣ черепосеченія, произведеннаго имъ изъ-за травмы у одного крестьянина, *Я. В.* показалось, что ухудшеніе произойдетъ по его неопытности. Сознаніе это такъ поразило его, что вызвало кровохарканіе, быстрое ухудшеніе болѣзни, а затѣмъ и смерть. Между тѣмъ, какъ впоследствии оказалось, операція была сдѣлана вполне правильно, и оперировавшій *Я. В.* совершилъ прекрасный поступокъ.

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

## МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Французские.

**Annales de l'Institut Pasteur**, 1906 г., № 1. 1. Е. Jacquemée et F. Chevreil. *Etude sur les bacilles paratyphiques*. Отношение паратифозных бацилл къ различнымъ питательнымъ средамъ. 2. Е. Marchoux et P.-L. Simond. *Etudes sur la fièvre jaune*. О роли насѣкомыхъ (*Stegomyia fasciata*) въ распространѣнїи желтой лихорадки. Экспериментальное исследование. (Не окупчено). 3. М. С. Levaditi. *L'histologie pathologique de la syphilis héréditaire*. *Spirochaete pallida*, въ различныхъ органахъ при наследственномъ сифилисѣ (съ 2 таблицами рисунковъ). 4. Vausteenberche et Grysez. *Contribution à l'étude du méningocoque*. Менингококкъ и его характеристика; пути зараженія менингитомъ.

№ 2. 1. Chamberland et Jouan. *Les pasteurella*. Экспериментальное исследование о пастереллахъ. 2. Е. Marchoux et P.-L. Simond. *Etudes sur la fièvre jaune*. (Продолженіе). 3. Besredka. *De l'anti-endotoxine typhique et des anti-endotoxines en général*. Токсины, антитоксины и методы иммунизации. 4. A. Guillemand. *La culture des microbes anaérobies appliquée à l'analyse des eaux*. Новый способъ выращиванія анаэробовъ (съ 1 чертежомъ).

№ 3. 1. Е. Marchoux et P. Simond. *Etudes sur la fièvre jaune*. Всестороннее рассмотрѣніе вопроса о желтой лихорадкѣ (съ 22 прекрасными цвѣтными таблицами рисунковъ). 2. J. Dapnyz. *De l'action du Radium sur le virus rabique*. Краткая библиографическая замѣтка. 3. Е. Bodin et L. Gautier. *Note sur une toxine produite par aspergillus fumigatus*. О токсинѣ *aspergillus fumigatus*. 4. R. Kraus et J. Schiffmann. *Sur l'origine des anticorps, précipitines et agglutinines*. Экспериментальное исследование.

№ 4. 1. Ed. et Et. Sergent. *Etudes épidémiologiques et prophylactiques de paludisme*. Гигиеническій очеркъ (съ рис.). 2. J.-J. Vassel. *Trypanosomiasis des chevaux de l'Annam*. Экспериментально-клиническое исследование. 3. A. Laveran et F. Mesnil. *Recherches expérimentales sur la trypanosomiasis des chevaux de l'Annam et comparaison avec le surra*. Экспериментальное исследование. 4. Besredka. *Des endotoxines solubles typhique, pestilente et dysentérique*. Характеристика перечисленныхъ эндотоксиновъ. 5. C. Nicolle et C. Comte. *Sur une spirillose d'un chéiroptère*. Экспериментальное исследование.

**Annales d'hygiène publique et de médecine légale**, 1906 г., январь. 1. P. Brouardel. *Influence de l'état de santé antérieur sur l'évolution des accidents du travail*. Клиническая точка зрѣнія на поврежденіе здоровья отъ несчастныхъ случаевъ. 2. Е.-Н. Perreau. *Nature et réglementation juridiques des césions de clientèle médicales*. Очеркъ по судебной медицинѣ. 3. Paul Difiioth. *Congrès international de laiterie*. Отчетъ о молочномъ хозяйствѣ.

Февраль. 1. Louis Vasseur. *La lutte contre la poussière*. Объ удаленіи пыли на дорогахъ полнвкой дегтя. 2. P. Brouardel. *Tuberculose et traumatisme*. Травматическія поврежденія могутъ служить причиной зараженія бугорчаткой. 3. Rappin, Andouard et Louis Fortineau. *Recherches sur l'origine des accidents observés à la suite de la consommation de canards à la rouennaise*. О ядѣ въ мясѣ битыхъ (продажныхъ) утокъ, умерщвленныхъ съ сохраненіемъ ихъ крови.

Мартъ. 1. Paul Parisot. *Rapport sur un projet de réglementation de la surveillance médicale dans les écoles*. Проектъ санитарнаго надзора за школами на основаніи опыта въ Nancy. 2. P. Mauglaire. *L'abus des plaintes en responsabilité médicale ou chirurgicale*. Замѣтка объ отвѣтственности врачей. 3. Voisvop. *La contagiosité de la scarlatine et sa prophylaxie*. О заразительности скарлатины и предохраненіи отъ нея на основаніи 15 случаевъ автора. 4. P. Brouardel et L. Th. inot. *L'affaire Jeanne Weber, inculpation de meurtres*. Данные экспертизы въ дѣлѣ J. Weber по обвиненію въ убійствѣ. 5. P. Brouardel. *Valeur des différents modes de déclaration des causes de mort*. Замѣтка по судебной медицинѣ.

**Annales de gynécologie et d'obstétrique**, 1906 г., т. III, январь. 1. M. Alphonse Herrgott. *Du nanisme au point de vue obstétrical*. Три случая съ рисунками. 2. M. V. Wallich. *A propos de la puériculture*. Искусственное вскармливаніе недоносковъ. 3. M. E. Paquy. *De l'allaitement maternel chez les ouvrières employées dans l'industrie*. Статистическій матеріалъ.

Февраль. 1. V. Wallich et C. Levaditi. *Recherches sur la syphilis du placenta*. *Spirochaete pallida* въ дѣтскомъ мѣстѣ. 2. Vautrin. *De la dégénérescence kystique des ovaires après certaines interventions pour annexes chroniques*. Описание 9 случаевъ кистовиднаго перерожденія яичниковъ. 3. G. Lepage et Mouchotte. *De la torsion des fibromes au cours de la grossesse*. 8 случаевъ.

Мартъ. 1. G. Fieux. *Note sur trois cas de symphysiostomie recueillis à la clinique obstétricale de Bordeaux*. Описание 3-хъ случаевъ. 2. A. Fruhinsholz. *De l'opération césarienne répétée chez la même femme*. Повторное кесарево сѣченіе у одной и той же женщины. 3. A. Couvelaire. *Rupture de la cicatrice d'une ancienne opération césarienne survenue à la fin d'une grossesse compliquée d'hydramnios*. Подробное описаніе случая (съ 4 рис.).

Апрѣль. 1. A. Pinard. *De la décapsulation rénale et de la néphrotomie dans le traitement des formes graves de l'éclampsie*. Эклампсія можетъ излѣчиваться декапсуляціей почки и нефротоміей. 2. A. Broca. *Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse*. Оперативное лѣченіе, примененное во-время даетъ хорошіе результаты. 3. V. Pitha. *Des tumeurs du placenta*. 3 случая (4 рис.).

**Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique**, 1906 г., январь, № 1. 1. I. Darier et I. Roussy. *Des sarcoïdes sous cutanées*. 5 случаевъ съ патолого-анатомическимъ и клиническимъ послѣдованіемъ (съ 14 рисунками). 2. H. Roger. *Des hémorragies gastriques dans les infections expérimentales du caecum*. Экспериментальное исследование. 3. H. Dominici et H. Rubens-Duval. *Histogénèse du tubercule et réaction de la rate du cobaye tuberculeux*. Реакція селезенки морскихъ свинокъ на бугорчаточный ядъ. Патолого-анатомическій очеркъ. 4. Ch. Achard et P.-Emile Weil. *Contribution à l'étude de la tuberculose de la rate chez le cobaye*. Экспериментальное исследование предъидущаго вопроса. 5. H. Pater et L. Rivet. *Sur un cas de sarcome primitif du poulmon*. Случай первичной саркомы легкаго (съ 4 рис.). 6. G. Delamare et P. Lecène. *Sur la présence de cellules géantes dans les cancers épithéliaux*. Гигантскія кліткы въ ракѣ суть некрофаги (съ таблицей рисунковъ). 7. E. Lefas. *Etude du système élastique de la trachée et des bronches cartilagineuses*. Упругія волокна въ трахей и бронхахъ (съ табличей рисунковъ). 8. Ch. Achard et G. Paiseau. *Elimination comparée du chlorure de sodium et de l'urée simultanément injectés*. Экспериментальное исследование.

**Archives d'ophtalmologie**, 1906 г., январь. 1. Доц. Cabannes. *Tuberculose primitive de la conjonctive et ses conséquences: la conjonctive, porte d'entrée de la tuberculose*. Случай. 2. F. Terrien. *Eclatisme transitoire au cours du kératocône*. 3. A. Monthus. *De l'heureux effet de la tarsorrhaphie dans certains traumatismes du globe*. 7 наблюденій.

Февраль. 1. Abadie et Dupuy-Dutemps. *Hémispasme facial guéri par une injection profonde d'alcool*. 2. L. Aurand et P. Breuil. *Contribution à l'étude de l'hippus pathologique*. Случай. 3. G. Baslini. *Un nouveau phénomène entoptique*. 4. F. Terrien. *De l'énucléation avec anesthésie locale*. 5. Opin. *Le glaucome aigu consécutif aux opérations d'iridectomie anti-glaucomeuse*.

Мартъ. 1. Rochon-Duvigneaud et R. Onfray. *Double exophtalmie chronique déterminée par une sclérose tuberculeuse des muscles intra-orbitaires*. Случай. 2. A. Antonelli. *Sur les rapports entre l'astigmatisme cornéen et l'astigmatisme total*. 3. M. Landolt. *Le ganglion ciliaire jouit-il un rôle dans la production de l'humeur aqueuse? Игреть-ли рѣсничный узелъ роль въ производствѣ водянистой влаги?* 4. Caillaud. *Fistule congénitale du sac lacrymal*.

Апрѣль. 1. F. de Lapersonne et E. Mettey. *Cylindrome de l'orbite*. Случай. 2. A. Vogt. *Recherches cliniques et expérimentales sur l'action des couleurs artificielles d'aniline sur la conjonctive*. 3. C. Fromaget. *De l'athétose pupillaire ou hippus*.

**Journal de physiologie et de pathologie générale**, 1906 г., № 1. 1. Ch. Livon et A. Briot. *Sur le suc salivaire des céphalopodes*. Экспериментальное исследование о слюнкѣ. 2. Lubien Beco et Léon Plumier. *Action cardio-vasculaire de quelques dérivés xantiques*. Способъ наблюденія отравленія изолпровавшихся органъ въ. Исследование на собакахъ. 3. N. C. Paulevoo. *La splénectomie ne modifie pas la sécrétion biliaire*. Истѣненіе селезенки не измѣняетъ характера отдѣленія желчи. 4. I. Tissot. *Recherches expérimentales sur les variations du taux des gaz du sang artériel pendant l'anesthésie par le chloroforme*. Газы артеріальной крови при хлороформномъ усыпленіи. 5. M. Chappoz. *Sur les phénomènes électriques accompagnant l'osmose des liquides*. Физико-химическое исследование явленій осмоса. 6. H. Roger. *Les mouvements de l'intestin à l'état normal et dans l'occlusion expérimentale*. Условія движенія кишекъ (на изолированной кишечной петлѣ). 7. I. Tissot. *Influence des variations de la mécanique respiratoire sur la proportion des gaz de sang artériel pendant l'anesthésie chloroformique*. Вліяніе вызваннаго хлороформнымъ усыпленіемъ измѣненія газовъ артеріальной крови на механизмъ дыханія. 8. Emile Géraudel. *Modifications structurales du foie consécutives à l'oblitération des voies biliaires*. 9. Léon Bernard et Bigart. *Etude anatomo-pathologique des glandes surrénales des tuberculeux*. 10. E. Leané et A. Clerc. *Lymphatose aлейcémique ou anémie perniciieuse*. Описание случая. 11. Emile Géraudel. *Ictère et sécrétion biliaire*. 12. L. Lacomme. *Nagana chez le chat par ingestion de rats nagants*. 2 случая автора и 2 изъ литературы трипаномовъ у кошки.



CLXVIII Изъ Института имени Морозовыхъ въ Москвѣ.

# Къ вопросу о мѣропріятіяхъ при раковыхъ заболѣваніяхъ.

Ч. пр. В. М. Зыкова.

Въ предыдущей статьѣ—«О хирургическихъ мѣропріятіяхъ при неоперабельныхъ ракахъ матки» (см. «Русскій Врачъ», 1905 г. № 36) я уже отмѣтилъ тотъ фактъ, что больныя съ такими страданіями обыкновенно обращаются за оперативной помощью слишкомъ поздно. Кромѣ причинъ, которыя были уже перечислены мною въ этой работѣ, я долженъ указать еще на одну, вліяющую на такое позднее обращеніе больныхъ за врачебной помощью, а именно на весьма распространенное убѣжденіе, что ракъ матки, какъ и вообще раки другихъ областей тѣла, представляетъ собой страданіе совершенно неизлѣчимое. Если представить себѣ, сколько страдающихъ начальною, вполне излѣчимой формой этого недуга живутъ съ такимъ тяжелымъ чувствомъ, отказываясь отъ оперативнаго пособія, и сколько со страхомъ смертнаго приговора ждутъ возврата его, то невольно проникнешься убѣжденіемъ, что на нравственной отвѣтственности врачей лежитъ обязанность разсѣять, наконецъ, этотъ призракъ неизлѣчимости рака, представляющій собою пережитокъ прежнихъ воззрѣній на это страданіе; необходимо, даѣе, разсѣять весьма распространенное предубѣжденіе о наследственности этого заболѣванія, о неизбѣжной заразительности его и, наконецъ, убѣдить, что въ извѣстномъ числѣ случаевъ и при извѣстныхъ условіяхъ ракъ представляетъ собой вполне излѣчимое страданіе, особенно при раннемъ распознаваніи болѣзни и коренномъ и своевременномъ произведенномъ врачебномъ пособіи. Едва-ли кто будетъ отрицать, что долгъ врачей—выработать и указать пути и способы для выполнения послѣднихъ 2-хъ требованій, а для этого необходимо, по моему убѣжденію, время отъ времени знакомить общество съ сдѣланными въ наукѣ пріобрѣтеніями по данному вопросу, чтобы при совмѣстной, сознательной работѣ своевременно принять мѣры для лѣченія этого тяжелого недуга.

Въ самомъ дѣлѣ, извѣстно-ли больнымъ, что большинство т. наз. кожныхъ раковъ и нѣкоторые виды кожныхъ саркомъ—конечно, въ началѣ заболѣванія—совершенно излѣчиваются оперативнымъ путемъ и примѣненіемъ *Roentgen*-овскихъ лучей? Извѣстно-ли имъ, что въ настоящее время % прочнаго выздоровленія при ракахъ груди колеблется между 20—30, при ракахъ матки между 10—25 и даже выше, при ракахъ желудка доходитъ до 20, при ракахъ губы (*L. Heidenhain*) до 93%, и т. д. По заявленію *Koenig*'а, благодаря оперативной помощи, излѣчиваются отъ рака около 30% больныхъ. Необходимо выяснитъ, что, если такіе утѣшительные результаты получаются въ тѣхъ случаяхъ, когда больные являются уже съ болѣе или менѣе значительнымъ пораженіемъ, то нужно надѣяться на еще лучшіе исходы, если это заболѣваніе, начинающееся съ микроскопическаго измѣненія тканей и развивающееся весьма медленно, будетъ лѣчено правильно въ самомъ началѣ своего развитія.

И такъ, въ основу всѣхъ нашихъ дальнѣйшихъ разсужденій и дѣятельности въ этомъ направленіи необходимо положить слѣдующіе неопровержимые и незыблемые факты, съ которыми должно быть ознакомлено и общество, а именно, что ракъ, дѣйствительно, излѣчимъ, что, благодаря развитію способовъ распознаванія и лѣченія, % получающихъ исцѣленіе съ каждымъ годомъ увеличивается, а понятіе о «неоперабельномъ» ракахъ все болѣе и болѣе суживается, наконецъ, что тѣ единичныя наблюденія возврата по истеченіи 10—15 и 25 лѣтъ, которыя описаны въ литературѣ, ни въ коемъ случаѣ не могутъ идти въ счетъ какъ доказательство неизлѣчимости рака и не должны ослаблять въ насъ энергіи въ дальнѣйшей борьбѣ противъ этого недуга.

Въ борьбѣ противъ рака въ настоящее время примѣняютъ слѣдующія мѣры: 1) основываютъ спеціальныя Институты, которые, конечно, должны быть вполне обеспечены средствами для производства научныхъ работъ и снаб-

раютъ статистическія данныя для болѣе яснаго освѣщенія отдѣльныхъ вопросовъ по этому заболѣванію; 3) борятся съ знахарствомъ, все еще пользующимся большимъ и незаслуженнымъ авторитетомъ именно у раковыхъ больныхъ. Кромѣ всего этого, какъ я уже сказалъ, чтобы, по возможности, не видѣть безнадежныхъ случаевъ этого страданія, необходимо время отъ времени знакомить съ положеніемъ дѣла всѣ слои общества, по отношенію-же къ женскимъ заболѣваніямъ—фельдшерицъ и акушеровъ, какъ и всѣхъ вообще женщинъ, благодаря чему должно развиваться болѣе довѣріе къ врачебному вмѣшательству, а вмѣстѣ съ тѣмъ уменьшится и вліяніе знахарства.

Что касается собиранія статистическихъ данныхъ, то это дѣло очень хорошо поставлено нѣмецкимъ Комитетомъ, основаннымъ для борьбы противъ рака, и дало уже многія въ высшей степени цѣнныя свѣдѣнія \*); попытки-же ознакомленія широкихъ слоевъ населенія съ истиннымъ положеніемъ дѣла по отношенію къ этой болѣзни были сдѣланы лишь отдѣльными лицами въ видѣ частныхъ начинаній для разрѣшенія различныхъ отдѣльныхъ спеціальныхъ вопросовъ. На мой-же взглядъ, послѣднее также должно лежать всецѣло на отвѣтственности Институтовъ, основываемыхъ для изысканія способовъ борьбы противъ рака.

Для лучшаго выполненія послѣдней цѣли, на мой взглядъ, необходимо: 1) распространять между фельдшерицами и акушерками, какъ вообще въ женскомъ обществѣ, здравыя понятія о профилактикѣ и лѣченіи раковыхъ заболѣваній и вмѣстѣ съ тѣмъ 2) ознакомить ихъ, по возможности, съ начальными признаками этого заболѣванія въ различныхъ областяхъ человѣческаго тѣла, наконецъ, 3) указать на необходимость возможно ранняго обращенія къ врачу и довѣрчиваго отношенія къ его совѣтамъ и лѣченію, утверждая, что только при выполненіи этихъ условій каждый заболѣвшій можетъ надѣяться на исцѣленіе. Вмѣстѣ съ тѣмъ со стороны врачей должны быть приняты мѣры для заповѣданія нѣкоторыхъ пробѣловъ дѣятельности по отношенію къ раковымъ заболѣваніямъ. Прежде всего, — о раннемъ распознаваніи.

Такъ какъ первымъ требованіемъ успѣшнаго лѣченія заболѣванія ракомъ надо считать возможно раннее его распознаваніе, то очевидно, что, если врачи не рѣдко грѣшатъ противъ этого принципа при наружныхъ формахъ рака, то еще болѣе оказываются виноваты въ этомъ по отношенію къ мало доступнымъ, скрытымъ формамъ его, напр. ракамъ матки и особенно желудка. Причины этого кроются,

\*) Подобный-же листокъ составленъ былъ проф. *А. Д. Левшин*ымъ и разосланъ Московскимъ Институтомъ въ количествѣ 15000 экземпляровъ въ 1906 г. Въ его формѣ (красныя строки отдѣлены тире): «Запросный листокъ для изслѣдованія этиологіи раковыхъ новообразованій.—Простая: отпечатанная въ листкѣ признаки и данныя изслѣдованія больного *подчеркнуть*; при не вполне достовѣрныхъ указаніяхъ *поставить знакъ ?*. Имя, отч. и фамилію больного можно обозначать начальными буквами.—Губ.: уздѣ, гор., фабр. село, дер. № скорб. листка. Названіе лѣчебн. вѣд. или отмѣтка, что болѣной изъ частной практики.—I. Имя, отч., фам. больного; вѣрноп.; муж., жен.; возр.; хол., женат., дѣв., вдов.; замуж. (сколько лѣтъ?, сколько дѣтей?). Мѣсторожд.; гдѣ жилъ послѣдн. 5 лѣтъ? Званіе; занятіе; условія жизни: бѣдн., зажит.—II. Имѣли-ли опухоли: от., мат., дѣд., бабк., дѣд., тетк., братья, сестр. род. Какими страданіями болѣли эти родств.—III. Не было-ли у больного: сифил., алког., траум.; курен., мяс. пищ., горячее питье. Чѣмъ страдалъ прежде?—IV. Когда появл. перв. признаки рака? Продолж. болѣзни? Въ чемъ они выражались?—V. Какой органъ сначала пораженъ и какія клин. данныя были для распознаванія? Столона: правая, лѣвая. Микр. изслѣд.—1) Ракъ вѣд. част., кан. шейки, дна матки.—2) Грудн.: мозгов., скirr.; операція до поража. железя, послѣ; съ удален. нѣтъ и мышцъ. Изъявленіе опухоли?—3) Кожн.: плоск. рак. сосочков., глубокий; поража. жел., области лица. Какое измѣненіе непосредств. предшествовало раку.—4) Губы рта: нижн., тип., другое мѣсто, вся губа: верхн., поража. жел.—5) Пищевод.: рааст. отъ рѣзц.; проход. неполн., полн. для питія.—6) Язык.: край (каріозн. зубъ), спинка, корень; основаніе рта.—7) Слизистей обол. рта, минд., *Highmore*'ой полости.—8) Желудка: рвота желч., кров.; отсутств. солян. кисел.; молочная; пробн. завтракъ.—9) Печени: увелич.—10) Прямой кишки, задн. отверст., на какой глубинѣ?—11) Наружн. пол. орг. муж., жен., ворсинч., мозгов.; мочев. пузыря.—12) Ракъ другихъ органовъ.—Когда поража. лимф. жел.: слабо, сильно?—Послѣдов. поража. друг. органовъ.—Время измѣненія раковой опухоли.—Общее сост.: янч., неспал., истощен., цвѣтъ кожи: желтушн., блн.—Есть-ли какія указанія на зараженіе ракомъ?—

во 1-хъ, въ незначительности болѣзненныхъ признаковъ при начальныхъ степеняхъ того и другого заболѣванія, во 2-хъ—въ недостаточномъ пользованіи всѣми имѣющимися въ настоящее время способами распознаванія и, наконецъ, въ 3-хъ,—въ пагубной и обманчивой привычкѣ примѣнять лекарственные способы лѣченія тамъ, гдѣ необходимо скорѣйшее оперативное вмѣшательство.

Обращусь теперь къ практической сторонѣ дѣла, руководясь прежде всего цифровыми данными.

По вопросу о частотѣ рака изъ статистическихъ данныхъ Berlin'скаго Комитета видно, что на 1000 женщинъ, больныхъ ракомъ, приходится 546 страдающихъ ракомъ матки. У мужчинъ же чаще всего поражаются пищеварительные органы и въ частности желудокъ (по статистикѣ Carrol'a на 20544 случая рака въ 10537 былъ пораженъ желудочно-кишечный каналъ, въ томъ числѣ языкъ 269 разъ, глотка 192, пищеводъ 1011, желудокъ 4288, тонкія кишки 1706, толстыя 224, прямая 1204, печень и желчный пузырь 979, поджелудочная 92), а именно на 1000 мужчинъ, умершихъ отъ рака, приходится 703 больныхъ ракомъ желудочно-кишечнаго канала. Этимъ числамъ приблизительно соответствуетъ и % смертности отъ раковаго пораженія тѣхъ и другихъ органовъ. Гораздо меньшій % смертности даетъ, по весьма понятнымъ причинамъ, ракъ наружныхъ покрововъ тѣла.

Вышеизложенныя статистическія данныя относительно частоты заболѣваній ракомъ различныхъ органовъ, поясняемыя нижеприводимыми картограммами, а также вышеприведенныя соображенія о важности ранняго распознаванія заставляютъ обратить прежде всего наше вниманіе на способы ранняго распознаванія рака матки и затѣмъ уже—желудочно-кишечнаго канала.

Мужчины:	Женщины:
Кожныя пораженія.	Кожныя пораженія.
Желудокъ.	Желудокъ.
Кишки.	Кишки.
Пищеводъ.	Пищеводъ.
Железистые органы.	Железистые органы.
Половые органы.	Половые органы.
Проч. органы.	Проч. органы.

Возвращаясь къ ракамъ матки, я долженъ снова повторить сказанное въ началѣ статьи о раковыхъ заболѣваніяхъ, вообще, а именно, что слѣдуетъ отказаться отъ стараго воззрѣнія на неизлѣчимость рака женскихъ половыхъ органовъ, ибо такое воззрѣніе совершенно не соответствуетъ истинѣ. Въ настоящее время вполне увѣренно можно утверждать, что это страданіе вполне излѣчимо, если оно замѣчено во время и первичный очагъ болѣзни удаленъ кореннымъ образомъ. «Всякій врачъ долженъ принять за догму то положеніе, что ракъ матки не только излѣчимъ, но въ большинствѣ случаевъ излѣчимъ прочно, если только операція производится непосредственно при появленіи припадковъ болѣзни (Winter)».

И такъ, спасеніе заболѣвшихъ ракомъ матки зависитъ отъ 2-хъ условій: возможно ранняго распознаванія болѣзни и своевременной оперативной помощи.

Что касается ранняго распознаванія, то оно выполнимо лишь при полной готовности больныхъ помочь въ этомъ дѣлѣ врачу и при тщательномъ повторномъ и клиническомъ изслѣдованіи каждого подозрительнаго случая.

Всякое такое изслѣдованіе слѣдуетъ соединять съ самымъ точнымъ разспросомъ больныхъ, если случаи, хотя сколько-нибудь, являются подозрительными и не совсѣмъ ясными.

Какіе-же случаи слѣдуетъ считать подозрительными?

Опытъ и наблюденія показываютъ, что къ таковымъ вообще надо относить больныхъ, 1) приближающихся къ 40-лѣтнему возрасту (см. картограмму); 2) испытывающихъ нужду и вообще находящихся въ плохихъ условіяхъ жизни (Winter); 3) страдающихъ затяжными болѣзнями внутреннихъ женскихъ половыхъ органовъ; 4) страдающихъ кровотечениями неправильными и возникающими или безъ всякихъ видимыхъ причинъ, или въ зависимости отъ весьма незначительныхъ механическихъ условій (поднятіе тяжестей, трудность испражнений, исполненіе супружескихъ обязанностей); 5) имѣющихъ частые роды; 6) страдающихъ ѣдкими болями или вообще отдѣляемымъ цвѣта мясныхъ помой съ характернымъ слащавымъ запахомъ и 7), наконецъ, представляющихъ совокупность всѣхъ этихъ данныхъ при отсутствіи жалобъ на болѣе или менѣе продолжительныя боли.

Становясь на ту точку зрѣнія, что въ дѣлѣ успешной борьбы противъ раковыхъ заболѣваній матки весьма большое значеніе имѣетъ сознательное отношеніе здоровыхъ женщинъ ко всякому рода отклоненіямъ въ нормальныхъ отправленіяхъ ея половыхъ органовъ, я думаю, что врачи прежде всего должны вѣрить хотя часть защиты ихъ здоровья въ ихъ собственныя руки, конечно, подъ врачебнымъ надзоромъ и руководствомъ. Далѣе, такъ какъ періодъ времени отъ 30-лѣтняго возраста до 45 (см. ниже картограмму) является кульминаціоннымъ пунктомъ наиболѣе частаго развитія рака матки, то долтъ каждой женщины передъ собою и своей семьей особенно внимательно слѣдить за собой въ вышеуказанномъ направленіи именно въ эти годы.

Графическое изображеніе частоты заболѣваній органовъ женщины въ разные возрасты.

Возрастъ.	
Отъ 30—40	Отъ 70—80 л.
Кожа.	Кожа.
Желудокъ.	Желудокъ.
Железистые органы.	Железистые органы.
Половые органы.	Половые органы.

Съ цѣлью облегчить выполненіе этого требованія я предлагаю подобно Seigneur на сособой таблицѣ графически изображать соотвѣстственными знаками порядокъ, силу, періодичность и частоту мѣсячныхъ, равно какъ и дру-

гихъ атипическихъ кровотеченій за опредѣленный промежутокъ времени; на этой же таблицѣ графически можно отмѣчать и характеръ, силу и періодичность бѣлей, а также время наступленія, продолжительность и силу болей; послѣднія, впрочемъ, наблюдаются наиболѣе рѣдко особенно въ начальной стадіи рака матки. Нужно думать, что при сознательномъ отношеніи женщинъ къ этому дѣлу такіа, розданныя по рукамъ, таблицы сыгравъ немаловажную роль въ профилактикѣ заболѣваній ракомъ матки.

Съ другой стороны, для того, чтобы выяснитъ наиболѣе слабыя стороны въ дѣлѣ борьбы противъ раковыхъ заболѣваній, весьма важно получить свѣдѣнія и отъ заболѣвшихъ уже этимъ недугомъ или перенесшимъ его. Подобный способъ собиранія свѣдѣній опросными листками въ свое время былъ уже предложенъ проф. Winter'омъ и далъ очень цѣнные результаты. Такъ, напр., выяснилось, что до 32% женщинъ, обращавшихся къ врачу съ признаками раковаго заболѣванія, согласно даннымъ опросныхъ листовъ, не были подвергнуты даже внутреннему осмотру, не говоря уже о микроскопическомъ изслѣдованіи кусочковъ большой матки, что, разумѣется, нужно объяснить недостаточнымъ вниманіемъ къ больнымъ со стороны медицинскаго персонала (врачей и акушерокъ). Кромѣ того, оказалось, что изъ 1062 страдавшихъ ракомъ матки только 135 (13%) обратились къ врачу въ теченіи 1-го мѣсяца, а 608 (57%) сдѣлали это лишь спустя 1/4—1 г. послѣ заболѣванія, т. е. тогда, когда помочь имъ было или крайне трудно, или и совсѣмъ невозможно. Словомъ оказалось, что въ большинствѣ случаевъ смертности отъ рака виноваты не столько «ракъ», какъ вообще трудно излѣчимая болѣзнь, сколько сама больная, а отчасти и врачи.

Столь интересныя данныя, пріобрѣтенныя благодаря системѣ опросныхъ листовъ, и громадное практическое значеніе полученныхъ выводовъ невольно заставляютъ повторить эту попытку и у насъ. Съ этою цѣлью, я тоже составилъ особый опросный листокъ, въ общихъ чертахъ похожій на предложенный проф. Winter'омъ \*).

Переходя къ вопросу о мѣрахъ для возможнаго уменьшенія смертности отъ рака желудка, слѣдуетъ, какъ и въ отношеніи къ раку матки, отмѣтить, во 1-хъ, что ракъ желудка представляетъ собою страданіе, вполне излѣчимое оперативно, и, во 2-хъ, что для этого необходимо возможно рано и своевременно распознать его.

Что касается 1-го положенія, то, по статистикѣ Matti (изъ клиника Kocher'a) на 71 оперированнаго по поводу рака желудка въ теченіи 1881—1901 гг. 72% умерли въ промежутокъ времени отъ 1 мѣс. до 6 л. отъ худосочія и возвратовъ, какъ мѣстныхъ, такъ и отдаленныхъ, а 28% живы до сихъ поръ. Еще болѣе утѣшительные результаты получились у проф. Mikulicz'a, согласно даннымъ Bortman'a, раздѣлившаго всѣ вырѣзанные Mikulicz'емъ раки желудка на 2 группы, удаленные не въ предѣлахъ здоро-

выхъ тканей и вырѣзанные въ предѣлахъ здоровыхъ; изъ послѣдней группы больныхъ (43 чел.) остались въ живыхъ и безъ возврата 28, т. е. 44%, при чемъ нѣкоторые изъ нихъ были прослѣжены болѣе 7 лѣтъ (91, 67, 59 и т. д. мѣс.). Мнѣ думается, что эти цифры какъ нельзя лучше свидѣтельствуютъ о томъ, что результаты оперативнаго вмѣшательства при ракѣ желудка могутъ быть весьма удовлетворительны и во всякомъ случаѣ далеко превысили успѣхи, достигнутые въ настоящее время по отношенію къ распознаванію этой болѣзни. И дѣйствительно, до сего времени прощупываніе опухоли въ стѣнкахъ желудка считается едва-ли не однимъ изъ наиболѣе точныхъ признаковъ для распознаванія рака этого органа; но при этомъ исключается одно изъ наиболѣе важныхъ условий для успѣшности лѣченія, а именно—раннее распознаваніе болѣзни, тѣмъ болѣе, что въ большинствѣ случаевъ раковыя опухоли желудка начинаются на малой кривизнѣ его и становятся доступными лишь при опущеніи желудка или тогда, когда уже достигаютъ значительныхъ размѣровъ. Я не останавливаюсь здѣсь на подробномъ разборѣ гастроскопій, радиоскопій, изслѣдованія крови (Kelling) и мочи (Blumental), ибо всѣ эти способы, предложенные для возможно ранняго распознаванія рака желудка, далеко еще не оправдали возлагаемыхъ на нихъ надеждъ.

На 2-мъ мѣстѣ послѣ ощупыванія ставятъ какъ распознавательный приемъ, химическое изслѣдованіе содержимаго желудка. Однако, опредѣленіе наличности и количества соляной кислоты при различнаго рода пробныхъ завтракахъ и обѣдахъ, обнаруженіе въ желудочномъ содержимомъ крови, гноя, наливочныхъ (Conheim), особыхъ палочекъ (Sandberg, Kaufmann, Oppler), характерныхъ, по этимъ авторамъ, для рака желудка, и, наконецъ, опредѣленіе двигательной способности этого органа также нельзя еще считать вполне надежными распознавательными способами. Съ другой стороны, изъ повседневныхъ клиническихъ наблюденій извѣстно, что, хотя изъ вышеперечисленныхъ признаковъ нѣтъ ни одного, вполне опредѣленнаго, съ помощью котораго можно было-бы распознать ракъ желудка; однако, нельзя не признать, что опредѣленные сочетанія тѣхъ или другихъ данныхъ, полученныхъ при изслѣдованіи желудочнаго сока, могутъ дать своевременное указаніе на начинающееся раковое пораженіе желудка, гораздо раньше, чѣмъ опухоль сдѣлается доступной для ощупыванія, resp. когда коренное оперативное вмѣшательство станетъ уже нѣсколько запоздалымъ.

Изъ всего вышеизложеннаго очевидно, во 1-хъ, что изслѣдованіе различнаго состоянія желудочнаго содержимаго должно быть поставлено не на 2-мъ, а на 1-мъ мѣстѣ въ ряду распознавательныхъ способовъ, имѣющихъ цѣлью опредѣленіе рака желудка, а, во 2-хъ, что нужно стремиться къ тому, чтобы, если не всѣ эти способы in toto, то по крайней мѣрѣ нѣкоторые изъ нихъ larga manu могли быть примѣняемы въ сомнительныхъ случаяхъ желудочныхъ заболѣваній для возможно ранняго распознаванія злокачественныхъ пораженій этого органа.

Съ цѣлью выясненія причины слишкомъ поздняго распознаванія и обращенія больныхъ ракомъ желудка къ хирургической помощи, я беру на себя смѣлость предложить товарищамъ особый опросный листокъ, подобный предложенному по заболѣваніямъ матки, въ надеждѣ, что при совмѣстномъ трудѣ скорѣе можно будетъ изыскать пути для оказанія возможно ранней помощи заболѣвшимъ \*).

\* Вотъ его форма (красныя строки тоже обозначены тире). «Опросный листокъ по раковому пораженію женскихъ половыхъ органовъ.—Годъ, мѣсяцъ, число.—1) Имя, фамилія, возрастъ, занятіе. Мѣстожительство (съ какого времени?).—2) Хорошія или плохія условія жизни вообще и за послѣднее время. Душевные потрясенія.—3) Чѣмъ болѣла раньше? Роды (сколько?), выкидыши (когда?), воспаленія.—4) Когда стали путаться мѣсячныя? Когда больная замѣтила сама первые признаки болѣзни? (Были, кровотеченія почти безъ всякихъ причинъ). Когда стала худѣть и слабѣть?—5) Когда почувствовала боли?—6) Когда обратилась къ врачу?—7) Почему долго не обращалась къ врачу? (отсутствіе признаковъ болѣзни или незнакомство съ ними, стыдъ, боязнь, безденежье, дѣла).—8) Кто лѣчилъ съ начала данной болѣзни (врачъ, акушерка, знахарь) и какой данъ совѣтъ?—9) Былъ-ли произведенъ осмотръ внутреннихъ женскихъ органовъ? Кѣмъ и когда?—10) Чѣмъ?—зеркаломъ, ощупываніемъ живота или внутреннимъ изслѣдованіемъ (пальцемъ)?—11) Было-ли произведено микроскопическое изслѣдованіе выятыхъ кусочковъ и какое поставлено распознаваніе?—12) Сколько времени прошло отъ совѣта подвергнуться операціи до произвѣдства ея?—13) Какими средствами была лѣчена до операціи и сколько времени?—14) Способъ операціи. Описаніе удаленнаго препарата?—15) Исходъ операціи.—16) Сколько времени прошло отъ операціи?—17) Дѣлалъ-ли больной какую-либо операцію раньше?—18) Особые замѣчанія.—19) Отъ какихъ причинъ умерла больная?—20) Данныя вскрытія.—Фамилія и адресъ

\* Вотъ форма этого листка (красныя строки отдѣлены тире). «Опросный листокъ по опухолямъ желудка.—Годъ, мѣсяцъ, число.—Имя, фамилія, возрастъ, занятіе, постоянное мѣстожительство.—Хорошія или плохія условія жизни? Душевные потрясенія.—Общія заболѣванія (сифилисъ, бургорчатка, реиатизмъ и т. д.).—Ранѣе перенесенныя болѣзни желудочно-кишечнаго канала.—Обычный пищевой режимъ за день.—Особыя привычки въ питъи и ѣдѣ; горячее, спиртные, закуски; куреніе. Зубы.—Оправленіе на низѣ.—Нѣтъ-ли какихъ-либо новообразованій на тѣлѣ?—Когда замѣчены первые признаки заболѣванія желудка или въ области его и какіе?—Когда сталъ худѣть и слабѣть?—Когда обратился къ врачу?—Въ какомъ состояніи въ 1-й разъ обратился къ врачу?—Когда установлено распознаваніе болѣзни?—Черезъ сколько времени отъ начала болѣзни обратился къ врачу?—Сколько времени лѣчился у врача?—Почему умерла отъ операціи?—

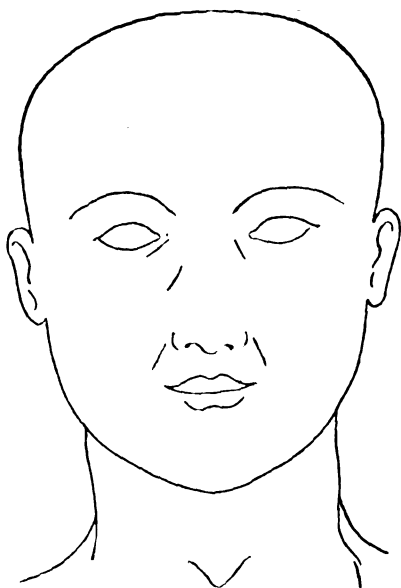
Переходя, наконецъ, къ 3-ей группѣ изъ наиболѣе часто встрѣчающихся т. наз. раковыхъ поражений кожныхъ покрововъ лица, я, руководясь той-же идеей о необходимости выясненія причинъ столь поздняго обращенія больныхъ за рациональной врачебной помощью, предлагаю и съ этою цѣлью соответствующій запросный листокъ. Для облегченія отвѣтовъ на этомъ листкѣ помѣщенъ рисунокъ, на которомъ можно отмѣчать мѣсто, форму, расположеніе и приблизительную величину пораженнаго участка \*).

Эти опросные листки предполагается разослать отъ Института имени Морозовыхъ въ Москвѣ товарищамъ съ убѣдительнѣйшей просьбою дать на нихъ просимые отвѣты и указанія.

**Источники.** 1. *Blau*. Ueber die Erfolge der vaginalen Uterus-ectirpation wegen Carcinom. «Beiträge z. Geburtshilfe u. Gynäkologie», т. X, тетр. 3.—2. *G. Winter*. Die Bekämpfung des Uteruskrebses. Stuttgart. 1904 г.—3. *Onz-же*. Ueber die Recidive des Uteruskrebses insbesondere über Imprecidive. Stuttgart. 1903 г.—4. *A. W. Robson*. Cancer and its treatment «The Bradshaw Lectures». London, 1906 г.—5. *de Siegneux R.* Die graph. Methode zur Bekämpfung des Gebärmutterkrebses. «Centralblatt für Gynäkologie» 1906 г., № 9.—6. *Matti*. «Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie» 1905 г., т. 77.—7. *R. Borrman*. Das Wachstum des Magencarcinoms Jena, 1901 г.—8. *Koenig*. Das Carcinom. Eine klinische Studie auf Grund eigener Beobachtung. «Deutsche med. Wochenschrift», 1905 г., № 19.—9. *W. Croner*. Ueber die Bedeutung des Mageninhalt für die Frühdiagnose des Magenkrebses. «Zeitschrift f. Krebsforschungen», Berlin. 1905 г.—10. Bericht des Komites für Krebsforschung. Berlin, 1900 г.

была распознана болѣзнь (ощупываніе, химическое изслѣдованіе желудочнаго сока и т. д.)?—Какое было назначено лѣченіе: внутреннее или хирургическое?—Не лѣчился-ли у знахаря или не пользовался-ли домашними совѣтами; что дѣлалъ и сколько времени?—Сколько времени прошло отъ распознаванія до совѣта подвергнуться операциі или до производства ея?—Описаніе удаленнаго препарата; результаты макро-и микроскопическаго изслѣдованія.—Исходъ операциі.—Сколько времени прошло отъ операциі?—Отъ какихъ причинъ умеръ больной?—Данные вскрытія.—Фамилія и адресъ врача.

\*) Вотъ его форма (красныя строки отдѣлены тире). «Опросный листокъ по раковому поражению покрововъ головы и лица.—Годъ, мѣсяцъ, число.—Имя, фамилія, возрастъ, занятіе, постоянное мѣстожительство.—Окраска волосъ.—Нѣтъ-ли другихъ образованій на тѣлѣ?—Хорошія или плохія условія жизни?—Ранѣе перенесенныя болѣзни покрововъ лица.—Общія заболѣванія (сифилисъ, бугорчатка, ревматизмъ и т. д.).—Особыя привычки (куреніе, расчесы и т. д.).—Когда замѣчены первыя проявленія



болѣзни; какія именно, въ какой области (рисунокъ) и по какой причинѣ?—Черезъ сколько времени обратился къ врачу?—Почему долго не обращался къ врачу?—Какое было установлено распознаваніе (микроскоп. изслѣдованіе).—Какое назначено лѣченіе?—Сколько времени продолжалось лѣченіе и какой результатъ его (рисунокъ)?—Когда и какая была произведена операциі (железы?) и какой результатъ ея (рисунокъ)?—Въ какомъ состояніи находится въ настоящее время мѣстный процессъ (рисунокъ)?—Не лѣчился-ли у знахаря? какъ долго, чѣмъ и какіе результаты?—Какой исходъ заболѣванія?—Фамилія и

Изъ бактериологическаго Института Московскаго Университета и Мясицкой городской вольницы въ Москвѣ.

## Объ экспериментальномъ сифилисѣ у обезьянъ.

(1-ое сообщеніе).

Ч. пр. М. А. Членова.

(Окончаніе. См. № 42, стр. 1297).

### Спирохеты.

*И. И. Мечниковъ* въ своей работѣ, вышедшей въ концѣ 1905 г., даетъ слѣдующія данныя относительно обнаруженія спирохетъ у обезьянъ. Всего на спирохеты были изслѣдованы 31 обезьяна. У шимпанзе онѣ были найдены въ 8 изъ 10 случаевъ, у павіановъ—въ 4 изъ 6, у макаковъ въ 11 изъ 15; въ общемъ въ 23 случаяхъ изъ 31.

*Neisser* отмѣчаетъ, что разводки *v. Niessen*'а, присланныя послѣднимъ и привитыя обезьянамъ, не дали никакого результата. Точно также данныя *Siegel*'а были опровергнуты опытами перевивки внутреннихъ органовъ кролика обезьянамъ, ни разу не давшими положительныхъ результатовъ. Спирохетами на Зондскихъ островахъ онъ занимался сравнительно мало и нашелъ ихъ въ 4 изъ 17 случаевъ у обезьянъ; тѣмъ не менѣе уже въ началѣ 1906 г. онъ высказался, на основаніи всѣхъ извѣстныхъ въ это время данныхъ, за этиологическое значеніе блѣдной спирохеты при сифилисѣ.

Затѣмъ спирохеты были найдены у обезьянъ *Hoffmann*'омъ, *Д. К. Заболотнымъ* и др.

На Лиссабонскомъ Сѣздѣ *И. И. Мечниковъ* и *Neisser* говорили уже объ этиологическомъ значеніи спирохетъ для сифилиса, какъ о фактѣ, не подлежащемъ сомнѣнію. *И. И. Мечниковъ* еще разъ резюмировалъ всѣ данныя въ пользу этого: почти постоянное обнаруженіе ихъ въ первичныхъ и вторичныхъ сифилитическихъ продуктахъ (*Schaudinn* во время преній на этомъ-же Сѣздѣ заявилъ, что онъ нашелъ спирохетъ недавно и въ 1 случаѣ гуммы печени, а *Doutrelepont* и *Grouven* сообщили на Берн'скомъ Сѣздѣ о томъ, что они нашли ее при третичномъ сифилисѣ), затѣмъ въ крови, въ послѣдѣ, при наследственномъ сифилисѣ у обезьянъ, обнаруженіе ихъ въ сръзкахъ; при этомъ онъ высказался противъ взгляда *Schaudinn*'а и др. авторовъ, какъ *Herxheimer* и *Siedlecky*, относящихъ блѣдную спирохету въ группу простѣйшихъ; *И. И. Мечниковъ*, напротивъ, на основаніи аналогіи ея съ спиралями возвратной лихорадки и съ спирохетой куръ, считаетъ ее за истинную бактерію; открытіе жгутовъ у спирохеты куръ *Borrel*'емъ и у *Obermeyer*'овскихъ спирохетъ *Zettnow*'ымъ также говоритъ въ пользу этого.

*Neisser* на этомъ-же Сѣздѣ указалъ на огромное значеніе открытія спирохеты и говорилъ о борьбѣ съ сифилисомъ организма, какъ о борьбѣ съ очагами спирохетъ въ немъ.

*Hoffmann* въ обширномъ докладѣ объ этиологіи сифилиса на Берн'скомъ Сѣздѣ заявилъ, что блѣдныя спирохеты найдены уже во всѣхъ проявленіяхъ сифилиса и должны считаться истиннымъ возбудителемъ его.

Что касается бактериологическихъ изслѣдованій въ моихъ опытахъ, то они, какъ я уже упоминалъ, были произведены ч. пр. *Н. Габричевскимъ* и въ свое время будутъ подробно описаны имъ.

### Мѣстоположеніе сифилитическаго яда въ организмѣ.

Переходя теперь къ тому, что добыто уже опытами на обезьянахъ для выясненія патологіи сифилиса, я долженъ прежде всего остановиться на опытахъ по изученію мѣстоположенія сифилитическаго яда въ организмѣ.

Здѣсь прежде всего надо отмѣтить наиболѣе сильную заразительность первичныхъ и нѣкоторыхъ вторичныхъ явленій (особенно кондиломъ и plaques muqueuses), что едѣ



*Hoffmann* и др. и что подтверждается и моими опытами. *Neisser* указываетъ при этомъ, что свѣжіе шанкры даютъ обыкновенно болѣе короткій зачаточный періодъ, чѣмъ заживающіе; прививка зажившихъ шанкровъ обыкновенно не даетъ результатовъ. *Hoffmann* отмѣчаетъ, что при прививкѣ мокнущихъ папулъ 1-ый зачаточный періодъ тянется всего лишь 15—20 дней.

*Железы*, какъ показываютъ опыты *Neisser*'а, *Finger*'а (4 положительныхъ случая изъ 7) и *Hoffmann*'а (положительные результаты получены даже при прививкѣ сока железъ въ 2-хъ случаяхъ подчелюстныхъ аденоитовъ), оказываются превосходнымъ прививнымъ матеріаломъ. *Neisser* указываетъ даже, что именно железъ въ будущемъ будутъ служить самымъ надежнымъ опознавательнымъ пунктомъ для опредѣленія сифилитическаго состоянія организма (въ смыслѣ возможности возвратовъ и наследственной передачи), на что даютъ большія надежды произведенные имъ совместно съ *Wassermann*'омъ опыты сывороточнаго распознаванія сифилиса (при этомъ онъ отмѣчаетъ увеличеніе железъ у одного орангъ-утанга при подкожномъ зараженіи его, при чемъ, однако, перевивка этихъ железъ оказалась безрезультатной).

*Кровь*. Прививка крови дала *Neisser*'у отрицательные результаты, какъ и прививка сывотки сифилитиковъ. Опыты *Finger*'а (6 случаевъ) также не имѣли успѣха. *Hoffmann*, наоборотъ, получилъ положительные результаты при прививкѣ крови въ 3 случаяхъ (изъ 5), взятой отъ больныхъ: черезъ 6 нед., черезъ 3 и даже 6 мѣс. послѣ зараженія. При этомъ въ одномъ случаѣ (сл. 2) были сдѣланы 2 прививки, и 1-ая удалась, а 2-ая нѣтъ, на основаніи чего авторъ, согласно съ опытами *Pellizari* на людяхъ, и приходитъ къ выводу, что возбудитель сифилиса быстро теряетъ въ крови свою вирулентность.

Принимая во вниманіе важность этого вопроса, и сдѣлавъ 2 опыта прививки сифилитической крови обезьянамъ. Обѣ эти прививки были сдѣланы одновременно *Г. Н. Габричевскимъ*, мною и *Б. Л. Пацевичемъ* 25/ш 1906 г. 2-мъ молодымъ, здоровымъ самцамъ-бабуинамъ, при чемъ кровь была взята отъ молодого, неѣченнаго сифилитика съ в. обильной розеолой, папулезной жабой и папулами на мошонкѣ, а техника опытовъ была проведена самымъ тщательнымъ образомъ: кровь была взята въ большомъ количествѣ (болѣе 10 к. см.) изъ срединной вены (v. mediana) и въ теченіи 10 мин. втиралась толстой платиновой иглой въ предварительно сдѣланныя нащѣлки и «карманы» на надбровныхъ дугахъ обезьянъ. Тѣмъ не менѣе, не смотря на в. продолжительный срокъ наблюденія, никакихъ измѣненій ни въ мѣстахъ прививки, ни общихъ мы не наблюдали.

Надо при этомъ отмѣтить, что изслѣдованіе крови въ этомъ случаѣ на спирохеты, произведенное *Г. Н. Габричевскимъ*, дало отрицательные результаты; точно также произведенныя *Г. Н. Габричевскимъ* изслѣдованія сифилитической крови въ другихъ случаяхъ, какъ у человѣка (и при этомъ даже при дающемъ болѣе вѣрные результаты способъ *Noegerrath*'а и *Stoecklin*'а, гдѣ на спирохеты изслѣдуется отсѣдъ, получаемый при центрифугированіи крови съ 10-кратнымъ количествомъ  $\frac{1}{3}\%$ -ной уксусной кислоты), такъ и у обезьянъ (изслѣдованіе крови изъ печени и селезенки у зараженной обезьяны) дали также отрицательные результаты. Мнѣ лично при неоднократномъ изслѣдованіи крови, добытой при уколѣ пальца свѣжихъ сифилитиковъ, также ни разу не удалось находить спирохетъ. Въ общемъ надо, несомнѣнно, согласиться съ *Neisser*'омъ, что кровь сифилитиковъ, хотя и бываетъ иногда заразной, но не можетъ служить матеріаломъ для регулярнаго распознаванія, и надо постараться найти способъ перевести спирохеты изъ тѣхъ мѣстъ, гдѣ онѣ скрываются, въ кровь, чтобы сдѣлать ихъ доступными изслѣдованію.

*Церебро-спинальная жидкость*. *Hoffmann* при прививкѣ церебро-спинальной жидкости получилъ въ одномъ случаѣ положительный, въ другомъ—отрицательный результатъ. *Thibierge* и *Rovaut* получили (5 случаевъ) отрицательные результаты.

*Молоко*. *Finger* прививалъ въ 2 случаяхъ молоко сифилитикамъ, но получилъ отрицательные результаты; такіе же результаты получилъ и *Neisser* при прививкѣ молока животнымъ.

чаяхъ (4—6-лѣтней давности), а также животныхъ, получили отрицательные результаты. Такіе-же результаты получилъ и *Hoffmann* въ 3 случаяхъ; въ послѣднее время онъ получилъ, однако, въ 1 случаѣ (двустороннее поражение яичекъ) положительный, но не установленный еще точно результатъ. *Finger* изъ 4 случаевъ въ 2 получилъ положительный результатъ (въ одномъ случаѣ—отъ свѣжаго сифилитика безъ пораженія яичекъ, а въ другомъ—у стараго сифилитика съ двустороннимъ орхитомъ) и предполагаетъ, что опыты эти указываютъ на возможность заразительности сѣмени, въ противоположность прежнимъ взглядамъ, основаннымъ на старыхъ опытахъ *Mireur*'а, а также могутъ многое объяснить въ сложномъ вопросѣ о наследственности сифилиса (законъ *Colles*'а и т. д.).

*Neisser* также отмѣчаетъ особую заразительность яичекъ у низшихъ обезьянъ, что представляетъ весьма важный доводъ для принятія столь оспариваемой прямой отцовской передачи сифилиса.

*Внутренніе органы*. При прививкѣ внутреннихъ органовъ низшихъ обезьянъ, какъ показываютъ опыты *Neisser*'а, даютъ положительные результаты: селезенка, костный мозгъ, яички и железы—и отрицательные: спинной мозгъ, печень, легкія, почки, мышцы и надпочечники. *Hoffmann* получилъ лишь 2 раза положительные результаты: въ одномъ случаѣ—при прививкѣ селезенки и паховой железки, а въ другомъ—повидимому, и крови.

*Злокачественный сифилисъ*. *Finger* получилъ въ 1 случаѣ зараженія поразительно ничтожный результатъ, что соотвѣтствуетъ, по его словамъ, и даннымъ *Buschke* и *Fischer*'а (ненахождение спирохетъ въ 5 случаяхъ очень тяжелаго злокачественнаго сифилиса). Какъ было сказано выше, *И. И. Мечниковъ* въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ у шимпанзе наблюдались явленія тяжелаго сифилиса, допускаетъ возможность поступленія и посторонняго заразнаго начала. Покойный проф. *В. М. Тарновскій*, какъ извѣстно, въ свое время высказался за смѣшанное зараженіе при злокачественномъ сифилисѣ, что встрѣтило потомъ много возраженій.

На Венг'скомъ Съѣздѣ *Neisser* заявилъ, что прививка матеріала злокачественнаго сифилиса не обнаруживаетъ его особой вирулентности, и здѣсь дѣло идетъ, повидимому, не объ усиленіи яда, а объ идіосинкразіи организма. Въ томъ-же смыслѣ высказался на этомъ Съѣздѣ и *Herxheimer*, сообщившій о нахожденіи имъ блѣдныхъ спирохетъ при злокачественномъ сифилисѣ.

Въ самое послѣднее время *Lipschütz* (изъ лабораторіи *Ehrmann*'а), нашедшій въ 1 случаѣ аспе *syphilitica* много спирохетъ, также выдвинулъ на первый планъ особое предрасположеніе со стороны организма (бугорчатка, алкоголизмъ); *Finger* также говоритъ о «видоизмѣненной реакціи» со стороны организма. Замѣчу кстати, что мои 2 опыта ослабленія противодѣйствія организма заболѣванію сифилисомъ (отравленіе алкоголемъ, перегрѣваніе) не дали рѣзкихъ видимыхъ результатовъ. Во всякомъ случаѣ, весь вопросъ этотъ еще совершенно не выясненъ и всецѣло принадлежитъ будущему.

*Третичный сифилисъ*. Здѣсь опыты на обезьянахъ дали очень цѣнные результаты. Такъ, *Finger*'у (4 случая), *Neisser*'у (3) и *Hoffmann*'у (1) удалось при прививкѣ матеріала гуммы получить положительные результаты (*Hoffmann*'у удалась даже послѣдовательная перевивка въ 2-хъ поколѣніяхъ). При этомъ однако въ болѣе значительномъ числѣ случаевъ (2 случая *Salmon*'а, 1—*Мечникова*, 9—*Neisser*'а и 1 случай прививки типичнаго туберкулезнаго сифида *Hoffmann*'омъ) прививка не удалась, что *Finger* объясняетъ недостаточнымъ, вѣроятно, количествомъ примѣнявшагося для зараженія прививнаго матеріала (самъ *Finger* прививаетъ не распавъ гуммы, а ея краевыя части, которыя въ большомъ количествѣ втираетъ въ видѣ мелкихъ кусочковъ въ приготовленные заранее «карманы» кожи).

Въ виду важности вопроса и также сдѣлавъ опытъ прививки третичнаго сифилиса, но съ отрицательнымъ

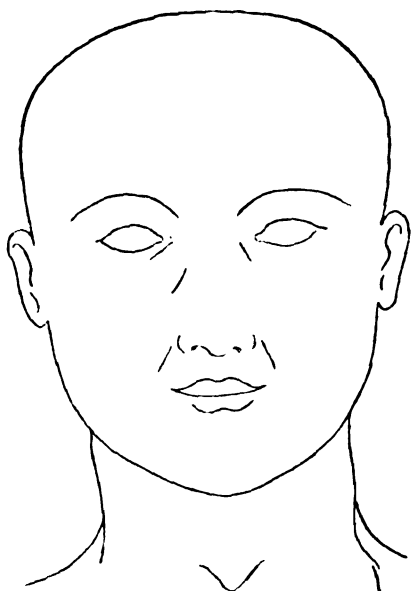
Переходя, наконецъ, къ 3-ей группѣ изъ наиболѣе часто встрѣчающихся т. наз. раковыхъ поражений кожныхъ покрововъ лица, я, руководясь той-же идеей о необходимости выясненія причинъ столь поздняго обращенія больныхъ за рациональной врачебной помощью, предлагаю и съ этою цѣлью соответствующій запросный листокъ. Для облегченія отвѣтовъ на этомъ листкѣ помѣщенъ рисунокъ, на которомъ можно отмѣчать мѣсто, форму, расположеніе и приблизительную величину пораженного участка \*).

Эти опросные листки предполагается разослать отъ Института имени Морозовыхъ въ Москвѣ товарищамъ съ убѣдительноѣйшей просьбою дать на нихъ просимые отвѣты и указанія.

**Источники.** 1. *Blau*. Ueber die Erfolge der vaginalen Uterus-ectirpation wegen Carcinom. «Beiträge z. Geburtshilfe u. Gynäkologie», т. X, тетр. 3.—2. *G. Winter*. Die Bekämpfung des Uteruskrebses. Stuttgart. 1904 г.—3. *Onk-acc*. Ueber die Recidive des Uteruskrebses insbesondere über Imprecidive. Stuttgart 1903 г.—4. *A. W. Robson*. Cancer and its treatment «The Bradshaw Lectures». London, 1906 г.—5. de *Siegnoux R*. Die graph. Methode zur Bekämpfung des Gebärmutterkrebse. «Centralblatt für Gynäkologie» 1906 г., № 9.—6. *Matti*. «Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie» 1905 г., т. 77.—7. *R. Borrmann*. Das Wachstum des Magencarcinoms Jena, 1901 г.—8. *Koenig*. Das Carcinom. Eine klinische Studie auf Grund eigener Beobachtung. «Deutsche med. Wochenschrift», 1905 г., № 19.—9. *W. Croner*. Ueber die Bedeutung des Mageninhaltes für die Frühdiagnose des Magenkrebses. «Zeitschrift f. Krebsforschungen», Berlin. 1905 г.—10. Bericht des Komites für Krebsforschung. Berlin, 1900 г.

была распознана болѣзнь (ощупываніе, химическое изслѣдованіе желудочнаго сока и т. д.)?—Какое было назначено лѣченіе: внутреннее или хирургическое?—Не лѣчился-ли у знахара или не пользовался-ли домашними совѣтами; что дѣлалъ и сколько времени?—Сколько времени прошло отъ распознания до совѣта подвергнуться операциі или до производства ея?—Описаніе удаленнаго препарата; результаты макро- и микроскопическаго изслѣдованія.—Исходъ операциі.—Сколько времени прошло отъ операциі?—Отъ какихъ причинъ умеръ больной?—Данные вскрытія.—Фамилія и адресъ врача».

\*) Вотъ его форма (красныя строки отдѣлены тире). «Опросный листокъ по раковому поражению покрововъ головы и лица.—Годъ, мѣсяцъ, число.—Имя, фамилія, возрастъ, занятіе, постоянное мѣстожителство.—Окраска волосъ.—Нѣтъ-ли другихъ образованій на тѣлѣ?—Хорошія или плохія условія жизни?—Ранѣ переселенныя болѣзни покрововъ лица.—Общія заболѣванія (сифилисъ, бугорчатка, ревматизмъ и т. д.).—Особыя привычки (куреніе, расчесы и т. д.).—Когда замѣчены первыя проявленія



болѣзни; какія именно, въ какой области (рисунокъ) и по какой причинѣ?—Черезъ сколько времени обратился къ врачу?—Почему долго не обращался къ врачу?—Какое было установлено распознание (микроскоп. изслѣдованіе).—Какое назначено лѣченіе?—Сколько времени продолжалось лѣченіе и какой результатъ его (рисунокъ)?—Когда и какая была произведена операциі (желенъ?) и какой результатъ ея (рисунокъ)?—Въ какомъ состояніи находится въ настоящее время мѣстный процессъ (рисунокъ)?—Не лѣчился-ли у знахара? какъ долго, чѣмъ и какіе были результаты?—Какой исходъ заболѣванія?—Фамилія и адресъ врача».

Изъ бактериологическаго Института Московскаго Университета и Мясницкой городской больницы въ Москвѣ.

## Объ экспериментальномъ сифилисѣ у обезьянъ.

(1-ое сообщеніе).

Ч. пр. М. А. Членова.

(Окончаніе. См. № 42, стр. 1297).

### Спирохеты.

*И. И. Мечниковъ* въ своей работѣ, вышедшей въ концѣ 1905 г., даетъ слѣдующія данныя относительно обнаруженія спирохетъ у обезьянъ. Всего на спирохеты были изслѣдованы 31 обезьяна. У шимпанзе онѣ были найдены въ 8 изъ 10 случаевъ, у павіановъ—въ 4 изъ 6, у макаковъ въ 11 изъ 15; въ общемъ въ 23 случаяхъ изъ 31.

*Neisser* отмѣчаетъ, что разводки в. *Niessen*'а, присланныя послѣднимъ и привитыя обезьянамъ, не дали никакого результата. Точно также данныя *Siegel*'а были опровергнуты опытами перевивки внутреннихъ органовъ кролика обезьянамъ, ни разу не давшими положительныхъ результатовъ. Спирохетами на Зондскихъ островахъ онъ занимался сравнительно мало и нашелъ ихъ въ 4 изъ 17 случаевъ у обезьянъ; тѣмъ не менѣе уже въ началѣ 1906 г. онъ высказался, на основаніи всѣхъ извѣстныхъ въ это время данныхъ, за этиологическое значеніе блѣдной спирохеты при сифилисѣ.

Затѣмъ спирохеты были найдены у обезьянъ *Hoffmann*'омъ, *Д. К. Заболотнымъ* и др.

На Лиссабонскомъ Сѣздѣ *И. И. Мечниковъ* и *Neisser* говорили уже объ этиологическомъ значеніи спирохетъ для сифилиса, какъ о фактѣ, не подлежащемъ сомнѣнію. *И. И. Мечниковъ* еще разъ резюмировалъ всѣ данныя въ пользу этого: почти постоянное обнаруженіе ихъ въ первичныхъ и вторичныхъ сифилитическихъ продуктахъ (*Schaudinn* во время преній на этомъ-же Сѣздѣ заявилъ, что онъ нашелъ спирохетъ недавно и въ 1 случаѣ гуммы печени, а *Dontrelepont* и *Grouven* сообщили на Берг'скомъ Сѣздѣ о томъ, что они нашли ее при третичномъ сифилисѣ), затѣмъ въ крови, въ послѣдѣ, при наследственномъ сифилисѣ у обезьянъ, обнаруженіе ихъ въ сѣчкахъ; при этомъ онъ высказался противъ взгляда *Schaudinn*'а и др. авторовъ, какъ *Herzheimer* и *Siedlecky*, относящихъ блѣдную спирохету въ группу простѣйшихъ; *И. И. Мечниковъ*, напротивъ, на основаніи аналогіи ея съ спиралями возвратной лихорадки и съ спираллозомъ куръ, считаетъ ее за истинную бактерію; открытіе жгутовъ у спирохеты куръ *Borrel*'емъ и у *Obermeyer*'овскихъ спирохетъ *Zettnow*'ымъ также говорить въ пользу этого.

*Neisser* на этомъ-же Сѣздѣ указалъ на огромное значеніе открытія спирохеты и говорилъ о борьбѣ съ сифилисомъ организма, какъ о борьбѣ съ очагами спирохетъ въ немъ.

*Hoffmann* въ обширномъ докладѣ объ этиологіи сифилиса на Берг'скомъ Сѣздѣ заявилъ, что блѣдныя спирохеты найдены уже во всѣхъ проявленіяхъ сифилиса и должны считаться истиннымъ возбудителемъ его.

Что касается бактериологическихъ изслѣдованій въ моихъ опытахъ, то они, какъ я уже упоминалъ, были произведены ч. пр. *Н. Габричевскимъ* и въ свое время будутъ подробно описаны имъ.

### Мѣстоположеніе сифилитическаго яда въ организмѣ.

Переходя теперь къ тому, что добыто уже опытами на обезьянахъ для выясненія патологіи сифилиса, я долженъ прежде всего остановиться на опытахъ по изученію мѣстоположенія сифилитическаго яда въ организмѣ.

Здѣсь прежде всего надо отмѣтить наиболѣе сильную заразительность первичныхъ и нѣкоторыхъ вторичныхъ явленій (особенно кондиломъ и *plaques muqueuses*), что слогногласно отмѣчаютъ *И. И. Мечниковъ*, *Neisser*, *Finger*.

*Hoffmann* и др. и что подтверждается и моими опытами. *Neisser* указываетъ при этомъ, что свѣжіе шанкры даютъ обыкновенно болѣе короткій зачаточный періодъ, чѣмъ заживающіе; прививка зажившихъ шанкровъ обыкновенно не даетъ результатовъ. *Hoffmann* отмѣчаетъ, что при прививкѣ мокнущихъ папулъ 1-ый зачаточный періодъ тянется всего лишь 15—20 дней.

*Железы*, какъ показываютъ опыты *Neisser'a*, *Finger'a* (4 положительныхъ случая изъ 7) и *Hoffmann'a* (положительные результаты получены даже при прививкѣ сока железъ въ 2-хъ случаяхъ подчелюстныхъ аденоидовъ), оказываются превосходнымъ прививнымъ матеріаломъ. *Neisser* указываетъ даже, что именно железъ въ будущемъ будутъ служить самымъ надежнымъ опознательнымъ пунктомъ для опредѣленія сифилитического состоянія организма (въ смыслѣ возможности возвратовъ и наследственной передачи), на что даютъ большія надежды произведенные имъ совместно съ *Wassermann'омъ* опыты сывороточнаго распознаванія сифилиса (при этомъ онъ отмѣчаетъ увеличеніе железъ у одного орангъ-утанга при подкожномъ зараженіи его, при чемъ, однако, перевивка этихъ железъ оказалась безрезультатной).

*Кровь*. Прививка крови дала *Neisser'у* отрицательные результаты, какъ и прививка сывотки сифилитиковъ. Опыты *Finger'a* (6 случаевъ) также не имѣли успѣха. *Hoffmann*, наоборотъ, получилъ положительные результаты при прививкѣ крови въ 3 случаяхъ (изъ 5), взятой отъ больныхъ: черезъ 6 нед., черезъ 3 и даже 6 мѣс. послѣ зараженія. При этомъ въ одномъ случаѣ (сл. 2) были сдѣланы 2 прививки, и 1-ая удалась, а 2-ая нѣтъ, на основаніи чего авторъ, согласно съ опытами *Pellizari* на людяхъ, и приходитъ къ выводу, что возбудитель сифилиса быстро теряетъ въ крови свою вирулентность.

Принимая во вниманіе важность этого вопроса, я сдѣлалъ 2 опыта прививки сифилитической крови обезьянамъ. Обѣ эти прививки были сдѣланы одновременно Г. Н. Габричевскимъ, мною и Б. Л. Пацевичемъ 25/ш 1906 г. 2-мъ молодымъ, здоровымъ самцамъ-бабуинамъ, при чемъ кровь была взята отъ молодого, незлѣченного сифилитика съ в. обильной розеолой, папулезной жабой и папулами на мошонкѣ, а техника опытовъ была проведена самымъ тщательнымъ образомъ: кровь была взята въ большомъ количествѣ (болѣе 10 к. стм.) изъ срединной вены (v. mediana) и въ теченіи 10 мин. втиралась толстой платиновой иглой въ предварительно сдѣланныя насѣчки и «карманы» на надбровныхъ дугахъ обезьянъ. Тѣмъ не менѣе, не смотря на в. продолжительный срокъ наблюденія, никакихъ измѣненій ни въ мѣстахъ прививки, ни общихъ мы не наблюдали.

Надо при этомъ отмѣтить, что изслѣдованіе крови въ этомъ случаѣ на спирохеты, произведенное Г. Н. Габричевскимъ, дало отрицательные результаты; точно также произведенныя Г. Н. Габричевскимъ изслѣдованія сифилитической крови въ другихъ случаяхъ, какъ у человѣка (и при этомъ даже при дающемъ болѣе вѣрные результаты способѣ *Noegerrath'a* и *Stoehlin'a*, гдѣ на спирохеты изслѣдуется отсѣдъ, получаемый при центрифугированіи крови съ 10-кратнымъ количествомъ  $\frac{1}{3}\%$ -ной уксусной кислоты), такъ и у обезьянъ (изслѣдованіе крови изъ печени и селезенки у зараженной обезьяны) дали также отрицательные результаты. Мнѣ лично при неоднократномъ изслѣдованіи крови, добытой при уколѣ пальца свѣжихъ сифилитиковъ, также ни разу не удалось находить спирохетъ. Въ общемъ надо, несомнѣнно, согласиться съ *Neisser'омъ*, что кровь сифилитиковъ, хотя и бываетъ иногда заражительной, но не можетъ служить матеріаломъ для регулярнаго распознаванія, и надо постараться найти способъ перевести спирохеты изъ тѣхъ мѣстъ, гдѣ онѣ скрываются, въ кровь, чтобы сдѣлать ихъ доступными изслѣдованію.

*Церебро-спинальная жидкость*. *Hoffmann* при прививкѣ церебро-спинальной жидкости получилъ въ одномъ случаѣ положительный, въ другомъ—отрицательный результаты. *Thibierge* и *Rovaut* получили (5 случаевъ) отрицательные результаты.

*Молоко*. *Finger* прививалъ въ 2 случаяхъ молоко сифилитикамъ, но получилъ отрицательные результаты; такіе же результаты получилъ и *Neisser* при прививкѣ молока животнымъ.

чаяхъ (4—6-лѣтней давности), а также животныхъ, получили отрицательные результаты. Такіе-же результаты получилъ и *Hoffmann* въ 3 случаяхъ; въ послѣднее время онъ получилъ, однако, въ 1 случаѣ (двустороннее пораженіе яичекъ) положительный, но не установленный еще точно результатъ. *Finger* изъ 4 случаевъ въ 2 получилъ положительный результатъ (въ одномъ случаѣ—отъ свѣжаго сифилитика безъ пораженія яичекъ, а въ другомъ—у стараго сифилитика съ двустороннимъ орхитомъ) и полагаетъ, что опыты эти указываютъ на возможность заразительности сѣмени, въ противоположность прежнимъ взглядамъ, основаннымъ на старыхъ опытахъ *Mireur'a*, а также могутъ многое объяснить въ сложномъ вопросѣ о наследственности сифилиса (законъ *Colles'a* и т. д.).

*Neisser* также отмѣчаетъ особую заразительность яичекъ у низшихъ обезьянъ, что представляетъ весьма важный доводъ для принятія столь оспариваемой прямой отцовской передачи сифилиса.

*Внутренніе органы*. При прививкѣ внутреннихъ органовъ низшихъ обезьянъ, какъ показываютъ опыты *Neisser'a*, даютъ положительные результаты: селезенка, костный мозгъ, яички и железы—и отрицательные: спинной мозгъ, печень, легкія, почки, мышцы и надпочечники. *Hoffmann* получилъ лишь 2 раза положительные результаты: въ одномъ случаѣ—при прививкѣ селезенки и паховой железки, а въ другомъ—повидимому, и крови.

*Злокачественный сифилисъ*. *Finger* получилъ въ 1 случаѣ зараженія поразительно ничтожный результатъ, что соответствуетъ, по его словамъ, и даннымъ *Buschke* и *Fischer'a* (ненахождение спирохетъ въ 5 случаяхъ очень тяжелаго злокачественнаго сифилиса). Какъ было сказано выше, И. И. Мечниковъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ у шимпанзе наблюдались явленія тяжелаго сифилиса, допускаетъ возможность поступленія и посторонняго заразнаго начала. Покойный проф. В. М. Тарновскій, какъ извѣстно, въ свое время высказался за смѣшанное зараженіе при злокачественномъ сифилисѣ, что встрѣтило потомъ много возраженій.

На Бернскомъ Съѣздѣ *Neisser* заявилъ, что прививка матеріала злокачественнаго сифилиса не обнаруживаетъ его особой вирулентности, и здѣсь дѣло идетъ, повидимому, не объ усиленіи яда, а объ идіосинкразіи организма. Въ томъ-же смыслѣ высказался на этомъ Съѣздѣ и *Herxheimer*, сообщившій о нахожденіи имъ блѣдныхъ спирохетъ при злокачественномъ сифилисѣ.

Въ самое послѣднее время *Lipschütz* (изъ лабораторіи *Ehrmann'a*), нашедшій въ 1 случаѣ аспе *syphilitica* много спирохетъ, также выдвинулъ на первый планъ особое предрасположеніе со стороны организма (бугорчатка, алкоголизмъ); *Finger* также говоритъ о «видоизмѣненной реакціи» со стороны организма. Замѣчу кстати, что мои 2 опыта ослабленія противодѣйствія организма заболѣванію сифилисомъ (отравленіе алкоголемъ, перегрѣваніе) не дали рѣзкихъ видимыхъ результатовъ. Во всякомъ случаѣ, весь вопросъ этотъ еще совершенно не выясненъ и всецѣло принадлежитъ будущему.

*Третичный сифилисъ*. Здѣсь опыты на обезьянахъ дали очень цѣнные результаты. Такъ, *Finger'у* (4 случая), *Neisser'у* (3) и *Hoffmann'у* (1) удалось при прививкѣ матеріала гуммы получить положительные результаты (*Hoffmann'у* удалась даже послѣдовательная перевивка въ 2-хъ поколѣніяхъ). При этомъ однако въ болѣе значительномъ числѣ случаевъ (2 случая *Salmon'a*, 1—*Мечникова*, 9—*Neisser'a* и 1 случай прививки типичнаго туберкулезнаго сифилида *Hoffmann'омъ*) прививка не удалась, что *Finger* объясняетъ недостаточнымъ, вѣроятно, количествомъ примѣнявшагося для зараженія прививнаго матеріала (самъ *Finger* прививаетъ не распадъ гуммы, а ея краевыя части, которыя въ большомъ количествѣ втираетъ въ видѣ мелкихъ кусочковъ въ приготовленные заранее «карманы» кожи).

Въ виду важности вопроса я также сдѣлалъ опытъ прививки третичнаго сифилиса, но съ отрицательнымъ

Материалъ былъ взятъ отъ больной съ распространеннымъ *syphilis cutanea tuberculosa serpiginosa* и съ резко выраженнымъ гуммознымъ остео-пероститомъ правой плечевой кости (больная, 22 л.; замужемъ 3 года; дѣтей нѣтъ; выкидышей не было; болѣла годъ; ртутнаго и іодистаго лѣченія не было; зараженіе въ прошломъ отрицаетъ). Опытъ сдѣланъ 14/III 1906 г. У больной былъ вырѣзанъ на предплечьѣ большой участокъ бугорковаго сифилида, и частицы его, со всей строгостью техника, привиты въ надбровныя дуги и похотникъ здоровой самки. Результатъ отрицательный.

Тѣмъ не менѣе положительные опыты все же съ неопровержимой убѣдительностью говорятъ о допускавшейся уже и раньше нѣкоторыми клиницистами заразительности третичнаго сифилиса (наблюдающейся, какъ показываютъ опыты *Neisser'a* и *Finger'a*, даже черезъ 10—17 лѣтъ, а въ случаѣ *Hoffmann'a* черезъ 24 г. послѣ зараженія). Отмѣчая это, *Neisser* указываетъ, что опасность въ этомъ отношеніи ослабляется тѣмъ, что прививаются лишь закрытыя, а не изъязвившіяся гуммы, и что гуммы обыкновенно помѣщаются на закрытыхъ мѣстахъ и рѣдко остаются незамѣченными; тѣмъ не менѣе это всегда надо имѣть въ виду въ практическомъ отношеніи, и всякій третичный сифилитикъ долженъ обязательно подвергнуться энергичному (и не однократному) ртутному и іодистому лѣченію. Такимъ образомъ въ настоящее время остается лишь выдвинуть, чѣмъ объясняется такая слабая и непостоянная прививаемость продуктовъ третичнаго сифилиса. *Finger* для объясненія своеобразнаго характера третичнаго сифилиса принимаетъ 2 условія: 1) измѣненіе самой природы яда, чему, однако, противорѣчатъ всѣ данныя (бактеріологическія и экспериментальныя); скорѣе, дѣло сводится просто къ незначительному количеству яда (и, дѣйствительно на послѣднемъ Международномъ Сѣздѣ въ Лиссабонѣ *Schaudinn* заявилъ, что онъ нашелъ недавно, правда съ большимъ трудомъ и въ крайне незначительномъ количествѣ, спирохеты въ периферическихъ частяхъ одной гуммы печени, а *Doutrelepoint* и *Grouven* на Бернскомъ Сѣздѣ также сообщили о томъ, что они нашли блѣдныя спирохеты при третичномъ сифилисѣ) и 2) видоизмѣненію и усиленную реакцію организма въ гуммозномъ періодѣ (при возможномъ видоизмѣненіи біологическихъ свойствъ самого возбудителя сифилиса), что подтверждается многими прямыми данными, а также и вышеупомянутыми результатами при злокачественномъ сифилисѣ.

**Наследственный сифилисъ.** Опыты прививки *Neisser'*омъ низшимъ обезьянамъ [7—костнаго мозга, яичекъ, почекъ, надпочечниковъ, печени и селезенки, 1—крово сердца и ткани яичниковъ (въ обоихъ случаяхъ черезъ нѣсколько часовъ послѣ вскрытія дѣтей) и носовой слизи] дали положительные результаты. Послѣдній опытъ указываетъ на заразительность носовой слизи для окружающихъ, а первые 2, гдѣ явленія сифилиса обнаружилось лишь черезъ нѣсколько дней послѣ рожденія, указываютъ на необходимость ранней постановки такихъ опытовъ, что очень важно какъ для своевременнаго лѣченія дѣтей, такъ и для выясненія ихъ опасности для окружающихъ.

#### Попытки измѣненія вирулентности сифилитическаго яда.

*И. И. Мечниковъ* изобразилъ физическія и химическія вліянія на вирулентность сифилитическаго яда слѣдующимъ образомъ. Въ организмѣ ядъ сохраняетъ свою вирулентность лишь въ теченіи нѣсколькихъ часовъ, онъ теряетъ ее при высушиваніи (*Salmon*), при сохраненіи въ низкой температурѣ (неудача опытовъ при сохраненіи материала въ температурѣ  $-10^{\circ}$  въ теченіи 3 дней), при подогрѣваніи отъ  $41^{\circ}$  до  $51^{\circ}$ , при прожигиваніи черезъ фильтръ *Berkefeld'a* (*Klingmüller* и *Baermann*, *Мечниковъ*); прибавленіе глицерина (при немедленной прививкѣ) не лишаетъ его вирулентности. *Neisser* также пробовалъ сохранять прививной материалъ при различныхъ условіяхъ, но заразительность его терялась всегда черезъ нѣсколько часовъ; свѣжій материалъ сохранялъ ее приблизительно 6 часовъ; въ трупѣ она сохранялась 18 час.

Весьма важнымъ представляется вопросъ о возможности

ослабленія сифилитическаго яда путемъ проведенія его черезъ организмъ низшихъ обезьянъ, какъ на это позволяли надѣяться первые опыты *И. И. Мечникова* (зараженіе шимпанзе ядомъ отъ *macacus sinicus* дало очень незначительные результаты, при чѣмъ шимпанзе оказался однако мало воспримчивымъ къ новому зараженію). Но дальнѣйшіе опыты не оправдали пока этихъ надеждъ. Такъ, опыты *Neisser'a* показали, что такое однократное прохождение яда нисколько не ослабляетъ его вирулентности; на это не даетъ, повидимому, надеждъ и многократное прохождение его (*Neisser'u*, по крайней мѣрѣ удалась перевивка яда у 5 поколѣній макаковъ) скорѣе даже, повидимому, такое прохождение яда отъ животнаго къ животному какъ-бы усиливаетъ его вирулентность, что доказывается слѣдующимъ наблюдениемъ: селезеночный и костный мозгъ нѣкоторыхъ низшихъ обезьянъ, зараженныхъ человѣческимъ ядомъ, не прививаются низшимъ обезьянамъ, а взятыя отъ обезьянъ, зараженныхъ «проведеннымъ» ядомъ, прививаются.

*Finger*, работавшій по этому вопросу преимущественно на с. *hamadryas* и *m. rhesus*, получилъ въ 19 (даже 20) изъ 21 случаевъ перевивки положительные результаты, при чѣмъ у с. *hamadryas* она удалась даже въ 6-мъ поколѣніи (у 2-хъ экземпляровъ 3-го и 4-го поколѣній развились и серпигинозные инфильтраты); перевивка разнымъ породамъ также не вызвала ослабленія яда. *И. И. Мечниковъ* на послѣднемъ Международномъ Сѣздѣ въ Лиссабонѣ заявилъ, что прививкой яда отъ присланныхъ ему изъ Вѣны *Landsteiner'*омъ 2-хъ макаковъ (*m. rhesus*) ему удалось, правда, вызвать картину типичнаго сифилиса (мѣстныя и общія явленія) у 1 шимпанзе, но все же у одной изъ этихъ макаковъ явленія были незначительны, а въ Вѣнѣ перевивка 10-му поколѣнію уже не удалась.

На Бернскомъ Сѣздѣ *И. И. Мечниковъ* заявилъ однако, что вирулентность сифилитическаго яда, проведеннаго черезъ низшихъ обезьянъ (*macacus rhesus*), оказывается все же ослабленной по отношенію къ высшимъ обезьянамъ (ядъ 20-го поколѣнія оказался незаразительнымъ для шимпанзе) и, повидимому, для человека, какъ показываютъ 2 случая: случай добровольнаго зараженія такимъ ядомъ 79-лѣтней старухи и случай невольнаго зараженія одного изъ ассистентовъ *И. И. Мечникова* (въ этомъ случаѣ *Fournier* высказался за несифилитическій характеръ явленій, но перевивка *rhesus'u* дала типичныя первичныя пораженія). Такимъ образомъ, въ общемъ, какъ видимъ, вопросъ этотъ нуждается еще всецѣло въ дальнѣйшей разработкѣ.

Съ другой стороны, попытки ослабленія сопротивляемости организма (какъ мѣстной, такъ и общей) противъ зараженія сифилисомъ, съ цѣлью усиленія вирулентности яда, также пока не дали видимыхъ результатовъ. Такъ, *Neisser'u* не удалось получить прививку у низшихъ обезьянъ въ такихъ непродраболоженныхъ для этого мѣстахъ, какъ животъ и грудь, при помощи поверхностнаго прижатія или давленія; точно также не удалась ему опыты зараженія гранулирующей раны, затѣмъ сочетанной прививки сифилиса и оспы (изъ 40 случаевъ удалась лишь 2, а то 1 изъ нихъ—не безупреченъ), и, наконецъ, прививки яда со смѣшанной язвы [*ulcus mixtum*] (положительный результатъ лишь въ 1 случаѣ)].

Такіе же неопредѣленные пока результаты дали и произведенные *Г. Н. Габричевскимъ* и мною 2 опыта: отравленія алкоголемъ (послѣ зараженія) и перегрѣванія (до зараженія); такъ въ 1-мъ случаѣ получились лишь мѣстныя измѣненія на надбровныхъ дугахъ, а на крайней плотнѣ не развились, въ дальнѣйшемъ же теченіи никакихъ особыхъ отклоненій отъ обычнаго типа не наблюдалось; во 2-мъ же случаѣ мѣстныя явленія развились даже въ нѣсколько ослабленномъ видѣ, хотя, правда, и ранѣе, чѣмъ обыкновенно, но затѣмъ животное погибло отъ «истощенія», а въ селезенкѣ были найдены явленія оплотнѣнія, имѣющія, какъ показываютъ изслѣдованія *А. К. Черного*, повидимому, сифилитическій характеръ.

#### 1. Построичный опытъ.

Небольшая, молодая самка. Вѣсъ  $8\frac{1}{4}$  ф. Со стороны вѣн отгнать нечего. Въ правомъ паху небольшая язвочка (съ не



ленькую горюшину), въ лѣвомъ еще меньшая. Остальныя железы не прощупываются. Со стороны внутреннихъ органовъ ничего особаго. Прививка 30/1 1906 г. матеріаломъ отъ пышныхъ разросшихся мокнущихъ кондиломъ въ области задняго прохода молодой нелеченой сифилитики (на лицо еще папулезная жабъ) въ надбровныя дуги и похотникъ. 10/11: На кожѣ нѣтъ никакихъ вѣтъ; мѣста прививки зажили. 15/11: Покраснѣніе мѣстъ прививки на надбровныхъ дугахъ. 20/11: Бугорки на надбровныхъ дугахъ (по 2 съ каждой стороны). 24/11: Бугорки обсадились и покрыты корочками; на похотникѣ—поверхностная язвочка. 26/11: На надбровныхъ дугахъ и на похотникѣ характерныя язвы, особенно рѣзко выраженныя надъ бровями; явственное увеличеніе паховыхъ и подчелюстныхъ железъ. 1/12: Перемѣны нѣтъ; вѣсъ 9 1/2 ф. 10/12: Язвы на бровяхъ зажили; язва на похотникѣ держится. 16/12: Язва на похотникѣ зажила. 1/1: Перемѣны нѣтъ. Вѣсъ 9 ф. За лѣто никакихъ перемѣнъ не наблюдалось. 6/1: Общее состояніе прекрасное; видимыхъ измѣненій нѣтъ; небольшія паховыя железы.

## 2. Опытъ съ отравленіемъ алкоголемъ.

Молодой самецъ — бабунинъ. Вѣсъ 8 1/2 ф. Со стороны кожи и слизистыхъ оболочекъ отмѣтить нечего. Въ обоихъ пахахъ небольшія железы; подчелюстныя железы также слегка увеличены (лѣвыя меньше). Со стороны внутреннихъ органовъ ничего особаго. Прививка въ тотъ-же день тѣмъ-же матеріаломъ въ надбровныя дуги и въ крайнюю плотъ. Съ 1-го же дня стали давать алкоголь въ видѣ водки: 1-й день—2 к. стм., 2-ой—5, затѣмъ 2 дня—по 7, 5 дней—по 9, съ 4/11 по 10, съ 18/11 по 20 к. стм.; 25/11: пріемъ увеличенъ до 40 к. стм.; съ 12/11, вслѣдствіе заболѣванія бронхитомъ, пріемы алкоголя прекращены (всего введено было 944 к. стм. алкоголя). Теченіе болѣзни: 31/1 (на 2-ой день послѣ прививки) — небольшой отекъ крайней плоти. 1/11: Отекъ исчезъ. 11/11: На крайней плоти покраснѣніе мѣста прививки; лѣвая бровь слегка отечна. 19/11: Краснота крайней плоти держится. На надбровныхъ дугахъ обозначаются бугорки. 26/11: На надбровныхъ дугахъ характерныя язвы (1 длинная, съ верховыми краями на правой сторонѣ и 2—на лѣвой); на крайней плоти отмѣтить нечего. 10/12: Язвы зажили; заболѣвъ бронхитомъ. Черезъ недѣлю явленія бронхита исчезли. 1/1: Перемѣны нѣтъ. Вѣсъ 8 1/2 ф. За лѣто—перемѣны нѣтъ. 6/1: Явленія катаральной пневмоніи. Видимыхъ измѣненій нѣтъ; въ лѣвомъ паху—небольшія железы.

## 3. Опытъ съ переирываніемъ.

Небольшая самка, вѣсъ—9 1/2 ф. Со стороны кожи и слизистыхъ оболочекъ—отмѣтить нечего. Железы не прощупываются. Со стороны внутреннихъ органовъ ничего особаго. Прививка въ тотъ день и тѣмъ-же матеріаломъ въ надбровныя дуги и въ похотникъ. До опыта съ 5 час. утра до 2 час. дня находилась въ термостатѣ, и температура съ 37° 8 дошла въ 10 час. утра до 39° 5, а въ 2 час. дня—до 41° 8. Прививочныя пораненія быстро зажили и первыя измѣненія отмѣчены лишь 11/11, а именно—покраснѣніе и отечность надбровныхъ дугъ. 19/11: Отечность ясная, но небольшая; на похотникѣ измѣненій нѣтъ. 26/11: На надбровныхъ дугахъ ни бугорковъ, ни обсаденій все время не отмѣчалось, а отечность почти исчезла. 6/12: На надбровныхъ дугахъ отмѣтить нечего; на похотникѣ небольшая язвочка. 10/12: Язва похотника ясно выражена и представляетъ обычный видъ. Небольшія паховыя железы. 20/12: Язва зажила. 1/1: Перемѣны нѣтъ, вѣсъ 10 1/2 ф. 8/1: Вѣсъ 9 1/2 ф. Затѣмъ обезьяна, безъ всякихъ видимыхъ причинъ, стала худѣть, слабѣть и въ ночь съ 29/11 на 30/11 пала. Данныя вскрытія, какъ и микроскопическія изслѣдованія внутреннихъ органовъ, будутъ въ свое время подробно описаны А. К. Чарноцкимъ.

## Изслѣдованія относительно невосприимчивости при сифилисѣ.

Въ сифилидологіи, какъ извѣстно, установилось прочное убѣжденіе, что уже ко времени развитія твердаго шанкра въ организмѣ развивается полная и безусловная невосприимчивость къ новому зараженію сифилисомъ, которая сохраняется обыкновенно въ теченіи всей жизни заболѣвшаго; исключенія изъ этого правила, неопровержимыя и убѣдительныя, хотя и наблюдаются, но въ крайне рѣдкихъ случаяхъ. Опытѣмъ на обезьянахъ, повидимому, суждено, однако, въ значительной степени поколебать это убѣжденіе. Такъ, опыты И. И. Мечникова и Roux прежде всего показали, что невосприимчивость эта устанавливается вовсе не такъ легко, какъ принято думать, и имъ удавалось еще черезъ 10—18 дней послѣ 1-ой прививки получать положительные результаты при новомъ зараженіи.

Болѣе подробно разработалъ этотъ вопросъ Finger, произведшій такіе опыты въ 2-хъ направленіяхъ: 1) съ повторными прививками до окончанія 1-го зачаточнаго періода и 2) съ прививкой во время развитія склероза или

зулытаты, и оказалось, что ко времени развитія шанкра (даже черезъ 5 дней послѣ появленія его) животныя не обладаютъ еще полной невосприимчивостью, хотя частичная, повидимому, и развивается (незначительность и быстрота исчезновенія 2-го шанкра и болѣе короткій зачаточный періодъ при 2-мъ зараженіи); этой-же неполной невосприимчивостью Finger объясняетъ и вышеупомянутыя «областные вторичныя» явленія. Опытѣ-же съ вторичнымъ зараженіемъ послѣ полного обратнаго развитія первичныхъ явленій (еще въ 1-мъ своемъ сообщеніи Finger и Landsteiner упоминаютъ о 8 такихъ опытахъ) дали отрицательные результаты, и лишь въ 1 случаѣ (у с. hamadrias), при вторичномъ зараженіи черезъ 10 мѣс. послѣ 1-ой прививки, получился положительный результатъ (въ видѣ небольшихъ, покраснѣвшихъ узелковъ, развившихся черезъ 9 дней послѣ зараженія и черезъ 12 дней исчезнувшихъ), при чемъ у этой-же обезьяны такое-же вторичное зараженіе раньше, черезъ 2 мѣс. послѣ 1-ой прививки, не удалось, такъ что за 10 мѣс. невосприимчивость, повидимому, значительно ослабла.

Neisser получилъ также въ 1 случаѣ вторичное зараженіе у macacus nemestrinus, гдѣ оно было произведено черезъ 74 дня послѣ 1-го. На Berg'скомъ съѣздѣ Neisser заявилъ, что опыты съ вторичнымъ зараженіемъ обнаруживаютъ у обезьянъ присутствіе не безусловной, а лишь относительной невосприимчивости къ новому зараженію. Что же касается опытовъ относительно опредѣленія срока наступленія общаго зараженія, то въ цѣломъ рядѣ опытовъ Neisser'a съ кровью зараженныхъ обезьянъ было найдено, что кровь оказывалась заразительной уже до появленія шанкра (въ 1 случаѣ—уже черезъ 5 дней послѣ зараженія), а опыты съ прививкой внутреннихъ органовъ показали, что уже черезъ 54 дня послѣ зараженія на лицо было общее зараженіе организма; эта заразительность можетъ сохраняться очень долго, и Neisser'у удалось опредѣлить ее черезъ 283 дня послѣ зараженія.

Kraus на Berg'скомъ Съѣздѣ сообщилъ, что ему также удавалось вторичное зараженіе обезьянъ незадолго до самаго появленія первичныхъ пораженій; что же касается реинкуляціи уже при развитіи шанкра, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ она удавалась, а въ большинствѣ—нѣтъ.

Результаты моихъ опытовъ съ вторичнымъ зараженіемъ, которыми я намѣренъ заняться въ ближайшее время, будутъ своевременно сообщены.

Finger'у удалось также доказать, что и у зараженныхъ сифилисомъ людей можно получить, во всѣхъ его періодахъ, специфическую реакцію на новое зараженіе, хотя явленія вторичнаго зараженія все-же слабѣе, тѣмъ перваго, и даютъ картину не шанкра собственно, но папулъ, а затѣмъ развитію ихъ мѣшаетъ все-же значительная, хотя и не безусловная, невосприимчивость. Такъ, «папулы эти прежде всего дов. постоянно развиваются во время 2-го зачаточнаго періода, черезъ 10—14 дней послѣ прививки, въ видѣ небольшихъ, буровато-красныхъ узелковъ, которые покрываются затѣмъ чешуйками, рѣже корками и черезъ нѣсколько недѣль всасываются, оставляя пигментированные рубчики; слабѣе и менѣе постоянныя явленія у вторичныхъ сифилитиковъ; у третичныхъ сифилитиковъ они выражаются въ видѣ окруженныхъ покраснѣвшимъ фономъ буро-красныхъ инфильтратовъ, вполне аналогичныхъ въ своемъ дальнѣйшемъ теченіи имѣющимся на лицѣ третичнымъ пораженіямъ кожи (въ теченіи открытыхъ періодовъ реинкуляція не давала результатовъ). Тѣмъ не менѣе здѣсь нельзя думать о той специфической реакціи у сифилитиковъ на различныя неспецифическія раздраженія, на которую когда-то указывалъ покойный проф. В. М. Тарновскій, ибо при вышеупомянутыхъ опытахъ результаты получались въ зависимости отъ того, примѣнялся-ли живой или умерщвленный ядъ, неспецифическій-же матеріалъ не вызывалъ такой-же реакціи. Итакъ, по мнѣнію Finger'a, опыты эти показываютъ, что ко времени развитія шанкра безусловной невосприимчивости еще нѣтъ и, хотя она въ теченіи вторичнаго періода постепенно и усиливается, но и тогда еще не приобретаетъ безусловности; циклическій-же характеръ сифилиса скорѣе всего объяс-

доказалъ ч. пр. Г. Н. Габричевскій относительно возвратной горячки, также вызываемой спирохетами. Въ общемъ же всѣ вышеупомянутые факты показываютъ, что невосприимчивость при сифилисѣ нельзя считать безусловной не только по отношенію къ возвратамъ, но и къ новому зараженію (*superinfection*), что вполне соответствуетъ клиническимъ наблюденіямъ относительно послѣдняго въ первичномъ періодѣ (данный *Sabouraud*); это-же обстоятельство объясняетъ и болѣе легкое теченіе вторичного сифилиса, нерѣдко проявляющагося лишь въ видѣ одного шанкра, или въ видѣ шанкра и набухшихъ железъ; по этой же причинѣ возможны и такіе случаи, гдѣ вторичное зараженіе оказывается настолько ослабленнымъ, что даже первичное пораженіе не даетъ присущихъ ему характерныхъ свойствъ.

*Исследования относительно профилактики сифилиса и вызванія невосприимчивости къ нему.*

Здѣсь прежде всего, конечно, выступаетъ вопросъ относительно возможности приостановки процесса путемъ вызыванія мѣста прививки. И. И. Мечникову удалось предотвратить у одной макаки (прививка въ ушную раковину) развитіе процесса удаленіемъ мѣста прививки черезъ 24 часа послѣ зараженія. *Neisser* примѣнялъ этотъ способъ въ цѣломъ рядѣ случаевъ и въ общемъ получилъ неудовлетворительные результаты; такъ удаленіе мѣста прививки уже черезъ 8 час. послѣ зараженія не могло уже предотвратить развитіе болѣзни; съ другой стороны, въ 1 случаѣ это удалось черезъ 12 дней послѣ зараженія. Въ виду этого въ практическихъ цѣляхъ слѣдуетъ, какъ онъ думалъ и раньше, всегда, при возможности, вызывать первичный очагъ зараженія, хотя, конечно, неизвѣстно, насколько мѣстный процессъ можетъ повліять на дальнѣйшее развитіе яда въ организмѣ.

Что касается физическихъ и химическихъ агентовъ, которые могли-бы разрушить ядъ на мѣстѣ введенія его въ организмъ, то опыты съ высокой температурой (погруженіе мѣста прививки въ горячую воду 48° на 40 мин.) не могли предотвратить развитіе процесса. Точно также получились отрицательные результаты и при примѣненіи крѣпкого раствора сулемы (1/100): шанкръ все-же развился, хотя и въ слабой формѣ. За то ртутныя мази изъ ртути (ртути и росно-ладоннаго жира по 100,0) и изъ каломеля (10 чч. каломеля и 20 чч. ланолина)—оказались въ состояніи уничтожить сифилитическій ядъ, и втираніе ихъ даже черезъ 1—18½ час. послѣ зараженія въ теченіи 5—10 мин., какъ показалъ цѣлый рядъ опытовъ (12 случаевъ), предохраняло отъ зараженія сифилисомъ, хотя первая изъ нихъ и сильно раздражала кожу. Въ виду этого студ. Парижскаго Университета *Maisonneuve* предложилъ себя И. И. Мечникову и *Roux* для производства на немъ самого подобнаго опыта (опытъ этотъ послужилъ потомъ *Maisonneuve*у матеріаломъ для докторской диссертации).

23/1 1906 г. *Maisonneuve* былъ осматрѣнъ *Sabouraud* и *Salmon*омъ, а 1/а ему былъ привитъ И. И. Мечниковымъ, въ присутствіи *Roux*, *Queyrat*, *Sabouraud* и *Salmon*а въ обѣ стороны заголовчатой борозды полового члена ядъ отъ 2-хъ больныхъ съ твердымъ шанкромъ на половомъ членѣ. Черезъ часъ послѣ этого въ мѣста прививки втиралась въ теченіи 5 мин. мазь изъ каломеля (каломеля 10,0, ланолина 30,0). Повѣрочные опыты на обезьянахъ показали полную прививаемость этого яда и уничтожающее вліяніе на него каломельной мази черезъ часъ послѣ зараженія. У *Maisonneuve*а самыя тщательныя наблюденія не обнаружили ни мѣстныхъ, ни общихъ явленій сифилиса.

8/у (т. е. приблизительно черезъ 14 недѣль послѣ прививки) И. И. Мечниковъ сдѣлалъ докладъ объ этомъ случаѣ въ Парижской Медицинской Академіи, при чемъ упомянулъ, что и онъ самъ, подвергшись однажды укусу больной сифилисомъ обезьяны, примѣнилъ каломельную мазь и остался невредимъ. Въ виду этого *Maisonneuve* въ концѣ своей диссертации указываетъ на важность этого способа для предохраненія отъ зараженія сифилисомъ и совѣтуетъ примѣнять его при подозрительномъ совокупленіи, а также въ профессиональной практикѣ (врачи, акушерки, кормилицы, сидѣлки). Однако, *Neisser*, примѣнявшій этотъ способъ въ цѣломъ рядѣ опытовъ на обезья-

нахъ, не получилъ положительныхъ результатовъ, а потому несомнѣнно, что этотъ чрезвычайной важности вопросъ нуждается еще въ дальнѣйшихъ исследованияхъ, тѣмъ болѣе, что, какъ совершенно вѣрно подчеркиваетъ и *Neisser*, мы не знаемъ еще, предохраняетъ-ли и въ какой степени такой мѣстный успѣхъ отъ развитія яда въ организмѣ? На Бернскомъ Сѣздѣ *Neisser* сообщаетъ, что у животныхъ оказались дѣйствительными при мѣстномъ примѣненіи: карболовая кислота, 2—3‰-ные растворы сулемы, каломель *in substantia* и азотнокислое серебро, и неэффективными: 1‰-ный растворъ сулемы, сѣрая ртутная мазь, іодоформъ и т. д.

Опыты съ вызваніемъ невосприимчивости къ сифилису пока дали мало успѣшные результаты. Здѣсь, какъ говоритъ *Neisser*, представляются 2 задачи, а именно: или организмъ долженъ сдѣлаться совершенно невосприимчивымъ къ болѣзни, или заботѣваніе должно ограничиться лишь мѣстными явленіями, а общія явленія или вовсе не развиваются или-же быстро исчезаютъ и такъ основательно, что возвратовъ уже не появляется. Это достигается 2-мя путями: пассивнымъ иммунизированіемъ, гдѣ дѣло идетъ объ анти-тѣлахъ, содержащихся въ сывороткѣ или въ извѣстныхъ органахъ (селезенка, костный мозгъ), или же активнымъ—при помощи живыхъ, но ослабленныхъ чужеродныхъ (это ослабленіе достигается путемъ «проеденія» черезъ соответствующій организмъ, или благодаря физическимъ, химическимъ и т. п. вліяніямъ), или при помощи химико-токсическихъ веществъ (введеніе убитыхъ чужеродныхъ, или выдѣленныхъ живыми чужеродными продуктовъ, или вытяжекъ изъ тѣлъ чужеродныхъ).

Что касается пассивной иммунизации противъ сифилиса при помощи сыворотки специально приготовленныхъ обезьянъ, то опыты И. И. Мечникова, *Neisser*а (и съ сывороткой больныхъ сифилисомъ людей), и *Finger*а дали отрицательные результаты. Такъ, И. И. Мечниковъ выпускалъ низшимъ обезьянамъ (отъ которыхъ, въ виду ихъ приспособляемости къ нашему климату и легкому у нихъ теченію сифилиса, можно было-бы разсчитывать получить болѣе активную сыворотку) послѣ исчезновенія у нихъ прививного шанкра повторно нѣсколько разъ подъ кожу кровь сифилитиковъ со свѣжей розеолой, и хотя такая иммунизация производилась болѣе 15 мѣс., но сыворотка ихъ, примѣненная въ большемъ количествѣ у нѣсколькихъ антропоидныхъ обезьянъ съ самаго момента зараженія, не могла все-же предотвратить ни первичныхъ, ни общихъ явленій. Такіе-же результаты получилъ и *Neisser*. *Finger* въ 2 случаяхъ примѣненія пассивной иммунизации у людей, у которыхъ, кромѣ того, былъ вызванъ шанкръ въ одномъ случаѣ, и шанкръ и железы—въ другомъ, также не получилъ результатовъ. Такіе-же результаты дало И. И. Мечникову и *Neisser*у зараженіе обезьянъ смѣсью *in vitro* сифилитического яда съ иммунизированной сывороткой. Неопредѣленные результаты получилъ также И. И. Мечниковъ при присыпкѣ мѣста зараженія порошкомъ изъ высушенной сыворотки иммунизированныхъ обезьянъ. Опыты полученія болѣе активной сыворотки путемъ введенія прививного матеріала прямо въ вены также не дали И. И. Мечникову положительныхъ результатовъ.

Такіе-же результаты дало И. И. Мечникову и примѣненіе профильтрованного сифилитического яда, по предложенію *Casagrandi* и *de Lucca*. Наконецъ, опыты *Neisser*а съ введеніемъ органовъ сифилитическихъ обезьянъ (главнымъ образомъ, селезенки и костнаго мозга) дали неопредѣленные результаты, хотя въ нѣсколькихъ случаяхъ невосприимчивость, повидимому, и была достигнута. Такимъ образомъ, въ общемъ всѣ попытки пассивной иммунизации пока не увѣнчались особымъ успѣхомъ, и надо по-прежнему стремиться къ полученію болѣе активной сыворотки, для чего особую важность представляло-бы полученіе блѣдной спирохеты въ чистой разводкѣ.

Что касается активного иммунизированія противъ сифилиса, то прежде всего опыты И. И. Мечникова съ примѣненіемъ гумозныхъ продуктовъ, а также подогрѣтаго (до 48° въ теченіи 1½ час.) яда не дали положительныхъ результатовъ. Точно также и опыты *Finger*

гера съ введеніемъ большихъ количествъ убитого яда (подогрѣваніе до 60° въ теченіи 2 час.), а также съ предварительнымъ впрыскиваніемъ за 2—3 недѣли до зараженія свѣжаго яда въ толщу мышца бедра не дали результатовъ. Затѣмъ способъ *Kraus*'а вызыванія невосприимчивости уже послѣ зараженія путемъ подкожнаго введенія сифилитическаго яда (съ цѣлью усилить образованіе анти-тѣла въ организмѣ), примѣненный имъ вмѣстѣ съ *Spitzer*'омъ съ нѣкоторымъ успѣхомъ на большихъ съ твердымъ шанкромъ, оказался при точной провѣркѣ на обезьянахъ *И. И. Мечниковымъ* (зараженному шимпанзе впрыскивалась послѣ зараженія повторно въ разные сроки приготовленная *Kraus*'омъ же въ Вѣнѣ вакцина) также неэффективнымъ (на Берг'скомъ Съѣздѣ однако *Spitzer* вновь сообщилъ о 35% успѣшныхъ случаевъ, гдѣ вторичныя явленія не развивались). Что же касается, наконецъ, ослабленія яда путемъ предварительнаго «приведенія» его черезъ организмъ обезьянъ, то, какъ было сказано выше, опыты эти пока не дали удовлетворительныхъ результатовъ. *Neisser*, указывая на сложность этого вопроса, зависящую прежде всего отъ того, что клиническая картина совсѣмъ не выражаетъ еще «сифилитическаго состоянія» организма (что, напр., доказываетъ заразительность нѣкоторыхъ внутреннихъ органовъ у низшихъ обезьянъ, сифилисъ которыхъ имѣетъ, повидимому, какъ-бы лишь мѣстный характеръ, и установленная пока, за исключеніемъ 1 случая, незаразительность этихъ органовъ у высшихъ обезьянъ), отмѣчаетъ одно лишь интересное явленіе, которое онъ наблюдалъ при прививкѣ внутреннихъ органовъ, а именно: тогда, какъ низшія обезьяны легко заражаются шанкрами низшихъ-же обезьянъ, а orangutanги—селезенкой и костнымъ мозгомъ послѣднихъ, зараженіе низшихъ обезьянъ этими органами удается гораздо рѣже (въ 2 изъ 15 случаевъ, при чемъ въ этихъ 2 случаяхъ ядъ былъ взятъ отъ животныхъ, зараженныхъ не человѣческимъ, а «проведеннымъ» ядомъ), и развивающіяся при этомъ явленія имѣютъ обрывной характеръ. Въ общемъ, вопросъ этотъ совсѣмъ еще не разрабатанъ, и дальнѣйшіе опыты, замѣчаетъ *Neisser*, должны рѣшить, возможна-ли вообще при сифилисѣ невосприимчивость, т. е. такое состояніе организма, когда онъ свободенъ отъ чужеродныхъ и въ тоже время недоступенъ зараженію.

#### Сывороточное распознаваніе сифилиса.

Опыты *Wassermann*'а, *Neisser*'а и *Bruck*'а по сывороточному распознаванію сифилиса основаны на прежнихъ изслѣдованіяхъ *Bordet*, *Gengou*, *Moreschi*, *Neisser*'а и *Sachs*'а объ отклоненіи комплементовъ осаждающими бѣлокъ сыворотками и на послѣднихъ работахъ *Wassermann*'а и *Bruck*'а о «тѣлахъ» и «противо-тѣлахъ» при тифѣ, цереброспинальномъ менингитѣ и бугорчаткѣ.

Опыты *Wassermann*'а, *Neisser*'а и *Bruck*'а были поставлены такъ, что бралась сыворотка отъ приготовленныхъ сифилитическимъ матеріаломъ обезьянъ и смѣшивалась съ вытяжками органовъ, сывороткой и т. д. больныхъ сифилисомъ людей, а затѣмъ прибавлялся комплементъ (свѣжая сыворотка морской свинки). Затѣмъ черезъ нѣкоторое время производилась проба при помощи гемолизической сыворотки и соответствующихъ кровяныхъ шариковъ (авторы примѣняли именно кровяную сыворотку кролика, обработаннаго кровью барана, и кровяные шарики барана), которая и показывала, связанъ-ли комплементъ въ 1-ой половинѣ опыта, или свободенъ и дѣйствуетъ во 2-ой части его, и при этомъ весь или отчасти (что выражается полнымъ или неполнымъ раствореніемъ кровяныхъ шариковъ во 2-й половинѣ опыта).

Въ общемъ опыты эти дали слѣдующіе результаты: при обработкѣ обезьянъ кровью вторичныхъ сифилитиковъ, или вытяжками первичныхъ бубоновъ, кондиломъ, органовъ и костнаго мозга, пораженныхъ наследственнымъ сифилисомъ дѣтей и плодовъ, или, наконецъ, органовъ и костнаго мозга обезьянъ, убитыхъ черезъ 7—8 недѣль послѣ положительнаго результата прививки, и при смѣшеніи сыворотки съ вытяжками органовъ пораженныхъ наследственнымъ сифилисомъ дѣтей и плодовъ или послѣдъ пораженныхъ вторичнымъ сифилисомъ матерей, или первичныхъ поражений и кондиломъ, или органовъ и костнаго

прививки ихъ, при всѣхъ этихъ условіяхъ гемолиза не наступаетъ, что показываетъ: 1) присутствіе въ приготовленной сывороткѣ обезьянъ противу-тѣла противъ специфическихъ субстанцій и 2) присутствіе этихъ послѣднихъ въ изслѣдованныхъ вытяжкахъ.

Эго доказывается слѣдующими повѣрочными опытами.

1) Вышеупомянутая сыворотка обезьянъ дѣйствуетъ одновременно и одинаково на сифилитическій матеріалъ человѣка и обезьянъ, при чемъ безразлично, примѣнялся-ли для вызванія невосприимчивости матеріалъ отъ человѣка или обезьяны; 2) сыворотка эта дѣйствуетъ лишь на сифилитическій матеріалъ человѣка и обезьянъ; 3) наоборотъ, нормальная сыворотка обезьянъ не дѣйствуетъ на этотъ матеріалъ; 4) противъ образованія въ сывороткѣ обезьянъ особыхъ преципитиновъ говорить, помимо прочаго соображеній, то обстоятельство, что аналогичная обработка обезьянъ одной и той-же породы несифилитическимъ матеріаломъ не давала въ результатѣ вышеупомянутой реакціи.

На Берг'скомъ Съѣздѣ *Neisser* сообщилъ по этому вопросу слѣдующія новыя данныя. На 213 случаевъ эта реакція удалась въ 77%; въ сомнительныхъ случаяхъ ея положительные результаты подтверждались слѣдующимъ теченіемъ болѣзни, при этомъ положительные результаты дали кровь, органы, болѣзненные продукты (гуммозный сифилисъ), цереброспинальная жидкость въ 1 случаѣ паралича и спинной сухотки (но непостоянно); отрицательные — мозгъ паралитиковъ и не сифилитические органы. На этомъ же Съѣздѣ *Kraus* заявилъ, что эта реакція не дала ему вѣрныхъ результатовъ. Во всякомъ случаѣ практическая важность этихъ опытовъ громадна, ибо мы можемъ уже теперь опредѣлить, содержатся-ли въ человѣческой сывороткѣ или въ приготовленной иммунизированной сывороткѣ специфическія противу-тѣла (и не только качественно, но и количественно), а затѣмъ, содержатъ-ли данный органъ специфическія сифилитическія субстанціи, или нѣтъ; насколько важно послѣднее, можетъ показать хотя бы возможность распознать съ помощью сыворотки сифилисъ послѣда у женщинъ. Такимъ образомъ нѣтъ нужды подчеркивать особую важность дальнѣйшихъ опытовъ въ этомъ направленіи.

Особенно важно было-бы, конечно, найти возможность опредѣлять сифилитическія тѣла и противу-тѣла въ обращающейся крови. Авторы имѣютъ уже нѣсколько положительныхъ результатовъ этого рода, и этотъ вопросъ составляетъ важнѣйшую задачу отправляющейся въ Нидерландскую Индію правительственной экспедиціи для изученія экспериментальнаго сифилиса у обезьянъ.

#### Изслѣдованія относительно леченія сифилиса.

Что касается вліянія ртутнаго и іодистаго леченія на сифилитическій процессъ, то *Neisser* наблюдалъ еще въ Бреславлѣ, что плохо и медленно заживающіе шанкры у обезьянъ поразительно быстро уступаютъ впрыскиваніямъ салицидовой ртути. Опыты-же его на Зондскихъ островахъ показали, что введеніе ртути (судема) нисколько не предохраняетъ обезьянъ отъ обычнаго развитія и теченія шанкровъ, а также не оказываетъ вліянія и на общее зараженіе организма и заразительность внутреннихъ органовъ. Опыты эти (какъ и опыты съ впрыскиваніемъ іодипина подъ кожу) еще продолжаютъ; тѣмъ не менѣе и теперь уже можно изъ нихъ заключить, во 1-хъ, что наиболѣе цѣлесообразенъ для леченія сифилиса съ цѣлью уничтоженія всѣхъ скрытыхъ очаговъ спирохетъ въ организмѣ именно теперешній способъ леченія ртутью (продолжительный, съ извѣстными промежутками); затѣмъ, что въ этомъ отношеніи не должно быть никакой односторонности (только подкожныя впрыскиванія, только втиранія и т. д.), и ртуть должна вводиться всѣми возможными путями для уничтоженія всѣхъ очаговъ спирохетъ; наконецъ, что большое значеніе имѣетъ и мѣстное, областное леченіе.

Въ заключеніе я долженъ сказать, что опыты на обезьянахъ въ значительной степени оправдали уже возлагаемые на нихъ надежды, въ доказательство чего сошлюсь хотя-бы на опыты по сывороточному распознаванію сифилиса, дающіе возможность точно и строго научно распознавать сифилисъ и имѣющіе поэтому чрезвычайно важное практическое значеніе. Дѣло это, однако, нахо-

лишь от всей души пожелать, чтобы опыты на обезьянах были произведены в возможно больших размерах и возможно большим числом исследователей. Больше того; я совершенно согласен с *Hoffmann*ом, что именно в настоящее время, когда мы располагаем такими данными в этиологии сифилиса, как наличие блядной спирохеты, должны быть вновь повторены опыты на других животных (особенно на поросятах и жеребятках), от которых можно ожидать теперь более успешных результатов. Как-бы мало сравнительно не дали до сих пор опыты на обезьянах, несомненно все-же тот факт, что исключительное преобладание одного лишь клинического способа в сифилидологии кончилось, и в изучении сифилиса наступила новая эра — экспериментальная, с которой в настоящее время и связаны все надежды будущего. Это прекрасно выразил на Лиссабонском Съезде *Neisser*, закончивший свой доклад следующими словами: «Я считаю величайшим счастьем моей, молодой уже, жизни, что могу еще раз поработать для такого огромного и полного социального интереса дела, и никто больше меня не может быть исполнен благодарности к тем истинным благодетелям человечества, имена которых — *Мечников*, *Roux* и *Schaudinn*».

**Литература.** 1. *Buschke* и *Fischer*. Weitere Beobachtungen über *Spirochaete pallida*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1906 г., № 13.—2. *E. Finger* и *K. Landsteiner*. Untersuchungen über Syphilis an Affen. 2 сообщения. «Archiv f. Dermatologie und Syphilis», 1906 г., т. 79, тетр. 2 и 3 и т. 81, тетр. 1.—3. *E. Hoffmann*. Mittheilungen und Demonstrationen über experimentelle Syphilis, *Spirochaete pallida* und andere Spirochaetenarten. «Dermatologische Zeitschrift», 1906 г., т. 13, тетр. 8.—4. Проф. *Д. Р. Заболотный*. Об экспериментальном сифилисе бабунов. «Архив биологических наук», т. XI, вып. 1 и 2.—Протоколы микробиологического Общества в Петербурге. «Русский Врач», 1905 г., № 12.—Протоколы Петербургского сифилидологического Общества. «Практический Врач», 1904 г.—Доклады на Бергском Съезде. «Русский Врач», 1906 г., № 42.—5. *R. Kraus*. Zur Aethiologie, Pathologie und experimentellen Therapie der Syphilis. «Wiener klin. Wochenschrift», 1904 г., т. 11, тетр. 1.—6. *O. Lassar*. Ueber Impfversuche mit Syphilis an anthropoiden Affen. «Berliner klin. Wochenschrift», 1903 г., № 52 и «Dermatologische Zeitschrift», 1904 г., т. 11, тетр. 1.—7. *B. Lipschütz*. Zur Kenntniss der *Spirochaete pallida* im syphilitischen Gewebe. «Wiener klin. Wochenschrift», 1906 г., № 37.—8. *P. Maisonneuve*. Experimentation sur la prophylaxie de la syphilis. Парижская диссертация. 1906 г.—9. *И. И. Мечников* и *Roux*. Etudes experimentales sur la syphilis. «Annales de l'Institut Pasteur», 1903 г., № 12; 1904 г., № 1.—Доклад на Берлинском Съезде в сентябре 1904 г.—Там же, 1905 г., № 11.—Доклады на Лиссабонском международном Съезде и Бергском дерматологическом Съезде в 1906 г.—10. *A. Neisser*. Versuche zur Uebertragung der Syphilis an Affen. «Deutsche medicinische Wochenschrift», 1904 г., №№ 39 и 39; 1905 г., № 19; 1906 г., №№ 1, 2, 3, 13 и 19. Доклады на Лиссабонском и Бергском Съездах.—11. Отчет о дерматологической секции Лиссабонского Международного Съезда. «La Syphilis», 1906 г., № 6; отчет о IX Съезде немецкого дерматологического Общества. «Deutsche medic. Wochenschrift», № 41.—12. *I. Siegel*. Neue Untersuchungen über die Aetiologie der Syphilis. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 г., №№ 28 и 29.—13. *L. Spitzer*. Zur ätiologischen Therapie der Syphilis. «Wiener klin. Wochenschrift», 1905 г., № 45.—14. *G. Thibierge* и *P. Ravaut*. Etudes de vénéréologie expérimentale. «Annales de dermatologie et de syphiligraphie», 1905 г., № 6.—15. *A. Wassermann*, *A. Neisser* и *C. Bruck*. Eine serodiagnostische Reaktion bei Syphilis. «Deutsche med. Wochenschrift», 1906 г., № 19.—16. *Wechselmann*. Experimenteller Beitrag zur Kritik der Siegelschen Syphilisübertragungsversuche auf Thiere. Там же, 1906 г., № 6.—17. *М. А. Членов*. Современное состояние вопроса о микробиологии сифилиса. «Русский архив патологии» и пр., 1902 г.

CLXIX. Изъ отделения проф. Е. Grawitz'a в вольниц Westend-Charlottenburg в Берлин'а.

## Лечение блялокровия лучами Röntgen'a

А. Ф. Држевецкого.

В 1902 г. американские врачи *Childs*, *Dunn*, *Pusey* и *Senn* <sup>1)</sup> впервые сообщили об успешных результатах

лечения блялокровия лучами *Röntgen*'а. Эти наблюдения вызвали в европейской литературе целый ряд подобных же сообщений, по преимуществу чисто клинического характера. Особенно богат подобными работами 1904-ый год и начало 1905-го. *De la Camp* <sup>2)</sup> в апреле прошлого года, давая критический обзор этого способа лечения, приводит уже 102 случая из литературы, причем в 90% авторами отмечено значительное улучшение блязни вплоть до полного исчезновения всех бляженных явлений. О полном излечении, конечно, говорить нельзя, ибо последующий период наблюдения еще очень непродолжителен. Впрочем, в случае *Schultze* <sup>3)</sup> был возврат уже 4 года, в случае *Grawitz*'а <sup>4)</sup> — 15 мес. Со стороны крови благоприятный результат лечения обнаруживается в увеличении %-ного содержания гемоглобина и нарастании числа красных кровяных шариков. Что касается числа бляных кровяных телец, то оно обычно резко уменьшается, доходя до нормы, в иных же случаях сначала получается гипоплейкоцитоз, исчезающий после прекращения сеансов рентгенотерапии. В %-ном отношении особенно быстро разрушаются «незрелые» (unreifen) формы бляных кровяных телец и кровь иногда принимает нормальную гистологическую формулу [*Senn* <sup>1)</sup>, *Franke* <sup>5)</sup>, *Meyer* и *Eisenreich* <sup>6)</sup>], в иных же случаях сохраняет лейкоэмический характер. Косвенное указание на то, что лучи *Roentgen*'а преимущественно разрушают незрелые формы бляных кровяных телец, можно видеть из опытов *Heinike* <sup>7)</sup>, по наблюдениям которого в крови здоровых животных под влиянием рентгенизации число бляных кровяных телец уменьшалось лишь незначительно. Зато чрезвычайно резко обнаруживается влияние х-лучей на блякровную селезенку: размеры ее заметно уменьшаются; в некоторых случаях селезенка, занимавшая почти всю левую сторону брюшной полости, уменьшалась до нормальной величины. Одновременно с улучшением состава крови идет поправление и общего состояния здоровья больных: слабость у них исчезает, улучшается позыв на еду, боли в костях проходят и обычная под-лихорадочная температура падает до нормы.

Однако, в литературе можно найти указание и на то, что в 10 % случаев влияние рентгенотерапии на хроническое блялокровие оказалось безуспешным и даже неблагоприятным. Случай острого блялокровия всегда давал отрицательный результат, а в 3 случаях (*De la Camp*) отмечено резкое ухудшение, приведшее больных к смерти. Просматривая дальнейшую (после *De la Camp*) литературу, я мог собрать еще 20 наблюдений, из которых в 13 отмечены весьма успешные результаты [*Herz* <sup>7)</sup>, *Ledingham* <sup>8)</sup>, *Schleip* и *Hildebrandt* <sup>9)</sup>, *Lommel* <sup>10)</sup>, *Franke* <sup>11)</sup>, *Bramwell* <sup>12)</sup>, *Mellond* <sup>13)</sup>, *Rosenberger* <sup>14)</sup>, *Hoffmann* <sup>15)</sup> и *Flesch* <sup>16)</sup>], а в 7 или отрицательные [*Bramwell* <sup>12)</sup>, *Flesch* <sup>16)</sup>], или даже с ухудшением процесса [*Bramwell* <sup>12)</sup>, *Mellond* <sup>13)</sup>, *Wassmuth* <sup>17)</sup>]. Если прибавить нижеописываемый мною случай, то всего можно насчитать 123 случая блялокровия, из коих в 86% получился от рентгенотерапии весьма успешный результат.

Вспомним, однако, что до сих пор в нашем распоряжении не было никаких средств не только влиять на блялокровие, но даже заметно улучшать состояние таких больных. В рентгенотерапии мы имеем способ лечения, дающий во многих случаях весьма утешительный результат. Нельзя забывать при этом, что рентгенотерапия до сих пор находится еще в стадии изучения ее действия, и весьма возможно, что известная часть «безуспешных» случаев зависела от нерационально проведенного или недостаточно продолжительного лечения. Как бы то ни было, по моему мнению, в настоящее время в каждом случае хронического блялокровия необходимо испробовать настойчивое, но осторожное лечение лучами *Roentgen*'а. В виду последнего я и рываюсь описать наблюдавшийся мною случай, чтобы отметить, каких прекрасных результатов можно иногда достигнуть при рентгенотерапии, тем более, что в русской литературе



до 1906 г. мнѣ не удалось найти подобныхъ сообщеній \*). Нижеописываемый случай я наблюдалъ въ отдѣленіи проф. E. Grawitz'a въ больницѣ Westend-Charlottenburg въ Berlin'ѣ. Глубокоуважаемому проф. Grawitz'у приношу сердечную благодарность за разрѣшеніе воспользоваться нижеприводимой исторіей болѣзни.

R. B., 25 л., поступила въ больницу 6/iv 1906 г. съ жалобами на слабость, потерю позыва на ѣду, общее недомоганіе и опухоль въ животѣ. Особенно плохо она стала себя чувствовать съ конца марта. Считаетъ себя больной съ осени 1905 г.; тогда-же (передъ Рождествомъ) при надѣваніи корсета стала замѣчать, что животъ сдѣлался тверже обыкновеннаго. Вскорѣ въ лѣвой 1/4 живота замѣтила опухоль, но не обращала на это особаго вниманія. По ремеслу больная—домашняя прислуга и никогда особенно тяжелой работы не несла. Въ дѣтствѣ перенесла корь, дифтерію и гриппъ; позже всегда была здорова. Мѣсячными появились на 14-мъ году, всегда были болѣзненны, неправильны и продолжительны (5—6 дней). Со стороны наследственности никакихъ патологическихъ указаній нѣтъ.

Средняго роста; умѣренного питанія. Кожа и видимыя слизистыя оболочки чрезвычайно блѣдны. Лимфатическія железы не припухли. Отековъ также нѣтъ. Языкъ слегка обложенъ. Органы грудной полости не представляютъ измѣненій. Пульсъ 76, правильны, достаточнаго наполненія. Печень замѣтно увеличена. Почти вся область лѣвой стороны живота занята увеличенной селезенкой, нижняя граница которой доходит до линіи, соединяющей обѣ верхнія переднія ости подвздошныхъ костей; на правую край селезенки, немного выше пупка, ясно прощупывается вырѣзка (incisura), выше которой селезенка заходитъ *справа* отъ срединной линіи на 0,75 стм.; ниже пупка опухоль выступаетъ *справа-же* отъ срединной линіи на 4,75 стм.; селезенка подвижна; поверхность ея нѣсколько неравнобѣрная. Жидкости въ полости живота нѣтъ. Рефлексы нормальны. Въ мочѣ ничего патологическаго. Наклонность къ запорамъ. При офтальмоскопическомъ изслѣдованіи на обоихъ глазахъ, на днѣ, найдены маленькія, отъ булавочной головки до просіянаго зерна величиной, бѣловатыя пятна и мелкія кровоизліянія. Кровь на видъ бѣловатая, уд. в. 1039, гемоглобина 43% (Sahl), красныхъ кровяныхъ шариковъ 1.997.500, бѣлыхъ 518.000; среди послѣднихъ многоядерныхъ нейтрофиловъ 27,7%, переходныхъ формъ 24,4%, *міелоцитовъ* 37,1%, эозинофиловъ 4,0% и лимфоцитовъ 6,8%.

Данныя изслѣдованія не оставляли сомнѣнія, что это — случай хроническаго костномозгового бѣлѣкровія съ яркими явленіями болѣзни. Микроскопическая картина указывала не только на присутствіе въ крови *міелоцитовъ*, но и на то, что ихъ количество въ ‰-мъ отношеніи превосходило число нормальныхъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Отношеніе бѣлыхъ тѣлецъ къ краснымъ, вѣсто нормальнаго 1:666, упало до 1:3, т. е. болѣе, чѣмъ въ 200 разъ. Кромѣ того, имѣлись явленія малокровія—пойкилоцитозъ и красные кровяные шарики съ ядрами (нормобласты).

Больной было назначено постельное содержаніе, легкая питательная пища. Лѣченіе состояло въ подкожныхъ впрыскиваніяхъ мышьяковистаго натра, въ постепенномъ возраставшихъ количествахъ—съ 0,001 до 0,009 и обратно. Съ этого-же дня, 6/iv, начато лѣченіе лучами Roentgen'a по способу, принимаемому въ отдѣленіи проф. E. Grawitz'a. Освѣщенію подвергалась область селезенки спереди, ежедневно, съ перерывами (см. ниже) по 10—15 мин. Антикатола помѣщалась на разстояніи 30 стм. отъ кожи; область освѣщенія равнялась 30 стм. въ діаметрѣ. Трубки употреблялись сначала мягкія (приблизительно 7° Wenell'a) и постепенно замѣнялись болѣе твердыми, такъ что съ 8-го сеанса употреблялась уже твердая трубка (12° Wenell'a). Дальнѣйшее теченіе болѣзни такое.

14/iv: До сегодняшняго дня больная подверглась 6 сеансамъ х-лучей, по 10 мин. каждый. Чувствуетъ она себя лучше. Температура въ теченіи недѣли колебалась между 36°2 и 37°6, обычно къ вечеру повышалась. Селезенка безъ перемѣны. Сдѣлать перерывъ въ рентгенотерапіи до 19/iv.

19/iv: Чувствуетъ себя гораздо лучше; можетъ немного вставать съ постели. Кожа потеряла свой бѣловато-сѣрый оттѣнокъ, хотя еще очень блѣдна. Селезенка какъ будто немного меньше. Кровь: уд. в. 1039; гемоглобина 35%; красныхъ шариковъ 2.500.000, бѣлыхъ 300.000, отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1:8 (изслѣдовалъ кровь д-ръ Grünberg). Вновь начато лѣченіе х-лучами—19/iv 10 мин., а затѣмъ ежедневно по 15 мин.

26/iv: Состояніе больной продолжаетъ улучшаться. Позывъ на ѣду очень хорошій; силы замѣтно прибываютъ. Цвѣтъ кожи приобрѣлъ розоватый оттѣнокъ. Селезенка замѣтно уменьшилась. Сдѣлано 16 сеансовъ рентгенотерапіи въ общей сложности въ теченіи 200 мин. Кровь: уд. в. 1039; гемоглобина 40%; красныхъ шариковъ 2.000.000, бѣлыхъ 187.000, отношеніе ихъ 1:11. Микроскопически замѣчается пойкилоцитозъ; красныхъ шариковъ съ ядрами нѣтъ. Среди бѣлыхъ въ ‰-номъ от-

ношеніи: многоядерныхъ нейтрофиловъ 58,2%, переходныхъ формъ 23,9%, *міелоцитовъ* 13,6, эозинофиловъ 1,7%, и лимфоцитовъ 2,6%. Температура замѣтно ниже; обычно нормальная, она иногда лишь къ вечеру повышается до 37°2.

3/v: Сдѣлано 20 сеансовъ освѣщенія. Чувствуетъ себя хорошо. Лѣченіе х-лучами временно прекращено.

5/v: Замѣтно поправляется. Общее состояніе и позывъ на ѣду очень хороши. Жалуются лишь на весьма незначительную слабость. Упала въ вѣсѣ съ 14/iv и 5/v на 1,3 кило (уменьшеніе селезенки). Селезенка рѣзко уменьшилась; размѣры ея: нижній край не доходитъ до линіи, соединяющей обѣ верхнія переднія ости подвздошныхъ костей на 1,5 стм.; вправо—выше вырѣзки доходитъ до срединной линіи, ниже вырѣзки и пупка (наибольшій поперечный размѣръ) заходитъ за срединную линію вправо на 2,5 стм. Состояніе крови продолжаетъ улучшаться: уд. в. 1032, гемоглобина 45%, бѣлыхъ тѣлецъ 40000 (изслѣдовалъ д-ръ Grünberg).

14/v: Общее самочувствіе очень хорошее. Селезенка продолжаетъ уменьшаться. Бѣловатыя пятна и кровоизліянія на днѣ глазъ значительно уменьшились. Подвергавшееся освѣщенію мѣсто на кожѣ приняло буроватый оттѣнокъ. Въ періодѣ безъ лѣченія х-лучами температура въ общемъ повысилась; вновь появились ежедневныя вечернія повышенія ея до 37°2—37°8. Кровь: уд. в. 1034; гемоглобина 52%; красныхъ тѣлецъ 2.200.000, бѣлыхъ 19000, отношеніе ихъ 1:16. Моча безъ патологическихъ примѣсей. Вновь начато лѣченіе х-лучами.

17/v: Кровь: уд. в. 1035, гемоглобина 56%, красныхъ шариковъ 3.150.000, бѣлыхъ 11000; отношеніе ихъ 1:287.

18/v: Температура вновь упала къ нормѣ. Самочувствіе превосходное. Патологическія измѣненія на днѣ глазъ почти исчезли. Лѣченіе х-лучами прекращено. Всего сдѣлано 25 сеансовъ въ общей сложности въ теченіи 340 мин. Селезенка еще болѣе уменьшилась. Лѣченіе мышьякомъ оставлено и прибавлено—настоящій 1 1/2 хлористаго желѣза 3 раза въ день, по 3 капли.

26/v: Температура все время нормальная. Кровь слѣдующаго состава: уд. в. 1037, гемоглобина 58%, красныхъ тѣлецъ 3.500.000, бѣлыхъ 5500; отношеніе ихъ 1:636 (д-ръ Grünberg).

31/v: Чувствуетъ себя совершенно здоровой; ходитъ бодро и безъ усталости. Температура держится на нормальныхъ цифрахъ. Селезенка продолжаетъ уменьшаться; размѣры ея: внизъ на 2 стм. выше пупка и на 3 стм. не доходитъ до срединной линіи; выступаетъ изъ-за края реберъ на 4 попер. пальца (7 стм.). Отмѣненъ мышьякъ и оставлено лишь лѣченіе желѣзомъ.

12/vi: Продолжаетъ себя чувствовать хорошо и безъ лѣченія. Селезенка прощупывается на 2 пальца ниже края реберъ (3—3,5 стм.). Температура нормальная. Со стороны другихъ органовъ никакихъ болѣзненныхъ явленій нѣтъ. Дно глазъ совершенно нормально. Кровь: уд. в. 1041, гемоглобина 65%, красныхъ тѣлецъ 4.100.000, бѣлыхъ 5300; отношеніе ихъ 1:773. На окрашенныхъ препаратахъ—очень незначительный пойкилоцитозъ; среди бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ многоядерныхъ нейтрофиловъ 74,5%, переходныхъ 9,6%, *міелоцитовъ* 0,9%, эозинофиловъ 1,9% и лимфоцитовъ 13,2.

22/vi: Общее состояніе безъ перемѣны. Селезенка едва прощупывается. Считаетъ себя совершенно здоровой.

30/vi: На столько чувствуетъ себя хорошо, что рѣшила оставить больницу и ѣхать въ деревню. Температура все время нормальная. Кожа имѣетъ цвѣтушій видъ. Селезенка едва прощупывается при очень глубокихъ вздохахъ и изъ-подъ края реберъ не выступаетъ. Кровь: уд. в. 1045, гемоглобина 83%, красныхъ шариковъ 5.500.000, бѣлыхъ 5000; отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1:1100. На окрашенныхъ препаратахъ красные кровяные шарики представляются совершенно нормальными (пойкилоцитоза нѣтъ). Среди бѣлыхъ—многоядерныхъ нейтрофиловъ 73,5%, переходныхъ формъ 6,5%, эозинофиловъ 1,0, лимфоцитовъ 19,0%, *міелоцитовъ* 0%.

Таковъ вкратцѣ дневникъ больной, изъ котораго ясно обнаруживается цѣлебное въ этомъ случаѣ дѣйствіе х-лучей. Полное безсиліе больной съ совершенною потерей позыва на ѣду смѣнилось прекраснымъ самочувствіемъ. Больная, по ея выраженію, «забыла, что была больна». Селезенка, занимавшая 1/2 живота, сократилась до нормальныхъ размѣровъ. Температура, бывшая до лѣченія под-лихорадочною, упала къ нормѣ. Интересно отмѣтить, что въ теченіи болѣзни при примѣненіи х-лучей температура понижалась, временами доходя до нормальной, а въ періоды перерыва лѣченія вновь обнаруживала лихорадочные подъемы. Другіе припадки, какъ блѣдность кожи, кровоизліянія на днѣ глазъ, также совершенно исчезли. Особенно же рѣзко обнаружился положительный результатъ лѣченія на составъ крови. Для болѣе ясной сопоставлю данныя изслѣдованія крови въ слѣдующихъ таблицахъ.

Табл. 1 съ очевидностью показываетъ, какъ общій составъ крови постепенно улучшался. При этомъ обнаруживаются и всѣ тѣ особенности, которыя наблюдали предыдущіе авторы, а именно, что подъ вліяніемъ рентгенотерапіи число красныхъ кровяныхъ шариковъ увеличивается, достигая даже нормальныхъ цифръ.

\*) Послѣдующая литература мнѣ была заграницей недоступна.

Табл. 1.

Числа и мѣсяцы.	6/IV	19/IV	26/IV	5/V	14/V	17/V	26/V	12/VI	30/VI
Уд. в. . . . .	1039	1039	1039	1032	1034	1035	1037	1041	1045
Гемоглобинъ . . . . .	43%	35%	40%	45%	52%	55%	58%	65%	83%
Число красныхъ шариковъ . . . . .	1.997500	2.500000	2.000000	?	3.200000	3.150000	3.500000	4.100000	5.500000
Число бѣлыхъ шариковъ . . . . .	518000	300000	187000	40000	19000	11000	5500	5300	5000
Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ . . . . .	1:3	1:8	1:11	—	1:116	1:287	1:639	1:773	1:1100

(5.500000), и въ то же время число бѣлыхъ тѣлецъ падаетъ, заходя опять-таки въ границы даже гипоплейкоцитоза.

Въ описываемомъ мною случаѣ число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ упало съ 518000 до 5000, т. е. во 100 славшомъ разѣ. Обратимся теперь къ морфологическому составу крови.

Табл. 2.

Числа и мѣсяцы.	Многоядерные нейтрофилы въ %	Переходныя формы въ %	Эозинофилы въ %	Лимфоциты въ %	Миелоциты въ %
6/IV	27,7	24,4	4	6,8	37,1
27/IV	58,2	23,9	1,7	2,6	13,6
12/VI	74,5	9,6	1,9	13,2	0,9
30/VI	73,5	6,5	1,0	19,0	0

Изъ этой таблицы видно, что въ морфологическомъ отношеніи кровь стала совершенно нормальной. Число костномозговыхъ кѣтокъ (миелоцитовъ)—показателей болѣзненнаго, тлиичнаго для бѣлокровія состоянія крови—съ 37,1% упало до 0: при выпискѣ больной мнѣ не удалось найти въ окрашенныхъ препаратахъ крови ни одного миелоцита. Одновременно съ этимъ %-ное отношеніе многоядерныхъ нейтрофиловъ возросло съ 27,7 до 73,5. Обращаетъ на себя вниманіе чувствительность къ лучамъ Roentgen'a «незрѣлыхъ» формъ вообще, а также лимфоцитовъ: число послѣднихъ упало одно время (въ средній лѣченія) до 2,6%, и лишь чрезъ дов. продолжительный срокъ послѣ отѣмны рентгенотерапіи вернулось почти къ нормѣ (19%). Фактъ этотъ былъ подмѣченъ и другими наблюдателями.

И такъ, достаточно было 25 сеансовъ освѣщенія х-лучами въ теченіи 1½ мѣс., чтобы достигнуть столь рѣзкихъ результатовъ. Конечно, объ излѣченіи здѣсь пока не можетъ быть рѣчи, ибо срокъ наблюденія—очень небольшой. Могу, впрочемъ, добавить, что послѣднія свѣдѣнія я получилъ отъ больной въ концѣ іюля: она писала мнѣ изъ деревни, что чувствуетъ себя совершенно здоровой. Такимъ образомъ улучшение пока держится 3 мѣс. Мнѣ кажется, что и это—уже фактъ достаточно ободряющій, чтобы продолжать подобаго рода наблюденія. Необходимо лишь очень осторожно пользоваться х-лучами. Нельзя забывать, что при форсированномъ лѣченіи нерѣдко наблюдались неприятыя побочныя явленія—дерматиты, нефриты [Frankе<sup>5</sup>] и т. п. Послѣдніе авторы ставятъ въ зависимость отъ раздраженія почекъ лейкотоксинами (Helber и Linser<sup>18</sup>), образующимися въ крови при массовомъ распадѣ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Необходимо среди лѣченія дѣлать перерывы, чтобы дать возможность организму выдѣлить продукты распада бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Быть можетъ, неосторожно проведеннымъ лѣченіемъ и объясняется наблюдавшееся въ нѣкоторыхъ случаяхъ ухудшеніе состоянія больныхъ при примѣненіи х-лучей.

Литература. 1. Childs, Dunn, Pusey, Senn. Прив. къ Grawitz'u (см. 3).—2. De la Camp. Kritisches Referat über die bisherigen Erfahrungen der Behandlung der Leukämie. «Therapie der Gegenwart», 1905 г., стр. 119.—3. E. Grawitz. Klinische Pathologie des Blutes. 1906 г.—4. Meyer и Eisenreich. «Münchener med. Wochenschrift» 1905 г. № 4.—5. Franke. «Przegląd lekarski», 1905 г. сентябрь.—6. H. Heinke. «Münchener Wochenschrift», 1904 г., № 18.—7. Hers. «Wiener klin. Wochenschrift», 1905 г. № 8.—8. Ledingham и Kerron. По перед. въ «Münchener med. Wochenschrift», 1905 г., стр. 615.—9. K. Schlie-

и W. Hildebrandt. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 г., стр. 396.—10. Lommel. Тамъ-же. 1905 г., стр. 904.—11. Franke. «Wiener klin. Wochenschrift», 1905 г., № 33.—12. Bramwell. По перед. въ «Münchener med. Wochenschrift», 1905 г., стр. 2041.—13. Meiland. По передатъ тамъ-же, 1905 г., стр. 2041.—14. Rosenberger. «Centralblatt f. innere Medizin», 1905 г., № 40.—15. Hoffmann. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 г., № 33.—16. Fleisch. «Jahrbuch f. Kinderheilkunde», 1905 г., т. 62, тетр. III.—17. Wassmuth. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 г., № 43.—18. Helber и Linser. Тамъ-же, 1905 г., № 15.—

СЛ. XX. Изъ Ветлужской земской больницы, Костромской губ.

### Случай образования искусственного влагалища по способу проф. В. Θ. Снегирева.

П. Ф. Гусев.

Е. Г. Б., 23 л., крестьянка дер. Варварихи, Одоовско-Спиринской волости, Ветлужскаго уѣзда, Костромской губ., поступила въ Ветлужскую земскую больницу 24/IV 1906 г. съ просьбой помочь ей операцией въ ея болѣзни. Дѣвица, средняго роста, правильнаго сложенія, хорошаго питанія, съ хорошо развитымъ подкожно-жирнымъ слоемъ. Увеличеніе щитовидной железы. Со стороны органовъ грудной полости ничего ненормальнаго. Грудныя железы развиты хорошо. Волосы въ области лобка растутъ правильно, большія и малыя срамныя губы развиты удовлетворительно. Слабые слѣды развитія дѣвственной плевы; отверстія въ ней нѣтъ. На мѣстѣ влагалища—слѣбной мѣшокъ, вдавливаемый на одну фалангу указательнаго пальца. Отверстіе мочеиспускательнаго канала нормально. Промежность развиты удовлетворительно; заднепроходное отверстіе нормально. При изслѣдованіи чрезъ влагалище и прямую кишку матки и ея предѣловъ не прощупывалось; не замѣчается также какихъ-либо утолщеній или образований, которыя-бы напоминали ихъ, равно какъ не замѣтно и чувствительности на ихъ мѣстѣ. Мѣсячныхъ никогда не имѣла, періодическихъ кровотеченій изъ носа не было; временами бывали боли внизу живота.

Въ виду желанія и настойчивыхъ просьбъ больной, я рѣшилъ ее оперировать, при чемъ указалъ ей, чего можно достигнуть операцией и какія могутъ быть послѣдствія ея.

При выборѣ оперативнаго пособія я остановился на 2-хъ способахъ: способѣ проф. В. Θ. Снегирева<sup>1)</sup> и способѣ проф. И. И. Федорова<sup>2)</sup>, такъ какъ «при всѣхъ другихъ конечный результатъ въ смыслѣ сохраненія новообразовавшимся влагалищемъ первоначальной величины является неудовлетворительнымъ» (Эберлинъ). Сравнивая вышеупомянутыхъ 2 способа, я пришелъ къ тому выводу, что способъ проф. И. И. Федорова, безспорно, имѣетъ то преимущество, что при немъ сохраняется нормальное заднепроходное отверстіе; въ другихъ-же отношеніяхъ я не вижу никакихъ преимуществъ этого способа, такъ какъ онъ одинаково сложенъ и столько-же опасенъ для жизни и здоровья больныхъ, какъ и способъ проф. В. Θ. Снегирева. При этомъ послѣдній способъ въ отношеніи результатовъ, мнѣ кажется, вѣрнѣе достигаетъ цѣли. Поэтому у своей больной я рѣшилъ примѣнить способъ проф. В. Θ. Снегирева—«restitutio vaginae per transplantationem ani et recti».

Приготовленіе больной къ операциіи было обычное. За 2 дня до операциіи ей дали слабительное и дѣлались ванны. Наканунѣ операциіи волосы на половыхъ частяхъ были вымыты, больной сдѣлана была ванна, половыя части были вымыты, поставлено промывательное. Въ день операциіи въ 6 час. утра поставлено во 2-ой разъ промывательное; передъ операцией больная получила ванну. Прямая кишка промыта борнымъ растворомъ, операционное поле вымыто мыломъ Kocher'a, спиртомъ и растворомъ сулемы (1:1000).

Операция подъ хлороформомъ сдѣлана 13/IV. Черезъ разрѣзъ по лѣвому краю крестцовой и копчиковой костей удаленъ былъ копчикъ. Прямая кишка послѣ этого легко была отдѣлена отъ передней поверхности крестцовой кости. Безъ труда она была отсепарована съ боковъ отъ сосѣднихъ тканей; въ боковыхъ

Сперматозоидными ножницами от мочевого пузыря; сверху же отделить ее от мочевого пузыря, как и в случае проф. В. О. Снегирева, было трудно, и мочевой пузырь пришлось оставить на некотором пространстве отделившимся. Кровотечение при отделении кишки было небольшое. Отделенная от окружающих тканей часть кишки была вынута съ некоторымъ насильемъ въ рану, перевязана въ 2-хъ мѣстахъ лигатурами и между ними разбрана. Нижний отрезокъ въ верхней части былъ сшитъ и поставленъ на свое первоначальное мѣсто. Верхний же отрезокъ предварительно былъ повернутъ на 180° и вшитъ на мѣсто копчика. После этого разрезаны были по средней линіи кольцо первоначальнаго заднепроходнаго отверстия и промежутокъ до слѣзочнаго мѣшка зачаточнаго влагалища, и слизистая оболочка его сшита со слизистой оболочкой прямой кишки и задняго прохода. Во вновь образованное влагалище введенъ тампонъ изъ обезжированной марли. Для швовъ употреблялся шелкъ. После операции выпущена моча; примѣси крови въ ней не было.

Такимъ образомъ операция сдѣлана точно такъ, какъ она описана проф. В. О. Снегиревымъ, и только кишка, прежде чѣмъ пришить ее на мѣсто копчика, была повернута вокругъ продольной оси на 180°, т. е. примѣненъ способъ *Gersuny*; это сдѣлано было съ тою цѣлью, чтобы имѣть больше благоприятныхъ условий для удержанія кала. «Исследования *Wolfler*'а показали, что наступленіе позывовъ и связанная съ этимъ способность задержанія кала происходятъ не вслѣдствіе раздраженія жома, а должно быть разсматриваемо, какъ очень сложный рефлексъ, находящійся въ зависимости отъ раздраженія слизистой оболочки прямой кишки на всемъ ея протяженіи каловыми массами, вступающими въ кишку и вызывающими уже вторично отраженными путемъ сокращеніе всѣхъ 3-хъ жомовъ, центръ которыхъ заложенъ въ поясничной части спинного мозга. По расслабленіи же жомовъ, временно задерживающихъ каловыя массы въ нижнемъ отдѣлѣ прямой кишки, наступаетъ опорожненіе трубки сокращеніемъ остальныхъ мышцъ» [В. В. Тринклеръ<sup>3)</sup>]. У моей больной дѣйствіе оставшагося цѣлымъ 3-го жома поддерживалось волокнами мышцы, поднимающей задній проходъ, и получившимися, благодаря примѣненному способу *Gersuny*, складками слизистой оболочки и суженіемъ просвета прямой кишки. Какъ показало дальнѣйшее наблюденіе, этого было вполне достаточно, чтобы вновь образованное заднепроходное отверстие работало совершенно правильно.

Въ первые 4 дня послѣ операции больной давали простую опійную настойку, по 10 капель, 2 раза въ день. Температура на 3-й день послѣ операции повысилась и оставалась повышенной до 8/4, но выше 38,8 она не была; начиная же съ 9/4, она была нормальна.

14/iv. Ночью больная очень беспокоилась, кричала, вскакивала съ постели, жаловалась на боли въ животѣ, въ поясницѣ и въ ногахъ. После этого изъ вновь образованнаго влагалища появилось небольшое кровотеченіе. При перевязкѣ изъ влагалища удаленъ тампонъ, пропитанный кровью, и выдѣлились 2 небольшихъ сгустка крови. Моча выпущена катетромъ. 36,7—37,6.

15/iv. Перевязка. Тампонъ удаленъ, кровотеченія нѣтъ. Моча выпущена катетромъ. 37,5—37,5.

16/iv. Перевязка. Кровянистое отдѣляемое изъ влагалища въ небольшомъ количествѣ. 37,8—38,3.

17/iv. Перевязка. Кровянистое отдѣляемое изъ влагалища въ небольшомъ количествѣ съ запахомъ. Сдѣлано промываніе физиологическимъ растворомъ поваренной соли. 37,7—38,8.

18/iv. Перевязка. 38,0—38,6.

19/iv. Дано 30,0 клещевинаго масла. Прослабило 2 раза. 38,0—38,8.

20/iv. Перевязка. Сняты швы. Около вновь образованнаго заднепроходнаго отверстия, спереди и сзади его, швы на некоторомъ протяженіи разошлись; въ остальныхъ мѣстахъ раны—первое натяженіе. 38,2—38,6. Складки слизистой оболочки прямой кишки въ области заднепроходнаго отверстия выражены хорошо.

21/iv—28/v. Рана гранулируетъ. Сзади и спереди образованнаго заднепроходнаго отверстия вставляется турунда. Влагалище въ хорошемъ состояніи. Черезъ день давали слабительное; позывы на низъ больная слышала не всегда и иногда испражнялась на постели; температура въ предѣлахъ 37,6—38,6. Перевязка ежедневно.

22/iv. Позволено вставать. 37,8—38,5.

23/v. Испражнялась безъ слабительнаго; позывъ слышала. 37,1—38,1.

3/v—10/v. Рана гранулируетъ. Твердый калъ удерживаетъ. Температура въ предѣлахъ 36,9—38,3.

11/v. Появился поносъ,—испражнялась 6 разъ въ сутки, жидко; испражненія желтоватаго цвѣта; примѣси крови въ нихъ нѣтъ.

12/v—13/v. Поносъ продолжается. Слизистая оболочка прямой кишки слегка выпятилась.

14/v. Поносъ прекратился.

15/v—20/v. Выпаденіе слизистой оболочки прямой кишки нѣ-

сколько больше. Позывы на низъ больная слышитъ и калъ удерживаетъ хорошо. Рана гранулируетъ; турунда не вставляется. Перевязка ежедневная.

26/v. Рана совершенно зажила. Больная оставлена безъ повязки.

27/v—5/vi. Чувствуетъ себя хорошо. Выпаденіе задняго прохода незначительное и не беспокоитъ больную.

10/v. Выписана. При исследованіи найдено, что по наружному виду половыя части мало чѣмъ отличаются отъ нормальныхъ. Длина влагалища 9 см. Болей и какихъ-либо расстройствъ со стороны мочевого пузыря и прямой кишки не замѣчается. Исследование чрезъ влагалище безболѣзненно. Выпаденіе задняго прохода; складки слизистой оболочки прямой кишки выражены ясно.

Такимъ образомъ результатъ операціи получился хороший, и способъ проф. В. О. Снегирева и на основаніи этого случая нельзя не признать целесообразнымъ. Влагалище по своей величинѣ, формѣ и виду подходило къ нормальному. Новообразованный жомъ прямой кишки началъ правильно работать дов. скоро, ранѣе, чѣмъ въ случаѣ проф. В. О. Снегирева, что я приписываю примѣненному мной у больной при укрѣпленіи прямой кишки способу *Gersuny*. Твердые испражненія больная начала удерживать черезъ 2 1/2 недѣли послѣ операціи; на 2-мъ мѣсяцѣ она могла удерживать и жидкія испражненія. Выпаденіе слизистой оболочки прямой кишки получилось подъ влияніемъ бывшаго у больной поноса, а, быть можетъ, отчасти и вслѣдствіе того, что рана заживала вторымъ натяженіемъ; выпаденіе это, однако, такое незначительное, что мало беспокоитъ больную; если-бы въ послѣдствіи оно и увеличилось и появились какія-либо нежелательныя его послѣдствія, то устранить его по способу *Thiersch*'а не представило трудности. Въ аналогичныхъ случаяхъ при образованіи задняго прохода послѣ утѣченія прямой кишки по поводу злокачественныхъ новообразованій чаще случается, что «кишка, пришитая подъ сильнымъ напряженіемъ или подвергшаяся краевому омертвѣнію, оттянется отъ кожи и возникнетъ рубцовое суженіе, а въ другихъ «болѣе рѣдкихъ случаяхъ послѣ заживленія наступало скорое расширеніе задняго прохода, такъ что появлялось выпаденіе слизистой оболочки прямой кишки, которое *Brahmann* съ большимъ успѣхомъ устранялъ по способу *Thiersch*'а съ проволокой»<sup>4)</sup>. Со стороны мочевыхъ органовъ, кромѣ задержанія мочи первые 2 дня послѣ операціи, ничего ненормальнаго у моей больной не наблюдалось. На боли въ поясницѣ и внизу живота она жаловалась только первое время послѣ операціи, потомъ же чувствовала себя прекрасно; при ходьбѣ болей не чувствовала; за время пребыванія въ больницѣ увеличилась въ вѣсѣ.

Источники. 1. Проф. В. О. Снегиревъ. Случай *restitutio vaginae per transplantationem ani et recti*. «Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней», 1904 г., апрѣль.—2. Проф. И. И. Федоровъ. Новый способъ операціи искусственнаго влагалища. «Русскій Врачъ», 1905 г., № 36.—3. В. В. Тринклеръ. Къ технике вышущенія прямой кишки при раковыхъ пораженіяхъ. «Русскій Хирургическій Архивъ», 1906 г., кн. I, стр. 55.—4. «Руководство практической хирургіи» *Bergmann*'а, *Bruns*'а и *Mikulicz*'а, т. III, ч. 2, стр. 129.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

### Лѣтнія впечатлѣнія.

1.

6 ая врачебно-научная поѣздка (*Aerztliche Studienreise*).

Впечатлѣнія, вынесенныя мною изъ 6-ой врачебно-научной поѣздки, могутъ, мнѣ кажется, заинтересовать товарищей уже въ силу хотя-бы того, что нашимъ медицинскимъ кругамъ, если судить по литературѣ и по слабому участию русскихъ врачей въ этой поѣздкѣ, дѣло это почти совсѣмъ неизвѣстно, несмотря на несомнѣнно важное значеніе его въ педагогическомъ и общественномъ смыслѣ.

Прежде всего—нѣсколько словъ о происхожденіи и назначеніи этихъ поѣздокъ.

Небывалый подъемъ медицинскихъ наукъ во 2-ой половинѣ истекшаго столѣтія и быстрый ростъ медицин-

ской литературы почти исключили всякую возможность, даже и у наиболее прилежного врача-практика, усвоить себе все новейшие данные науки, хотя бы по некоторым специальностям. Особенно тяжелым являлось в этом смысле положение провинциальных врачей, лишенных в утешную глуши возможности обмениваться мыслями и знакомиться с опытом других товарищей по профессии. Не только отсутствие материальных средств и научных пособий, но и недостаток времени, цѣликомъ уходящего на удовлетворение запроса по практической дѣятельности, сводили такую чистую клиническую работу у постели больного. В концѣ концов это не могло не отразиться в нежелательномъ смыслѣ на уровнѣ общемедицинскаго образования ихъ.

Опасность эта была вскорѣ признана западными товарищами, а въ свободныхъ странахъ, съ широкими частнымъ и общественнымъ починомъ, сознать ненормальность даннаго явления значить и пробудить мысль общества и мобилизовать силы его для устранения этого явления.

Какъ извѣстно, въ Германіи въ 80-хъ годахъ прошлаго вѣка образовалось Общество, задавшееся цѣлью содѣйствовать дальнѣйшему усовершенствованію врачей-практиковъ и, по примѣру французскихъ врачей, остановившемуся на врачебныхъ поѣздкахъ, какъ на одномъ изъ средствъ, содѣйствующихъ разрѣшенію общей задачи его. Изъ этого Общества выделился особый Комитетъ, въ составѣ проф. v. *Leyden*'a (Berlin), *Ott*'a (Prag), *Strümpel*'a (Breslau) и *Kuttner*'a (Berlin)—последній, представитель прусскаго центрального Комитета для врачебнаго усовершенствованія, и занялся организаціей врачебно-научныхъ поѣздокъ.

Въ нашей, 6-ой по счету, поѣздкѣ изъ поименованныхъ лицъ дѣятельное участіе принялъ проф. *Ott*, въ качествѣ предсѣдателя ея. Слѣдуетъ отдать ему полную справедливость—сложную и ответственную задачу свою онъ выполнилъ съ мастерствомъ, присущимъ исключительно лишь одареннымъ людямъ. Физическая и умственная свѣжесть его, вѣчно ровное и веселое расположение духа, замѣчательный тактъ въ сношеніяхъ съ многочисленными (130) участниками поѣздки и еще болѣе многочисленными и разнообразными элементами (начиная съ владѣтельными особъ, представителями администраціи разныхъ ранговъ и кончая обыкновенными смертными), приходившими, такъ или иначе, ежедневно въ столкновение съ поѣздкою, стояли въ такомъ, казалось бы, рѣзкомъ противорѣчій съ преклоннымъ возрастомъ этого, по истинѣ, джентельмена отъ головы до пятъ, что не разъ просто не вѣрилось, чтобы такую работоспособность можно было сохранить послѣ столь продолжительной ученой и практической дѣятельности, какая выпадала на его долю. Достоинными помощниками ему явились: главный секретарь Комитета д-ръ *Oliven* и дѣлопроизводитель д-ръ *Bassenge* (Berlin). Организационному таланту и громадному труду этихъ товарищей участники поѣздки обязаны полною удачею ея и тѣмъ незабвеннымъ часамъ, которые они пережили въ теченіи 2-недѣльнаго своего странствованія. И, что слѣдуетъ отмѣтить, постороннему наблюдателю и въ голову не приходило, сколько упорнаго труда, сколько предварительныхъ работъ пришлось выполнить имъ для того, чтобы все шло такъ гладко, какъ это было въ дѣйствительности: казалось, все дѣлается какъ то само-собою. Думаю поэтому, что небезинтересно будетъ познакомить читателя съ организаціей поѣздки.

Въ поѣздкѣ участвовали 130 врачей, преимущественно нѣмецкихъ, но были и иностранцы, въ томъ числѣ 3-е русскихъ. Сборнымъ пунктомъ былъ избранъ Heidelberg. Началась поѣздка 2-го сентября по новому стилю. Цѣль ея—ознакомленіе съ главными курортами Schwarzwald'a, 19 курортовъ котораго мы посѣтили въ теченіи 14 дней. (Это—единственная ошибка организаторовъ. Предлагая слишкомъ много за короткій срокъ, они упустили изъ вида, что въ такомъ случаѣ приходится дѣлать многое насильствѣ, что не можетъ не вызывать утомленія. Повторяю, это—единственный упрекъ, который можно сдѣлать организаціи).

Каждый участникъ получилъ отличительный значекъ

въ видѣ металлической брошки, съ изображеніемъ *Гилло-крата* и соотвѣтствующей надписью, и металлическую булавку съ №, подѣ которыми онъ внесенъ въ печатный списокъ участниковъ поѣздки. Кромѣ списка по №№, было еще 2 списка—по алфавитному порядку фамилій и по таковому же порядку городовъ постоянного мѣстожителства участниковъ, что облегчало скорое ознакомленіе участниковъ между собою: стоило лишь замѣтить № заинтересовавшаго чѣмъ-бы то ни было участника и отыскать въ спискахъ относящихся къ нему свѣдѣнія. Эти списки, вмѣстѣ съ подробнымъ росписаніемъ занятій на каждый день, были переплетены въ отдѣльную книжку—программу поѣздки. Кромѣ этой книжки, каждому участнику была выдана чековая книжка, на 39 отрывныхъ страницахъ которой значилось: на какой предметъ выданъ данный чекъ (обѣдъ, квартира, экипажъ и т. д.), городъ, въ которомъ долженъ быть отданъ чекъ и № участника. Во избѣжаніе недоразумѣній, цвѣтъ чековъ былъ различный, смотря по назначенію ихъ, напр., экипажный—желтый, квартирный—голубой и т. д. Въ квартирныхъ чекахъ обозначена была не только гостинница, но и № комнаты, на дверяхъ которой, до пріѣзда участника, прикрѣпляли его №. Уѣзжая, участники, брали съ собой лишь ручной багажъ. Чемоданы, на которыхъ опять-таки были № участниковъ, оставлялись въ комнатахъ и, по пріѣздѣ на новый ночлегъ, оказывались уже въ комнатахъ, отведенной участнику.

Такая организація исключала всякую возможность какихъ бы то ни было недоразумѣній или сюрпризовъ. Благодаря ей, все шло, что называется, безъ сучка и задоринки, съ чисто нѣмецкой аккуратностью и точностью—до минуты. Не только специальный ж.-дорожный поѣздъ нашъ отправлялся и приходилъ въ заранѣе назначенное время, не только экипажи (на нихъ сдѣлано болѣе 150 километровъ) никогда не запаздывали, но даже и пѣшеходныя экскурсіи ни разу не нарушили порядка распisanія.

Конечно, не мало способствовали этому и аккуратность самихъ участниковъ, ихъ—если угодно это выраженіе—дисциплина. Всякое предложеніе Комитета, а ихъ было не мало, выполнялось точно, безъ разсужденій. Если отправленіе назначено было, скажемъ, въ 7 час. 15 мин., то къ этому времени въ «нѣтъхъ» никого не оказывалось и т. д.

Не могу не отмѣтить отношенія мѣстнаго населенія къ нашей поѣздкѣ: это было—не путешествіе, а какое-то триумфальное шествіе. Все слои народонаселенія, Würtemberg'скій король и Baden'ская великогерцогская чета, принимавшая насъ въ Mainau, административныя и городскія власти, жители городовъ и селеній—о мѣстныхъ врачахъ и говорить нечего,—все считали долгомъ выразить намъ свое вниманіе. Города и села разпѣвались флагами, зеленью и цвѣтами. Иллюминаціи, фейерверки, театральныя представленія, концерты; словомъ, все было пущено въ ходъ для радужнаго приѣма. Слышались голоса, что все это не безъ задняго умысла—заблудить врачей, въ рукахъ которыхъ судьба курорта. Не знаю, можетъ быть, въ этомъ и кроется доля правды, но только доля и при томъ в. небольшая. Нельзя, вѣдь, забывать, что мы главнымъ образомъ посѣщали курорты, пользующіеся давно установившеюся репутаціей и въ рекламѣ не нуждающіеся, при чемъ именно эти-то курорты, какъ наиболѣе богатые, и могли оказать намъ лучшій приѣмъ. Отношеніе ихъ къ поѣздкѣ поэтому нельзя объяснять низменными меркантильными соображеніями. Нѣтъ; въ этомъ отношеніи сказалась высокая культура народа, дань уваженія его къ наукѣ и ея представителямъ.

Еще одна характерная черта, сильно поразившая меня. Комитетъ нашъ, не ограничиваясь привлеченіемъ мѣстныхъ медицинскихъ силъ къ удовлетворенію научной стороны поѣздки, нашелъ нужнымъ привлечь къ этому представителей разныхъ медицинскихъ кафедръ, специальностей которыхъ наиболѣе подходила къ преобладающему роду болѣзней, употребляемыхъ на данномъ курортѣ. Какъ отнеслись они къ этому приглашенію, лучше всего будетъ видно изъ слѣдующихъ примѣровъ; беру ихъ на выдержку.



проф. *Strassman*, напр., пріѣхалъ изъ Berlin'a въ Konstanz для того, чтобы, прочитавъ намъ лекцію, въ тотъ-же день вернуться домой, такъ какъ время не позволило ему даже поѣхать съ нами въ Baden-Baden, представляющій тамъ много интереснаго; *Strassburg'skij* клиницистъ проф. *v. Krehl* пріѣхалъ въ Baden-Baden и т. д., и т. д. И такъ, заваленные работой профессора жертвуютъ временемъ, не спать 2-хъ ночей, какъ проф. *Strassman*, тратятся на дорогу (онъ, напр., привезъ не болѣе не менѣе какъ 2 центнера препаратовъ, а вѣдь выбрать ихъ и приспособить въ дорогу тоже стоитъ немалого труда) только для того, чтобы прочесть лекцію и уѣхать! Какъ хотите, а, по нашимъ, напр., условіямъ, это—подвигъ и подвигъ, достойный подражанія.

Я, конечно, далека отъ всякихъ сравненій и сопоставленій. Скажу больше, считаюсь съ нашими порядками, слѣдуетъ признать не только отдѣльные эпизоды поѣздки, но и всю поѣздку прямо немислимою. Тѣмъ не менѣе, думается мнѣ, что кое-что, если и не въ столь грандіозныхъ размѣрахъ, можно-бы устроить и у насъ. Силы найдутся. Возьмите хоть силы нашего Института чч.-преподавателей; развѣ онѣ эксплоатируются въ должномъ размѣрѣ для преподавательскихъ цѣлей? Я убѣжденъ, что циклъ чтеній приватъ-доцентовъ на томъ или другомъ курортѣ привлекъ-бы достаточный контингентъ слушателей. Вотъ и зародышъ поѣздокъ. Вѣдь, лиха бѣда—начало, а тамъ и пошло-бы.

Переходя къ послѣдовательному описанію самой поѣздки, заранѣе прошу читателя не смотрѣть на него, какъ на отчетъ о поѣздкѣ. Во 1-хъ, на это потребовалось-бы слишкомъ много мѣста, а, во 2-хъ, я недостаточно компетентенъ во многихъ отрасляхъ медицины для того, чтобы представить отчетъ во всемъ видѣнномъ и слышанномъ на основаніи лишь однихъ краткихъ замѣтокъ, которыми мнѣ приходилось ограничиваться во время поѣздки. Когда получу печатные труды поѣздки, тогда, можетъ быть, подѣлюсь кое-чѣмъ съ читателемъ и по этой части; пока-же дѣлюсь впечатлѣніями.

Исходнымъ пунктомъ поѣздки, какъ я уже упомянулъ, служилъ *Heidelberg*. Распространяться о самомъ городѣ и живописныхъ его окрестностяхъ считаю лишнимъ, ибо повторять старое и лучше меня сдѣланное—неохота. Къ сожалѣнію, мнѣ придется быть столь-же краткимъ и въ описаніи научной стороны, общавшей быть весьма интересною. Предстояли 2 чтенія: проф. *Vierordt'a*—«О значеніи и примѣненіи физическихъ способствъ лѣченія во врачебной практикѣ» и проф. *Fleiner'a*—«О показаніяхъ къ выбору питьевыхъ минеральныхъ водъ съ лечебной цѣлью», чтенія, какъ то показываютъ заглавія, составившія какъ бы введеніе къ дальнѣйшимъ студіямъ поѣздки. Собрались мы въ аудиторію проф. *Erb'a*; оба лектора были налицо. Минуть за 10 до открытія засѣданія проф. *Vierordt* вышелъ къ себѣ въ кабинетъ просмотрѣть нѣкоторыя мѣста своей рукописи. Засѣданіе началось; вдругъ въ аудиторію входитъ проф. *Fleiner* съ извѣстіемъ о скоростижной смерти *Vierordt'a*! Вскрытіе, говорятъ, обнаружило хроническій миокардитъ. Само собой понятно, что засѣданіе было прервано, и мы разбрелись осматривать клинику. Прекрасное впечатлѣніе произвела акушерская и гинекологическая клиника и уходъ за новорожденными. Институтъ для изслѣдованія рака еще не былъ открытъ; несмотря на это, осмотръ его не оставилъ никакого сомнѣнія въ цѣлесообразности постройки и оборудованія его. Прекрасная операционная невольно внушаетъ убѣжденіе, что чисто хирургическій способъ лѣченія, какъ былъ, такъ и остается единственнымъ способомъ лѣченія рака, до тѣхъ поръ, по крайней мѣрѣ, пока обширныя и многочисленныя лабораторіи Института не откроютъ новой эры въ этомъ вопросѣ. Институтъ, безъ всякаго сомнѣнія, привлечетъ значительное число больныхъ, со свѣжими формами этого тяжкаго недуга; небезосновательно, слѣд., надежда и на лучшіе результаты хирургическаго вмѣшательства.

Когда мы возвращались изъ клиники, вѣсть о смерти *Vierordt'a* облетѣла уже весь городъ. Повсюду шли толки

Сказалось опять-таки крѣпкая нравственная связь народа съ Университетомъ и съ представителями его.

Этимъ я въ сущности могъ бы ограничиться о *Heidelberg'ѣ*, если бы одно обстоятельство не заставило меня упомянуть о нечерѣ, проведенномъ нами по приглашенію города въ *Stadthall'ѣ*. Въ глубинѣ *Schwarzwald'a* русская газета является пріятнымъ сюрпризомъ для окущающаго безъ нея путешественника. Не помню, гдѣ именно, кажется—въ *St Blasien'ѣ*, мнѣ попался № «Новаго Времени», въ которомъ г. Богдановичъ съ чихъ-то словъ, говоритъ о высылкѣ изъ *Heidelberg'a* какихъ-то агитаторовъ, появившихся между русскими студентами тамошняго Университета. Положительно увѣрю, что г. Богдановичъ—жертва злостной мистификаціи. Непосредственнымъ сосѣдомъ моимъ за столомъ былъ «*Oberregierungs Rath*»—высшее административное лицо округа. Онъ не находилъ словъ для похвалы—съ своей, полицейской, точки зрѣнія—русскихъ студентовъ. «За все время службы моей», говорилъ онъ, «не было случая жалобы или обвиненія русскаго студента въ какомъ-нибудь даже ничтожномъ проступкѣ, и въ актахъ нашихъ нѣтъ ни одной записи о нихъ. У нихъ имѣется усердно посѣщаемая имъ читальня. Что они тамъ читаютъ или про что говорятъ, этого я не знаю, да до этого намъ и дѣла нѣтъ; но ведутъ они себя безукоризненно». Передаю его слова, на память, но, если не за точность словъ, то мысли ручаюсь. Заявленіе начальника полиціи стоитъ въ рѣзкомъ противорѣчіи съ легендою г. Богдановича.

Приведу кстаті отзывъ другого собесѣдника моего о нашихъ студентахъ—проф. *Fleiner'a*. Трудолюбіе ихъ и успѣхи, по его словамъ, прямо поразительны. Къ сожалѣнію, Университетъ въ *Heidelberg'ѣ*, невеликъ, и учебныя средства его разсчитаны на небольшое число учащихся. Громадный, по мѣстнымъ условіямъ, наплывъ иностранныхъ (преимущественно русскихъ) студентовъ начинается невыгодно отражаться на ходѣ занятій нѣмецкой молодежи. На замѣчаніе о космополитизмѣ науки проф. *Fleiner* возражалъ, что онъ съ этимъ вполне согласенъ и принципиально не споритъ. Но Университетъ содержитъ на нѣмецкія средства и прежде всего долженъ считаться съ интересами нѣмецкихъ плательщиковъ податей.

Вопросъ этотъ, какъ извѣстно, назрѣлъ уже не въ одномъ лишь *Heidelberg'ѣ*, да и не въ одной лишь Германіи и не только волнуетъ общественное мнѣніе, но вызвалъ даже нѣкоторую страстность въ обсужденіи его. Не безполезно по этому при обсужденіи его принять во вниманіе точку зрѣнія почтеннаго профессора, исключаящую всякое толкованіе съ узко націоналистическою, шовинистическою подкладкою \*).

*Schömberg* съ его 3-мя санаторіями для легочныхъ больныхъ мы достигли часа черезъ 1½, ѣзды отъ ж.-дорожной станціи *Höfen*. Удобное, хорошо содержимое шоссе (это—общее свойство всѣхъ *Schwarzwald'skix* дорогъ, съ которыми не могутъ сравниться дороги сѣверо-германскія) все почти время идетъ старымъ хвойнымъ лѣсомъ, столѣтніе гиганты котораго приковываютъ вниманіе путешественника. Лѣсъ этотъ даетъ нѣкоторое представленіе о знаменитыхъ лѣсахъ, покрывающихъ весь *Schwarzwald*, но не даетъ даже приблизительнаго понятія о *Schwarzwald'sкомъ* пейзажѣ. Не хватаетъ свойственныхъ ему луговъ, изумрудная зелень которыхъ даетъ такой волшебный

\* Въ «Рѣчи» (12 октября) я прочиталъ слѣдующую замѣтку, подтверждающую сказанное мною: «По сообщеніямъ Berlin'sкихъ газетъ, отказъ въ пріемѣ русскихъ подданныхъ въ прусскіе университеты не носитъ никакого политическаго характера, такъ какъ и теперь принимаются лишь политически благонадежныя лица. Новая правила для пріема, которая вырабатываются министромъ народнаго просвѣщенія по соглашенію съ имперскимъ канцлеромъ, устанавливаютъ болѣе строгія требованія. Въ Berlin'ѣ будутъ приниматься только абитуриенты классическихъ гимназій; лица же, окончившія реальныя и коммерческія училища впредь приниматься не будутъ. Огъ женщинъ, русскихъ подданныхъ будетъ требоваться, кромѣ свидѣтельства объ окончаніи женской гимназіи, свидѣтельство о выдержаніи экзамена по латыни въ 8 классовъ мужскихъ гимназій или объ окончаніи Высшихъ Женскихъ Курсовъ въ Петербургѣ. Помимо всего этого, отъ слушателей и слушательницъ будетъ требоваться свидѣтельство объ обладаніи латинскимъ языкомъ».

контрастъ съ темнымъ фономъ чернолѣся. На высотѣ 650 м. лѣсъ разступается и окаймляетъ большое луговое пространство, на которомъ расположена дер. Schömburg. Въ ней, какъ я уже упомянулъ, имѣются 3 санаторія для легочныхъ больныхъ: Sanatorium, Süddeutsche Heilanstalt и Neue Heilanstalt. Первые 2 расположены въ самой деревнѣ и предназначены, главнымъ образомъ, для менѣе состоятельныхъ больныхъ; Süddeutsche Heilanstalt, напр., главнымъ образомъ—для членовъ больничныхъ кассъ (Krankenkasse), хотя принимаетъ и платныхъ больныхъ. Главный недостатокъ этихъ—весьма, впрочемъ, удовлетворительныхъ—санаторій заключается въ томъ, что онѣ расположены въ самой деревнѣ, что сопряжено съ неустраняемымъ загрязненіемъ воздуха и недостаточнымъ просторомъ для больныхъ. Этихъ неудобствъ нѣтъ въ Neue Heilanstalt, расположенной мин. въ 10 отъ деревни, непосредственно у самого лѣса, въ опушкѣ котораго устроены мѣста для лежанія больныхъ (Liegehallen) въ теплое время года. Эта санаторія предназначена для болѣе состоятельныхъ больныхъ: полное содержаніе обходится здѣсь въ 7½—11½ мар. въ день, что исключительно зависитъ отъ величины комнаты и т. д., такъ какъ цѣна собственного содержанія (пансіона) одна и таже—6½ мар. въ день.

О гигиенической обстановкѣ санаторій говорить не стоитъ: какъ и во всѣхъ курортахъ Schwarzwald'a, геологическое устройство почвы (гранитъ, порфиръ) исключаетъ возможность образованія пыли, а конфигурація ея—заставляетъ атмосферныхъ осадковъ и образованіе грязи. Благодаря обилію воды въ окружающихъ горахъ, повсюду имѣется безукоризненная вкусная питьевая вода, проведенная самотекомъ. Неканализованныхъ курортовъ, само собою понятно, не существуетъ.

Въ описываемыхъ санаторіяхъ чистота комнатъ и легкая обеззараживаемость ихъ достигается тѣмъ, что полы покрыты линолеумомъ, стѣны же—водоупорными обоями, изъ которыхъ особенно практиченъ сортъ «Salubrium», къ сожалѣнію, по дороговизнѣ своей очень рѣдко встрѣчающійся въ скромныхъ здравницахъ Schömburg'a.

Преобладаютъ здѣсь, конечно, физическіе способы лѣченія по *Brehmer-Dettweiler*'у. Остановлюсь на отношеніяхъ мѣстныхъ врачей къ лѣченію туберкулиномъ, составлявшихъ тему сообщеній ихъ.

Д-ру *Schröder*'у, сообщавшему о «*вліяніи туберкулина и сродственныхъ ему препаратовъ на бугорчатку*», туберкулинъ, какъ лѣчебное средство, не далъ опредѣленныхъ результатовъ. Во всякомъ случаѣ, по его мнѣнію, неблагодарно доводить дѣло до общей реакціи. Ученіе объ электрическихъ свойствахъ туберкулина несостоятельно. Примѣненіе туберкулина у животныхъ съ экспериментально вызванной бугорчаткой (предъявлено много макро-и микроскопическихъ препаратовъ) не дало утѣшительныхъ результатовъ.

Не столь пессимистичны выводы д-ра *Koch*'а, по сообщенію котораго—«*Терапевтические вопросы при лѣченіи бугорчатки (преимущественно лѣченіе туберкулиномъ)*» туберкулинъ показанъ въ случаяхъ, гдѣ продолжительное діететически-гигиеническое лѣченіе оказалось безуспѣшнымъ. Осторожное примѣненіе его (восходя постепенно до 0,003 pro dosi и продолжительное употребленіе этой дозы) никогда не вредитъ, хотя далеко не всегда и помогаетъ.

Въ рѣзкомъ противурѣчій съ *Koch*'омъ стоитъ д-ръ *Dünges*, говорившій «о раннемъ распознаваніи бугорчатки». По его наблюденіямъ, туберкулинъ, но только не имѣетъ никакого терапевтическаго значенія, но и далеко безопасенъ. Единственно рационаленъ—физическій способъ лѣченія. Главное, что обеспечиваетъ благоприятный результатъ, это—раннее распознаваніе болѣзни, дающее возможность предотвратить переходъ скрытой бугорчатки въ открытую, при которой вѣроятность на излѣченіе гораздо меньше. Къ сожалѣнію, точныхъ, неоспоримыхъ признаковъ для ранняго распознаванія нѣтъ, а есть лишь общезвѣстный рядъ признаковъ, на основаніи которыхъ можно дѣлать лишь вѣроятное распознаваніе. Д-ръ *Dünges* особое значеніе придаетъ незначительнымъ, подлихорадочнымъ

колебаніямъ температуры, конечно, при наличности и другихъ признаковъ.

О важномъ значеніи здравницъ для личной и общественной профилактики будетъ сказано ниже при передачѣ доклада д-ра *Sander*'а.

*Wildbad*, пріютившійся въ живописномъ ущельѣ рѣки Enz, давно уже сдѣлался общезвѣстнымъ, какъ представитель т. наз. индифферентныхъ термовъ. Природныя даянія—благопріятный климатъ, роскошная растительность, обиліе минеральной воды (болѣе 1.000.000 литровъ въ сутки) съ температурою въ 33°—36° Ц.—цѣлесообразно использованы курортной администраціей, превратившей незначительный поселокъ въ комфортабельный, в. охотно посѣщаемый курортъ.

Помимо климатическаго, главный лѣчебный двигатель *Wildbad*'а—ванны. Дов. распространено, впрочемъ, питье одного изъ источниковъ—*Königsbrunnen*, главнымъ образомъ при катаррахъ дыхательныхъ путей и при болѣзняхъ почекъ.

Въ разгарѣ сезона жизнь здѣсь дов. дорога, въ маѣ-же и сентябрѣ гораздо дешевле. Впрочемъ, благодаря обилію гостиницъ и частныхъ виллъ, въ *Wildbad*'ѣ можно устроиться относительно дешево, хотя въ общемъ, говоря, это—относительно дорогой курортъ. Указывать на него можно не только ради специальныхъ показаній (затяжной ревматизмъ, подагра, нейрастения и т. д.), но и какъ на идеальное убѣжище для выздоравливающихъ и вообще для людей, нуждающихся въ отдыхѣ.

Проф. *Strauss* (Berlin) говорилъ «о діетѣ при питьѣ минеральныхъ водъ вообще». Въ краткомъ, но исчерпывающемъ предметъ сообщеніи, лекторъ опровергъ распространенное не только въ публикѣ, но и между врачами суевѣріе о какой-то специальной діетѣ, соответствующей тому или другому минеральному источнику. Диета зависитъ лишь отъ показаній болѣзни и особенностей каждаго даннаго случая. Засимъ, набросавъ въ общихъ, конечно, чертахъ главныя основы діеты больного, онъ указалъ, что врачъ долженъ пользоваться короткимъ временемъ питья больнымъ водъ, чтобы приучить его къ соблюденію соответствующей болѣзни его діетѣ и послѣ того, когда онъ перестанетъ пить воды. Задача эта облегчается тѣмъ обстоятельствомъ, что больные, во время курса лѣченія водами, весьма послушны.

Д-ръ *Weizsaecker*—«О лѣчебныхъ средствахъ *Wildbad*'а». Передать вкратцѣ этотъ обширный докладъ невозможно. Кое что я заимствовалъ изъ него при общемъ описаніи этого курорта. Упомяну еще о разрабатываемомъ бальнеологами совершенно новомъ вопросѣ—о радиоскопическихъ свойствахъ минеральныхъ водъ. Свойства эти обнаруживаются и *Wildbad*'скими источниками. Въ какой связи стоятъ онѣ съ заключающимися въ этой водѣ слѣдами гелія и аргона,—покажетъ будущее. Точно также трудно сказать, оказываетъ-ли это свойство какое-либо вліяніе на лѣчебную силу водъ и какое именно? Но оно во всякомъ случаѣ доказываетъ неосновательность дов. распространеннаго въ недавнемъ прошломъ мнѣнія о возможности замѣны натуральной минеральной воды искусственною; послѣдняя радиоактивныхъ свойствъ не имѣетъ.

Переходъ отъ элегантнаго и оживленнаго *Wildbad*'а къ скромному, идиллическому *Teinach*'у дов. рѣзокъ. Горная долина одноименной рѣчки со всѣхъ сторонъ защищена горами, покрытыми хвойнымъ лѣсомъ. Воздухъ чистъ, бальзамиченъ. 4 минеральныхъ источника представляютъ цѣлую скалу отъ чисто углекислаго (*Hirschquelle*) къ холоднымъ натроннымъ (*Bachquelle*) и желѣзистымъ (*Tintenquelle*) источникамъ. Въ кургаузѣ 300 мѣстъ и столько-же дадутъ частныя гостиницы и дома. Ванны и прочія приспособленія не такъ, конечно, комфортабельны, какъ въ болѣе излюбленныхъ курортахъ, но вполне цѣлесообразны. Разнообразный составъ и легкая усваиваемость минеральной воды при дешевизнѣ жизни (въ кургаузѣ полный пансіонъ съ комнатою стоитъ 5½ мар. въ гостиницѣ zum Hirsch 4 мар. 80 пф. въ сутки) вполне оправдываетъ популярность *Teinach*'а въ Германіи. У насъ, кажется, курортъ этотъ совсѣмъ неизвѣстенъ. Обра-

паю на него вниманіе товарищей. Не только малолетние, но и болѣе состоятельные любители природы, ищущіе тишины больные скажутъ врачу большое спасибо за указаніе на этотъ курортъ.

Проф. *Romberg* (Tübingen) какъ бы нарочно избралъ *Teinach* для своего сообщенія: «о климатическомъ и гидропатическомъ леченіи нерastenіи». Если смотрѣть на нерastenію, согласно *Goldscheider*'у, какъ на истощеніе нервной системы, то при леченіи ея слѣдуетъ чередовать возбужденіе ея съ успокоеніемъ. Сообразуясь съ показаніемъ даннаго случая, нужно пользоваться или морскимъ климатомъ, его раздражающимъ свойствомъ, въ большинствѣ случаевъ вреднымъ для нерastenника, или возбуждающимъ дѣйствіемъ высокихъ горныхъ мѣстностей, или, наконецъ, успокаивающимъ—не столь высокихъ горныхъ долинъ. Существенно важна постепенность въ переходѣ съ низменностей въ горы и обратно и т. д. Лекторъ далѣе намѣтилъ основы леченія нерastenіи минеральными, солнечными и воздушными (хорошо успокаиваютъ и устраняютъ бессонницу) и электрическими ваннами.

Далѣе слѣдовалъ цѣлый рядъ климатическихъ чисто, или имѣющихъ и минеральные источники курортовъ въ окрестностяхъ *Freudenstadt*'а, представителя под-Альпійской мѣстности (740 м. надъ уровнемъ моря). Окруженная могучими лѣсами, тянущимися на протяженіи многихъ десятковъ верстъ, вся мѣстность усѣяна многочисленными кургазами и элегантными вилами, привлекающими многочисленныхъ посѣтителей не изъ одной лишь Германіи. Постоянно мѣняющіеся виды на вершину *Kniebis*'а, *Hohenzollern* и видѣющіяся далеко на Югѣ Швейцарскіе Альпы—очаровательны. Пѣшкомъ прошли мы черезъ *Waldlust* и *Waldeck* въ *Rippoldsau*, расположенный на живописномъ Юго-Восточномъ склонѣ *Kniebis*'а, на высотѣ въ 570 м. Монументальныя зданія курорта съ многочисленными комфортабельными помѣщеніями сообщаются крытыми галлереями съ новымъ *Brunnenhaus*'омъ, въ партерѣ котораго находятся 2 источника (*Joseph*-и *Wenzelquelle*), а въ нѣкоторомъ отдаленіи 3-й (*Leopoldsquelle*); эти источники служатъ для питья, а 4-й—*Badquelle*—для приготовленія ваннъ.

Питьевые источники разнятся между собою главнымъ образомъ содержаніемъ *Glauber*'овой соли,—наиболѣе богаты ею (12.136/10.000 гр.) *Josephquelle* и закисью желѣза (до 1229/10000 гр.) *Wenzelquelle*. Оборудованъ курортъ болѣе чѣмъ хорошо. Платеніе отъ 7 до 10 мар. въ день; комнаты 3—16 мар. Относительная дороговизна курорта вполне оправдывается комфортабельностью его; это доказывается стойкимъ ростомъ числа посѣтителей его, изъ коихъ  $\frac{1}{3}$ —иностранцы.

М. Штейнбергъ.

(Окончаніе слѣдуетъ.)

## Изъ Berlin'a.

### Открытіе больницы имени R. Virchow'a.

Въ началѣ октября (н. ст.) Berlin обогатился больничнымъ учрежденіемъ, представляющимъ какъ по своимъ размѣрамъ, такъ и по устройству и своеобразному внѣшнему виду, безспорно единственнымъ въ своемъ родѣ. Новая больница носитъ имя великаго ученаго *Virchow*'а и, несомнѣнно, должна быть причислена къ достопримѣчательностямъ Германской столицы. Она строилась въ теченіи 7 лѣтъ, обшлась городскому Управленію въ 19000000 мар. и занимаетъ площадь въ 25 гектаровъ, на которыхъ расположено 57 зданій съ 3400 отдѣльными помѣщеніями. Больница рассчитана на 2000 кроватей; кромѣ того, при ней имѣются квартиры для 560 чел. низшаго медицинскаго персонала и для большого числа врачей, такъ что все населеніе новаго больничнаго городка составитъ около 3000 чел. Больница имени *Virchow*'а расположена на сѣверо-западной окраинѣ Berlin'а возлѣ *Koch*'овскаго Института; мѣсто это 7 лѣтъ назадъ, представлявшее пустынную песчаную равнину, въ настоящее время превратилось въ краси-

ведливости, можно считать образцомъ современнаго крупнаго госпитальнаго учрежденія. Талантливый Berlin'скій архитекторъ *Hoffmann* сумѣлъ придать больницѣ въ общемъ такой привѣтливый и вмѣстѣ съ тѣмъ изящный и красивый видъ, что при взглядѣ на рядъ красиво расположенныхъ зданій не знающему и въ голову не придетъ, что онъ видитъ передъ собою больничныя зданія: никакой монотонности, никакого слѣда казарменнаго характера нельзя открыть въ этихъ невысокихъ, болѣею частью одноэтажныхъ, домикахъ съ высокими черепичными крышами, утопающихъ въ массѣ зелени; зелень окружаетъ веранды, тянущіяся вдоль всѣхъ больничныхъ павильоновъ; зелень въ видѣ дикаго винограда вьется по стѣнамъ; горшки съ зеленью расположены на окнахъ; между зданіями широкія аллеи, окаймленныя зеленымъ дерномъ съ многочисленными цвѣточными клумбами; помимо всего этого—большой, уже красиво разросшійся паркъ. Насколько архитекторъ высоко цѣнилъ значеніе зелени и садовыхъ украшеній при постройкѣ больницы, видно изъ того, что аллеи и паркъ были раскинуты еще до того, какъ началась постройка зданій. Архитекторъ, по видимому, поставилъ себѣ цѣлью произвести внѣшнимъ видомъ больницы благотворное, успокаивающее нервы дѣйствіе, и нужно признать, вполне достигъ того, чего хотѣлъ. Посѣтителя здѣсь охватываетъ такое же мирное настроеніе, какое приходилось, вѣроятно, испытывать каждому въ маленькомъ провинціальномъ городкѣ, утопающемъ въ зелени, съ привѣтливо выглядывающими изъ нея небольшими домиками. Но, не смотря на провинциальную простоту внѣшности, въ этихъ одноэтажныхъ зданіяхъ пріютилось все, что составляетъ послѣднее слово науки въ дѣлѣ изслѣдованія и леченія больныхъ и предупрежденія болѣзней.

Не смотря на то, что новая больница расположена въ городѣ, она все-же представляетъ изъ себя вполне самостоятельную и независимую единицу: имѣетъ собственный водопроводъ, свою канализацію, собственную станцію для электрическаго освѣщенія и электрической энергіи, свою телефонную сѣть, всѣ учрежденія, необходимыя для приготовленія сѣстныхъ припасовъ, какъ, напр., колбасную, хлѣбопекарню, мясную и т. п. Отопляютъ зданія нагрѣтой водой такимъ образомъ, что перегрѣтый паръ въ 200° Ц. изъ главнаго машиннаго зданія направляется въ змѣевки, расположенныя въ бассейнѣ съ водой на чердакѣ каждаго зданія; вода въ бассейнѣ нагрѣвается и затѣмъ направляется по трубамъ, расположеннымъ въ стѣнахъ комнаты; сгущенный-же и охлажденный паръ снова поступаетъ въ главное машинное зданіе; потеря пара при этомъ равна всего 4%. Провѣтриваются зданія по 3-мъ способамъ. Большая часть комнатъ получаетъ воздухъ изъ парка, откуда онъ накачивается машинами, при чемъ по пути проходитъ черезъ фильтры изъ простой ваты, а передъ входомъ въ комнату увлажняется (увлажненіе можетъ быть регулировано). Всѣ трубы для воды, пара, равно какъ проводники для электрической энергіи и телефона расположены въ подземныхъ ходахъ, густой сѣтью расположенныхъ подъ поверхностью земли.

Послѣ этихъ предварительныхъ замѣчаній сдѣлаемъ бѣглый осмотръ больницы. Какъ велики размѣры этого учрежденія, можно судить еще и потому, что я осматривалъ его въ 2 пріема и каждый разъ такой «бѣглый» осмотръ продолжался 2½ часа.

Черезъ главные ворота входимъ въ 4 угольный обширный передній дворъ, образованный 3-мя 3-этажными и однимъ 1-этажнымъ зданіемъ. Это, такъ сказать, преддверіе больницы. Въ правомъ 3-этажномъ корпусѣ помѣщаются квартиры для врачей, въ лѣвомъ — помѣщенія для сестеръ милосердія; средній корпусъ вмѣщаетъ большой залъ, служащій для официальныхъ пріемовъ, засѣданій, собраній, лекцій и т. п.; тутъ-же отдѣльныя комнаты для тяжелыхъ гинекологическихъ больныхъ и родильницъ. Въ послѣднемъ 1-этажномъ зданіи помѣщаются контро-ра и комнаты для пріема больныхъ. Черезъ ворота въ среднемъ корпусѣ проходимъ въ главную аллею, которая тянется на  $\frac{1}{2}$  версты и украшена по срединѣ красивымъ, высоко бьющимъ фонтаномъ. По обѣимъ

павильоновъ, образующихъ главную массу зданій больницы; павильоны длинной своей осью расположены перпендикулярно къ длинѣ аллеи, такъ что между ними тоже образуются дов. широкіе бульвары. Эта главная аллея по срединѣ пересѣкается другой поперечной; пересѣченіемъ этимъ обозначаются границы внутреннего отдѣленія отъ хирургическаго, при чемъ въ обоихъ отдѣленіяхъ мужскіе павильоны размѣщены по одной, а женскіе по другой сторонѣ главной аллеи. Помимо этихъ 2-хъ главныхъ группъ павильоновъ, имѣются еще рядъ другихъ, отъ нихъ обособленныхъ и стоящихъ въ сторонѣ. Такъ, рядъ павильоновъ заразнаго отдѣленія расположенъ отдѣльно; въ него ведетъ отдѣльный входъ и изъ него имѣется отдѣльный же выходъ на улицу, граничащую съ Косч'овскимъ Институтомъ. Отдѣльно размѣстились также павильоны, предназначенные для кожныхъ и венерическихъ больныхъ. Въ сторонѣ и дов. далеко отъ больничныхъ павильоновъ расположены зданія машиннаго отдѣленія, кухни и прачечной, и шумъ ихъ вполнѣ не беспокоитъ больныхъ. Такъ какъ большинство павильоновъ устроены по одному и тому-же типу, то намъ достаточно будетъ осмотрѣть одинъ изъ нихъ.

Уже при наружномъ осмотрѣ такого павильона я былъ смущенъ его недостаточной высотой; я пытался было объяснить себѣ это оптическимъ обманомъ: при значительной длинѣ павильона его высота кажется-де меньше дѣйствительной; но и внутри залы для больныхъ показались мнѣ слишкомъ низкими, и, не смотря на то, что меня увѣрили, что при постройкѣ все было рассчитано вѣрно и на каждый больного приходится должный объемъ воздуха, я все-же не могъ отдѣлаться отъ впечатлѣнія, что тутъ архитекторъ принесъ въ жертву гигиеническія требованія требованіямъ художественнаго стиля.

Каждый павильонъ вмѣщаетъ 50 кроватей и состоитъ изъ средней 2-этажной части и 2-хъ боковыхъ 1-этажныхъ флигелей. Въ средней части помѣщаются: наверху квартиры врача и сестеръ милосердія, внизу—всѣ приспособленія, необходимыя для ухода за больными. Каждый изъ флигелей содержитъ по большому залу въ 24 кровати и нѣсколько отдѣльныхъ комнатъ. Обстановка палатъ простая и гигиеничная; полы изъ каменныхъ плитъ; стѣны совершенно гладкія, безъ всякихъ украшеній, выступовъ и углубленій, окна расположены съ 2-хъ сторонъ, такъ что свѣта получается очень много; въ хорошую погоду всѣ кровати могутъ быть перевезены на веранду, расположенную на одномъ уровнѣ съ палатами, и больные могутъ лежать на свѣжемъ воздухѣ. Хирургическіе баракы соединены крытыми ходами съ павильонами, въ которыхъ помѣщаются операционныя; послѣднія поражаютъ необычайнымъ количествомъ свѣта, падающимъ и сверху, и сбоковъ. Каждую изъ операционныхъ можно узнать уже снаружи по выступу въ видѣ фонаря изъ матоваго стекла, занимающему всю стѣну. Полъ, стѣны и потолокъ операционныхъ сдѣланы изъ бѣлыхъ, гладкихъ изразцовъ; кромѣ операционнаго стола и нѣсколькихъ легко обездвиживаемыхъ табуретовъ, никакой мебели въ нихъ не имѣется. Вообще вся обстановка и тутъ проста и цѣлесообразна.

Изъ операционнаго павильона переходимъ въ поперечную аллею, гдѣ помѣщаются вспомогательныя лечебныя учрежденія: водолѣчебница, Röntgen'овскій и Finzen'овскій институты, институтъ для механотерапіи. Въ водолѣчебницѣ, помимо всѣхъ приспособленій для водолѣченія, имѣется все необходимое для песочныхъ, грязевыхъ и солевыхъ ваннъ, особая комната для вдыханій лѣкарственныхъ паровъ (ингаляторій). Цѣлый рядъ ваннъ комматъ назначенъ исключительно для пользованія медицинскаго персонала. Поразительно богато обставленъ Zander'овскій залъ для механотерапіи; большой залъ весь уставленъ снарядами, представляющими собой все, что можно имѣть въ настоящее время лучшаго въ этой области терапіи. Свѣтолѣчебный Институтъ еще не вполнѣ былъ готовъ во время моего осмотра, но и онъ вполнѣ снабженъ всѣмъ необходимымъ для леченія и изслѣдованія х-лучами, имѣетъ большой Finzen'овскій приборъ, свѣтотыны и 4-кѣлочныя ванны и т. п. Расположеніе всѣхъ этихъ учреждений на поперечной аллѣ очень удоб-

но, ибо это—центральное мѣсто всего больничнаго городка.

Главная продольная аллея упирается въ зданіе патологическаго института, въ которомъ, помимо анатомическаго театра, помѣщаются еще бактериологическая, химическая и экспериментально-биологическая лабораторія. И эта часть больницы еще не готова. Къ институту непосредственно примыкаетъ небольшая часовая. Рядомъ съ патологическимъ институтомъ расположенъ небольшой отдѣльный павильонъ для буйныхъ больныхъ. Въ этой-же мѣстности расположена прекрасно оборудованная—обеззараживающая камера. Далѣе я осматривалъ большое машинное зданіе съ его массой паровыхъ котловъ, электромоторовъ, водоочистительныхъ машинъ и пр. Въ числѣ интересныхъ машинъ, здѣсь поставленныхъ, я видѣлъ машину для приготовленія льда, который на моихъ глазахъ изготовлялся въ видѣ длинныхъ 4-гранныхъ глыбъ. Охлаждающая машина, помимо приготовленія льда, имѣетъ еще задачей охлажденіе покойницкой, особенно лѣтомъ: помѣщенія для труповъ въ подвальномъ этажѣ патологическаго института устроены такъ, что по нимъ ходитъ охлажденный воздухъ.

Интересно было видѣть также всю процедуру стирки бѣлья исключительно при помощи машинъ въ прачешной. Бѣлье проходитъ здѣсь сначала черезъ машины для полосканія, затѣмъ поступаетъ во вращающіеся барабаны, гдѣ подвергается дѣйствию пара, далѣе—въ центрифуги для сушки, затѣмъ—въ машины для глаженія или катки. Поражаетъ своими размѣрами и устройствомъ кухонное зданіе.

Здѣсь все рассчитано такъ, чтобы можно было готовить одновременно для 3000 чел. съ наименьшею меньшей затратой времени и при наименьшемъ количествѣ человеческихъ рукъ. Поэтому, гдѣ только возможно, ручная работа замѣнена машинной. Машины чистятъ картофель, машины рубятъ мясо, рѣжутъ хлѣбъ и крошатъ овощи. Каждое блюдо готовится въ отдѣльной большой комнатѣ въ цѣломъ рядѣ котловъ, нагреваемыхъ паромъ или въ особыхъ камерахъ.

Послѣ осмотра зданій я направился въ паркъ. За 7 лѣтъ онъ успѣлъ уже дов. хорошо разрастись и представляетъ много уютныхъ уголковъ съ красивыми видами.

Въ заключеніе нѣсколько словъ объ управленіи и врачехъ больницы. Управляетъ больницей дирекція изъ проф. Goldscheider'a, Hermes'a и Ohlmüller'a, при чемъ хозяйственной частью завѣдуетъ Hermes. Затѣмъ, во главѣ крупныхъ отдѣленій больницы стоятъ 2 старшихъ врача; кромѣ того, каждое изъ вспомогательныхъ лечебныхъ учреждений имѣетъ своего завѣдующаго. Патологическимъ институтомъ завѣдуетъ проф. v. Hansemann. Вообще для замѣненія всѣхъ должностей старшихъ врачей Берлинскій магистратъ имѣлъ возможность сдѣлать хорошій выборъ, ибо охотниковъ явилось очень много; неудивительно по этому, что образцовая по своему устройству больница будетъ располагать цѣлымъ рядомъ выдающихся врачей, которые сумѣютъ достойнымъ образомъ использовать богатый матеріалъ ея. Невольно возникаетъ при этомъ вопросъ, будутъ-ли использованы этотъ находящійся при такихъ исключительно благоприятныхъ условіяхъ клиническій матеріалъ для цѣлей преподаванія и усовершенствованія врачей? Пока ни о какихъ Курсахъ или другомъ какомъ-либо видѣ пользованія матеріаломъ Virchow'ской больницы для педагогическихъ цѣлей ничего слышно не было, и на первое время огромнымъ матеріаломъ и богатствомъ приспособленій воспользуются, кромѣ состоящихъ тамъ врачей, только практиканты, отбывающіе практическій годъ. Впрочемъ матеріаломъ городскихъ больницъ въ Берлинѣ и вообще почти не пользуются для учебныхъ цѣлей. Объясняется это тѣмъ, что, съ одной стороны, для цѣлей преподаванія студентамъ хватаетъ матеріала Charité и университетскихъ клиникъ; съ другой, городское Управленіе въ прежнее время не охотно допускало пользованіе больными городскихъ больницъ для Курсовъ. Теперь оно стало въ этомъ отношеніи снисходительнѣе; но число Курсовъ въ городскихъ больницахъ отъ этого не увеличилось. Отчасти объясняется это тѣмъ, что директорами больницъ состоятъ болѣею частью профессора, слишкомъ за-



нятые частной практикой и поэтому не интересующиеся Курсами и преподавательской деятельностью.

Остается добавить еще, что пока больница *Virchow's* работает далеко еще не въ полной мѣрѣ, ибо многое въ ней еще не готово. Работу въ полной мѣрѣ можно будетъ начать лишь весной.

А. Коварскій.

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Патологическая химія.** 612. Р. I. Дробинскій про- вѣрялъ чувствительность предложеннаго еще въ 1874 г. проф. W. Haines'омъ реактива для открытія виноград- ной сахара въ мочѣ. Составъ реактива слѣдующій: сѣрно- кислой окиси мѣди 2,0, перегнанной воды и глицерина по 15,0, 5%-го раствора ѣдкаго кали 150,0. Правильно при- готовленный реактивъ—темно-синяго цвѣта, совершенно прозрачный, безъ осадка и можетъ сохраняться долгое вре- мя. Для реакціи нужно ничтожное количество мочи. Въ пробирку наливаютъ 10—15 капель мочи и прибавляютъ къ ней столько реактива, чтобы цвѣтъ смѣси былъ такимъ- же лазурно синимъ, какъ чистый реактивъ.—3—4—5 к. стм. Смѣсь кипятятъ, и при сколько-нибудь значительныхъ количествахъ сахара (отъ 1% и выше) восстановление мѣди наступаетъ еще до кипѣнія. При содержаніи десятыхъ %, сахара восстановление получается только при кипѣніи или спустя  $\frac{1}{2}$ —1—2 мин. послѣ него. Бѣлокъ и желчные пигменты не вліяютъ на ходъ реакціи. Моча, богатая воз- становляющими веществами, даетъ темно-зеленую муть, а иногда цвѣтъ смѣси остается неизмѣненнымъ. Моча хло- роформированныхъ давала часто оливково зеленую муть. Морфій, санталовое масло, сложный порошокъ лакрицы мѣшаютъ восстановленію мѣди. Приемъ скипидара въ большомъ количествѣ даетъ слабое восстановление. На основаніи своихъ опытовъ D. полагаетъ, что реактивъ Haines'a нужно поставить на одно изъ первыхъ мѣстъ сре- ди другихъ реактивовъ на сахаръ (Медицинское Обозрѣ- ніе, № 16).

И. Вирскій.

**Бактеріологія.** 613. Д-ръ A. Beer сообщаетъ въ «Deut- sche medicinische Wochenschrift» (26 іюля) о своихъ на- блюденіяхъ надъ блѣдною спирохетою—*spirochaeta palli- da*—въ живомъ ея состояніи. Для наблюденій этого рода авт. нашелъ болѣе удобнымъ, согласно указаніямъ проф. Hoffmann'a, пользоваться не висячей каплей въ полость предметномъ стеклѣ, а препаратами на обыкновенныхъ предметныхъ стеклахъ, какъ при изслѣдованіи свѣжей крови, прикрывая каплю помѣщенного сюда изслѣдуемаго матеріала покровнымъ стекломъ и обводя края послѣдняго сначала тонкою полоскою вазелина (при помощи кисточки), а затѣмъ восковой свѣчкой. Наблюденія выгоды произ- водить въ темной комнатѣ при искусственномъ освѣщеніи (авт. пользовался Апер'овскимъ свѣтомъ), вмѣсто діафрагмъ примѣняя опусканіе Abbé'евского прибора; изъ системъ подходит Zeiss'овскій апохроматъ 2 мм. (1.3 апертура), при компенсационныхъ окулярахъ 6, 8 и 12. Матеріалъ для наблюденій добывался изъ твердыхъ шанкровъ, мок- нушихъ папулъ и небольшихъ бубонныхъ. При указанныхъ условіяхъ, у блѣдной спирохеты можно видѣть, какъ ука- зали уже Hoffmann и Schaudinn, двоякаго рода движенія: вращательныя вокругъ продольной оси и сгибательныя всего тѣла, въ результатѣ коихъ является перемѣщеніе организма въ направленіи его длинника. У свободно пла- вающихъ спирохетъ оба рода движеній дов. неправильны, но какъ только спирохета примкнулась своей концевой витью къ какому-нибудь плотному образованію, напр., къ бровяному тѣлцу или вентиліальной клѣткѣ, можно на- блюдать болѣе сильное вращательное движеніе, какъ будто съ прониканіемъ спирохеты въ клѣтку въ видѣ штопора (хотя дѣйствительнаго прониканія этого рода B. ни разу не видѣлъ съ увѣренностью); свободный конецъ спирохеты производитъ при этомъ боковыя сгибательныя движенія. Такимъ образомъ большинство спирохетъ въ свѣжемъ пре- паратѣ очень скоро оказываются прилипшими къ

клѣточнымъ образованіямъ, на периферіи которыхъ преж- де всего и долженъ искать ихъ мало-опытный наблюда- тель. По истеченіи нѣсколькихъ дней, если часть клѣточ- ныхъ образованій исчезла, можно видѣть опять больше плавающихъ спирохетъ, такъ что получается впечатлѣніе, какъ будто онѣ размножились въ препаратѣ (однако на- стоящаго размноженія B. не могъ установить съ опредѣ- ленностью). Дѣленія живой спирохеты авторъ не видалъ. Искусственный свѣтъ и попутное дов. порядочное нагрѣ- ваніе препарата при длительныхъ наблюденіяхъ, повиди- мому, не вредятъ спирохетамъ. Отъ прибавки слабого рас- твора метиленовой синьки наблюдалось одинъ разъ пре- крашеніе движеній и застываніе спирохетъ въ видѣ спи- ралей (пробочникъ). Въ бульонѣ спирохеты быстро пере- рослись цѣпекками, которые проросли весь препа- ратъ. Въ водяночной жидкости, какъ и въ физиологиче- скомъ растворѣ поваренной соли, подвижность сохранялась у автора около 3-хъ недѣль, при температурѣ лабораторіи (20°—27° Ц.).

C. Gr—въ.

**Гигіена.** 614. Bischoff сообщаетъ результаты своихъ изслѣдованій надъ предохранительными прививками про- тивъ тифа по способу Brieger'a. Прививочный мате- ріалъ былъ приготовленъ такимъ образомъ, что живыя агаровыя разводки взбалтывались въ продолженіе нѣсколь- кихъ часовъ въ физиологическомъ растворѣ и затѣмъ фильтровались; при этомъ въ растворъ переходили веще- ства, которыя, согласно даннымъ Bassenge'a и Mayer'a (учениковъ Brieger'a), могутъ вызвать у людей при впрыс- киваніи невосприимчивость. Такія вытяжки изъ бактерій при подкожномъ введеніи человѣку вызывали болѣе сла- бую общую и мѣстную реакцію, чѣмъ убитыя нагрѣваніемъ тифозныя бактеріи по способу Pfeiffer'a и Kolle, и поэтому могли быть впрыснуты въ большихъ количе- ствахъ; такъ, напр., за 1 разъ можно было впрыснуть че- ловѣку профильтрованное содержимое цѣлой агаровой раз- водки (въ 2 к. стм.). Bischoff сдѣлалъ прививки 24-мъ нѣ- мецкимъ унтеръ-офицерамъ, отправлявшимся въ Южную Африку, изъ нихъ 14—по Pfeiffer'у и Kolle, и 14—по Brieger'у; кромѣ того, по послѣднему способу были сдѣла- ны прививки еще 8 частнымъ лицамъ. Послѣдующія на- блюденія за привитыми показали то преимущество спосо- ба Brieger'a, что онъ почти не вызывалъ мѣстной реакціи и сопровождался менѣе значительной общей реакціей, чѣмъ у привитыхъ по Pfeiffer'у и Kolle. Хотя черезъ 4 часа послѣ впрыскиванія температура у нѣкоторыхъ бы- ла выше 39°, но на слѣдующій-же день общее удовлетво- рительное состояніе восстанавливалось. Изслѣдованіе крови у привитыхъ по способу Brieger'a показало, что ея бакте- ріеубивающая сила была въ разведеніи 1 : 200 и 1 : 500, т. е. приблизительно одинаковая съ результатами приви- вокъ по Pfeiffer'у и Kolle. Но такая сила сыворотки была дов. кратковременная, и мѣс. черезъ 3 послѣ прививки она чрезвычайно сильно падала (Zeitschrift für Hygiene, т. 54, тетр. 2).

B. Kleinъ.

615. Д-ръ Ustvedt сообщилъ результаты своихъ изслѣ- дованій о дифтерійныхъ палочкахъ въ зѣвъ здоровыхъ дѣ- тей. Изслѣдованія эти были произведены во время эпи- деміи 1903 г. въ школахъ Christiani'a и обнимали 4277 случаевъ, при чемъ у 190 дѣтей (т. е. у 4,5%) оказались въ зѣвѣ дифтерійныя палочки, и лишь 10 изъ этихъ «но- сителей дифтеріи» обнаружили воспалительныя явленія въ зѣвѣ, остальные-же дѣти оставались совершенно здоро- выми. Одинъ изъ случаевъ, описанныхъ авторомъ, ясно показывать, что дифтерійныя палочки, которыя нѣкото- рое время живутъ въ зѣвѣ, не причиняя болѣзни, могутъ затѣмъ вызвать заболѣваніе дифтеріей. Такъ, у одной дѣ- вочки были найдены дифтерійныя палочки въ зѣвѣ; нѣ- сколько дней послѣ этого она оставалась здоровой, но за- тѣмъ заболѣла дифтеріей и заразила еще 4-хъ дѣтей. Разводка дифтерійной палочки, выдѣленная у этой дѣвоч- ки до ея болѣзни, оказалась безвредной для морскихъ свинокъ, между тѣмъ какъ разводка, выдѣленная у нея же во время заболѣванія дифтеріей, вызвала при впрыс- киваніи морской свинкѣ смерть въ 2 дня. Авт. указы- ваетъ, что во время эпидемій дифтеріи сильно увеличи- вается и число здоровыхъ носителей дифтеріи.

никомъ распространения дифтерійныхъ палочекъ являются больные, такъ какъ число «носителей заразы» особенно велико среди соприкасающихся съ больными лицъ. Что касается борьбы съ распространениемъ дифтерии, то авт. стоитъ за обеззараживаніе, предохранительныя прививки и, кромѣ того, за обособленіе «здоровыхъ носителей дифтерии» до тѣхъ поръ, пока у нихъ не исчезнутъ изъ зѣва дифтерійныя палочки (*Zeitschrift für Hygiene*, т. 54, тетр. 2).

Б. Клейнъ.

**Хирургическія болѣзни.** 616. Д-ръ *Anton Sticker* (изъ хирургической клиники проф. *Bergman'a* въ *Berlin'e*) рассматриваетъ вопросъ о произвольныхъ и послѣоперационныхъ пересадкахъ злокачественныхъ опухолей. Къ произвольнымъ опухолямъ, происшедшимъ путемъ пересадки, онъ относитъ: соприкасающіяся или контактные опухоли; напр., раки обѣихъ губъ, влагалища и маточной шейки, обѣихъ срамныхъ губъ; далѣе множественныя раки кожи и слизистыхъ оболочекъ; напр., ракъ тыла руки и уха, ракъ языка и желудка и т. п.; къ послѣоперационнымъ—тѣ, которыя развиваются сейчасъ-же вслѣдъ за удаленіемъ рака; напр., множественный ракъ брюшины, появляющійся вслѣдъ за вылушеніемъ рака яичника или желудка; раки, развивающіеся изъ рубцовъ, напр., послѣ вырѣзыванія опухоли груди. Всѣ произвольныя и послѣоперационныя опухоли являются результатомъ выдревнѣя небольшой группы раковыхъ клѣтокъ въ здоровой ткани. Экспериментальное изученіе этого вопроса привело автора къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1. Если въ какой-либо органъ ввести извѣстное число клѣтокъ опухоли, то эта прививка ведетъ къ образованію единичнаго узла, который растетъ только обычнымъ путемъ, но не даетъ переносовъ ни въ ближайшія лимфатическія железы, ни въ отдаленныя органы. Если прививку произвести одновременно въ 2-хъ или нѣсколькихъ мѣстахъ, то появляется 2 или нѣсколько узелковъ, способныхъ къ дальнѣйшему росту. 2. Если-же попытаться произвести прививку опухоли послѣ того, какъ уже развился привитой раньше узелъ, то всѣ попытки останутся безуспѣшными. Иначе говоря, одновременная прививка многихъ опухолей возможна, разновременная-же не удастся (? *Ред.*) 3. Если привитую опухоль вылушить, то послѣдующія прививки удадутся. 4. Если удалить только часть опухоли, при чемъ остающаяся часть будетъ продолжать расти, то послѣдующія прививки останутся безуспѣшными. Нѣкоторыя изъ этихъ данныхъ опыта совпадаютъ съ клиническими наблюденіями, показывающими, что злокачественная опухоль, дѣйствительно, долго остается единичной и только въ позднѣйшей стадіи болѣзни образуются дочернія опухоли путемъ переносовъ. Фактъ этотъ авт. объясняетъ слѣдующимъ образомъ: при наличности злокачественной опухоли нужно представить себѣ организмъ раздѣленнымъ на 2 пояса; въ одномъ изъ нихъ расположена опухоль, вырабатывающая т. наз. агг्रेसины, т. е. вещества ядовитыя, способствующія дальнѣйшему развитію опухоли; другой поясъ содержитъ противотѣла, препятствующія размноженію клѣтокъ опухоли; пока въ организмѣ существуютъ оба эти пояса и 2-ой захватываетъ большую часть тѣла, развитіе новыхъ опухолей путемъ переноса или прививки невозможно; какъ только опухоль изсѣкается, исчезаетъ причина, обуславливающая образованіе противотѣла, и они удаляются изъ организма; этимъ объясняется успѣшность послѣдующихъ прививокъ; съ другой стороны, способность образованія противотѣла вслѣдствіе истощенія организма можетъ исчезнуть, и тогда сразу образуется одновременно множество переносовъ. На основаніи этихъ экспериментальныхъ данныхъ и клиническихъ наблюденій авт. приходитъ къ заключенію, что на практикѣ необходимо придерживаться правилъ, выработанныхъ еще въ 1893 г. *Winter'омъ* и заключающихся въ слѣдующемъ: 1) избѣгать, по возможности, тренія и сжатія раковой опухоли до операціи; 2) во время операціи обходиться съ опухолью очень бережно; 3) изъязвленныя раковыя опухоли прижигать; 4) если раковыя клѣтки приходили въ соприкосновеніе съ раной, то послѣднюю слѣдуетъ считать зараженной и, если возможно, по временамъ ее тампонировать и во всякомъ случаѣ старательно вычистить. Соблюденіе этихъ правилъ имѣетъ гораздо больше

значенія при коренныхъ операціяхъ, чѣмъ при частичныхъ изсѣченіяхъ опухолей, такъ какъ при полномъ удаленіи опухоли прививки оказываются успѣшными, въ то время какъ при остающейся части опухоли онѣ не удадутся. Этимъ легко объясняется, почему, напр., при коренной операціи удаленія рака матки оставленныя въ брюшной полости раковыя клѣтки обуславливаютъ множественный ракъ брюшины, въ то время какъ при не коренной операціи, когда въ брюшной полости остается нѣсколько пораженныхъ железъ, тѣ-же разсѣянныя во время операціи по поверхности брюшины раковыя клѣтки образованія новыхъ опухолей не вызываютъ (*Münchener medicinische Wochenschrift*, № 39).

А. Коварскій.

617. Д-ръ *Colmers* говоритъ о мѣшеччатыхъ опухоляхъ желточнаго протока (*ductus omphalomesentericus*). Заболѣваніе это встрѣчается рѣдко. Въ литературѣ описано всего 38 случаевъ его. Въ 4-хъ случаяхъ опухоли лежали у брюшной стѣнки, въ 19—на подвздошной кишкѣ (соотвѣтственно мѣсту прикрѣпленія *Meckel'ieva* дивертикула) въ 3-хъ случаяхъ—на тощей, въ 7 вблизи *Bauhin'евой* заслонки, въ 5—у самой у ней. Выводы изъ патолого-анатомическихъ изслѣдованій: мѣшеччатая опухоль въ пупочной области, въ брызжейкѣ, одиночныя мѣшеччатая опухоль, лежащая подбрюшинно или подмышечно въ тощей и подвздошной кишкахъ, происходятъ изъ желточнаго протока. Въ стѣнкѣ опухоли можетъ произойти соединительно-тканное перерожденіе или даже отложеніе известковыхъ солей. Кромѣ нормальной слизистой оболочки, въ этихъ опухоляхъ встрѣчается простой или слоистый цилиндрическій эпителий, простой или сложный кубическій эпителий, мерцательный эпителий. Клинически эти новообразованія важны, ибо онѣ могутъ вызывать очень серьезныя осложненія, главнымъ образомъ явленія кишечной непроходимости и воспаленія брюшины. Изъ 39 (считая и больного автора) больныхъ у 17 опухолей была находкой на вскрытіи. У 22-хъ больныхъ были показанія къ операціи. 8 погибли безъ операціи (при явленіяхъ кишечной непроходимости). Изъ 14 оперированныхъ выздоровѣли 10. У 3-хъ изъ нихъ была прилегавшая къ брюшной стѣнкѣ опухоль (всѣ выздоровѣли), у 11—кишечно-брызжечная опухоль (4 умерли). Случай автора:

Женщина—46 л. Больна нѣсколько мѣсяцевъ. При всякомъ движеніи сильныя боли въ животѣ. Брюшные покровы напряжены. Вокругъ пупка неясное уплотненіе. Подъ хлороформомъ вправо отъ пупка опредѣлена очень подвижная плотная опухоль, съ куриное яйцо. При чревостѣженіи въ области пупка наведена на брюшинномъ покровѣ сидѣвшая на широкомъ основаніи, выбливавшая опухоль, одѣтая тоже брюшиной. Отъ опухоли къ пупку шель короткій тяжъ. Вылушеніе. Остальные органы оказались нормальны. Гладкое выздоровленіе. Микроскопически: внутренняя поверхность опухоли выстлана слизистой оболочкой, содержавшей *Lieberkühn'овы* железы (*Archiv für klinische Chirurgie*, т. LXXIX).

Б. Финкельштейнъ.

**Глазныя болѣзни.** 618. Д-ра *Rochon-Duvigneaud* и *Oufroy* наблюдали единственный въ своемъ родѣ случай двусторонняго пучеглазія отъ бугорчатковаго уплотненія глазныхъ мышцъ.

62-лѣтній старѣйшій поступилъ въ больницу *Hôtel-Dieu* съ легкимъ отекомъ соединительной оболочки обѣихъ глазныхъ яблокъ и вздутіемъ основанія вѣкъ, безъ признаковъ воспаленія. По словамъ больного, припухлость вѣкъ держалась уже 5 мѣс., то увеличиваясь, то уменьшаясь, особенно-же рѣзко выступала по утрамъ. Черезъ нѣсколько дней къ означеннымъ явленіямъ присоединилось легкое выпячиваніе обѣихъ глазъ прямо впередъ съ ограниченіемъ подвижности. Пучеглазіе стало увеличиваться, сопровождалось жестокими болями; роговицы, недостаточно прикрытыя вѣками, начали изъязвляться; пришлось зашить глазныя щели, послѣ чего изъязвленіе приостановилось и пучеглазіе перестало увеличиваться. Нѣкоторое время спустя глазныя щели были освобождены по серединѣ, и тогда оказалось, что въ лѣвомъ глазу, на которомъ болѣзненныя явленія со времени были выражены рѣзче, чѣмъ на правомъ, развилась атрофія зрительнаго нерва; понизилось зрѣніе и на правомъ глазу, вслѣдствіе бѣльмо, оставшагося отъ язвы. Помимо страданія глазъ, у больного имѣлся еще порокъ сердца (недостаточность двусторонней заслонки), отъ котораго онъ и умеръ въ больницѣ—черезъ 15 мѣс. по поступленіи. Вскрытіе показало значительное утолщеніе глазныхъ мышцъ вслѣдствіе разрожденія соединительной ткани, при типическихъ бугоркахъ, но безъ *Kos'овскихъ* палочекъ. Помимо глазныхъ мышцъ, ни въ какомъ другомъ мѣстѣ тѣла—ни въ другихъ мышцахъ, ни во внутреннихъ органахъ—признаковъ бугорчатки не оказалось. Такимъ образомъ вопросъ

о происхождении означеннаго поражения мышцъ въ обоихъ глазницахъ остался невыясненнымъ.

Въ литературѣ авторы подобнаго случая не нашли. Въ 1903 г. Busse и Hochheim'омъ описанъ былъ случай односторонняго пучеглазія отъ поражения глазныхъ мышцъ, но тамъ имѣлось дѣло съ сифилисомъ. Бугорчатковое оплотнѣніе мышцъ, въ родѣ описаннаго, наблюдались лишь въ 1 случаѣ у лошади, у которой, помимо мышцъ, поражены были бугорчаткой и кожа, и нѣкоторые изъ внутреннихъ органовъ (печень и селезенка) (Archives d'ophtalmologie, мартъ).

Р. Кацъ.

619. Д-ръ Kalt (Paris) сообщилъ французскому Обществу глазныхъ врачей случай бугорчатковаго поражения соединительной оболочки, распространившагося на рѣсничное тѣло и приведшаго къ общей бугорчаткѣ.

18-лѣтняя женщина, безъ бугорчатки въ прошломъ, явилась съ значительной припухлостью вѣкъ, начавшейся 6 недѣль назадъ. Соединительная оболочка глазного яблока, пропитанная, сѣровато-желтая, была покрыта салынми налетомъ. На слизистой оболочкѣ хрящей имѣлись изъязвленія съ отвѣсными краями и сѣроватымъ дномъ. Сквозь роговую оболочку со слущенной поверхностью видѣлись переполненная кровью радужная оболочка, безъ заднихъ сросеній, и нѣсколько помутнѣвшее стекловидное тѣло. Острота зрѣнія равнялась  $\frac{1}{10}$ . Преддверная и подчелюстная лимфатическія железы были увеличены и болѣзненны. Распознавъ бугорчатку соединительной оболочки съ переходомъ на бѣловую (распознавание было подтверждено обнаруженіемъ Кос'овскихъ палочекъ), авт. приступилъ къ прижиганіямъ термокаутеромъ, отъ которыхъ вскорѣ пришлось, однако, отказаться, такъ какъ отъ нихъ и боли усиливались, и изъязвленія увеличивались. Тѣмъ временемъ пропитываніе соединительной оболочки смѣнилось обширнымъ изъязвленіемъ, занявшимъ нижне-наружную часть глазного яблока до нижней переходной складки; въ стекловидномъ тѣлѣ показалось желтоватое пропитываніе, исходившее отъ нижне-наружной части рѣсничнаго тѣла; появились жестоки боли, указывавшія на воспаление рѣсничнаго тѣла, и глазъ казался обреченнымъ на атрофію. Къ этому времени, черезъ 2 $\frac{1}{2}$  мѣс. послѣ начала болѣзни, появились миним-реиматическія боли въ колѣнныхъ и голеностопныхъ сочлененіяхъ, безъ замѣтнаго выпота въ суставахъ; продолженіи 2-хъ мѣс. болѣзня передвигалась съ трудомъ; потомъ эти явленія исчезли. Къ концу 3-го мѣс. въ глазу стало замѣчаться улучшеніе: изъязвленіе бѣловочной оболочки приостановилось, пропитываніе стекловиднаго тѣла стало понемногу рассасываться, а вѣстѣ съ тѣмъ стало возстановляться и нѣкоторое зрѣніе. Но затѣмъ черезъ 6 мѣс. послѣ начала болѣзни на глазу—у больной, очень ослабѣвшей, появилось воспаление грудной плевы и обнаружилась обширная бугорчатка легкихъ (по Archives d'ophtalmologie, июнь).

Р. Кацъ.

620. Д-ръ И. Гинзбургъ наблюдалъ случай катаракты отъ удара молніи (25-ый въ литературѣ) у 21-лѣтняго крестьянина, присланнаго воинскимъ Присутствіемъ на испытаніе въ слабости зрѣнія.

По словамъ больного, онъ 6 лѣтъ назадъ былъ пораженъ молніей во время грозы, укрывшись отъ дождя въ арбѣ. Очнувшись отъ сна (или отъ безсознательнаго состоянія), онъ замѣтилъ, что почти ничего не видитъ обоими глазами и страдаетъ сильными болями въ животѣ; на ногѣ, сѣвшійся въ ней, оказалась кожная ссадина. Собаки, укрывшіяся подъ арбой, найдены были мертвыми. Боли въ животѣ черезъ нѣкоторое время исчезли, ссадина на ногѣ зажила въ нѣсколько дней безъ рубца, а зрѣніе, послѣ 3 недѣль чрезвычайно сильной слѣпоты, лишь немного улучшилось и въ такомъ положеніи осталось до послѣдняго времени. Исслѣдованіе обнаружило помутненіи на сумкѣ и въ корковомъ слое обоихъ хрусталиковъ—сумочнокорковому катаракту, сильнѣе выраженную на лѣвомъ глазу. Кроме того, сосокъ зрительнаго нерва въ обоихъ глазахъ оказался окрашеннымъ въ желтоватый цвѣтъ, какъ при пигментномъ перерожденіи сѣтчатки. Зрѣніе праваго глаза равнялось 0,2; лѣвымъ считались лишь пальцы съ разстоянія 10 фут. Поле зрѣнія было рѣзко ограничено, при чемъ верхнія  $\frac{1}{2}$  почти совершенно отсутствовали, нѣсколько напоминала рисунокъ поля зрѣнія при верхней геміанопсіи (Вѣстникъ офтальмологіи, январь и февраль).

Р. Кацъ.

621. Д-ръ Видзинскій сообщаетъ 2-ой случай гуммо-зной опухоли бѣловочной оболочки (1-ый сообщенъ имъ былъ въ 1892 г.).

23-лѣтній слесарь, 8 мѣс. назадъ заразившійся сифилисомъ, получалъ во время работы ударъ кускомъ желѣза по лѣвому глазу. На кожѣ нижняго вѣка образовался синякъ, а въ нижней части глазного яблока появилась язва, долго не заживавшая. Съ теченіемъ времени на мѣстѣ язвы стала постепенно развиваться опухоль. Исслѣдованіе, произведенное черезъ 1 $\frac{1}{2}$  мѣс. послѣ поврежденія глаза, обнаружило опухоль въ 12×9×5 мм., желтовато-красную съ фиолетовымъ оттѣнкомъ, непрозрачную, не особенно плотную, дольчатую, съ дов. рѣзкими границами; съ бѣловочной оболочкой опухоль была сросена, такъ что, передвигая опухоль, вѣстѣ съ тѣмъ двигали и глазное яблоко; соединительная же оболочка красновато-фиолетоваго цвѣта, покрывавшая опухоль, имѣла рѣзко выраженную пигментацию. Въ

ченіи 1-ой недѣли по поступленіи въ лѣчебницу больной оставался безъ всякаго лѣченія, промывая лишь лѣвый глазъ 2%-мъ растворомъ борной кислоты; за это время опухоль нѣсколько увеличилась, и верхушка ея начала изъязвляться, а по соствѣ съ нею появилась новая опухоль, съ горошину, по вѣстѣ и характеру совершенно тождественная съ большой опухолью. Тогда назначены были ртутныя втиранія. Уже черезъ нѣсколько дней было замѣчено рѣзкое уменьшеніе опухолей, быстро распадавшихся, а 2 недѣли спустя обѣ опухоли совершенно исчезли, при чемъ на мѣстѣ большой опухоли остался нѣсколько вдавленный рубецъ мѣдно-сѣроватаго цвѣта, сросенный съ соединительной оболочкой, а малая опухоль оставила послѣ себя едва замѣтное пигментированное пятно.

Въ литературѣ авт. могъ найти лишь 19 случаевъ гуммо-зныхъ заболѣваній бѣловочной оболочки, въ томъ числѣ 5 случаевъ, сообщенныхъ русскими авторами. Данный случай интересенъ еще и въ судебно-медицинскомъ отношеніи, такъ какъ ближайшимъ поводомъ къ образованію гуммы на глазу явился ушибъ послѣдняго во время работы (Вѣстникъ офтальмологіи, мартъ и апрѣль).

Р. Кацъ.

622. Д-ръ Снегиревъ сообщаетъ новыхъ 2 случая острую двустороннюю совместнаго заболѣванія слезныхъ и слюнныхъ железъ.

Въ обоихъ случаяхъ, у 19-лѣтняго конторщика и 25-лѣтняго фабричана, имѣлась характерная припухлость обоихъ верхнихъ вѣкъ преимущественно въ наружной ихъ  $\frac{1}{2}$ , сквозь которую прощупывалась увеличенная слезная железа (глазничная), твердая и болѣзненная. Одновременно съ этимъ замѣчалась и припухлость слюнныхъ железъ (подчелюстныхъ и небныхъ). Температура поднималась до 38° и выше. Подъ вліяніемъ согревающихъ компрессовъ, прикладывавшихся попеременно то на одинъ глазъ, то на другой, или сразу на оба, и внутреннихъ примочекъ салициловаго натра и йодистаго калия, всѣ болѣзненные явленія исчезли въ 1 $\frac{1}{2}$ —2 недѣли (Вѣстникъ офтальмологіи, мартъ и апрѣль).

Р. Кацъ.

623. Весьма поучительный случай сифилитической гуммы бѣловочной оболочки сообщаетъ и д-ръ Цвибакъ.

Тягловая опухоль, въ 9×8×5 мм. величиной, непрозрачная, темно-янтарнаго цвѣта, слегка бугристая, рѣзко ограниченная и плотно сросшаяся съ бѣловочной оболочкой, помѣщалась подъ верхнимъ вѣкомъ праваго глаза у 38-лѣтняго мясника, отрицавшаго сифилисъ. По словамъ больного, нѣсколько недѣль назадъ во время рубки мяса отлетѣлъ небольшой осколокъ кости и остриемъ своимъ застрялъ въ верхнемъ вѣкѣ праваго глаза. Осколокъ этотъ больной извлекъ пальцами, и черезъ 2—3 дня ранка зажила, но недѣли 2 назадъ глазъ сталъ снова болѣть. Дѣйствительно, въ верхнемъ вѣкѣ, соответственно положенію опухоли бѣловочной оболочки, замѣчался сквозной рубчикъ. Предположивъ наличность кости въ толщѣ бѣловочной оболочки, авт. вскрылъ опухоль, но ни гноя, ни кости въ ней не нашелъ; оказались лишь въ центрѣ опухоли творожистыя массы желтаго цвѣта и студенистыя массы сѣровато-краснаго цвѣта въ окрестности ея. Всѣ эти массы были удалены острой ложечкой, при чемъ поверхность бѣловочной оболочки оказалась изрытой. Глазъ былъ завязанъ. Вскорѣ, однако, опухоль появилась вновь, стала быстро расти и черезъ 4 сутокъ отъ дня операціи приняла прежніе размѣры. Тогда авт. приступилъ къ болѣе подробному изслѣдованію больного, тѣмъ болѣе, что отъ давнѣшняго врача послѣдняго онъ узналъ про сифилисъ съ дов. бурными вторичными явленіями, наблюдавшимъ у больного нѣсколько лѣтъ назадъ. Исслѣдованіе обнаружило общее увеличеніе лимфатическихъ железъ и рубцы на задней стѣнкѣ глотки, а въ больномъ глазу найдены плавающія мутности стекловиднаго тѣла, при остротѣ зрѣнія въ  $\frac{20}{100}$  (на лѣвомъ глазу было  $\frac{20}{200}$ ), и парезъ приспособленія. Назначено было противусифилитическое лѣченіе (йодистый калий внутрь и салициловосиловая ртуть подъ кожу), подъ вліяніемъ котораго опухоль стала распадаться, превратившись въ язву съ рѣзкими границами и желтоватымъ гнойнымъ дномъ, а къ концу 2-го мѣсяца лѣченія она совершенно исчезла, оставивъ послѣ себя сросенное пятно темно-розоваго цвѣта. Рассосались и мутности стекловиднаго тѣла, и зрѣніе поднялось до  $\frac{20}{200}$ ; но парезъ приспособленія еще держался. Черезъ 5 мѣс. авт. снова видѣлъ больного: пятно приняло темнофиолетовую окраску и глазъ найденъ совершенно здоровымъ (Вѣстникъ офтальмологіи, июль и августъ).

Р. Кацъ.

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 624. Чтобы рѣшить вопросъ относительно практическаго значенія обезболиванія сочетаннымъ примѣненіемъ скополамина и морфія при родахъ, д-ръ Hocheisen (изъ женской клиники проф. Витт'а въ Берлинѣ) примѣнялъ этотъ способъ при 100 неосложненныхъ родахъ, при чемъ получились слѣдующія данныя: въ 18% не получилось уменьшенія родовыхъ болей, въ 21% дѣйствіе смѣси было умѣренное, въ 61%—хорошее. Болѣе чѣмъ въ 70% всѣхъ случаевъ наблюдались побочныя дѣйствія. Отклоненія отъ нормальнаго теченія родовъ получились слѣдующія: 50 разъ—удлиненіе продолжительности родовъ, 23 разъ—задержка

5 разъ—атоническія кровотечения, 4 раза пришлось выжимать послѣдъ вслѣдствіе умѣренного кровотечения, 13 разъ—задержка въ отдѣленіи послѣда, 15 разъ—замедленное обратное развитіе матки, 1 разъ—припадокъ стенокардіи при скрытомъ стѣуженіи 2-створчатой заслонки, 1 разъ—нейрозъ сердца въ послѣдородовомъ періодѣ, 1 разъ—тромбозъ бедренной вены, 15% дѣтей родились въ асфиксіи, 1 ребенокъ умеръ во время родовъ, 3—послѣ, 6 разъ пришлось накладывать щипцы, при чемъ показаніемъ служила опасность для жизни ребенка. Если всѣ эти неблагоприятныя явленія и нельзя отнести на счетъ дѣйствія скополамина, то, безъ сомнѣнія, многія изъ нихъ обусловлены имъ, и никоимъ образомъ нельзя считать этотъ способъ обезболиванія, какъ то дѣлаютъ нѣкоторые, вполне безвреднымъ. Дѣйствіе его не всегда вѣрно, и для достиженія цѣли приходится примѣнять такія количества (0.0003) средства, при которыхъ можетъ получиться смерть (случай *Toth'a*). Въ итогѣ авт. предостерегаетъ отъ употребленія этого способа обезболиванія при родахъ въ ежедневной практикѣ (*Münchener medicinische Wochenschrift*, №№ 37 и 38).

А. Коварскій.

**Дѣтскія болѣзни.** 625. Проф. *Comby* приводитъ случай истерической лихорадки у ребенка.

У 13 лѣтней дѣвочки, у которой 3 года назадъ подозрѣвалось, въ виду болѣй, бугорчатковое воспаленіе брюшины, болѣе мѣсяца замѣчались повышенія температуры, достигавшія 42°—45° и прерывавшіяся паденіемъ ея до нормальныхъ цифръ. Одновременно наблюдались судорожныя сокращенія въ предплечьяхъ, похожія на вздрагиванія отъ электрическаго тока. Общее состояніе оставалось вполнѣ хорошимъ; болѣная не теряла ни расположенія духа, ни силъ и могла совершать 10-километровыя прогулки. Случай окончился выздоровленіемъ.

Авт., собравъ подобные случаи изъ литературы, говоритъ, что врачъ, найдя температуру въ 44°—45°, не долженъ смущаться этимъ, если только нѣтъ тяжелыхъ общихъ расстройствъ и больной веселъ. Въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ заподозрить истерію и, исключивъ другія болѣзни, въ этомъ направленіи и производить изслѣдованіе. Съ лѣчебной цѣлью умѣстны гипнозъ и холодныя обертыванія (*Archives de médecine des enfants*, июнь).

С. Островскій.

626. Д-ръ *Pater* разбираетъ вопросъ объ *азлорированной діетѣ при скарлатинѣ*. Пища эта составляется изъ хлѣба безъ соли, картофельнаго пюре, риса на молокѣ, яицъ—всего, приготовленнаго на маслѣ, молокѣ, либо сахарѣ безъ прибавки соли, варенья въ качествѣ десерта и около 1½-литра молока. Авт. примѣнилъ эту діету въ 9 случаяхъ скарлатины, какъ только понижалась температура. Количество пищи зависитъ отъ позыва на ѣду. Наблюденія продолжались въ теченіи 30 дней; 6 другихъ случаевъ служили для проверки. Оказалось, что ни въ одномъ случаѣ не появилось альбуминури; слѣд., діета эта такъ-же предотвращаетъ появленіе воспаленія почекъ, какъ и строгое молочное довольствіе. Выгоды ея слѣдующія: пища болѣе пріятна для больного, но, что болѣе важно, подъ вліяніемъ этой діеты всѣ тѣла сейчасъ-же начинаютъ наростать, больной поправляется, и появляется сопротивляемость противъ послѣдовательныхъ зараженій (*Archives de médecine des enfants*, апрѣль).

С. Островскій.

627. На основаніи тщательно клинически и патолого-анатомически обследованныхъ 5 случаевъ *бугорчатки уха у грудныхъ дѣтей*, д-ръ *Haike* проводитъ параллель между характеромъ этого страданія въ названномъ возрастѣ и у взрослыхъ. Мѣстомъ проникновенія бугорчатковаго яда у грудныхъ дѣтей онъ считаетъ полость рта или зѣвъ, которые сами, впрочемъ, могутъ остаться непораженными. Ядъ переносится почти всегда при поцѣлуѣ или вытираніи рта больной бугорчаткою няней или матерью. У грудныхъ дѣтей очень часто заболѣваетъ также и *Eustachіева* труба, въ отличіе отъ взрослыхъ, у которыхъ послѣдняя служитъ обыкновенно лишь воротами для проникновенія заразы. Дальнѣйшіе отличительные признаки состоятъ въ томъ, что у взрослыхъ рѣдко наблюдается первичное пораженіе бугорчаткой слухового органа, что у грудныхъ дѣтей разрушеніе кости идетъ гораздо быстрее, чѣмъ у взрослыхъ и что у послѣднихъ рѣдко можно встрѣтить припуханіе желѣзъ на сосцевидномъ отросткѣ, между

тѣмъ какъ у грудныхъ дѣтей это—правило. Въ качествѣ лѣченія авт. предлагаетъ предохранительныя мѣры (*Deutsche medic. Wochenschr.*, № 24).

Л. Левина.

628. Д-ръ *I. М. Почобутъ* сообщаетъ свои наблюденія надъ *лѣченіемъ скарлатины* во время эпидеміи послѣдней въ 1906 г. въ г. Луцкѣ, Волынской губ. Всего авт. наблюдалъ 73 случая скарлатины, изъ коихъ въ 27 была примѣнена сыворотка, а именно: въ 10 сл.—сыворотка д-ра *Пальмирскаго* въ количествѣ 25 к. стм. *pasteur* либо въ сочетаніи съ 10 к. стм. *Pasteur*овской сыворотки (3 сл.), въ 11 случаяхъ—сыворотка *Pasteur*а (10—20 к. стм. заразъ). Изслѣдуя температурныя колебанія при скарлатинѣ, авт. убѣдился, что термометрическая разница (см. выше, № 7, стр. 211) даже въ случаяхъ тяжелыхъ бываетъ большею частью нормальна, т. е., разница между температурой, измѣренной въ подмышковой впадинѣ, и температурой въ прямой кишкѣ равнялась 0°,2—0°,3. Этотъ фактъ, по автору, доказываетъ, что скарлатинный ядъ не оказываетъ такого вреднаго вліянія на сердечную мышцу, какъ дифтерійный, тифозный и т. п. и что смерть въ первые дни скарлатины наступаетъ не столько вслѣдствіе анатомическихъ измѣненій въ сердцѣ, сколько вслѣдствіе пораженія мозговыхъ центровъ. Исходя изъ того предположенія, что скарлатинныя токсины поражаютъ мозговые центры и нервныя сплетенія сердца, авт. полагаетъ, что при лѣченіи скарлатины наилучшими являются способы, направленные къ выведенію скарлатиннаго яда, какъ то: кратковременныя тепловатыя ванны (2—3 раза въ сутки), вливанія физиологическаго раствора NaCl подъ кожу, или въ прямую кишку, обмыванія всего тѣла холодной водой съ прибавкой уксуса. Авт. приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. Специфическая сыворотка при скарлатинѣ не даетъ лучшихъ результатовъ, чѣмъ другіе способы лѣченія. Если продолжать пробы съ лѣченіемъ скарлатины сывороткой, то послѣдней надо вводить 50 к. стм., и сдѣлать въ такомъ случаѣ цѣну ея болѣе доступной. Способы, служащіе къ выведенію скарлатиннаго яда, какъ то: ванны, дермо- и энтероклизмы, заслуживаютъ большаго вниманія и распространенія. Сердечная мышца поражается въ теченіи скарлатины рѣже, чѣмъ при другихъ острыхъ различныхъ болѣзняхъ (Отдѣльный оттискъ изъ «*Gazetispa lekarskiego*», сентябрь).

С. Островскій.

629. Д-ръ *Paul Sittler* (изъ *Strassburg*ской университетской поликлиники) видѣлъ хорошіе результаты отъ *лѣченія острыхъ желудочно-кишечныхъ катарровъ у дѣтей препаратами дрожжей*. Онъ пользовался главнымъ образомъ 3-мя видами препаратовъ: *Levuriose*, *Levure Adrian* и *Levuretin*омъ. Первые 2 даются въ видѣ порошка, по 1 грм., 1—3 раза въ день; послѣдній отпускается въ видѣ таблетокъ, по 0,5 грм. и ихъ назначаютъ по 3—5 въ день, смотря по возрасту ребенка (авт. пользовался только дѣтей до 2-лѣтняго возраста). Все лѣченіе проводилось такимъ образомъ, что на ряду съ препаратами дрожжей назначалась и соответствующая діета: молоко устранялось, вмѣсто него давали чай, бѣловую воду съ сахаромъ или отвары изъ дѣтской муки; поздѣе сѣмь молочной муки; у болѣе взрослыхъ дѣтей—слизистые отвары; въ случаѣ надобности примѣнялись и другія лѣкарственные средства и промыванія желудка и кишокъ. Поразителенъ былъ успѣхъ лѣченія въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣлось сильное гніеніе въ кишечникѣ. Но и другіе виды кишечныхъ катарровъ хорошо поддавались дѣйствію дрожжей. При желудочно-кишечныхъ заболѣваніяхъ рвота прекращалась очень быстро. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, среди которыхъ были и очень тяжелые, успѣхъ получался отъ примѣненія только однихъ дрожжей; въ большинствѣ этихъ случаевъ ни каломель, ни таниальбинъ, ни висмутъ не оказывали никакого дѣйствія. Въ отдѣльныхъ случаяхъ дрожжи дѣйствовали хорошо въ сочетаніи съ вышеупомянутыми лѣкарствами. Побочныхъ дурныхъ дѣйствій отъ дрожжей авт. не видѣлъ. Дѣти обыкновенно принимаютъ эти препараты безъ противодѣйствія; одинъ только разъ авт. видѣлъ рвоту сейчасъ-же вслѣдъ за приемомъ лѣкарства (*Münchener medicinische Wochenschrift*, № 36).

Д. К.

630. Д-ръ *Wynn* обращаетъ вниманіе на одинъ изъ искусственныхъ способовъ кормленія дѣтей—слю-



собъ *Royn-ton'a*, состоящий въ томъ, что къ *коровьему молоку прибавляютъ лимоннаго сока*, благодаря чему оно становится болѣе удобоваримымъ. *Royn-ton* совѣтуетъ прибавлять 1,0 лимоннокислаго натра на 30,0 молока, при чемъ створаживаніе получается мелкое и легкое. Если и это молоко является мало удобоваримымъ, то можно прибавить двойное или тройное количество лимоннаго сока. Воды прибавляется, какъ обычно, соответственно возрасту ребенка. Авторъ въ 69 случаяхъ получилъ блестящіе результаты. Способъ этотъ хорошъ и потому, что онъ дешевъ. Можно давать при этомъ болѣе сгущенное молоко. Такимъ путемъ, по автору, предотвращается появленіе рахита и дѣтскаго скорбута (*Birmingham Medical Review*, мартъ; по передачѣ въ *Kronica Lekarskiej*, 15 августа). *С. Островскій.*

**Нервные и душевные болѣзни. 631.** Ч. пр. *С. А. Сузановъ* выдѣляетъ изъ ряда душевныхъ разстройствъ, развивающихся вслѣдствіе злоупотребленія спиртными напитками, особую форму *алкогольной меланхолии*. Форма эта встрѣчается болѣею частью въ среднемъ возрастѣ и обыкновенно у хроническихъ пьяницъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ развитію ея предшествуетъ приступъ бѣлой горячки, такъ что начальныя проявленія алкогольной меланхолии почти совпадаютъ съ припадками запойнаго бреда: бессонница, страхъ, трясеніе въ рукахъ, дрожаніе во всемъ тѣлѣ, утѣшающія галлюцинаціи, угрожающіе «голоса». За этими припадками можно иногда и не распознать меланхолію, но они обыкновенно скоро исчезаютъ, и тогда на первый планъ выступаютъ признаки послѣдней. Встрѣчаются случаи и непосредственнаго развитія психоза, безъ предварительнаго приступа бѣлой горячки. Больные переживаютъ чрезвычайно тяжелое состояніе, испытываютъ жестокія душевныя муки, достигающія часто степени безпросвѣтнаго отчаянія, ничѣмъ не могутъ заниматься, не удовлетворяются окружающимъ, ищутъ уединенія, мало говорятъ о своемъ состояніи, имѣютъ запуганный видъ, ждутъ для себя съ минуты на минуту казни, висѣлицы, растрѣла, всевозможныхъ физическихъ мученій. Они часто обнаруживаютъ стремленіе къ самоубійству, самоизувѣченію, къ нанесенію себѣ различныхъ, иногда неожиданныхъ, тяжелыхъ и опасныхъ поврежденій. Они плохо и мало ѣдятъ, часто совершенно отказываются отъ пищи. Особенно упорною длительностью отличаются слуховыя галлюцинаціи: больные слышатъ голоса, обвиняющіе ихъ въ различныхъ уголовныхъ преступленіяхъ, упрекающіе ихъ за разныя дурныя дѣла въ прошлой жизни, угрожающіе имъ казнью, смертью, физическими мученіями, издѣвающимися надъ ними, оскорбляющіе ихъ и т. д. Рядомъ съ слуховыми обманами наблюдаются, особенно въ первую 1/2 болѣзни, и зрительныя галлюцинаціи, не столь обильныя и менѣе стойкія, но также мрачнаго, непріятнаго, утѣшающаго содержанія. Теченіе алкогольной меланхолии обыкновенно весьма длительное—многомѣсячное или болѣе года; улучшеніе наступаетъ лишь медленно и постепенно. Такимъ образомъ отличительными признаками алкогольной меланхолии нужно считать: 1) развитіе ея въ связи съ сильнымъ злоупотребленіемъ спиртными напитками; 2) обнаруженіе болѣею частью въ среднемъ возрастѣ, 3) начало иногда съ бѣлой горячкой; 4) рѣзко выраженный, яркій и обильный слуховыя галлюцинаціи; 5) длительность теченія и 6) рѣдкость наблюденія. При распознаваніи алкогольной меланхолии необходимо прежде всего имѣть въ виду отличіе ея, въ особенности въ первые дни болѣзни, отъ бѣлой горячки, при чемъ нужно руководиться слѣдующимъ основнымъ соображеніемъ: привычный хроническій алкоголикъ, не разъ допивавшійся уже до бѣлой горячки, относится къ новому приступу ея болѣе или менѣе спокойно, иногда даже благодушно, не пугается галлюцинаторныхъ образовъ, не страшится угрожающихъ «голосовъ»; наоборотъ, у алкогольнаго меланхолика настроеніе тяжелое, тревожное, тоскливое. Чѣмъ болѣе времени прошло отъ начала болѣзни, тѣмъ распознаваніе легче; бѣлая горячка скоро проходитъ, и больной выздоравливаетъ, алкогольная-же

запойнаго бреда, возможно смѣшеніе алкогольной меланхолии еще съ другими алкогольными психозами—алкогольной паранойей, затяжнымъ слуховымъ галлюцинозомъ, но опять только въ первое время болѣзни, ибо въ дальнѣйшемъ теченіи относительные признаки меланхолии, въ особенности со стороны настроенія, обмановъ чувствъ и специфическаго бреда даютъ достаточно основаній для правильнаго распознаванія. Сравнительную рѣдкость алкогольной меланхолии авт. склоненъ объяснить тѣмъ, что для развитія этой формы, кромѣ злоупотребленія спиртными напитками, необходима еще и наличность у больныхъ извѣстнаго предрасположенія къ душевному разстройству, а, разъ требуется совпаденіе 2-хъ условій, то понятно, что алкогольная меланхолия будетъ не частымъ психозомъ. По этому-же объясненію, на алкогольную меланхолію нужно смотрѣть, какъ на сочетанный психозъ, и въ распредѣленіи душевныхъ болѣзней она можетъ помѣщаться какъ въ отдѣлѣ острыхъ формъ помѣшательства, такъ и въ отдѣлѣ хроническаго алкоголизма и алкогольныхъ психозовъ. Такъ какъ сочетаніе меланхолическихъ признаковъ съ склонностью къ злоупотребленію спиртными напитками встрѣчается еще и въ другихъ формахъ, напр., въ стремленіи нѣкоторыхъ меланхоликовъ подъ вліяніемъ тоски къ пьянству или въ меланхолической окраскѣ начальной ступени запоя, то авт. и предлагаетъ различать 3 формы этого сочетанія: 1) алкогольную меланхолію, относящуюся къ группѣ сочетанныхъ психозовъ; 2) меланхолію, къ которой присоединяется во время приступа тоскливаго состоянія стремленіе къ употребленію спиртныхъ напитковъ, и 3) запой съ предшествующими ему признаками дурного и тягостнаго самочувствія (*Врачебная Газета*, № 23). Ч. пр. *Б. Г.—бергъ.*

**Болѣзни носа, уха и горла. 632.** Изслѣдованія *бугорчатковыхъ заболѣваній миндалинъ* приводятъ *Wood'a* къ слѣдующимъ выводамъ. Бугорчатковыя аденоиды развиваются въ шейныхъ железахъ путемъ зараженія, берущаго свое начало въ миндалинахъ зѣва, чаще въ носоглоточной миндалинѣ. Почти во всѣхъ случаяхъ легочной чахотки принимаютъ участіе въ заболѣваніи и глоточныя миндалины. Около 5% гипертрофированныхъ носоглоточныхъ миндалинъ поражены первичной бугорчаткой; напротивъ того, первичное пораженіе глоточныхъ миндалинъ есть явленіе рѣдкое (послѣднее утвержденіе противорѣчитъ наблюденіямъ моимъ и многихъ другихъ авторовъ. Ср. «*Archiv für Laryngologie*, т. 9, тетр. 3. *Рейф.*). Опасность отъ бугорчатковаго пораженія миндалинъ не болѣе, чѣмъ отъ бугорчатки шейныхъ железъ. Распадъ послѣднихъ можетъ, однако, имѣть послѣдствіемъ просовидную бугорчатку легкихъ (*The Journal of the American Medical Association*, 1905 г.). *Л. Левинъ.*

**633.** Въ дополненіе къ сообщеннымъ уже раньше своимъ изслѣдованіямъ о *бугорчаткѣ сосцевиднаго отростка въ дѣтскомъ возрастѣ*, д-ръ *Henrici* (въ *Aachen'ѣ*) приводитъ новые 6 случаевъ этого рода, которые въ общемъ подтверждаютъ результаты его прежнихъ наблюденій. Выводы, къ которымъ приходитъ авт., сводятся къ слѣдующему: 1) Эпа дов. частая (1/3—1/2, %) въ дѣтскомъ возрастѣ форма пораженія сосцевиднаго отростка есть первично-костная. 2) Всѣ данныя говорить за то, что зараженіе совершается путемъ заноса по кровеносной системѣ. 3) Хотя излѣченіе въ этихъ случаяхъ идетъ медленно, чѣмъ при обыкновенныхъ мастоидитахъ, но въ большинствѣ случаевъ удается достигнуть хорошихъ результатовъ простой трепанацией сосцевиднаго отростка. 4) Чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ предсказаніе серьезнѣе (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, т. 51, тетр. 2). *Л. Левинъ.*

**634.** *Senator* наблюдалъ въ *Lassar'овской* клиникѣ 35 случаевъ *волчанки верхнихъ дыхательныхъ путей*. Первичнымъ очагомъ болѣзни, по мнѣнію автора, надо считать слизистую оболочку носа. Переходъ на кожу совершается либо *per continuitatem*, либо черезъ лимфатическіе и кровеносные сосуды, либо, наконецъ, путемъ переноса пальцами больного. Вслѣдъ за входомъ носа, чаще всего заболѣваетъ перегородка, которую авт. въ 11%

заболѣваетъ нижняя. Въ 2-хъ случаяхъ оказалась пораженной также слизистая оболочка верхней челюсти и верхней губы. *S.* совѣтуетъ при этомъ коренное удаление больныхъ очаговъ и, по возможности, раннее хирургическое вѣдѣтельство (*Berlin. klinische Wochenschrift*, стр. 716).  
*Л. Левинъ.*

## ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденции.

*LXXVIII. Изъ Обуховской городской больницы въ Петербургъ.*

*Протоколъ научнаго Совѣщанія врачей больницы 15-го сентября 1906 г.*

Предсѣдатель—*А. А. Нечаевъ*. Секретари: *Г. Ф. Цейдлеръ* 2 и *В. Р. Штюлеръ*.

*А. Д. Сюевъ. Случай аневризмы брюшной аорты* (съ предъявленіемъ больного). *В. Т.*, 58 л., отставной полковникъ, бывшій артиллеристъ, доставленъ въ больницу 7/ix въ полусознательномъ состояніи, которое, однако, на слѣдующій день немого прояснилось, съ жалобами на боли, вполне переносимыя, въ подложечной области, запоры, головную боль и на общую слабость. Болеетъ 5 мѣс. Заразные заболѣванія и сифилис отрицаетъ. Пить умѣренно. 13-лѣтнимъ мальчикомъ при ходѣ на ходуляхъ упалъ и ударился животомъ объ концы одной изъ нихъ.—Исхуданіе. Незначительная желтушность склеръ. Эмфизема. Границы сердца: сверху 4-ое ребро, слѣва—сосковая, справа—лѣвая окологрудинная линія; толчекъ въ 6-мъ межреберьѣ; у верхушки 2-хъ легкихъ чистыхъ тона, на аортѣ—2-ой съ удареніемъ. Сосуды рѣзко склерозированы. Пульсъ 92. Пульсация обихихъ лучевыхъ и бедренныхъ артерій синхронична между собой и съ систолой сердца. Животъ мягкій; стѣнки его дрябловаты; слѣва въ области подреберья въ немъ прощупывается опухоль, неподвижная, болѣзненная, величиною съ кулакъ средняго роста человѣка, занимающая такое пространство: справа она доходитъ до бѣлой линіи, слѣва—до сосковой, сверху начинается тотчасъ подъ краемъ реберъ, внизъ на палецъ не доходитъ до пупочной линіи. При ощупываніи замѣтно рѣзко выраженное *freimissement* и пульсация, равномерно распространяющаяся во всѣ стороны, синхроничная съ систолой сердца. Кожа надъ опухолью подвижна, гладка. При выслушиваніи на опухоли повсюду душій систолическій шумъ, вверхъ достигающій края реберъ и мечевиднаго отростка, гдѣ онъ тотчасъ-же исчезаетъ, внизъ—доходящій до края опухоли. Въ остальныхъ отдѣлахъ живота опредѣляется незначительное количество каловыхъ массъ. Печень и селезенка не прощупываются. Чувствительность кожи ногъ нормальная; рефлексы—съ сгибательныхъ и кожные—сохранены, но слабы. Недержаніе мочи; за сутки ея 300—500 к. стм., уд. в. 1010 и 1011, кислой реакціи, съ  $\frac{40}{100}$ — $\frac{20}{100}$  бѣлка; индикана, желчныхъ пигментовъ нѣтъ; подъ микроскопомъ: зернистые и стекловидные цилиндры и почечный эпителий. Распознаана аневризма брюшной аорты въ области *tricus Halleri*. Лѣченіе: въ первые дни кофеинъ подъ кожу, черезъ 3 часа, въ послѣдующіе—JK съ 2-углекислымъ натромъ и клизмы масляная, и простая; отъ другихъ способовъ и средствъ приходилось воздержаться въ виду тяжелого состоянія больного, а съ другой стороны,—перемѣщенія его въ другую больницу. Сущность случая въ томъ, что, не смотря на сравнительно большіе размѣры, аневризма не причиняетъ въ данный моментъ сильныхъ расстройствъ, какія описываются въ литературѣ, кромѣ вполне переносимыхъ болей и упорныхъ запоровъ, вызываемыхъ давленіемъ на кишки. Этиологической причиной служить артерioskлерозъ, хотя, быть можетъ, не остается безъ вліянія и бывшая травма (въ передачѣ докладчика).

*С. А. Рехтзамеръ*: Среди случаевъ, которые Вы приводите, Вы не упомянули о случаѣ, наблюдавшемся въ Обуховской-же больницы въ первнмъ отдѣленіи. Въ этомъ случаѣ ни лѣченіе желатиной, ни лѣченіе іодомъ не имѣли никакого результата, не смотря на то, что больной лежалъ совершенно неподвижно.

*П. А. Янина*: У Вашего больного аневризма не причиняетъ никакихъ болей; нужно поэтому предполагать, что она растетъ кпереди. Я помню одну больную, у которой аневризма брюшной аорты причиняла сильнѣйшія боли; во время одного такого приступа съ невѣроятными болями, при которомъ я присутствовала, больная умерла. По всей вѣроятности, въ этомъ случаѣ аневризма росла кзади и производила давленіе на т. наз. солнечное сплетеніе (*plexus solaris*).

*А. А. Нечаевъ*: Въ настоящее время относительно представленнаго больного еще нельзя говорить съ положительностью, что аневризма не вызываетъ у него болей, такъ какъ они все еще существуютъ въ положительномъ состояніи. На нѣмъ Совѣ-

щаніяхъ было предъявлено нѣсколько такихъ случаевъ: одинъ случай наблюдалъ *П. А. Янина*, другой *А. Ф. Анисимовъ*; дальшѣ *С. А. Рехтзамеръ* напоминаетъ о больномъ, показавшемъ здѣсь-же *Т. В. Бюлерски*мъ. Я припоминаю еще одинъ случай, наблюдавшійся въ 1-ый годъ моего пребыванія въ женской Обуховской больницѣ, въ которомъ опухоль брюшной полости была осложнена аневризмой брюшной аорты. Препараты этого случая были показаны *П. Н. Зворыкин*ымъ въ Обществѣ русскихъ врачей.

*К. А. Вальтеръ* показалъ больного, оперированнаго имъ въ Рождественскихъ баракахъ по поводу *холодо-рѣзанной раны сердца*. *Н. Г.*, 28 л., доставленъ былъ 9/ш 1906 г. въ 7 час. веч. въ состояніи коллапса, черезъ 1½ часа послѣ того, какъ получилъ ударъ ножомъ въ подложечную область. Наружная рана, длиною въ 1,5 стм.,—противъ мѣста соединенія хряща 5-го праваго ребра съ грудиной. Границы сердца въ предѣлахъ нормы; тоны глухи, безъ шумовъ; никакихъ признаковъ раненія плевры. Послѣ того, какъ больной успѣлъ нѣсколько оправиться отъ коллапса, черезъ 2½ часа отъ момента раненія, подъ хлороформомъ рана расширена сначала вверхъ и книзу. Мечевидный отростокъ оказался отсѣченнымъ у основанія; вся кѣлчатка передняго средостѣнія была густо пропитана кровью, которая сочилась сверху изъ-подъ тѣла грудины. 2-мъ, поперечнымъ, разрѣзомъ рана расширена влѣво; изсѣченъ хрящъ 5-го лѣваго ребра. Концомъ пальца вверхъ за грудиной нащупывалась небольшая поперечная рана въ сердечной сумкѣ. Для расширенія операціоннаго поля изсѣченъ еще хрящъ 4-го лѣваго ребра, и отъ тѣла грудины удаленъ кусокъ, въ мѣдній палецъ величины. Плевры оказались не вскрытыми. Рана въ сердечной сумкѣ расширена ножницами въ поперечномъ направленіи, и края ея захвачены провизорными швами. Введеннымъ въ полость сердечной сумки пальцемъ удалена изъ нея масса свернувшейся огромными сгустками крови, вслѣдъ за которыми широкою волною, мгновенно залившю все операціонное поле, хлынула жидкая, свѣжая кровь. Пульсъ сталъ сразу неощутливымъ, и мертвенно-блѣдное лицо больного покрывлось холоднымъ потомъ. Концомъ пальца удалось быстро нащупать и прижать поперечную рану праваго желудочка сердца; немедленно-же, на ощупь по пальцу, черезъ край этой раны былъ проведенъ шелковый шовъ, за концы котораго сердце было подтянуто къ ранѣ. Кровотеченіе остановилось. Рана сердца оказалась длиною около 1,5 стм. Наложено остальныхъ швовъ на сердце (всего 4 шва на мышцу и 1 на ампкардію) не представило уже особыхъ трудностей. По удаленіи изъ сердечной сумки послѣднихъ сгустковъ полость ея была наглухо закрыта швами. Рана грудной стѣнки зашита; въ 3-хъ мѣстахъ въ глубинѣ полости введены тампоны, одинъ—въ мѣстѣ наложенія швовъ на сердечную сумку. Больной вскорѣ оправился, но дальнѣйшее послѣопераціонное теченіе осложнилось тяжелой право-а-затѣмъ и лѣво-сторонней диплококковой пнеймонией. Мѣсяцъ спустя въ мокротѣ неперестававшаго лихорадить больного были найдены бугорчатковыя палочки. Процессъ въ легкихъ въ настоящее время принялъ стационарный характеръ, давая изрѣдка подлѣ-лихорадочныя повышенія температуры; общее состояніе больного поправилось, рана зажила (большую часть *per granulationem*) широкимъ рубцомъ, стягивающимся при каждой систолѣ (*syneciae pericardii*). Пульсъ—правильнаго ритма, хорошаго наполненія; тоны сердца чисты; границы его почти нормальны (правая немного заходитъ за лѣвый край грудины). Ни о какихъ субъективныхъ признакахъ со стороны сердца больной не заявляетъ. (Въ передачѣ докладчика).

*Г. Ф. Цейдлеръ*: Мы только-что считали всѣ случаи оперированныхъ ранъ сердца, наблюдавшихся здѣсь въ Петербургѣ. Всего было 11 случаевъ, при чемъ 9 приходится на Обуховскую больницу, 1 на Евгеніевскую Общину и 1 (только-что сообщенный)—на Рождественскіе бараки. % смертности приблизительно тотъ же, который приводится и въ другихъ статистикахъ, т. е. около 60%.

*А. А. Трояновъ*: Этотъ случай показываетъ, какимъ образомъ можно подойти къ сердечной сумкѣ и къ сердцу безъ вскрытія плевральной полости, влекущаго за собою *pneumothorax*. Я помню другой подобный случай, при которомъ мальчикъ нечаянно поранилъ себя перочиннымъ ножомъ въ область мечевиднаго отростка и попалъ имъ въ желудочекъ сердца, не поранивъ плевры.

*А. А. Нечаевъ*: Для терапевтовъ изъ этого случая можно сдѣлать тотъ выводъ, что раненія сердца не даютъ часто никакихъ особенныхъ перкуторныхъ и аускультативныхъ явленій, кромѣ глухоты тоновъ сердца и незначительнаго увеличенія сердечной тупости. Поэтому необходимо искать рану сердца при всякомъ пораненіи въ сердечной области, и нельзя руководиться только данными физическаго изслѣдованія.

*В. Д. Соколовъ*: Въ моемъ случаѣ также никакихъ объективныхъ явленій раненія сердца не было. Послѣ вскрытія сердечной сумки сгустковъ крови въ полости ея не оказалось, и только при подробномъ изслѣдованіи нашли рану сердечной мышцы.

*Н. М. Горюевъ. Къ патологическому и операціонному леченію большихъ выпаденій прямой кишки*. Докладчикъ сообщилъ случай острого выпаденія прямой кишки съ головою новорожденнаго. Попытки вправить оказались неудачными, при чемъ въ 2-хъ мѣстахъ произведенъ разрывъ кишки во всю ея толщину. Сдѣлаано изсѣченіе кишки по видоизмѣненному способу *Mikulicz* съ предварительнымъ наложеніемъ *Doyen*овскихъ щипцовъ и зашиваніемъ въ 2 этажа перерѣзанныхъ кишечныхъ стѣнокъ. Постоперационное теченіе благополучное. Черезъ мѣсяцъ боль-

ной выписался с хорошим результатом: нѣтъ ни возврата, ни служения кишки. Величина изсѣченного куска 17 см. и соответствует верхней части прямой кишки, со всѣхъ сторонъ покрытой брыжвиннымъ покровомъ. Больной по профессіи маляръ и давно страдалъ хроническимъ катарромъ кашечника, какъ слѣдствіемъ свинцоваго отравленія. [Въ передачѣ докладчика? 1)].

**И. И. Грековъ:** Я вполне присоединяюсь ко всѣмъ вашимъ выводамъ. Предложено очень много способовъ операціи, и ни одинъ изъ нихъ не приводитъ къ хорошему результату. У 2-хъ больныхъ я производилъ операцію по Mikulicz'y, и, хотя теперь, черезъ 2 года, нѣтъ еще возврата, но у одной изъ нихъ имѣется выпаденіе влагалища и растянутый задній проходъ. Положимъ, эта больная — очень пожилая. У одной больной я применилъ солорекію. Въ началѣ результатъ былъ очень хорошій, но затѣмъ снова появилось значительное выпаденіе.

**Г. Ф. Цейдлеръ** оперировалъ одну больную, у которой черезъ 3 недѣли появилось опять выпаденіе слизистой, такъ что я принужденъ былъ вторично ее оперировать. Все-таки изъ всѣхъ способовъ операціи Mikulicz'a — наиболѣе надежная.

**А. А. Трояновъ:** Иногда больные держатъ очень хорошо кольца, вставляемые въ задній проходъ, и выпаденій при этомъ не бываетъ; но болѣею частью черезъ нѣкоторое время они просятъ избавить ихъ отъ этого неприятнаго посторонняго тѣла.

**В. А. Басистъ:** Въ нѣсколькихъ случаяхъ я наблюдалъ выпаденія прямой кишки, положимъ, небольшія, появлявшіяся послѣ разрыва промежности во время родовъ, которыя совершенно исчезали послѣ операціи восстановленія промежности.

**Докладчикъ:** При выпаденіи одной слизистой оболочки прямой кишки это возможно, но въ случаяхъ съ выпаденіемъ всей прямой кишки и съ глубокимъ стояніемъ Douglas'ова пространства, едва-ли одно восстановленіе промежности будетъ имѣть результаты.

4) **Л. Г. Стужей.** Случай нарыва селезенки послѣ брюшного тифа. На 5-ой недѣлѣ въ теченіи характернаго брюшнаго тифа температура стала снова повышаться; появились боль въ лѣвомъ боку, заглушеніе звука и ослабленное дыханіе на лѣвой допатошной линіи кверху отъ 8-го ребра. При пробномъ проколѣ полученъ гной. Поставлено распознаваніе нарыва подъ грудобрюшной преградой, исходящаго изъ селезенки, при чемъ не исключалась возможность и ограниченнаго скопленія въ плейрѣ. На 40-ой день подъ мѣстной анестезіей эйканомъ сдѣлано изсѣченіе 11-го ребра. Срошени въ плейрѣ не было. Грудобрюшная преграда была пришта къ реберной плейрѣ, послѣ чего послѣднимъ разрезомъ былъ вскрытъ нарывъ селезенки, плотно сращенной съ преградой. Тампонъ. Сухая повязка. Послѣ операціи температура долгое время оставалась еще повышенной. Осложненій со стороны плейры не было. Въ настоящее время осталась поверхностная гранулирующая рана (Въ передачѣ докладчика).

**А. А. Бьлюоловскій:** Если-бы при бактериологическомъ изслѣдованіи гноя, добытаго при пробномъ проколѣ, получилась чистая разводка тифозныхъ палочекъ, то можно было-бы оставить больного безъ операціи, ибо известно, что гной въ нарывахъ, вызванныхъ тифозными палочками, со временемъ становится стерильнымъ и въ концѣ концовъ совершенно всасывается.

**А. А. Трояновъ:** Путь, которымъ Вы прошли къ гнойнику, самый кратчайшій. Но есть еще и другой путь къ нарывамъ въ селезенкѣ. Я недавно вскрылъ такой нарывъ, проведя разрезъ отъ 12-го къ 11-му ребру и продвигаясь тупымъ путемъ (пальцами) вверхъ подъ грудобрюшную преграду къ селезенкѣ. Въ моемъ случаѣ также не было сдѣлано бактериологическаго изслѣдованія; но, имѣя предъ собою гнойникъ, чрезвычайно трудно удержаться отъ его вскрытія и ждать неопредѣленное время, пока гной, можетъ быть, сдѣлается стерильнымъ, особенно если больной лихорадитъ.

**А. А. Печеевъ:** Инфаркты селезенки при брюшномъ тифѣ бывають не часто; а случаи, когда они переходятъ въ нагноеніе, наблюдаются еще рѣже.

**Ч. пр. Г. Ф. Цейдлеръ:** Известно, что не только гной въ нарывахъ, вызванныхъ тифозными палочками, можетъ сдѣлаться стерильнымъ, но тоже самое доказано и для стафилококковъ.

5) **В. В. Чистосердовъ.** Случай разрыва тонкой кишки (съ предъавленіемъ больного). С. Б., 29 л., крестьянинъ, поступилъ въ больницу, 29/VI. Средняго роста, хорошаго питанія. 3 часа назадъ во время драки получилъ ударъ кулакомъ по животу, послѣ чего сразу-же почувствовалъ сильные боли въ немъ. 2 раза была рвота. Животъ сильно напряженъ; рѣзка болязненность при ощупываніи въ лѣвой его 1/4 около пупка; припухленіе здѣсь же. Леченочная тупость уменьшена. П. 116, небольшого наполненія. Подъ хлороформомъ — чревосѣченіе. Разрезъ по срединной линіи, около 15 см. длиною. По вскрытіи брюшной полости въ ней оказалось незначительное количество фибринозно-гнойнаго выпота. При осмотрѣ петель тонкихъ кишекъ, лежащихъ вътѣ, найденъ разрывъ, около 2 см. диаметромъ. Рана кишки зашита 2-мя рядами швовъ. Съ больнымъ въ это время случилась асфиксія, продолжавшаяся около 10 мин. Въ рану введены тампоны. Сухая асептическая повязка. По окончаніи операціи подъ кожу влито 500 к. стм. физиологическаго раствора соли. Въ послѣдующемъ теченіи больной лихорадитъ 8 дней; рвоты не было только 1 день; болязненность живота держалась съ недѣлю. Тампоны смѣнены на 10-ый день. Въ 1-ую недѣлю вливали ежедневно по 500 к. стм. физиологиче-

скаго раствора соли. Въ настоящее время у больного имѣется поверхностная гранулирующая рана (Въ передачѣ докладчика).

**А. А. Трояновъ:** Промывали-ли Вы въ этомъ случаѣ полость брюшины физиологическимъ растворомъ поваренной соли?

**Докладчикъ:** Нѣтъ.

**Ч. пр. Г. Ф. Цейдлеръ:** Что касается промыванія брюшной полости, то мы одно время примѣняли этотъ способъ дов. широко; потомъ опять совершенно оставили его, а теперь стараемся въ этомъ отношеніи примѣняться къ особенностямъ каждаго отдѣльнаго случая. Результаты — крайне сбивчивые, и точнаго на этотъ счетъ правила на основаніи имѣющихся статистическихъ данныхъ вывести пока нельзя. Впечатленіе у меня получилось такое, что безъ промыванія перитониты протекають какъ будто лучше. Все таки, какъ общее правило, мы не промываемъ брюшной полости въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ еще имѣются не пораженные участки брюшины.

**И. И. Грековъ:** Я вполне раздѣляю мнѣніе, высказанное Г. Ф. Цейдлеромъ. У насъ было 2 случая разрыва кишокъ при разлитомъ перитонитѣ, которые оба окончились смертельно при примѣненіи промываній. На вскрытіи брюшина представлялась совершенно чистой.

**Л. Г. Стужей:** Въ моемъ случаѣ я промывалъ брюшную полость; больной мой выздоровѣлъ.

**А. А. Нечеевъ:** Вопросы о промываніи брюшной полости при перитонитахъ я очень интересовался. Есть какъ сторонники, такъ и противники его. Вѣроятно, и тѣ и другіе имѣють за собой известныя основанія. Определенный выводъ можно, конечно, сдѣлать лишь на основаніи очень большаго числа наблюденій. Разумѣется въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ нужно точно разбираться, что не всегда возможно во время операціи.

**А. А. Трояновъ:** Я долго и добросовѣстно примѣнял промыванія при перитонитахъ, но, къ сожалѣнію, всѣ мои больные погибли.

**И. И. Грековъ:** Въ случаѣ докладчика боля, на которыя жаловался больной, соответствовали какъ разъ мѣсту разрыва кишокъ. Въ одномъ моемъ случаѣ наблюдалось тоже самое. Многіе совѣтуютъ, въ виду этого, проводить разрезъ именно въ этомъ мѣстѣ, чтобы сразу найти разрывъ, но манипулируя долго въ брюшной полости. Мнѣ кажется, что предложеніе это можетъ имѣть известное значеніе.

6) **Ө. И. Граменицкій.** Къ вопросу о леченіи застойной гипереміи по способу Bier'a (см. выше, № 36).

**Ч. пр. Г. Ф. Цейдлеръ:** Конечно, приведенные докладчикомъ случаи — не всѣ, въ которыхъ мы примѣняли застойную гиперемію. Теперь за послѣдніе 1 1/2 года этотъ способъ леченія сталъ у насъ обычнымъ, и всѣ, вѣроятно, убѣдились въ пользѣ его въ известныхъ случаяхъ. Польза эта особенно сказывается при мѣстномъ процессѣ. Въ случаяхъ, когда процессъ былъ болѣе общимъ, конечно, рассчитывать на существенный эффектъ нельзя. Особенно блестящи были результаты при гнойныхъ тендовагинитахъ, при которыхъ, обходясь нѣсколькими маленькими разрезами, удавалось сохранить сухожиліе, и больные уходили съ полной функцией пальцевъ. Нельзя сказать, что при этомъ способѣ процессъ обрывается и что можно обойтись вообще безъ разрезовъ. Самъ Bierъ совѣтуетъ дѣлать ихъ тамъ, гдѣ они необходимы. Но весь процессъ лучше ограничивается, и болѣею частью оказывается возможнымъ обойтись меньшими разрезами. При рождъ мы также примѣняли это леченіе, но при ней результаты получились сомнительные. Конечно, и здѣсь требуется индивидуализація каждаго случая; но несомнѣнно, что способъ этотъ заслуживаетъ полнаго вниманія. За послѣднее время способъ Bier'a приобрѣлъ уже себѣ права гражданства.

**А. А. Бьлюоловскій:** Мы примѣняли этотъ способъ при различныхъ артритѣхъ, особенно при затяжныхъ формахъ, и результаты въ общемъ получились благоприятные. Несомнѣнно, что боли значительно успокаиваются, такъ что больные нѣрѣдко сами просятъ наложить имъ бинтъ.

**С. А. Рехтшмеръ:** Я примѣнялъ способъ Bier'a при ischias'ѣ; онъ оказывалъ известное дѣйствіе при этомъ заболѣваніи, но нельзя сказать, чтобы результаты были блестящи.

**И. И. Грековъ:** Прибавить къ тому, что уже сказано объ этомъ способѣ собственно говоря нечего. Онъ измѣнилъ совершенно наше понятіе о леченіи гнойныхъ воспаленій. Техника этого способа тонкая, и нужно владѣть ею въ совершенствѣ, тогда только получаютъ хорошіе результаты. Хорошо дѣйствуетъ также бинтъ, наложенный на шею, при гнойныхъ процессахъ на головѣ. Примѣняли мы также этотъ способъ при осложненныхъ переломахъ съ дов. хорошимъ результатомъ. При тендовагинитахъ мы не получали такихъ хорошихъ результатовъ, но случаи эти были очень тяжелые. При остеомиелитахъ мы въ 1 случаѣ наблюдали смертельный исходъ.

**С. В. Гольдбергъ:** По моему, выраженіемъ, что «Bier измѣнилъ совершенно способъ леченія», злоупотребляю. Я съ этимъ несогласенъ. Способъ леченія остается тѣмъ-же, а Bier лишь видоизмѣнилъ способъ примѣненія. При широкомъ разрезѣ и послѣдующемъ отсасываніи весь процессъ протекаетъ лучше, чѣмъ при разрезѣ маленькомъ. Мы только другимъ способомъ стараемся удалить гной; но самый принципъ удаленія его остался тѣмъ-же самымъ.

**И. И. Грековъ:** Я съ этимъ не могу согласиться.

**А. А. Нечеевъ:** Имѣются наблюденія Lacer'a, что стрептококковыя заразные формы хуже поддаются способу Bier'a, чѣмъ стафилококковыя, такъ что, при точномъ бактериологическомъ изслѣдованіи каждаго случая, можетъ быть, найдется дальнѣйшій путь къ индивидуализаціи этого способа.

**А. А. Троянов:** Если бы весь способ сводился только к отсасыванию гноя, то, действительно, это не был бы новый способ. Но главная цель способа — вызывать временную пассивную гиперемия, влекущую за собою гиперемия активную, которая и имеет огромное значение во всем процессе воспаления. Полагаю, что принцип лечения при этом способе изменился.

**А. А. Нечаев:** При этом способе получаются также измененные условия лимфообразования, и есть исследования, что бактерицидность лимфы при застое повышается. Это обстоятельство также, вероятно, имеет известное значение. Пока изучали только, так сказать, макроскопическую картину всех изменений при этом способе; необходимо, однако, подробно изучить и теоретическую сторону его.

У ч. пр. **А. Н. Соколов:** Предъявление препарата первичного рака печени. Прижизненное распознавание было: «саркома hepatis». На вскрытии найдено: цирротическая печень, весомъ въ 4850 гр., пронизана, преимущественно въ правой доль, крупными и мелкими узлами новообразований, очень мягкими; над однимъ изъ узловъ сыровоточный покровъ печени лопнулъ, и въ брюшную полость въ обилии излилась кровь, окрасившая скопившуюся тамъ водяночную жидкость; въ другихъ органахъ никакого новообразования не найдено, что заставляетъ признать новообразование печени первичнымъ. Микроскопическое исследование (препараты были выставлены) подтверждаетъ макроскопическое распознавание тѣмъ, что въ эпителиальныхъ трубкахъ содержатся массы, подобные желчи; такимъ образомъ здѣсь мы имѣемъ передъ собою «sarcoma adenomatosa hepatis» (Въ передать докладчика).

Предсѣдатель **А. Нечаевъ.**

Секретари **Г. Цейдлеръ 2.**  
**В. Штюлеръ.**

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФИЯ.

*Kirmisson. Précis de chirurgie infantile. Сз 462 пус.  
въ текстъ. Paris. Изд. Masson et Co. 1906 г.*

Насколько мнѣ известно въ хирургической литературѣ нѣтъ специальныхъ руководствъ по хирургіи дѣтскаго возраста. Книга *Kirmisson*'а пополняетъ существующій пробѣлъ. Особенности хирургіи дѣтскаго возраста заключаются, по автору, въ преобладаніи пороковъ развитія и въ заболѣваніяхъ двигательнаго прибора. Отъ хирурга, работающаго въ этой области, не требуется совершенной техники. Трудныя съ технической стороны операции (иссѣченіе желудка, кишокъ, удаление большихъ злокачественныхъ новообразований), у дѣтей производится въ видѣ исключенія. Обычная хирургія дѣтскаго возраста предъявляетъ къ хирургу относительно скромныя требованія.

Книга *Kirmisson*'а распадается на 4 отдѣла. Въ 1-мъ изъ нихъ рѣчь идетъ о хирургическихъ заболѣваніяхъ врожденнаго происхожденія. Разсматриваются послѣдовательно пороки развитія позвоночника, головы, шеи, туловища, верхнихъ и нижнихъ конечностей. Отдѣлъ разработанъ очень подробно и составляетъ 1/4 книги (282 стр.).

2-ой отдѣлъ — сравнительно небольшой (74 стр.) — посвященъ травматическимъ заболѣваніямъ (переломы, вывихи, ожоги и инородныя тѣла наружнаго слуховаго прохода, носовыхъ полостей гортани, бронховъ и пищевода).

3-ий отдѣлъ — самый обширный (400 стр.) — содержитъ рядъ интересныхъ главъ по воспалительнымъ болѣзнямъ, болѣзнямъ питания и движенія. На первомъ планѣ — острое заразное воспаление костнаго мозга; 2-ое по счету, но 1-ое по объему мѣсто занимаютъ всевозможныя бурчатковыя пораженія; на 3-мъ мѣстѣ стоитъ рахитъ со всеми его послѣдствіями, на 4-мъ — сифилисъ, на 5-мъ — разстройства въ зависимости отъ заболѣваній нервной системы (дѣтскіе параличи и гемиплегія, судорожная параличъ). Въ этотъ же отдѣлъ включены главы о воспаленіи средняго уха и сосцевиднаго отростка, о заболѣваніяхъ глотки и носовыхъ полостей (поллипы, железистыя разрошенія, увеличеніе миндалинъ, злосточные нарывы), о гнойномъ воспаленіи плевры, воспаленіяхъ шейныхъ железъ, объ аппендицитѣ, пнеймококковымъ воспаленіи брюшины, кишечномъ вѣдреніи, заболѣваніяхъ прямой кишки (поллипы, выпаденіе), о угорчаткѣ мочеполювыхъ органовъ и о пузырныхъ камняхъ. По вопросу о леченіи бурчатковаго воспаленія шейныхъ железъ и аппендицита авт. въ общемъ высказывается въ пользу внутренняго леченія.

Въ послѣднемъ, небольшомъ, отдѣлѣ (32 стр.) разсмотрѣны встрѣчающіяся у дѣтей доброкачественныя и злокачественныя новообразования.

Рисунки въ книгѣ далеки отъ художественности, но достаточно наглядны. *Kirmisson* имѣетъ въ виду врача-практика. Теоріямъ уделено очень мало мѣста. Патолого-анатомическая картина приведена при каждой заболѣваніи лишь постольку, постольку она можетъ освѣтить клиническую сторону заболѣванія. Распознаваніе, предсказаніе и леченіе изложены кратко. Показанія къ операциіи разобраны прекрасно. Общая положенія мѣстами пояснены исторіями болѣзни. Въ авторѣ видны большой опытъ, умѣнье излагать и систематизировать свое и чужое, остро-

рожность въ оцѣнкѣ способствъ, предложенныхъ другими хирургами, и основанная на широкомъ многолѣтнемъ опытѣ увѣренность въ предлагаемыхъ имъ самими.

Книга издана хорошо. Цѣна ея 6 р. **Б. Финкельштейнъ.**

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

**ССХІІІ. М. Г.** Въ виду обращаемыхъ къ намъ запросовъ, связанныхъ съ нашей бывшей службой въ химико-бактеріологическомъ Институтѣ д-ра **Ф. М. Блюменталъ** въ Москвѣ, просимъ Васъ не отказать напечатать, что мы больше сотрудниками вышеупомянутаго Института не состоимъ.

Завѣдывавшій бактеріологическимъ и сыровоточнымъ отдѣленіями

Врачъ **О. И. Бронштейнъ.**

Завѣдывавшій урологическимъ отдѣленіемъ

д-ръ мед. **А. Б. Левинсонъ.**

Завѣдывавшій химическимъ отдѣленіемъ

магистрантъ фарм. **П. Р. Бернгардъ.**

Москва. 21-го октября 1906 г.

**ССХІV. М. Г.** Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ:

Въ «Новомъ Пути» (16 сентября) была помѣщена краткая замѣтка, что Бюро Всероссийскаго ветеринарнаго Союза объявило бойкотъ мѣсту старшаго ветеринара на Московскихъ бойняхъ, потому что городская Управа не приняла обратно уволеннаго въ декабрѣ 1905 г. бывшаго старшаго ветеринара **П. Н. Андреева**.

Изъ всего наличнаго состава боенскихъ ветеринаровъ никто по этому дѣлу допросенъ не былъ, хотя, несомнѣнно, рѣшилъ это дѣло, нельзя было игнорировать насъ, въ большинствѣ своего состава хорошо знавшихъ г. **Андреева**, его отношенія къ Управѣ и Управы къ нему. Такое игнорированіе насъ со стороны Бюро было тѣмъ болѣе удивительнымъ, что на насъ падала прежде всего необходимость активной поддержанія объявленнаго бойкота. Мы должны были бы прежде другихъ предложить замѣщающему старшаго ветеринара отказаться отъ исполненія своихъ обязанностей и категорически заявить Управѣ, что будемъ бойкотировать всякаго, назначеннаго старшимъ ветеринаромъ или замѣщающаго его. Нѣтъ, конечно, никакого сомнѣнія, къ какимъ послѣдствіямъ могло привести это активное поддержаніе бойкота. Когда предъявляютъ къ людямъ такіе чрезвычайныя требованія, для выполненія которыхъ нужно столько гражданскаго мужества и жертвъ, ближайшее участіе въ разбирательствѣ дѣла или хотя бы привлеченіе насъ къ процессу установленія бойкота, какъ свидѣтелей, свѣдущихъ лицъ является требованіемъ самаго элементарнаго такта. Нельзя же было гнать насъ на бой, не предпринявъ предварительно ни одного шага къ тому, чтобы *убыли* насъ, почему мы должны идти въ бой, доказать намъ, что г. **Андреевъ** не принятъ, действительно, за свои политическія убѣжденія или дѣйствія, за участіе въ освободительномъ движеніи.

Мы ждали, что Бюро не замедлитъ сообщить намъ мотивы, подвигнувшіе его на такой чрезвычайный образъ дѣйствій. Однако мы ошиблись. Бюро даже не потрудились извѣстить насъ о томъ, что бойкотъ, дѣйствительно, объявленъ. Мы ждали до 5 октября и, наконецъ, рѣшили послать Бюро запросъ слѣдующаго содержанія: «Нижеподписавшіеся боенскіе ветеринарные врачи просятъ Бюро ветеринарнаго Союза освѣдомить ихъ, дѣйствительно-ли оно объявило бойкотъ мѣсту старшаго ветеринара на Московскихъ бойняхъ, какъ о томъ сообщено въ замѣткѣ «Новаго Пути» отъ 16-го сентября? Если бойкотъ на самомъ дѣлѣ объявленъ, то намъ, которымъ прежде другихъ товарищамъ приходится считаться съ нимъ и активно, а слѣд., и не безъ опасности для себя, проводить его, — намъ хотѣлось бы ближайшимъ образомъ познакомиться, насколько основательны мотивы, побудившіе Бюро объявить бойкотъ, и соблюденіи ли необходимыхъ условій, требуемыхъ для справедливаго рѣшенія дѣла этого рода? Поэтому, мы надѣемся, что Бюро не откажется ознакомить насъ самымъ подробнымъ образомъ о всѣхъ деталяхъ дѣла объявленія этого бойкота».

Отъ члена Бюро, которому мы переслали это заявленіе, мы получили категорическій отказъ направить его въ Бюро. Отказъ мы, конечно, игнорировали, такъ какъ для насъ было только важно, чтобы запросъ тѣмъ или инымъ путемъ дошелъ до Бюро. Мы приняли еще и другіе пути и съ несомнѣнностью знаемъ, что нашъ запросъ дѣйствительно дошелъ до Бюро.

Мы напрасно ждали отвѣта еще 2 недѣли и теперь, отчаявшись получить его, заявляемъ нижеслѣдующее.

Во 1-хъ, съ процессуальной стороны. На такой образъ дѣйствія, при которомъ во время разбирательства устраняются изъ дѣла особо важныя свидѣтели, едва-ли рѣшится какой либо судъ. Игнорированіе насъ при установленіи бойкота мы признаемъ не только несправедливостію по отношенію къ намъ, но и обстоятельствомъ, вслѣдствіе котораго навесенъ былъ существенный ущербъ самому разслѣдованію, разбирательству дѣла. Такимъ порядкомъ такого рода дѣла рѣшать нельзя.

Во 2-хъ, у насъ не имѣется ровно никакихъ данныхъ, что



г. Андреев не был принят обратно за свои политические убеждения или действия, за участие в освободительном движении. Напротив, есть много указаний на то, что Упрáva находила его просто непригодным, в качестве старшего ветеринара в потону только и не приняла его обратно. Но если г. Андреев пострадал не за участие в освободительном движении, то объявлять бойкот Бюро не имело никакого права.

На эти основания мы считаем бойкот объявленным неправильно и несправедливо и совершенно отказываемся с ним считаться.

Ветеринары городских боев: А. Петров, С. Нестеров, И. Панов, Н. Зеленин, Н. Бабушкин, И. Кочуров, О. Половичкин.

Москва. 20-го октября 1906 г.

### ССХV. Открытое письмо врачам Московской психиатрической клиники.

Врачи Преображенской больницы—и более молодые, бывшие ординаторы психиатрической клиники, работавшие там вместе с проф. В. П. Сербским и хорошо его знающие, и более пожилые, выдавшие в прежнее время на научных Конференциях Преображенской больницы В. П. Сербского, который вместе с покойным С. С. Корсаковым оказывал Конференциям большое внимание и своими знаниями и опытною много способствовал их интересу и значению в жизни больницы,—с удивлением ознакомились с напечатанной 15-го октября 1906 г. запиской в «Русском Слове», где неподписавшийся автор сообщает текст «адреса», поднесенного врачами клиники проф. В. П. Сербскому, в котором кладется густая тень не только на его труды в качестве профессора и руководителя клиники, но и на его нравственный облик, как честного человека.

Прождав несколько дней в тишине надежды, что врачи психиатрической клиники сами опровергнут появившееся в печати сообщение, или так или иначе отзовутся на него, врачи Преображенской больницы, знающие уже очень давно проф. В. П. Сербского, личность которого, и как ученого работника и как человека, отзывчивого на запросы общественные, и, самое главное, как безусловно честного и прямого человека, не подлежащего до сих пор никакому сомнению, и в настоящее время не могут не думать о нем развешенном мнении без особа восторженных и мотивированных разъяснений, которых ждешь от теперешних врачей Московской психиатрической клиники. Ведь, такого же доброго мнения о проф. В. П. Сербском до сих пор были и сами клинические врачи, судя по их же словам: «и только теперь, когда Вы (т. е. проф. Сербский) заговорили, мы поняли, как жестоко мы в Вас ошибались». Тем более должны быть продуманы и обоснованы те выводы, к которым неожиданно для многих врачей-психиатров, пришла группа клинических врачей, обязанная теперь высказаться и осветить ту мрачную картину, которая, по ее мнению, содалась в той клинике, где так недавно и так много заботились об объединении врачей-психиатров, где покойным С. С. Корсаковым, а затем и В. П. Сербским, широко проводились врачебные Конференции, чтения рефератов, совместные с пришлыми психиатрами, обсуждения различных психиатрических вопросов и т. п.

Врачи Преображенской больницы: С. Протопопов, Н. Бунин, В. Чельцов, Н. Орлов, А. Любушин, Н. Недетев и Юр. Радошин.

Москва. 22-го октября 1906 г.

## ХРОНИКА И МЕЛКИЕ ИЗВЕСТИЯ.

1985. Глубокоуважаемый секретарь Правления Петербургского врачебного Общества взаимной помощи д-р П. П. Дроздовский от имени Правления просит нас оповестить, что заседание Правления Общества с участием членов (товарищеская беседа) иметъ быть в субботу 28-го октября в 8 час. веч., в зал Общества охранения народного здоровья (Мойка, 85). Предметы занятий—д-р Г. И. Дембо: Тюремные врачи.

1986. Глубокоуважаемый секретарь Комитета главной вспомогательной медицинской Кассы, учрежденной Я. А. Чистовичем, д-р А. В. Рутковский от имени Комитета просит нас оповестить, что Общее Собрание участников Кассы иметъ быть в субботу 4-го ноября в 8 час. веч., в помещении Петербургского Собрания врачей (Невский пр., 47). Предметы занятий—Продолжение обсуждения проекта изменения устава Кассы при участии проф. С. Е. Сивича.

1987. При выборах декана медицинского факультета Одесского Университета составом медицинского факультета голоса, как сообщает «Новое Обозрение» (17 октября), разделились поровну между проф. Б. Ф. Верно, П. Я. Борисовым и С. В. Левашевым, и вопрос о выборе декана переданъ был на разрешение Совета Университета. На заседании последнего 16-го октября большинством 34 голосов против 5 избранъ проф. Б. Ф. Верно.

верситета избранъ проф. М. М. Рузнецовъ («Харьковскія Вѣдомости», 17 октября).

19-9. В № 41 «Русского Врача» (стр. 1291), сообщая о возобновлении занятий на всѣхъ факультетахъ Московскаго Университета, мы привели цѣлкомъ рѣчь ректора, отмѣтившаго грозившую Университету опасность, «заключающуюся въ характерѣ университетскихъ Собраний, въ резолюціяхъ, принимаемыхъ ими, а также въ томъ, что нѣкоторыя группы, находящіяся внѣ Университета, пользуются имъ для своихъ цѣлей». Рѣчь эта произнесена была ректоромъ 6-го октября, а 18-го октября ему пришлось снова закрыть только-что открытый Университетъ до 30-го октября «въ виду происшедшаго въ стѣнахъ Университета 18-го октября нарушенія порядка». Это «нарушеніе порядка» заключалось въ томъ, что сторонники постановленія студенческой Сходки 16-го октября о 3-дневной забастовкѣ въ память борцовъ за свободу насильственно понуждали нежелавшихъ подчиниться ихъ постановленію прекратить начавшіяся 18-го октября занятія. Съ этою цѣлью они стучали въ двери аудиторий, пріотворяли ихъ съ криками и возгласами и прои-водили въ корридорахъ такой шумъ (съ пѣніемъ хоромъ похороннаго марша, между прочимъ), что чтеніе лекцій стало крайне затруднительнымъ. Въ отвѣтъ на уговоры ректора и его помощника послышались свистки... Такъ описывается вся эта почальная исторія въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (19 октября), редакціей которыхъ получено много писемъ отъ студентовъ съ выраженіемъ протеста противъ дѣйствій той части ихъ товарищей, которая не желаетъ считаться съ желаніемъ большинства студенчества заниматься и своей обструкціей вызываетъ закрытіе Университета. Комитетъ студенческой фракціи партіи народной свободы въ своемъ мотивированномъ протестѣ противъ забастовки (агентскія телеграммы отъ 19-го октября) «считаетъ необходимымъ выяснитъ происшедшее общественному мнѣнію и изложитъ тѣ соображенія, которыя побудили фракцію не связывать своихъ членовъ какимъ-либо опредѣленнымъ постановленіемъ и считать рѣшеніе общей Сходки—бастовать 3 дня—необязательнымъ». «Фракція считаетъ упомянутое постановленіе незаконнымъ и нецѣлесообразнымъ прежде всего потому, что рѣшеніе бастовать 3 дня вынесено некомпетентнымъ учрежденіемъ, такъ какъ постановленіе столь малочисленнаго Собранія—около 600 чел.—не можетъ предписывать какихъ-либо опредѣленныхъ дѣйствій 9000 студентамъ. Кроме того, на самомъ Собраніи 15-го октября были допущены вопіющія правонарушенія. Такъ, напр., въ повѣсткахъ на это Собраніе вопросъ о забастовкѣ поставленъ не былъ. Далѣе, при обсужденіи порядка дня онъ тоже не былъ внесенъ. И только послѣ 3 час. дня, когда представители фракціи партіи народной свободы ушли на фракціонное Собраніе и заявили объ этомъ формально, возникъ и былъ рѣшенъ вопросъ о забастовкѣ. Такимъ образомъ фракція имѣла всѣ основанія игнорировать это постановленіе и установитъ фактъ грубого насилія меньшинства. Комитетъ фракціи партіи народной свободы выражаетъ увѣренность, что подобныя приемы будутъ встрѣчены рѣшительнымъ осужденіемъ и энергичнымъ протестомъ со стороны всѣхъ, для кого требованія свободы вызываются не только соображеніемъ пользы, но прежде всего вѣчными нравственными долгами. Изъ преподавательскаго персонала по поводу происшедшаго въ Московскомъ Университетѣ высказывается въ письмѣ въ «Русскія Вѣдомости» проф. Е. Н. Трубецкой. Благожелательное отношеніе автора къ студенчеству—внѣ сомнѣнія, а потому рисуемая имъ картина того, что происходитъ въ Московскомъ Университетѣ, можетъ заставить серьезно задуматься о будущности нашихъ высшихъ учебныхъ заведеній. Думаемъ, что это письмо прочтется съ интересомъ многими изъ нашихъ читателей: «къ событіямъ въ Университетѣ». Лекціи въ Университетѣ созваны по постановленію «общей Сходки». Ректоръ былъ вынужденъ закрыть Университетъ до 30-го октября. Такъ отпраздновали мы годовщину первой великой побѣды русскаго освободительнаго движенія. Сходка наша удобными ознаменована ея нарушеніемъ свободы учить и учиться. Группа организованныхъ студентовъ заявила, что она будетъ процѣпствовать занятіямъ всѣми зависящими отъ нея мѣрами. Напрасны были попытки Совѣта оградить Университетъ противъ вторженія въ него грубой силы. Гони природу въ дверь, она влетитъ въ окно. Цѣною невѣроятныхъ усилій Совѣту удалось не допустить полицію въ университетскія зданія. Но къ стыду нашему полицейскій режимъ у насъ въ крови: поэтому онъ самъ собою возстанетъ усиліями части студенчества, вопреки недавнему заявленію Сходки, что студенты никогда не возьмутъ на себя полицейскихъ функцій. Профессорамъ и огромному большинству студенчества, которое ждаешь заниматься, предлагается повиноваться грубой силѣ самодержавнаго меньшинства. *Даремъ кулка въ Университетъ на другой день послѣ годовщины манифеста!* Какой глубокой символизмъ въ этомъ событіи! Нужно-ли искать лучшаго предлога для тѣхъ, кто хочетъ, чтобы манифестъ остался мертвой буквой! Правовыя начала, возведенныя манифестомъ, доселѣ не проникали въ сознаніе «группы» студенчества, мнящей себя передовою. Какой козырь для правительства, которое не хочетъ осуществить ихъ въ жизни! Что общаго въ самомъ дѣлѣ между этими началами и тѣмъ, что творится у насъ въ Университетѣ? «Неприкосновенность личности!» Это въ теоріи. А на практикѣ нѣтъ тѣхъ оскорбленій, которымъ-бы не подвергался студентъ, идущій теперь, вопреки рѣшенію нѣсколькихъ сотъ своихъ товарищей, на лекцію. «Свобода слова!» Неужели это значить, что долженъ быть освященъ всякій, кто осмѣлится на Сходкѣ противопоставить крайнимъ партиямъ? И наконецъ, «свобода Собранія»

которая сводится к тому, что студенты не могут собираться в автономном Университете для слушания лекций профессоров! И все это делается для того, чтобы «почтить память борцов за свободу»! Неужели для этого нужно попирали ногами ту самую свободу, за которую они боролись? Осмелился-ли кто-нибудь сказать, что «борцы за свободу» боролись за чью-либо диктатуру? Не значить-ли это надругаться над их памятью? А что же мы имеем в Университете, как не ту же самую диктатуру, против которой недавно так справедливо возставала часть студентов? Какое другое значение может иметь самодержавие общей Сходки *теперь*, когда в Университете около 9000 студентов, а самая большая аудитория не может вместить более 1500 их? Развѣ это не значит вручать безграничную власть над студентами тем их товарищам, которые случайно овладевают аудиторией или заберутся в нее первыми? И этот «вѣчевой» режим в Университете отставляют, то, что душу готово отдать за народное представительство и за 4-членную формулу. Сочтете-ли студенчество когда-нибудь возможным в собственном быту быть вѣрным этой формулы—собственному его принципу? Увидим-ли мы в Университете студенческое представительство, избранное «всеобщим, прямым, тайным и равным голосованием»? Или же принцип будут отбрасываться в сторону всякий раз, когда они будут стоять поперек дороги сплоченному и предпримчивому меньшинству. Пока у нас в Университете господствует один принцип: «Кто палку возьмет, тот и капрал». Пусть так! Но тем, кто проводить в жизнь этот принцип, не следовало-бы вспоминать «о борцах за свободу». Во всех отношениях прямо и лучше было-бы заявить себя сторонниками своего самодержавия. Тогда их полицейский деспотизм получал-бы своеобразное оправдание и объяснение.

1990. «Рѣчь» (18 октября) сообщает из Москвы, что там между градоначальником и Университетом *назревает новый конфликт*. Градоначальник отправил ректору Университета письмо, в котором делает запрос по поводу принятия на Сходкѣ студентов рѣшения о прекращении на 3 дня занятий «в память борцов за свободу».

1991. По поводу начавшихся уже, пока краткосрочных, закрытий наших Университетов (Московский, Казанский) и возникшей розни между Советами профессоров и студенчеством на почве разнорѣчиваго толкования понятия об автономии считаем уместным привести *изъясненіе проф. М. М. Ковалевскаго* въ его статьѣ, посвященной вопросу о *фактической задаче высшей школы* («Страна», 20 октября): «Как-бы ни раздѣляла нас политика, на каких-бы противоположных полюсах мы ни стояли при оцѣнкѣ ближайших задач современности, мы все сходимся въ одномъ желаніи — сдѣлать все отъ насъ зависящее, чтобы дать возможность правильного теченія университетской жизни. И это чувство вытекает изъ общаго убѣжденія, что самыя ужасныя изъ всѣхъ узъ — тѣ, какія налагаетъ невѣжество; что Россія никогда еще не была въ такой степени нужна люди не только образованные, но специалисты во всѣхъ областяхъ знанія. Безъ этого не устоять нашей зачинающейся свободной европейской гражданственности въ борьбѣ съ традиціями и практикой восточной деспотіи. Безъ этого не раздѣлаться намъ никогда съ привычкой пассивнаго повиновения все за насъ чинящей бюрократіи; безъ этого самыя схватки съ нею никогда не будутъ ничѣмъ другимъ, какъ временными вспышками, эпидемически захватывающими собою общество, но лишь на короткій срокъ, и уступающими мѣсто повальной апатіи и готовности приспособиться ко всему старому, лишь бы оно не нарушало спокойнаго теченія привычной намъ жизни. Новыя учрежденія требуютъ новыхъ людей. Конституціонный строй немислимъ при отсутствіи сильныхъ индивидуальностей, вооруженныхъ знаніемъ европейской науки и историческаго опыта сосѣднихъ намъ народовъ. А все это можно дать намъ только высшая школа, съ ея кабинетами, лабораторіями, бібліотеками, лекціями, семинаріями.... Во всякомъ случаѣ, не Университетамъ принимать на себя задачу пропаганды тѣхъ или другихъ общественныхъ или политическихъ доктринъ. Мы ждемъ отъ него другой услуги: обогащенія насъ знаніями и еще въ большей степени усовершенствованія съ ихъ помощью нашего умственнаго аппарата. Для раскрытія истиннѣе другого пути, кромѣ научнаго анализа, научнаго синтеза. Когда къ вопросамъ современности мы въ состояніи будемъ прикладывать тѣ же строгіе методологическіе приемы, которыми открыты были законы природы, намъ не придется болѣе проводить нашу жизнь въ вѣчномъ патаніи между противорѣчивыми, взаимно исключаящими другъ друга теоріями. Мы озаботимся соотвѣтствіемъ нашихъ общественныхъ и политическихъ идеаловъ съ законами не одного логическаго мышленія, но и съ матеріальными и психическими потребностями того народа, часть котораго мы составляемъ. Наши программы перестанутъ быть выраженіемъ однихъ нашихъ вкусовъ и желаній. Онѣ отразятъ на себѣ пониманіе нами нормальныхъ условій гармоніи порядка и свободы на различныхъ ступеняхъ общественной эволюціи. Развитие научнаго мышленія — такова высшая задача Университетовъ, а такъ какъ безъ него немислимъ никакой прочный прогрессъ, то всякому, кому дороги судьбы родины, надлежитъ охранять эти очаги истиннаго просвѣщенія отъ всякаго внѣшняго вѣшателства. Будемъ надѣяться, что, оставивъ истинническіе споры о томъ, кому считать себя хозяевами въ автономной высшей школѣ, преподаватели и слушатели сойдутся въ одномъ желаніи — сохранить за Университетами ихъ настоящую миссію — свѣтлой

научнаго знанія и «пропагандистовъ» въ обществѣ приемомъ научнаго мышленія». — Все это — несомнѣнная истина, но она едва-ли примѣнима къ странѣ, напоминающей собой валамученное море. Какъ ни желательно охранить высшую школу отъ политики и сохранить ее лишь для науки, но опытъ исторіи показываетъ, что это никогда и нигдѣ не удавалось до тѣхъ поръ, пока не наступало внутренняго успокоенія въ странѣ. А скоро-ли оно наступитъ у насъ?

1992. По словамъ «Рѣчи» (19 октября), студенты-медики 5-го курса Московскаго Университета объявили *бойкотъ проф. Павлинову*, «извѣстному ставленнику покойнаго *Затарыина*». Вѣроятно, какъ сообщаетъ газета, мотивированъ всецѣло академическими причинами: проф. *Павлиновъ*, являясь директоромъ госпитальной клиники, читаетъ одинъ изъ важѣйшихъ курсовъ медицинскаго факультета — госпитальную терапію; между тѣмъ онъ до того небрежно относится къ дѣлу, почти не являясь на лекціи и пренебрегая практическими занятіями, что студенты оказались совершенно неподготовленными къ экзамену.

1993. «Рѣчь» (22 октября) сообщаетъ, какъ слухъ, что отъ Одесской администраціи поступило въ Министерство внутреннѣе дѣло *донесеніе, въ которомъ указывается на необходимость закрыть Университетъ*, какъ «центръ революціи въ Одессѣ».

1994. Какъ сообщаетъ «Новое Обозрѣніе» (18 октября), младшая группа преподавателей Одесскаго Университета постановила, что никто изъ членовъ академическаго Союза не можетъ занимать *мѣста ассистентовъ или другихъ у проф. Щеголева*.

1995. 18-го октября, какъ сообщаютъ агентскія телеграммы, *Казанскій Университетъ открылся* вновь.

1996. Министерство народнаго просвѣщенія, какъ сообщаетъ «Рѣчь» 20 октября), вторично входитъ въ Совѣтъ министровъ съ запросомъ, какъ поступить съ Варшавскимъ Университетомъ? Совѣтъ профессоровъ Университета считаетъ *открытіе занятій въ данное время невозможнымъ*, о чемъ и уведомили Министерство.

1997. «Рѣчь» (22 октября) сообщаетъ, что 20-го октября въ В.-Медицинской Академіи состоялась общеакадемическая Сходка студентовъ по вопросу о *студенческой столовой и реорганизации Совета старостъ*. Передъ началомъ Сходки была почтена вставаніемъ память погбавшихъ участниковъ освободительнаго движенія. Затѣмъ была принята предложенная Совѣтомъ старостъ резолюція, приветствующая осужденный Совѣтъ рабочихъ депутатовъ. Особенно долго на Сходкѣ разбирался вопросъ объ инцидентѣ въ студенческой столовой, послѣ котораго вся столовая Коммиссія сложила съ себя свои полномочія<sup>1)</sup>. Сходка признала дѣйствія Коммиссіи цѣлесообразными и постановила, что старые члены должны занять снова свои мѣста лишь послѣ принятія начальствомъ Академіи вновь выработаннаго устава столовой. Что касается «воззванія» начальника Академіи<sup>2)</sup>, то рѣшено объявить, что нормальная жизнь въ столовой наступитъ только съ того момента, когда послѣдняя будетъ освобождена отъ полицейской опеки и въ ней будетъ введена автономія. Затѣмъ Сходка выслушала отчетъ о дѣятельности Совѣта старостъ, которому, по предложенію представителя партіи народной свободы, была выражена Сходкой благодарность. Долгіе споры вызвалъ предложенный на разсмотрѣніе Сходки проектъ устава Совѣта старостъ. Рѣшено предложить Совѣту старостъ вновь пересмотрѣть упомянутый проектъ, а затѣмъ отпечатать его и распространить для ознакомленія съ нимъ студентовъ Академіи, послѣ чего онъ долженъ быть представленъ вторично на утвержденіе Сходки. Наконецъ, единогласно рѣшено было потребовать отъ начальника Академіи передачи всѣхъ суммъ, предназначенныхъ на пособіе студентамъ, въ руки Совѣта старостъ, который и долженъ заняться ихъ распределеніемъ.

1998. Военный министръ, какъ сообщаетъ «Рѣчь» (24 октября), на дняхъ вызывалъ къ себѣ начальника В.-Медицинской Академіи проф. *А. Я. Данилевскаго* для объясненій по поводу послѣднихъ событій въ Академіи. Министръ былъ особенно возмущенъ послѣдней общеакадемической Сходкой студентовъ, на которой, помимо чисто академическихъ вопросовъ, была почтена память пострадавшихъ въ освободительномъ движеніи и выработана резолюція съ приветствіемъ Совѣту рабочихъ депутатовъ. Онъ обратилъ вниманіе начальника на то, что студенты въ своемъ приветствіи называютъ себя сторонниками революціоннаго движенія, что не можетъ быть терпимо въ введеніи, подготовляющемъ врачей для русской арміи. Послѣ продолжительнаго разговора съ проф. *А. Я. Данилевскимъ* и-

<sup>1)</sup> Вѣроятно, имѣется въ виду секретное предписаніе начальника Академіи штабъ-офицеру по студенческой столовой, которымъ, какъ сообщаетъ «Рѣчь» (21 октября), вѣнялось ему въ обязанность — слѣдить за направленіемъ клуба студентовъ и сообщать начальнику Академіи обо всемъ, что тамъ дѣлается.

<sup>2)</sup> «Рѣчь» (21 октября) такъ передаетъ содержаніе этого воззванія къ «здравому смыслу студентовъ». «Изъ этого воззванія начальникъ заявляетъ студентамъ, что введенная въ столовой продажа книгъ — совершенно лишняя, такъ какъ продажа книгъ правильно организована при студенческой бібліотекѣ. Она вѣтъ была бы терпима, если-бы настойчиво не продавались книги «незаконнаго, революціоннаго содержанія». Далѣе, начальникъ обращаетъ вниманіе на то, что столовая учреждена только для студентовъ Академіи; поэтому «расточеніе денегъ

вистры заявил, что, если в Академии не возобновится нормальная жизнь, то она *распорядится закрыть Академию сейчас же, а потому и навсегда*, так как военное Министерство не намерено культивировать рассадник революции, тем более, что за последние годы Академии не даются и врачам для армии (? Ред.). По словам некоторых профессоров Академии, передается почтенная газета, начальнику удалось «отстоять» пока Академию, но весьма возможно, что последняя будет закрыта.

1999. Конференция В. Медицинской Академии, исполняя приказание военного министра, как известно, постановила в начале настоящего учебного года из части студентов 4-го курса, побывавших на Дальнем Востоке или проводивших 2—3 года на этом курсе, создать 5-ый курс с тем, чтобы они прошли в течение 3-х мѣс. весь 5-ый курс и могли быть выпущены в декабрь врачами. В настоящее время Конференция, как сообщает «Рѣчь» (18 октября), отказалась высказать окончательно и определенно *положение переведенных на 5-ый курс студентов*, передав обсуждение вопроса в вновь составленную Комиссию из профессоров. В виду этого студенты эти 17-го октября единогласно постановили: 1) вновь потребовать от Конференции, чтобы переведенные были зачислены на 5-ый курс без всяких экзаменов и зачетов, или чтобы им были выданы немедленно выпускные свидетельства; 2) заявить Конференции, что они ни в какие переговоры с Комиссией, выдвинутой Конференцией, входить не желают; 3) никаких дополнительных зачетов и экзаменов не сдавать и 4) впредь до получения определенного ответа на свои требования, прекратить всякия занятия в клиниках и лабораториях Академии.

2000. По словам «Рѣчи» (19 октября), Сходка студентов 4-го курса В. Медицинской Академии постановила потребовать от Конференции, чтобы она *возобновила как лекции, так и практическія занятія, прерванныя ею 16-го октября*.

2001. Нам сообщают, что слушательницы первых курсов Женского Медицинского Института подали в советъ Института заявление о желательности упразднения *кафедры минералогии*. Обсудив это заявление, Советъ Института рѣшил преобразовать постановку преподавания этого предмета, а именно обратить особое внимание на преподавание геологии и для этого увеличить число лекционных часов по названной кафедре.

2002. Как сообщает «Рѣчь» (18 октября), на Сходке слушательниц Женского Медицинского Института, по предложению Совета старост, рѣшено послать *привѣтствіе членамъ Совета рабочих депутатов и ихъ защитникамъ*.

2003. На Сходке слушательниц Женского Медицинского Института 21-го октября, как сообщает «Рѣчь» (22 октября), должно было, между прочимъ, предложено младших преподавателей Института устроить *курсы для обученія грамотѣ слушательницъ Института*. Слушательницамъ, желающимъ принять участие в совѣстномъ съ преподавателями обсужденіи этого проекта, слѣдуетъ заявить о томъ Совету старостъ.

2004. Число действительныхъ студентовъ въ Киевскомъ Университетѣ по 14-ое октября достигло, по словамъ «Киевскаго Голоса» (16 октября), 4500 чел.

2005. Д-ръ А. Ю. Фейтъ в числѣ другихъ 15 лицъ 1-ой группы обвиненныхъ по дѣлу Совета рабочихъ депутатовъ *привѣренъ къ лишенію встѣ правъ состоянія и ссылокъ на поселеніе*.

2006. Слѣшимъ исправить дважды допущенную нами ошибку въ началѣ буквѣ имени и отчества д-ра Гусарова, арестованнаго въ Кронштадтѣ (см. выше, № 39, стр. 1229 и № 41, стр. 1292): арестованъ *Георгій Васильевичъ Гусаровъ*, по «Россійскому Медицинскому Списку» на 1906 г.—младшій врачъ 29 арт. бригады; В. А. Гусаровъ же, по «Списку» — старшій врачъ расположеннаго въ Кронштадтѣ 7 флотскаго экипажа, къ дѣлу не причастенъ.

военнаго Совета на лицъ постороннихъ, допускаемыхъ въ столовую, составляетъ прямое нарушение основной задачи столовой. Что касается развѣшенныхъ имъ же рефератовъ и литературно-музыкальныхъ вечеровъ, то онъ ставитъ на видъ студентамъ, что политика должна быть совершенно изгнана изъ студенческаго Клуба, въ которомъ, по его свѣдѣніямъ, слышатся рефераты только «революннаго» содержанія, при томъ исключительно для постороннихъ лицъ. Недопустимымъ начальнику Академии находить также и помѣщеніе кружка для сбора пожертвованій въ пользу политическихъ заключенныхъ и ссыльныхъ. Въ концѣ своего обращенія къ студентамъ начальникъ пишетъ: «Студенты, желающіе себѣ добра, должны имѣть въ виду, что продолженіе указаннаго въ столовой безпорядка можетъ повести къ закрытію ея. Поэтому онъ считаетъ необходимымъ обратиться къ здравому смыслу студентовъ и пригласить ихъ дружно отстаивать нормальное, спокойное существованіе столовой. Для этого необходимо только поставить ее выше всякихъ партійныхъ домогательствъ и сдѣлать ее территоріей совершенно безпартійной. Что касается реформъ и вопроса объ автономіи столовой, то начальникъ заявляетъ, что онъ охотно пойдетъ навстрѣчу всякому нововведенію, на правленію исключительно къ улучшенію питанія студен-

2007. Въ Лодзи арестованы: д-ра В. А. Стерлины, В. А. Пимкусы и Л. А. Пимкусы («Przegląd lekarski», 27 октября).

2008 «Рѣчь» (18 октября) телеграфируетъ изъ Елизаветграда, что ж.-вр. *Боловой*, служившей въ Земствѣ и арестованной въ январѣ по подозрѣнію въ агитаціи среди крестьянъ, но вскорѣ затѣмъ освобожденной, теперь, черезъ 7 мѣс., внезапно *предписано выѣхать за границу*; въ противномъ случаѣ она будетъ арестована и сослана въ одну изъ сѣверныхъ губерній. В. вынуждена оставить семью и отправиться за границу съ 6-недѣльнымъ ребенкомъ.

2009. Въ концѣ сентября, по словамъ «Рѣчи» (20 октября), въ Петербургѣ былъ арестованъ студентъ В. Медицинской Академии С. И. Сорокинъ. Онъ слѣдомъ былъ увезенъ въ ночь изъ 10-го октября въ Кронштадтъ. Всѣ просьбы матеря Сорокина, сообщать, въ чемъ обвиняется его сынъ и для чего онъ увезенъ, охранное отдѣленіе оставило безъ отвѣта.

2010. Въ настоящее время, какъ сообщаетъ «Рѣчь» (18 октября), въ Петербургскихъ тюрьмахъ содержатся слѣдующіе студенты В. Медицинской Академии: Осинъ, Шахматинскій, Готельсонъ, Куликовъ, Липскій Сорокинъ, Филиппенко, Головановъ, Данилевичъ, Кирносъ, Сабредо, Оратешине и Сервирибъ.

2011. «Рѣчь» (18 октября) сообщаетъ, что 16-го октября въ Петербургскомъ в. окружномъ судѣ слушалось при закрытыхъ дверяхъ дѣло о военныхъ фельдшерахъ Александрѣ Малининѣ и Василии Рискинѣ, преданныхъ суду по обвиненію ихъ по 51 и 131 ст. уг. ул. въ томъ, что 8-го декабря 1905 г. на ст. Юрвѣ Балтійской ж. дороги, въ разговорѣ съ казаками, прибывшими для усмиренія волненій въ Прибалтійскомъ краѣ, они уговаривали ихъ неповиноваться начальству, когда оно будетъ приказывать имъ стрѣлять въ толпу. Судъ призналъ Малинина и Рискина виновными въ предъявленномъ имъ обвиненіи и приговорилъ ихъ къ *лишенію воинскаго званія и ссылки на поселеніе*. — Петербургской судебной Палатой фельдшеръ Иванъ Сачукъ, обвинявшійся по 1 и 2 пп. 129 ст., приговоренъ, какъ сообщаетъ «Товарищъ» (24 октября), къ *заключенію въ крѣпости на 4 мѣс.*

2012. Въ напечатанномъ въ «Товарищѣ» (25 октября) полностью письмѣ бывшаго директора департамента полиціи г. Лопухина, привлекшемъ къ себѣ такое напряженное вниманіе всего общества по той роли, которую оно сыграло и должно было еще играть въ только-что окончившемся судебномъ разбирательствѣ дѣла Совета рабочихъ депутатовъ, мы съ краскою стыда на лицѣ прочитали слѣдующія строки: «Тѣ же воззванія» (провокаціонно-погромныя) «къ солдатамъ были также въ тысячахъ экземпляровъ посланы для распространенія въ Курскъ командированному туда врачу Михайлову, состоявшему по приглашенію д. с. с. Рачковскаго на службѣ въ департаментѣ полиціи по вольному найму. Михайловъ 19-го или 20-го января также потребовалъ изъ департамента полиціи телеграммой присылки новой партіи тѣхъ же воззваній, въ виду успеха ихъ успѣха среди солдатъ. Кроме того, издававшіеся департаментомъ полиціи воззванія распространялись въ Петербургѣ черезъ д-ра Дубровина и находящіяся подъ его предѣлительствомъ союзъ русскаго народа».... Г-нъ Дубровинъ извѣстенъ съ этой стороны болѣе, чѣмъ достаточно; врачей же съ фамиліей «Михайловъ» мы насчитали въ «Россійскомъ Медицинскомъ Спискѣ» на текущій годъ 42, и 3-ое изъ нихъ живутъ въ Петербургѣ. Не возьмемъ-ли Петербургское врачебное Общество взаимной помощи на себя трудъ узнать имя и отчество этого «служащаго по вольному найму» въ охранномъ отдѣленіи и занимающагося распространеніемъ погромныхъ воззваній врача, чтобы указать на такого рѣдкостнаго урода во врачебной семьѣ всему читающему міру и снять печать позорнаго подозрѣнія съ остальныхъ 41, нѣмнѣющихъ несчастіе носить одинаковую съ нимъ фамилію.

2013. Военный Советъ, какъ сообщаетъ «Страна» (21 октября), разрѣшилъ въ видѣ временной мѣры *допустить вольнопрактикующихъ и гражданскихъ врачей къ занятію должностей въ войскахъ*. Содержаніе — 75 руб. въ мѣсяцъ, а въ случаѣ, если исполненіе обязанностей службы будетъ сопряжено съ перемѣной постоянного мѣста жительства, вознагражденіе увеличивается на 25 р. въ мѣсяцъ, при чемъ прогоны отпускаются по положенію. При нахожденіи войскъ въ лагеряхъ, независимо отъ содержанія, будутъ выдаваться суточные.

2014. Въ засѣданіи Правленія Пироговскаго Общества 12-го октября, какъ сообщаетъ «Русскія Вѣдомости» (17 октября), обсуждался вопросъ о *честованіи намяти Н. И. Пирогова* въ виду исполняющагося 23-го ноября 25-лѣтія со дня его кончины. Правленіемъ определено обратиться ко всемъ медицинскимъ Обществамъ чрезъ общую и медицинскую печать — напомнить о предстоящемъ юбилейномъ днѣ, пригласить медицинскія Общества къ ознаменованію его тѣмъ или инымъ способомъ по мѣстнымъ условіямъ и, между прочимъ, указать на желательность содѣйствія съ ихъ стороны дѣлу осуществленія въ Москвѣ дома имени Н. И. Пирогова. Въ томъ-же засѣданіи, на основаніи заявленія Правленія Союза Обществъ помощниковъ врачей, рѣшено представить фельдшерскимъ Обществамъ избрать для участія въ Пироговскомъ Съѣздѣ по 1—2 делегатамъ отъ каждаго Общества съ правомъ голоса, но безъ права участія въ распорядительномъ Собраніи, согласно уставу Пироговскаго Общества. Обсуждалось также предположеніе о собраніи свѣдѣній о санитарномъ состояніи тюремъ, мѣстъ заключенія и ссылки и о вліяніи ихъ на здоровье заключенныхъ и отбывающихъ наказаніе въ теченіи 2-хъ послѣднихъ лѣтъ путемъ особаго опроса, адресованнаго къ потерпѣвшимъ. Правленіе изъявило готовность принять на себя осуществленіе предложеннаго опрос-

подробно рассмотрѣна въ одномъ изъ ближайшихъ засѣданій Правленія.

2015. По словамъ «Нижегородскаго Листка» (11 октября), Подтавское Общество врачей *честовало* Д. Д. Аширмуова, известнаго петрашевца, по случаю 25-лѣтія Общества, имъ учрежденнаго. Прочитано было много адресовъ, произнесено много рѣчей. Упомянуто было и о смертной казни, къ которой въ свое время присужденъ былъ Д. Д. по дѣлу Петрашевскаго.

2016. Мы слышали, что глубокоуважаемый Л. В. Поповъ, академикъ и заслуженный профессоръ В.-Медицинской Академіи, достойно занявшій послѣ смерти *Сергія Петровича Боткина* председательское кресло въ Обществѣ русскихъ врачей въ Петербургѣ, *серьезно захворалъ*. Горячо желаемъ ему скорѣйшаго и полного выздоровленія<sup>1)</sup>.

2017. Агентскія телеграммы (отъ 18-го октября) сообщаютъ, что Харьковское городское Управление съ цѣлью удержать въ Харьковѣ проф. Л. Л. Гиршмана предполагаетъ открыть *лазную лечебницу* съ присвоеніемъ ей имени Л. Л.

2018. Изъ Харькова телеграфируютъ въ «Око» (17 октября), что Харьковское медицинское Общество намѣрено привлечь редактора «Губернскихъ Вѣдомостей», назвавшихъ Общество очагомъ революціи, *къ суду за клевету*.

2019. Въ «Рѣчи» (21 октября) напечатаны горячія *воззванія о матеріальной поддержкѣ*: 1) Комитета для оказанія помощи пострадавшимъ отъ безпорядковъ въ Сѣдлецѣ, 2) уполномоченнаго общеземской организаціи помощи голодающимъ въ Самарскомъ уѣздѣ и 3) Комитета при вольно-экономическомъ Обществѣ по оказанію помощи голодающимъ. Позволимъ себѣ обратиться на нихъ вниманію товарищей.

2020. «Астраханскій Листокъ» (13 октября) передаетъ, что особой Комиссіей въ Самарѣ *забраквана партія глѣба*, доставленная для удовлетворенія нуждъ голодающихъ. Негоднымъ оказался хлѣбъ, присланный изъ Симбирска, въ количествѣ 86 вагоновъ. Всего негоднаго хлѣба—100000 пуд.

2021. По словамъ «Приазовскаго Края» (13 октября), всѣ окружные врачи Донской области отвѣтили областному врачебному Отдѣленію, что *«острыя эпидемическія заболѣванія на почвѣ недооцѣнки въ подвѣдомственныхъ имъ округахъ не наблюдаются»*.

2022. По дѣлу д-ра К. Н. Никитина (см. выше № 41, стр. 1294 и № 42, стр. 1324) находимъ въ «Приазовскомъ Краѣ» (15 октября) слѣдующія разсужденія. Въ вопросѣ объ удаленіи К. Н. Никитина отъ должности городского санитарнаго врача важное значеніе имѣетъ то обстоятельство, кѣмъ именно приглашенъ былъ на службу д-ръ Никитинъ—Думой или городской Управой? Въ первомъ случаѣ, т. е. если д-ръ Никитинъ служилъ по приглашенію городской Думы, поданнымъ имъ и въ которыхъ гласными жалобы на постановленіе объ его увольненіи должны разсматриваться въ областномъ по городскимъ дѣламъ Присутствіи; во второмъ, т. е. если д-ръ Никитинъ служилъ по приглашенію Управы, всѣ эти жалобы должны быть оставлены безъ разсмотрѣнія. Между тѣмъ, въ этомъ главномъ обстоятельствѣ трудно разобратся. Изъ дѣла Управы обнаруживается слѣдующее: 1-го марта 1894 г. Управа предложила д-ру Никитину занять должность врача-химико-микроскописта на условіяхъ, определенныхъ Думой. Д-ръ Никитинъ согласился, и такимъ образомъ назначеніе его въ данномъ случаѣ зависѣло отъ Управы. Но потомъ, спустя 9 лѣтъ, городская Дума приняла такое постановленіе: освободить врача Никитина отъ химико-микроскопической работы и возложить на него временно обязанности обще-санитарнаго врача. Теперь вопросъ сводится къ тому, какъ понимать это послѣднее думское постановленіе—какъ новое назначеніе д-ра Никитина на должность санитарнаго врача, или это обыкновенный случай вѣдѣтельства Думы въ область, подлежащую вѣдѣнію городской Управы, и д-ръ Никитинъ долженъ считаться служащимъ, приглашеннымъ по вольному найму Управой? Отъ того или много взгляда на этотъ вопросъ зависить дальнѣйшее направленіе дѣла.

2023. Въ Петербургѣ, по словамъ общихъ газетъ, *эпидемія дифтеріи и скарлатины* все еще вырываетъ среди населенія множество жертвъ. Дѣтскія больницы переполнены до крайности; въ пресловутой, напр., новой дѣтской городской больницѣ, рассчитанной на 400 штатныхъ коекъ, въ настоящее время, по словамъ «Рѣчи» (20 октября), помѣщается 875 больныхъ (! Ред.).

2024. *Эпидемія брюшного тифа въ Н.-Новгородѣ* такая сильная, что, какъ сообщаетъ «Нижегородскій Листокъ» (14 октября), городскою Управой созывается Совѣщаніе по вопросу объ открытіи въ городѣ на совместныя средства городского Управленія и губернскаго Земства 3-ей временной тифозной больницы.

2025. Какъ приводятся въ исполненіе различнаго рода «чинныя» постановленія санитарнаго надзора, показывается слѣдующій случай изъ недавней житейской практики Н.-Новгорода. Въ одномъ изъ складовъ этого города обнаружено было огромное количество (до 240 пуд.) гнилой рыбы. Наблюденіе за уничтоженіемъ этой рыбы, какъ сообщаетъ «Волгарь» (12 октября), было поручено околоточному надзирателю, при чемъ рыба, будто-бы, была вывезена на свалки за городъ; между тѣмъ *часть гнилой рыбы оказалась у сборщиковъ трлны*.

2026. Въ виду развивающейся въ послѣднее время въ Кіевѣ *эпидеміи брюшного тифа* городская Управа, какъ сообщаетъ

«Кіевская Рѣчь» (15 октября), увеличила санитарный отдѣлъ 2-мя новыми врачами.

2027. Группа Бакинскихъ врачей-армянъ, собравшаяся, по почину К. И. Хатисова, на Совѣщаніе по вопросу объ *организации медицинской помощи населенію 11 наиболее заселенныхъ армянами уѣздовъ Закавказья*, выработавъ рядъ положительныхъ, приближающихъ проектируемую организацію къ постановкѣ дѣла врачебной помощи населенію въ лучшихъ земскихъ губерніяхъ, между прочимъ, постановила—*имѣть при Бакинскомъ армянскомъ культурномъ Союзѣ известное число стипендіи для врачей, фельдшеровъ, фельдшерницъ и акушеровъ, съ тѣмъ условіемъ, чтобы лица, пользующіяся этими стипендіями, обязались по окончаніи курса служить въ провинціяхъ, по указаніямъ Союза»*. «Баку» (11 октября), откуда мы заимствуемъ это извѣстіе, сообщаетъ, что по приблизительному расчету К. И. Хатисова на осуществленіе всѣхъ предложенныхъ имъ въ Совѣщаніи мѣръ потребуется въ годъ около 200000 р.—Хотѣлось-бы вѣрить, что объ это препятствіе не разобьются благія наміренія Бакинскихъ товарищей.

2028. Въ Ананьевѣ, Херсонской губ. и его уѣздѣ *пожираютъ*, какъ передаетъ «Одесскій Листокъ» (11 октября), *скарлатина и дифтерія*, принявшія угрожающій характеръ.

2029. «Астраханскому Листку» (13 октября) пишутъ, что Яндыковская волость, состоящая изъ 6 сель съ населеніемъ болѣе 6000 душъ, *уже болѣе года не имѣетъ врача*.

2030. Намъ пишутъ, что въ докладѣ ревизіонной Комиссіи, представленномъ послѣднему Кременчугскому земскому Собранію (27 и 28-го сентября), изображено чрезвычайно *плачевное состояніе школьнаго и больничнаго дѣла* въ уѣздѣ: много школъ, напр., занимаютъ сырыя помѣщенія, а въ нѣкоторыхъ больницахъ больныя послѣ операций кладутъ на такіе койки, которыя наканунѣ были заняты неверческими больными; *мучныя* ночуютъ въ одной палатѣ съ женщинами и т. д.

2031. Изъ преній, которыя вызвалъ въ Петропавловскомъ санитарномъ Попечительствѣ въ Одессѣ 13-го октября вопросъ о школьныхъ врачахъ выяснилось, какъ сообщаютъ «Одесскія Новости» (15 октября), что при болѣе чѣмъ 100 народныхъ училищахъ школьныхъ врачей тамъ всего 10, а потому *учащиеся не обезпечены надлежащей врачебной помощью*. Попечительство пришло къ тому заключенію, что въ виду такого положенія дѣла необходимо возложить на вновь открывавшіяся школьныя коллегіальныя Попечительства также обязанность обезпечивать учащихся достаточной врачебной помощью.

2032. 15 яслей, открытыхъ на средства «Трудовой Помощи» въ Саратовскомъ уѣздѣ, *примало* въ этомъ году *активно* рано при слѣдующихъ, какъ сообщаетъ «Врачебно-санитарная Хроника Саратовской губ.» (сентябрь), обстоятельствъ. На засѣданіи медицинскаго Совѣта при Саратовской уѣздной земской Управѣ 18-го июня 1906 г. уполномоченный отъ «Трудовой Помощи» г. Бобриковъ заявилъ, что онъ нашелъ 5 осмотренныхъ имъ яслей неудовлетворительными: *дѣти находились въ неуказанныхъ и невозможныхъ помѣщеніяхъ; «не было видно чистоты, порядка и ухода за дѣтми; не было достаточно инвентаря, какъ, напр., простынь, одеялецъ; наволочки оказались набитыми старымъ, грязнымъ рваньемъ»*... и т. д. Приведая, что «относится все это на счетъ заведующихъ никакъ нельзя», что «виноваты, конечно, общія условія жизни деревни въ настоящій моментъ», что «громадное число дѣтей въ ясляхъ вредитъ ихъ оборудованію» и т. д., г. Бобриковъ настаивалъ на томъ, что ясли отъ «Трудовой Помощи» должны быть *пріютомъ-ясли* въ строгомъ смыслѣ слова, а не только столовыми для дѣтей. Въ настоящемъ-же ихъ видѣ какъ столовые, да еще плохія, такъ какъ онѣ неблагоустроены и переполнены, ясли не могутъ имѣть показательнаго значенія и въ виду окончанія полевыхъ работъ должны быть закрыты. Возражавшими указывалось, что уполномоченнымъ совершенно упущено изъ вниманія то, что главная задача яслей—борьба съ дѣтными поносами путемъ правльнаго питанія дѣтей, и въ этомъ смыслѣ ясли имѣютъ громадное показательное значеніе для населенія; что заботливость дѣтей въ ясляхъ значительно понижается; что ясли—не выставки; ради отсутствія одной внѣшней обстановки и комфорта нѣтъ основаній закрывать ихъ; да и при той ассигновкѣ, какая была дана на каждую ясли, возможно было сдѣлать или выставку и не кормить дѣтей за неимѣніемъ средствъ, или кормить ихъ, оставивъ на второмъ планѣ внѣшность. Г. Бобриковъ, однако, утверждая, что дѣти въ ясляхъ остаются безъ всякаго прізора и въ грязи, заявилъ, что онъ затрудняется дальшее кредитованіе яслей, то, что онъ выслушалъ, не убѣдило его въ необходимости продолжать дѣятельность яслей. Въ концѣ концовъ председателемъ была поставлена на голосованіе слѣдующая формула: *«Находить-ли медицинскій Совѣтъ тѣ данныя, которыя приведены г. Бобриковымъ, достаточными для немедленнаго закрытія яслей?»* Совѣтомъ вынесена слѣдующая резолюція: *«Совѣтъ, большинствомъ всѣхъ противъ одного г. уполномоченнаго отъ «Трудовой Помощи» постановляетъ, что даннымъ, приведеннымъ г. Бобриковымъ, недостаточно для немедленнаго закрытія яслей и принимаетъ къ свѣдѣнію его отказъ въ кредитѣ на ясли, почему и считаетъ себя вынужденнымъ закрыть ихъ»*.

2033. Бывшій старшій врачъ 4-го мортарнаго артиллерійскаго полка г. Пуцинъ (Б. И.) дважды обращался къ главному врачебному инспектору съ ходатайствомъ разрешить ему *иготовить изобрѣтенную имъ эсидиостъ противъ бугорчанки* подъ названіемъ *«amelstroglycol»*. Ходатайства его были пореданы на разсмотрѣніе медицинскаго Совѣта, который, принявъ непригодность этого средства для *лѣченія бугорчанки*, въ ходатайствѣ

<sup>1)</sup> Эти строки были уже набраны, когда мы получили грустную вѣсть, что Л. В. скончался.



тайств г. Пушиному отказал, при чем постановил «поставить просителю на вид, что намерение его заниматься продажей секретнаго средства, какъ противоречащее самому элементарному правилу врачебной этики, заслуживаетъ порицанія». Какъ выяснилось изъ анализа, главный составная часть «amelstroglyxol'a» — чесночное масло, глицеринъ и глюкоза.

2034. Въ Новочеркаскѣ къ судебному слѣдователю поступило на производство дѣло объ оскорбленіи врачомъ М. В. Сироткинымъ врачебнаго инспектора. «Приазовскій Край» (17 октября), сообщая это, разъясняетъ, что оскорбленіе выразилось въ томъ, что д-ръ Сироткинъ «позволялъ себѣ рѣзкій тонъ въ объясненіи съ инспекторомъ и, сверхъ того, не въ шутку жестиколоировалъ». Объясненіе вызвано было неожиданнымъ откомандированіемъ д-ра Сироткина отъ должности судебно-медицинскаго врача въ распоряженіе областного госпиталя. — Такъ-ли это?

2035. Инцидентъ въ училищѣ глухонемыхъ (см. выше № 41, стр. 1294) передается въ «Баку» (14 октября) уже въ слѣдующемъ видѣ: «Директоръ училища глухонемыхъ д-ръ медицины Емко звѣрски избилъ розгами несчастныхъ дѣтей. Многихъ унесла въ лазаретъ». — Думаетъ, что подобныя сообщенія нельзя оставлять безъ опроверженій.

2036. Вышій лекторъ на курсахъ для подготовки учителей глухонемыхъ г. Шохоръ-Троцкий, исходя изъ того соображенія, что «извѣстіе объ организованнымъ недавно директоромъ Училища глухонемыхъ д-ромъ мед. Емко избіеніи воспитанниковъ Училища обошло всѣ столичные и провинціальныя газеты и до сихъ поръ еще не опровергнуто» и что, слѣд., «можно считать, что избіеніе это — фактъ», помѣстивъ въ «Товарищѣ» (20 октября) полное справедливаго негодованія къ этому позорному факту письмо, въ которомъ, между прочимъ, пишетъ: «Можетъ быть, къ выраженію негодованія присоединятся и другія лица, для которыхъ медицина и педагогика несомнѣнными съ избіеніемъ. Какъ ни полна жизнь Россіи ужасовъ и нелѣпницъ, но званіе доктора медицины въ сочетаніи съ претензіей на званіе педагога и съ правомъ на избрѣтателя «избіенія политически неблагонадежныхъ» глухонемыхъ дѣтей — вещи несомнѣстныя... «Во всякомъ случаѣ» позвольте чрезъ посредство Вашей газеты выразить негодованіе по поводу инцидента въ Училищѣ глухонемыхъ и по поводу поведенія г. Емко въ этомъ инцидентѣ — поведенія, несомнѣнно, несомнѣстимаго съ званіемъ врача и педагога, — и просить всѣхъ, кто еще не утратилъ уваженія къ правамъ глухонемыхъ дѣтей на истинное воспитаніе и обученіе, присоединиться къ этому выраженію негодованія». — Усердно просимъ присоединить къ нему насъ<sup>1)</sup>.

2037. Бюро Союза фармацевтовъ, какъ сообщаетъ «Рѣчь» (20 октября), предложило всѣмъ служащимъ фармацевтамъ, на основаніи постановленія делегатскаго Собранія 4-го октября, отчислить одиодневный заработокъ въ пользу безработныхъ фармацевтовъ, нуждающихся достигли крайнихъ предѣловъ.

2038. Петербургскимъ губернскимъ врачебнымъ Отдѣленіемъ, на основаніи новыхъ правилъ объ открытіи аптекъ, издаю, какъ сообщаетъ «Рѣчь» (19 октября), 5 концессій на открытіе новыхъ аптекъ въ пригородныхъ мѣстностяхъ Петербурга.

2039. На состоявшемся 5-го октября въ Москвѣ Собраніи членовъ Россійскаго фармацевтическаго Общества рѣшено, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (17 октября), созвать въ началѣ января Всероссійскій Съездъ служащихъ фармацевтовъ и намѣчена была программа Съезда. Въ 12 час. ночи въ зазданіе прибылъ мѣстный приставъ и приказалъ закрыть Собраніе. Въ виду того, что Общество руководится своимъ прежнимъ уставомъ, а не закономъ 4-го марта о Союзахъ и Обществахъ, Собраніе составило для представленія Московскому градоначальнику резолюцію съ выраженіемъ протеста противъ присутствія представителей полиціи въ зазданіи и его требованія закрыть Собраніе, такъ какъ дѣятельность Общества не подлежитъ ограниченіямъ, указаннымъ въ законѣ 4-го марта.

2040. Въ Николаевѣ, по почину гласнаго Думы д-ра П. И. Гончарова, открыта акушерско-фельдшерская школа («Одесскій Листокъ», 17 октября).

2041. Слушательницы фельдшерско-акушерской школы д-ровъ Романовскаго и Туровцова въ Кіевѣ, какъ сообщаетъ «Кіевскій Голосъ» (16 октября), заявили проф. гигиѣны В. Д. Орлову, что они не могутъ его слушать, такъ какъ не могутъ ничего изъ читаемаго имъ ни слышать, ни разобрать. Также газета передаетъ, будто на просьбу слушательницъ поручить чтеніе гигиѣны другому лицу администрація школы заявила, что это ни въ какомъ случаѣ сдѣлано быть не можетъ; слушательницамъ же представляется лекція по гигиѣнѣ не посещать, если онѣ имъ не нравятся. Нужно думать, что проф. Орловъ, относительно лекторскихъ способностей котораго уже были высказаны въ печати крайне неодобрительныя отзывы (см. выше, № 3, стр. 89), найдя свою аудиторію пустою, самъ откажется отъ принятой на себя роли преподавателя и тѣмъ избавитъ администрацію школы отъ щекотливой обязанности указать ему на это.

<sup>1)</sup> Эти строки были уже набраны, когда въ «Товарищѣ»-же (25 октября) мы прочитали заявленіе 209 студентовъ и студентовъ высшихъ учебныхъ заведеній, готовящихся стать въ будущемъ педагогами и врачами, съ выраженіемъ негодованія по адресу д-ра Емко.

2042. Во Франціи протесты противъ новаго закона (25 июля) о врачахъ-преподавателяхъ (см. выше, № 41, стр. 1295 и № 42, стр. 1326) продолжаются. Въ «Bulletin médical» (27 и 31 октября) пѣтется протестующаго характера статья по этому вопросу д-ра P. Gallois и отчетъ о зазданіи 25-го октября «Société de l'internat», закончившемся единогласнымъ протестомъ противъ названнаго закона. Тамъ-же въ статьѣ д-ръ Granjuz, также протестующаго характера, упоминается о тождественномъ единогласномъ протестѣ «Syndicat général des médecins des stations thermales et climatiques». Въ дальнѣйшемъ мы находимъ излишнимъ перечислять всѣ имѣющія появляться статьи и постановленія Обществъ съ призывомъ къ борьбѣ противъ этого закона, но, конечно, отмѣтимъ въ свое время интересныя моменты этой борьбы и ея результаты.

2043. Въ Голландской провинціи Groningen совершено Университетъ вмѣстѣ съ цѣнными естественно-историческими коллекціями. Удалось спасти только часть архива. Основанъ былъ этотъ Университетъ въ 1614 г. («Przegląd lekarski», 27 октября).

2044. «Рѣчь» (22 октября) телеграфируетъ изъ Берлинъ, что съ 21-го октября русскіе студенты вновь принимаютъ въ прусскіе Университеты. Кромѣ свидѣтельства о политической благонадежности, требуется представленіе свѣдѣній о достаточныхъ средствахъ для жизни и аттестата зрѣлости классической гимназіи.

2045. Высшая Парижская фармацевтическая школа, какъ намъ сообщаютъ, удостоила i-жу Talon степени д-ра фармаціи. Это — 1-й случай во Франціи присужденія степени д-ра фармаціи женщинѣ. Диссертация г-жи Talon касается образованія эиоровъ изъ глюкозы и ошибокъ въ количественномъ опредѣленіи сахара.

2046. Съ цѣлью выяснитъ все еще неизвѣстную природу возбудителя коровьей оспы д-ръ Negri предпринялъ рядъ изслѣдованій надъ прохожденіемъ этого возбудителя черезъ самые плотные фарфоровые фильтры — свѣчки Berkefeld'a (№№ V и N). Оказывается, что растертая въ водѣ и пролежавшая въ ней въ теченіи 15—22 дней коровья лимфа, пропущенная черезъ свѣчку Berkefeld'a и сдѣлвавшаяся послѣ этого совершенно обезплодной (отсутствіе роста на питательныхъ средахъ), все еще содержитъ возбудителя оспы. Доказательствомъ этого служить тотъ, по истинѣ поразительный, фактъ, что такой фильтратъ коровьей лимфы вызываетъ еще на рогахъ кролика образованіе извѣстныхъ тѣлецъ Guarnieri, а на кожѣ коровы — настоящую оспенную пустулу. Очевидно такимъ образомъ, что возбудитель оспы, во 1-хъ, чрезвычайно стоекъ, а, во 2-хъ, такъ малъ, что долженъ быть причисленъ къ микробамъ, пока еще недоступнымъ нашему зрѣнію.

2047. 19-го августа въ Darmstadt'ѣ открытъ 1-ый общедоступный Музей по буюрчаткѣ. Цѣль Музея — насаждать въ обществѣ знанія по предохраненію отъ буюрчатки и по борьбѣ съ ней. Музей этотъ подвижной и черезъ нѣсколько мѣсяцевъ будетъ перевезенъ въ другой городъ («Le Radium», № 9).

2048. Hamburg'скіе врачи учредили Общество для охраны какъ интересовъ врачебнаго сословія, такъ и врачебной чести. Совѣтъ новаго Общества явится вмѣстѣ съ тѣмъ и Судомъ чести, юрисдикція котораго признава Hamburg'скимъ Сенатомъ, предоставившимъ ему право налагать пеню до 3000 мар. («Gazette des hôpitaux», 20 октября).

2049. Число преступленій, убійствъ и самоубійствъ въ С.-Американскихъ Штатахъ съ каждымъ годомъ растетъ. Такъ, въ 1904 г. убійствъ тамъ было 8482, а въ 1905 г. уже 9212; самоубійствъ въ 1904 г. — 9240, а въ 1905 г. — 9982. По частотѣ всякаго рода преступленій Американскіе Штаты занимаютъ 1-ое мѣсто, а именно на 1.000.000 жителей тамъ приходится 115 преступниковъ, въ Италіи — 105, въ Англіи — 27, во Франціи — 19 и въ Германіи — 13 («Journal de médecine de Bordeaux», 21 октября). — Если-бы имѣлась точная статистика преступленій, совершаемыхъ теперь у насъ, то, несомнѣнно, Россія отняла-бы у Америки эту пальму первенства: однихъ убитыхъ и раненыхъ по политическимъ причинамъ, какъ сообщаетъ «Страна» (17 октября), за годъ, со времени начала осуществленія извѣстнаго манифеста о свободѣ (17 октября 1905 г. — 17 октября 1906 г.), насчитывается 16992, между тѣмъ за всю Японскую войну убитыхъ было 31187 чел.

2050. Вѣдѣствіе обвиненія, возбужденнаго однимъ больнымъ въ Вѣнѣ противъ проф. E. Lany'a и ч. пр. G. Holzknecht'a по поводу ожоговъ, образовавшихся у него на кожѣ подъ вліяніемъ примѣненія х-лучей, Судъ въ 1-ой инстанціи приговорилъ д-ра Holzknecht'a къ уплатѣ пострадавшему 35232 кронъ (около 14000 р.). Вѣнская врачебная печать чрезвычайно заинтересована окончательнымъ исходомъ этого судебного дѣла.

2051. Умерли: 1) 15-го октября, въ Одессѣ, Левъ Самойловичъ Фельдштейнъ («Одесскія Новости», 17 октября), родившійся въ 1876 г., а званіе врача получившій въ 1904 г. — 2) Въ Лодзи Юлій Матвѣевичъ Лоперъ («Przegląd lekarski», 27 октября), родившійся въ 1832 г., а званіе врача получившій въ 1863 г. — 3) Константинъ Семіоновичъ Иванъ («Товарищъ», 19 октября), родившійся въ 1879 г., а званіе врача получившій въ 1902 г.

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

## МЕСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Французские.

Archives d'anatomie microscopique, 1906 г., т. VIII, кн. 1.  
1. Emmanuel Faure-Fremiet. *Contribution à l'étude du protoplasma; le cochiopodium pellucidum var. putrinum*. Анатомо-физиологическое исследование о строении протоплазмы (с 21 рисунком). 2. Marie Loyez. *Recherches sur le développement ovarien des oeufs méroblastiques à vitellus nutritif abondant*. Сравнительно-гистологическое исследование с подробным обзором литературы (много рисунков).

Кн. 2. 1. Marie Loyez. *Recherches sur le développement...* (Продолжение). 2. С. М. Юсифов. *Sur les voies principales et les organes de propulsion de la lymphe chez certains poissons*. Анатомические данные о движении лимфы (2 рисунка).

Archives de neurologie, 1906 г., январь, № 121. 1. Bourneville et Perrin. *Deux cas de méningo-encéphalite chronique avec cécité*. Описание 2-х случаев. 2. G. Dromard et I. Levasseur. *Dégénérescence mentale et maladie de Basedow*. Психоз при Basedow'ой болезни. 3. Coulonjou. *Projet d'un concours spécial pour les médecins des asiles de la Seine*. О приюти для душевно-больных.

Февраль. 1. Félix Rose. *Pachyméningite interne posttraumatique*. 1 случай. 2. Aubry et Lucien. *Imbecillité et épilepsie consécutives à un kyste hydatique de la dure-mère à parois ossifiées*. Подробный разбор одного случая, закончивающегося смертью. 3. Lipinaka. *Un cas de gastrite hystérique traité par la psychothérapie*. Краткая заметка.

Март. 1. A. Barbé. *Le refus d'alimentation dans la démence calatonique*. 2 случая. 2. Arsimoles. *Grossesse et puerperalité, chez une épileptique atteinte de chorée ancienne*. Подробный обзор одного случая.

Revue de chirurgie, 1906 г., т. XXVI, (январь—июнь).  
1. Quenu-Le Sourd. *Des opérations conservatrices dans le traitement des uterus didelphes*. Случай двойной матки. Правая матка удалена. Приводит подробно литературу. 2. Terrier et Dujarrier. *De la cholerragie dans les kystes hydatiques du foie*. Приводит 3 случая из немецкой литературы и 1 наблюдение Quenu относительно полного выделения желчи при пузырчатых глестах через операционную рану и способов борьбы с этим осложнением. 3. Gosset. *L'ulcère peptique du jéjunum après gastroenterostomie*. обстоятельная статья об развивающейся язве тощей кишки после желудочно-кишечного соустья. Собственное наблюдение и 30 из литературы. 4. Valence. *Abscès du foie et cholerragie précoce*. О раннем (через сутки после операции) истечении желчи при нарывах печени. Собственное наблюдение и 3 из литературы. 5. Villard et Gotte. *De l'hydropisie intermittente de la vésicule par obliteration du canal cystique*. О перемежающейся водянке желчного пузыря вследствие закупорки пузырного протока. 3 наблюдения и 15 из литературы. 6. Schwartz et Chevrier. *Des lipomes osteopériostiques*. обстоятельное исследование о жировиках, связанных со скелетом. 7. Féré. *Note sur une anomalie des doigts*. (Случай искривления 5-го пальца (digitus valgus)). 8. Damany. *Le traitement rationnel des luxations congenitales de la hanche*. О лечении врожденных вывихов бедра. обстоятельный клинический очерк. 9. Loison. *Les abcès du foie*. О тропических нарывах печени. Из 43 больных оперированы 35 с благоприятным исходом в 21 случае. 10. Lenormant. *Le massage du coeur chez l'homme en particulier dans la syncope chloroformique*. О массаже сердца при отравлении хлороформом. Собственное наблюдение и 23 из литературы. На 24 случая 4 благоприятных исхода. 11. Delore et Cotte. *Des gros kystes de l'ouraue*. Случай успешного удаления большой мышеччатой опухоли утасиуса. Приводит 8 случаев из литературы. 12. Terrier et Dujarrier. *Un cas d'actinomycose cervico-cranienne*. Случай поражения лучистым грибом шейно-черепной области. Излечение. Выздоровление. 13. Lecène. *Les tumeurs mixtes du sein*. 2 случая смешанных (хондросаркома) опухолей грудной железы. 14. Riquand. *Les tumeurs fibro-kystiques de l'uterus*. 4 случая фибро-мышеччатых опухолей матки. 15. Pons. *Uterocystostomie*. Пораненный при удалении опухоли матки мочеточник шит в стенок мочевого пузыря. 16. Berger. *Les hernies et les accidents du travail*. О травматических грыжах. обстоятельное клиническое исследование. 17. Jeanbrau et Riche. *L'occlusion intestinale par l'hiatus de Winslow*. Случай ущемления кишки в foramen Winslowi. Приводит 17 из литературы. 18. Reclus et Magitot. *Sur deux cas d'angiomes primitifs des muscles striés*. 2 случая первичных сосудистых опухолей поперечно-полосатых мышц. 19. Alexandre. *Un cas de calcul de la glande sous-maxillaire*. Случай удаления подчелюстной железы, содержащей камень величиною с горошину. 20. Terrier. *La resection totale des apophyses*. (Не окончена). 21. Berard et Patel. *De la peritonite*

*generalisée par perforation au cours de l'enterite tuberculeuse*. О разлитом воспалении брюшины бурччатого происхождения. Литературно-клинический очерк. 36 случаев в литературе. 22. Toussaint. *Des plaies par instrument tranchant du corps thyroïde*. Случай рваной раны щитовидной железы.

№ 2. 1. Ch. Féré. *Note sur une anomalie des doigts et en particulier du petit doigt dévié*. Описание случая (с 2 рисунками). 2. P. le Damany. *Le traitement rationnel des luxations congenitales de la hanche*. обстоятельное изложение нескольких ортопедических приемов, поясненных рисунками и чертежами употребляемых при этом приборов (с 27 рисунками). 3. Edmond Loison. *Les abcès du foie d'origine coloniale*. Подробное описание 7 случаев, наблюдавшихся автором (не окончено). 4. Schwartz et Chevrier. *Des lipomes osteopériostiques*. Краткое изложение 36 случаев, частью собственных, главным же образом заимствованных из литературы (не окончено). 5. A. Gosset. *L'ulcère peptique du jéjunum après gastroenterostomie*. Подбор и краткое изложение взятых из литературы 30 случаев. 6. E. Villard et G. Cotte. *De l'hydropisie intermittente de la vésicule par obliteration du canal cystique*. Подробный разбор вопроса на основании 18 случаев (одних собственных, 15 взято из литературы и 2 не опубликованных раньше. Окончание).

Апрель. 1. P. Berger. *Les hernies et les accidents du travail. Considérations sur l'étiologie et sur les origines des hernies*. Къ этиологии грыж. 2. E. Jeanbrau et V. Riche. *L'occlusion intestinale par l'hiatus de Winslow. Hernies internes à travers l'hiatus de Winslow*. О внутренней грыжи в области hiatus Winslowi. (13 рс.). 3. G. Riquand. *Les tumeurs fibro-kystiques de l'utérus*. Продолжение.

Май. 1. P. Reclus et A. Magitot. *Sur deux cas d'angiomes primitifs des muscles striés*. 2 случая (4 рис.). 2. G. Alexandre. *Un cas de calcul de la glande sous-maxillaire*. Камень в подчелюстной железе. 3. P. Berger. *Les hernies et les accidents du travail*. Продолжение. 4. E. Jeanbrau et V. Riche. *L'occlusion intestinale par l'hiatus de Winslow. Hernies internes à travers l'hiatus de Winslow*. Продолжение (12 рс.). 5. E. Loison. *Les abcès du foie d'origine coloniale*. Продолжение.

## ЕЖЕНЕДЕЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Французские.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, 1906 г., 10 февраля. 1. Goris. *Un cas d'autoplastie du pavillon de l'oreille après ablation d'un épithélioma*. 2. E. J. Moure. *Corps étrangers des bronches et bronchoscopie*.

17 февраля. 1. Suné y Molist. *Aphoristique ou abrégé symptomatologique des otites et de leurs complications à l'usage des médecins non spécialistes*. 2. H. Bichelonne. *Zona occipito-cervical bilatéral précédé d'une angine aiguë*. Случай.

24 февраля. 1. V. Delsaux. *La cure rationnelle des suppurations multiples des cavités annexes des fosses nasales*. 2. J. Duverger. *Epithélioma cylindrique de la fosse nasale droite*. Случай.

3 марта. 1. Проф. H. Burger. *La statistique des végétations adénoïdes*. 2. B. Botly. *Un cas de rhinolith de 110 grammes*.

10 марта. 1. Проф. A. Trifiletti. *Sur deux cas de surditité congénitale partielle*. 2. Brindel. *Vice grave de l'articulation des mois...* Излеченный случай.

17 марта. 1. Проф. O. Chiari. *Contribution au diagnostic différentiel entre les papillomes durs et les proliférations gommeuses du larynx*. 2. Alezais. *Dédoublement de la corde vocale inférieure*.

24 марта. 1. B. Botey. *Un cas de méningite et de thrombophlébite des deux sinus cavernaux d'origine otitique*. Оперированный случай, смерть. 2. Brindel. *Un cas de kyste osseux de l'arrière-fosse nasale gauche, dilatation ampullaire d'une cellule ethmoïdale postérieure*.

7 апреля. 1. T. Bobone. *Diphthérie du larynx...* Осложненный случай с операцией.

14 апреля. 1. F. Furet. *Quelques considérations sur le traitement de la sinusite maxillaire*.

21 апреля. 1. N. Taptas. *De l'abcès rétro-pharyngien chez les enfants et chez les adultes*.

28 апреля. 1. B. Kelly. *Télangiectasies multiples de la peau et des muqueuses du nez et de la bouche*. 2 наблюдения.

5 мая. 1. A. Castex. *La laryngotomie sans canule*. 2. E. J. Moure. *Des formes cliniques des sinusites maxillaires*.

19 мая. 1. Castaneda. *Actinomycose primitive du cou avec propagation rapide trachéo-bronchique*. 2. J. Mouret et J. Toubert. *Traitement des déviations de la cloison des fosses nasales*.

Редакторы { Д-р С. В. Владиславлев.  
Проф. В. В. Подвысоцкий

# CLXXI. О современномъ фармацевтическомъ леченіи сердечныхъ болѣзней.

Проф. С. В. Левашова.

Поразительные успѣхи, достигнутые медициной въ послѣднія сто лѣтъ, очень значительно коснулись и нашихъ мѣропріятій противъ болѣзненныхъ измѣненій въ дѣятельности центральнаго органа кровообращенія.

Съ послѣдними врачу приходится имѣть дѣло у кровати больного не только при чрезвычайно часто встрѣчающихся, какъ извѣстно, самостоятельныхъ первичныхъ заболѣваніяхъ сердца, но и при цѣломъ рядѣ другихъ недуговъ—напр., при всѣхъ заразныхъ болѣзняхъ, при страданіяхъ сосудовъ, почекъ, легкихъ и т. д. Работоспособность сердца—этого *primum movens et ultimum moriens* древнихъ авторовъ—играетъ самую существенную роль и въ отношеніи теченія, и въ отношеніи исхода громаднаго большинства заболѣваній. Поэтому всякое усовершенствованіе тѣхъ способовъ, которые врачебная наука предоставляетъ въ наше распоряженіе для регулированія разстроенной сердечной дѣятельности, является особенно важнымъ для практической медицины. Между тѣмъ проникновеніе во врачебную среду новѣйшихъ научныхъ пріобрѣтеній, завоеванныхъ упорнымъ и кропотливымъ трудомъ неутомимыхъ изслѣдователей, также какъ и распространеніе полученныхъ послѣдними результатовъ между врачами-практиками совершается весьма медленно и неполно—очевидно, къ прямому ущербу той высокой, конечной, гуманной цѣли, которую преслѣдуетъ каждый представитель клинической медицины у постели своихъ больныхъ,—облегченія или устраненія страданій больного. На самомъ дѣлѣ, при томъ прямо меркантильномъ направленіи, которое приняла въ послѣднее время фабрикація постоянно появляющихся новыхъ лѣкарственныхъ средствъ, а отчасти и лѣчебныхъ способовъ, теперь представляется въ высшей степени затруднительнымъ оцѣнить по справедливости истинное значеніе, которое имѣютъ тѣ или другіе, болѣе или менѣе горячо рекомендуемыя для терапіи, въ качествѣ послѣдняго слова науки, новыя химическія соединенія, физическіе способы и т. д. Чрезвычайно трудно рѣшить вопросъ, что изъ нихъ составляетъ дѣйствительно цѣнное обогащеніе терапіи, а что должно служить только для цѣлей наживы различныхъ фабрикъ и акціонерныхъ обществъ, тѣмъ болѣе, что послѣднія для распространенія своихъ продуктовъ пріобрѣтаютъ обыкновенно къ самой широкой и шумной рекламѣ, рассчитанной прямо на обмороженіе легковѣрныхъ. Неудивительно, что врачъ, остановившійся на заинтересовавшемъ его томъ или другомъ изъ такихъ новыхъ средствъ и послѣ испытанія его на своихъ больныхъ совершенно въ немъ разочаровавшійся, начинаетъ относиться прямо скептически уже и ко всякому новому предложенію, выдаваемому за послѣднее пріобрѣтеніе науки.

Въ подобномъ положеніи, несомнѣнно, находится и разбита мною теперь отдѣлъ терапіи, какъ это будетъ видно изъ приводимыхъ ниже данныхъ. Въ разработкѣ его приняли также въ послѣднее время дѣятельное участіе фабрики и акціонерныя общества, выступившія съ новыми тайными средствами, назначая за нихъ огромныя цѣны и не сообщая способа ихъ приготовленія. Поэтому и здѣсь необходимы еще многія систематическія безпристрастныя изслѣдованія для проверки новыхъ предложеній и для введенія въ практическую медицину тѣхъ изъ вновь рекомендуемыхъ лѣчебныхъ средствъ и способовъ, которые на самомъ дѣлѣ составляютъ по тѣмъ или другимъ основаніямъ шагъ впередъ, содѣйствуя усовершенствованію или расширенію врачебнаго искусства въ какомъ-нибудь направленіи. Кромѣ того, и по отношенію къ нашимъ прежнимъ сердечнымъ средствамъ мы встрѣчаемъ въ современной литературѣ весьма существенныя разногласія.

Исходя изъ такихъ соображеній я и позволяю себѣ въ этой статьѣ предложить вниманію товарищей данныя мною многотѣльных наблюденій надъ фармацевтическимъ леченіемъ сердечныхъ болѣзней,—именно относительнаго терапевтическаго эффекта, какъ въ старинныхъ, такъ и въ современныхъ средствахъ.

такъ и предложенныхъ въ послѣднее время новыхъ сердечныхъ средствъ.

Число послѣднихъ, какъ извѣстно, значительно увеличилось съ тѣхъ поръ, какъ шотландскій врачъ *Withering* въ 80-хъ годахъ XVII столѣтія ввелъ въ медицину наперстянку (*digitalis purpurea*), при чемъ такому обогащенію нашего врачебнаго запаса въ этомъ отношеніи способствовала много и русская медицина. Между тѣмъ открытіе новыхъ, сердечныхъ средствъ встрѣчаетъ въ послѣднее время какъ разъ весьма различную оцѣнку. Прежде всего многіе изъ современныхъ нѣмецкихъ авторовъ высказываютъ мнѣніе, что единственнымъ, заслуживающимъ вниманія по дѣйствию на сердце веществомъ является исключительно наперстянка; остальные же средства совершенно не нужны, а, слѣд., и прямо лишніи. Такъ, напр., весьма извѣстный по своимъ экспериментальнымъ работамъ *L. Krehl* совершенно опредѣленно говоритъ въ своемъ руководствѣ: «въ крайнемъ случаѣ послѣ наперстянки можно давать еще настойку строфанта... Другія средства, предложенныя взамѣнъ наперстянки, лучше совсѣмъ не примѣнять; давать же ихъ ранѣе наперстянки я самымъ настоятельнымъ образомъ не совѣтую»<sup>1)</sup>. Въ такомъ-же приблизительно духѣ высказывается еще болѣе извѣстный *Strassburg'skій* клиницистъ проф. *Naunyn*<sup>2)</sup> въ своемъ новѣйшемъ докладѣ о наперстянкѣ и т. д.

Однако повседневный опытъ у постели больного совершенно опровергаетъ подобное мнѣніе, основывающееся исключительно на теоретическихъ соображеніяхъ. Во 1-хъ, сердечныя страданія представляютъ собой въ громадномъ большинствѣ случаевъ крайне хроническія, продолжающіяся обыкновенно очень долгое время заболѣванія. Поэтому у такихъ больныхъ поддерживать равновѣсіе кровообращенія при помощи сердечныхъ средствъ приходится многіе годы. Между тѣмъ клиническое, сколько-нибудь продолжительное, наблюденіе надъ однимъ и тѣмъ-же лицомъ, несомнѣнно, приводитъ къ заключенію, что подобно тому, какъ это замѣчается относительно другихъ лѣкарственныхъ средствъ, такъ и по отношенію къ сердечнымъ средствамъ черезъ нѣкоторое время въ человѣческомъ организмѣ развивается привычка: средства эти перестаютъ тогда оказывать свое обычное цѣлебное дѣйствіе даже при постепенномъ повышеніи ихъ дозы, хотя-бы болѣзненные измѣненія въ сердцѣ за данное время нисколько не измѣнились къ худшему. Предложивъ-же такому больному въ этотъ періодъ его страданія другое сердечное средство, мы снова получаемъ желательный цѣлебный эффектъ. Мало того, мы можемъ еще убѣдиться, что черезъ болѣе или менѣе долгій срокъ организмъ, несомнѣнно, отвыкаетъ отъ перваго средства, и оно опять возстановливаетъ свое свойство вліять въ извѣстномъ смыслѣ на дѣятельность сердца.

Такимъ образомъ уже подобные факты неоспоримо доказываютъ, съ одной стороны, что при терапіи сердечныхъ заболѣваній никоимъ образомъ нельзя ограничиваться однимъ какимъ-либо сердечнымъ средствомъ, хотя-бы это была даже и наперстянка. Напротивъ, съ другой стороны, они дѣлаютъ для всякаго врача очевиднымъ, что открытіе ряда новыхъ сердечныхъ средствъ имѣетъ огромную важность для практической медицины.

Кромѣ того, специально относительно наперстянки, какъ извѣстно, существуютъ еще особыя условія, препятствующія ея продолжительному непрерывному употребленію. Давно уже установлено съ неоспоримостью путемъ опыта на животныхъ и путемъ клиническаго наблюденія надъ больными, что она обладаетъ несомнѣннымъ, т. наз. скапливающимся (кумулятивнымъ) дѣйствіемъ. Во 1-хъ, всѣ составныя части наперстянки, при томъ даже тѣ изъ нихъ, которыя легко растворимы въ водѣ, всасываются очень медленно. Поэтому при назначеніи наперстянки въ теченіи нѣкотораго времени подъ рядъ можетъ уже въ желудочно-кишечномъ каналѣ скопиться такое количество ея, которое затѣмъ вслѣдствіе измѣнившейся подъ вліяніемъ какихъ-либо причинъ всасываемости можетъ быстро поступить въ кровь и совершенно неожиданно вызвать прямо токсическое дѣйствіе. Во 2-хъ, въ настоящее время также установлено съ положительностью, что выдѣленіе всасывающихся составныхъ частей наперстянки совершается

еще болѣе медленно, чѣмъ поступленіе ихъ въ кровь. Такъ, *Focke* <sup>3)</sup>, снова занявшійся недавно этимъ вопросомъ, нашелъ, что всасываніе одиночной дозы дигитоксина продолжается 4 дня, очень мелко истолченного порошка изъ листьевъ наперстянки около 2 дней, настойки изъ листьевъ послѣдней 1 день. Между тѣмъ выдѣленіе перваго изъ упомянутыхъ средствъ (въ количествѣ, необходимомъ для терапевтическаго дѣйствія) требуетъ уже 8—10 дней; что же касается препаратовъ изъ листьевъ наперстянки, то выдѣленіе ихъ наблюдается даже спустя 14—20 дней послѣ приѣма. Слѣд., въ силу такого существеннаго различія между поступленіемъ составныхъ частей наперстянки въ организмъ и удаленіемъ ихъ оттуда всегда должно происходить при продолжительномъ употребленіи препаратовъ ея скопленіе ихъ въ крови. Между тѣмъ въ послѣднее время *A. Fraenkel* <sup>4)</sup>, при своихъ экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ надъ скапливающимся дѣйствіемъ составныхъ частей наперстянки, установилъ, что малѣйшее превышеніе однокленной лѣчебной дозы послѣднихъ всегда ведетъ уже за собой явленія отравленія и что разница между необходимымъ для терапевтическаго дѣйствія и смертельнымъ приемомъ ихъ крайне незначительна, особенно для дигитоксина. Наконецъ, нерѣдко встрѣчаются случаи разстройства сердечной дѣятельности, преимущественно при нѣкоторыхъ формахъ хроническаго миокардита и при пораженіяхъ вѣнечныхъ сосудовъ сердца, въ которыхъ назначеніе наперстянки вызываетъ прямо ухудшеніе, по тѣмъ или другимъ причинамъ, болѣзненныхъ явленій, между тѣмъ какъ примѣненіе другихъ сердечныхъ средствъ приноситъ такимъ больнымъ существенную пользу. Такимъ образомъ всѣ эти данныя неоспоримо доказываютъ, что ограничивать терапію сердечныхъ болѣзней исключительно одной наперстянкой, какъ это можно было-бы думать а priori, совершенно невозможно въ дѣйствительной жизни и, наоборотъ, примѣненіе на ряду съ ней другихъ сердечныхъ средствъ представляется безусловно необходимымъ и, несомнѣнно, способствуетъ значительному удлинненію періода поддержанія уравновѣшенной сердечной дѣятельности, а слѣд. и прямо жизни сердечныхъ больныхъ.

Далѣе, между тѣмъ изъ остальныхъ *сердечныхъ средствъ*, которыя наиболѣе изучены какъ фармакологически, такъ и клинически, нельзя никоимъ образомъ отдавать предпочтеніе строфанту, примѣненіе котораго нѣкоторые изъ фанатическихъ приверженцевъ наперстянки, какъ было сказано, оиоходительно допускаютъ съ извѣстными оговорками при разстройствѣ уравновѣшенія сердечной дѣятельности *послѣ* наперстянки. Клиническое наблюденіе показываетъ, что достаточно постояннаго и стойкаго результата по регулированію сердечной дѣятельности употребленіе строфанта не даетъ. Такъ, извѣстный фармакологъ *Bina* <sup>5)</sup> указываетъ, что «nachhaltig wie bei der Digitalis, ist der gute Erfolg beim Strophantus freilich nicht». Проф. *Romberg* <sup>6)</sup> говоритъ, что болѣею частью строфантъ уступаетъ наперстянкѣ по силѣ, и по продолжительности дѣйствія. Точно также *G. S. Haynes* <sup>7)</sup>, занимавшійся въ самое послѣднее время въ фармакологической лабораторіи въ Кембриджѣ подробнымъ и всестороннимъ изученіемъ на животныхъ фармакологическаго дѣйствія на сердце наперстянки, морскаго лука (*scilla*) и строфанта, приходитъ къ заключенію, что послѣдній по своему вліянію на сердечную работу, полезному для терапіи, долженъ быть поставленъ гораздо ниже и морскаго лука, и наперстянки, но въ тоже время представляется средствомъ, чрезвычайно опаснымъ, такъ какъ обладаетъ свойствомъ умерщвлять сердце совершенно внезапно, безъ всякихъ предварительныхъ угрожающихъ явленій. Результаты моего личнаго опыта вполне сходятся съ такими отзывами. Примѣненіемъ строфанта удается часто, но вслѣдствіе-ли особой идиосинкразіи къ этому средству, или вслѣдствіе непостоянства его состава—далеко не всегда, даже при не слишкомъ сильно развившихся разстройствахъ кровообращенія, возстановитъ на нѣкоторое время нарушенное равновѣсіе, при чемъ все-таки относительно чрезвычайно легко появляются признаки переотравленія сердца—рѣзкое учащеніе его сокращеній, пониженіе кровяного давленія,

упадокъ пульса, синюха и т. д. Поддерживать-же при помощи строфанта уравновѣшенность сердечной работы въ теченіи очень продолжительныхъ періодовъ—по мѣсяцамъ или даже годамъ, какъ это обыкновенно требуется при большинствѣ сердечныхъ страданій, мнѣ не удавалось.

Напротивъ того, упомянутая сейчасъ задача болѣею частью разрѣшается приблизительно одинаково успѣшно какъ примѣненіемъ наперстянки, такъ и назначеніемъ горицвѣта (*adonis vernalis*), который поэтому и долженъ быть несомнѣнно поставленъ въ терапію сердечныхъ страданій на ряду съ наперстянкой. Во 1-хъ, при назначеніи въ надлежащей формѣ и достаточномъ количествѣ онъ обнаруживаетъ совершенно такое-же дѣйствіе, какъ и наперстянка, съ чѣмъ вынужденъ, по видимому, согласиться и столь страстный поклонникъ послѣдней, какъ проф. *Krehl* <sup>8)</sup>, признающій въ другой своей монографіи по разбираемому мной вопросу, что по его личному опыту горицвѣтъ дѣйствовалъ «*manchmal ebenso gut wie der Fingerhut, nie besser*». Во 2-хъ, горицвѣтъ совершенно не обладаетъ скапливающимся дѣйствіемъ и можетъ быть принимаемъ въ случаѣ надобности непрерывно по цѣлымъ годамъ, какъ я имѣлъ возможность убѣдиться на многихъ десяткахъ больныхъ.

Въ особенности памятенъ мнѣ въ этомъ отношеніи одинъ больной, старый профессоръ фармакологіи, страдавшій всѣмъ прогрессировавшимъ разстройствомъ уравновѣшенія сердечной дѣятельности на почвѣ артеріосклероза съ послѣдовательнымъ перерожденіемъ сердечной мышцы и не переносившій наперстянки. Отнесшись сначала нѣсколько недоброучиво къ прописанному мной ему горицвѣту, онъ затѣмъ около 3-хъ лѣтъ принималъ его непрерывно въ постепенно увеличивающихся дозахъ. Какъ только употребленіе горицвѣта приостанавливалось на болѣе долгое время, тотчасъ-же начинали развиваться признаки разстройства уравновѣшенія сердечной работы, затѣмъ снова быстро уступавшія лѣченію горицвѣтомъ. Такъ дѣло шло, пока подъ вліяніемъ случайнаго заболѣванія гриппомъ, у больного не развились довольно быстро столь глубокой упадокъ сердечной дѣятельности, что возстановитъ послѣднюю не удалось уже никакими нѣрами.

Особенно полезнымъ оказывается, согласно моимъ личнымъ наблюденіямъ, употребленіе горицвѣта именно въ случаяхъ заболѣванія вѣнечныхъ сосудовъ, также при ожирѣніи сердца. При подобныхъ страданіяхъ онъ долженъ быть поставленъ, несомнѣнно, даже выше наперстянки. Послѣдняя часто вызываетъ у такихъ больныхъ рѣзкое ухудшеніе всѣхъ болѣзненныхъ явленій—очевидно, подъ вліяніемъ производимыхъ ею измѣненій въ сосудистой системѣ, а именно рѣзкаго суженія—по однимъ авторамъ всѣхъ, а по другимъ—только нѣкоторыхъ мелкихъ сосудовъ [*Magnus* <sup>9)</sup>], что во всякомъ случаѣ влечетъ за собой быстрое наростаніе препятствій для движенія крови впередъ, а слѣд. и для пропульсивной дѣятельности сердца. Одинаково благотворное дѣйствіе, какъ и наперстянка, горицвѣтъ оказываетъ въ громадномъ большинствѣ пороковъ сердечныхъ заслонокъ, представляя опять-таки то въ высшей степени важное преимущество передъ наперстянкой, что онъ можетъ быть принимаемъ долгое время непрерывно, даже безъ контроля врача, такъ какъ никогда не обнаруживаетъ никакихъ явленій скапливающегося дѣйствія.

Между тѣмъ, не смотря на то только-что упомянутыя драгоценныя свойства горицвѣта, мы встрѣчаемъ у иностранныхъ авторовъ самые холодные отзывы о немъ. Такъ, въ только-что вышедшей монографіи *Romberg'a* <sup>10)</sup> говорится, что горицвѣтъ лучше совсѣмъ не употребляетъ вслѣдствіе легко вызываемыхъ имъ дисентеріоподобныхъ поносовъ. Также проф. *Huchard* <sup>11)</sup> упоминаетъ, что, какъ всѣ *Ranunculaceae*, такъ и горицвѣтъ съ адонидиномъ могутъ вызывать желудочнокишечныя разстройства: тошноту, рвоту, поносы; почему эти средства, дѣйствіе которыхъ на сердце крайне, будто бы, не вѣрно (?) и не вошли въ употребленіе во Франціи, а самъ авторъ почти совсѣмъ отказался отъ ихъ примѣненія.

Конечно, никто не будетъ оспаривать, что горицвѣтъ на самомъ дѣлѣ обнаруживаетъ такое-же раздражающее дѣйствіе на желудочнокишечный трактъ, какъ и наперстянка, или можетъ быть даже нѣсколько болѣе сильное. Однако, во 1-хъ, подобное свойство его какъ разъ оказываетъ



даже полезнымъ для многихъ группъ изъ сердечныхъ больныхъ. Такъ, тучные люди, представляющіе расстройство сердечной дѣятельности вслѣдствіе ожирѣнія и артеріосклероза, вмѣстѣ съ тѣмъ очень часто страдаютъ упорнымъ запоромъ, почему назначеніе имъ горькаго, способствующаго болѣе правильному опорожненію изъ кишечника, обыкновенно дѣйствуетъ на нихъ крайне благоприятно. Точно также для подобныхъ больныхъ, несомнѣнно, весьма умѣстно и наблюдающееся нерѣдко при употребленіи наперстянки и горькаго нѣкоторое ослабленіе позыва на сту, какъ результатъ вліянія послѣднихъ на слизистую оболочку желудка. Съ той-же цѣлю, чтобы подобное дѣйствіе горькаго не переходило за желательныя границы, необходимо назначать его непрѣменно со слизистыми отварами и сиропами, а вмѣстѣ съ тѣмъ совѣтовать больнымъ принимать его послѣ ѣды—безусловно необходимая предосторожность, которой, очевидно, и не соблюдали упомянутые выше клиницисты, почему и получили отъ горькаго столь неблагоприятные результаты. Въ тѣхъ-же случаяхъ, въ которыхъ не требуется послабляющаго дѣйствія на кишечникъ, было предложено еще первыми изслѣдователями горькаго прибавлять къ настойкѣ его большее или меньшее количество капель раствора опія, смотря по надобности. При этомъ необходимо еще указать, что изъ различныхъ употребляющихся теперь препаратовъ горькаго единственно надежное по дѣйствію на сердце является предложенная покойнымъ проф. С. П. Боткинымъ и др. Н. А. Бубновымъ<sup>12)</sup> настойка; другіе-же препараты его дѣйствуютъ на сердце крайне неодинаково и непостоянно.

При описанномъ способѣ примѣненія горькаго долженъ быть назначаемъ совершенно наравнѣ съ наперстянкой. Что касается дозировки ихъ, то предлагаемое нѣкоторыми авторами съ проф. Huchard'омъ во главѣ назначеніе съ самаго начала большихъ примѣновъ (à dose massive; op. с., т. 1, стр. 503) можетъ имѣть примѣненіе лишь въ видѣ исключенія—во 1-хъ, для запущенныхъ случаевъ, въ которыхъ застойныя явленія развились уже настолько значительно, что угрожаютъ самой жизни больныхъ и врачъ вынужденъ для удовлетворенія жизненнаго показанія спѣшить, во что-бы то ни стало, съ самымъ энергическимъ поднятіемъ сердечной работы; во 2-хъ, при быстромъ паденіи сердечной дѣятельности въ теченіи нѣкоторыхъ острыхъ болѣзней въ родѣ, напр., фибринознаго воспаления легкихъ, сыпного тифа и т. д., гдѣ требуется также немедленное поднятіе ея и при томъ на относительно непродолжительный срокъ въ зависимости отъ кратковременности основной болѣзни. Обыкновенно-же для огромнаго большинства хроническихъ сердечныхъ больныхъ, у которыхъ лѣченіе принимается своевременно, т. е. съ появленія самыхъ первыхъ серьезныхъ застойныхъ явленій, необходимо начинать съ возможно небольшихъ дозъ сердечныхъ средствъ. Дѣйствительно, изъ продолжительнаго клиническаго наблюденія за каждымъ отдѣльнымъ случаемъ, несомнѣнно, можно убѣдиться, что больной организмъ, какъ было сказано выше, привыкаетъ къ назначаемымъ сердечнымъ средствамъ и для обнаруженія желательнаго дѣйствія отъ послѣднихъ приходится постепенно переходить къ все большимъ и большимъ примѣнамъ ихъ, пока, наконецъ, и почти токсическія дозы не перестанутъ оказывать надеждаемое дѣйствіе. При подобныхъ обстоятельствахъ дѣло идетъ именно о привыканіи къ примѣняемому лѣкарству, а не объ окончательномъ перерожденіи сердечной мышцы, которое обуславливалось-бы уже совершенную невозможность возстановленія сердечной дѣятельности, какъ это можно-бы было предположить а priori. Справедливость именно такого взгляда прямо доказывается тѣмъ фактомъ, что назначеніе въ подобный моментъ другого подходящаго средства изъ той-же группы, даже въ относительно небольшихъ количествахъ, снова ведетъ къ уменьшенію застоя или даже къ полному возстановленію уравновѣшенности сердечной работы. Поэтому, назначая то или другое изъ сердечныхъ средствъ въ гораздо большей дозѣ, чѣмъ это требуется въ извѣстный моментъ для даннаго больного,

тельность того періода, въ теченіи котораго примѣненное нами средство можетъ оказывать свое терапевтическое дѣйствіе, а слѣд., и вообще уменьшаемъ продолжительность жизни страдальца. Такимъ образомъ очевидно, что въ интересахъ именно каждого отдѣльнаго страждущаго мы обязательно должны начинать примѣненіе сердечныхъ средствъ съ возможно небольшихъ дозъ и только по мѣрѣ надобности постепенно повышать послѣднія, но во всякомъ случаѣ останавливаться на такихъ, которыя оказываются достаточными въ данный моментъ для устраненія застойныхъ явленій. Конечно, назначеніе сразу почти токсической дозы повело-бы въ относительно короткій срокъ какъ-бы по мановенію волшебнаго жезла къ исчезновенію всѣхъ болѣзненныхъ припадковъ, и такимъ образомъ спровоцировалось-бы, несомнѣнно, блестящимъ вѣншимъ эффектомъ, который произвелъ-бы сильное впечатлѣніе на самого больного и его окружающихъ, чѣмъ можетъ быть способствовало-бы поднятію репутаціи и ореола врача; но, разумѣется, не такія соображенія, а польза больныхъ должны руководить дѣятельностью послѣднюю.

Вмѣстѣ съ тѣмъ, приведенные выше факты убѣждаютъ насъ, что для только что упомянутой цѣли лучше всего чередовать время отъ времени употребленіе нѣсколькихъ сердечныхъ средствъ, такъ какъ при этомъ вѣрнѣе всего удастся въ теченіи достаточно продолжительнаго періода, т. е. 1—1½ десятковъ лѣтъ и даже долѣе—сохранить ихъ дѣйствительность. Обыкновенно я въполнѣ достигалъ этого попеременнымъ назначеніемъ per os наперстянки и горькаго, такъ какъ остальные изъ предложенныхъ сердечныхъ средствъ болѣею частью оказывались неподходящими. Строфантъ, какъ я уже упоминалъ, дѣйствуетъ невѣрно и вообще неспособенъ поддерживать уравновѣшенность кровообращенія въ теченіи очень продолжительнаго времени. Индійская конопля (arocypum saipabium) и морской лукъ (scilla maritima), хотя и даютъ иногда достаточно стойкое и энергичное дѣйствіе, но лишь рѣдко кѣмъ переносятся хорошо въ надлежащемъ количествѣ; болѣею-же частью, не смотря на воѣ предосторожности, вызываютъ чрезвычайно сильное раздраженіе желудочно-кишечнаго тракта, дѣйствующее часто на больныхъ прямо пагубнымъ образомъ. Наконецъ, остальные сердечныя средства, какъ ландышъ (convallaria majallis) и конваллямаринъ, helleborus niger, viridis, foetidus и гелеборенъ, эритрофленъ, спартеинъ, periplocin (per os) и др., дѣйствуютъ вообще слишкомъ невѣрно и слабо.

Въ болѣе поздніе періоды болѣзни, когда вслѣдствіе уже сильнаго развитія глубокихъ анатомическихъ измѣненій въ цѣломъ рядѣ внутреннихъ органовъ, сердечныя средства дѣйствуютъ относительно плохо, а, напротивъ того, водяночныя явленія выражены крайне рѣзко, для усиленія дѣйствія наперстянки и горькаго приходится прибѣгать еще къ средствамъ, относящимся, собственно, уже къ мочегоннымъ—именно къ группѣ кофеина, примѣняя ихъ или вмѣстѣ съ первыми, или даже отдѣльно. Крайне благоприятное вліяніе, оказываемое часто мочегонными и въ послѣднемъ случаѣ, показываетъ, что они дѣйствуютъ не только косвеннымъ образомъ, расширяя суженные наперстянкой вѣнечныя сосуды сердца, какъ это доказывалъ еще недавно Ludwig Braun<sup>13)</sup>, но, очевидно, и непосредственно на сердечную мышцу, усиливая прямо ея работу и улучшая такимъ образомъ кровообращеніе во всей сосудистой системѣ больного организма вообще, а въ частности и въ сосудахъ самого сердца.

Особенно хорошіе результаты я въ послѣднее время получилъ при этомъ отъ чистаго теобромина, очень часто даже оказывавшаго гораздо большее дѣйствіе, чѣмъ сложнаго его соединенія, какъ діуретинъ, агуринъ, урофенинъ и т. д. Для иллюстраціи результатовъ, достигаемыхъ обыкновенно при подобныхъ обстоятельствахъ назначеніемъ чистаго теобромина, можетъ служить слѣдующій, бывшій недавно подѣ нашимъ наблюденіемъ въ клиникѣ случай крайне тяжелаго сердечнаго страданія.

3/л 1906 г. поступила въ клинику крестьянка, Б. М., 27 л., въ чрезвычайно опасномъ состояніи. Очень рѣзкая синюха; громадный отекъ полнокровной кѣтки; выростъ 1/2 артериальнаго

Крайнее затрудненіе дыханія, такъ что больная съ трудомъ могла говорить, лежать-же совсѣмъ не могла, такъ какъ въ горизонтальномъ положеніи совершенно задыхалась. Пульсъ едва ощутимый на лучевыхъ артеріяхъ, крайне неровный, съ трудомъ сосчитывался—повидимому, около 110 въ минуту; сфигмограммы съ него свять не удавалось вслѣдствіе чрезвычайной слабости. Дыханіе учащено—30 въ минуту. Выслушиваніемъ и ощупываніемъ опредѣлена громадная брюшная водянка, значительный hydrothorax съ обѣихъ сторонъ, а также hydropericardium. Печень сильно увеличена, очень болѣзненна при до-трогиваніи. При выслушиваніи—распространенный почти по всей сердечной области систолическій шумъ, слышнѣе всего слышимый у верхушки сердца и отчасти на мѣстѣ выслушиванія легочной артеріи, у основанія-же сердца весьма отчетливо обнаруживалось раздвоеніе 2-го тона, такъ что получался ритмъ, какъ-бы диастолическаго галопъ или перепелинаго крика. 2-ой тонъ на легочной артерій съ удареніемъ. Мочеотдѣленіе крайне понижено, около 500 к. стм. въ сутки; у. в. мочи 1026.

Анамнестическія данныя удалось получить отъ больной, въ виду ея тяжелаго положенія и малаго умственного развитія, очень скудными. Повидимому, признаки расстройствъ уравновѣшенія сердечной дѣятельности появились у нея около 2 лѣтъ назадъ, послѣ того какъ она однажды зимой провалилась подъ ледъ въ воду, а затѣмъ все нарастали, не смотря на лѣченіе, которому она подвергалась; въ очень-же тяжеломъ состояніи больная находится уже около 8 мѣс. Раньше, будто-бы, никогда ничѣмъ не хворала.

Такимъ образомъ на основаніи данныхъ выслушиванія нужно было признать у больной недостаточность 2-створчатой заслонки, при чемъ расщепленіе 2-хъ тоновъ у основанія сердца объяснялось вызваннымъ этой неправильностью сердечныхъ заслонокъ, существеннымъ нарушеніемъ обычныхъ отношеній между кровянымъ давленіемъ въ большомъ и маломъ кругахъ кровообращенія. Остальнымъ-же полученнымъ у больной даннымъ, несомнѣнно, указывали на высшую степень развитія у нея расстройствъ сердечной дѣятельности, въ виду чего ей была назначена наперстянка въ большихъ количествахъ, а именно—настойка ея изъ 0,8 съ 4,0 раствора уксуснокислаго кали, по 6 столовыхъ ложекъ въ день.

Однако, отъ такого лѣченія результаты получились очень незначительные. На 3-ій день примѣненія наперстянки наблюдалось кратковременное замедленіе пульса (до 80), на слѣдующій-же день смѣнившееся опять учащеніемъ его до 100 ударовъ; дыханіе оставалось по прежнему очень частымъ; мочеотдѣленіе повысилось незначительно только на 7-ой день (до 700 к. стм. въ сутки); однако, вѣсъ тѣла, окружность живота (съ 88 до 90 стм.) и вообще водяночныя явленія постоянно продолжали нарастать, общее состояніе ухудшилось еще болѣе. Въ виду этого наперстянка послѣ 7-дневнаго употребленія была отменена, и больная переведена на молочное лѣченіе, которое увеличило-было мочеотдѣленіе, на короткое время болѣе значительно (до 800—900 к. стм. въ сутки); но затѣмъ оно опять стало падать, при чемъ больная на отрѣзъ отказалась выдерживать далѣе исключительно молочную діету. Тогда былъ назначенъ чистый теоброминъ сначала, въ виду плохого состоянія пищеварительнаго канала у больной и возможности наступленія у нея тошноты съ рвотой, въ очень малой дозѣ—именно по 0,2 5 разъ въ день. Тѣмъ не менѣе черезъ 3 дня обнаружилось уже блестящее дѣйствіе. Мочеотдѣленіе стало рѣзко и значительно повышаться (до 1200 к. стм. въ сутки), при чемъ уд. в. мочи упало до 1009; пульсъ и дыханіе сдѣлались болѣе рѣдкими (до 80 уд. пульса и 24 дѣх. въ минуту), при чемъ первый сдѣлался болѣе правильнымъ и съ него въ 1-ый разъ оказалось возможнымъ снять сфигмограмму. Вѣсъ тѣла и окружность живота послѣ нѣкотораго періода колебаній стали ясно уменьшаться; самочувствіе и общее состояніе замѣтно улучшились; больная получила возможность ложиться и ночи проводила теперь уже въ постели. Черезъ 8 дней лѣченія малыми пріемами теобромина количество мочи снова упало до 600—800 к. стм., пульсъ и дыханіе нѣсколько участились (п. до 100, дѣх. до 26 въ минуту), почему доза примѣняемаго средства была повышена до 0,3 5 разъ въ день. Подобное увеличеніе количества дававшагося за разъ теобромина вызвало уже громадный эффектъ. Количество мочи повысилось до 1800—1900 к. стм. въ сутки, окружность живота и вѣсъ тѣла стали быстро падать—первая до 81—83 стм., второй до 49 кило, отеки ногъ также какъ hydrothorax, hydropericardium и отекъ скоро совсѣмъ исчезли, брюшная водянка и опуханіе печени значительно уменьшились, а пульсъ сдѣлался совершенно правильнымъ и достаточно сильнымъ. Общее состояніе и самочувствіе больной настолько улучшились, что она стала считать себя совершенно выздоровѣвшей и пожелала выйти изъ клиники домой.

Во многихъ другихъ случаяхъ теоброминъ давалъ мнѣ столь же блестящіе результаты и обыкновенно дѣйствовалъ гораздо энергичнѣе, чѣмъ его сложныя соединенія или даже коффеиновыя соли, какъ на это уже обратилъ вниманіе проф. *Huchard* (op. c., т. 3, стр. 763—767). Необходимо только назначать его, въ противоположность тому, что болѣею частью предлагается, сначала въ малыхъ и частыхъ пріемахъ (для женщинъ 0,2, для мужчинъ 0,3 по 5—6 разъ въ день послѣ ѣды) и въ случаѣ надобности повышать ихъ только постепенно. Наоборотъ, назначеніе срѣ-зко отъ большихъ и рѣдкихъ пріемовъ (по 0,5 въ день

по 1,0 3 раза въ день) довольно часто вызываетъ неприятныя побочныя явленія, напр., тошноту, рвоту, головныя боли и все-таки не даетъ сейчасъ-же большаго эффекта. Послѣдній при теоброминѣ вообще развивается довольно медленно и постепенно, чтѣ, конечно, также надо имѣть постоянно въ виду при рѣшеніи вопроса о времени, когда требуется увеличить пріемъ этого средства, чтобы не давать избыточныхъ количествъ его, которыя, согласно сейчасъ сказанному, могутъ быть скорѣе вредны, чѣмъ полезны. У больныхъ съ очень чувствительной слизистой оболочкой, отвѣчающей частью вслѣдствіе громаднаго вѣснаго застоя въ ней, отчасти-же и вслѣдствіе катарральныхъ измѣненій, развившихся въ ней подъ вліяніемъ условій предшествующей жизни, на всѣ лѣкарства чрезвычайно сильно—тошнотой, рвотой и т. д., полезно также соединять теоброминъ съ нѣкоторыми т. наз. мягчительными напр. съ камедистымъ порошкомъ (pulv. gummosus), порошкомъ алканнымъ (pulv. altheae), порошкомъ кокушницы (pulv. saiep) и т. д.

Тѣмъ не менѣе, при постепенномъ роковомъ развитіи болѣзненныхъ явленій все далѣе и далѣе, у многихъ больныхъ мало по малу наступаетъ такой періодъ ихъ страданія, когда пищеварительный приборъ подвергается уже столь существеннымъ измѣненіямъ, что совершенно перестаетъ выносить всякія лѣкарства, какъ сердечныя, такъ и мочегонныя. Въ это же время обыкновенно, для полученія цѣлебнаго дѣйствія, приходится давать и наперстянку, и горичвѣтъ какъ разъ въ отнормально громадныхъ пріемахъ. При подобныхъ обстоятельствахъ, когда становится уже чрезвычайно затруднительнымъ или даже прямо невозможнымъ лѣчить посредствомъ сердечныхъ и мочегонныхъ средствъ per os, приходится обратиться къ способу лѣченія, вырабатываемому только теперь, въ самое послѣднее время, а именно къ подкожному или даже внутривенному примѣненію сердечныхъ средствъ. Хотя, быть можетъ, ярые приверженцы этого новѣйшаго способа и предполагаютъ совершенно замѣнить имъ обычно примѣняемое до сихъ поръ назначеніе сердечныхъ средствъ per os, но по многимъ причинамъ представляется весьма сомнительнымъ, чтобы такое предложеніе могло быть осуществлено въ повседневной врачебной практикѣ. Въ тѣхъ-же случаяхъ, въ которыхъ внутреннее употребленіе сердечныхъ средствъ вызываетъ то или другое существенное неблагоприятное побочное явленіе или когда требуется очень быстрое и энергичное воздѣйствіе на сердечную мышцу, введеніе этихъ лѣкарствъ черезъ посредство впрыскиваній въ подкожную клітчатку или даже прямо въ вены, несомнѣнно, представляетъ громадный шагъ впередъ.

Непреодолимымъ препятствіемъ для подобнаго способа примѣненія сердечныхъ средствъ являлись до сихъ поръ чрезвычайно сильныя раздражающія и токсическія свойства обычно употреблявшихся препаратовъ ихъ. Такъ, 10%-ная настойка изъ листьевъ наперстянки, хотя и хорошо переносится венами при впрыскиваніи въ нихъ и даетъ при этомъ быстрое и значительное лѣчебное дѣйствіе, но за то очень часто вызываетъ лихорадочное повышение температуры съ потрясающимъ ознобомъ, почему и не можетъ быть примѣнена для подобнаго лѣченія [*Namum, Felix Mendel*<sup>14)</sup> \*]. Діализатъ-же наперстянки (*Bürger's*), приготовленный почти безъ алкоголя, хотя и не вызываетъ ни лихорадки, ни ознобовъ и оказываетъ также превосходное терапевтическое дѣйствіе, но за то обуславливаетъ у больныхъ тотчасъ-же за впрыскиваніемъ его головокруженіе и чувство тоски настолько сильныя, что это дѣлаетъ совершенно невозможнымъ подобное употребленіе его (*Felix Mendel*). Тѣмъ болѣе, конечно, непригодны по своимъ физическимъ и химическимъ свойствамъ настойка и жидкія вытяжки горичвѣта, индійской конопли и т. п.

Долгое время оставались также безплодными попытки примѣнить для указанныхъ цѣлей вещество, получаемое изъ наперстянки при помощи болѣе или менѣе сложной обработки ея. Такъ, добытый *Schmiedeberg* омъ изъ листьевъ ея кристаллическій дигитоксинъ, оказывающійся при на-

\*) Тѣже явленія обуславливаетъ введеніе въ вены строфантина по наблюденіямъ *Alb. Fraenkel's*, сообщеннымъ имъ на

значения его съ соответственными предосторожностями per os, а отчасти также per anum, какъ это выяснилось при испытаніи его и въ моей клиникѣ [Д. И. Усковъ<sup>15</sup>], препаратомъ, превосходящимъ по своей надежности и дѣйствительности всѣ другія сердечныя средства, не можетъ быть вводимъ больнымъ даже подъ кожу, а тѣмъ болѣе въ вены. Хотя Unverricht<sup>16</sup>), H. v. Wellenhof<sup>17</sup>) и др. совѣтуютъ употреблять его въ формѣ подкожныхъ, а von Aibel<sup>18</sup>) даже въ видѣ внутривенныхъ впрыскиваній, но предложеніе ихъ не встрѣтило сочувствія. Дѣйствительно, кристаллическій дигитоксинъ совершенно не растворяется въ водѣ, но только въ хлороформѣ и алкоголѣ, а вмѣстѣ съ тѣмъ вызываетъ въ самыхъ незначительныхъ дозахъ флегмонозное воспаление и даже нагноеніе тканей, съ которыми приходится въ соприкосновеніе, совершенно независимо отъ микроорганизмовъ, какъ это показали Kaufmann<sup>19</sup>) и Dubler<sup>20</sup>), вслѣдъ за чѣмъ можетъ наступить даже и полное омертвѣніе соответственныхъ частей съ образованіемъ стекловидныхъ массъ [Korpe<sup>21</sup>), Schmiedeberg<sup>22</sup>)].

По тѣмъ-же самымъ причинамъ не можетъ имѣть никакого особаго значенія и предложеніе Rosenthal'a<sup>23</sup>), совѣтующаго употреблять для впрыскиваній «l'huile digitale Nativelle's» — растворъ въ маслѣ Nativelle'скаго дигиталина, представляющаго собой ни что иное, какъ нечистый дигитоксинъ.

(Окончаніе слѣдуетъ.)

CLXXII. Изъ патолого-анатомическаго Института Женскаго Медицинскаго Института.

Случай полного обратного расположения внутренних.

Ч. пр. М. М. Покровскаго.

Случаевъ полного и частичнаго извращенія въ положенія внутреннихъ описано въ печати уже довольно порядочно — около 200, тѣмъ не менѣе не такъ много, чтобы можно было ими совершенно пренебрегать. Случаевъ же извращенія, провѣренныхъ на вскрытіи, значительно меньше, и потому каждый такой случай имѣетъ свое значеніе.

Въ виду сказаннаго, считаю не лишнимъ сообщить еще объ одномъ случаѣ полного обратнаго расположения внутреннихъ, неожиданно обнаруженномъ мною на вскрытіи.

Превратное положеніе внутреннихъ у животныхъ извѣстно еще со временъ Аристотеля. У человека оно отмѣчено гораздо позднѣе. 1-ый случай этого рода, занесенный въ печать, наблюдался Marcellomъ Lecciusomъ въ 1613 г. и былъ описанъ въ 1654 г. Panarol'омъ. Въ Россіи обнаружено до сихъ поръ, сколько мнѣ извѣстно, всего 28 случаевъ, изъ нихъ на русскомъ языкѣ 19 \*).

Огромное большинство (22:6) этихъ случаевъ относится къ мужскому полу и представляетъ полное перемѣщеніе внутреннихъ. 1-ый случай въ Россіи былъ обнаруженъ при вскрытіи и описанъ проф. Буяльскимъ въ 1829 г. Въ большей части остальныхъ случаевъ эта неправильность замѣчена была на живыхъ людяхъ.

\*) Относительно случая А. А. Яроцкаго въ протоколахъ Общества Киевскихъ врачей пишется лишь краткое указаніе на сдѣланный имъ докладъ. Въ дополненіе къ этому д-ръ Яроцкій любезно сообщилъ мнѣ письмомъ, что полное извращеніе внутреннихъ въ его случаѣ было обнаружено при жизни у молодого солдата, и эта неправильность, какъ уродство, послужила поводомъ къ освобожденію его отъ службы. Случай д-ра Хохрякова, о которомъ упоминаетъ Д. И. Сиверцевъ, мнѣ, не смотря на всѣ старанія, отыскать въ печати не удалось. Кроме того, въ работѣ Wulffius'a пишется указаніе на случай Walter'a, а въ статьѣ I. Э. Ольдеропе на случай д-ра Комаровскаго. Въ протоколахъ очереднаго засѣданія Общества Киевскихъ врачей за 1899—1900 гг. (стр. 19), при изложеніи преній послѣ сообщенія д-ра Константиновича, упомянуто о 3-хъ случаяхъ полного перемѣщенія внутреннихъ (2 указаны д-ромъ Рымовскимъ, при чемъ 1 изъ нихъ принадлежитъ Афанасьеву, и 1, принадлежащій Лазареву — Комаребискину) и послѣ сообщенія Яроцкаго (стр. 52)—1 случай (указанъ Триммелемъ, принадлежитъ Мерину и Ду-

Не стану приводить здѣсь предполагаемыхъ причинъ этой рѣдкой игры природы, которая, по мнѣнію большинства изслѣдователей, должна быть отнесена къ уродствамъ. Скажу лишь, что существуетъ много ученій, объясняющихъ возможность появленія обратнаго расположения внутреннихъ, но ни одно изъ нихъ не можетъ считаться вполнѣ удовлетворяющимъ своей цѣли. Перечислять и заниматься разборомъ уже описанныхъ въ печати случаевъ тоже не стану, такъ какъ и на русскомъ (Д. И. Сиверцевъ, В. Н. Константиновичъ, С. С. Груздевъ, Н. А. Зывакинъ), и на другихъ языкахъ (Küchenmeister, Dareste, Martinotti) имѣются уже работы, въ достаточной степени исчерпывающія этотъ предметъ.

Мой случай слѣдующій.

В. И., 30 л., крестьянинъ, извозчикъ, русскій. Родился въ Петербургѣ. Жена. Поступилъ въ Петропавловскую больницу 5/х 1903 г. Заболѣлъ сразу 3 недѣли назадъ гриппомъ. Затѣмъ стало болѣть лѣвое ухо: изъ него появилось гноетеченіе. Былъ сильный жаръ и повторная рвота. Жалуется на головную боль. Раньше былъ здоровъ.

Крѣпкаго сложенія и хорошаго питанія. Въ полномъ сознаніи, но отвѣчаетъ вяло. Душевное состояніе угнетенное. Разстройства рѣчь не замѣчается. Зрачки равномѣрные, на свѣтъ отвѣчаютъ хорошо. Параличей и сведеній мышцъ нѣтъ; признака В. М. Кернига нѣтъ. Барабанная перепонка слѣва прободена; изъ отверстія сочится густой гной.

Больному была сдѣлана трепанція, и вскрыты гнойники въ мозгу. Наступило замѣтное улучшеніе въ общемъ состояніи. Спустя мѣсяцъ, вслѣдствіе ухудшенія болѣзни, трепанція была повторена. Спустя приблизительно еще 2 мѣс. сдѣлана была трепанція въ 3-й разъ, при чемъ обнажена поперечная пазуха, оказавшаяся закупоренной гнойно-размягчившимся тромбомъ. Всѣ 3 трепанціи были произведены подъ хлороформнымъ усыпленіемъ. Черезъ нѣсколько дней, при мѣстномъ обезболиваніи, пришлось опять прибѣгнуть къ операціи и вскрыть огромный затѣчный нарывъ на шеѣ.

20/1 1904 г. больной скончался.

На вскрытіи оказалось гнойное воспаленіе мягкой мозговой оболочки, выраженное преимущественно на основаніи черепа. Затѣмъ найденъ также нарывъ въ лѣвой височной доль мозга, величиною съ грецкій орѣхъ.

При вскрытіи грудной и брюшной полостей обнаружено полное обратное расположеніе внутреннихъ. Сердце помѣщалось въ правой 1/2 грудной кѣтки, при чемъ аорта исходила изъ праваго желудочка, вѣнное отверстіе котораго было снабжено 2-створчатой заслонкой, а легочная артерія исходила изъ лѣваго, снабженнаго заслонкою съ 3-мя створками. Безымянная артерія находилась слѣва, справа-же отъ дуги аорты, отдѣльно — сонная и подключичная артеріи. Низходящая часть грудной аорты и брюшная аорта лежали вправо отъ позвоночника. Правое легкое состояло изъ 2-хъ долей, лѣвое — изъ 3-хъ. Печень помѣщалась съ лѣвой стороны, селезенка — съ правой. Соответственно этому были расположены также желудокъ и кишки, при чемъ слѣпая кишка лежала въ лѣвой подвздошной области, а S-образная — въ правой. Другихъ какихъ-либо неправильностей со стороны внутреннихъ, помимо обратнаго расположенія ихъ, при вскрытіи не найдено.

Ниже указаны нѣкоторые изъ литературныхъ источниковъ вопроса въ хронологическомъ порядкѣ.

Литература. 1. Panarola. Iatroligismorum seu medicalium observationum Penta costae quinquaginta, V. Observ. VII. Hannoveriae. 1654 г. — 2. v. Baer K. Ueber Entwicklungsgeschichte der Thiere. Königsberg. 4. I, 1828 г., стр. 51. — 3. Geoffroy St. Hilaire Is. Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux. Bruxelles. 1837 г. — 4. Förster A. Die Missbildungen des Menschen. 2e изд. Jena. 1865 г., стр. 135. — 5. Ahlfeld. Die Missbildungen des Menschen. Leipzig. 1880 г. — 6. Küchenmeister Fr. Die angeborene, vollständige seitliche Verlagerung der Eingeweide des Menschen (Situs viscerum totalis lateralis rarior, solito inversus). Leipzig. 1883 г. — 7. His. Anatomie menschlicher Embryonen. Leipzig. 1885 г., т. III, стр. 201. — 8. Dareste C. Recherches sur la production artificielle des monstruosités ou essais de tératogénie expérimentale. Paris. 1887 г. — 9. Martinotti. Della trasposizione laterale dei visceri. Bologna. 1888 г. — 10. Буяльскій И. Анатомическое описаніе найденнаго въ тѣлѣ человѣческомъ превратнаго положенія сердца, всѣхъ большихъ кровеносныхъ жилъ и нѣкоторыхъ другихъ внутреннихъ, съ недостаткомъ селезенки. Петербургъ. 1829 г. — 11. Олѣжко. Анатомическое описаніе найденнаго въ тѣлѣ человѣческомъ превратнаго положенія сердца, всѣхъ большихъ кровеносныхъ жилъ и нѣкоторыхъ другихъ внутреннихъ, съ недостаткомъ селезенки (situs perversus cordis).

lienis). «В.-Медицинскій Журналъ», 1829 г., ч. XIII, стр. 101.—12. *Wulffius P.* Quaedam de viscerum inversione laterali. Diss. Dorpati Livonorum. 1855 г.—13. *B. J. Gruber.* Ueber das Vorkommen eines Mesenterium commune für das Jejunum und die grössere Anfangshälfte des Dickdarmes bei seitlicher Transposition der Viscera aller Rumpfhöhlen. «Archiv f. Anatomie, Physiologie u. wiss. Medicin», 1865 г., стр. 558.—14. *Fritsche G.* Przypadek przemieszczenia trzewiów (situs viscerum inversus). «Medycyna», 1875 г., т. III, стр. 772.—15. *Онъ-же.* Ein Fall von Situs viscerum perversus. «Berliner klin. Wochenschrift», 1876 г., стр. 495.—16. *Wilcewski.* Odwrotne położenie organów wewnętrznych (Situs perversus viscerum). «Gazeta lekarska», 1878 г., ч. XIII, т. 25, стр. 9.—17. *Преферансовъ А. С.* Случай Situs viscerum inversus. Протоколы засѣданій Общества морскихъ врачей въ Кронштадтѣ. 1879—1880 гг. Вып. 17. Кронштадтъ, 1880 г., стр. 4.—18. *Олдероне Г. Э.* Случай перемѣщенія внутренностей (Situs inversus viscerum). «Врачъ», 1881 г., стр. 489.—19. *Suligowski F.* Przypadek wrodzonego przemieszczenia trzewiów (Situs viscerum inversus). «Medycyna», 1882 г., т. X, стр. 225.—20. *Монастырскій Н. Д.* Случай превратнаго положенія внутреннихъ органовъ. Situs viscerum perversus. «Еженедѣльная клиническая газета», 1883 г., стр. 537.—21. *Ruppert H.* Два przypadki przemieszczenia trzewi wrodzonego (Heterolaxis), oraz teorie powstawania tego zbowrozenia. «Gazeta lekarska», 1883 г., т. III, стр. 619.—22. *Neugebauer L.* Przypadek przemieszczenia trzewi wrodzonego. Тамъ-же, 1883 г., т. III, стр. 679.—23. *Александръ И. Н.* Случай превратнаго положенія внутреннихъ. «Медицинское Обозрѣніе», 1885 г., т. XXIV, стр. 1001.—24. *Трубачевъ А. С. и Усковъ Н. В.* Случай situs viscerum transversus. «Медицинскія Прибавленія къ Морскому Сборнику», 1887 г., июнь, стр. 446.—25. *Моисеевъ А. И.* Transpositio vasorum sanguineorum cordis. «Труды Харьковскаго медицинскаго Общества» за 1889 г. Харьков, 1889 г., вып. 2, стр. 78.—26. *Schenk C.* Ein Fall von subphrenischem Abscess bei einer Frau mit Situs viscerum inversus. «St. Petersburg. medicinische Wochenschrift», 1889 г., стр. 111.—27. *Курловъ М. Г.* Случай перемѣщенія внутренностей, осложненный недостаточностью аортальныхъ заслонокъ. «Врачъ», 1894 г., стр. 761.—28. *Бари А. Э.* Къ казуистикѣ правосторонняго положенія сердца. «Больничная газета Боткина», 1896 г., стр. 721.—29. *Никулинъ В. В.* Случай situs transversus viscerum. Тамъ-же, 1897 г., стр. 257.—30. *Кириллинъ А. И.* Извращенное положеніе внутренностей. «Дѣтская Медицина», 1898 г., т. 3, стр. 35.—31. *Судзиловскій Н. Г.* Случай неполнаго situs viscerum inversus. «Врачебныя Записки», 1899 г., т. VI, стр. 263.—32. *Константиновичъ В. Н.* Случай situs viscerum inversi totalis. «Труды Общества Киевскихъ врачей» за 1899—1900 г., т. V, вып. 2. Киев, 1901 г., стр. 71.—33. *Яроцкій А. А.* Случай situs viscerum inversi. Тамъ-же, стр. 52.—34. *Сиверцевъ Д. И.* Случай «situs viscerum inversus». «В.-Медицинскій Журналъ», 1901 г., стр. 1146.—35. *Алексѣевъ М. Т.* Случай частичнаго перемѣщенія внутренностей (декстрокардія). Тамъ-же, 1903 г., стр. 395.—36. *Шпанбоксъ А. С.* Случай situs viscerum inversus totalis. Тамъ-же, 1902 г., стр. 1075.—37. *Грузіевъ С. С.* Обратное расположеніе внутренностей у человека. «Протоколы засѣданій Общества морскихъ врачей въ Кронштадтѣ», 1903—1904 гг. Кронштадтъ, 1904 г., кн. 2, стр. 87.—38. *Зыакинъ Н. А.* Случай обратнаго расположенія внутренностей (situs viscerum inversus). «Русскій Врачъ», 1904 г., стр. 1618.—39. *Эммеусъ М. К.* Случай полнаго обратнаго размѣщенія внутренностей (Situs viscerum inversus universalis). Тамъ-же, 1904 г., стр. 317.—40. *Вольтке В. О.* Случай полнаго извращеннаго положенія внутренностей органовъ. «Медицинское Обозрѣніе», 1906 г., т. LXV, стр. 847.

CLXXXIII. Изъ пропедевтической терапевтической клиники проф. А. П. Фавицкаго въ В.-Медицинской Академіи.

### Къ клиникѣ первичнаго рака легкиихъ.

3. Ф. Орловскаго.

Первичный ракъ легкиихъ вообще и бронховъ въ частности представляетъ такую рѣдкую болѣзнь, а правильное прижизненное распознаваніе въ громадномъ большинствѣ случаевъ на столько затруднительно, а иногда и прямо невозможно [*Ebstein* <sup>1)</sup>], что и до сихъ поръ эти случаи доставляютъ матеріалъ для казуистическихъ сообщеній, не смотря на то, что со времени перваго подробнаго описанія первичнаго рака легкиихъ *Stokes'*омъ <sup>2)</sup> прошло уже болѣе 60 лѣтъ. О рѣдкости заболѣванія единогласно свидѣтельствуютъ всѣ извѣстныя намъ статистики различныхъ авторовъ: такъ, *Bégin* <sup>3)</sup> на 200 вскрытій нашелъ 2 случая первичнаго рака легкиихъ, *Herrich* и *Poppe* <sup>4)</sup>—6 на 1121 вскрытіе; *Reinhard* <sup>5)</sup> на 8716 вскрытій въ Дрезденской городской больницѣ съ 1852 г. по 1876 г. нашелъ 5 случаевъ первичнаго рака легкиихъ; *Wolf* <sup>6)</sup> на 4712 вскрытій въ той же больницѣ, съ 1877 г. по 1884 г.

нашелъ 9 случаевъ и 31 случай на 7228 вскрытій въ той же больницѣ, произведенныхъ съ 1885 г. по 1894 г. Извѣстны еще статистики: *Fuchs'a* <sup>7)</sup> (12307 вскрытій—8 случаевъ), *Perutz'a* <sup>8)</sup> (8727 вскрытій—9), *Pässler'a* <sup>9)</sup> (9246 вскрытій—16), *Froelich'a* <sup>10)</sup> (4500 вскрытій—16), *Lenharts'a* <sup>10)</sup> (2956 вскрытій—12) и т. д. Если собрать во-едино всѣ эти статистики, то окажется, что на 59173 вскрытія первичный ракъ легкиихъ былъ найденъ всего 114 разъ, что составляетъ почти 2 случая на каждую 1000 вскрытій (0,19%). Въ это число входятъ ракъ легкиихъ и бронховъ; послѣдній въ чистомъ видѣ встрѣчается еще рѣже и по *Manu-Muscel'*ю <sup>11)</sup> описанъ до сихъ поръ всего 30 разъ. Въ виду такой рѣдкости заболѣванія я позволю себѣ описать наблюдавшійся въ клиникѣ проф. А. П. Фавицкаго случай, гдѣ прижизненное распознаваніе было подтверждено вскрытіемъ. Дабы выяснить характеръ и значеніе тѣхъ данныхъ, которые привели къ правильному распознаванію, я вмѣстѣ съ сообщеніемъ этого случая останавлиюсь на клинической картинѣ первичнаго рака легкиихъ и бронховъ, касаясь патолого-анатомической стороны лишь по столько, по сколько она нужна будетъ для выясненія клинической.

Хотя первичный ракъ легкиихъ въ очень многихъ случаяхъ развивается изъ бронховъ, по меньшей мѣрѣ, такъ же часто, какъ первичный ракъ печени изъ желчныхъ ходовъ [въ 90% по *Lenharts'u* <sup>10)</sup>], однако въ практическомъ отношеніи все-таки различаютъ: 1) раки бронховъ, которые занимаютъ только тотъ или иной бронхъ и 2) раки легкиихъ, т. е. такіе, которые, независимо отъ того—исходятъ-ли они изъ бронховъ или нѣтъ—распространяются на болѣе широкую легочную паренхимы. Ракъ бронховъ никогда не развивается въ мелкихъ вѣтвяхъ, но, какъ правило,—сейчасъ ниже бифуркаціи въ одномъ изъ главныхъ бронховъ; при этомъ иногда очень рано можетъ наступить суженіе соответственнаго бронха (*Lenharts*). Постоянно и очень рано вовлекаются въ страданіе бронхіальныя железы; послѣднія могутъ достигать такихъ размѣровъ, что, съ своей стороны, нѣрѣдко вызываютъ суженіе бронховъ съ послѣдующими ихъ расширеніями и задержкой секрета выше мѣста суженія. При переходѣ на легочную ткань онъ распространяется по развѣтвленіямъ бронхіальнаго дерева. Въ противоположность ракамъ бронховъ, раки легкиихъ не имѣютъ типическаго мѣстоположенія: они могутъ располагаться то въ верхнихъ, то въ нижнихъ доляхъ, то ближе къ корню легкаго (глубоко сидящіе раки, по *Pässler'u*), то вдали отъ него; они могутъ поражать легкое то въ видѣ сплошной опухоли, занимающей иногда большую часть доли (долевой ракъ, по *Dieulafoy*), то въ видѣ многочисленныхъ отдѣльныхъ узловъ (т. наз. просовидная форма), то въ видѣ сплошной раковой инфильтраціи, то въ видѣ смѣшанной формы, представляющей сочетаніе всѣхъ предыдущихъ. Разнообразію патологоанатомической картины соответствуетъ разнообразіе клинической картины первичнаго рака легкиихъ и бронховъ; послѣдняя разнообразится еще болѣе вслѣдствіе склонности рака легкиихъ распространяться на соседніе органы, а отчасти и на отдаленные путемъ метастазовъ. Поэтому дать общую схему заболѣванія—очень трудно. Собственно раки легкиихъ болѣе доступны клиническимъ способамъ изслѣдованія и ео ipso распознаванію, чѣмъ раки бронховъ; въ послѣднемъ случаѣ, если ракъ ограничивается только бронхіальной стѣнкой и не распространяется далеко на легкое, установка распознаванія при жизни встрѣчается непреодолимыми затрудненіями.

Существуетъ только одинъ вполнѣ надежный—патогномоническій—признакъ рака легкиихъ геср. бронховъ—это появленіе въ мокротѣ кусочковъ опухоли или раковыхъ клѣтокъ и обнаруженіе тѣхъ-же элементовъ въ плевро-плевральномъ выпотѣ или въ матеріалѣ, добытомъ изъ опухоли при помощи пробнаго прокола [*Fraenkel* <sup>12)</sup>, *Schwalbe* <sup>13)</sup>, *Hampeln* <sup>14)</sup>, *Röttger* <sup>15)</sup>, *Niedner* <sup>16)</sup>, *Passow* <sup>17)</sup> и др.].

Такъ, въ случаѣ *Grawitz'a* <sup>18)</sup> больной выдѣлялъ съ кашлемъ кусочекъ опухоли величиной въ вишню, которая при изслѣдованіи оказалась ракомъ. Тоже самое наблюдалось въ случаяхъ *Ehrich'a* <sup>19)</sup>, *Tibbert'a* <sup>20)</sup>, *Claiss'e* <sup>21)</sup>. Въ случаѣ *Krönig'a* <sup>22)</sup> на основаніи пробнаго прокола



была распознана саркома праваго легкаго. Къ сожалѣнію, находки подобнаго рода чрезвычайно рѣдки (вышеприведеннымъ перечнемъ исчерпаны всѣ известные въ литературѣ случаи) и окорѣ составляютъ счастливую случайность [Александровъ<sup>23</sup>]: кусочки опухоли или не откашливаются, или проглатываются, или—что бываетъ чаще всего—ихъ невозможно отличить, такъ какъ элементы опухоли или представляются жирно перерожденными, или имѣютъ видъ распада (Wolf). Еще труднѣе обнаружить присутствіе раковыхъ элементовъ въ плевритической жидкости, такъ какъ, пробывъ въ ней болѣе или менѣе долгое время, они въ значительной степени теряютъ свои характерныя свойства вслѣдствіе набухания и развитія дегенеративныхъ процессовъ [Голубиницъ<sup>24</sup>].

2-мъ очень важнымъ признакомъ рака легкиѣхъ гесп. бронховъ надо считать переносы въ лимфатическія железы. Къ сожалѣнію, чаще всего вовлекаются въ процессъ недоступныя ощупыванію бронхиальныя железы, надключичныя-же и подмышковыя поражаются много рѣже, приблизительно въ  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{8}$  случаевъ (Lenharts). Собственно раки легкиѣхъ гораздо менѣе склонны къ переносамъ, чѣмъ раки бронховъ. У Wolf'a изъ 8 случаевъ рака легкиѣхъ въ 6 не было переносовъ, въ то время какъ изъ 23 бронхиальныхъ раковъ переносовъ не было только въ 2. Béhier<sup>25</sup> придаетъ особое значеніе присутствію плотныхъ надключичныхъ, рѣже подмышковыхъ, железъ въ отличіе отъ бугорчатки, для которой онъ считаетъ характернымъ увеличеніе подчелюстныхъ железъ. Однако, другіе авторы [Darolles<sup>26</sup>] и особенно Jaccoud<sup>26</sup> и др.] не согласны съ этимъ заявленіемъ Béhier; по Pässler'y даже отсутствіе переносовъ въ железахъ еще не говоритъ противъ рака легкиѣхъ. Большое значеніе имѣютъ переносы въ поверхностныя мышцы живота или въ подкожную клетчатку, но они встрѣчаются очень рѣдко [Pässler, Japha<sup>27</sup>].

Всѣ остальные признаки рака легкиѣхъ гесп. бронховъ нельзя считать патогномоническими. Одно время считали очень характернымъ для рака легкиѣхъ мокроту въ видѣ малиноваго желе, на что впервые обратилъ вниманіе Stokes. Другіе авторы, однако, описываютъ при ракахъ легкиѣхъ мокроту то цвѣта ржавчины, до темнокраснаго оттѣнка, то оливковаго, то насыщенно-шафранно-желтаго цвѣта (Lenharts). Помимо этого, по Ebstein'y, мокроту въ видѣ малиноваго желе уже потому нельзя считать характерной, что ее можно наблюдать иногда при phthisis, при нѣкоторыхъ фибринозныхъ пнеймоніяхъ съ медленнымъ разрѣшеніемъ, при переходѣ пнеймоніи въ гнойникъ, въ началѣ подострой туберкулезной пнеймоніи и т. д., словомъ при всѣхъ тѣхъ условіяхъ, гдѣ окрашенная кровью масса прежде, чѣмъ быть откашливаемыми, лежатъ въ дыхательныхъ путяхъ болѣе или менѣе долго, такъ что кровяной пигментъ уже внутри тѣла подвергается цѣлому ряду измѣненій въ своей окраскѣ. По Schwalbe подобную мокроту можно наблюдать даже при истеріи. По Pässler'y мокрота въ видѣ малиноваго желе встрѣчается много рѣже, чѣмъ это описано въ учебникахъ, и при томъ чаще при вторичномъ ракѣ. Не смотря на все вышеуказанное, упомянутое свойство мокроты уже потому заслуживаетъ вниманія для врача, что при разсужденіяхъ о вызвавшей ее причинѣ, заставляетъ имѣть въ виду злокачественное новообразование.

Помимо вышеописанной окраски мокроты, въ ней можетъ быть еще и примѣсь крови въ чистомъ видѣ—отъ полосокъ до смертельнаго кровотеченія. Впрочемъ, послѣднее наблюдается лишь въ исключительныхъ случаяхъ (Pässler). Наемортой могутъ быть иногда повторныя [случай Clark'a<sup>28</sup>], или какъ первый припадокъ болѣзни [случай Wilson'a<sup>28</sup>], или наоборотъ, какъ предсмертное явленіе и при томъ единственное [случай Bervidge<sup>28</sup>]. По Bonnett'y<sup>29</sup> примѣсь крови къ мокротѣ наблюдается болѣе чѣмъ въ  $\frac{1}{2}$  случаевъ, по Walche<sup>29</sup>—еще чаще.

Изъ другихъ примѣсей въ мокротѣ часто замѣчается значительное количество свободныхъ жировыхъ капелекъ и эпителиальныхъ клѣтокъ, иногда связанныхъ въ тѣсныя группы; клѣтки эти представляютъ весьма разнообразную полиморфную форму и иногда бываютъ жирно перерождены. Особенно обращаетъ вниманіе на постоянное присутствіе

Ставить, однако, распознаваніе на основаніи присутствія этихъ клѣтокъ, какъ это предлагаетъ Hampeln, очень рискованно (Ebstein), но частое появленіе этихъ формъ Schwalbe все-же считаетъ весьма цѣнной для него поддержкой.

Присутствіе бугорчатковыхъ палочекъ въ мокротѣ еще не говоритъ противъ рака легкиѣхъ, такъ какъ, въ противоположность ученію Rokitsky'аго, что бугорчатка и ракъ взаимно исключаютъ другъ друга, въ настоящее время безусловно доказано, что и ракъ, и бугорчатка могутъ одновременно существовать въ одномъ и томъ-же органѣ; такъ, проф. А. П. Фавицкій наблюдалъ въ клиникѣ покойнаго проф. П. И. Пастернацкаго случай одновременныхъ рака и бугорчатки брюшины; Lenharts даже утверждаетъ, что первичный ракъ относительно часто наблюдается въ пораженныхъ бугорчаткою легкиѣхъ. Большее значеніе имѣетъ постоянное отсутствіе бугорчатковыхъ палочекъ въ мокротѣ при повторныхъ изслѣдованіяхъ; обстоятельство это при прочихъ признакахъ сильно говоритъ въ пользу рака легкиѣхъ, такъ что Wolf считаетъ его даже патогномоничнымъ для рака легкиѣхъ. Сама мокрота обыкновенно бываетъ слизистой, иногда чисто катарральной, какъ при бронхитѣ (Ebstein), плотно пристаѣтъ къ стѣнкѣ сосуда, тянется въ нити. Что касается количественнаго, то оно бываетъ разное; иногда ее отдѣляется очень мало, такъ что кашель можетъ быть сухой и при томъ различной силы: онъ можетъ быть то незначительнымъ, то въ видѣ жестокихъ приступовъ (Reinhard) и зависеть либо отъ одновременнаго раздраженія плейры (Passow), либо отъ раздраженія окончаній нервовъ слизистой оболочки бронховъ и гортани. Кромѣ кашля, при ракѣ легкиѣхъ существуетъ еще цѣлый рядъ припадковъ, не представляющихъ для него ничего характернаго и общихъ съ другими пораженіями легкиѣхъ, какъ-то: одышка, боли въ груди, чувство стѣсненія, сдавленія въ груди и т. д. Одышка въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ достигать большихъ степеней: она можетъ быть непрерывной, или-же въ видѣ приступовъ, сопровождаемыхъ при этомъ иногда стертормознымъ дыханіемъ. Особенно важнымъ признакомъ для рака легкиѣхъ Fraenkel считаетъ высокую одышку въ связи съ вдыхательнымъ и выдыхательнымъ stridor'омъ и 2-двустороннимъ параличемъ голосовыхъ связокъ, если остальные признаки не противорѣчатъ распознаванію. Съ другой стороны, по Wolf'y, при ракѣ легкиѣхъ одышки въ большинствѣ случаевъ не бываетъ; она свойственна преимущественно раку бронховъ, даже и тогда, когда онъ не распространяется на легкія (Ebstein) и зависитъ либо отъ суженія просвѣта бронха растущей опухолью, либо-же отъ сжатія бронховъ и трахеи увеличенными бронхиальными железами.

Что касается болей, то, по Wolf'y, онѣ очень часты въ пораженной  $\frac{1}{2}$  груди, имѣютъ рвущій или ноющій характеръ, иногда отдають въ соотвѣтствующую руку, спину или лопатку; по Hoffmann'y<sup>30</sup> боли эти нерѣдко достигаютъ большой силы, очень упорны и нерѣдко имѣютъ характеръ нейралгій, напр., межреберныхъ. По Ebstein'y, наоборотъ, ракъ легкиѣхъ и бронховъ едва-ли можетъ давать боли, пока онъ ограничивается только паренхимой легкиѣхъ и не вовлекаетъ въ страданіе плейру. Pässler и Fraenkel считаютъ боли рѣдкимъ явленіемъ и не придаютъ имъ особаго значенія, считая болѣе важнымъ для распознаванія особое чувство сдавленія или стѣсненія въ груди (Spannungsgefühl).

Въ чистыхъ неосложненныхъ случаяхъ рака легкиѣхъ гесп. бронховъ лихорадки можетъ и не быть (Pässler), а, если она и бываетъ, то не достигаетъ высокихъ степеней (Hoffmann) и появляется періодически («chronisches Rückfallsfieber» Ebstein'a); но такіе чистые случаи рѣдки; чаще всего имѣются тѣ или другія осложненія—плевритъ, пнеймонія и т. д., которыя уже и обуславливаютъ соотвѣтствующую лихорадку. Впрочемъ, иногда и чистыя формы рака даютъ высокую лихорадку перемежающаго типа [случай Hampeln'a<sup>31</sup>]; тутъ послѣдняя зависитъ, повидимому, отъ распада опухоли и всасыванія въ кровь продуктовъ распада. Въ общемъ надо сказать, что лихорадка ничего характернаго для рака легкиѣхъ не представляетъ. Болѣе

ваетъ не всегда: нѣкоторые [Herrmann<sup>32</sup>], Ebstein] указываютъ на то, что оно появляется поздно, гораздо позже, чѣмъ, напр., при ракѣ пищеварительныхъ органовъ. Въ другихъ случаяхъ оно развивается очень рано, когда еще нѣтъ никакихъ признаковъ пораженія ни въ легкихъ, ни вообще въ другихъ органахъ. Въ этихъ случаяхъ даже малѣйшія объективныя данныя со стороны легкихъ имѣютъ серьезное значеніе [Hampeln, Вилланенъ<sup>33</sup>].

Общее самочувствіе больныхъ обыкновенно плохое. По Pässler'у раковый больной тѣмъ и отличается отъ страдающаго бугорчаткой, что самочувствіе его, caeteris paribus, много хуже. Изъ осложнений при ракѣ легкихъ (бронховъ) наибольшее значеніе, въ виду его частоты, имѣетъ плейритъ, чаще всего односторонній и большей частью геморрагическій, хотя довольно часто выпотъ бываетъ сывороточнымъ или сывороточно-фибринознымъ; очень часто сывороточный вначалѣ плейритъ въ послѣдствіи переходитъ въ геморрагическій (Herrmann), въ единичныхъ случаяхъ онъ можетъ рассосаться самъ собой (случай Hampeln'a). Большое значеніе для распознаванія имѣетъ присутствіе въ выпотѣ раковыхъ элементовъ (см. выше). По Strümpell'ю, Dieulafoy, если послѣ выпуска жидкости боли, одышка, кашель не облегчаются и не замѣчается особаго субъективнаго улучшенія, то въ связи съ другими данными это сильно говоритъ за ракъ легкихъ.

Большого вниманія заслуживаютъ осложнения со стороны самихъ легкихъ, иногда выступающія на первый планъ и тѣмъ сильно затрудняющія распознаваніе: въ окрестности новообразованія могутъ развиваться воспалительные процессы (Pässler), т. наз. ретенціонныя пневмоніи въ слѣдствіе суженія бронховъ, индуративные и ателектатическіе процессы [Fraenkel<sup>34</sup>], бронхэкстази и т. д. Я не буду останавливаться на другихъ болѣе или менѣе случайныхъ осложненияхъ, зависящихъ отъ давленія опухоли на сосѣдніе органы и т. д., а перейду прямо къ объективному изслѣдованію больного.

Иногда уже рано бываетъ замѣтна асиметрія обѣихъ половинъ грудной кѣтки; подвижность больной стороны ограничена, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, наоборотъ, соответствующая пораженію легкому  $\frac{1}{2}$  грудной кѣтки значительно выпячивается; такъ, въ случаѣ Béhier окружность здоровой  $\frac{1}{2}$  грудной кѣтки была 35, а больной—38,5 см. При выстукиваніи чаще всего получаютъ неправильныя границы заглушенія (Passow); иногда появляются болѣе или менѣе значительныя полосы совершенно тупого звука, положеніе, форма и распространеніе котораго иногда бываетъ весьма своеобразно (Lenhartz). Иногда можно прослѣдить постепенное распространеніе сплошнаго притупленія сверху внизъ; при этомъ нѣкоторые авторы указываютъ на особенную каменистость, твердость [Eichhorst<sup>35</sup>] или усиленную сопротивляемость грудной кѣтки (Reinhard) при постукиваніи. Важно, что заглушеніе не на всемъ протяженіи бываетъ одинаковой силы, а встрѣчаются мѣста съ болѣе яснымъ звукомъ (Reinhard). При оцѣнкѣ полученныхъ при выстукиваніи данныхъ надо всегда имѣть въ виду одновременное существованіе плейрита и вышеупомянутыхъ осложнений со стороны легкихъ, такъ что иногда незначительный ракъ бронха, величиной, напр., въ лѣвой орѣхъ можетъ дать заглушеніе, занимающее всю долю легкаго или даже еще большее пространство [Fraenkel<sup>34</sup>]. Ничего характернаго для рака легкихъ не даетъ и выслушиваніе: на мѣстѣ пораженія можно найти то полное отсутствіе дыхательныхъ шумовъ, то ослабленное, то неопредѣленное дыханіе, то бронхиальное иногда даже съ амфорическимъ отгѣнкомъ; хриповъ при этомъ можетъ не быть совсѣмъ. Иногда слышно рѣзкое стенотическое дыханіе—согласно французскихъ авторовъ (Béhier и др.), считаемое ими особенно характернымъ для рака легкихъ. Curschmann<sup>35</sup> указываетъ на одинъ важный признакъ рака легкихъ, именно на отчетливую передачу сердечныхъ звуковъ на спину чрезъ плотную опухоль.

Изъ всего вышесказаннаго видно, что распознаваніе рака легкихъ и особенно бронховъ представляетъ подчасъ непреодолимые затрудненія; нѣтъ ни одного патогномическаго признака, и при установкѣ распознаванія надо

принимать во вниманіе совокупность всѣхъ существующихъ признаковъ и идти къ нему лишь путемъ исключенія, да и то распознаваніе всегда остается подъ сомнѣніемъ. Мало помогаетъ распознаванію и изслѣдованіе больныхъ Roentgen'овскими лучами: послѣднее не разрѣшило вопроса, напр., въ 1 случаѣ рака бронха Holtschnecht'a<sup>36</sup> и въ 2 случаяхъ рака бронховъ Weinberger'a<sup>36</sup>. Въ впѣжеслѣдующемъ, какъ выше было сказано, распознаваніе было поставлено при жизни.

Г. И., 58 л., финляндецъ, поступилъ въ клинику 29/хп 1906 г. съ жалобами на сильную постоянную одышку и все возрастающее исхуданіе уже въ теченіи 6 мѣс.; при этомъ онъ сильно кашляетъ, выдѣляетъ обильное количество мокроты; крови въ ней никогда не наблюдалъ. До этой болѣзни всегда былъ здоровъ; только лѣтъ 30 назадъ болѣлъ острымъ суставнымъ ревматизмомъ. Болѣе подробныхъ анамнестическихъ свѣдѣній собрать не удалось, такъ какъ больной почти не говоритъ по-русски. Сифилисъ, алкоголизмъ отрицаетъ. Средняго роста, плохого сложенія, съ значительно подорваннымъ питаніемъ. Вѣсъ 51500 грм. Слизистыя оболочки блѣды; кожа также блѣдая, съ землистымъ отгѣнкомъ. Лѣвые подмышковыя лимфатическія железы незначительно увеличены, плотны, подвижны. Одна увеличенная плотная подвижная железа имѣется въ лѣвой боковой области шеи, немного выше лѣвой ключицы. Лѣвая  $\frac{1}{2}$  грудной кѣтки остается въ дыхательныхъ движеніяхъ отъ правой. При постукиваніи ясное заглушеніе звука надъ и подъ ключицей до 3-го ребра; затѣмъ, начиная съ 5-го ребра спереди (по передней подмышковой линіи) и съ угла лопатки сзади точно также замѣчается заглушеніе звука, но менѣе рѣзкое; края лѣваго легкаго неподвижны. Голосовое дрожаніе ослаблено; дыхательные шумы тоже ослаблены; у угла лопатки на верхней границѣ заглушенія слышно бронхиальное дыханіе. При выслушиваніи на лѣвой верхушкѣ дыхательные шумы ослаблены, слышенъ выдохъ. На правой  $\frac{1}{2}$  грудной кѣтки звукъ при выстукиваніи ясный, легочный; края праваго легкаго опущены на 1 ребро на всемъ протяженіи; при выслушиваніи—повсюду нѣсколько жесткое дыханіе съ обильнымъ количествомъ сухихъ хриповъ. Границы сердечнаго заглушенія: сверху—верхній край 4-го ребра, справа—средняя линія, слѣва—сосковая линія; верхушечный толчекъ подъ 5-мъ ребромъ по сосковой линіи. Звукъ сердца глуховатъ; на верхушкѣ слышенъ ясный систолическій шумъ трушаго характера; 2-ой звукъ легочной артеріи съ удареніемъ. П. 78, правильный, ритмичный, одновременный на обѣихъ лучевыхъ артеріяхъ, умереннаго наполненія. Сами лучевыя артеріи уплотнены, прощупываются въ пульсовой волнѣ. Животъ умеренно вздутъ. Печень, если ее опредѣлять выстукиваніемъ, увеличена пальца на  $\frac{1}{2}$ , слегка болѣзненная. Селезенка не прощупывается. На голеняхъ отековъ нѣтъ. На низѣ правильно. Дл. 33 въ 1 мин.; 36,7°. Мочи 1400 к. стм., уд. в. 1,014, кислой реакціи; ни бѣлка, ни сахара, ни желчныхъ пигментовъ въ ней не найдено; при микроскопическомъ изслѣдованіи ничего ненормальнаго также въ ней не оказалось. Составъ крови: красныхъ кровяныхъ шариковъ—4.180000, бѣлыхъ 7200; отношеніе бѣлыхъ шариковъ къ краснымъ = 1:585. Гемоглобина (по Gowers'y) 68%.

Теченіе болѣзни за все время пребыванія больного въ клиникѣ (87 дней) было такое. Общее состояніе больного все ухудшалось: исхуданіе возрасло, приняло отгѣнокъ кахексіи, особенно къ концу жизни вѣсъ тѣла съ 51400 грм. упалъ до 40000; одновременно съ этимъ слабость увеличилась настолько, что послѣдніи 3 недѣли больной совсѣмъ не могъ вставать съ постели. Самочувствіе, вначалѣ сносное, съ каждымъ днемъ все болѣе ухудшалось; особенно беспокоили больного кашель (см. ниже) и одышка; оба эти признака болѣзни были на столько мучительны, что больной нѣтъ и приписывалъ всю свою болѣзнь. Явленія со стороны сердца все время были in statu quo. Главное вниманіе привлекали къ себѣ измѣненія со стороны легкихъ: уже недѣли черезъ  $\frac{1}{2}$  по поступленіи больного въ клинику существовавшее раньше заглушеніе въ лѣвой надъ и подъключичной области до 3-го ребра (по сосковой линіи) сдѣлалось рѣзче; въ то же время появилось заглушеніе звука надъ лопаткой, которое стало расти все болѣе вверхъ и внизъ, такъ что недѣли черезъ 3 послѣ своего появленія оно занимало уже всю подъключичную и надлопаточную и лопаточную области, сливаясь съ бывшимъ уже до того заглушеніемъ звука внизу. При выслушиваніи въ области заглушенія слышно бронхиальное дыханіе, но мѣстами съ обильнымъ количествомъ сухихъ хриповъ, въ особенности при кашлѣ. Выдохъ у угла лопатки и на соответственномъ уровнѣ въ подмышковой области приобрѣлъ амфорическій отгѣнокъ. Дыхательные шумы въ легкихъ частяхъ легкихъ ослаблены. Къ концу жизни заглушеніе занимало всю лѣвую  $\frac{1}{2}$  грудной кѣтки; у угла лопатки появилось много трескучихъ влажныхъ хриповъ мелко и среднепузырчатыхъ. Кашель мучительный, съ обильнымъ количествомъ (до стакана въ сутки) слизисто-гнойной мокроты, вязкой, плотно пристававшей къ стѣнкамъ сосуда, тянущейся въ нити; ни разу за все время наблюденія въ ней не было крови; ни Косиловскихъ папочекъ, ни папочекъ лучистаго гребка въ ней найдено не было, не смотря на неоднократныя изслѣдованія. Температура 1-ый мѣсяцъ была нормальная, затѣмъ стала давать большія колебанія, которыя къ концу жизни на столько увеличились, что лихорадка приняла перемежающійся характеръ: не

редко наблюдались колебания съ 39° (вечеромъ) до 35,5° (утромъ слѣдующаго дня). Со стороны мочи, испражнений уклонений отъ нормъ все время не наблюдалось. Скончался больной 25/II 1906 г. при явленіяхъ все нарастающей слабости и упадка сердечной дѣятельности. Последние 3 дня былъ бредъ.

Разсматривая описанный случай, мы видимъ, что главныя измѣненія у больного наблюдались въ сердцѣ и дыхательныхъ путяхъ. Со стороны сердца мы имѣли увеличеніе его границъ вправо и влѣво, систолическій шумъ на верхушкѣ, удареніе на 2-мъ звукѣ нижней артеріи. Здѣсь вопросъ могъ идти или о недостаточности двустворчатой заслонки, или о послѣдовательныхъ измѣненіяхъ сердца на почвѣ слипчиваго лѣвосторонняго плейрита (см. ниже); въ виду рѣзкаго и стойкаго систолическаго шума предположено было первое. Гораздо болѣе сложны были явленія со стороны дыхательныхъ путей: субъективно была одышка, кашель съ обильнымъ количествомъ мокроты, объективно—заглушеніе звука надъ и подъ ключицей и ниже 5-го ребра спереди и угла лопатки сзади слѣва, ослабленное голосовое дрожаніе и ослабленные дыхательные шумы; по верхней границѣ мѣста заглуженія—бронхіальное дыханіе. На лѣвой верхушкѣ слышенъ былъ выдохъ. Вся лѣвая  $\frac{1}{2}$  грудной кѣтки отставала въ дыхательныхъ движеніяхъ отъ правой. По первому впечатлѣнію распознаваніе не представлялось затруднительнымъ: все говорило, по видимому, въ пользу того, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ лѣвостороннимъ плейритомъ, главнымъ образомъ, слипчивымъ, по всей вѣроятности, бугорчатковаго происхожденія, за что говорили измѣненія на лѣвой верхушкѣ. Съ такой точки зрѣнія всѣ явленія (кашель, одышка, исхуданіе, слабость и т. д.) объяснялись удовлетворительно; немного непонятной была только нормальная температура больного и увеличеніе подмышковыхъ и одной шейной лимфатическихъ железокъ; но увеличеніе этихъ железъ, какъ извѣстно, можетъ наблюдаться и при легочной бугорчаткѣ, а, что касается температуры, то извѣстно, что она при бугорчаткѣ легкихъ долгое время можетъ оставаться нормальной. Однако, предпринятые мѣры для подтвержденія справедливости распознаванія дали отрицательные результаты: пробный проколъ, сдѣланный 2 раза, далъ оба раза нѣсколько капель чистой крови, при чемъ игла на своемъ пути, пройдя стѣнку грудной кѣтки, встрѣчала значительное затрудненіе (плейритическія спайки). Неоднократныя изслѣдованія мокроты на присутствіе Коч'овскихъ палочекъ не увѣнчались успѣхомъ. Все это заставило усумниться въ правильности распознаванія и искать иной причины всѣхъ явленій у больного. Ни палочекъ лучистаго грибка, ни кусочковъ опухоли, ни раковыхъ элементовъ, ни описанныхъ выше полиморфныхъ кѣтокъ въ мокротѣ найдено не было; такимъ образомъ, микроскопическое изслѣдованіе не дало никакихъ точекъ опоры для распознаванія. Въ виду того, что анатомическія явленія со стороны легкихъ могутъ наблюдаться при сифилисѣ, было назначено специфическое лѣченіе; но оно не дало никакого результата. Между тѣмъ постепенное усиленіе въ подключичной области заглуженія звука, появленіе тупости позади надъ лопаткой, распространеніе ея вверхъ и внизъ, измѣненіе характера дыханія, появленіе хриповъ, повышеніе температуры еще болѣе заставляли оставить мысль о бугорчаткѣ легкихъ; тутъ явилось предположеніе о возникновеніи бронхопневмоническаго процесса, но не самостоятельнаго (такъ какъ причинъ къ тому не было), а вторичнаго, сопровождающаго какой-то другой процессъ, природа котораго, по всѣмъ клиническимъ соображеніямъ, ближе всего подходила къ раковому новообразованію. При такомъ предположеніи становились понятными отрицательные результаты изслѣдованія мокроты; это явленіе, какъ было выше сказано, Wolfомъ считается даже характернымъ для рака легкихъ; понятны сдѣлались также ходъ температуры и увеличеніе шейной и подмышковыхъ лимфатическихъ железокъ, при чемъ одна изъ послѣднихъ вскорѣ обнаружила явленія размягченія. Затѣмъ наличность плейрита, стараго, слипчиваго, какъ показалъ проколъ, тоже не противорѣчила такому предположенію. Рѣзкая слабость и явленія худосочія, наблюдавшіяся въ послѣдній періодъ жизни больного, еще болѣе укрѣпили насъ въ правильности распознаванія. Въ послѣднюю ночь передъ смертью, также и

возрастъ больного: по Püssler'у, ракъ легкихъ чаще всего встрѣчается въ возрастѣ старше 40 лѣтъ, по другимъ за 55 лѣтъ (Александровъ); впрочемъ, нѣкоторые авторы указываютъ на то, что ракъ легкихъ часто встрѣчается у лицъ молодыхъ, а по Grünwald'у почти  $\frac{1}{3}$  случаевъ падаетъ на возрастъ отъ 26 до 40 лѣтъ. Для окончательнаго установленія природы заболѣванія больной легкое было изслѣдовано еще Roentgen'овскими лучами, но изслѣдованіе это не дало какихъ-либо опредѣленныхъ результатовъ. Тѣмъ не менѣе, на основаніи вышеприведенныхъ клиническихъ соображеній, мысль о существованіи рака легкихъ у больного представлялась наиболѣе вѣроятной, не смотря на то, что не было цѣлага ряда положительныхъ для рака легкихъ признаковъ, имѣющихъ болѣе или менѣе рѣшающее значеніе, какъ-то: мокроты въ видѣ малиноваго желе, раковыхъ въ ней кѣтокъ, ясныхъ переносныхъ опухолей въ лимфатическихъ железахъ и другихъ доступныхъ ощупыванію органахъ и т. д. Признавъ страданіе за новообразованіе, мы въ виду худосочія, пожилого возраста больного, быстраго теченія болѣзни должны были высказаться за злокачественный его характеръ и въ частности за ракъ, такъ какъ саркома легкихъ встрѣчается очень рѣдко—въ 4 раза рѣже рака ихъ (Püssler). Такъ какъ нигдѣ, въ никакихъ другихъ органахъ, у больного опухоли найдено не было и такимъ образомъ возможность переноса въ легкія можно было съ большою степенью вѣроятности исключить, то пришлось остановиться на первичномъ ракѣ легкихъ, не предпріявъ въ частности, какая это была форма его и въ какомъ мѣстѣ легкихъ онъ былъ расположенъ? \*)

Вскрытіе трупа подтвердило прижизненное распознаваніе. Протоколъ вскрытія (Л. В. Соболевъ). Ростъ трупа 164 см. Вѣсъ 39800 грм. Трупъ дов. слабаго сложенія, съ слабо развитыми мышцами и подкожнымъ жировымъ слоемъ. Покровы блѣды, землисты, шелушатся. Кости черепа дов. толсты, тяжелы, дов. хорошо просвѣчиваютъ. Твердая мозговая оболочка дов. плотно сросшена съ крышкой, утолщена; утолщенными представляются и стѣнки продольной пазухи; просвѣтъ ея суженъ. Мягкая мозговая оболочка дов. малокровна, отъ мозга отдѣляется легко. Вещество мозга малокровно, безъ особыхъ измѣненій. Брышная полость свободна отъ содержимаго. Кишки вздуты газами. Печень не выстоитъ. Сердце смѣщено влѣво. Правое легкое свободно, лѣвое плотно сросшено съ грудной кѣткой. Въ полости перикардія немного зеленоватой жидкости; внутренностный листокъ перикардія умеренно подбитъ жиромъ, но мѣстами лишенъ блеска, мутенъ, покрытъ дов. легко снимающимися фибринозными пленками; оба предсердіе-желудочковыя отверстія свободно пропускаютъ верхушки 3-хъ пальцевъ. Полости сердца растянуты, особенно слѣва. Двустворчатая заслонка рѣзко утолщена, укорочена, частью пропитана известью; chordae tendinae также утолщены; остальные заслонки сердца безъ особыхъ измѣненій. Внутренняя оболочка восходящей аорты склерозирована въ видѣ мелкихъ бѣловато-желтыхъ бляшекъ; окружность ея не увеличена. Правое легкое въ верхней долѣ значительно отечно, содержитъ немного воздуха. Плевра лѣваго легкаго, особенно въ нижней части, рѣзко утолщена, отечна, розовато-мясистаго вида. Ткань легкаго утолщена, сѣро-чернаго цвѣта, содержитъ мелкіе, желтоватые, дов. плотные узелки. Бронхъ лѣвый тотчасъ у мѣста дѣленія представляется дов. широкимъ, слизистая его оболочка неровная, изъязвленная стѣнка дов. тонкая. Бронхи 2-го порядка сужены, стѣнки ихъ утолщены; слизистая оболочка частью утолщена, бѣловатаго цвѣта, частью покрыта мелкими поверхностными изъями. Средніе и мелкіе бронхи также слегка утолщены. Ткань легкаго содержитъ немного воздуха. Околобронхіальныя железы справа пигментированы, слѣва, кромѣ того, содержатъ бѣловатые плотные узелки. На корнѣ языка значительное увеличеніе фолликулъ. Слизистая оболочка пищевода и гортани безъ особыхъ измѣненій. Трахея подъ дѣленіемъ припухла со стороны слизистой оболочки. Железы около нея увеличены въ объемѣ, справа пигментированы, слѣва, кромѣ того, содержатъ бѣловатые мелкіе узелки. Селезенка  $12 \times 8 \times 2,5$  см.; сумка ея сморщена; ткань сѣро-красная, дряблая, съ зернистой поверхностью разрыва; соскобъ обильный. Печень  $22 \times 16 \times 12$  и 6 см. поверхность ея гладкая, сумка прзрачная; край дов. острый. Въ желчномъ пузырьѣ дов. много блѣдной, жидкой желчи. Ткань печени тусклая, съ плохо выраженнымъ рисункомъ, дряблая. Обѣ почки умеренной величины, сумки ихъ снимаются легко; ткань дов. полнокровна, сѣровато-желтая. Слизистая оболочка лоханокъ и дов. большаго мочевого пузыря блѣдая, безъ особыхъ измѣненій. Слизистая оболочка желудка, тонкихъ и толстыхъ кишокъ пигментирована.

\*) Я не касался все время первичной эндотелиомы легкихъ, ибо отличить ее отъ рака легкихъ, осложненнаго раковымъ плейритомъ, очень трудно, чтобы не сказать, невозможно. Иногда, впрочемъ, при эндотелиомѣ значительно облегчаютъ распознаваніе рѣзкія нейралгическія боли въ груди, не уступающія никакимъ болямъ при раковомъ плейритѣ.

Вѣсъ мозга 1310, сердце 390, легкого праваго 870, лѣваго 1090, селезенки 220, печени 1540, почки правой 130, лѣвой 140 грм.

Эпикризъ: Недостаточность двустворчатой заслонки вслѣдствие хроническаго фибринознаго эндокардита. Лѣвосторонній язвенный хроническій бронхитъ раковаго происхожденія. Лѣвосторонній хроническій слипчивый фибринозный плейритъ. Ателектазъ лѣваго легкаго. Подострый сывороточно-фибринозный перикардитъ.

Такимъ образомъ въ описываемомъ мною случаѣ былъ извѣстившійся ракъ лѣваго бронха, осложненный хроническимъ слипчивымъ лѣвостороннимъ плейритомъ. Случай этотъ интересенъ, какъ доказательство справедливости наблюденія *Fraenkel*'я, что иногда даже небольшая сама по себѣ раковая опухоль или язва въ бронхѣ можетъ дать обширныя пространства заглуженія и т. д. и походить при изслѣдованіи на такіе процессы, какъ катаральная пневмонія, хроническая инфильтрація легкихъ и т. д.; при этомъ можетъ не быть никакихъ явленій, указывающихъ на источникъ происхожденія всѣхъ измѣненій въ легкихъ.

Въ заключеніе я-бы обратилъ вниманіе на одно обстоятельство: при просмотрѣ описаній въ литературѣ чистыхъ (т. е. не осложненныхъ бугорчаткой) случаевъ рака легкихъ бросается въ глаза, что болѣзнь очень часто развивается у лицъ, до того никогда не страдавшихъ дыхательными путями. Здѣсь имѣется какъ бы аналогія съ началомъ рака желудка (по *Leube*). Поэтому я-бы сказалъ такъ: если у совершенно здороваго до сихъ поръ человѣка въ пожиломъ возрастѣ появилось неопредѣленное легочное заболѣваніе, не сопровождающееся лихорадкой, ведущее за собой быстрое исхуданіе и худосочіе (а причинъ для этого со стороны другихъ органовъ нѣтъ),—заболѣваніе, осложняющееся увеличеніемъ, хотя бы и незначительнымъ, лимфатическихъ железъ и плейритомъ геморрагическимъ или сывороточнымъ, но трудно рассасывающимся, или даже слипчивымъ и т. д., то всегда надо подумать о возможности рака легкихъ, конечно, если остальные явленія не противорѣчатъ такому предположенію.

**Литература.** 1. *Ebstein*. «Deutsche medicinische Wochenschrift», 1890 г., № 4.—2. *Stokes*. Die Brustkrankheiten. Leipzig. 1844 г.—3. Прив. по *Reinhard*'y.—4. *Reinhard*. «Archiv der Heilkunde», 1878 г., XIX.—5. *Wolf*. «Fortschritte der Medizin», 1895 г., XIII.—6. *Fuchs*. Мюнхенская диссертация, 1886 г.—7. *Perutz*. Прив. по *Шоры*. Петербургская диссертация. 1903 г.—8. *Pässler*. «Virchow's Archiv», 1896 г., т. 145.—9. *Froelich*. Прив. по *Шоры*.—10. *Lenharts* см. *Ebstein* und *Schwalbe*. Руководство къ практической медицинѣ. Русский переводъ подъ ред. проф. *Кузнецова*. 1900 г., т. I, стр. 460—469.—11. *Manu-Muscel*. «Schmidt's Jahrbücher», 1905 г., т. 287.—12. *Fraenkel*. «Berliner klinische Wochenschrift», 1891 г., № 48.—13. *Schwalbe*. «Deutsche medicinische Wochenschrift», 1891 г., стр. 1236.—14. *Hampeln*. «Zeitschrift für klinische Medizin», 1897 г., т. XXXII.—15. *Röttger*. «Münchener medicinische Wochenschrift», 1902 г., № 7.—16. *Niedner*. «Berliner klinische Wochenschrift», 1902 г., № 34.—17. *Passow*. Берлинская диссертация, 1893 г.—18. *Gravitz*. Прив. по *Александрову*.—19. *Ehrlich*. Marburg'sкая диссертация, 1891 г.—20. *Ribbert*. «Deutsche medicinische Wochenschrift», 1896 г.—21. *Claisse*. «Centralblatt für pathologische Anatomie», 1900 г.—22. *Krönig*. «Berliner klinische Wochenschrift», 1897 г., № 51.—23. *Александровъ*. Труды факультетской терапевтической клиники Московскаго Университета. Москва, 1904 г.—24. *Голубиникъ*. О симптоматологии при злокачественныхъ новообразованіяхъ плейры. «Медицинское Обозрѣніе», 1902 г.—25. *Béhier*. «Virchow's Jahresbericht», 1878 г., т. II, стр. 160.—26. Прив. по *Ebstein*'y.—27. *Japha*. Берлинская диссертация, 1893 г.—28. Прив. по *Reinhard*'y.—29. Прив. по *Pässler*'y.—30. *Hoffmann*. «Nothnagel's specielle Pathologie und Therapie», т. XIII, вып. I, стр. 160.—31. *Hampeln*. «Zeitschrift für klinische Medizin», т. VIII.—32. *Hermann*. «Deutsches Archiv für klinische Medizin», 1899 г., т. LXIII.—33. *Вилланенъ*. «Русскій Врачъ», 1904 г., № 44.—34. *Fraenkel*. «Centralblatt für innere Medizin», 1904 г., № 7, стр. 201.—35. Прив. по *Вилланену*.—36. Прив. по *Dömeny*. «Zeitschrift für Heilkunde», 1902 г., т. XXIII (№ 7, т. III).—37. *Поценполь*. «Русскій Врачъ», 1905 г., № 14.

# CLXXIV. Изъ Киевской Кирилловской земской больницы.

## Случай первичной эндотелиомы легкаго \*).

Д. А. Ермолинскаго.

Случай первичнаго новообразованія легкаго представляютъ изъ себя вообще большую рѣдкость. По статистикѣ *Pässler*'а<sup>1)</sup> и *Fuchs*'а число ихъ составляетъ 0,17%—0,65% общаго числа вскрытій и всего лишь 1,83%, находимыхъ новообразованій. *Reinhard* на своемъ обширномъ матеріалѣ 8716 вскрытій нашелъ всего 5 случаевъ первичнаго новообразованія легкаго. Въ нашей отечественной литературѣ описано 8 случаевъ различными авторами<sup>2)</sup> и 16 случаевъ собраны въ диссертации д-ра *Г. В. Шоры*<sup>3)</sup>. Все это, и такъ небольшое, число случаевъ обнимаетъ собой различныя виды новообразованій. Подведеніе того или другаго случая подъ опредѣленную форму новообразованія еще болѣе повышаетъ его рѣдкость. Предлагаемый вниманию читателей случай является дов. типичнымъ по своему теченію, все-же отличающійся нѣкоторыми особенностями.

16/1 1906 г. въ мужское терапевтическое отдѣленіе Кирилловской больницы въ Киевѣ поступилъ больной Л., 55 л., мѣшанинъ. Изъ здоровой семьи. Отецъ его умеръ 105 л., мать — 80. Всю свою жизнь Л. считалъ себя вполне здоровымъ; женою, имѣлъ 10 чел. дѣтей; выкидышей у жены не было; сейчасъ живыхъ дѣтей—3-ое; остальные умерли въ разныхъ возрастахъ отъ разныхъ причинъ. Водки никогда много не пилъ. Сифилисъ отрицаетъ. По профессіи больной—мѣшникъ и этимъ мастерствомъ занимается съ тѣхъ поръ, какъ сталъ на ноги. Настоящее заболѣваніе началось, какъ больной подозреваетъ, съ октября 1905 г., когда простудился во время случайной работы въ лѣсу: началъ болѣть лѣвый бокъ; появилась одышка, кашель; отходила мокрота, иногда окрашенная въ красноватый цвѣтъ. Переносилъ это заболѣваніе на ногахъ. Никогда травмъ груди не подвергался. Сейчасъ жалобы больного сводятся на одышку, ощущение какой-то тяжести въ лѣвомъ боку и боли въ лѣвыхъ шейно-грудныхъ мышцахъ; последнее составляетъ, пожалуй, главный центръ всѣхъ жалобъ. Больной указываетъ, кромѣ того, на свое исхуданіе: годъ назадъ онъ вѣсилъ 4 пуд. 25 ф.; теперь его вѣсъ—3 пуд. 30 ф. Въ общемъ все-же чувствуетъ себя вполне бодрымъ. Температура нормальная. Мокроты не отдѣляетъ.

Правильнаго сложенія; питаніе подорвано. Походный жарный слой развитъ очень слабо. Голову держитъ нѣсколько на лѣвый бокъ и къзади. Ниже затылочнаго бугра и сѣва имѣются на мышцахъ припухлость; тутъ-же держится и значительная болѣзненность. На кожѣ лѣвой 1/2 груди, а также на лѣвой рукѣ вены болѣе видны и нѣсколько больше наполнены кровью, чѣмъ на соответствующихъ мѣстахъ правой; набухшая вена замѣтна на свободномъ верхнемъ краѣ лѣвой ушной раковины; на правой раковинѣ ни намека на видимость вены нѣтъ. На шеѣ сзади прощупывается одна незначительно увеличенная и твердая лимфатическая железа. Артеріи порядочно склерозированы. Верхняя 1/2 лѣвой стороны грудной кѣтки нѣсколько выпячена; тутъ-же межреберья не вытягиваются при дыхательныхъ движеніяхъ. На лѣвой-же 1/2 грудной кѣтки рѣзкій тупой звукъ при выстукиваніи. Границы тупости спереди сливаются съ тупостью сердца. Отъ соска граница эта поднимается вверхъ къ передней складкѣ подмышковой впадины, а отъ задней подмышковой линии спускается внизъ до угла лопатки, затѣмъ направляется къ позвоночнику и пересѣкаетъ его на уровнѣ 1/2 лопатки. Качество тупого тона спереди нужно охарактеризовать нѣкоторой каменностью его оттѣнка (*Eichhorst* \*)); сзади-же тупость тона гораздо менѣе рѣзка. Подвижность нижняго края лѣваго легкаго уменьшена. Голосовое дрожаніе на мѣстѣ сплошной тупости крайне ослаблено спереди и вовсе отсутствуетъ въ подкрыльцовой ямкѣ. Дыханіе не слышно вовсе какъ спереди, такъ и сбоку; оно доносится крайне ослабленнымъ въ лѣвой надостной ямкѣ. Что касается участковъ лѣваго легкаго ниже границы тупости, то здѣсь получается ясный легочный тонъ и ослабленное дыханіе, голосовое-же дрожаніе одинаково со здоровой стороной. Правое легкое даетъ ясный звукъ при выстукиваніи; нижняя граница его опущена на 1 ребро противъ нормы. Дыханіе вездѣ везикулярное, немного усиленное; на правой верхушкѣ слышенъ жестковатый выдохъ. Правая граница сердца—по правой пригрудинной линіи, лѣвая—на пазелѣ не доходить до сосковой, верхняя сливается съ вышеозначенной тупостью. Звукъ сердца глуховатый. На мѣстѣ легочной артерій небольшое усиленіе 2-го звука. Ни печень, ни селезенка не увеличены. Въ полости живота ничего особеннаго не прощупывается. Мокрота выдѣляется въ самомъ незначительномъ количествѣ, слизистаго характера. При микроскопическомъ изслѣдованіи *Koch*'овскихъ палочекъ въ ней не оказалось, гнойныхъ шариковъ небольшое количество. Мочи 1500 к. стм., уд. в. 1,016, кислой реакція; ни бѣлка, ни сахара въ ней нѣтъ. На явѣ 1 разъ въ сутки; испражненія нормальнаго вида.

Первое время пребыванія больного въ больницѣ состояніе его

\* ) Сообщено въ Киевскомъ физико-медицинскомъ Обществѣ 28/IX 1906 г.



не излечившись. Главные жалобы по-прежнему сводились на боли в шейно-затылочных мышцах, против чего и было направлено лечение, но все примыкавшие к ним оказались безуспешными. Затем были сделаны соответственно месту тупости 2 пробных прокола, при чем при проколе по передней подмышечной линии была добыта только при неглубоком вкалывании иглы кровянистая жидкость, под микроскопом состоявшая из красных кровяных шариков и небольшого количества многоядерных белых тельц. При проколе сзади ничего добыть не удалось.

Так как распознавание было поставлено еще при жизни больного (он был показан в научном Сообщении больных врачей 9/II 1906 г.), то на нем я и остановлюсь. Собственно с 1-го уже дня казалось, что дело идет о новообразовании легкого; но, разумеется, для научной убедительности было необходимо отвергнуть все другие возможные предположения. Прежде всего, в виду подходящих объективных данных смещение можно было допустить с осумкованным плейритом—правда, исключительно хроническим,—так как острый сопровождался бы повышенной температурой. Хронические же плейриты, как известно, не только сывороточные, но даже и гнойные могут протекать при безусловной нормальной температуре [Г. М. Малков<sup>6)</sup>]; но все-таки, вероятно, при этом были бы боли, и ниже границы тупости можно было бы ожидать усиленного дыхания, и, может быть, где-либо был бы слышен и шум трения; наконец, пробный прокол обнаружил бы или сывороточную, или гнойную жидкость, так как предполагать самостоятельно геморрагический плейрит на почве, напр., цинги в описываемом мною случае не было решительно никаких оснований. Далее, сифилис мог бы дать подходящую картину в виде специфической бронхо-пневмонии; гумозная же опухоль, как известно, в легком никогда не достигает таких больших размеров. Однако при бронхо-пневмонии мы не имеем бы такой резко выраженной тупости, да и данные выслушивания не указывали здесь на острую пневмонию; худосочие не сопровождается ее, и в конце концов полное отсутствие намеков на перенесенный ранее сифилис тоже не поддерживает такое предположение. Против бугорчатки легкого говорило отсутствие лихорадки, отсутствие в мокроты Koch'овских палочек и данные выслушивания. Предположению о лучисто-грибковом заболтывании легкого противоречило о самостоятельности, что, не смотря на давность процесса, не наблюдалось пропитывания мягких частей, не было свиста и не было характерных зерен в мокроты. Для аневризмы притупление здесь было чрезмерно обширное, помимо того, что у больного имелись бы при этом и другие соответствующие признаки в виде шумов, запаздывания пульса, разницы его на лучевых артериях, признака *Oliver-Cardarelli*. Надо, впрочем, заметить, что признак этот можно наблюдать и при новообразовании легкого, при чем он объясняется здесь передачей непосредственного давления на аорту, когда последняя, стесненная во время своей пульсации, ритмически отдавливает левый бронх книзу (С. К. Гейслер<sup>7)</sup>). Еще менее вероятным явилось бы предположение об эхинококке и доброкачественных опухолях, которые вызвали бы худосочие. Что касается возможности существования опухоли в средостении, что можно было бы подозревать в виду наличия набухших вен, то, с одной стороны, вены эти все же не были налиты достаточно сильно, как то требует подобное предположение, с другой—и самое местоположение болтливенного очага не соответствовало средостению. Отвергая все эти данные, мы имеем достаточно вскинуть оснований в пользу первого распознавания—новообразования плейры и левого легкого. Худосочие, безлихорадочное течение болезни, набухшие вены, выпячивание верхней  $\frac{1}{2}$  груди, асимметрия вообще, невтягиваемость межреберий, рзкость тупости, доходящей до понятия о каменистости, необычность ее границ, полное отсутствие дыхания и голосового дрожания и к довершению всего—наличность геморрагического выпота—все это явление, в достаточной степени характерны.

Дальнейшее течение болезни представляло также не мало интереса.

За месяц времени одышка значительно возросла, слабость

медленно нарастала; боли в шейных мышцах исчезли к средине февраля; вены на груди слева и на левой руке расширились явственно, не выступая в то же время очень резко. Вена на раковине левого уха оставалась попрежнему значительно расширенной. Граница тупости понизилась на 2 ребра. Дыхания уже везде соответственно месту тупости было слышно вовсе; временно ниже тупости выслушивалось стенозированное дыхание. Временами больной выделял мокроту, по виду похожую на малиновое желе; микроскопически она состояла из большого количества гнойных шариков с примесью красных; клеточных же элементов и тех больших *Nashreip*, на которые указывает *Nothnagel*<sup>8)</sup>, обнаружить не удалось. Выпячивание левой  $\frac{1}{2}$  грудной клетки стало больше бросаться в глаза, межреберья совсем не втягивались; левая лопатка при дыхательных движениях также стояла неподвижно. Из-за одышки больному легче было лежать постоянно на левом боку. В это он упал за месяц на 11 фунт.

В дальнейшем все эти явления нарастали еще больше. Граница тупости опускалась быстро: сбоку она слилась с тупостью селезенки, и лишь под углом лопатки на 2 пальца ниже его оставалась полоска более ясного звука. Дыхания нигде по месту тупости не было. Сердце постепенно смещалось вправо, и правая его граница на  $2\frac{1}{2}$  пальца заходила уже вправо за правый край грудины. Толчок ощущался всего явственнее здесь же вправо от грудины между 4-м и 5-м ребром. Появился сначала отек левой руки, который вскоре же распространился на всю левую  $\frac{1}{2}$  грудной клетки. В то же время стала замечаться и некоторая обрывистость в голосе. Ларингоскопия обнаружила полную неподвижность левой  $\frac{1}{2}$  гортани. Из-за мучительной одышки больной не покидал сидячего согнутого положения или же полулежал, опираясь на левый локоть. Только в последние дни от него можно было услышать жалобы на рзкие боли в груди, ранее же о таких болях он не упоминал. Перед смертью присоединились общие отеки, и 6/ш больной умер.

Все лечение было направлено исключительно на возможное облегчение больному его состояния употреблением наркотических средств (морфия, кодеина, наркотической мази). В начале лечения ему было сделано 6 рутных втираний и внутрь давали KI; но и иод, и ртуть тотчас же были оставлены в виду их ослабляющего действия на истощенный организм больного.

8/ш было произведено вскрытие. Левый внутренностный листок плейры, слезший спереди приросший к костной стенке, при вскрытии грудной клетки отделился вместе с грудной и ребрами. Сердце оказалось сдвинутым в правую  $\frac{1}{2}$  и верхушкой было повернуто вправо-же. В полости плейры сзади внизу найдено очень немного (около 150 к. стм.) кровянистого выпота, в остальных же местах всюду оба листка плейры были вполне сросшиеся между собой. Левое легкое можно было вынуть лишь кусками; ткань его была совершенно видоизменена, безвоздушна; местами она представляла плотную ткань новообразования, местами полный распад в виде кашицеобразной массы. Просветы крупных бронхов остались свободны; опухоль нигде в них не вдавалась; ребра и хрящи нигде с опухолью спаяны не были; околобронхиальные же железы представляли вместе с измененным легким одну общую массу. Лишь незначительная нижне-задняя часть левой нижней доли сохранилась незатронутой общим процессом и покрытой нормальной плейрой. Правое легкое было свободно, полнокровно и всюду проходимо для воздуха. Ни в одном из органов переносов опухоли не оказалось. Эпикриз: новообразование левых легкого и плейры; геморрагический плейрит; хронический миокардит; артериосклероз; хронический межпочечный нефрит.

Из опухоли легкого и плейры были сделаны микроскопические срезы, окрашенные эозином и гематоксилином. Исследование срезов показало, что плейра была резко утолщена, на счет развития соединительной ткани, между волокнами которой проходит развитая сеть вновь образованных лимфатических сосудов. Многие из них выполнены эндотелиальными клетками. Такая картина наблюдается и в ткани самого легкого, где обычного строения органа совершенно незаметно и где имеется крайне развитая сеть волокон соединительной ткани, прерываемой такими же лимфатическими сосудами и пространствами, заполненными эндотелиальными клетками. Местами имеются ясные признаки распада \*).

С чем же имело дело в этом случае? Общее название подобных опухолей—«*Lungenkrebs*», и многие авторы даже строго не различают их, говоря лишь о различных возможностях происхождения. По принятой *Nothnagel*'ем схеме *Siegert*'а «*Lungenkrebs*» может развиваться: I группа—а) из эпителия легочных пузырьков; б) из эпителия слизистой оболочки бронхов; с) из эпителия бронхиальных желез. II группа—а) из эндотелия поверхностных плейральных лимфатических сосудов; б) из эндотелия внутренних лимфатических

\* Больной при жизни и посмертные препараты были показаны консультанту терапевтических отделений Кирилловской больницы проф. Г. М. Малкову.

легочных путей. *Nothnagel* добавляет еще III группу происхождения рака в легких больных бугорчаткой. И действительно, *Wolff* из 31 случая в 23 наблюдал рак вместе с бугорчаткой [*Nothnagel* 6)].

Но все-таки в описываемом мною случае рак это или саркома, опухоль эпителиального или соединительно-тканного типа? Микроскопическое исследование образцов опухоли показывает разрастание эндотелия лимфатических сосудов; и если прежние исследователи, как *Kaufmann*, *Ziegler*, относили это к типу эндотелиальных раков, то *Orth*, в виду происхождения подобных форм из соединительно-тканных элементов, причисляет их к саркомам, называя их просто эндотелиомой. Описываемый мною случай и принадлежит именно к таковым; по происхождению же его следует отнести ко II группе по схеме *Siebert's*. Из какой-же именно ссти лимфатических сосудов, околобронхиальных или подплевральных, произошла здесь опухоль? Надо думать, что последняя ссти, т. е. подплевральная, была исходным пунктом разрастания опухоли, в виду того участия, какое приняли в опухоли одновременно и плевры, и легкое. Гдѣ процесс развивался первично,—на это ответить трудно: микроскопические срѣзы, взятые из тѣхъ участков, гдѣ пораженная ткань переходила въ удѣлѣвшую нормальную, не даютъ отвѣта на этотъ вопросъ. По крайней мѣрѣ, нигдѣ при микроскопическомъ изслѣдованіи не видно выдренія опухоли со стороны одной ткани въ другую, или наоборотъ. Со стороны-же клинической имѣются указанія на какія-то боли въ боку, которыми страдалъ больной въ самомъ началѣ своей болѣзни, еще задолго до поступленія въ больницу; рѣзкихъ же плевральныхъ явленій, по которымъ можно было-бы предполагать, что именно отсюда начался процессъ, у насъ все-таки не было. И я думаю, не будетъ ошибкой предположить, что процессъ распространился съ подплевральныхъ лимфатическихъ сосудовъ одновременно какъ въ ту, такъ и въ другую сторону, т. е. и на ткань плевры, и на ткань легкаго. И потому вопроса о первичности въ данномъ случаѣ разрѣшить нельзя.

Что касается особенностей описываемаго случая, то въ патолого-анатомическомъ отношеніи слѣдуетъ отмѣтить сплошное проростаніе органа новообразованиемъ, а не участками или узлами, какъ то бываетъ въ большинствѣ подобныхъ случаевъ, что, вѣроятно, зависѣло отъ быстроты роста. Впрочемъ, мѣста съ полнымъ размягченіемъ отличаются по своему возрасту отъ болѣе молодыхъ, еще не распавшихся участковъ. Далѣе, далеко не часто можно встрѣтить полное отсутствіе переносовъ въ другихъ отдаленныхъ органахъ.

Въ этиологіи описываемаго мною случая не удалось найти въ анамнезѣ указаній на участіе травмы, какъ на частую причину, способную вывести изъ равновѣсія молекулярное взаимоотношеніе кѣтокъ и служить толчкомъ къ развитію новообразованія [*В. В. Подвысоцкій* 7), *Ribbert* 8)]. О возможности такимъ образомъ вызвать ростъ новообразованія говорятъ какъ клиническіе случаи, такъ и экспериментальныя наблюденія. И думаю, въ каждомъ отдѣльномъ изучаемомъ случаѣ надо стараться выяснитъ то обстоятельство, которое побудило какіе-либо элементы освободиться, такъ сказать, отъ коррелятивной связи и тѣмъ дало возможность имѣ проростать. *Ribbert* даетъ очень красивую схему этихъ причинъ. Отвергая вообще теорію *Hanseman'a* о необходимости кѣткамъ анаплазировать, т. е. упрощать свои свойства для разрастанія въ качествѣ кѣтокъ новообразованія, и высказывая взглядъ, что элементы новообразованія суть нисколько не измѣненные элементы организма, онъ причину ихъ разрастанія видитъ въ необходимости освобожденія кѣтокъ отъ взаимоотношенія съ другими элементами; по его мнѣнію, нужно лишь ихъ сдѣлать самостоятельными, освободить отъ связи, а это возможно въ 3-хъ случаяхъ: 1) при отщипываніи, изолированіи зародышевой ткани; 2) при травматическомъ освобожденіи отъ коррелятивной связи и смѣщеніи участковъ ткани (какъ экспериментальное доказательство—пересадка) и 3) при изолированіи зачатковъ ткани путемъ освобожденія ихъ длительными воспали-

тельными процессами. И по этой схемѣ мой случай подходитъ скорѣй всего по своему происхожденію къ 3-ей группѣ, такъ какъ отвергать у больного нервныя воспалительныя процессы въ легкомъ въ теченіи всей его жизни едва-ли возможно.

Что касается клиническаго теченія болѣзни, вѣстакъ сказать, не дающаго совершенно никакихъ отличій между теченіемъ рака и саркомы, то мой случай имѣлъ достаточно характерныхъ признаковъ, указанныхъ выше, по которымъ и былъ правильно распознанъ при жизни больного, задолго до его смерти. Интересны боли въ шейно-затылочныхъ мышцахъ и незначительная опухоль ихъ; можно было думать о переносной опухоли (*Pässler*); но, конечно, исчезновеніе припухлости говорило противъ такого предположенія. Что боли въ мышцахъ въ началѣ не уступали наркотическимъ средствамъ,—это наблюдалось и ранѣе (*Вилланенъ*). Въ моемъ случаѣ вовсе не имѣлось увеличенія железъ, что, какъ будто, шло въ разрѣзъ съ понятіемъ о злокачественности новообразованія; но и *Pässler*, и *Nothnagel* говорятъ, что увеличеніе железъ при новообразованіи легкаго бываетъ далеко не всегда. Своимъ болей больной характеризовалъ ощущеніемъ стѣсненія или давленія въ груди, что и заставляло его принимать всегда одну и ту-же характерную позу рѣзко согнутаго на лѣвый бокъ человѣка. Это механическое давленіе и отражилось, очевидно, какъ на шейномъ сплетеніи, такъ и на лѣвомъ возвратномъ нервѣ. Такое выраженіе давленія вверхъ представляетъ собой большую рѣдкость. Гораздо чаще описываются страданія межреберныхъ нервовъ и плечевого сплетенія, отражающіяся болями въ груди и въ рукѣ. Не приходилось, наконецъ, въ описаніяхъ встрѣчать набуханія такого отдаленнаго сосуда, какъ вена ушной раковины.

Источники. 1. *Pässler*. «*Virchow's Archiv*», т. XIV, стр. 191. — 2. *Долгополъ*. «Южно-русская Медицинская Газета», 1895 г., № 20. — *Козловскій*. «Медицинское Обозрѣніе», 1888 г., стр. 544. — *Львовъ*. «Больничная Газета *Боткина*», 1899 г., № 31. — *Янна*. Тамъ-же, 1892 г., стр. 153. — *Рубинштейнъ*. «Врачъ», 1898 г., стр. 97. — *Гейслеръ*. «Русскій Врачъ», 1901 г., стр. 729. — *Вилланенъ*. Тамъ-же, 1904 г., стр. 1467 (2 случая). — 3. *Г. В. Шоръ*. Первичный ракъ бронховъ, легкихъ и плевры въ патолого-анатомическомъ отношеніи. Петербургская диссертация, 1903 г. — 4. *Eichhorst*. Частная патологія и терапія. 1898 г. — 5. *Г. М. Малковъ*. Къ казуистикѣ гнойныхъ плевритовъ. «Труды Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ». — 6. *Nothnagel*. *Specielle Pathologie und Therapie*, т. II, в. XIV. — 7. *В. В. Подвысоцкій*. Общая патологія, 1899 г. — 8. *Ribbert*. То-же, 1905 г.

## CLXXV. Изъ Московскаго родовспомогательнаго заведенія.

### Кесарское сѣченіе при относительныхъ показаніяхъ.

Директора заведенія С. С. Холмогорова.

Кесарское сѣченіе и до настоящаго времени составляетъ одну изъ наиболѣе серьезныхъ операцій. Показанія къ нему когда-то были исключительно безусловныя—невозможность родоразрѣшенія черезъ естественныя пути. Это бываетъ при высшихъ степеняхъ суженія таза, самый короткій размѣръ котораго менѣе 5,5 см.; далѣе,—при опухляхъ въ тазу (ракъ, саркома, энхондрома, фиброма) и при рубцевыхъ суженіяхъ, закрывающихъ родовую каналь и дѣлающихъ его непроходимымъ. По мѣрѣ того, какъ опасность кесарскаго сѣченія становилась меньше, показанія начали дѣлаться менѣе строгими. Появились т. наз. относительныя показанія. Стали дѣлать кесарское сѣченіе при суженіяхъ таза средней степени, гдѣ родоразрѣшеніе естественными путями еще возможно при помощи краніотоміи, но сохраненіе жизни плода можетъ быть достигнуто только помощью кесарскаго сѣченія. Въ виду сравнительно гораздо меньшей опасности этой операціи въ настоящее время дѣлають кесарское сѣченіе иногда также при эклампсіи, отдѣленіи послѣда съ внутреннимъ кровотеченіемъ и т. д., если при еще маломъ расширеніи шейки родоразрѣшеніе снизу недостижимо, а между тѣмъ настоятельно необходимо быстрое опорожненіе матки. При

нѣкоторыхъ степеняхъ суженія таза эта операція замѣняется искусственными преждевременными родами. Въ настоящее время съ кесарскимъ сѣчѣніемъ при относительныхъ показаніяхъ при среднихъ степеняхъ суженія таза соперничаютъ симфизотомія и пубіотомія, а въ случаяхъ, гдѣ идетъ рѣчь о быстромъ родоразрѣшеніи при закрытой еще шейкѣ, также влагалитное кесарское сѣчѣніе. Желаніе имѣть ребенка, котораго не удастся получить при вызываніи преждевременныхъ родовъ, заставляетъ матерей соглашаться на эту, и до настоящаго времени далеко еще не безопасную, операцію.

Относительно предсказаній надо сказать, что исходъ этой операціи много зависитъ отъ техники оперирующаго и асептического состоянія роженицы. Если силы женщины не истощены, она не лихорадитъ, не заражена при долгомъ теченіи родовъ и различныхъ попыткахъ къ родоразрѣшенію, то можно ожидать хорошаго исхода; смертность при такихъ условіяхъ бываетъ едва-ли болѣе 5%. Другое дѣло при плохой technikѣ и при зараженныхъ половыхъ частяхъ. Заразное начало изъ влагалитца или маточной шейки можетъ достигнуть раны матки, помѣшать первичному слипанію краевъ ея и вызвать смертельный перитонитъ. При такихъ обстоятельствахъ % смертности повышается до 10%. Поэтому въ тѣхъ случаяхъ, какъ это и бываетъ въ частной практикѣ далеко нерѣдко, гдѣ всѣ эти условія не могутъ быть соблюдены, лучше предпочесть краніотомію. И въ благоустроенныхъ родовспомогательныхъ заведеніяхъ желательнѣе, чтобы беременныя, предназначенныя для кесарскаго сѣчѣнія, поступали заблаговременно и находились подъ особымъ наблюденіемъ.

Я имѣю въ виду описать случай, гдѣ послѣ 5 беременностей, окончившихся неудачно для плода, мать рѣшилась подвергнуться операціи кесарскаго сѣчѣнія въ виду желанія имѣть живого ребенка.

№ 1647 журнала заведенія за 1906 г. П. А. П., крестьянка, по занятію горничная. Роста ниже средняго. Беременна въ 6-ой разъ. Мѣсячныя съ 13 лѣтъ, черезъ 4 недѣли, по 6 дней. Замужемъ 7 лѣтъ. 1-ая беременность окончилась выкидышемъ 3-хъ мѣс. (№ 3999 журнала заведенія за 1900 г.). Было сдѣлано ручное отдѣленіе остатковъ плоднаго яйца. Послѣ выкидыша температура не повышалась. П. выписалась на 5-ый день здоровой.

2-ая беременность (№ 4116 журнала заведенія за 1901 г.) окончилась своевременнымъ наступленіемъ родовъ. Роженица поступила въ заведеніе 25/ви, въ 7 час. веч., съ дов. значительнымъ кровотеченіемъ въ 1-мъ періодѣ. 26/ви, въ 2 часа ночи, плодный пузырь произвольно вскрылся при 3 $\frac{1}{2}$  пальцевъ открытія, при чемъ выпала большая петля пуповины, которая тутъ-же перестала биться. Около 6 час. утра кольцо сокращенія поднялось до пупка. Открытіе матки на 4 пальца. Въ виду узкаго таза и отсутствія бленіи пуповины при неподвижномъ стояніи головки во входѣ въ тазъ, на операціонномъ столѣ, подъ хлороформомъ, приступлено къ прободенію, но въ самомъ началѣ этой операціи головка сразу отошла вверхъ, не смотря на удерживаніе ея снаружи. Установленъ проникающій разрывъ матки сѣва. Плодъ тотчасъ проскользнулъ въ брюшную полость. Правой рукой, введенный черезъ разрывъ въ полость брюшины, захвачена и изведена лѣвая ножка. Поворотъ совершился легко, присоединено извлеченіе плода. Послѣдъ удаленъ изъ брюшной полости рукою. Промываніе раны матки физиологическимъ растворомъ соли; тампонада ея іодоформной марлей. Ледъ. Давящая повязка. Вѣсъ ребенка 3420 грм. Продолжительность родовъ 9 час. 40 мин. Послѣродовой періодъ прошелъ безъ повышенія температуры. Выбыла 19/ви (на 24-ый день) здоровой.

При 3-ей беременности (№ 4059 журнала заведенія за 1902 г.) были вызваны искусственные преждевременные роды по истеченіи 8 лунныхъ мѣсяцевъ, по *Kiwiſch'u* и *Simpson-Krause*. 24/ви ванна въ 28°, души въ 36° R. 25/ви въ 11 час. утр. въ матку введены 2 эластическихъ бука № 29. Въ 9 час. веч. 25/ви полное открытіе зѣва. Буки вынуты. Плодный пузырь разорванъ. Головка во входѣ таза (2-ое положеніе, поперечный видъ). Черезъ часъ выпала петля будущей пуповины, вправить которую не удалось. Появились спазматическіе боли. Въ виду всего этого немедленно были наложены щипцы *Busch'a* на операціонномъ столѣ подъ хлороформомъ. Введеніе и замыканіе ложекъ легкое; 2-мя влеченіями головка изведена до прорѣзыванія; остальное сдѣлано ручными приѣмами. Послѣдъ вышелъ весь самъ собою. Промываніе матки растворомъ сулемы 1:3000. Ледъ на животъ. Продолжительность родовъ 6 час. 35 мин. Вѣсъ ребенка 2950. Онъ умеръ на 2-ой день. Послѣродовой періодъ протекалъ безъ повышенія температуры. Выбыла 30/ви (на 5-ый день) здоровой.

4-ая беременность окончена прободеніемъ и краніоклазіей мертвого плода (№ 1385 журнала за 1904 г.). 15/ш черезъ 5 час. по наступленіи родовъ въ виду спазматическихъ болей

поднятія кольца сокращенія почти до пупка, появившагося кровотечения при открытіи матки на 4 пальца, на операціонномъ столѣ, подъ хлороформомъ, наложены большіе щипцы *Busch'a* на головку, стоящую надъ входомъ почти въ поперечномъ размѣрѣ. Введеніе и замыканіе ложекъ легкое. 4-мя сильными влеченіями головка не была сдвинута. Щипцы сняты. Сердцебиеніе плода прекратилось. Произведено прободеніе головки. Отверстіе пришлось въ лѣвой теменной кости. Извлеченіе краніокластомъ, наружная ложка котораго легла на затылочную кость, трудное. Въ виду кровотеченія въ 3-мъ періодѣ ручное отдѣленіе дѣтскаго мѣста. Старый разрывъ шейки сзади и слѣва немного увеличился, но въ сводъ не проникаетъ. Выпосакиваніе матки растворомъ сулемы 1:3000, ледъ на животъ. Вѣсъ ребенка безъ мозга 3600 грм. Продолжительность родовъ 6 час. 40 мин. Послѣродовой періодъ прошелъ безъ повышенія температуры. Выбыла 20/ви (на 5-ый день) здоровой.

При 5-ой беременности (№ 1466 журнала за 1905 г.) вызваны искусственные преждевременные роды на 8-мъ лунномъ мѣсяцѣ, по *Kiwiſch'u* и *Simpson-Krause*. 15/ви, въ виду истонченія нижняго отрѣзка матки, поднятія кольца сокращенія на 2 пальца ниже пупка, спазматическихъ болей при полномъ открытіи матки (излітіе водъ было при 3-хъ пальцахъ) на операціонномъ столѣ, подъ хлороформомъ, наложены большіе щипцы *Busch'a* на головку, стоящую почти въ поперечномъ размѣрѣ. Введеніе и замыканіе ложекъ легкое; 5—6 сильными влеченіями головка не была сдвинута; щипцы сняты. Произведено прободеніе головки на живомъ плодѣ; отверстіе пришлось въ правой теменной кости, около малаго родничка. Извлеченіе краніокластомъ, наружная ложка котораго легла на затылокъ, легкое. Продолжительность родовъ 11 час. 45 мин. Вѣсъ ребенка безъ мозга 2600 грм. Послѣродовой періодъ протекалъ безъ повышенія температуры. Выбыла 23/ви (на 8-ой день) здоровой.

Въ виду столь неудачныхъ исходовъ родовъ для дѣтей, П. П. при 6-ой беременности рѣшилась подвергнуться кесарскому сѣчѣнію. Послѣднія мѣсячныя 9/x—15/x 1906 г. Поступила 9/ви 1906 г. Первое движеніе 1/ш 1906 г. Судя по мѣсячнымъ и по движенію плода, ей оставалось ходить нѣсколько дней. Окружность живота, впрочемъ, равна 93 см. Сердцебиеніе плода вѣрно. Предлежаніе головка. Размѣры таза: 29, 22, 25, 16, 8,5 см.; общесудежный плоскій тазъ.

Послѣ предварительнаго приготовленія ваннами 12/ви сдѣлано сохраняющее кесарское сѣчѣніе. Передъ операціей выпрыснуто подъ кожу 2 грама *Bonjean'*овскаго эрготина. Въ положеніи на спинѣ, подъ хлороформомъ, сдѣланъ осторожный разрывъ тонкихъ брюшныхъ покрововъ по бѣлой линіи, начиная на 2 поперечныхъ пальца надъ лобкомъ и кончая пальца на 3 выше пупка. Разрывъ сѣва отъ пупка. Послѣ того, какъ матка давленіемъ съ боковъ была выдвинута въ рану и выведена наружу, брюшная рана сзади матки провизорно закрыта зажимомъ. Помощники охватили руками нижнюю часть матки и смали ее. Разрывъ передней стѣнки матки, сагиттальный, проведенъ отъ дна почти до внутренняго зѣва. Къ передней стѣнкѣ матки оказалось прирѣпленнымъ дѣтское мѣсто, которое быстро отдѣлено было справа; пузырь вскрытъ. Плодъ, женскаго пола, лежавшій спинкой назадъ и влѣво, былъ схваченъ за ножки и извлеченъ. Перевязка и перерѣзка пуповины. Ребенокъ тотчасъ-же издалъ первый крикъ. Затѣмъ дѣтское мѣсто на остальномъ протяженіи и всѣ оболочки были отдѣлены отъ внутренней поверхности матки и удалены. Матка тотчасъ-же значительно сократилась. На рану матки положены шелковые швы такимъ образомъ, что угла вкалывалась тотчасъ на краю брюшины и выводилась въ отпадающую оболочку, затѣмъ проводилась на противоположной сторонѣ раны матки въ обратномъ направленіи отъ отпадающей оболочки къ краю брюшины. Послѣ этого тонкимъ шелкомъ былъ наложенъ непрерывный *Lembert'*овскій (сывороточно-сывороточный) шовъ. Этотъ шовъ покрылъ всѣ узлы швовъ глубокихъ. Тогда помощники отпустили сжимающую руку; матка покраснѣла, но изъ уколовъ почти нигдѣ не выступила кровь. Линія непрерывнаго шва вытерта марлей, смоченной въ растворѣ сулемы, а вся матка — марлей, смоченной въ стерилизованномъ тепломъ физиологическомъ растворѣ соли, и затѣмъ погружена. Брюшная рана защищена глубокими поверхностными шелковыми швами. Ту-гая повязка. Ледъ.

Ребенокъ хорошо развитъ, громко кричитъ. Вѣсъ его 2900 грм., длина 45 см. Оперированная скоро оправилась отъ хлороформа и чувствовала себя удовлетворительно. Къ вечеру появились такіе сильныя схваткообразныя боли внизу живота, что около 9 час. веч. пришлось прибѣгнуть къ выпрыскиванію  $\frac{1}{4}$  гр. морфія. Въ 3 час. дня 37°;7; п. 84. Въ 6 час. веч. 37°;9; п. 88. 13/ви: Сильныя схваткообразныя боли продолжаютъ. 2 раза въ теченіи дня сдѣланы подкожныя выпрыскиванія морфія по  $\frac{1}{4}$  гр. Въ 8 час. утр. 37°;7; п. 92. Въ 3 час. дня 37°;9; п. 92. Въ 6 час. веч. 38°;2; п. 92. Оба дна—кровянистое отдѣляемое.

14/ви: Сильное вздутіе желудка и кишечъ. Клизма съ скипидаромъ осталась безъ результата. Рвота нѣсколько разъ въ день. Къ вечеру послѣ 2-ой клизмы немного прослабило. Животъ вздутъ. Вечеромъ вырвало зеленую. Въ 8 час. утра 37°;7; п. 88. Въ 3 час. дня 37°;1; п. 80. Въ 6 час. веч. 36°;9; п. 80.

15/ви: Ночь прошла спокойно. Дана слабительная соль (английской *Glauber'*овой соли поровну), столовая ложка ея въ стаканѣ воды. Къ вечеру хорошо прослабило. Боли стихли. Въ 8 час. утра 37°; п. 76. Эти 2 дня отдѣляемое сывороточное безъ запаха.

16/ви: Снѣжена повязка. Швы лежать хорошо. Животъ совсемъ опалъ. Послѣ водяной клизмы прослабило. Въ 8 час. утр.

36°9; п. 70. Въ 3 час. дня 37°5; п. 72. Въ 6 час. вечера 37°9; п. 76. Отдѣляемое сывороточное безъ запаха.

17/vii: Матка велика. Отдѣляемое съ запахомъ. Эрготинъ; горячо спринцованіе съ сулемой. Въ 8 час. утр. 37°2; п. 68. Веч. 37°5; п. 68.

18/vii: Самочувствіе хорошее. Кормленіе идетъ правильно. Отдѣляемого меньше, и оно чаще. Утр. 37°; п. 68. Веч. 37°2; п. 68.

Остальной послѣродовой періодъ протекъ нормально. Пшвы сваты 21/vii. Срошеніе первымъ натяженіемъ. Встала 3/viii. Выписалась здоровой съ живымъ и здоровымъ ребенкомъ 10/viii.

## CLXXVI. Способъ опредѣленія % дѣятельнаго хлора въ растворѣ хлорноватистокислой извести.

К. А. Воловскаго.

Нѣкоторые товарищи какъ въ Россіи, такъ и за границей дѣлали мнѣ замѣчанія о трудности примѣненія на дѣлѣ моего способа опредѣленія индикана въ мочѣ \*) для практическаго врача, а именно—о его сложности и длительности. Мнѣнія всѣхъ товарищей согласовались въ одномъ пунктѣ—въ невозможности сохраненія нужнаго % дѣятельнаго хлора въ растворѣ хлорноватистокислой извести. Слѣдствіемъ этого являлась необходимость ежедневной провѣрки правильнаго содержанія этого % (Cl), а также частаго изготовленія новаго реактива, при чемъ приходилось опредѣлять % хлора въ произвольномъ растворѣ соли и затѣмъ изготовлять разведенія 1:100 и 1:1000, необходимые для количественнаго опредѣленія индикана.

Замѣчаніе это—вѣрное и не мало озабочивало меня самого. Поэтому я спѣшу довести до свѣдѣнія товарищей, интересующихся этимъ вопросомъ, что есть возможность сохранить опредѣленный % дѣятельнаго хлора неопредѣленно долгое время; для этого нужно держать сосудъ съ растворомъ во льду. Полученный мною изъ аптеки Креслинга растворъ изъ 20% соли (20:100), содержащій 26/v текущего года 3,8% дѣятельнаго хлора, содержитъ его и понынѣ (22/x), т. е. въ теченіи почти 5 мѣс. Точно также сохраняются разведенія 1:100 и 1:1000.

Съ устраненіемъ этого недостатка крайне облегчается практическое примѣненіе моего способа количественнаго опредѣленія индикана, не требующаго болѣе 20 мин. для одновременнаго опредѣленія количества индикана въ 3-хъ пробахъ мочи.

Какъ важно для практическаго врача повторное опредѣленіе индикана въ мочѣ въ отношеніи распознаванія, предсказанія и лѣченія, я надѣюсь показать въ послѣдствіи на томъ обширномъ матеріалѣ, который у меня скопился. Нынѣ же сообщу лишь одинъ примѣръ. Падучая представляетъ картину болѣзни, имѣющей крайне разнообразное происхожденіе, при чемъ въ однихъ случаяхъ наблюдается болѣе или менѣе сильное увеличеніе количества индикана въ мочѣ—гипериндиканурія, въ другихъ—уменьшенное, доходящее до 1/5 нормальнаго его содержанія—гипоиндиканурія. Уже изъ одного этого примѣра видны какъ вліяніе отравленія продуктами гниlostнаго разложенія въ кишкахъ на частоту и силу отдѣльныхъ припадковъ, такъ и мѣрило для выбора соотвѣстнаго лѣченія. Съ другой стороны, при гипоиндикануріи имѣются указанія на отсутствіе этого важнаго дѣтеля и на необходимость отысканія настоящей анатомической основы заболѣванія.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

### Лѣтнія впечатлѣнія.

(Окончаніе. См. выше, № 43, стр. 1341).

Дальнѣйшій путь велъ насъ черезъ *Petersthal*, игрушку *Schwarzwald'a*, постепенно открывавшаго все новыя и новыя красоты, по мѣрѣ знакомства съ нимъ. Изъ 5 источ-

никовъ *Petersthal'a* 3—питьевые: желѣзный *Petersquelle*, *Salzquelle* и *Sophiequelle*, который по содержанію углекислаго литія стоитъ выше *Wildungen'a*. Дешевый курортъ: полный пансіонъ съ помѣщеніемъ—6 мар. 25 pf. въ день.

Мы не могли, къ сожалѣнію, посвятить достаточно времени новой изящной здравницѣ *Glottbad*—одной изъ лучшихъ, что посѣщали мы. Не мало денегъ и труда затрачено здѣсь молодымъ и энергичнымъ товарищемъ д-ромъ *Hoffner'омъ*, чтобы создать курортъ, не безъ успѣха соперничающій съ многочисленными сосѣдями. Это—курортъ для состоятельныхъ больныхъ.

Послѣ довольно утомительнаго дня къ вечеру мы прибыли, наконецъ, въ пользующійся міровою извѣстностью *Baden-Weiler*. Слѣдуетъ отдать справедливость старымъ Римлянамъ: знатоки и любители природы, они умѣло выбирали мѣста для своихъ колоній. Сохранившіеся и хорошо охраняемые остатки громаднхъ римскихъ термовъ доказываютъ также, что они цѣнили и умѣли пользоваться природными лѣчебными средствами. Они нашли однако достойнаго соперника въ современномъ человѣкѣ. Если по размѣрамъ своимъ современный *Marmorbath* и уступаетъ римскимъ термамъ, то по цѣлесообразности и роскоши оборудованія онъ, можетъ быть, превосходить ихъ. Мраморный бассейнъ въ 17,5×7×5 покрытъ изящнымъ куполомъ. Провѣтриваніе, освѣщеніе безукоризненны. Источники принадлежатъ къ индифферентнымъ термамъ съ температурою въ 26,4° Ц. Болѣе 1.500.000 литровъ воды въ 24 часа питають массу ваннъ въ разныхъ гостиницахъ и санаторіяхъ.

Изъ числа послѣднихъ обращаю вниманіе на *Villa Paul* (д-ръ *Fraenkel*)—здравницу для легочныхъ больныхъ, выгодно отличающуюся отъ прочихъ мѣстныхъ здравницъ своимъ уединеннымъ положеніемъ, вдали отъ суетоли оживленнаго курорта, тутъ-же на опушкѣ лѣса, въ которой помѣщены лѣтнія *Liegehall'ы*. Въ этой роскошной санаторіи мы видѣли молодого больного съ открытой бурчаткой обѣихъ верхушекъ, пріобрѣтшаго въ 3 недѣли 23 фунта вѣса! При взглядѣ на этого двѣтущаго юношу, право, не вѣрилось, что въ мокротѣ его и по сейчасъ падаются еще *Koch'овскія* палочки.

Трудно сказать что-нибудь опредѣленное относительно того, во что обходится жизнь на этомъ курортѣ. Все зависитъ отъ того, гдѣ поселиться: въ комфортабельномъ-ли *Römerbad'ѣ*, *Villa Paul*, или въ менѣе роскошныхъ гостиницахъ и частныхъ виллахъ. И, хотя и увѣряютъ, что здѣсь можно обойтись даже 10 мар. въ день, но не думаю, чтобы рационально было посылать въ *Baden-Weiler* малосостоятельныхъ больныхъ.

Предметомъ сообщенія д-ра *Schwöbner'a* было: «*Психическое лѣченіе въ открытыхъ курортахъ*». Всякая, а тѣмъ болѣе затянувшаяся, болѣзнь не можетъ не отразиться болѣе или менѣе сильно на душевной жизни больного. Этимъ опредѣляется взаимоотношеніе врача и больного. Пользованіе нервныхъ больныхъ и такихъ хрониковъ, которые до прибытія на курортъ вовсе или мало подчинялись вліянію врача, ставитъ курортному врачу тяжелую и отвѣстную задачу психическимъ воздѣйствіемъ успокоить больного и воспитать его въ должномъ направленіи, что значительно облегчитъ работу домашняго врача по возвращеніи больного въ домашнюю обстановку.

Проф. *Gottlieb*. «*Къ теоріи дѣйствія наперстянки*». Изъ подробнаго разбора существующихъ теорій и фармакологическихъ данныхъ лекторъ пришелъ къ заключенію, что суть дѣйствія этого незамѣнимаго сердечнаго средства заключается въ правильномъ распредѣленіи кровяной массы.

Д-ръ *Fraenkel*. «*О лѣкарственномъ лѣченіи угрожающей сердечной слабости*». Острая недостаточность сердца клинически характеризуется слабымъ пульсомъ или полнымъ отсутствіемъ его, синюхою или блѣдностью лица, диспноэ и т. д. Причины ея весьма различны, откуда и различія въ показаніяхъ, напр.: острая кровопотеря—солевыя вливанія; параличъ сосудодвигателей—кофеинъ; отравленіе хлоралгидратомъ—камфора и т. д. Но дѣйствіе всѣхъ этихъ средствъ не мгновенное и эффектъ ихъ ско-

\*) 1) Количественное опредѣленіе индикана. «Врачъ», 1899 г., № 17. 2) Вопросъ индикана «Русскій Медицинскій Вѣстникъ», 1899 г.



проходящий. Гораздо сильнее их, продолжительнее и, что главное, мгновенно действуют предложенные и неоднократно испытанные докладчиком внутривенные впрыскивания строфанта *Behring'a* (0,001 pro dosi). Способ выработан им в *Heidelberg'sкой* фармакологической лаборатории и представляется, согласно наблюдениям докладчика, прямо жизнью спасающим.

Послеобеденное время посвящено было экскурсиям в окрестные курорты. Я посетил санитарную станцию 14-го армейского корпуса в *Salzburg'a*, часах в 2 вьды от *Baden-Weiler'a*. Поднимаясь постоянно в гору, дорога все время идет сплошными виноградниками. Санитарная станция расположена за городом, у подножья покрытой лѣсом горы, в большом 3-этажном каменном здании. В подвальном этажѣ помѣщается машинное отдѣленіе; водолѣчебный кабинет и т. п. Партеръ отведенъ подъ столовую, комнаты для дневного пребывания больных, кухню (кухарка), администрацію, верхніе 2 этажа—подъ палаты. По всей внутренней, прилегающей къ палатамъ стѣнѣ свѣтлаго широкаго корридора тянется рядъ шкафовъ: каждому больному отведенъ отдѣльный шкафъ, а между ними—двери, ведущія въ палаты. Масса воздуха и свѣта. Меблировка скромная, но уютная. Кровати желѣзныя съ металлическими сѣтками. Одѣяла шерстяныя, зимою по 2. В санаторіи 76 мѣстъ; въ день посѣщенія всего 28 больных. Зимою пользуются широкими, крытыми галлереями, какъ *Liegehall'*ами. Лѣтомъ мѣста для лежанія въ саду. Питьевая вода изъ городского водопровода, т. е. горная. Канализація своя. На чердакѣ небольшой, но щегольской цейхаузъ.

Станція эта предназначена для выздоравливающихъ, для больныхъ, одержимыхъ разстройствомъ общаго питания, и т. п. Съ затяжными болѣзнями дыхательныхъ путей сюда не принимаютъ, ибо задача станціи сводится лишь къ восстановленію силъ лицъ, подающихъ надежду на скорое возвращеніе въ ряды арміи. Пищевой режимъ: 1-ый завтракъ—кофе, молоко, хлѣбъ; 2-ой—ветчина или колбаса съ хлѣбомъ; обѣдъ—2 блюда съ 200 грм. мяса; въ 4 часа—молоко съ хлѣбомъ; ужинъ—горячее блюдо. Пиво и вино по усмотрѣнію врача. На пищу отпускается 1½ мар. (70 к. по курсу) въ день на больного. Для занятій съ больными строимъ и гимнастикой, понятно, кому онѣ разрѣшены врачомъ, на станціи командированъ офицеръ. Кромѣ одного больного съ неразрѣшившеюся водянкою колѣна, больныхъ въ настоящемъ смыслѣ слова я на станціи не видалъ, а видѣлъ я, полагать должно, всѣхъ, такъ какъ люди собирались на вечернюю прогулку. Для полноты картины, прибавлю еще, что между больными попадались нѣкоторые, по мундирамъ которыхъ было видно, что они не принадлежатъ къ 14-му корпусу, который, слѣд., не могъ даже выдѣлить 28 такихъ полубольныхъ солдатъ!...

Сопоставлять и сравнивать эту образцовую станцію съ другими военными quasi-санитарными станціями съ ихъ нищенскою обстановкою не стоитъ труда: сравнивать можно лишь предметы одного порядка.

*St. Blasien* расположенъ въ одной изъ живописнѣйшихъ мѣстностей *Schwarzwald'a*. Съ окрестныхъ высотъ его не только видна вся цѣпь альповъ отъ Баварскихъ до Монблана, но простымъ глазомъ можно различать отдѣльныя вершины ея. Не смотря на значительную высоту (722 метра), лѣсистыя горы такъ хорошо защищаютъ *St. Blasien*, что осенніе мѣсяцы (сентябрь—ноябрь) считаются здѣсь лучшими по климату.

Изъ массы санаторій и тому подобныхъ учреждений упомяну лишь о роскошномъ кургаузѣ съ 200 комнатами (300 мѣстъ) съ многочисленными (болѣе 60) балконами—*Liegehall'*ами, водолѣчебницей и т. д., о специальной санаторіи для 70 легочныхъ больныхъ (въ другія учрежденія *St. Blasien'a* легочные не принимаютъ), да о *Villa Luisenheim* для 33 больныхъ съ разстройствомъ общаго питания и органовъ пищеваренія съ ея прелестною водолѣчебницей. Эти учрежденія не могутъ быть дешевыми. Но въ цѣломъ рядѣ менѣе комфортабельныхъ, но очень удобныхъ пансіоновъ (*Villa Gertrud, Schmidt, Waldeck*, напр.) можно устроиться уже за 5—8 мар. въ день. Единственный упрекъ, который можно сдѣлать админи-

страціи, это—обиліе автомобилей на курортѣ. Не говорю уже объ отравляющемъ воздухъ запахѣ бензина и поднимаемой ими пыли, надоедливый шумъ автомобилей едва-ли умѣстенъ въ курортѣ съ такимъ большимъ числомъ нервныхъ больныхъ.

Немного подробнѣе передамъ сообщеніе завѣдующаго здравнищею для легочныхъ больныхъ д-ра *Sander'a*: «О распространѣніи бугорчатки чахоточными и о предотвращеніи ея», какъ представляющемъ общественный интересъ.

Первое и главное условіе здравницы для легочныхъ—это гигиеническая обстановка ея, обиліе свѣта и воздуха и возможность полнаго обеззараживанія и соблюденія идеальной чистоты во всѣхъ помѣщеніяхъ ея. Что безъ этого санаторія не мыслима, съ этимъ согласны всѣ. Но въ способахъ собиранія мокроты и, если можно такъ выразиться, ухода за нею такого единства взглядовъ нѣтъ. Изъ здравницы докладчика изгнаны всѣ общія плевательницы; ихъ нѣтъ даже въ корридорахъ, столовой и т. д. Онѣ замѣнены исключительно личными плевательницами—ручными на ночныхъ столикахъ, въ жилыхъ комнатахъ и карманными *Dettweiler*-овскими бутылками для собиранія мокроты въ жилыхъ комнатахъ,—въ столовой, читальнѣ, на прогулкахъ и т. д. Для того, чтобы понять все значеніе этой мѣры и основательность ея, необходимо выяснитъ себѣ степень опасности, представляемой чахоточнымъ, какъ таковымъ, для своихъ сожителей и пути передачи имъ заразнаго начала.

Цѣлый рядъ опытовъ, заключавшійся въ томъ, что въ 10 комнатахъ, въ которыхъ жили сильно кашлявшіе и отдѣлявшіе большое количество мокроты съ громаднымъ числомъ палочекъ (*Gaffky IX* и *X*), на ночные столики больныхъ и на полъ ставились чашки *Petri* съ глицеринъ-агаромъ, которыя потомъ изслѣдовались на *Koch*-овскія палочки. Условія опыта разнообразились, но всегда давали отрицательный результатъ. Такой же результатъ дали опыты прививки пыли, собранной около кровати такихъ больныхъ, до уборки комнаты, морскимъ свинкамъ. Эти опыты, подтвержденные клиническимъ наблюденіемъ, что никто изъ медицинскаго персонала и прислуги, приходящей въ тѣсное соприкосновеніе съ чахоточными (дышащие, напр., пылью, поднимаемую при уборкѣ комнатъ, стлани постелей и т. д.) за все время функционированія здравницы не заболѣлъ бугорчаткой, ясно доказали вѣрность ученія *Cornel'a*, по которому опасна лишь пыль высохшей мокроты, между тѣмъ какъ опасность зараженія т. наз. капельною мокротой (*Flügge*) сильно преувеличена, и съ нею, при нормальныхъ условіяхъ, едва-ли приходится считаться. Выводъ: только нечистоплотный (въ смыслѣ собиранія и ухода за мокротой) чахоточный опасенъ для окружающихъ; общеніе же съ гигиенически воспитаннымъ, чистоплотнымъ чахоточнымъ не представляетъ никакой опасности.

Если вспомнить, говорилъ докладчикъ, какія на этотъ счетъ понятія распространены въ публикѣ, убѣжденной, что воздухъ, выдыхаемый чахоточнымъ, кишитъ бактеріями, что каждый кусокъ, проглоченный за однимъ столомъ съ ними,—ядъ, и имѣть въ виду громадный вредъ, приносимый этимъ предрасудкомъ какъ больному, такъ и обществу, то выяснится не только необходимость борьбы съ нимъ, но и великая задача здравницъ—гигиенически воспитать своихъ больныхъ и приучить общество къ разумному сожительству съ ними.

Въ самомъ дѣлѣ, подумаемъ только, что случилось-бы, если-бы больной за общимъ столомъ откашлялся въ карманную плевательницу? Онъ потому-то и скрываетъ свою болѣзнь и выплевываетъ свою мокроту тайкомъ, гдѣ-нибудь въ углу или въ платокъ, т. е. поневолѣ отказывается отъ безвреднаго способа и прибѣгаетъ къ завѣдомо опасному для общества. Создалось именно то, противъ чего такъ горячо возставалъ покойный учитель нашъ В. А. Манассеинъ, а что предостереженія его не вполнѣ достигли цѣли, доказывается тѣмъ, что еще и теперь, десятки лѣтъ спустя, д-ру *Sander'u* приходится говорить врачамъ на эту же тему.

Климатическія и топографическія условія *Todtmoos'a* мало чѣмъ отличаются отъ предыдущаго курорта. Онъ

36°;9; п. 70. Въ 3 час. дня 37°;5; п. 72. Въ 6 час. вечера 37°;9; п. 76. Отдѣляемое сывороточное безъ запаха.

17/vii: Матка велика. Отдѣляемое съ запахомъ. Эрготинъ; горячо спринцованіе съ сулемой. Въ 8 час. утр. 37°;2; п. 68. Веч. 37°;5; п. 68.

18/vii: Самочувствіе хорошее. Кормленіе идетъ правильно. Отдѣляемого меньше, и оно чище. Утр. 37°; п. 68. Веч. 37°;2; п. 68.

Остальной послѣродовой періодъ протѣкъ нормально. Швы сняты 21/vii. Срошеніе первыиъ натяженіемъ. Встала 3/viii. Выписалась здоровой съ живымъ и здоровымъ ребенкомъ 10/viii.

## CLXXVI. Способъ опредѣленія % двѣтельного хлора въ раствѣ хлорноватистокислой извести.

К. А. Воловскаго.

Нѣкоторые товарищи какъ въ Россіи, такъ и за границей дѣлали мнѣ замѣчанія о трудности примѣненія на дѣлѣ моего способа опредѣленія индикана въ мочѣ \*) для практическаго врача, а именно—о его сложности и длительности. Мнѣнія всѣхъ товарищей согласовались въ одномъ пунктѣ—въ невозможности сохраненія нужнаго % двѣтельного хлора въ раствѣ хлорноватистокислой извести. Слѣдствіемъ этого являлась необходимость ежедневной провѣрки правильнаго содержанія этого % (Cl), а также частаго изготовленія новаго реактива, при чемъ приходилось опредѣлять % хлора въ произвольномъ раствѣ соли и затѣмъ изготовлять разведенія 1:100 и 1:1000, необходимые для количественнаго опредѣленія индикана.

Замѣчаніе это—вѣрное и не мало озабочивало меня самого. Поэтому я спѣшу довести до свѣдѣнія товарищей, интересующихся этимъ вопросомъ, что есть возможность сохранить опредѣленный % двѣтельного хлора неопредѣленно долгое время; для этого нужно держать сосудъ съ растворомъ во льду. Полученный мною изъ аптеки Креслинга растворъ изъ 20% соли (20:100), содержащій 26/v текущего года 3,8% двѣтельного хлора, содержитъ его и понынѣ (22/x), т. е. въ теченіи почти 5 мѣс. Точно также сохраняются разведенія 1:100 и 1:1000.

Съ устраненіемъ этого недостатка крайне облегчается практическое примѣненіе моего способа количественнаго опредѣленія индикана, не требующаго болѣе 20 мин. для одновременнаго опредѣленія количества индикана въ 3-хъ пробахъ мочи.

Какъ важно для практическаго врача повторное опредѣленіе индикана въ мочѣ въ отношеніи распознаванія, предсказанія и лѣченія, я надѣюсь показать въ послѣдствіи на томъ обширномъ матеріалѣ, который у меня скопился. Нынѣ же сообщу лишь одинъ примѣръ. Падучая представляетъ картину болѣзни, имѣющей крайне разнообразное происхожденіе, при чемъ въ однихъ случаяхъ наблюдается болѣе или менѣе сильное увеличеніе количества индикана въ мочѣ—гипериндиканурія, въ другихъ—уменьшенное, доходящее до 1/10 нормальнаго его содержанія—гипоиндиканурія. Уже изъ одного этого примѣра видны какъ вліяніе отравленія продуктами гнильнаго разложенія въ кишкахъ на частоту и силу отдѣльныхъ припадковъ, такъ и мѣрило для выбора соотвѣстнаго лѣченія. Съ другой стороны, при гипоиндикануріи имѣются указанія на отсутствіе этого важнаго дѣятеля и на необходимость отысканія настоящей анатомической основы заболѣванія.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

### Лѣтнія впечатлѣнія.

(Окончаніе. См. выше, № 43, стр. 1341).

Дальнѣйшій путь велъ насъ черезъ *Petersthal*, игрушку *Schwarzwald'a*, постепенно открывавшаго все новыя и новыя красоты, по мѣрѣ знакомства съ нимъ. Изъ 5 источ-

никовъ *Petersthal'a* 3—питьевые: желѣзные *Petersquelle*, *Salzquelle* и *Sophienquelle*, который по содержанію углекислаго литія стоитъ выше *Wildungen'a*. Дешевый курортъ: полный пансіонъ съ помѣщеніемъ—6 мар. 25 pf. въ день.

Мы не могли, къ сожалѣнію, посвятить достаточно времени новой изящной здравниці *Glottersbad*—одной изъ лучшихъ, что посѣщали мы. Не мало денегъ и труда затрачено здѣсь молодымъ и энергичнымъ товарищемъ д-ромъ *Hoffner'омъ*, чтобы создать курортъ, не безъ успѣха соперничающій съ многочисленными сосѣдями. Это—курортъ для состоятельныхъ больныхъ.

Послѣ довольно утомительнаго дня къ вечеру мы прибыли, наконецъ, въ пользующійся мировою извѣстностью *Baden-Weiler*. Слѣдуетъ отдать справедливость старымъ Римлянамъ: знатоки и любители природы, они умѣли выбирать мѣста для своихъ колоній. Сохранившіеся и хорошо охраняемые остатки громадныхъ римскихъ термовъ доказываютъ также, что они цѣнили и умѣли пользоваться природными лѣчебными средствами. Они нашли однако достойнаго соперника въ современномъ человѣкѣ. Если по размѣрамъ своихъ современныхъ *Marmorbath* и уступаетъ римскимъ термамъ, то по цѣлесообразности и роскоши оборудованія онъ, можетъ быть, превосходитъ ихъ. Мраморный бассейнъ въ 17,5×7×5 покрытъ изящнымъ куполомъ. Провѣтриваніе, освѣщеніе безукоризненны. Источники принадлежатъ къ индифферентнымъ термамъ съ температурою въ 26,4° Ц. Болѣе 1.500.000 литровъ воды въ 24 часа питаетъ массу ваннъ въ разныхъ гостиницахъ и санаторіяхъ.

Изъ числа послѣднихъ обращу вниманіе на *Villa Paul* (д-ръ *Fraenkel*)—здравницу для легочныхъ больныхъ, выгодно отличающуюся отъ прочихъ мѣстныхъ здравницъ своимъ уединеннымъ положеніемъ, вдали отъ суетоки оживленнаго курорта, тутъ же на опушкѣ лѣса, въ которой помѣщены лѣтнія *Liegehall'y*. Въ этой роскошной санаторіи мы видѣли молодого больного съ открытой буторчаткой обѣихъ верхушекъ, приобрѣтшаго въ 3 недѣли 23 фунта вѣса! При взглядѣ на этого цвѣтущаго юношу, право, не вѣрилось, что въ мокротѣ его и по сей часъ падаются еще *Koch'овскія* палочки.

Трудно сказать что-нибудь опредѣленное относительно того, во что обходится жизнь на этомъ курортѣ. Все зависитъ отъ того, гдѣ поселиться: въ комфортабельномъ-ли *Rosebad'ty*, *Villa Paul*, или въ менѣе роскошныхъ гостиницахъ и частныхъ вилахъ. И, хотя и увѣряютъ, что здѣсь можно обойтись даже 10 мар. въ день, но не думаю, чтобы рационально было посылать въ *Baden-Weiler* малосостоятельныхъ больныхъ.

Предметомъ сообщенія д-ра *Schwöbner'a* было: «Психическое лѣченіе въ открытыхъ курортахъ». Всякая, а тѣмъ болѣе затянувшаяся, болѣзнь не можетъ не отразиться болѣе или менѣе сильно на душевной жизни больного. Этимъ опредѣляется взаимоотношеніе врача и больного. Пользованіе нервныхъ больныхъ и такихъ хрониковъ, которые до прибытія на курортъ вовсе или мало подчинялись вліянію врача, ставитъ курортному врачу тяжелую и ответственную задачу психическимъ воздѣйствіемъ успокоить больного и воспитать его въ должномъ направленіи, что значительно облегчитъ работу домашняго врача по возвращеніи больного въ домашнюю обстановку.

Проф. *Gottlieb*. «Къ теоріи дѣйствія наперстянки». Изъ подробнаго разбора существующихъ теорій и фармакологическихъ данныхъ лекторъ пришелъ къ заключенію, что суть дѣйствія этого незамѣнимаго сердечнаго средства заключается въ правильномъ распредѣленіи кровяной массы.

Д-ръ *Fraenkel*. «О лѣкарственномъ лѣченіи угрожающей сердечной слабости». Острая недостаточность сердца клинически характеризуется слабымъ пульсомъ или полнымъ отсутствіемъ его, синюхою или блѣдностью лица, диспноэ и т. д. Причины ея весьма различны, откуда и различія въ показаніяхъ, напр.: острая кровопотеря—солевыя вливанія; параличъ сосудодвигателей—коффеинъ; отравленіе хлоралгидратомъ—камфора и т. д. Но дѣйствіе всѣхъ этихъ средствъ не мгновенное и эффектъ ихъ ско-

\*) 1) Количественное опредѣленіе индикана. «Врачъ», 1899 г., № 17. 2) Вопросъ индикана «Русскій Медицинскій Вѣстникъ», 1899 г.

проходящий. Гораздо сильнее их, продолжительнее и, что главное, мгновенно действуют предложенные и неоднократно испытанные докладчиком внутривенные впрыскивания строфанта *Behring's* (0,001 pro dosi). Способ выработан им в *Heidelberg'sкой* фармакологической лаборатории и представляется, согласно наблюдениям докладчика, прямо жизнью спасающим.

Послеобеденное время посвящено было экскурсиям в окрестные курорты. Я посетил санитарную станцию 14-го армейского корпуса в *Salzburg's*, часах в 2 езды от *Baden-Weiler'a*. Поднимаясь постоянно в гору, дорога все время идет сплошными виноградниками. Санитарная станция расположена за городом, у подножия покрытой лесом горы, в большом 3-этажном каменном здании. В подвальном этаже помещается машинное отделение; водолечебный кабинет и т. п. Партер отведен под столовую, комнаты для дневного пребывания больных, кухню (кухарка), администрацию, верхние 2 этажа — под палаты. По всей внутренней, прилегающей к палатам стѣнѣ свѣтлаго широкаго корридора тянется ряд шкафов: каждому больному отведен отдѣльный шкафъ, а между ними — двери, ведущія въ палаты. Масса воздуха и свѣта. Меблировка скромная, но уютная. Кровати желѣзные съ металлическими сѣтками. Одѣяла шерстяныя, зимою по 2. В санаторіи 76 мѣстъ; въ день посѣщенія всего 28 больных. Зимою пользуются широкими, крытыми галлереями, какъ *Liegehall'*ами. Лѣтомъ мѣста для лежанія въ саду. Питьевая вода изъ городского водопровода, т. е. горная. Канализация своя. На чердакѣ небольшой, но щегольской цейхаузъ.

Станція эта предназначена для выздоравливающихъ, для больных, одержимыхъ разстройствомъ общаго питания, и т. п. Съ затяжными болѣзнями дыхательныхъ путей сюда не принимаютъ, ибо задача станціи сводится лишь къ восстановленію силъ лицъ, подающихъ надежду на скорое возвращеніе въ ряды арміи. Пищевой режимъ: 1-ый завтракъ — кофе, молоко, хлѣбъ; 2-ой — ветчина или колбаса съ хлѣбомъ; обѣдъ — 2 блюда съ 200 грм. мяса; въ 4 часа — молоко съ хлѣбомъ; ужинъ — горячее блюдо. Пиво и вино по усмотрѣнію врача. На пищу отпускается 1½ мар. (70 к. по курсу) въ день на больного. Для занятій съ больными строимъ и гимнастикой, понятно, кому онѣ разрѣшены врачомъ, на станцію командированъ офицеръ. Кроме одного больного съ неразрѣшившеюся водяною колѣнъ, больныхъ въ настоящемъ смыслѣ слова я на станціи не видалъ, а видѣлъ я, полагать должно, всѣхъ, такъ какъ люди собирались на вечернюю прогулку. Для полноты картины, прибавлю еще, что между больными попадались нѣкоторые, по мундирамъ которыхъ было видно, что они не принадлежатъ къ 14-му корпусу, который, слѣд, не могъ даже выдѣлить 28 такихъ полубольныхъ солдатъ!...

Сопоставлять и сравнивать эту образцовую станцію съ другими военными quasi-санитарными станціями съ ихъ вишенскою обстановкою не стоитъ труда: сравнивать можно лишь предметы одного порядка.

*St. Blasien* расположенъ въ одной изъ живописнѣйшихъ мѣстностей *Schwarzwald'a*. Съ окрестныхъ высотъ его не только видна вся цѣпь альповъ отъ Баварскихъ до Монблана, но простымъ глазомъ можно различать отдѣльныя вершины ея. Не смотря на значительную высоту (722 метра), лѣсистыя горы такъ хорошо защищаютъ *St. Blasien*, что осенніе мѣсяцы (сентябрь — ноябрь) считаются здѣсь лучшими по климату.

Изъ массы санаторій и тому подобныхъ учреждений упомяну лишь о роскошномъ кургаузѣ съ 200 комнатами (300 мѣстъ) съ многочисленными (болѣе 60) балконами — *Liegehall'*ами, водолѣчебницею и т. д., о специальной санаторіи для 70 легочныхъ больныхъ (въ другія учрежденія *St. Blasien'a* легочные не принимаются), да о *Villa Luiseheim* для 33 больныхъ съ разстройствомъ общаго питания и органовъ пищеваренія съ ея прелестною водолѣчебницею. Эти учрежденія не могутъ быть дешевыми. Но въ цѣломъ рядѣ менѣе комфортабельныхъ, но очень удобныхъ пансіоновъ (*Villa Gertrud*, *Schmidt*, *Waldeck*, напр.) можно устроиться уже за 5 — 8 мар. въ день. Единственный упрекъ, который можно сдѣлать админи-

страціи, это — обиліе автомобилей на курортѣ. Не говорю уже объ отравляющемъ воздухъ запахѣ бензина и поднимаемой ими пыли, надоедливый шумъ автомобилей едва ли умѣстенъ въ курортѣ съ такимъ большимъ числомъ нервныхъ больныхъ.

Немного подробнѣе передамъ сообщеніе завѣдующаго здравницею для легочныхъ больныхъ д-ра *Sander'a*: «О распространеніи бугорчатки чахоточными и о предотвращеніи ея», какъ представляющемъ общественный интересъ.

Первое и главное условіе здравницы для легочныхъ — это гигиеническая обстановка ея, обиліе свѣта и воздуха и возможность полнаго обеззараживанія и соблюденія идеальной чистоты во всѣхъ помѣщеніяхъ ея. Что безъ этого санаторія не мыслима, съ этимъ согласны всѣ. Но въ способахъ собиранія мокроты и, если можно такъ выразиться, ухода за нею такого единства взглядовъ нѣтъ. Изъ здравницы докладчика изгнаны всѣ общія плевательницы; ихъ нѣтъ даже въ корридорахъ, столовой и т. д. Онѣ замѣнены исключительно личными плевательницами — ручными на ночныхъ столикахъ, въ жилыхъ комнатахъ и карманными *Detweiler's*овскими бутылками для собиранія мокроты въ жилыхъ комнатахъ, — въ столовой, читальнѣ, на прогулкахъ и т. д. Для того, чтобы понять все значеніе этой мѣры и основательность ея, необходимо выяснитъ себѣ степень опасности, представляемой чахоточнымъ, какъ таковымъ, для своихъ сожителей и пути передачи имъ заразнаго начала.

Цѣлый рядъ опытовъ, заключавшійся въ томъ, что въ 10 комнатахъ, въ которыхъ жили сильно кашлявшіе и отдѣлявшіе большое количество мокроты съ громаднымъ числомъ палочекъ (*Gaffky IX* и *X*), на ночные столики больныхъ и на полъ ставились чашки *Petri* съ глицеринъ-агаромъ, которые потомъ изслѣдовались на *Koch's*овскія палочки. Условія опыта разнообразились, но всегда давали отрицательный результатъ. Такой же результатъ дали опыты прививки пыли, собранной около кровати такихъ больныхъ, до уборки комнаты, морскимъ свинкамъ. Эти опыты, подтвержденные клиническимъ наблюденіемъ, что никто изъ медицинскаго персонала и прислуги, приходящей въ тѣсное соприкосновеніе съ чахоточными (дышащие, напр., пылью, поднимаемою при уборкѣ комнатъ, стланія постелей и т. д.) за все время функционированія здравницы не заболѣлъ бугорчаткой, ясно доказали вѣрность ученія *Cornet'a*, по которому опасна лишь пыль высохшей мокроты, между тѣмъ какъ опасность зараженія т. наз. капельною мокротой (*Flügge*) сильно преувеличена, и съ нею, при нормальныхъ условіяхъ, едва ли приходится считаться. Выводъ: только нечистоплотный (въ смыслѣ собиранія и ухода за мокротой) чахоточный опасенъ для окружающихъ; общеніе же съ гигиенически воспитаннымъ, чистоплотнымъ чахоточнымъ не представляетъ никакой опасности.

Если вспомнить, говорилъ докладчикъ, какія на этотъ счетъ понятія распространены въ публикѣ, убѣжденной, что воздухъ, выдыхаемый чахоточнымъ, кишитъ бактеріями, что каждый кусокъ, проглоченный за однимъ столомъ съ ними, — ядъ, и имѣть въ виду громадный вредъ, приносимый этимъ предрасудкомъ какъ больному, такъ и обществу, то выяснится не только необходимость борьбы съ нимъ, но и великая задача здравницъ — гигиенически воспитать своихъ больныхъ и приучить общество къ разумному сожительству съ ними.

Въ самомъ дѣлѣ, подумаемъ только, что случилось-бы, если-бы больной за общимъ столомъ откашлялся въ карманную плевательницу? Онъ потому-то и скрываетъ свою болѣзнь и выплевываетъ свою мокроту тайкомъ, гдѣ-нибудь въ углу или въ платокъ, т. е. поневолѣ отказывается отъ безвреднаго способа и прибѣгаетъ къ завѣдомо опасному для общества. Создалось именно то, противъ чего такъ горячо возставалъ покойный учитель нашъ В. А. Манасеинъ, а что предостереженія его не вполне достигли цѣли, доказывается тѣмъ, что еще и теперь, десятки лѣтъ спустя, д-ру *Sander'u* приходится говорить врачамъ на эту же тему.

Климатическія и топографическія условія *Todtmoos'a* мало чѣмъ отличаются отъ предыдущаго курорта. Онъ

только расположен значительно выше (840 метр.). Благодаря сильной инсоляции (въ январь, напр., въ полдень термометръ достигает  $25^{\circ}$  R.), онъ хорошъ и какъ зимняя станція. Для общихъ больныхъ, кромѣ кургауза съ прекрасною водоѣмчебною, имѣется много пансіоновъ и виллъ. Легочные больные въ кургаузъ не принимаются. Для нихъ устроена отдѣльная здравница, красна и гордость Todtmoos'a-Wehrwald, лежащая мин. въ 15 отъ города, на высотѣ въ 860 м., у опушки лѣса. По роскоши и плановѣрности устройства, обдуманности всего оборудованія до мельчайшихъ подробностей, она—не только лучшая здравница Schwarzwald'a, но можетъ служить вообще образцомъ для заведеній этого рода. Стоитъ присмотрѣться ко всѣмъ мелочамъ устройства, чтобы понять восторженные отзывы объ этой санаторіи проф. Treupel'a<sup>1)</sup> (Freiburg). Само собою понятно, что жизнь въ ней не можетъ быть дешева, хотя она и неслишкомъ дорога: пансіонъ съ комнатою можно имѣть уже за  $10\frac{1}{2}$  мар. въ день. Во всякомъ случаѣ это—санаторія для богатыхъ. Въ самомъ Todtmoos'ѣ жизнь не дорога, и на курортъ этотъ можно смѣло указывать больнымъ со средними средствами.

Врачъ здравницы д-ръ Lips въ сообщеніи своемъ: «*Лечочной больной во время и послѣ лѣченія его въ здравницѣ*», между прочимъ, остановился на вопросѣ объ умѣстности такого большого числа санаторій, которое мы уже увидѣли и увидимъ еще на нашемъ пути. Жизнь даетъ положительный отвѣтъ на этотъ вопросъ. Сознаніе, что домашняя обстановка и условія никогда не могутъ конкурировать съ таковыми въ благоустроенной здравницѣ при лѣченіи хроника вообще, а тѣмъ болѣе чахоточнаго, до того проникло въ широкую публику, что, сколько ни строятъ новыхъ здравницъ, онѣ не въ состояніи удовлетворить запросу на нихъ. Но слѣдуетъ обратить строгое вниманіе на то, какъ строить, на качества здравницы. Пользу приносятъ лишь безукоризненныя, образцовыя здравницы, ибо только онѣ въ состояніи выполнить свою лѣчебную и воспитательную задачу.

Сообщеніе д-ра Eddy-Schacht—«Нейрастенія и наследственность», на основаніи собственной статистики, подтверждаетъ господствующій взглядъ на этотъ предметъ.

О Neuhausen'ѣ съ его видомъ на Рейнскій водопадъ и о величественномъ замкѣ Marbach—санаторіи для нервныхъ и сердечныхъ больныхъ—ничего сказать не могу: поѣздка такъ утомила меня, что я не могъ даже дослушать интересной лекціи проф. Galli (Roma) «*О распознаваніи и лѣченіи болѣзней сердца*» и полубольной прѣхалъ въ Konstanz. Къ счастью, эта была не болѣзнь, а простая усталость, и на другой день я могъ уже быть на лекціи проф. Strassman'a (Berlin): «*Boda и ножъ въ гинекологіи*». Я вскользь уже упомянулъ объ этомъ чтеніи, сопровождавшемся предъявленіемъ массы препаратовъ. Къ сожалѣнію, прѣдставленія рѣчи и отвѣты на нихъ заняли слишкомъ много времени, такъ что на долю проф. Strassman'a пришлось всего 25 мин. Въ предѣлахъ этого времени задачу свою онъ выполнилъ блестяще; но что сообщеніе это не дало того, на что мы были вправѣ рассчитывать, считаясь съ лекторскими способностями этого талантливаго хирурга-гинеколога, понятно само собою.

Я остановился на Konstanz'ѣ, только благодаря этому чтенію, ибо, какъ ни интересенъ этотъ историческій красавецъ-городъ для путешественника, въ медицинскомъ отношеніи онъ представляетъ мало поучительнаго, если не считаться съ разбросанными въ ближайшемъ съ нимъ сосѣдствѣ курортами, переходными станціями для больныхъ, ѣдущихъ изъ Швейцаріи.

Напоминая лишь объ имѣющемъ, можетъ быть, какой-нибудь мѣстный интересъ Sigmaring'ѣ, гдѣ проф. Kionka (Leipz.) говорилъ намъ «*о новыхъ точкахъ зрѣнія на пользование болѣзней обильна, преимущественно о лѣченіи податры*», и о Donaueschingen'ѣ съ прекраснымъ паркомъ, «гвоздемъ» котораго является истокъ Дуная, и съ хорошо устроенными Badehaus'омъ для лѣченія соляными ваннами изъ соланки, привозимой изъ Dürreheim'a, перейду къ послѣднему.

Въ отличіе какъ отъ нашихъ отечественныхъ, такъ и отъ всѣхъ прочихъ европейскихъ саніт., расположенныхъ въ долинахъ, Dürreheimъ лежитъ на почтенной высотѣ (выше 700 м.); слѣд., является и горною станціей со всѣми присущими ей свойствами, изъ которыхъ упомяну объ особой силѣ солнечнаго освѣщенія, при весьма незначительномъ числѣ пасмурныхъ дней (не болѣе 17% за сезонъ). Далѣе, по сообщенію д-ра Huber'a, горный воздухъ позволяетъ прибѣгать на этой станціи къ ваннамъ изъ столь крѣпкихъ растворовъ соли, о которыхъ на ниже расположенныхъ санітахъ и думать нельзя. Такъ, напр., онъ не затрудняется прибѣгать къ такимъ ваннамъ даже и при рѣзко выраженномъ хлорозѣ, такъ какъ опыты убѣдили его, что онѣ не только не задерживаютъ, но даже ускоряютъ нарастаніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ. Кургаузъ, ванны и прочіе терапевтическіе приборы устроены очень хорошо.

Очень выгодное впечатлѣніе производятъ по простотѣ, цѣлесообразности и оригинальной элегантности открытыя въ этомъ году дѣтская лѣчебница Baden'sкаго женскаго Союза (120 мѣстъ).

Въ кургаузѣ жизнь обходится въ  $9\frac{1}{2}$  мар. въ день; въ другихъ же гостиницахъ—гораздо дешевле—можно устроиться за  $3\frac{1}{2}$ —4 марки. Курортъ, слѣд., не только доступенъ и для малосостоятельныхъ, но значительно дешевле нашихъ отечественныхъ.

Tirberg—одинъ изъ красивѣйшихъ горныхъ курортовъ Schwarzwald'a, съ величественнымъ, чисто Альпійскимъ водопадомъ. На лицо не только всѣ условія для климатическаго лѣченія, но, благодаря прекраснымъ мѣстамъ для прогулокъ (Panoramaweg), весьма пригоденъ для лѣченія, постепеннымъ приученіемъ къ восхожденію (Terrainkur). Tirberg, какъ и всѣ предъидущіе курорты, начиная съ Baden-Weiler'a, за исключеніемъ лишь одного Dürreheim'a, пригодны и эксплуатируются также и какъ зимніе курорты. Жизнь здѣсь недорога; есть пансіоны, въ которыхъ можно устроиться за 4 мар. въ день,—но лучшіе значительно дороже.

Baden-Baden описывать не приходится: кто не слыжалъ объ этой жемчужинѣ Schwarzwald'a? Весь городъ, его парки, аллеи и сады производятъ впечатлѣніе громадной корзины цвѣтовъ, а окрестныя горы—достойной рамки восхитительнаго пейзажа. Изъ числа термовъ его Friedrichsquelle (62,  $8^{\circ}$  Ц.) съ 54 мгрм. хлористаго литія и 0,264 мгрм. мышьяка на 1 литръ воды служатъ и для питья. Всемирная слава Friedrichsbad'a (ванны для мужчинъ) и Kaiserin Augusta-Bad (для женщинъ) вполне заслужена. Цѣлесообразность, элегантность и комфортабельность ихъ не поддаются ни описанію, ни сравненію съ другими Bad'ами. По размѣрамъ и роскоши устройства замѣчательны далѣе: залъ для лѣченія шведскою гимнастикой по Zander'у въ Friedrichsbad'ѣ, Inhalatorium здравница Frey-Gilbert, открытая въ этомъ году новая здравница и т. д. Запрещеніе азартной игры, которое, по мнѣнію многихъ, должно было убить Baden-Baden, какъ разъ подѣйствовало въ совершенно обратномъ направленіи: оно дало толчекъ къ быстрому прогрессу этого замѣчательнаго курорта. Жизнь въ этомъ курортѣ, само собою понятно, далеко не дешева, и хотя множество гостиницъ и пансіоновъ всевозможныхъ ранговъ дѣлаютъ курортъ доступнымъ и для небогатыхъ людей, но благоразумнѣе указать имъ другіе менѣе фешенебельные курорты.

Изъ сдѣланныхъ здѣсь сообщеній отмѣчу лишь сообщеніе проф. v. Krehl'a (Strassburg) «*О лѣченіи хронической недостаточности сердца*». Практически слѣдуетъ различать 2 степени сердечной недостаточности: такую, когда явленія ея выступаютъ и при покоѣ больного и когда для обнаруженія ихъ необходимо большее или меньшее напряженіе. Причины ея—весьма разнообразны и далеко не всегда могутъ быть выяснены. Т. наз. нервной недостаточности не существуетъ; подъ это опредѣленіе подпадаютъ сплошь и рядомъ болѣзненные формы, въ основѣ которыхъ лежатъ хроническіе процессы въ сердечной мышцѣ или въ кровеносныхъ сосудахъ сердца. Каково бы ни было происхожденіе болѣзни, главнымъ средствомъ лѣченія является все-же наперстянка, не смотря на то, что фармакологія ея

<sup>1)</sup> Das Sanatorium Wehrwald. 1901. Freiburg.



еще далеко не закончена и составъ ея неоднороденъ. Никогда не слѣдуетъ начинать лѣченіе безъ наперстянки. Проф. *Krehl* убѣдился, что не слѣдуетъ довѣрять увѣреніямъ больныхъ, что они не принимали еще наперстянки, потому что врачи, при всевозможныхъ т.-наз. природныхъ способахъ лѣченія всегда прибѣгаютъ къ этому препарату въ томъ или другомъ видѣ. Въ тяжелыхъ случаяхъ онъ со-бѣтуетъ начинать съ большихъ дозъ (0,50 листьевъ въ сутки), смѣло держась этой дозы въ теченіи нѣсколькихъ дней, и уменьшать ее, лишь когда наступитъ улучшеніе. Малыхъ дозъ, съ которыхъ можно начинать лѣченіе въ легкихъ случаяхъ, можно держаться долгое время, не опасаясь скапливающагося дѣйствія. Хорошо дѣйствуетъ также и строфантъ; но и его составъ далеко не однороденъ, и онъ во всякомъ случаѣ уступаетъ наперстянкѣ.

Хотя, какъ было уже сказано, безъ наперстянки никто еще не провелъ лѣченія хронической недостаточности сердца, тѣмъ не менѣе бываютъ случаи, когда больные ея не переносятъ. Тогда надо прибѣгнуть къ углекислымъ ваннамъ, но строго при этомъ сообразоваться съ особенностями каждаго случая, помня, что дѣйствіе ихъ усиливается въ зависимости отъ болѣе низкой температуры ванны и большаго содержанія  $CO_2$ .

3-е мѣсто занимаетъ соотвѣтствующая гимнастика; но примѣнять ее можно лишь во 2-ой ступени болѣзни. Наибольшіе результаты даетъ сочетаніе всѣхъ 3 средствъ; но успѣхъ достигается часто и одною наперстянкой.

Торжественнымъ засѣданіемъ, посвященнымъ памяти покойнаго 1-го главнаго секретаря Комитета д-ра *Gilbert'a*, одного изъ наиболѣе дѣятельныхъ учредителей врачебныхъ научныхъ поѣздокъ, заключена была наша поѣздка.

Во время прощальнаго обѣда проф. *Kuttner* (Berlin), подъ впечатлѣніемъ недавняго посѣщенія Berlin'a врачами французской врачебной поѣздки, возбудилъ сочувственно принятую мысль о превращеніи національныхъ поѣздокъ въ международныя. Мысль эта—весьма симпатична, но осуществленіе ея, весьма вѣроятно, встрѣтитъ сильное препятствіе въ недостаточномъ знаніи врачами иностранныхъ языковъ, такъ какъ безъ свободнаго владѣнія языкомъ той страны, изученію которой посвящена данная поѣздка, она едва-ли дастъ многое участникамъ ея даже въ практическомъ смыслѣ, о научномъ уже и не говорю.

Проф. *Ott'u*, избранному почетнымъ предсѣдателемъ поѣздокъ, поднесенъ адресъ.

Я уже сказалъ, что не мысль о возможности устройства такихъ поѣздокъ руководила мною при описаніи ея. Я старался лишь познакомить товарищей съ впечатлѣніями, вынесенными мною изъ этой поѣздки, и обратить вниманіе ихъ на эти поѣздки, какъ на одно изъ получившихъ право гражданства средствъ научнаго усовершенствованія врачей Западной Европы—средства, въ высшей степени цѣлесообразнаго, дающаго врачу возможность путемъ личнаго наблюденія изучить естественныя и бытовые условія курортовъ, на которые онъ посылаетъ своихъ больныхъ. Поѣздки эти даютъ, далѣе, возможность врачу ознакомиться съ оборудованіемъ и постановкою дѣла въ разныхъ лѣчебныхъ учрежденіяхъ опередившихъ насъ въ культурѣ народовъ, что имѣетъ большое значеніе не только для врачей, специалистовъ по бальнеотерапіи. Этимъ однако далеко еще не исчерпывается польза поѣздокъ. Не менѣе существенное значеніе имѣетъ научная и общественная сторона ихъ. Что касается первой, то возможность въ высшей степени легко, попутно такъ сказать, познакомиться съ взглядами корифеевъ науки на тотъ или другой научный вопросъ, въ разъясненіи не нуждается. Относительно 2-ой,—продолжительное и болѣе или менѣе интимное, неизбежное по самой обстановкѣ поѣздокъ, общеніе съ большимъ числомъ людей, стоящихъ на одной ступени образованія и связанныхъ общими профессиональными интересами, постоянный обмѣнъ мыслей между ними,—этого не даетъ ни одна книга, ни частныя знакомства, какъ-бы обширны они ни были.

Все это въ связи съ самымъ элементарнымъ самоуправствомъ

Schwarzwald, и при томъ не съ быстротою желѣзнодорожнаго поѣзда, все это, говорю, даетъ мнѣ право совѣтовать товарищамъ: при составленіи плана использованія, хотя-бы и кратковременнаго, вакаціоннаго отдыха вспомнить о врачебныхъ поѣздкахъ.

Выраженіемъ надежды, что будущія поѣздки привлекутъ къ участію въ нихъ большее число русскихъ врачей, я и закончу настоящій очеркъ.

М. Штейнбергъ.

Р. S. Чуть не забылъ про стоимость поѣздки. Она незначительна: 225 мар. (103 р. 50 к. по курсу) за 14 дней комфортабельнаго путешествія.

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

Физиологія и общая патологія. 635. Проф. *A. Schlossmann* и д-ръ *St. Engel* посвящаютъ интересную статью вопросу о происхожденіи бугорчатки легкихъ. Какъ извѣстно, долгие годы въ патологіи признавалось неопровержимымъ воззрѣніемъ, что легочная бугорчатка развивается вълѣдствіе проникновенія возбудителя болѣзни, бугорчатковой палочки, въ легкія черезъ воздухъ; воззрѣніе это подтверждалось частотою изолированной бугорчатки легкихъ и частымъ пораженіемъ бронхиальныхъ железъ. Только недавно, послѣ изслѣдованій *Behring'a*, стало необходимымъ признать для отдѣльныхъ случаевъ возможность и другого прониканія заразы—черезъ органы пищеваренія. Работами-же одного изъ авторовъ, *Schlossmann'a*, доказано въ самое послѣднее время, что для ранняго дѣтства пищеварительный каналъ является даже исключительнымъ путемъ попаданія бугорчатковой заразы. Палочки при этомъ слѣдуютъ тому-же пути, какъ составныя части пищи: всосавшись въ кишкахъ, подобно, напр., частичкамъ жира, онѣ попадаютъ въ токъ лимфы, затѣмъ черезъ грудной протокъ въ правое сердце и потомъ въ легкія. Но противъ опытовъ автора, говорящихъ въ пользу такого воззрѣнія, было сдѣлано на Меган'скомъ Съѣздѣ естествоиспытателей то возраженіе, что при опытахъ кормленіемъ не исключена возможность поступленія заразы и въ дыхательные пути, или непосредственно, или-же черезъ близкія къ ротовой полости лимфатическія железы. На 1-ой части возраженія проф. *Sch.* не находить нужнымъ останавливаться, потому что дыхательная бугорчатка легкихъ рѣзко отличается анатомически отъ той, которую онъ получалъ у своихъ животныхъ, кормя ихъ зараженнымъ молокомъ. 2-ую-же часть онъ находитъ возможнымъ отвергнуть теперь, послѣ особаго ряда опытовъ, при которыхъ попаданіе заразы черезъ воздухъ было исключено навѣрное, а вмѣстѣ съ тѣмъ ясно стало, что бугорчатковыя палочки проходятъ черезъ кишечникъ тѣмъ самымъ путемъ, какъ и пища, и съ тою-же скоростью. Для этихъ опытовъ брались молодыя морскія свинки, которымъ, выдержавъ ихъ 5—6 час. на одной водѣ, вскрывался животъ при глубокомъ эфирномъ наркозѣ, небольшимъ разрѣзомъ влѣво отъ средней линіи; затѣмъ операторъ извлекалъ черезъ рану желудокъ и обкладывалъ его обезпложенными компрессами. Тѣмъ временемъ приготавлились эмульсія бугорчатковыхъ палочекъ (изъ чистой разводки ихъ въ бульонѣ) въ молокѣ или сливкахъ, которую затѣмъ и вприскивали, со всѣми предосторожностями противъ зараженія брюшины, въ полость желудка *Luer'*овскимъ шприцемъ, послѣ чего ранку прижигали каленымъ желѣзомъ и для вѣрности накладывали еще шовъ, а затѣмъ зашивалась и брюшная рана. Животныя обыкновенно быстро оправлялись отъ этой операціи и уже черезъ нѣсколько часовъ начали получать обычную свою пищу. И вотъ, спустя немного часовъ послѣ операціи у нихъ можно было находить бугорчатковыя палочки проникшими въ легкія. Послѣ этихъ опытовъ на взглядъ *Sch.* и *E.*, не остается уже никакого сомнѣнія, что легочная бугорчатка можетъ вызываться зараженіемъ черезъ кишечникъ. На ряду съ этою возможностью остается, конечно, и другая—возможность проникновенія заразы въ

только расположен значительно выше (840 метр.). Благодаря сильной инсоляции (въ январѣ, напр., въ полдень термометръ достигаетъ 25° R.), онъ хорошъ и какъ зимняя станція. Для общихъ больныхъ, кромѣ кургауза съ прекрасною водоѣмной, имѣется много пансіоновъ и виллъ. Легочные больные въ кургаузъ не принимаются. Для нихъ устроена отдѣльная здравница, краса и гордость Todtmoos'a-Wehrwald, лежащая мин. въ 15 отъ города, на высотѣ въ 860 м., у опушки лѣса. По роскоши и планомѣрности устройства, обдуманности всего оборудованія до мельчайшихъ подробностей, она—не только лучшая здравница Schwarzwald'a, но можетъ служить вообще образцомъ для заведеній этого рода. Стоитъ присмотрѣться ко всѣмъ мелочамъ устройства, чтобы понять восторженные отзывы объ этой санаторіи проф. Treupel'a<sup>1)</sup> (Freiburg). Само собой понятно, что жизнь въ ней не можетъ быть дешева, хотя она и неслишкомъ дорогая: пансіонъ съ комнатою можно имѣть уже за 10 1/2 мар. въ день. Во всякомъ случаѣ это—санаторія для богатыхъ. Въ самомъ Todtmoos'ѣ жизнь не дорога, и на курортъ этотъ можно смѣло указывать больнымъ со средними средствами.

Врачъ здравницы д-ръ Lips въ сообщеніи своемъ: «*Легочной больной во время и послѣ лѣченія его въ здравницѣ*», между прочимъ, остановился на вопросѣ объ умѣстности такого большого числа санаторій, которое мы уже увидѣли и увидимъ еще на нашемъ пути. Жизнь даетъ положительный отвѣтъ на этотъ вопросъ. Сознаніе, что домашняя обстановка и условія никогда не могутъ конкурировать съ таковыми въ благоустроенной здравницѣ при лѣченіи хроника вообще, а тѣмъ болѣе чахоточнаго, до того проникло въ широкую публику, что, сколько ни строить новыхъ здравницъ, онѣ не въ состояніи удовлетворить запросу на нихъ. Но слѣдуетъ обратить строгое вниманіе на то, какъ строить, на качества здравницы. Пользу приносятъ лишь безукоризненныя, образцовыя здравницы, ибо только онѣ въ состояніи выполнить свою лѣчебную и воспитательную задачу.

Сообщеніе д-ра Eddy-Schacht—«*Нейрастенія и наследственность*», на основаніи собственной статистики, подтверждаетъ господствующій взглядъ на этотъ предметъ.

О Neuhausen'ѣ съ его видомъ на Рейнскій водопадъ и о величественномъ замкѣ Marbach—санаторія для нервныхъ и сердечныхъ больныхъ—ничего сказать не могу: поѣздка такъ утомила меня, что я не могъ даже дослушать интересной лекціи проф. Galli (Roma) «*О распознаваніи и лѣченіи болѣзней сердца*» и полубольной пріѣхалъ въ Konstanz. Къ счастью, эта была не болѣзнь, а простая усталость, и на другой день я могъ уже быть на лекціи проф. Strassman'a (Berlin): «*Boda и ножъ въ гинекологіи*». Я вскользь уже упомянулъ объ этомъ чтеніи, сопровождавшемся представляніемъ массы препаратовъ. Съ сожалѣніемъ, пріѣхавшій рѣши и отвѣты на нихъ заняли слишкомъ много времени, такъ что на долю проф. Strassman'a пришлось всего 25 мин. Въ предѣлахъ этого времени задачу свою онъ выполнялъ блестяще; но что сообщеніе это не дало того, на что мы были вправѣ рассчитывать, считаясь съ лекторскими способностями этого талантливаго хирурга-гинеколога, понятно само собой.

Я остановился на Konstanz'ѣ, только благодаря этому чтенію, ибо, какъ ни интересенъ этотъ историческій красавецъ-городъ для путешественника, въ медицинскомъ отношеніи онъ представляетъ мало поучительнаго, если не считаться съ разбросанными въ ближайшемъ съ нимъ сосѣдствѣ курортами, переходными станціями для больныхъ, ѣдущихъ изъ Швейцаріи.

Напомнивъ лишь объ имѣющемъ, можетъ быть, какой-нибудь мѣстный интересъ Sigmaring'ѣ, гдѣ проф. Kionka (Leipz.) говорилъ намъ «*о новыхъ точкахъ зрѣнія на пользование болѣзней обильна, преимущественно о лѣченіи подагры*», и о Donaueschingen'ѣ съ прекраснымъ паркомъ, «*гвоздемъ*» котораго является истокъ Дуная, и съ хорошо устроеннымъ Badehaus'омъ для лѣченія соляными ваннами изъ солянки, привозимой изъ Dürreheim'a, перейду къ послѣднему.

Въ отличіе какъ отъ нашихъ отечественныхъ, такъ и отъ всѣхъ прочихъ европейскихъ салинъ, расположенныхъ въ долинахъ, Dürreheimъ лежитъ на почтенной высотѣ (выше 700 м.); слѣд., является и горною станціей со всѣми присущими ей свойствамъ, изъ которыхъ упомяну объ особой силѣ солнечнаго освѣщенія, при весьма незначительномъ числѣ пасмурныхъ дней (не болѣе 17%, за сезонъ). Далѣе, по сообщенію д-ра Huber'a, горный воздухъ позволяетъ прибѣгать на этой станціи къ ваннамъ изъ столь крѣпкихъ растворовъ соли, о которыхъ на ниже расположенныхъ салинахъ и думать нельзя. Такъ, напр., онъ не затрудняется прибѣгать къ такимъ ваннамъ даже и при рѣзко выраженномъ хлорозѣ, такъ какъ опытъ убѣдилъ его, что онѣ не только не задерживаютъ, но даже ускоряютъ нарастаніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ. Кургаузъ, ванны и прочіе терапевтическіе приборы устроены очень хорошо.

Очень выгодное впечатлѣніе производитъ по простотѣ, цѣлесообразности и оригинальной элегантности открытая въ этомъ году дѣтская лѣчебница Baden'скаго женскаго Союза (120 мѣстъ).

Въ кургаузѣ жизнь обходится въ 9 1/2 мар. въ день; въ другихъ же гостиницахъ—гораздо дешевле—можно устроиться за 3 1/2—4 марки. Курортъ, слѣд., не только доступенъ и для малосостоятельныхъ, но значительно дешевле нашихъ отечественныхъ.

Tirberg—одинъ изъ красивѣйшихъ горныхъ курортовъ Schwarzwald'a, съ величественнымъ, чисто Альпійскимъ водопадомъ. На лицо не только всѣ условія для климатическаго лѣченія, но, благодаря прекраснымъ мѣстамъ для прогулокъ (Rappengauweg), весьма пригоденъ для лѣченія, постепеннымъ пріученіемъ къ восхожденію (Terrainkur). Tirberg, какъ и всѣ предыдущіе курорты, начиная съ Baden-Weiler'a, за исключеніемъ лишь одного Dürreheim'a, пригодны и эксплуатируются также и какъ зимніе курорты. Жизнь здѣсь недорога; есть пансіоны, въ которыхъ можно устроиться за 4 мар. въ день,—но лучшіе значительно дороже.

Baden-Baden описывать не приходится: кто не слыхалъ объ этой жемчужинѣ Schwarzwald'a? Весь городъ, его парки, аллеи и сады производятъ впечатлѣніе громадной корзины цвѣтовъ, а окрестныя горы—достойной рамки восхитительнаго пейзажа. Изъ числа термовъ его Friedrichsquelle (62, 8° Ц.) съ 54 мгрм. хлористаго литія и 0,264 мгрм. мышьяка на 1 литръ воды служатъ и для питья. Всемирная слава Friedrichsbad'a (ванны для мужчинъ) и Kaiserin Augusta-Bad (для женщинъ) вполне заслужена. Цѣлесообразность, элегантность и комфортабельность ихъ не поддаются ни описанію, ни сравненію съ другими Bad'ами. По размѣрамъ и роскоши устройства замѣчательны далѣе: залъ для лѣченія шведскою гимнастикой по Zander'у въ Friedrichsbad'ѣ, Inhalatoriumъ здравница Frey-Gilbert, открытая въ этомъ году новая здравница и т. д. Запрещеніе азартной игры, которое, по мнѣнію многихъ, должно было убить Baden-Baden, какъ разъ подѣйствовало въ совершенно обратномъ направленіи: оно дало толчекъ къ быстрому прогрессу этого замѣчательнаго курорта. Жизнь въ этомъ курортѣ, само собой понятно, далеко не дешева, и хотя множество гостиницъ и пансіоновъ всевозможныхъ ранговъ дѣлаютъ курортъ доступнымъ и для небогатыхъ людей, но благоразуміемъ указать имъ другіе мѣста фешенебельные курорты.

Изъ сдѣланныхъ здѣсь сообщеній отмѣчу лишь сообщеніе проф. v. Krehl'a (Strassburg) «*О лѣченіи хронической недостаточности сердца*». Практически слѣдуетъ различать 2 степени сердечной недостаточности: такую, когда явленія ея выступаютъ и при покоѣ больного и когда для обнаруженія ихъ необходимо большее или меньшее напряженіе. Причины ея—весьма разнообразны и далеко не всегда могутъ быть выяснены. Т. наз. нервной недостаточности не существуетъ; подъ это опредѣленіе подпадаетъ оплошность и рядомъ болѣзненныхъ формъ, въ основѣ которыхъ лежатъ хроническіе процессы въ сердечной мышцѣ или въ кровеносныхъ сосудахъ сердца. Каково бы ни было происхожденіе болѣзни, главнымъ средствомъ лѣченія является все-же наперстянка, не смотря на то, что фармакологія ея

<sup>1)</sup> Das Sanatorium Wehrwald. 1901. Freiburg.

еще далеко не закончена и составъ ея неоднороденъ. Никогда не слѣдуетъ начинать лѣченіе безъ наперстянки. Проф. Krehl убѣдился, что не слѣдуетъ довѣрять увѣреніямъ больныхъ, что они не принимали еще наперстянки, потому что врачи, при всевозможныхъ т.-наз. природныхъ способахъ лѣченія всегда прибѣгаютъ къ этому препарату въ томъ или другомъ видѣ. Въ тяжелыхъ случаяхъ онъ со-вѣтуетъ начинать съ большихъ дозъ (0,50 листьевъ въ сутки), смѣло держась этой дозы въ теченіи нѣсколькихъ дней, и уменьшить ее, лишь когда наступитъ улучшение. Малыхъ дозъ, съ которыхъ можно начинать лѣченіе въ легкихъ случаяхъ, можно держаться долгое время, не опасаясь скапливающегося дѣйствія. Хорошо дѣйствуетъ также и строфантъ; но и его составъ далеко не однороденъ, и онъ во всякомъ случаѣ уступаетъ наперстянкѣ.

Хотя, какъ было уже сказано, безъ наперстянки никто еще не провелъ лѣченія хронической недостаточности сердца, тѣмъ не менѣе бываютъ случаи, когда больные ея не переносятъ. Тогда надо прибѣгнуть къ углекислымъ ваннамъ, но строго при этомъ сообразоваться съ особенностями каждаго случая, помня, что дѣйствіе ихъ усиливается въ зависимости отъ болѣе низкой температуры ванны и большаго содержанія  $CO_2$ .

3-е мѣсто занимаетъ соотвѣтствующая гимнастика; но примѣнять ее можно лишь во 2-ой ступени болѣзни. Наилучшіе результаты даетъ сочетаніе всѣхъ 3 средствъ; но успѣхъ достигается часто и одною наперстянкой.

Торжественнымъ засѣданіемъ, посвященнымъ памяти покойнаго 1-го главнаго секретаря Комитета д-ра Gilbert'a, одного изъ наиболѣе дѣятельныхъ учредителей врачебныхъ научныхъ поѣздокъ, заключена была наша поѣздка.

Во время прощальнаго обѣда проф. Kuttner (Berlin), подъ впечатлѣніемъ недавняго посѣщенія Berlin'a врачами французской врачебной поѣздки, возбудилъ сочувственно принятую мысль о превращеніи національныхъ поѣздокъ въ международныя. Мысль эта—весьма симпатична, но осуществленіе ея, весьма вѣроятно, встрѣтитъ сильное препятствіе въ недостаточномъ знаніи врачами иностранныхъ языковъ, такъ какъ безъ свободнаго владѣнія языкомъ той страны, изученію которой посвящена данная поѣздка, она едва-ли дастъ многое участникамъ ея даже въ практическомъ смыслѣ, о научномъ уже и не говорю.

Проф. Ott'y, избранному почетнымъ предсѣдателемъ поѣздокъ, поднесенъ адресъ.

Я уже сказалъ, что не мысль о возможности устройства такихъ поѣздокъ руководила мною при описаніи ея. Я старался лишь познакомить товарищей съ впечатлѣніями, вынесенными мною изъ этой поѣздки, и обратить вниманіе ихъ на эти поѣздки, какъ на одно изъ получившихъ право гражданства средствъ научнаго усовершенствованія врачей Западной Европы—средства, въ высшей степени цѣлесообразнаго, дающаго врачу возможность путемъ личнаго наблюденія изучить естественныя и бытовые условія курортовъ, на которые онъ посылаетъ своихъ больныхъ. Поѣздки эти даютъ, далѣе, возможность врачу ознакомиться съ оборудованіемъ и постановкою дѣла въ разныхъ лѣчебныхъ учрежденіяхъ опередившихъ насъ въ культурѣ народовъ, что имѣетъ большое значеніе не только для врачей, специалистовъ по бальнеотерапіи. Этимъ однако далеко еще не исчерпывается польза поѣздокъ. Не менѣе существенное значеніе имѣетъ научная и общественная сторона ихъ. Что касается первой, то возможность въ высшей степени легко, попутно такъ сказать, познакомиться съ взглядами корифеевъ науки на тотъ или другой научный вопросъ, въ разъясненіи не нуждается. Относительно 2-ой,—продолжительное и болѣе или менѣе интимное, неизбежное по самой обстановкѣ поѣздокъ, общеніе съ большимъ числомъ людей, стоящихъ на одной ступени образованія и связанныхъ общими профессиональными интересами, постоянный обмѣнъ мыслей между ними,—этого не даетъ ни одна книга, ни частныя знакомства, какъ-бы обширны они ни были.

Все это въ связи съ сильнымъ знакомомъ самопознания

Schwarzwald, и при томъ не съ быстротою желѣзнодорожнаго поѣзда, все это, говорю, даетъ мнѣ право совѣтовать товарищамъ: при составленіи плана использованія, хотя-бы и кратковременнаго, вакаціоннаго отдыха вспомнить о врачебныхъ поѣздкахъ.

Выраженіемъ надежды, что будущія поѣздки привлекутъ къ участію въ нихъ большее число русскихъ врачей, я и закончу настоящій очеркъ.

М. Штейнбергъ.

Р. S. Чуть не забылъ про стоимость поѣздки. Она незначительна: 225 мар. (103 р. 50 к. по курсу) за 14 дней комфортабельнаго путешествія.

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

Физиологія и общая патологія. 635. Проф. А. Schlossmann и д-ръ St. Engel посвящаютъ интересную статью вопросу о происхожденіи бугорчатки легкихъ. Какъ извѣстно, долгіе годы въ патологіи признавалось неопровержимымъ воззрѣніемъ, что легочная бугорчатка развивается въ дѣйствіе проникновенія возбудителя болѣзни, бугорчатковой палочки, въ легкія черезъ воздухъ; воззрѣніе это подтверждалось частотою изолированной бугорчатки легкихъ и частымъ пораженіемъ бронхиальныхъ железъ. Только недавно, послѣ изслѣдованій Behring'a, стало необходимымъ признать для отдѣльныхъ случаевъ возможность и другого прониканія заразы—черезъ органы пищеваренія. Работами-же одного изъ авторовъ, Schlossmann'a, доказано въ самое послѣднее время, что для ранняго дѣтства пищеварительный каналъ является даже исключительнымъ путемъ попаданія бугорчатковой заразы. Палочки при этомъ слѣдуютъ тому-же пути, какъ составныя части пищи: всосавшись въ кишкахъ, подобно, напр., частичкамъ жира, онѣ попадаютъ въ токъ лимфы, затѣмъ черезъ грудной протокъ въ правое сердце и потомъ въ легкія. Но противъ опытовъ автора, говорящихъ въ пользу такого воззрѣнія, было сдѣлано на Меган'скомъ Съѣздѣ естествоиспытателей то возраженіе, что при опытахъ кормленіемъ не исключена возможность поступленія заразы и въ дыхательные пути, или непосредственно, или-же черезъ близкія къ ротовой полости лимфатическія железы. На 1-ой части возраженія проф. Sch. не находить нужнымъ останавливаться, потому что дыхательная бугорчатка легкихъ рѣзко отличается анатомически отъ той, которую онъ получалъ у своихъ животныхъ, кормя ихъ зараженнымъ молокомъ. 2-ую-же часть онъ находитъ возможнымъ отвергнуть теперь, послѣ особаго ряда опытовъ, при которыхъ попаданіе заразы черезъ воздухъ было исключено навѣрное, а вмѣстѣ съ тѣмъ ясно стало, что бугорчатковыя палочки проходятъ черезъ кишечникъ тѣмъ самымъ путемъ, какъ и пища, и съ тою-же скоростью. Для этихъ опытовъ брались молодая морскія свинки, которымъ, выдержавъ ихъ 5—6 час. на одной водѣ, вскрывался животъ при глубокомъ эфирномъ наркозѣ, небольшимъ разрѣзомъ влѣво отъ средней линіи; затѣмъ операторъ извлекалъ черезъ рану желудокъ и обкладывалъ его обезпложенными компрессами. Тѣмъ временемъ приготавлились эмульсія бугорчатковыхъ палочекъ (изъ чистой разведенки ихъ въ бульонѣ) въ молоко или сливкахъ, которую затѣмъ и впрыскивали, со всѣми предосторожностями противъ зараженія брюшины, въ полость желудка Luer'овскимъ шприцемъ, послѣ чего ранку прижигали каленымъ желѣзомъ и для вѣрности накладывали еще шовъ, а затѣмъ зашивалась и брюшная рана. Животныя обыкновенно быстро оправлялись отъ этой операціи и уже черезъ нѣсколько часовъ начали получать обычную свою пищу. И вотъ, спустя немного часовъ послѣ операціи у нихъ можно было находить бугорчатковыя палочки проникшими въ легкія. Послѣ этихъ опытовъ на взглядъ Sch. и E., не остается уже никакого сомнѣнія, что легочная бугорчатка можетъ вызываться зараженіемъ черезъ кишечникъ. На ряду съ этою возможностью остается, конечно, и другая—возможность проникновенія заразы, кон-

уже сомнительно: во 1-хъ, уже допущеніе развитія одной и той-же патологической картины 2-мя совершенно различными путями будетъ, по авторамъ, натяжкой, а, во 2-хъ, еще Behring доказалъ, что неизвѣстно ни одного безупрочнаго ингаляціоннаго опыта, при которомъ была-бы совершенно исключена возможность проникновенія заразы въ пищеварительную трубку. Между тѣмъ, переходя къ человѣку, мы знаемъ, что значительное большинство, умирающихъ въ дѣтскомъ возрастѣ, оказываются уже зараженными бугорчаткою: по *Hamburger's* и *Sluka* («Jahrbuch für Kinderheilkunde», 1905 г.), у 69% умершихъ въ возрастѣ 4—5 лѣтъ дѣтей имѣется макроскопически явная бугорчатка, при чемъ далѣе этотъ % повышается до 77, а по *Binswanger's* («Archiv für Kinderheilkunde», 1906 г.), среди грудныхъ дѣтей, умирающихъ въ возрастѣ ниже 3 мѣс., бугорчаткою пораженъ 3,2%, въ возрастѣ 4—6 мѣс. 8,4% и въ возрастѣ 7—12 мѣс. 16,8%. И всѣ эти цифры, очевидно, выросли-бы, если-бы присоединить и «скрытую» бугорчатку, обнаруживаемую только подъ микроскопомъ. Тогда, по авторамъ, стало-бы очевиднымъ, что въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ зараженіе бугорчаткою падаетъ на первые годы жизни, такъ что болѣзнь эту надо считать дѣтскою, хотя обнаруживается она зачастую только въ позднѣйшіе годы. Отсюда логически вытекаетъ, что и профилактика болѣзни должна относиться къ самымъ первымъ періодамъ жизни, какъ равно и терапия (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 5 июля).

C. Гр — въ.

**Общая терапия.** 636. По д-ру *W. Sternberg's*, изъ картофеля можно, по удаленіи изъ него большей части муки, приготовить разнообразныя и пріятныя блюда со вкусомъ картофеля, совершенно подходящія для больныхъ сахарнымъ мочеизнуреніемъ и общимъ ожирѣніемъ. Если очищенный сырой картофель протирать черезъ желѣзную терку въ сосудъ съ водою, то картофельная мука постепенно осѣдаетъ внизъ, и, чѣмъ далѣе оставить въ водѣ всю массу, тѣмъ легче отдѣлится остающійся сверху волокнистый слой отъ скопляющейся на днѣ мелкой бѣлой муки. Эта волокнистая масса, будучи хорошо выжата черезъ полотно и высушена, и идетъ на приготовленіе кушаній. Въ смѣси съ яичнымъ желткомъ и солью изъ нея можно приготовить на свиномъ салѣ вкусное печенье; сюда-же можно подбавить лука, аниса, а также и мяса. Затѣмъ можно смѣшивать упомянутую волокнистую массу съ молокомъ и сыромъ, со сладостями и фруктами. Можно также дѣлать изъ нея клецки съ водою, снятымъ молокомъ и солью, а также съ сыромъ. Эти картофельныя блюда заслуживаютъ вниманія потому, что они содержатъ мало углеводовъ, а между тѣмъ сохраняютъ вкусъ картофеля, о которомъ такъ тоскуютъ многіе діабетики и страдающіе ожирѣніемъ; затѣмъ они даютъ возможность вводить легко вмѣстѣ съ ними другія пищевыя вещества, противъ которыхъ высказывается отвращеніе, какъ, напр., жиръ; наконецъ, они легко даютъ ощущение сытости. Такое кормленіе авт. испробовалъ съ явнымъ успѣхомъ въ 2-хъ случаяхъ сахарнаго мочеизнуренія: въ одномъ замѣна хлѣба картофелемъ благопріятно повліяла какъ на выдѣленіе сахара мочью, такъ и на общее состояніе, при діабетѣ съ быстрымъ теченіемъ (*Pancreasdiabetes*), а въ другомъ, у артритическаго діабетика, также съ пользою удалось надолго замѣнить хлѣбъ ежедневною дачею по 1200—1500 грм. картофеля (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 5 июля).

C. Гр — въ.

**Фармакологія.** 637. Проф. *Marshall* и д-ръ *MacLeod Neave* изслѣдовали обеззараживающую способность и способность диффундировать многочисленныхъ бѣловыхъ препаратовъ серебра. Для правильнаго опредѣленія количества серебра въ растворѣ предварительно устанавливалось дѣйствительное содержаніе серебра въ разныхъ препаратахъ путемъ сжиганія, нагрѣванія съ азотной кислотой, растворенія въ водѣ и титрованія  $\frac{1}{100}$  норм. растворомъ сѣрноцианистаго аммонія. Такимъ образомъ было установлено, что колларголь содержитъ 86,6% серебра, итроль 60,8%, аргироль 20%, протарголь 7,4%, аргонинъ 3,8%. Растворы для изслѣдованія приготовлялись изъ этихъ препаратовъ, причемъ для колларголя, итроля, аргиро-

накое. Бактеріиубивающее дѣйствіе испытывалось на разводкахъ золотистаго гроздевокка и смѣшанныхъ разводкахъ; обеззараживающее дѣйствіе опредѣлялось временемъ, въ теченіи котораго загнивало измельченное вареное мясо, обработанное растворомъ извѣстной крѣпости и вращиваніемъ микробовъ на питательномъ агарѣ, къ которому были прибавлены серебряные растворы. Для опредѣленія способности пропитыванія авторы погружали въ растворы на 24 часа одинъ конецъ горизонтально расположенныхъ тонкихъ трубочекъ, наполненныхъ зараженнымъ гроздевоккомъ питательнымъ агаромъ; спустя сутки, трубочки вымывались обезпложенной водою и оставлялись въ чашкахъ *Petri* для выясненія роста микробовъ. На основаніи своихъ изслѣдованій авторы пришли къ заключенію, что препараты серебра должны быть раздѣлены на 3 группы. Азотнокислое серебро, фтористое серебро, актоль, итроль, аргентаминъ, аргентоль, албаргинъ, аргонинъ, ихтарганъ, ларгинъ, новарганъ и протарголь обладаютъ большою, почти одинаковою бактеріиубивающей силой; нарголь обладаетъ ею въ небольшой степени; аргироль-же и колларголь въ сущности бактеріиубивающей способности не имѣютъ. Такимъ образомъ дѣйствительность препаратовъ серебра не стоитъ въ непосредственной связи съ %нымъ содержаніемъ въ нихъ металла (*The British Medical Journal*, 18 августа). Л. Старокадомскій.

**Бактеріологія.** 638. Получая при окраскѣ по *Gram's*, въ разныхъ ея видоизмѣненіяхъ, итоги не всегда удовлетворительные, проф. *Loeffler* нашелъ себя вынужденнымъ подвергнуть этотъ способъ основательной проверкѣ, въ направленіи главнымъ образомъ красящихъ веществъ, въ немъ примѣняемыхъ. Съ этою цѣлью имъ были взяты для опытовъ 17 имѣющихся въ продажѣ сортовъ фіолетовой краски (метиловой и генціановой). Изъ красокъ приготовлены были насыщенные спиртные растворы, которые разводились анилановою и карболовою водою. Для обезцвѣчиванія примѣнялся алкоголь чистый или съ прибавкою 3% соляной кислоты, 5% сѣрной, 5% азотной и ацетона. Проверочнымъ матеріаломъ служили срѣзы уплотненныхъ въ спиртѣ органовъ, по 20—30  $\mu$  толщины, съ палочками сибирской язвы и мышиннаго гнилокровія, пнеймо- и стрептококками, палочками бугорчатки, лучистымъ грибомъ и *oidium*. Самыя лучшія окрашиванія авт. получилъ съ красками *Methylviolet 6B* и *Methylviolet BN* въ 1—2½% ной карболовой водѣ, при растворахъ 1:10. Срѣзы прямо изъ спирта переносились въ красящій растворъ на 2—10 минутъ, а затѣмъ, послѣ основательнаго обмыванія водою, въ *Gram's*овскій растворъ іода съ іодистымъ калиемъ на 2 мин. Послѣ этого оказалось выгодно переносить ихъ на 1 мин. въ 5%-ный водный растворъ азотной или сѣрной кислоты, или же на 10 сек. въ 3%-ный солянокислый алкоголь, и потомъ уже въ безводный или 30%-ный ацетонный алкоголь до полнаго обезцвѣченія. При употребленіи для обезцвѣченія *Unna's*кой смѣси іодистаго калия и перекиси водорода обезцвѣченіе совершалось быстрее и безъ образованія кристалловъ въ срѣзахъ. Поэтому обезцвѣчивающую жидкость *Unna* проф. *L.* рѣшительно предпочитаетъ *Gram's*овской. Изъ алкоголя срѣзы переносились въ ксилолъ и затѣмъ заключались въ канадскій бальзамъ. Весьма красивую окраску авт. получалъ, прибавляя къ 10 к. стм. карболоваго раствора метиль-виолета 6B спиртный растворъ метиленовой синьки въ количествѣ 1 стм. или столько же фуксина. Метиль-виолетъ 6B оказался наилучшимъ красящимъ веществомъ для всѣхъ микроорганизмовъ, кромѣ только пнеймококковъ, которые лучше окрашивались метиль-виолетомъ BN. Такая окраска легко удается даже малоопытнымъ, особенно если брать свѣжій матеріалъ и свѣжіе же растворы карболовой кислоты (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 2 августа). С. Г.

**Внутреннія болѣзни.** 639. Дѣйствительно-ли мужчины поражаются воспаленіемъ слѣпой кишки чаще женщинъ? Большинство авторовъ вопросъ этотъ рѣшается, какъ извѣстно, въ утвердительномъ смыслѣ, въ пользу чего говорятъ ихъ статистическія данныя. Напр. *König* въ своемъ учебникѣ хирургіи отводитъ мужскому полу 60%



Случая Berlin'ской Charité за 1896—1902 гг. 56% больных мужчинъ; въ статистикѣ Roux (670 случаевъ) на долю послѣднихъ приходится 53%, у Haemig'a (241 случай)—70, у Haecker'a (142)—60%, Herzog'a (346)—69, Sievers'a (138)—70, Lengefeldt'a (962)—54, Gebhardt'a (1030)—61, Kaposi (79)—74, Armstrong'a (517)—67, Sonnenburg'a (1000)—63, Barbier (616)—76 и Barret'a (659)—57½%. Но во всѣхъ этихъ статистикахъ не принята во вниманіе, какъ указываетъ теперь д-ръ Karrenstein, одно в. важное обстоятельство: не отмѣчено, что и вообще женщины поступаютъ въ больницы значительно рѣже мужчинъ. Если же вычислить заболѣваемость аппендицитомъ на 1000 больныхъ того и другого пола, то дѣло принимаетъ другой видъ. Такое вычисленіе д-ръ К. и сдѣлалъ для Berlin'ской Charité съ 1874 г. и для Hamburg'скихъ казенныхъ больницъ съ 1889 г. Итоги получились слѣдующіе:

Года.	Berlin.		Hamburg.	
	Мужчины.	Женщины.	Мужчины.	Женщины.
1874	0.51	0.13	—	—
1884	1.29	1.21	—	—
1888	2.37	1.33	—	—
1889	2.83	1.62	5.3	5.2
1890	—	—	5.5	6.4
1895	2.19	1.76	5.9	6.8
1896	—	—	5.8	7.9
1899	2.92	4.23	8.7	13.4
1900	4.06	2.93	7.3	11.4
1901	—	—	7.7	14.6
1902	4.3	3.2	8.1	9.5

Изъ этой таблицы явствуетъ, что въ Berlin'ѣ число страдающихъ аппендицитомъ женщинъ лишь немного меньше мужчинъ, а въ 1899 г. оно было значительно больше; въ Hamburg'ѣ же женщины страдаютъ названной болѣзнью явля чаще мужчинъ. Стало быть общераспространенный взглядъ на равнительное участіе обоихъ половъ въ заболѣваемости аппендицитомъ долженъ быть признанъ невѣрнымъ. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 9 августа).

С. Гр—въ.

640. Д-ръ Boas (Berlin) предлагаетъ новую реакцію для опредѣленія т. наз. скрытыхъ кровотеченій въ желудокъ или кишечникъ. Въ виду того, что опредѣленіе незначительныхъ количествъ крови въ испраженіяхъ и желудочномъ содержимомъ при помощи обычныхъ реакцій съ гуаяковой настойкой или алоинномъ можетъ встрѣтить извѣстныя затрудненія, авт. предлагаетъ новую реакцію, которая производится такъ: изслѣдуемый испраженіе или желудочное содержимое обрабатываются обычнымъ путемъ ледяной уксусной кислотой (не больше 20 капель), затѣмъ извлекаются эфиромъ; къ эфирной вытяжкѣ прибавляются 2—3 капли очень разведеннаго раствора (1 : 200) Р. Phenylendiaminchlorhydrat'a, 1 к. стм. ½-нормальнаго алкогольнаго раствора ѣдкаго кали и 10—15 капель 3%-го раствора перекиси водорода. Послѣ взбалтыванія при наличности крови на днѣ пробирки появляется оливково-зеленое окрашиваніе, особенно ясно выраженное (въ видѣ кольца) на границѣ между слоемъ эфиръ и перекиси водорода, верхняя часть жидкости бываетъ при этомъ окрашена въ фіолетовый цвѣтъ. Оливково-зеленый цвѣтъ держится недолго и вскорѣ переходитъ въ болѣе или менѣе (смотря по количеству крови) ясно выраженный темно-фіолетовый. Испраженія съ значительнымъ содержаніемъ желчи и уробилина предварительно слѣдуетъ извлечь смѣсью алкоголя и эфиръ. Чувствительность реакціи тоже, что и у обычныхъ пробъ; преимущества ея въ томъ, что реактивъ держится неограниченно долгое время и реакція наступаетъ сейчасъ-же. Впрочемъ, по мнѣнію автора, реакція эта не должна совершенно вытѣснить прежнія, но служить главнымъ образомъ для пробѣрки ихъ (Centralblatt für innere Medicin, № 24).

А. Коварскій.

641. Желая ознакомиться съ состояніемъ селезенки при рахъ, д-ръ John C. Hollister (изъ Chicago) просмотрѣлъ всѣ случаи раковой болѣзни за послѣднія 5 лѣтъ въ патолого-анатомическомъ отдѣленіи Berlin'скаго Augusta-Hospital. Часть вскрытій авт. наблюдалъ лично и въ нихъ изъ

замораживанья, частью целлоидиновымъ и парафиновымъ способомъ. Всего раковыхъ больныхъ за указанный періодъ времени было вскрыто 114,—въ томъ числѣ 61 съ ракомъ желудка и 19 пищевода, у остальныхъ-же имѣлось пораженіе бронховъ, прямой кишки, поджелудочной железы, желчныхъ путей и т. д. Селезенка была въ 92 случаяхъ мала или по крайней мѣрѣ не увеличена, а въ 22 увеличена. Увеличенный органъ былъ то плотенъ, богатъ кровью, то мягокъ, съ гиперпластической мякотью. Причины увеличенія его были различны: хроническій застой въ системѣ воротной вены, вслѣдствіе сдавленія ея раковыми массами или вслѣдствіе цирроза печени; тяжелое общее гнилокровіе (1 случай), осложняющаяся пневмонія, прободной перитонитъ при ракъ желудка, другія нагноенія; наконецъ, заносы рака въ самой селезенкѣ (случай рака титочной железы, съ заносами во многихъ органахъ). Помимо этихъ случаевъ, селезенка была часто неизмѣнена вовсе, а часто находилась въ состояніи явной атрофіи (особенно у людей пожилыхъ). Данные микроскопическаго изслѣдованія обыкновенно соответствовали макроскопическому виду органа; никакого намека на присутствіе чужеродныхъ при этомъ не получилось ни разу, да и вообще состояніе селезенки при ракъ говорить, по автору, противъ чужеродной теоріи этой болѣзни (Deutsche medizinische Wochenschrift, 13 сентября).

С. Гр—въ.

Хирургическія болѣзни. 642. Годъ назадъ д-ръ H. Kimmell сообщил (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905 г., № 16) объ итогахъ оперативнаго леченія 1000 случаевъ аппендицита. Общая смертность въ этой 1000 случаевъ получилась 10,2%. Обусловлена была она главнымъ образомъ 82 случаями разлитого перитонита съ 89% смертности, между тѣмъ какъ изъ оперированныхъ въ приступа умерли только ½%. Уже тогда авт. указывалъ, что для пониженія смертности необходимо оперировать рано, въ первые 48 час. послѣ начала приступа, и отмѣтилъ 49 такихъ случаевъ всего только съ 3 (6%) смертельными исходами. Теперь д-ръ К. заявляетъ, что дальнѣйшія его наблюденія въ этомъ направленіи получились еще болѣе ободрительныя: въ прошломъ 1905 г. изъ 290 лѣченныхъ оперативно аппендицитомъ умерли только 5,5%, при чемъ 8 смертельныхъ исходовъ приходятся на 31 оперированнаго на 3-и сутки и позднеѣ. Вообще за послѣдніе годы автору удалось оперировать рано—въ первые 2 сутокъ или около того—55 чел., изъ коихъ умерли всего 3, и тѣ поступили все-таки немного позднеѣ указаннаго срока, съ разлитымъ перитонитомъ, да 2 оперированныхъ черезъ 12 и 20 час.; изъ послѣднихъ у одного допнулъ во время операціи туго наполненный гноемъ отростокъ, а другой погибъ отъ смертельнаго брызжанья. Все-же д-ръ К. произвелъ до сихъ поръ 97 раннихъ въ собственномъ смыслѣ операцій: изъ оперированныхъ имъ погибли 9,—6 оперированныхъ по истеченіи 48 час. и 3 въ первые сутки. Особенно благоприятные итоги дало начало текущаго года: по 1 мая, т. е. за первые 4 мѣсяца, изъ 102 оперированныхъ по поводу аппендицита смертельный исходъ получился всего у 1, что составляетъ около 1% смертности. Среди этихъ случаевъ были 2 гнойника, а у остальныхъ больныхъ произведено удаленіе придатка; изъ послѣднихъ 67 больныхъ были оперированы а froid и 33 въ остромъ стадіи, возможно рано,—только 2 черезъ 48 час., 3—черезъ 40—45, 8—черезъ 20—36, и остальные—черезъ 3, 4, 5, 8, 10 и 12 час. Этой ранней операціи К. и приписываетъ улучшеніе своихъ итоговъ, а потому выступаетъ рѣшительнымъ защитникомъ ея. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 16 августа).

643. Д-ръ Brewitt на основаніи наблюденій изъ клиники проф. Körte говорить объ отдаленныхъ послѣдствіяхъ осложненныхъ переломовъ черепа. Наблюдалось 72 случая. Въ 42-хъ не было поврежденія мозга и его оболочекъ, въ 30—было. Большинство больныхъ были въ возрастѣ 16—40 л.; 65 изъ нихъ было мужчинъ, 7 женщинъ. 10 умерли отъ тяжелого раненія; 62 выжили; изъ нихъ прослѣжены 55. Способъ леченія: обнаженіе костной раны и, по возможности, немедленное закрытіе костной недостатчи. Разумѣется, послѣдній способъ допустимъ только въ

мозга съ истечениемъ мозговой жидкости. Расширяютъ рану, осматриваютъ мѣсто перелома, удаляютъ частицы инородныхъ тѣлъ и волоса, обравниваютъ края костной недостатчи и приподнимаютъ оставшіеся въ связи вдавленные участки. Всѣ костные осколки очищаютъ отъ приставшей къ нимъ грязи марлей, промываютъ, и держатъ въ тепломъ солевомъ растворѣ. Твердую оболочку обмываютъ горячимъ (45°) растворомъ соли; небольшіе надрывы ея зашиваютъ cat-gut'омъ, но для оттока отдѣляемаго подводятъ подъ твердую оболочку узкую полоску protectiv'a, который не прилипаетъ къ ранѣ и при гладкомъ заживленіи легко можетъ быть удаленъ черезъ нѣсколько дней. Тщательная остановка кровотечения — непрѣмное условіе гладкаго заживленія. Кровотечение изъ пазухъ останавливаютъ швомъ или тампонадой. Затѣмъ костные осколки укладываютъ въ видѣ мозаики. Нѣтъ необходимости, чтобы эти осколки лежали непрѣмно на уровнѣ неповрежденныхъ костей. Края костной раны, по возможности, закрываютъ сохранившейся надкостницей. Въ уголъ раны вводятъ полоску protectiv'a или іодоформной марли. Наружную рану зашиваютъ, благодаря чему укорачивается срокъ заживленія и хорошо приживаются пересаженные кусочки кости. Изъ 36 случаевъ подобнаго закрытія раны въ 28 получилось гладкое заживленіе и полное закрытіе костной недостатчи безъ вдавленія, въ 4-хъ — незначительное вдавленіе, въ 2-хъ сильное вдавленіе, въ 2-хъ — выдѣленіе омертвѣвшей (одной) косточки (остальныя прижили). Въ 4-хъ случаяхъ примѣнена была вторичная пластика; въ 30 — заживленіе открытое съ образованіемъ костной недостатчи. Изъ 38 больныхъ 1-ой группы прослѣжены нѣсколько лѣтъ 28 (8 ушли изъ-подъ наблюденія, 2 умерли); изъ нихъ 24 выздоровѣли вполне, у 2-хъ получились легкія расстройства, у 2-хъ — тяжкія (полная потеря работоспособности). Изъ 4-хъ больныхъ 2-ой группы 3 вполне выздоровѣли, у 1 развились тяжкія расстройства. Изъ 13 больныхъ 3-ей группы (8 умерли, 9 ускользнули изъ-подъ наблюденія), 9 выздоровѣли вполне, у 2-хъ развились легкія а у 2-хъ тяжелыя расстройства. Выводъ: *немедленное закрытіе костной недостатчи въ свѣжихъ случаяхъ костной пластикой даетъ лучшіе результаты, чѣмъ открытый способъ лѣченія* (Archiv für klin. Chirurgie, т. LXXIX). Б. Ф.—нз.

644. Проф. Кёнигъ разбираетъ очень важный для практическихъ врачей вопросъ объ оперативномъ лѣченіи *бугорчатки реберъ и грудины*. Матеріалъ автора обнимаетъ 110 случаевъ. Въ 93 поражены были ребра, въ 17 — грудина. 60 больныхъ были мужчины, 50 — женщины; большинство были въ возрастѣ 20—40 л. Съ патолого-анатомической стороны заболѣваніе это отличается отъ заболѣванія другихъ частей скелета участіемъ надкостницы, какъ первичнаго гнѣзда заболѣванія; преимущественно заболѣваютъ участки на границѣ кости съ хрящемъ. Относительно часто наступаетъ произвольный переломъ (9 случаевъ). У 60 больныхъ наблюдалась бугорчатка и въ другихъ органахъ (въ легкихъ, кожѣ, железахъ, почкахъ, яичкѣ). Въ 4-хъ случаяхъ причиною бугорчатки реберъ была травма. Расположеніе натежныхъ нарывовъ на передней, задней и боковой сторонѣ груди можно выразить слѣдующимъ отношеніемъ цифръ 77:20:13. Чаще всего поражаются 5—10-ое ребра, очень рѣдко — 1-ое, 11-ое и 12-ое. Произвольное излѣченіе наступаетъ очень рѣдко. Опасность общей бугорчатки, истощенія, смѣшаннаго зараженія весьма велика. Необходимо поэтому оперативное лѣченіе (помимо, конечно, общаго укрѣпляющаго). Коренная операція излѣчиваетъ даже больныхъ съ бугорчаткоювыми поражениями другихъ органовъ, въ которыхъ воспаленіе затихаетъ, и даже больныхъ съ вторичнымъ поражениемъ почекъ, селезенки, печени (набуханіе, начинающийся амилоидъ). Операція состоитъ въ основательномъ удаленіи всей пораженной бугорчаткою ткани. Нормальный способъ — иссѣченіе больныхъ реберъ. Изъ 110 оперированныхъ 4 умерли (распространенная бугорчатка, воспаленіе легкихъ, просовидная бугорчатка). Изъ остальныхъ 106 у 22-хъ операція не была коренной (простой разрѣзъ и выскабливаніе). Изъ этихъ 22 у 11 наступило полное выздоровленіе, 11 — остались со свищемъ. Изъ 84 оперированныхъ кореннымъ способомъ у 62-хъ наступило пол-

ное выздоровленіе; судьба остальныхъ 22-хъ, выписавшихся изъ клиники съ незажившей раной, не прослѣжена. Бугорчатковую опухоль реберъ нужно удалять, какъ новообразование. Полное удаленіе всѣхъ пораженныхъ бугорчаткою тканей — основное условіе выздоровленія. Ребро или ребра нужно иссѣкать непрѣмно въ здоровыхъ частяхъ. Операція трудна, если наружный свищъ лежитъ далеко отъ начальнаго очага; нужно прослѣдить свищъ, который иногда открывается въ большую полость, лежащую позади ребра, и иссѣчь послѣднее. У женщинъ приходится отскалывать грудную железу и, если она пронизана свищами, то даже удалять ее (1 случай автора). Операція технически очень трудна, если приходится иссѣкать 1-ое и 2-ое ребра и грудино-ключичное сочлененіе. Относительно частое осложненіе (5 случаевъ) — раненіе плевры, менѣе частое (2 случая) — раненіе околосердечной сумки (дурныхъ послѣдствій не было; отверстие закрыто швомъ) (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXIX). Б. Финкельштейн.

**Физиотерапія.** 645. Д-ра Baldes, Heichelheim и Metzger (Frankfurt a/M) изучали *вліяніе значительныхъ мышечныхъ напряженій на кровообращеніе, почки и нервную систему*. Они изслѣдовали 12 участниковъ пѣшеходнаго состязанія до и послѣ бѣга. Каждый изъ участниковъ прошелъ безъ отдыха 100 км., при чемъ всѣ, за исключеніемъ 1, во время пути питались безубойной пищей и не принимали спиртныхъ напитковъ. Только у 1 до состязанія имѣлось незначительное количество бѣла въ мочѣ, не содержавшей цилиндровъ. Послѣ состязанія у всѣхъ былъ найденъ бѣлокъ въ мочѣ, начиная отъ небольшихъ слѣдовъ его до  $1\frac{1}{2}$  на тысячу по Esbach'у; у 4-хъ въ мочѣ было дов. много крови; уд. в. мочи у всѣхъ былъ высокій, а при микроскопическомъ изслѣдованіи у 9 оказались зернистые, стекловидные и эпителиальные цилиндры, красныя кровяныя шарики и почечный эпителий. Словомъ, данныя изслѣдованія мочи соотвѣтствовали у большинства острому воспаленію почекъ. Опредѣленіе размѣровъ сердца у всѣхъ изслѣдованныхъ установило несомнѣнное расширеніе его послѣ состязанія; пульсъ былъ учащенъ, а кровяное давленіе понижено. Измѣненія вѣса со стороны нервной системы выразились въ ослабленіи рефлексовъ сухожилій у 8 изъ состязавшихся и исчезновеніи ихъ у 1; у 3 остальныхъ они остались неизмѣненными. Что касается общаго состоянія участвовавшихъ въ состязаніи, то оно было дов. удовлетворительно; помимо усталости, никакихъ особыхъ расстройствъ авт. не отмѣчаютъ; только у 1 изъ состязавшихся наблюдался обморокъ, который, однако, быстро прошелъ. 3-ое изъ участниковъ состязанія были изслѣдованы черезъ 3 дня послѣ него, и все у нихъ опять оказалось въ нормальномъ состояніи (Münchener medic. Wochenschrift, № 38).

А. Коарекій.

646. Д-ра E. Benjamin и A. v. Reuss (Вѣна) изучали *вліяніе x-лучей на обменъ веществъ*. Опыты производились надъ собакой и заключались въ слѣдующемъ. Въ теченіи 12 дней животное доведено было до состоянія азотистаго равновѣсія, а затѣмъ однократно подвергнуто дѣйствію x-лучей. Черезъ недѣлю сеансъ было повторено съ примѣненіемъ большаго количества лучей. Результаты опыта сводятся къ слѣдующему: Организмъ отвѣчалъ на сильное дѣйствіе Roentgen'овскихъ лучей не очень значительнымъ увеличеніемъ выдѣленія азота, при чемъ увеличеніе это падаетъ главнымъ образомъ на долю основнаго азота. Увеличенное выдѣленіе азота начинается тотчасъ-же вслѣдъ за дѣйствіемъ x-лучей и держится нѣсколько дней, а затѣмъ количество азота опять падаетъ до нормы. Одновременно съ этимъ быстро увеличивается выдѣленіе фосфорнокислыхъ солей, но увеличеніе это скоро выравнивается, а затѣмъ дов. продолжительное время количество фосфатовъ бываетъ уменьшено. Въ виду того, что одновременно съ этими измѣненіями обмена наблюдается переходящій лейкоцитозъ, быстрое разрушеніе лимфоидной ткани, появленіе и быстрое исчезновеніе холина въ крови, авт. полагаютъ, что разрушающее дѣйствіе x-лучей прежде всего направляется на лецитины и родственныя имъ вещества. (Лецитины, какъ извѣстно, представляютъ соединенія холина, глицеринфосфорной кислоты и жирныхъ кислотъ) (Münchener medicinische Wochenschrift, № 38). А. Коарекій.

647. Д-ра *E. Schreiber* и *H. Hermann* изучали действие света отъ ртутно-кварцевой лампы, изготовленной фирмой *Härdus*. Они могли подтвердить исследования *Feldmann*'а и *Kröhne*, что светъ этой лампы имѣетъ бактерицидное свойство. Подъ влияніемъ 20—30-минутнаго освѣщенія различнаго рода микроорганизмы погибаютъ. Авт. далѣе могли установить, что бактерицидное дѣйствіе не обусловлено ни повышеніемъ температуры, ни влияніемъ озона, образующагося подъ влияніемъ свѣта лампы въ значительномъ количествѣ. Опыты надъ терапевтическимъ дѣйствіемъ свѣта ртутно-кварцевой лампы (*Quecksilberquartzglaslampe*) показали, что примѣненіе ея приноситъ пользу при поверхностныхъ пораженіяхъ кожи. На основаніи своего опыта авторы, согласно съ *Krottauer*'омъ и *Axmann*'омъ, считаютъ примѣненіе этого способа лѣченія показаннымъ при слѣдующихъ заболѣваніяхъ: поверхностныхъ формахъ волчанки и канкеридахъ, лишаяхъ, въ особенности хроническихъ, аспе, различныхъ формахъ родимыхъ пятенъ, сикозѣ, плѣшивости всякаго рода. Отрицательную сторону ртутной лампы составляетъ именно ея слишкомъ поверхностное дѣйствіе. Что касается продолжительности освѣщенія, то его слѣдуетъ соотносить съ характеромъ случая, и у автора она колебалась отъ нѣсколькихъ секундъ до 20 мин., а въ большинствѣ случаевъ сеансы продолжались около 5 мин. Такъ какъ очень часто болѣзненные измѣненія излѣчиваются въ теченіи нѣсколькихъ сеансовъ по 5 мин., то трудно допустить, чтобы дѣйствіе лучей зависѣло отъ ихъ бактерициднаго дѣйствія; вѣроятнѣе всего, здѣсь имѣется дѣло съ чисто химическими измѣненіями, обусловливаемыми дѣйствіемъ свѣта (*Münchener medicinische Wochenschrift*, № 39).

А. Коварскій.

**Глазные болѣзни.** 648. Д-ръ *Авербахъ* наблюдалъ 2 случая первичной бугорчатки соединительной оболочки.

1. У 10-лѣтней дѣвочки съ припухшими вѣками и слизистогнойнымъ выделеніемъ найдена была на нижнемъ вѣкѣ праваго глаза плоская язва съ неровными, слегка подрытыми краями и бурно-сальнымъ дномъ, устьянимъ полупрозрачными сѣроватыми узелками. Язва занимала 2 среднія четверти соединительной оболочки, отдѣляясь отъ свободнаго края вѣка, какъ и отъ свода, узкимъ мостикомъ нормальной на видъ соединительной оболочки. Такая-же язва, лишь нѣсколько меньшихъ размѣровъ, обнаружена была и на нижнемъ вѣкѣ лѣваго глаза, гдѣ она поимѣшалась во внутренней части соединительной оболочки, захватывая свободный край вѣка нѣсколько поглубже. Исслѣдованіе носа показало въ передней части лѣвой полости нѣсколько язвъ, расположенныхъ на двѣ полости, носовой перегородкѣ и крылѣ носа и походившихъ по своему виду на язвы соединительной оболочки; правая полость носа была здорова. Предшущія лимфатическія железы были нѣсколько увеличены и болѣзненны при давленіи. Въ общемъ состояніи больной, какъ и во всѣхъ ея внутреннихъ органахъ, ничего ненормальнаго не оказалось; не получено было также и никакихъ указаній на существованіе наследственныхъ болѣзней въ семьѣ. По словамъ матери, болѣзнь началась 1½ — 2 года назадъ, послѣ удара, полученнаго дѣвочкой по правому глазу. Послѣдній сталъ болѣть и гноиться, не поддаваясь лѣченію, а затѣмъ заболѣлъ и лѣвый глазъ. Микроскопическое изслѣдованіе зернистой массы, соскобленной острой ложечкой съ поверхности обѣихъ язвъ, обнаружило характерное строеніе бугорка и наличность *Koch*'овскихъ палочекъ, а у морской свинки, погибшей черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ впрыскиванія этой массы въ брюшную полость, обнаружена была общая бугорчатка внутреннихъ органовъ. Предпринятое лѣченіе, помимо 2-кратнаго выскабливанія язвъ острой ложечкой, состояло въ нѣсколькихъ прижиганіяхъ 2%-мъ растворомъ адскаго камня, втираніи въ пораженную соединительную оболочку порошка айрола и смазыванія язвъ черезъ день феноксиаломъ (сплавомъ кристаллической карболовой и салициловой кислотъ въ безводномъ глицеринѣ); внутрь дѣвочка все время получала гуаяколъ. Черезъ недѣлю отдѣленіе прекратилось, и лимфатическія железы едва прощупывались, потомъ и язвы стали очищаться и рубцеваться съ краевъ, а черезъ 3 мѣс. излѣвленіе на лѣвомъ глазу совершенно зарубцевалось, на правомъ-же оставался еще небольшой участокъ съ нѣсколькими бархатистымъ видомъ.

2. У годовалой дѣвочки на нижнемъ вѣкѣ сильно гноившагося праваго глаза, во внутренней части соединительной оболочки, обнаружена была язва, съ серебрянымъ пятнышкомъ, захватившая и поверхностные слои хряща и доходившая почти до самаго края вѣка. Края язвы были нѣсколько подрыты и мягкіе, а дно, слегка сальное, было покрыто мелкими полупрозрачными красноватыми узелками и разроженіями. Предшущая лимфатическая железа была въ незначительной степени пропитана, другихъ-же болѣзненныхъ явленій ни въ лѣвомъ глазу, ни въ полости носа, ни во внутреннихъ органахъ ребенка найдено не

ко мѣсяцевъ. Указаній на бугорчатковую или сифилитическую наследственность добыть не удалось. Исслѣдованіе язвенной ткани подъ микроскопомъ показало характерные бугорки (*Koch*'овскихъ палочекъ не было найдено), а впрыскиваніе этой ткани въ брюшную полость морской свинки привело въ нѣсколько недѣль къ гибели свинки, при чемъ вскрытіе обнаружало бугорчатку брюшныхъ органовъ и небольшія количества *Koch*'овскихъ палочекъ въ мазкахъ изъ этихъ органовъ. Лѣченіе глаза заключалось въ первые дни въ прижиганіи 2%-мъ растворомъ адскаго камня, а затѣмъ, когда отдѣленіе прекратилось, язва была выскоблена острой ложечкой, а дно ея, какъ и края, прижжены гальванокаутеромъ. Черезъ нѣсколько дней ребенокъ могъ быть выписанъ изъ больницы, послѣ чего въ теченіи 2-хъ недѣль язва присыпалась іодоформомъ, и на глаза накладывалась повязка; потомъ назначено было впусканіе въ глазъ 8%-ой айроловой мази, 3 раза въ день, а къ концу 2-го мѣсяца лѣченіе было совершенно прекращено: на мѣстѣ язвы образовался плотный рубецъ среди нормальныхъ тканей.

Слѣдуетъ замѣтить, что полной увѣренности въ дѣйствительномъ отсутствіи бугорчатки внутреннихъ органовъ отрицательные результаты клиническаго изслѣдованія дать не могутъ; такъ въ случаѣ *Armaignac*'а (1897 г.) совершенно здоровый на видъ молодой человѣкъ, черезъ годъ послѣ полного излѣченія бугорчатки вѣкъ, погибъ отъ бугорчатки легкихъ и гортани. Но, что первичная бугорчатка соединительной оболочки возможна, видно изъ описанныхъ въ литературѣ случаевъ, гдѣ больные, излѣчившіеся отъ бугорчатки соединительной оболочки, спустя нѣсколько лѣтъ оставались по прежнему здоровыми, главнымъ-же образомъ изъ случая *Haemers*'а (1900 г.), гдѣ у ребенка, страдавшаго бугорчаткой соединительной оболочки и умершаго отъ случайнаго заболѣванія, отсутствіе бугорчатки въ тѣлѣ подтверждено было и вскрытіемъ трупа (Вѣстникъ офтальмологіи, май и июнь).

Р. Кауф.

649. Д-ръ *Valude* сообщаетъ случай конического выпячиванія роговой оболочки (*keratoconus*) во время беременности. Продолжительное употребленіе суживающихъ зрачекъ средствъ при внутреннихъ приѣмахъ солей кальція оказало хорошее дѣйствіе (*Rivista italiana di ottalmol.*; февраль 1905; Вѣстн. офт., май и июнь).

Р. Кауф.

650. Д-ръ *P. Cohn* (Mannheim) видѣлъ большую пользу отъ гетолоа въ 2-хъ случаяхъ межуточного воспаленія роговой оболочки. Въ 1-мъ случаѣ рѣзкое улучшеніе отъ гетолоа наступило въ острой ступени болѣзни, во 2-мъ—въ подострой.

1. 25-лѣтній портной, перенесшій 3 года назадъ паренхиматозный кератитъ на лѣвомъ глазу, на которомъ послѣ 6 мѣс. лѣченія сохранилась лишь способность считать пальцы съ разстоянія 5 метровъ, заболѣлъ той-же болѣзнью и на правый глазъ. Не смотря на раннее примѣненіе атропина, роговица съ каждымъ днемъ стала все больше и больше мутнѣть, на радужной оболочкѣ появились заднія сращения, и острота зрѣнія въ 1 недѣлю понизилась съ  $\frac{1}{4}$  до  $\frac{1}{32}$  (примѣнялось-ли одновременно и общее лѣченіе у этого больного, представлявшаго явные признаки наследственнаго сифилиса, въ приводимой выдержкѣ изъ статьи автора не упоминается. *Ред.*). Тогда авт. рѣшился испробовать лѣченіе гетоломъ, но не въ видѣ впрыскиванія подъ соединительную оболочку, а просто въ видѣ вкапыванія за вѣки, взявъ для этого 1%-ный растворъ гетолоа съ прибавкой 10%-го же раствора кокаина въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли. Вкапываніе, не смотря на кокаинъ, причинило нѣкоторую боль; но уже на 3-ій день зрачекъ отъ атропина сдѣлался вполне широкимъ и круглымъ, а роговица очистилась настолько, что острота зрѣнія поднялась до  $\frac{1}{8}$ . Внутренне были 3 капли гетолоа, и назначена бутылка *Ronselego*. Черезъ 2 дня примѣненіе атропина было прекращено, а гетолъ стали вкапывать по 1 разу ежедневно. Состояніе глаза продолжало улучшаться, и къ концу мѣсяца лѣченія на роговицѣ не осталось ни одного пятнышка.—Попытка улучшить зрѣніе при помощи гетолоа и на лѣвомъ глазу особеннымъ успѣхомъ не увѣнчалась: зрѣніе поднялось лишь до  $\frac{1}{16}$ .

2. 17-лѣтняя блѣдная дѣвушка, съ лучистыми рубцами у угловъ рта, съ годъ назадъ перенесла воспаленіе роговой оболочки на правомъ глазу, дивившееся около 3 мѣс. и оставившее обширныя пятна съ острой зрѣнія въ  $\frac{1}{16}$ , и уже болѣе мѣсяца лѣчилась отъ паренхиматознаго воспаленія роговой оболочки лѣваго глаза, коимъ она считала лишь пальцы съ разстоянія 2½ метровъ. Отъ вкапыванія гетолоа зрѣніе лѣваго глаза поднялось черезъ 3 дня до счета пальцевъ съ 4 метровъ, черезъ 5 дней—до  $\frac{1}{8}$ , а черезъ 12—до  $\frac{1}{16}$  (*Münchener medicin. Wochenschr.*, 25; *Woch. f. Ther. u. Hyg. des Auges*, 28 июня).

Р. Кауф.

651. Д-ръ *Apetz* сообщаетъ случай симметрическаго омертвѣнія на всѣхъ вѣкахъ послѣ пораненія лба.

1½-лѣтняя дѣвочка упала на улицѣ и получила на лѣвой сторонѣ лба незначительную кожную рану, склѣнвшуюся на другой день безъ особыхъ явленій раздраженія окружающей кожи. 4 дня спустя надъ переносицей появилась лѣвая омертвѣвшая

пропитанныхъ, началось омертвѣніе кожи и подкожной кѣтки до волоконъ круговой мышцы. Въ слѣдующіе дни недоста- на вѣкахъ нѣсколько увеличилась; образовались язвы съ жел- то-ватого салынного налетомъ и подрытыми краями. Тѣмъ временемъ въ припухлости надъ переносицей показалося зѣбленіе, и она была вскрыта широкимъ разрезомъ, а на вѣки наложена была обеззараживающая *Priessnitz's* повязка, подъ постояннымъ влияніемъ которой стали постепенно заживать омертвѣвшія мѣ- ста, оставившія послѣ себя по истеченіи 2 мѣс. слегка лучистые рубцы безъ заворота и смѣщенія рѣсницъ. Бактеріологическое изслѣдованіе гноя изъ нарыва на лбу, какъ и изъ язвъ на вѣ- кахъ обнаружило чистыя разведения гноероднаго пѣпкока (Mün- chener med. Wochenschr., 19; Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges, 28 июня). *Р. Кацъ.*

**Дѣтскія болѣзни.** 652. Хорошіе результаты, получен- ные д-рами *Poynton*омъ и *Variot* при дѣтскомъ невареніи отъ прибавленія лимоннокислаго натрія къ молоку (см. выше, № 43, стр. 1351), побудили д-ра *Shaw*'а продолжить эти наблюденія. Авт. разбавлялъ коровье молоко водой соотвѣтственно возрасту дѣтей. Лимоннокислый натрѣ онъ даетъ въ водномъ растворѣ, такъ чтобы чайная лож- ка содержала 0,65 этой соли. На 30 грм. молока онъ прибавляетъ 0,06 воднаго раствора лимоннокислаго нат- рія; при сильной рвотѣ авт. прибавлялъ 0,2 лимонноки- слаго натрія къ тому-же самому количеству молока, что не измѣняло вовсе вкуса молока. У 22-хъ дѣтей съ раз- стройствами пищеваренія (рвота, диспептические испраж- ненія, паденіе въ вѣсѣ и т. п.) авт. получилъ очень хоро- шіе результаты отъ прибавленія къ коровьему молоку упо- мянутой соли (*Archiv of Pediatrics*, мартъ; по передачѣ въ *Kronice lekarskiej*, 15 сентября). *С. Островскій.*

653. Д-ръ *Stevenson* (*Ulster*) сообщаетъ рѣдкій случай расщелины брюшной стѣнки, отличающійся къ тому-же успѣшно произведенной операціей во время 3-го часа жизни новорожденнаго.

Недоношенная, 7—8-мѣсячная дѣвочка имѣла отверстіе въ брюшной стѣнкѣ, въ 1—2 дюйма длиной, черезъ которое выпа- ли толстыя кишки и часть тонкихъ. На пупочномъ канатикѣ была замѣтна рѣзкая граница на мѣстѣ долженствовавшаго бытъ соединенія съ кожей. Справа отъ пуповины, соединяясь съ нею студенистой массой, помѣщалось *Meckel*'ево расширеніе, имѣвшее отверстіе и отходившее отъ тонкой кишки въ 3-хъ дюймахъ отъ толстой. Дивертикулъ былъ удаленъ вмѣстѣ съ ос- татками студенистой ткани; внутренности орошены соевымъ растворомъ и вправлены послѣ расширенія разреза кишу; щель закрыта въ глубинѣ непрерывнымъ, въ верхнихъ слояхъ— узловатыми швами; остатокъ пупочнаго канатика укрѣпленъ въ верхнемъ концѣ раны. Черезъ 4 часа послѣ операціи ребенокъ получилъ разбавленное молоко. На 5-й день швы сняты; кра- я раны спаялись. Однако, ребенокъ умеръ на 8-й день послѣ по- явившейся на 6-ую сутки желтухи, глинистыхъ испраженій и пятенъ пурпуры на ногахъ (*The British Medical Journal*, 4 ав- густа). *Л. Старокадомскій.*

**Болѣзни носа, горла и уха.** 654. Въ статьѣ, посвя- щенной язычной миндалины, *Duchesne* разбираетъ строе- ніе, физиологическую роль и патологию этого органа. На- равнѣ съ прочими миндалинами, и язычная можетъ не только самостоятельно подвергаться различнымъ воспали- тельнымъ заболѣваніямъ (*amygdalitis catarrhal.*, *phlegmo- posa* и т. д.), но часто раздѣляетъ судьбу другихъ минда- линъ и въ томъ, что сочувственно заболѣваетъ при раз- ныхъ заразныхъ болѣзняхъ (кори, скарлатинѣ и пр.). Въ отличіе отъ другихъ миндалинъ, которыя гипертрофи- руются обыкновенно въ дѣтскомъ возрастѣ, увеличеніе язычной чаще наблюдается у взрослыхъ. Это наиболѣе частое заболѣваніе язычной миндалины авт. разбираетъ подробно со стороны клинической картины и лѣченія мирнаго и хирургическаго (*Annales de la Société médico- chirurg. de Liège*, 1906). *Л. Левинъ.*

655. *Eugen Hортманн* (изъ клиники *Siebenmann*'а въ *Basel*'ѣ) приводитъ обстоятельныя исторіи болѣзни 7 быв- шихъ подъ его наблюденіемъ больныхъ, страдавшихъ сильной тугоухостью или глухотой, въ основѣ которыхъ лежалъ наследственный сифилисъ. Характеръ основной болѣзни точно установленъ во всѣхъ случаяхъ какъ ана- мнестическими данными, такъ и цѣлымъ рядомъ призна- ковъ, не оставляющимъ сомнѣнія въ вѣрности распознава- ния. Наиболѣе часты и характерны были извѣстные при- знаки *Hutchinson*'овской триады (измѣненія зубовъ, парен- химатозный кератитъ), затѣмъ измѣненія формы черепа,

слизистыхъ оболочкахъ и пр. Съ своей стороны, и само по- раженіе слуха, дополняя собой *Hutchinson*'овскую триаду, своимъ типичнымъ проявленіемъ и теченіемъ являлось вѣскимъ доводомъ къ установленію сифилитической при- роды основного страданія. По характеру своему эти пора- женія слуха должны были быть отнесены къ нервнымъ. У большей части больныхъ одновременно наблюдались и субъективные шумы и головокруженіе. Лѣченіе оставалось безрезультатнымъ во всѣхъ случаяхъ. Тѣмъ не менѣе авт. настаиваетъ, чтобы въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ дѣтскомъ или юношескомъ возрастѣ наступаетъ двусторонняя туго- хость съ пониженіемъ костной проводимости и гдѣ въ то же время имѣются и другіе признаки, говорящіе за наслѣ- ственный сифилисъ, немедленно прибѣгать къ противоси- филитическому лѣченію—лучше всего ртутью—и такимъ образомъ спасти еще то небольшое отъ слуха, что можно спасти (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, т. LI, тетр. 1). *Л.*

## ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ  
и корреспонденци.

*LXXIX. Изъ Русскаго хирургическаго Общества  
Пирогова.*

(Засѣданіе 26 апрѣля).

Ч. пр. *В. А. Опель* показалъ 2-хъ больныхъ: 1) больного, 39 л., страдавшаго лѣтъ 12 затрудненіемъ дыханія, въ послѣдніе мѣ- сяцы рѣзко усилившимся, одышкой и потерей голоса. На левой голосовой связкѣ найдена опухоль бурнистая, разлитая, сидя- щая на широкомъ основаніи. Въ виду возникшаго подозрѣнія на ракъ предположено было сдѣлать частичное вылушеніе гор- тани. Но сначала произведена ларингофиссура при свѣщенной внизъ головой. Опухоль была удалена. Больной перенесъ операцію хорошо. Послѣоперационное теченіе благопріятное. Микроскопи- ческое изслѣдованіе кусочка удаленной опухоли обнаружило въ- что въ родѣ пахидерміи или, можетъ быть, это была самая началь- ная ступень раковаго процесса; не исключалась возможность, что опухоль развилась на почвѣ сифилиса. Назначенъ былъ JK; грануляціи исчезли, и больной поправился, при чемъ тембръ голоса у него значительно улучшился. 2-ой больной получилъ рану пугей въ лѣвую 1/3 лица съ поврежденіемъ *Highmore*'овой полости. Разъ 5—6 онъ былъ оперированъ по различнымъ спо- собамъ, но вслѣдствіе имѣвшейся недостачи жидкая пища постоян- но вытекала черезъ лѣвую ноздрю. Верхняя лѣвая челюсть была изсѣчена съ уничтоженіемъ пазухи со всей слизистой оболочкой, и недостача возмѣщена мягкимъ лоскутомъ, взятымъ со щеки. Полость зарубцевалась; теперь у входа въ нее видѣтся не- большая лишь пазуха.

*П. И. Бухманъ:* Было-ли продѣлано у 1-го больного въ на- чалѣ специфическое лѣченіе?

*Докладчикъ:* Оно было начато, но вскорѣ-же его пришлось оставить, ибо голосъ у больного сдѣлался еще хуже и ему стало очень трудно дышать.

*П. И. Бухманъ:* Ларингофиссура, какъ предварительный спо- собъ, сама по себѣ безвредна; при производствѣ ея приходится заботиться лишь о прилаживаніи краевъ раны. Въ этомъ случаѣ было-бы желательно предварительно взять изнутри гортани кусо- чекъ опухоли и изслѣдовать его микроскопически для установкѣ рас- познаванія. Мнѣ кажется, что въ представленныхъ Вами препара- тахъ имѣется типичная гранулема. Что касается JK, то онъ правда, способенъ былъ вызвать кратковременный отекъ голосо- вой щели; но, вѣдь, мы имѣемъ не мало сильно отвлекающихъ средствъ, которыя въ подобныхъ случаяхъ дѣйствуютъ очень хо- рошо. Я думаю, что съ операціей можно было-бы подождать, тѣмъ болѣе, что и JK послѣ операціи обнаружилъ извѣстное дѣйствіе.

*Докладчикъ:* Если-бы опухоль давала незначительное затруд- неніе въ дыханіи, я предпочелъ-бы, конечно, Ваше предложеніе. Но, когда больной задыхается, пробой съ специфическимъ лѣче- ніемъ можно рисковать потерять больного.

*П. И. Бухманъ:* Если оперировать при наличности живен- ныхъ показаній, можно рисковать оперировать массу сифили- тиковъ. Вѣдь, въ концѣ концовъ, Вы сдѣлали трахеотомию, кото- рой, въ случаѣ необходимости, Вы и могли-бы своевременно вос- пользоваться.

*С. П. Вертоградовъ:* Я думаю, что въ оцѣнкѣ этого случая Вы должны встрѣтить благопріятный отзывъ; но возводить въ методъ ларингофиссуру для примѣненія ея въ широкихъ размѣрахъ, это не встрѣтитъ, мнѣ кажется, сочувствія.

*Л. Г. Стушкей* сообщилъ о больномъ, который въ прошломъ



леймонией. На 50-ый день болезни появилась боль в правой подвздошной ямке. Распознано было нагноение брызжеечныхъ железъ. Опухоль помпчалась въ глубинѣ ямки. Она была вскрыта и открылась гнойникомъ, стѣнка котораго составляла нагноившаяся брызжеечная железа. Гной былъ удаленъ, и наступило излѣчение. Послѣдовательно развилось сведеніе въ тазобедренномъ суставѣ. Въ литературѣ не описано ни одного подобнаго случая, гдѣ излѣчение достигнуто было операцией.

Проф. П. Н. Турнера. *Genu valgum; еего патологія и леченіе* (см. выше, № 38, стр. 1169).

Ч. пр. А. Р. Войничъ-Сяноженскій: Какія показанія для ортопедическаго и оперативнаго лѣченія? Какой нуженъ срокъ для стѣны неподвижныхъ повязокъ? Не замѣняли-ли Вы гипсъ, напр., жидкимъ стекломъ?

Докладчикъ: Выборъ оперативнаго способа для каждаго отдѣльнаго случая—дѣло нелегкое, и въ этомъ отношеніи неоцѣнимыя услуги оказываетъ приборъ Röntgen'a. Если-бы у меня его отняли, я потерялъ-бы очень много въ установкѣ оперативнаго лѣченія. Срока для перемѣны повязокъ установить нельзя. Во всякомъ случаѣ часто ихъ мѣнять нѣтъ смысла; можно удерживать ихъ 3—4 недѣли. Къ жидкому стеклу у меня ангипатія; его восхваляютъ больше, чѣмъ нужно.

Ч. пр. В. Н. Гейнацъ: Какъ извѣстно, и послѣ остеопластическихъ операций больные приходятъ съ возвратами. Съ другой стороны, и безъ операций, подвергаясь общему лѣченію, больные избавлялись отъ искривленій. Поэтому должно быть обращено вниманіе и на общее противорахитическое лѣченіе, которое слѣдуетъ примѣнять одновременно.

Докладчикъ: Контингентъ нашихъ больныхъ—по преимуществу бѣднота, и возвраты у нихъ наблюдаются часто; но я рѣдко выпускаю ихъ изъ клиники безъ того, чтобы не защитить больной суставъ отъ всевозможныхъ вредныхъ вліяній.

Ч. пр. Н. Н. Петровъ: Не имѣтъ-ли операція decollement эпифиза тѣхъ недостатковъ, какъ Oxtou'овская операція?

Докладчикъ: Страхи по отношенію къ первой мнѣ кажутся преувеличенными.

С. П. Вертоградовъ: Составлять представленіе объ искривленіи конечностей на всемъ протяжении можно-было легче, если-бы обращать вниманіе на т. наз. Wolf'овы линіи отягощенія и направленія роста.

Докладчикъ: Рисунки сняты съ живыхъ; получить эти линіи не такъ-то легко, когда въ одинъ сеансъ приходится снять всего больного. Что касается самой теоріи Wolf'a, то я до сихъ поръ не могу понять ея исходнаго отправленія.

С. П. Вертоградовъ: Эти линіи надо разсматривать на протяжении всей конечности. Что касается быстрого наложенія повязокъ у дѣтей, то у нѣкоторыхъ замѣчалось при этомъ болѣзненные концы. Ваше предложеніе использовать всю упругость, а думаю, предупреждаетъ нѣкоторымъ образомъ травматизмъ связокъ.

Докладчикъ: Этапныя повязки у юношей обоюдоостры и крайне шекотливы. Поэтому я предпочитаю decollement.

Проф. Н. А. Вельяминовъ: Genu valgum имѣтъ въ основѣ своего развитія 2 причины: 1) нарушеніе статики и 2) почву скелета. Сообразно съ этимъ и слѣдуетъ востъ лѣченіе. Операція не показана тамъ, гдѣ еще процессъ тянется, а тамъ, гдѣ онъ уже законченъ. Какъ объяснить, что эти искривленія излѣчиваются?

Докладчикъ: Вопросъ объ излѣченіи искривленій ногъ—вопросъ рѣшенный, въ особенности по отношенію къ genu valgum, даже рѣзкихъ степеней.

Проф. Н. А. Вельяминовъ: Нарушеніе статики объясняется неправильнымъ питаніемъ мышцъ и связокъ. Въ виду этого ни оперативнымъ, ни ортопедическимъ путемъ нельзя излѣчить этихъ искривленій. Необходимо коренное измѣненіе всѣхъ условій жизненной обстановки.

Докладчикъ: Конечно, главное вниманіе слѣдуетъ сосредоточивать на послѣдовательномъ лѣченіи. Что касается меня, то я всѣхъ подобныхъ больныхъ выселилъ-бы, куда нужно. Тамъ не менѣе я не нахожу безполезнымъ тѣми или иными мѣрами устранять имѣющіяся искривленія.

П. И. Бухманъ: Съ какого возраста Вы начинаете примѣнять хирургическій способъ при искривленіяхъ подобнаго рода?

Докладчикъ: Во всѣхъ возрастахъ, при чѣмъ важную роль играетъ степень искривленія.

П. И. Бухманъ: Вмѣшиваться активно слѣдуетъ только послѣ 5—6 лѣтъ.

Докладчикъ: У дѣтей въ раннемъ возрастѣ слѣдуетъ вмѣшиваться въ самое началѣ.

П. И. Бухманъ: До 5—6 лѣтъ правило оставлять дѣтей безъ всякаго активнаго вмѣшательства, безъ этапныхъ повязокъ и кровяныхъ мѣропріятій.

Докладчикъ: Отъ активнаго вмѣшательства я никогда не отказываюсь.

Ч. пр. А. Р. Войничъ-Сяноженскій: Мнѣ кажется, слѣдуетъ болѣе точно разграничить показанія къ тому и другому способу лѣченія. Въ общихъ чертахъ можно, мнѣ кажется, формулировать ихъ такъ: послѣ 18 лѣтъ во всѣхъ рѣзкихъ случаяхъ, съ сильными искривленіемъ костей, не стоитъ возиться съ ортопедическими приемами; въ остальныхъ случаяхъ—ортопедическіе приемы. Но лучше возраста не ограничивать. Какого Вы мнѣнія о гипсовыхъ шарнирныхъ повязкахъ?

## LXXX. Изъ Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ.

(Засѣданіе 12 го октября).

М. Ө. Цитовичъ. *Бронхоскопія* (съ предьявленіемъ больного). Исслѣдованіе гортани и дыхательнаго горла производится 2-ми способами. Обыкновенно разсматриваютъ не самую гортань или дыхательное горло, а ихъ изображеніе въ зеркалѣ, помѣщенномъ въ зѣвъ изслѣдуемаго. Это—способъ «непрямого» изслѣдованія. Способъ простой и удобный, дающій хорошіе результаты при изслѣдованіи всего, находящагося надъ и между голосовыми связками. Ниже голосовыхъ связокъ при этомъ способѣ удается проникнуть лишь съ трудомъ. Належащая часть—гортань и дыхательное горло—очень удобно можно разсмотрѣть при помощи 2-го способа: «прямого» изслѣдованія. Способъ этотъ, изобрѣтенный Kirslein'омъ, состоитъ въ томъ, что изогнутая дугой отъ входа въ ротъ до гортани дыхательная трубка выпрямляется при помощи особаго шпателя Kirslein'a; при этомъ гортань становится доступной взгляду непосредственно сверху. Эта прямая ларингоскопія и послужила началомъ для прямой бронхоскопіи, получающей все большее и большее распространеніе. Прямая бронхоскопія, по Killian'у, представляетъ достоинство послѣдняго 10-лѣтія и опредѣляется изобрѣтеніемъ ея, какъ такой способъ изслѣдованія, при которомъ съ помощью длинныхъ трубчатыхъ зеркалъ съ подлежащимъ освѣщеніемъ осматриваютъ развѣтвленія бронхіальнаго ствола. Бронхоскопія можетъ быть а) верхняя, когда инструментъ вводится черезъ ротъ, per vias naturales, и б) нижняя, производимая черезъ трахеотомическое отверстіе. Въ общемъ Killianъ предпочитаетъ верхнюю бронхоскопію, пользуясь нижней лишь въ опредѣленныхъ случаяхъ: при диспнѣ, при тяжелыхъ осложненіяхъ со стороны легкихъ, при наличии постороннихъ тѣлъ, которыми можно при извлеченіи поранить гортань, и при нѣкоторыхъ другихъ обстоятельствахъ. Необходимые для бронхоскопіи инструменты распадаются на 3 группы. Къ 1-ой относятся освѣтители, изъ которыхъ нужно упомянуть лампу Kirslein-Killian'a, и электроскопъ Casper'a. Ко 2-ой нужно отнести трубчатые зеркала—бронхоскопы всевозможныхъ размѣровъ; для взрослыхъ—11 мм. въ діаметрѣ, для дѣтей—7; сюда же нужно отнести и шпатели для отдаленія языка и надгортанника. 3-ью группу составляютъ всевозможные щипцы и крючки для извлеченія инородныхъ тѣлъ, приборъ для высасыванія слизи изъ бронховъ, для дуванія хлороформа при операціи подъ наркозомъ, наконецъ, ватодержатели для коканнизации. Переходя къ техникѣ бронхоскопіи, докладчикъ отмѣтилъ, какъ предвѣрительное условіе, необходимость полной анестезіи дыхательныхъ путей. Эта послѣдняя обыкновенно легко достигается путемъ коканнизации, при чѣмъ примѣняется крѣпкій (20%) растворъ кокаина въ смѣси съ адреналиномъ 3—5 капель раствора (1:1000). (Самая техника бронхоскопіи (нижней) была показана присутствовавшимъ). Главнымъ показаніемъ для бронхоскопіи служитъ присутствіе въ дыхательныхъ путяхъ инородныхъ тѣлъ. Помимо этого, она оказываетъ большія услуги при цѣломъ рядѣ страданій: опухоляхъ передняго средостенія, гипертрофіи вилочковой железы (gl. thymus), аневризмѣ дуги аорты, ракъ верхней части пищевода, обезображеніи и сдавленіи дыхательнаго горла зобами. Въ одномъ изъ послѣднихъ отчетовъ ассистента Killian'a v. Eicken'a приведено 34 случая бронхоскопіи, изъ которыхъ въ 20 послѣдовало полное выздоровленіе, въ 6—видимое улучшеніе, въ остальныхъ улучшенія не наблюдалось вслѣдствіе того, что въ легкихъ развились послѣдовательныя страданія, вызванныя слишкомъ долгимъ пребываніемъ въ нихъ инородныхъ тѣлъ. Въ заключеніе докладчикъ привелъ 2 случая изъ своей практики въ клиникѣ горловыхъ, ушныхъ и носовыхъ болѣзней проф. Н. П. Симаковского въ В.-Медицинской Академіи, гдѣ онъ занимается и гдѣ бронхоскопія примѣняется широко. Въ 1-мъ случаѣ 3-лѣтняя дѣвочка вдохнула въ себя стѣмичко отъ подсолнечника, послѣ чего послѣдовало затрудненіе дыханія. Бронхоскопией подъ хлороформнымъ наркозомъ присутствія стѣмичка въ крупныхъ бронхахъ установить не удалось. Во 2-мъ случаѣ предполагалось присутствіе въ дыхательныхъ путяхъ косточки отъ слывы; вмѣсто этого, бронхоскопія обнаружила подвязочный полиппъ, который былъ раздавленъ при операціи, послѣ чего въ состояніи больной наступило видимое улучшеніе.

К. Н. Финке. *Случай бѣлокровія, успешно леченнаго лучами Roentgen'a* (съ предьявленіемъ больного). Докладчикъ показалъ больного, страдавшаго рѣзко выраженнымъ бѣлокровіемъ, котораго онъ пробовалъ лѣчить лучами Roentgen'a. Послѣ 100 сеансовъ лѣченія состояніе больного рѣзко улучшилось. Объективно улучшеніе это можно видѣть изъ слѣдующей таблицы:

	До лѣченія.	Послѣ лѣченія.
Многоядерныхъ бѣлыхъ тѣлецъ съ нейтральной зернистостью . . . . .	39,4%	73%
Міелоцитовъ . . . . .	14,8%	1%
Лимфоцитовъ . . . . .	3%	15,4%
Переходныхъ формъ . . . . .	31,6%	2,2%
Общее число бѣлыхъ тѣлецъ въ 1 к. м.м. . . . .	578185	8980

Нужно заметить, что успех лечения оказался также и на числѣ красныхъ кровяныхъ шариковъ, которое до лечения было ниже нормы, а послѣ почти дошло до нея.

Д. О. Крыловъ. Обь опредѣленіи кровяного давления по способу Н. С. Короткова. Докладчикъ, работая по звуковому способу Н. С. Короткова, отмѣтилъ его преимущества сравнительно съ прежними способами, напр. *Riva-Rossi*.

Проф. М. В. Яновскій замѣтилъ, что этотъ способъ чувствительнѣе другихъ и даетъ болѣе точные результаты, и обратилъ вниманіе на то, что онъ измѣряетъ динамическое давленіе дѣйствительное, а не статическое, на самомъ дѣлѣ не существующее.

Г. Флейшеръ.

### LXXXI. Изъ Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи.

(Товарищеская бесѣда 28-го октября).

Г. И. Дембо. Тюремные врачи. Тюремные врачи являются часто вольными или невольными участниками разстрѣловъ, повѣшеній, тѣлесныхъ наказаній и др. всякаго рода жестокостей надъ людьми. Ихъ обвиняютъ въ безсердечіи, некорректности, пренебреженіи къ своимъ обязанностямъ и т. д. Въ подтвержденіе этого докладчикъ приводитъ цѣлый рядъ газетныхъ статей и корреспонденцій. Между тѣмъ, дѣятельность тюремнаго врача могла-бы быть въ высшей степени благотворной: въ тюрьмѣ онъ является единственнымъ живымъ человѣкомъ въ «мертвомъ домѣ»; къ нему одному арестованный можетъ относиться съ довѣріемъ и ждать сердечнаго и мягкаго отношенія. На отвѣтственности тюремныхъ врачей лежитъ здоровье и жизнь очень многихъ людей. Они обязаны поэтому бороться со всѣми ненормальностями въ тюрьмахъ, какъ-то: плохая и недостаточная пища, антисанитарное состояніе тюремъ, развитіе въ нихъ заразныхъ заболѣваній и т. д. Тутъ-то невольно и возникаетъ вопросъ, какая часть вины падаетъ на врачей и какая на тѣ условия, въ которыхъ поставлена ихъ работа? Всѣ тюрьмы чрезвычайно переполнены, антигигиеничны; питаніе арестантовъ недостаточно: это—не тюрьмы, а морилки. Положеніе же тюремнаго врача по закону и въ особенности на практикѣ неопредѣленно; дѣятельность его пассивна: онъ можетъ только лечить заболѣвшихъ, но не предупреждать заболѣваній. Ходатайства объ улучшеніи въ положеніи заключенныхъ почти всегда отклоняются или оставляются безъ отвѣта. Такую-же судьбу постигло даже ходатайство VIII-го Пироговскаго Съезда передъ министромъ юстиціи о предоставленіи тюремнымъ врачамъ болѣе самостоятельнаго и независимаго положенія. Въ заключеніе докладчикъ привелъ рядъ случаевъ, подтверждающихъ безправное положеніе тюремныхъ врачей.

Во время преній выяснилось, что никакого законоположенія о тюремныхъ врачахъ нѣтъ, имѣется же лишь инструкция, что имъ поручается вести медицинскую сторону дѣла. Врачи связаны по рукамъ и ногамъ, съ одной стороны, врачебной инспекціей, съ другой—губернаторомъ и тюремной администраціей.

Въ заключеніе предложено было на одномъ изъ слѣдующихъ засѣданій освѣтить этотъ вопросъ съ правовой стороны.

М. Моравская.

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФІЯ.

*Bockenheimer und Frohse. Atlas typischer chirurgischer Operationen für Aerzte und Studierende. Jena. Изд. Gustav Fischer'a. 1906 г.*

Атласъ заключаетъ въ себѣ 50 большихъ таблицъ, изображающихъ отдѣльные акты различныхъ типичныхъ операцій. Представлены, по возможности, въ естественную величину слѣдующія операціи: горлощечіе (3 таблицы); *hemisplaniotomia* (2), операція грыжи по *Bassini* (5), перевязка подъязычной артеріи и изсѣченія языка (6), наложеніе желудочнаго свища (2), изсѣченіе гортани (5), изсѣченіе реберъ (1), вскрытіе гнойныхъ воспаленій клѣтчатки и сухожильныхъ влагалищъ на рукѣ (1), удаленіе почки (2), операція бедренной грыжи (2), изсѣченіе червеобразнаго отростка (3), чрезплевральное чревощечіе (1), операція на мочевыхъ путяхъ и предстательной желѣзѣ (3), операція при гнойномъ воспаленіи клѣтчатки шеи, выскоке сѣчѣ мочевого пузыря, образованіе противоестественнаго задняго прохода, калового свища (по 1), *laminectomia* (2), переднее и заднее желудочно-кишечное соустье (4), операція на кишкахъ, считая и прямую (5), сердечный шовъ (1), операція на желчныхъ путяхъ (3), изсѣченіе зоба (2), сѣченіе пищевода, удаленіе грудной желѣзы и *Gasser*'ова узла (по 1).

Представлены исключительно тѣ способы операціи, которые применяются въ клиникѣ *Bермана*. Къ таблицамъ, изображающимъ ходъ операціи, приложено краткое описаніе, излагающее сущность операціи и рисунки нужные для каждой операціи инструментовъ. Бумага и печать роскошная. Рисунки на таблицахъ мѣстами схематичны, не смотря на все стараніе авторовъ придать имъ жизненность и точность въ воспроизведеніи отдѣльных актовъ операціи. Тѣмъ менѣе, для студента, для врача

даютъ большую цѣнность, ибо даютъ возможность быстро разобратся въ технику производства операціи и анатомическія подробности операціоннаго поля.

Б. Фикельштейнъ.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

ССХVI. М. Г.! Не откажите огласить слѣдующее заявленіе состоящей при Правленіи Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова Комиссіи по распространенію гигиеническихъ знаній въ народѣ.

Съѣздъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова, бывшій въ мартѣ 1905 г. (по борьбѣ съ холерой), признавалъ, что улучшеніе народнаго здоровья невозможно безъ кореннаго измѣненія всѣхъ условій народной жизни въ указанномъ имъ направленіи, и высказался за необходимость распространенія принятыхъ имъ революцій въ популярной формѣ среди широкихъ слоевъ населенія.

Задача эта настолько рѣзко выдвигается въ настоящее время жизнью, что выступаетъ на ряду съ преслѣдуемою Комиссіей задачей популяризаціи знаній гигиеническихъ. Не отказываясь и ранѣе выполнять порученія врачей по высылкѣ имъ требуемыхъ ими изданій общественно-политическаго характера, Комиссія рѣшила въ настоящее время развить возможно шире эту сторону своей дѣятельности и взять на себя выполненіе порученій какъ по высылкѣ, такъ и по выбору брошюръ и книжекъ (имѣющихся въ продажѣ) по равнаго рода общественнымъ, экономическимъ, правовымъ и политическимъ вопросамъ для образованія библиотечекъ при больницахъ, приемыхъ покаянъ, амбулаторіяхъ и т. п. Врачи, желающіе воспользоваться услугами Комиссіи, могутъ или присылать ей списокъ желаемыхъ изданій, или давать только общія указанія и опредѣлять направленіе требуемой литературы, а также сумму, какую они ассигнуютъ на библиотечку. Въ этомъ случаѣ Комиссія вводитъ въ сношенія съ соответствующими организациями, задающимися цѣлью оцѣнки и рекомендаціи популярной литературы.

Наконецъ, заказчики могутъ всецѣло предоставить Комиссіи и самый подборъ литературы. Для выполненія этого рода порученій Комиссіей образована особая группа.

Въ тѣхъ исключительныхъ случаяхъ, когда на приобрѣтеніи библиотечки мѣстныхъ средствъ не окажется совершенно, Комиссія надѣется разыскивать средства для ихъ бесплатной высылки.

Требованія слѣдуетъ адресовать въ контору Комиссіи: Москва, Суховская, д. 18, кв. 8.

Предсѣдатели Комиссіи по распространенію гигиеническихъ знаній въ народѣ А. Мошковъ. Секретарь В. Лебедевъ.

Москва. Октябрь, 1906 г.

ССХVII. М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующее заявление Комитета по оказанію помощи голодающимъ, состоящаго при Императорскомъ вольномъ экономическомъ Обществѣ.

Неурожай нынѣшняго года охватилъ около 30 губерній. Во многихъ изъ нихъ наступаетъ 2-ой голодный годъ, гораздо болѣе страшный и тяжелый, чѣмъ 1-ый, такъ какъ истощенное прошлагодовой голодовкой населеніе уже въ настоящее время совершенно лишено средствъ къ пропитанію.

Еще въ концѣ августа Комитету при вольномъ экономическомъ обществѣ его уполномоченные изъ наиболѣе пострадавшихъ губерній писали: «Все, что было собрано, съѣдено. Толпы женщинъ и дѣтей наполняютъ лѣса, собираютъ желуди, чтобы молоть и печь лепешки изъ желудевой муки». Присыланные изъ этихъ мѣстностей образчики желудевыхъ лѣбѣ и муки отвратительны на вкусъ и по виду, и жутко становится при мысли, что многія тысячи людей обречены, для избавленія голодной смерти, прибѣгать къ подобной пищѣ.

Какъ ни огромно бѣдствіе, переживаемое нашей измученной страной, какъ ни ничтожна передъ ними та помощь, которую могутъ осуществлять, при неблагоприятныхъ условіяхъ современной дѣятельности, общественныя организаціи, но и самая малая помощь необходима. Только общественныя организаціи могутъ привлечь къ дѣлу помощи голодающимъ тѣ средства, которыя иначе совершенно не будутъ использованы, только въ ихъ рукахъ это дѣло можетъ быть правильно поставлено на мѣстахъ; только онѣ могутъ объединить на этомъ дѣлѣ наиболѣе энергичные и живые элементы мѣстныхъ общественныхъ силъ.

Въ виду этого по примѣру прежнихъ голодныхъ лѣтъ при вольномъ экономическомъ Обществѣ и въ нынѣшнемъ году образовался Комитетъ по оказанію помощи голодающимъ, состоящій изъ представителей Общества и другихъ различныхъ общественныхъ организацій, который для развитія своей дѣятельности входитъ въ сношенія съ мѣстными общественными дѣятелями въ пострадавшихъ губерніяхъ.

Въ предстоящей ему огромной задачѣ—облегчить страданія голодающихъ массъ—Комитетъ прежде всего рассчитываетъ на общественную поддержку предпринимаго дѣла и обращается къ обществу съ горячимъ призывомъ о жертвованіяхъ и о непосредственномъ участіи въ оказаніи помощи на мѣстахъ.

рессу: *Петербург, Императорское вольное экономическое Общество, Забалканский, 33.*

О поступивших пожертвованиях Комитет публикует в газетах и в своих бюллетенях. Там же сообщаются сведения о его деятельности. По окончании продовольственной кампании будет составлен отчет, подлежащий ревизии вольного экономического Общества.

Жертвователи, желающие получать бюллетени Комитета и его отчеты, благоволят об этом сообщать.

Председатель Комитета *Л. Ю. Явейн.*

Казначей *А. М. Безбородов.*

Петербург. Октябрь 1906 г.

**ССХVIII. М. Г.!** Не откажите огласить следующий факт грубого произвола Валдайской земской Управы надъ служащими.

Мы, служащие Валдайской земской больницы: фельдшер-акушерка *А. О. Колесникова*, фельдшер *М. П. Грузнов*, фельдшер *В. Н. Курицын*, были уволены за просьбу о выдаче  $\frac{1}{4}$  ф. чая и 2-х ф. сахара на месяц сразу. В дежурные дни мы получали 1 золотник чая и 5 кусков сахара, мы же просили меньше ( $\frac{1}{4}$  ф. = 24 а.) и просили потому, что сиделка, ухаживавшая за тифозными больными, приносила чай и сахар прямо в руках, и мы таким образом рисковали заразиться брюшным тифом. В Валдайском уезде чай и выдается на руки на месяц. Просьбу свою мы подали 5/х 1905 г., 10 $\frac{1}{2}$  мѣс. назад, и уже совершенно забыли про нее, как вдруг 15/х 1906 г. все получаем бумагу такого содержания: «Усматривая из прошения Вашего, поданного земскому Собранию и передаваемого нам на распоряжение Управы, что Вы недовольны установленным земским Собранием продовольствием дежурных по больнице фельдшеров и коллективно требуете изменения такового, и, не находя с своей стороны никаких уважительных причин к изменению установленного порядка продовольствия, Управа считает дальнейшую Вашу службу в Валдайском Земстве, во избежание повторения подобных инцидентов, нежелательной, почему и предлагает Вам по получении сего подать в Управу заявление об оставлении Вами службы в Валдайской больнице с 1-го ноября сего года. Неполучение к 20-му числу от Вас прошения об увольнении от службы, в Земстве будет сочтено Управой за нежелание с Вашей стороны оставить службу добровольно. Председатель *А. Попов*».

Конечно, так как выше сообщенное причиной нашего увольнения служить не могло, то мы спросили о ней врача *Н. П. Орлова*, который поступил в Валдайскую больницу 2 мѣс. всего назад и с первого же дня начал к нам придирается, находя нас не подготовленными и пр., и даже сказал нам, что фельдшера и фельдшер-акушерка — лишние элементы в больнице, что они могут обойтись с дворником и сиделкой, и он заявил нам следующее: «Это я всех Вас увольняю; я решил это с первого же дня моей службы». При этом намешам доктор *В. Г. Сиркунов* мы служили — *А. Колесникова* 1 год и 9 мѣс.; фельдшер *М. Грузнов* 2 года, фельдшер *В. Курицын* 1 год 10 м. и имеем от него аттестат.

Таким образом, не смотря на то, что все мы — люди семейные и имеем детей, мы были выброшены председателем Управы *г. Поповым* на улицу без всяких средств, и даже жалованье выдали нам только за 15 дней октября<sup>1)</sup>.

Фельдшер-акушерка *А. Колесникова*. Ф-рь *В. Курицын*. Ф-рь *М. Грузнов*.

Валдай. 27-го октября 1906 г.

**ССХIX. М. Г.!** Не откажите поместить следующее постановление очередного Собрания Пензенского медицинского Общества от 24-го октября.

Заслушав сообщение *Е. А. Комыстинского* о постановке дела в психиатрическом отделении Пензенской губернской земской больницы и выяснив из прений, что положение в соматическом отделении не менее безотраднее, Пензенское медицинское Общество находит, что одной из причин неудовлетворительной постановки дела является единоличное управление Пензенской больницей и что только при коллегиальном управлении больниц, соединенном с общегубернскими съездами врачей, возможна правильная постановка медицинского дела в губернии.

Председатель *А. Генке.*

Секретарь *Е. Комыстинский.*

Пенза. 25-го октября 1906 г.

**ССХХ. М. Г.!** Не откажите дать место следующим строкам.

*Къ сестринию товарищей.*

В виду объявлений об освобождающихся местах в Кологривском Земстве, Костромской губ., товарищам небезынтересно будет узнать о причинах ухода со службы многих земских врачей. Вот эти причины.

<sup>1)</sup> Печатаем это письмо не без тайной надежды, что, быть может, грустная, безхитростная повесть угнетенных об испытываемой ими несправедливости разбудит, видимо, дремлющую совесть...

1) Последним земским Собранием был совершенно упразднен пункт правил санитарного Совета, по которому назначение и увольнение врачей производилось с согласия санитарного Совета. Таким образом судьба врачей в будущем ничем уже более не гарантировалась.

2) Все медицинские съезды земским Собранием были значительно урезаны против представленных врачами, между тем, как особого стеснения всемогущего бюджета от крестьянских, напр. неплатежей до сих пор не наблюдалось; да и количество земских сборов с крестьян составляет всего  $\frac{1}{8}$  или  $\frac{1}{4}$  общего, очень значительного — 250000 р., всемогущего бюджета.

3) Земское Собрание сократило врачам, окончившим курс меньше 3-х лет, жалованье с общего оклада в 1500 р. до 1200 р. Одного из врачей, имевшего при больнице бесплатную квартиру, лишило ее.

Кологривский уезд является одной из глухих местностей нашего отечества, с сквернейшими дорогами и обширными территориальными врачебными участками; он всегда нуждался во врачах. В тяжелое время русско-японской войны места врачей занимали окончившие курс российских и иностранных университетов, несдававшие государственного экзамена; некоторые из них служили уже Земству около 2-х лет и в настоящем году получили право (без сохранения жалованья) 2-месячного отпуска для держания экзаменов. В виду того, что последние затонули, отпуск необходимо было продолжить; но земская Управа на это не согласилась.

Из всего этого очевидно, что, когда врачи нужны Земству, Земство их держит и эксплуатирует, а когда нужда в них кончается, тогда их предоставляют или вовсе уходят со службы, или мирятся с новыми — уменьшенными — окладами.

Врач Парфеньевской больницы, Кологривского Земства

*А. Рейнольский.*

П. Парфеньев, Костромской губ. 27-го октября 1906 г.

## ХРОНИКА И МЕЛКИЕ ИЗВЕСТИЯ.

2052. От Совета старост В-Медицинской Академии, как сообщает «Око» (27 октября), поступило заявление о том, что 25-го октября начальник Академии просил приглашенных им представителей Совета старост передать студентам следующее: «Военный министр, ознакомившись с формой приветствия Совету рабочих депутатов, принятого Сходкой 20-го октября, полагает, что политическая часть этой резолюции приводит к представлению, что почти  $\frac{1}{2}$  студенчества не только революционного образа мыслей, но объявляет себя готовому содействовать революции. Такое положение не может быть терпимо в учебном заведении военного ведомства, каковым является В-Медицинская Академия, если резолюция Сходки верно рисует образ мыслей студентов». Далее начальник сообщил, что, если резолюция эта не будет взята обратно, то военный министр примет решительные меры. В чем будут заключаться эти меры, — неизвестно, ибо, по словам начальника, министр об этом еще не думал. Только же о полном раскассировании Академии, по заявлению начальника ее, ни на чем не основаны. 26-го октября начальник Академии заявил студентам следующее: «Я предоставил студентам Академии право собраться в течение времени от сего дня до субботы (28-го октября. *Ред.*) с тем, чтобы не позже 8 час. веч. в субботу я мог получить в руки резолюцию большинства студентов о том, подтверждает ли оно резолюцию Сходки, бывшей 20-го октября, или отрицает ее? Решение в ту или иную сторону необходимо для представления военному министру, который в случае отсутствия такого решения примет к Академии меры на основании политической части Сходки 20-го октября». Общестуденческая Сходка по этому вопросу, по словам «Рвчи» (28 октября), должна была состояться 30-го октября. Сходка эта, как сообщает «Рвч» (31 октября), 390 голосами приняла следующую резолюцию: «Общеакадемическая Сходка 30-го октября не находит никаких оснований для пересмотра резолюции от 20-го октября и высказывает твердое убеждение, что в настоящий момент нет причин для нарушения правильно текущей академической жизни». «Правая» предлагала Сходке отказаться от резолюции 20-го октября, признав ее выражением настроения отдельной группы студентов; но предложение ее было поддержано лишь 97 голосами.

2053. «Рвч» (29 октября) передает, что 28-го октября начальник В-Медицинской Академии проф. *А. Я. Данилевский* сообщил военному министру следующую резолюцию, принятую Конференцией Академии: «Конференция В-Медицинской Академии с глубоким сожалением узнала о резолюции, составленной на Сходке 20-го октября и вынесенной как-бы от имени всего студенчества Академии. Твердо держась постоянно проводимого взгляда, что высшие учебные заведения должны существовать для науки, а никоим образом не служить ареной для политики и революционной деятельности, Конференция единогласно высказывает свое порицание той части студентов, которая, желая вовлечь студенчество в политическую борьбу, легкомысленно подвергает опасности будущность Академии». Последняя газета добавляет, что этот акт...

министр остался очень доволен этой резолюцией». Общеакадемическая же Сходка студентов 30-го ноября ответила на нее, по словам «Ръчи» (30 октября), следующей резолюцией: «Общеакадемическая Сходка В-Медицинской Академии от 30-го октября, узнав о резолюции Конференции, вынесенной единогласно на ее заседании 27-го октября, считает совершенно безцельным давать на нее подробный ответ, зная, что в течение многих лет состав Конференции и ее отношение к студентам Академии».

2054. Канцелярия В-Медицинской Академии, как сообщает «Ръчъ» (1 ноября), обратилась к студентам 4-го курса, отказавшимся от сдачи каких бы то ни было переводных испытаний на 5-ый курс (см. выше, № 43, стр. 1357), со следующим заявлением: «Студенты 4-го курса приглашаются держать переводные испытания с 4-го на 5-ый курс в назначенные и объявленные Конференцией сроки. В противном случае студенты подвергнутся всем предусмотренным инструкцией последствиям».

2055. «Ръчъ» (1 ноября) сообщает, что распоряжением начальника В-Медицинской Академии студенческие столовые и клубы закрываются.

2056. При Казанском Университете открыта подписка для сбора пожертвований на учреждение при этом Университете стипендий имени покойного ректора его проф. Н. М. Любимова или на устройство при Университете начальной школы его имени для детей низших университетских служащих. Прием пожертвований с записью их в особую кватитационную книгу Советом Университета возложен на секретаря Совета М. А. Соловьева.

2057. «Оку» (25 октября) сообщают из Москвы, что 23-го октября в здании анатомического Института на Девичьем поле происходила Сходка студентов-медиков старших курсов. Сходка приняла резолюцию, выражающую недовольство по поводу реакционного образа действий ректора и Совета профессоров, закрывших Университет вопреки намерениям и желаниям огромного большинства студенчества. Сходка признала необходимым для студентов войти в соглашение с младшими преподавателями и выработать действительные меры охранения университетской автономии, попорченной ректором и Советом профессоров.

2058. Совет Московского Университета, как сообщают агентские телеграммы (от 25-го октября), решил открыть Университет 26-го октября. Деканом медицинского факультета избран проф. Д. Н. Зернов. Согласно телефонному сообщению из Москвы в «Оку» (26 октября), Совет Московского Университета постановил открыть Университет лишь после доклада А. А. Мануйлова об обращениях большинства студентов с просьбой сократить срок, на который был закрыт Университет, при чем Советом принята следующая формула постановления: «Совет Императорского Московского Университета, выслушав доклад ректора, признавая возможным сократить срок закрытия Университета, постановляет открыть его в четверг, 26-го октября».

2059. По сообщению «Русских Вѣдомостей» (27 октября), 26-го октября возобновились занятия в Московском Университете. Трудовой день прошел спокойно при значительном числе присутствовавших в аудиториях. Центральный университетский орган вывешивал в Университете следующее объявление: «Центральный университетский орган предлагает товарищам воздержаться от принятия тех или иных решений по поводу последних событий в Университете в предвидение созыва общей Сходки, которая предполагается в ближайшие дни».

2060. В «Русских Вѣдомостях» (25 октября) было помещено письмо центрального университетского органа Московского Университета, заявлявшего, что общая Сходка не выносила постановления об обструкции (см. письмо Е. Н. Трубецкого в № 43 «Русского Врача», стр. 1355). 26-го октября, как сообщают «Русские Вѣдомости» (28 октября), в 1-ый раз после перерыва занятий в Университете читали лекции ректор А. А. Мануйлов и кн. Е. Н. Трубецкой. Общ. лекции прошли в полном порядке. А. А. Мануйлов прямо приступил к изложению предмета, а проф. Е. Н. Трубецкой обратился к слушателям с речью, в которой разъяснил свое отношение к последним университетским событиям. Его осуждение решения общей Сходки произошло по недоразумению: он не знал, что общая Сходка не выносила постановления об обструкции. «Я радовался», сказал он, «что обструкция не исходила от всего студенчества; теперь же вижу, что к ней не причастна и общая Сходка. Последние разъяснения центрального университетского органа показывают, что и он—не сторонник стѣснения свободы; таким образом являлся общая почва, на которой можно столковаться». Далее, проф. Т. изложил историю тех мытарств, которые пришлось пережить Университету до тех пор, пока он не добился автономии в связи с историей своей собственной политической деятельности. Выяснив, что борьба еще не кончена, что «маленько все еще сильнѣе Университета», проф. Т. указал, что в средствах дальнейшей борьбы не может быть ничего насильственного, так как насиле было оружием противника. Для того, чтобы победить правительство, нужно лишь его нравственной опоры. Речь проф. Т. была покрыта дружными рукоплесканиями. В телеграммах из Москвы в «Оку» (28 октября) в общем содержание речи проф. Трубецкого передается так же, но отмечается, что проф. Т. при входе в аудиторию был встречен, с одной стороны, рукоплеска-

ниями части студентов, с другой—свистками и шиканьем, и что после его речи, когда стихли рукоплескания части студентов, один из неапплодировавших заявил от лица своих товарищей, что последние, воздержавшись от рукоплесканий, тем самым намерены выразить несочувствие и неодобрение профессору, на что последний довольно резко возразил, что «ни в одобрениях, ни в порицаниях он не нуждается и просит студентов в будущем время воздержаться как от той, так и от другой формы выражения своих мнений, чувств и настроений».

2061. Об обостренности отношений между центральным университетским органом и ректором Московского Университета свидетельствует, как справедливо отмечают «Русские Вѣдомости» (28 октября), следующее объявление ректора, вышедшее в Университет: «В четверг, 26-го октября, мною получено следующее заявление: «Г-ну ректору Московского Университета. Центральный университетский орган доводит до Вашего сведения, что на субботу, 28-го октября, в 6 час. веч. нмъ созывается общая Сходка в помещении нового здания Университета». Заявление не подписано. Подобный способ устройства Собраний является прямым нарушением установленных Советом правил, в силу которых мѣсто и время студенческих Собраний определяются его устройствами по соглашению с ректором или его помощником. Принимая, однако, во внимание потребность студенчества возможно скорее установить свое отношение к событиям, имѣвшим мѣсто в Университете в последнее время, я нахожу возможным допустить Сходку, назначенную на 28-го октября; но при этом считал необходимым предупредить, что впредь заявления о студенческих Собраниях, сдѣланные несогласно с правилами Совета, будут считаться недействительными».

2062. Состоявшаяся 28-го октября общая Сходка студентов Московского Университета была такая многочисленная, что не могла вмѣститься в одномъ помещении. Собравшиеся более 2000 студентов пришлось разбить на 3 группы и разбѣстись в 3-х аудиториях, где программа дня и обсуждалась каждой группой отдельно. В эту программу вошли вопросы о тактике студенчества, об отношении к «Русским Вѣдомостям» и к проф. Е. Н. Трубецкому. По 1-му вопросу обсуждалась следующая резолюция, предложенная центральным университетским органом и дополненная социал-демократической фракцией: «1) Общая Сходка, считаясь с резолюцией 15-го октября, категорически заявляет, что свобода слова и собраний (явочным порядком и без всякого контроля) есть принцип, необходимый для функционирования Университета, а что вѣдѣ этих свобод нормальная жизнь Университета прекращается и приведет к закрытию Университета самими студентами. 2) Общая Сходка заявляет, что закрытие Университета 18-го октября совершенно не вызывалось необходимостью и являлось вопиющим произволом со стороны университетской администрации, желающей воздѣйствовать на студентов путем угроз. Сходка заявляет, что подобный вызывающий образ действий со стороны профессоров по отношению к студенчеству крайне обостряет положение внутри Университета. По отношению к «Русским Вѣдомостям» одной из групп была принята следующая резолюция: «Принимая во внимание всю прошлую тактику «Русских Вѣдомостей» в университетском вопросе, особенно ярко проявившуюся во время последних событий, общая Сходка 28-го октября заявляет, что эта тактика всегда носила характер самой узкой и односторонней защиты профессорских мнений и взглядов. Сходка констатирует, что при отставлении этих взглядов «Русские Вѣдомости» позволяли себѣ прибѣгать и к неблагоприятным приемам, как искажение и заведомое затуманивание фактов, двусмысленные передачи, пристрастное освѣщеніе событий и т. д., и признает, что газета, не брезгающая такими приемами, отставшая укие групповые интересы профессорской коллегіи, не имеет права на название «независимой» и общественной». Той же группой было принято решение «предложить кн. Трубецкому, чтобы он в печати отказался от своих высказаний по адресу студенчества, как сдѣлал это на лекции 27-го октября». Приведенная резолюция не прошла чрезъ всѣ 3 группы участников общей Сходки и потому не могут считаться постановлениями последней. В настоящем изложении мы руководились описанием Сходки в «Русских Вѣдомостях» (29 октября) которая, приводя касающуюся их резолюцию одной из групп, замѣчают: «В вышепомѣщенном отчетѣ мы привели резолюцию одной из аудиторий (№ 2) по отношению к «Русским Вѣдомостям». Она настолько характерна, что в комментариях не нуждается».

2063. Тучи сгущаются и надъ Киевским Университетомъ. Как передают агентские телеграммы, исполнительная Комиссія студентов, не смотря на предупреждения ректора, созвала на 30-ое октября общестуденческую Сходку. В результате в этот день, по распоряжению ректора, всѣ входы в Университет были закрыты, а на дверях у входа в Университет полицией вывѣшено объявление губернатора, гласящее, что, так как автономія касается только учебных распорядков, то всѣ неразрѣшенные Сходки будутъ подводимы подѣ дѣйствіе обязательныхъ постановлений, карающихъ возмозволеннымъ сборища. Темъ не менѣе общестуденческая Сходка, в которой участвовали около 1500 чел., состоялась. На экстренномъ заседании Совета профессоровъ постановлено закрыть Университет на неопредѣленное время.

2064. «Ръчи» (26 октября) сообщают изъ Харькова, что 30-го



октября тамъ въ актовомъ залѣ Университета, переполненномъ студентами, происходило *чествованіе бывшаго ректора Л. В. Рейнарда*. Студенты поднесли Л. В. слѣдующій адресъ, который мы не можемъ отказать себѣ въ удовольствіи, чтобы не перепечатать: «Глубокоуважаемый *Людвигъ Васильевичъ*! Съ невыразимой грустью узнали мы, студенты, о Вашемъ уходѣ съ поста ректора и теперь считаемъ своимъ долгомъ выразить волнующія насъ чувства по отношенію къ Вамъ, какъ представителю университетскаго самоуправленія и человѣку. Послѣ коренного измѣненія академическаго строя, добытаго студенчествомъ путемъ массы жертвъ, Университетъ получилъ ту призрачную автономию, которой онъ теперь пользуется. Вы были избраны первымъ представителемъ омышагося въ горнило всероссійскаго движенія Университета и приняли это избраніе въ одинъ изъ самыхъ тяжелыхъ периодовъ русской жизни. Вы вмѣстѣ со всѣмъ студенчествомъ пережили общій кризисъ, разрѣшившійся великими октябрьскими днями. Въ моментъ же общаго выступленія, когда студенчество стихійно двинулось на баррикады и въ воздухѣ нависъ ужасный кошмаръ массоваго кровопролитія, Вы свято исполнили долгъ человѣка—гражданина и стерли кровавый призракъ съ пути Университета. Великимъ символомъ, безпримѣрнымъ въ русской исторіи, единенія студенчества со своимъ ректоромъ является всѣмъ намъ памятная картина, когда молодые борцы за свободу выходили съ баррикады, нѣмѣ Вася, своего самоотверженнаго защитника, во главѣ. Наступилъ моментъ временнаго затишья на политическомъ горизонтѣ, и Университетъ приступилъ къ реализаціи благъ автономіи. Изъ примѣра всѣхъ русскихъ высшихъ учебныхъ заведеній мы убеждаемся, что нигдѣ автономныя Коллегіи такъ широко не использовались завоеванныхъ правъ, какъ въ Харьковскомъ Университетѣ, и вѣнчъ мы въ значительной степени обязаны вамъ, *Людвигъ Васильевичъ*! Въ сношеніяхъ съ администраціей, не разъ пытавшейся наложить свои руки на Университетъ и свободу его членовъ, Вы проявили себя независимымъ главой академіи, неустанно борющимся за ея права. Вы всегда шли на встрѣчу нуждамъ студенчества, не жалѣя ни времени, ни силъ. Вашимъ теплымъ отношеніемъ Вы изгладили изъ нашей памяти темныя глѣны ректорствъ полицейскихъ. Теперь, утомившись кипучей и отвѣтственной работой, Вы, какъ ректоръ, насъ покидаете; но вашъ дорогой образъ всегда будетъ жить въ сердцахъ Харьковскаго студенчества».

2065. По словамъ «Новаго Обзорнія» (29 октября), въ Одесскомъ Университетѣ переведены на медицинскій факультетъ, въ виду освобожденія на немъ вакансій, 119 студентовъ естественнаго факультета.

2066. Въ отчетѣ о засѣданіи Совѣта Одесскаго Университета 23-го октября «Новое Обзорніе» (25 октября) отмѣчаетъ, что по открытіи засѣданія нѣкоторые профессора изъ группы «правыхъ» вновь сдѣлали указанія на незаконность избранія декана медицинскаго факультета Совѣтомъ; но заявленія эти остались безъ отвѣта. Оживленныя пренія вызвало обсужденіе столкновенія проф. *Щеголева* съ его ординаторами—врачами *Литвинымъ* и *Кадмировичемъ*. Ректоръ сообщилъ Совѣту, что особо избранная Коммиссія для выясненія этого инцидента не могла не только собрать матеріаловъ, но и вообще работать, такъ какъ проф. *Щеголевъ* не явился, а врачи *Литвинъ* и *Кадмировичъ* подали въ отставку до послѣдняго засѣданія Коммиссіи. Совѣтъ большинствомъ 31 противъ 5 голосовъ постановилъ выразить сожалѣніе по поводу образа дѣйствій проф. *Щеголева*, который, не явившись въ засѣданіе Коммиссіи, тѣмъ самымъ выразилъ неуваженіе къ Совѣту Университета. Предложеніе же о выраженіи порицанія проф. *Щеголеву*, поставленное на баллотировку, не прошло, такъ какъ голоса раздѣлились поровну (18 и 18).

2067. «Рѣчи» (31 октября) телеграфируютъ изъ Мологи, Ярославской губ., что тамъ за послѣднее время произведены массовые аресты. Среди арестованныхъ корреспондентъ газеты называетъ д-ра *Д. И. Блатова*, занимающаго, по «Россійскому Медицинскому Списку» на 1906 г., должность предсѣдателя мѣстной земской Управы.

2068. «Рѣчи» (26 октября) сообщаетъ, что на дняхъ арестованъ на своей квартирѣ студ. 5-го курса В. Медицинской Академіи *А. Н. Громова*. Къ нему предъявляется охраннымъ отдѣленіемъ обвиненіе въ соучастіи въ вооруженномъ нападеніи въ Фокарномъ пер. При обыскѣ у *А. Н. Громова* ничего, кромѣ револьвера и безобидныхъ брошюръ и книгъ, не найдено; револьверъ же остался у него послѣ послѣдней войны, въ которой онъ принималъ участіе въ качествѣ врача Краснаго Креста въ Портъ-Артурѣ. Также газета (31 октября) сообщаетъ, что 29-го октября арестованъ студ. Академіи 2-го курса *В. И. Теокистовъ*.

2069. Въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (24 октября) г. Н. Бородинъ въ статьѣ «*Кто они?*», касаясь состава привлекаемыхъ къ суду за Выборгское воззваніе по принадлежности ихъ къ партиямъ и по общественному положенію, указываетъ, между прочимъ, что наибольшее многочисленную группу изъ подписавшихся составили присяжные повѣренные и адвокаты—24 чел., а за ними слѣдуютъ врачи—21 чел. По партиямъ распределеніе подписавшихся (180 чел.) такое: к.-д. 58% (58,6% общаго ихъ числа въ Думѣ), трудовиковъ 30,4% (58,5% общаго ихъ числа), с.-д. 8,7% (16 изъ 17 бывшихъ въ Думѣ).

2070. Д-ръ *Левинсонъ*, привлекавшійся среди другихъ лицъ къ судебной отвѣтственности по дѣлу объ учрежденіи въ Одессѣ особаго сообщества подъ названіемъ «военная организація»,

дѣла солдатъ, какъ сообщаютъ агентскія телеграммы (отъ 26-го октября), военнымъ судомъ, рассматривавшимъ это дѣло, оправданъ.

2071. Въ Черниговскую губернскую земскую Управу, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (29 октября), поступила отъ мѣстнаго *губернатора бумага* слѣдующаго содержанія: «Препровождая при семъ циркулярное разъясненіе Совѣта министровъ по поводу несовѣстимости службъ въ правительственныхъ учрежденіяхъ съ принадлежностью къ политическимъ организаціямъ противузаконнаго направленія, предлагаю губернской Управѣ немедленно же объявить такое разъясненіе всѣмъ безъ исключенія лицамъ, состоящимъ на службѣ въ губернской Земствѣ, какъ по избранію земскаго Собранія и пользующимся правами государственной службы, такъ и служащимъ по вольному найму, предложивъ имъ дать подписки по прилагаемой у сего формѣ, каковыя и представить мнѣ. Въ случаѣ отказа кого-либо отъ такой подписки Управѣ представить мнѣ. При этомъ предвѣрю, что пропускъ кого либо изъ состоящихъ на службѣ по Земству ляжетъ на отвѣтственности Управы». Форма подписки: «Я, нижеподписавшійся, даю настоящую подписку Черниговской земской Управѣ, что въ настоящее время не принадлежу ни къ одной изъ революціонныхъ политическихъ партій, цѣлью коихъ служатъ низверженіе существующаго государственнаго строя (анархистовъ, с.-революц., с.-демокр. и т. п.), а также не принадлежу и къ такимъ партиямъ, которыя, хотя явно и не причисляютъ себя къ революціоннымъ, но въ своихъ программахъ и воззваніяхъ призываютъ населеніе къ борьбѣ съ правительствомъ (конст.-демокр.), и впредь принадлежать не буду, пока состою на службѣ въ вѣдѣніи Министерства внутреннихъ дѣлъ».

2072. Агентскія телеграммы (отъ 30-го октября) сообщаютъ, что Демьянское, Новгородской губ., очередное земское Собраніе единогласно постановило вѣнчъ Управѣ въ обязанность *уволинать со службы Земства* лицъ, политическіе взгляды которыхъ, какъ не соответствующіе взглядамъ правительства, сдѣлаются Управѣ извѣстными тѣмъ или другимъ путемъ (1 Ред.). Увольненіе должно послѣдовать безъ объясненія причинъ.

2073. Въ «Новомъ Обзорніи» (26 октября) находимъ слѣдующее описаніе того гнуснаго *насилія, которому подвергся д-ръ Е. И. Лебедевъ*: «Въ Новгородѣ въ 11 час. ночи «Новгородская знаменитость», предсѣдатель мѣстнаго отдѣла союза русскаго народа, ст. сов. Мещериновъ ворвался въ квартиру д-ра *Е. И. Лебедева*, извѣстнаго мѣстнаго общественнаго дѣятеля и редактора здѣшней газеты «Новгородская Недѣля»,—ворвался въ то время, когда дома былъ лишь одинъ хозяинъ и престарѣлая служанка, и избилъ его такъ, что это избіеніе почти равнялось истязанію. Д-ръ *Лебедевъ*, будучи уже преклоннаго возраста, слабого сложенія, да при томъ еще съ большой рукой, конечно, не былъ въ состояніи дать отпоръ ворвавшемуся истинно-русскому члену и послѣ перваго же удара свалился съ ногъ; не смотря на это, Мещериновъ, удерживая избиваемаго за здоровую руку, продолжалъ наносить удары безпомощному старику; затѣмъ, надругавшись достаточно надъ своей жертвой, онъ спокойно вышелъ и отправился домой. Поводомъ къ избіенію д-ра *Лебедева* послужила корреспонденція, помѣщенная въ «Новгородской Недѣлѣ», въ которой сообщалось, что въ с. Тесово, Новгородской г. и уѣзда, происходила въ волостномъ Правленіи торги по продажѣ казенныхъ лѣсныхъ дѣлянокъ, производившіяся извѣстнымъ дѣятеlemъ союза русскаго народа г. М. Несмотря на надписи «курить воспрещается», г. М. вынулъ папироску и закурилъ. Крестьяне, присутствовавшіе при этомъ, запротестовали, заявивъ, что въ присутствіи мѣстѣ они курить не позволяютъ. И въ отвѣтъ на площадную брань не прекратившаго куреніе г. М. одинъ изъ крестьянъ подошелъ къ нему и выдернулъ папироску изъ его рта. Въ упомянутомъ въ этой корреспонденціи «г. М.» Мещериновъ и узналъ себя и, воспламя гнѣвомъ, произвелъ дику расправу надъ нимъ въ чемъ неповиннымъ редакторомъ «Новгородской Недѣли». Все Новгородское Общество страшно возмущено происшедшимъ, и д-ръ *Лебедевъ* въ настоящее время получаетъ массу выраженій сочувствія не только изъ среды интеллигенціи, но и изъ другихъ слоевъ населенія города. По поводу этого возмутительнаго случая было назначено экстренное засѣданіе городской Думы для выраженія соболѣзнованія д-ру *Лебедеву*, состоящему городскимъ гласнымъ и предсѣдателемъ нѣсколькихъ думскихъ Коммиссій, закончившееся слѣдующимъ постановленіемъ: «Городская Дума единогласно постановила поднести гласному *Е. И. Лебедеву* адресъ, въ которомъ выразить сожалѣніе по поводу гнуснаго насилія, учиненнаго надъ нимъ управляющимъ удѣльнымъ имѣніемъ Н. Мещериновымъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ выразить Мещеринову презрѣніе и высказать сожалѣніе, что въ средѣ Новгородскихъ интеллигентныхъ гражданъ находится членъ, способный къ насилію надъ почтеннымъ общественнымъ дѣятеlemъ».

2074. Агентскія телеграммы (отъ 27-го октября) сообщаютъ изъ Новгорода, что уголовное дѣло управляющаго удѣльнымъ имѣніемъ Новгородской губ. Мещеринова, обвинявшагося въ оскорбленіи дѣйствіемъ редактора «Новгородской Недѣли», д-ра *Лебедева*, закончилось обвинительнымъ *приговоромъ* городского судьи (?). «По объявленіи резолюціи обвиняемый заявилъ удивленіе» (? Ред.) «отбыть наказаніе, принося публично въ камерѣ извиненіе».

2075. Въ «Воронежскомъ Словѣ» (14 октября) намъ случайно попалось на глаза слѣдующее, полное жгучаго интереса, письмо

страницах Вашей газеты нижеследующим строкам. 11-го октября в губернскую соматическую больницу был доставлен под конвоем для помещения из тюрьмы политический М. При больном должен был находиться безотлучно в больнице конвой. Врачи больницы, находя присутствие в стенах больницы конвоя, во 1-х, незаконный, а, во 2-х, крайне неблагоприятно отнормавшимся на жизни больницы и школы, не согласился на введение конвоя. Больной был отведен обратно в тюрьму. Правильно-ли поступили врачи? О законности или незаконности постановки конвоя в больницу мы говорить не будем; благо, законность на современном российском рынке самый недоброкачественный продукт. Но в вопиюще естественному и справедливому желанию врачей оградить больницу от постановки караулов можно было-бы всецело присоединиться, если-бы при этом не приносились в жертву интересы больных. В данном случае пострадал больной: он остался без помощи, которую ему должны были оказать врачи. Где же исход? Мне кажется, товарищи не совести правы. Больница—учреждение общественное. Общество обязано ограждать больницу от всякого вредного вторжения, в данном случае—конвоя, и оно должно отвечать за всякую возможность произойти от такого вторжения последствия. И, если общество не находит нужным протестовать, то и товарищи не могут отказать в помощи больному, хотя-бы он был под двадцатью конвоями. В самом деле, если завтра поставят конвой у каждого обывателя, то разве товарищи не должны будут оказывать врачебную помощь? Я думаю, что должны. Пусть-же Общество скажет свое слово! И если его голос будет в пользу конвоя, то нам, врачам, остается лишь сказать: «по Сеньке и шапка»...—Къ сожалѣнію, мы не имѣли возможности прослѣдить, какъ отнеслись къ этому письму уважаемаго товарища Тамбовскіе коллеги. Съ своей стороны, полагаемъ, что, если въ наше проклятое время чрезвычайныхъ, усиленныхъ и пр. охранъ могутъ возникать подобныя трагическія положенія и приходится, дѣйствительно, уже выбирать между интересами больныхъ и конвоемъ, то интересы одного должны быть, какъ это ни прискорбно, принесены въ жертву интересамъ многихъ. Больница никогда и ни подъ какимъ видомъ не можетъ и не должна быть тюрьмою. Можно представить себѣ положеніе больныхъ, чувствующихъ тюремную атмосферу въ больничныхъ стѣнахъ и сознающихъ возлѣ себя постоянную близость конвоя! Тюремное вѣдомство, если челоѣкъ-коллеба для него не пустой звукъ, нравственно обязано обезпечить больныхъ заключенныхъ надлежащею врачебною помощью, въ особенности въ большихъ городахъ, въ одномъ изъ которыхъ въ данномъ случаѣ и происходило дѣло. Если-же оно вынуждено прибѣгать къ помощи «мирныхъ» общественныхъ больничныхъ учреждений, то оно не имѣетъ ни малѣйшаго права войти въ нихъ со своимъ уставомъ, конвоемъ тожъ.

2076. Агентскія телеграммы (отъ 25-го октября) сообщаютъ, что въ больницѣ Радичкаго паровознаго завода въ Брянскомъ уѣздѣ, Орловской губ., 4-мя неизвестными убиты 5-ью выстрѣлами изъ револьверовъ находившіяся на излеченіи въ больницѣ начальники сорной мастерской Андреевъ, раненый 6-го октября неизвестными людьми 3-мя револьверными пулями при возвращеніи съ завода.

2077. Относительно упоминаемую въ письмѣ г. Лопухина къ 1. Столѣтнику «д-ра Михайлова» (см. выше, № 43, стр. 1357) изъ достовернаго источника намъ сообщаютъ слѣдующее. Въ 1896 г. по дѣлу «Петербургскаго Союза борьбы за освобожденіе рабочаго класса» привлекался зубной врачъ Михайловъ. Послѣ оговора всѣхъ своихъ товарищей по дѣлу онъ самъ былъ освобожденъ и поступилъ на службу въ охранное отдѣленіе, подъ взглядомъ котораго и занимался провокаціонною дѣятельностью. Одно время г. Михайловъ былъ прикомандированъ къ безызвѣстному Зубатову. Въ послѣднее время онъ состоялъ чиновникомъ особыхъ порученій при охранномъ отдѣленіи и разъѣзжалъ по различнымъ городамъ. Извѣстно, между прочимъ, что нѣкоторое время онъ оставался въ Курскѣ. 3 недѣли назадъ (см. выше, № 42, стр. 1323) было сообщено, что въ Севастополѣ убитъ нѣкій «д-ръ Петровский» (по другой версіи «Песковский»), который, какъ затѣмъ выяснилось, оказался начальникомъ охраннаго отдѣленія Михайловымъ. Все это заставляетъ думать, что упоминаемый въ письмѣ г. Лопухина «врачъ Михайловъ» и есть тотъ самый зубной врачъ, который началъ свою карьеру еще 10 лѣтъ назадъ и уже закончилъ ее «на славномъ посту». Этимъ самымъ, къ несказанной намъ радости, снимается всякая тѣнь подозрѣнія со всѣхъ нашихъ товарищей, носившихъ фамилію «Михайловъ».

2078. Агентскими телеграммами (отъ 25-го октября) сообщается изъ Москвы, что монархическія партіи послали Государю благодарственную телеграмму за помилованіе пристава Ермолова, осужденнаго за убійство ч. пр. В. В. Воробьева во время декабрьскаго восстанія.

2079. Возбужденное Правленіемъ Пироговскаго Общества ходатайство о разрѣшеніи созвать въ Москвѣ 4—11-го января 1907 г. X Съездъ врачей, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (28 октября), передано изъ Петербурга на разсмотрѣніе Московскаго ген.-губернатора.

2080. Глубокоуважаемый предсѣдатель Правленія Общества российскихъ хирурговъ въ Москвѣ проф. Ф. А. Рейна проситъ насъ сообщить, что 6-ой Съездъ российскихъ хирурговъ, если получится разрѣшеніе на созывъ его отъ Министерства внутреннихъ дѣлъ, предполагается собрать въ Москвѣ отъ 28-го по 30-е декабря 1906 г. Въ качествѣ программныхъ вопросовъ представляются слѣдующія теммы: 1) О лече-

ніи неосложненныхъ переломовъ костей конечностей. 2) Объ изслѣченіи гортани при новообразованіяхъ ея. 3) О леченіи ущемленныхъ грыжъ (первичное и вторичное изслѣченіе кишки). Вступительные доклады выразили согласіе сдѣлать: по 1-му вопросу проф. Г. И. Турнеръ (Петербург), по 2-му—В. М. Мининъ (Москва), по 3-му—И. Д. Сарычевъ (Москва). Заявленія о сообщеніяхъ можно адресовать на имя проф. Ф. А. Рейна (Москва, Пречистенка, д. Калугина).

2081. Очердное засѣданіе Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ 26-го октября, по случаю кончины предсѣдателя Общества, проф. Л. В. Попова, было отменено, и члены Общества, по предложенію товарища предсѣдателя, проф. И. Д. Павлова, въ соргоде присутствовали въ квартирѣ покойнаго на вѣчерней по немъ панихидѣ.

2082. Общее Собраніе членовъ вольнаго экономическаго Общества въ Петербургѣ 15-го сентября, одобливъ дѣятельность Комитета по оказанію помощи голодающимъ за 1905—1906 г., въ виду новаго огромнаго неурожая единогласно рѣшило, какъ сообщаетъ «Бюллетень № 10» Комитета (25 октября), вновь образоватъ при Обществѣ Комитетъ на прежнихъ основаніяхъ. На предложеніе Совѣта Общества, обращенное къ 62-мъ общественнымъ организациямъ Петербурга, прислать своихъ представителей во вновь организуемый Комитетъ, нѣкоторые уже отозвались полнымъ согласіемъ и между ними—академическій Союзъ, Союзъ медицинскаго персонала и Совѣщаніе думскихъ врачей. Въ минувшемъ году Комитетомъ собрано было (съ 3/х 1905 г. по 15/х 1906 г.) 114014 р. 89 к., израсходовано 105966 р. 71 к.; вновь образованному Комитету для новой продовольственной кампаніи передано 8048 р. 18 к. Съ 16/х по 7/х въ кассу Общества съ этого-же цѣлью поступило новыхъ пожертвованій 2062 р. 52 к. «Бюллетень» сообщаетъ слѣдующее о дѣятельности нѣкоторыхъ провинціальныхъ Отдѣленій Комитета. «Казанскимъ Отдѣленіемъ Комитета въ Тетюшскомъ уѣздѣ открыты столовые и пекарни въ настоящее время (письмо отъ 15-го октября) въ 40 селеніяхъ на 4000 чел. Въ нѣкоторыхъ уѣздахъ уже встрѣтились административныя препятствія. Такъ, въ Лашевскомъ уѣздѣ, когда уполномоченный Отдѣленія открылъ 3 столовые и сообщилъ объ этомъ исправнику, то тотъ послѣ сношенія съ губернаторомъ распорядился ихъ закрыть. Столовые были закрыты, просуществовавъ 2 недѣли. Спустя нѣкоторое время губернское Присутствіе уведомило уполномоченнаго, что столовые могутъ быть открыты снова. То-же произошло въ Казанскомъ уѣздѣ. Въ с. Тагашевѣ также была открыта столовая въ память проф. Адамова. Она просуществовала всего нѣсколько дней: къ учателю былъ явился урядникъ съ допросомъ и закрылъ столовую. То-же самое произошло съ дѣтской столовой въ селѣ Клешняхъ (того-же уѣзда); урядникъ занялся тамъ, что «кормить не приказано». Затѣмъ послѣ ходатайства крестьянъ дѣло уладилось». Изъ г. Ардатовъ, Симбирской губ., Отдѣленіе Комитета сообщаетъ въ письмѣ отъ 6-го октября: «Въ настоящемъ году неурожай охватилъ въ одинаковой степени всѣ уѣзды Симбирской губ. До сего времени Отдѣленіе не обращалось съ просьбой объ оказаніи помощи лишь потому, что ожидало, во что выльется въ нашей губерніи помощь со стороны общеземской организации и со стороны губернскаго Земства, возбуждавшаго ходатайство объ оказаніи ему пособія со стороны правительства для развитія благотворительной помощи? Хотя губернское Собраніе и поставило себѣ цѣлью объединить дѣятельность всѣхъ благотворительныхъ учреждений въ Симбирской губ. и даже мотивировало отчасти желаніемъ этого объединенія отклоненіе предложенія общеземской организации работать по программѣ, выработанной организацией, тѣмъ не менѣе до сего времени мы не видимъ никакихъ практическихъ результатовъ отъ этого объединенія, ни начала благотворительной помощи со стороны губернскаго Земства. Но время не терпитъ, и нужда не ждетъ, а надвигается ускоренными шагами, и недалеко до времени, когда явится къ намъ голодъ со всѣми сопутствующими ему явленіями. Поэтому Симбирское Отдѣленіе Комитета рѣшилось больше не ждать и обращается въ центральный Комитетъ съ просьбой: 1) перевести, сколько найдетъ возможнымъ, Симбирскому Отдѣленію денегъ для начала благотворительной помощи и 2) сообщить Отдѣленію, какую часть изъ имѣющихся въ настоящее время средствъ можетъ онъ отпустить Симбирскому Отдѣленію и въ какие сроки? Характеризовать нужду въ Симбирской губ. могутъ постановленія губернскаго Присутствія о количествѣ хлѣба, необходимаго для продовольствія и обмѣна; по этимъ даннымъ видно, что на продовольствіе Симбирской губ. требуется 10.178.132 пуд. и на обмѣненіе несвое 1907 г. яровыхъ полей 3.608.575 пуд. Эти цифры показываютъ, что нужна нынѣшняго года Симбирской губ. приближается по размѣрамъ своимъ къ ужаснымъ 1891 и 1892 годамъ; если прибавить къ этому, что правительство не нашло средствъ удовлетворить полностью требованія губернскихъ Присутствій и рѣшило удовлетворить ихъ лишь въ половинномъ размѣрѣ, то для Комитета будетъ асн картина того бѣдствія, какое предстоитъ пережить Симбирской губ. Въ вольное экономическое Общество поступило слѣдующее отношеніе Кологривской уѣздной земской Управы, Костромской губ., отъ 10-го октября: «Недорогъ настоящаго года выразился въ большомъ размѣрѣ, и урожай хлѣбовъ въ нашемъ уѣздѣ представляетъ только 1/4 общаго сбора. Травы тоже были плохи и запасы сѣна, благодаря этому, настолько ничтожны, что крестьянское населеніе уѣзда принуждено усиленно продавать сѣно за бѣдноту. Одновременно съ недородомъ хлѣбовъ, отражающихся предѣ-

всего на пищевых запасах крестьянства, поставленного в настоящем году в безвыходное положение, вследствие отсутствия таковых в зимнее время, так как хлеба вразд-ли хватить до декабря мѣсяца, а в нынѣ мѣстахъ уже и в настоящее время хлебные запасы истощены, население не может рассчитывать и на заработки, дающие возможность пополнить свой бюджет, хотя-бы отчасти работой у частных лиц, так как, по собраннымъ Управомъ даннымъ, можно заключить, что послѣднія, в силу общихъ ненормальныхъ экономическихъ и политическихъ условий жизни страны, сократили почти на 1/2, обычную въ уѣздѣ лѣсную выработку. Такимъ образомъ крестьянское население уѣзда поставлено в настоящемъ году в весьма критическое положение, и ему грозитъ голодовка со всеми ея спутниками—разнаго рода болѣзнями. Уѣздная Управа, лишенная возможности продовольствовать население, тѣмъ не менѣе внесла доклад о настоящемъ положеніи вещей на обсужденіе очереднаго уѣзднаго земскаго Собранія настоящаго года, которое постановленіемъ своимъ отъ 3-го числа сего мѣсяца поручило уѣздной Управѣ обратиться съ ходатайствомъ въ волное экономическое Общество объ отпускѣ ей 15000 р. на расходы по покупкѣ хлеба въ цѣляхъ распределенія хлебныхъ запасовъ въ разныхъ мѣстахъ уѣзда съ тѣмъ, чтобы не давать возможности частнымъ предпринимателямъ значительно повышать покупныя цѣны, а равно и для устройства питательныхъ пунктовъ, гдѣ это понадобится, и оборудованія приварковъ въ земскихъ школахъ».

2083. По словамъ «Астраханскаго Листка» (19 октября), въ мѣстномъ Управленіи Краснаго Креста получено сообщеніе отъ уполномоченнаго въ Бугульминскомъ уѣздѣ слѣдующаго содержания: «Крестьяне ѣдятъ хлѣбъ съ примѣсью желудей, лопеды и др. суррогатовъ; да и такой хлѣбъ они ѣдятъ въ видахъ экономіи черезъ день. Голодъ сгущается на югѣ Самарской губ. Организованныя безплатныя столовыя не могутъ удовлетворить всѣхъ голодающихъ».

2084. Въ с. Абаитуй, Архипирскаго уѣзда, близъ Читы, по словамъ агентскихъ телеграммъ (отъ 30 го октября), обнаружено 8 чумныхъ заболѣваній, всѣ со смертельнымъ исходомъ.

2085. Одинъ изъ военныхъ товарищей прислалъ намъ слѣдующую «маленькую, но краснорѣчивую страничку изъ нашей военной исторіи и исторіи в.-санитарнаго дѣла» (изъ статьи г. Епанчина, «Военный Сборникъ», 1906 г., октябрь). Въ май 1829 г. въ русскихъ войскахъ, занимавшихъ европейскую Турцію, появились заболѣванія чумою. Сверхъ того, «тѣсное размѣщеніе войскъ, смрадъ отъ множества труповъ и дурная пища породили чыгу и злокачественныя лихорадки». Въ началѣ іюля изъ 300 вричей, бывшихъ въ арміи, 200 умерли, а оставшіеся 100 недолго пережили ихъ. Въ іюлѣ въ русской арміи было около 40000 больныхъ. Но 2-мъ пѣхотномъ корпусу до начала обратнаго похода въ Россію оставались только 7000 чел. Нѣкоторые пѣхотные полки по своему составу равнялись ротѣ. Въ 10-й пѣхотной дивизіи, расположенной въ Варшавѣ, ни въ одномъ полку не было болѣе 150 чел. При цѣлыхъ дивизіяхъ и бригадахъ бывало только по 1 врачу, который иногда, за неимѣніемъ аптекаря, долженъ былъ и составлять лѣкарства. Въ Адрианопольскомъ госпиталѣ къ 1 сентября было 4641 больныхъ. Размѣщеніе ихъ было невозможное. Въ лѣкарствахъ былъ большой недостатокъ; такъ, не хватало хинина, и больнымъ изъ экономіи не давали его при 3-мъ и 4-мъ пароксизмѣ, «потому что это стоитъ нѣсколько рублей», какъ писалъ Дибичъ Чернышеву. Въ теченіи 1829 г. къ 1-му апрѣля въ русской арміи состояло больныхъ 5018 чел., прибыло ихъ до конца года 79227; изъ нихъ выздоровѣли 47804, умерли 23825, вымыли 5457; къ концу года осталось 7159 чел. Вся потеря арміи за 1829 и 1830 гг. была такая: умерли отъ болѣзней при войскахъ 17590, въ госпиталѣхъ 79132, всего 96772 чел.; въ томъ числѣ офицеровъ и классныхъ чиновъ 1351; убиты въ сраженіяхъ 2857 чел. Потеря отъ болѣзней была почти въ 34 раза больше, чѣмъ отъ сраженій. Въ декабрѣ въ госпиталяхъ числилось больныхъ 93665 чел. Потери турокъ въ походѣ 1829 г. составляла: убитыми и умершими отъ ранъ 29500 — 39500 чел., умершими отъ болѣзней 108500—134500 чел., всего 138000—174000 чел.

2086. «Воронежское Слово» (14 октября) передаетъ содержаніе интереснаго доклада д-ра А. С. Грейденберга.—«Къ вопросу о постановкѣ медицинской помощи въ русско-японской войнѣ», сообщеннаго въ засѣданіи мѣстнаго Отдѣла Общества охраненія народнаго здравія 12-го октября и подтверждающаго въ общемъ положенія такъ возмозовавшаго въ свое время Петербургскія военныя сферы, доклада д-ра Хейсина. «Докладъ представляетъ собою обоснованный на фактическихъ данныхъ трудъ, который ярко рисуетъ картину постановки в.-медицинскаго дѣла въ минувшую войну, то безправіе и приниженность военныхъ врачей, которыя обезличивали ихъ, лишали собственной инициативы и превращали просто въ исполнителей различныхъ циркуляровъ и распоряженій высшаго военнаго начальства, некомпетентнаго въ медицинѣ. Вмѣсто живого дѣла, военная медицина просто представляетъ собою царство канцелярщины, рутинны и чиновничества. При назначеніяхъ на должности старшихъ военныхъ врачей высшее начальство руководилось не знаніями и пригодностью того или другаго лица къ дѣлу военной медицины, а исключительно выслугою лѣтъ, чистомъ звѣздочекъ и дорожекъ на погонахъ. При такихъ назначеніяхъ получались сплошь и рядомъ печальные курьезы. Были такіе госпитали, которые, благодаря этому, въ своемъ врачебномъ отношеніи къ больнымъ представляли собою не что иное, какъ».

качества медиковъ (? Ред.) были бывшіе земскіе начальники, предводители дворянства и т. п. Кроме того, высшее военное начальство не признавало специальностей въ медицинѣ. По его мнѣнію, каждый врачъ долженъ по медицинѣ знать все, и черезъ это хирургъ назначался въ инфекціонныя госпитали, а терапевтъ въ хирургическія и т. п.; понятно каждому, какіе все это влекло за собою результаты. Въ заключеніе докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ 2-мъ положеніямъ: 1) Строй военной медицины, поскольку онъ обнаружился въ войнѣ съ Японіей, нуждается въ немедленномъ коренномъ переустройствѣ и 2) Новыя основы военной медицины должны быть выработаны не въ таши канцеляріи, а посредствомъ свободнаго и широкаго обсужденія въ печати, въ медицинскихъ Обществахъ и на Пироговскомъ Сѣздѣ. Собраніе, резюмируя докладъ, выставило свое положеніе: «Никакія преобразованія въ в.-медицинскомъ вѣдомствѣ невозможны до тѣхъ поръ, пока не будетъ измѣненъ весь существующій государственный строй». Докладъ, добавляетъ газета, вызвалъ оживленную полемику между военными врачами, бывшими въ числѣ слушателей, одинъ изъ которыхъ, признавая общіе дефекты въ постановкѣ в.-медицинскаго дѣла въ минувшую войну, «пробовалъ объяснить ихъ неподготовленностью русской арміи, слѣпностью и тѣмъ, что война велась «отступленіями», а потому эта несчастная война и не можетъ служить показателемъ постоянной постановки в.-медицинскаго дѣла въ Россіи». Но 2 другихъ военныхъ врача «фактически опровергли эти положенія, доказавъ, что и въ обычное мирное время дѣло военной медицины у насъ не выдерживаетъ критики и сводится къ мертвой канцелярщинѣ».

2087. При медицинскомъ Совѣтѣ, какъ сообщаетъ «Око» (27 октября), образована Комиссія подъ предсѣдательствомъ Л. Б. Бертенсона для пересмотра инструкцій для врачей при опредѣленіи правъ на пенсію лицъ, состоящихъ на государственной службѣ, согласно 88 ст. устава о пенсіяхъ и единовременныхъ пособіяхъ. Инструкція эта была издана въ 1864 г. и до настоящаго времени не пересматривалась. Въ составъ Комиссіи вошли, А. А. Плющевскій—Плющикъ (юриск.), Н. П. Симаковский, Н. И. Тихоміровъ и А. А. Троляновъ.

2088. Медицинскимъ Отдѣломъ Петербургской губернской земской Управы, какъ передаетъ «Око» (27 октября), закончена разработка данныхъ относительно распространенія въ Петербургѣ заразныхъ болѣзней за сентябрь. Самое большое число заболѣваній далъ брюшной тифъ (868 случаевъ), принявшій характеръ эпидеміи, продолжавшейся безъ ослабленія въ теченіи уже нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Далѣе въ Петербургѣ наблюдалось рѣзкое усиленіе дифтеріи (610 случаевъ) и скарлатины (454 случая), при чемъ эти болѣзни приняли тоже характеръ эпидеміи. Въ видѣ спорадическихъ случаевъ наблюдались заболѣванія: корью (107), вѣтрянной оспой (51), сыпнымъ тифомъ (10), натуральной оспой (10) и возвратнымъ тифомъ (2); кромѣ того, наблюдались единичные случаи заболѣванія дизентеріей.

2089. По словамъ «Одесскаго Листка» (20 октября), у служебнаго персонала Кіевской Александровской больницы возникъ острый конфликтъ съ больничной администраціей изъ-за крайне плохого продовольствія врачей-интерновъ, фармацевтовъ, фельдшеровъ, фельдшерницъ и палатныхъ надзирательницъ больницы.

2090. «Рѣчь» (29 октября) сообщаетъ, что Петербургской городской больницы Комиссіей представлена, наконецъ, смета расходовъ на 1907 г. На содержаніе городскихъ больницъ испрашивается 3.104868 р.; дѣтская (новая) больница выдѣлена, и на содержаніе ея испрашивается 277732 р.,—на 34442 р. болѣе, чѣмъ въ прошлѣмъ году; на содержаніе богадѣленъ испрашивается 549315 р., на амбулаторію—84589 р. и на содержаніе самой больницы Комиссіей—33585 р., всего—4.051091 р. Управа, какъ мы слышали, утвердила эту смету.

2091. «Рѣчь» (31 октября) пишетъ изъ Пявска, что тамъ въ городѣ и тюрьмѣ свирѣпствуетъ эпидемія тифа. Особенно сильныя опасенія вызываетъ положеніе заключенныхъ въ тюрьмѣ. Были уже случаи заболѣванія со смертельнымъ исходомъ. «Переполненіе тюрьмы (до 140 чел., вмѣсто полагающихся по нормѣ 35—40) и прямо вопіющее антисанитарное состояніе ея дѣлаетъ борьбу съ эпидеміей внутри тюрьмы почти невозможной».

2092. «Сегодня» (20 октября) анонимно бросаетъ по адресу Петербургскихъ думскихъ врачей тяжкое обвиненіе, будто «многіе изъ нихъ» по мѣсяцамъ не заглядываютъ въ свои амбулаторіи, считаясь только на службѣ и получая оклады и выѣзжая на спинахъ молодыхъ ассистентовъ». Почтенная газета, надѣмся, прекрасно понимаетъ, какъ тяжело ложится безымянное обвиненіе на цѣлый рядъ ни въ чемъ неповинныхъ лицъ, оговоренныхъ огульно, и не откажется поэтому назвать фамилии обвиняемыхъ ею паразитовъ.

2093. Крайне прискорбный въ профессиональномъ и этическомъ отношеніи инцидентъ разыгрался недавно въ Вяткѣ на почвѣ противорѣчиваго врачебнаго заключенія относительно болѣзни издательницы «Вятской Жизни» А. Д. Чарушиной—заключенія, сдѣланнаго, съ одной стороны, 4-мя вольнопрактикующими врачами, съ другой—правительственной Комиссіей изъ 3-хъ врачей. Противорѣчіе это тѣмъ прискорбнѣе, что имѣло своимъ послѣдствіемъ приведеніе въ исполненіе постановленія губернатора о высылкѣ больной 55-лѣтней г-жи Ч. изъ предѣловъ Вятской губ. Мужъ потерпѣвшей описывается въ «Вятскомъ Краѣ» (19 октября) все это печальное недоразумѣніе и въполнѣ основательно выражаетъ свой протестъ по поводу жестокости, проявленной Комиссіей, предпринимавшей высылку больной.

ших здоровой его жену, которую 4 волнопрактикующие врача за несколько дней перед тем признали настолько больной, что объявленная ей административная высылка из города сочтена была невозможной. Сущность этого дела, как оно представлено в «Вятском Крае» (26 сентября), сводится к следующему. Г-жа Ч. распоряжением губернатора от 18-го августа высылалась «за противоправительственную деятельность» в 3-дневный срок из пределов губернии. Муж г-жи Ч. довел до сведения губернатора, что она совершенно больна и высылка для нее, сопряженная с нравственным потрясением и с лишением домашнего и врачебного ухода, равносильна смертному приговору. Заявление это было подтверждено следующим медицинским свидетельством врачей *Левитского, Красовского, Аксакова и Рязанцевой*: «Мы, нижеподписавшиеся, выдали настоящее свидетельство жене страхового агента Вятского губернского Земства Анны Дмитриевны Чарушиной, 55 л. в том, что она страдает тяжелой формой лейкоза (Leukemia) и в течение последнего года почти все время проводить в постели. Такое болезненное состояние, требующее самого тщательного ухода за больной и специального лечения, ни в коем случае не допускает возможности без риска для здоровья совершать какие-бы то ни было поездки. «Вятка, августа 18 дня 1906 г.» Свидетельство это, пишет г. Ч., «спешно составленное д-ром *Левитским* по причине внезапного отъезда его по делам службы, казалось нам далеко неполным и не исчерпывающим всех разностей организма, которым были на лицо, и который в то же время были хорошо известны врачам; но в виду спешности дела хлопотать о пересоставлении свидетельства было уже поздно, да к тому же и не представлялось в этом надобности в виду полной несомненности серьезного болезненного состояния моей жены, которое могло быть констатировано любым врачом при самом поверхностном осмотре и самом придирчивом отношении. Результатом подачи заявления и упомянутого медицинского свидетельства было распоряжение губернатора приостановить высылку и назначить освидетельствование через врачебное Отделение. Последнее вскоре и состоялось в состав Комиссии из врачебного инспектора *Владимирского*, его помощника *Дементьева*, городского врача *Зейделя* и в присутствии помощника пристава. Комиссия, опросив предварительно мою жену, выступавала и выслушавала ее и извлекла при помощи иглы несколько капель крови для микроскопического исследования». Протокол Комиссии, напечатанный в № 40 «Вятского Края», гласит: «1906 г., сентября 5 дня, мы, нижеподписавшиеся, производили во врачебном Отделении Вятского губернского Правления микроскопическое исследование крови, взятой из руки жены страхового агента Вятского губернского Земства Анны Дмитриевны Чарушиной, при чем оказалось следующее. При исследовании приготовленного препарата крови нахождение бѣлых кровяных шариков представляется затруднительным вследствие того, что количество их не превышает числа, наблюдаемого у здорового человека. При увеличении в 460 раз в поле зрения были найдены один безспорный лейкоцит и другой сомнительный, изменивший свою форму. По результатам исследования крови о лейкозах в данном случае не может быть и речи. Рассматриваемый препарат крови Чарушиной оставить для хранения при врачебном Отделении. Последствием такого отрицательного заключения правительственных врачей было требование полицеймейстера о немедленном выезде тяжелой больной и официальное дознание о врачах, давших 1-ое врачебное свидетельство. Из протокола дознания, произведенного чиновником администрации и содержащего объяснения, которыми дали врачи *Левитский, Красовский, Аксаков и Рязанцева*, видно, что г-жу Ч. они знали много лет, как тяжело больную, уже много раз подвергали ее подробному врачебному исследованию и находили у нее неоднократно увеличение селезенки, печени, и расстройства в деятельности сердца. Врачи *Красовский, Аксаков и Рязанцева*, подписавшие у себя на дому присланное им д-ром *Левитским* свидетельство, сами крови больной не исследовали, а производили это исследование д-р *Левитский*, но не в день составления им свидетельства, а несколько лет раньше. При этом д-р *Левитский* сознает, что составленное им свидетельство, как написанное наскоро, страдает многими неточностями; так, в свидетельстве не упомянуты болезни: цирроз печени, почечные камни, неполадки со стороны сердечной деятельности, и даже самое заболевание лейкоз названо прямо лейкозией, а не псевдо-лейкозией. При наличии всех этих болезней, он, *Левитский*, считает всякие поездки и жизнь в обычной обстановке крайне вредными для здоровья Чарушиной. — Инцидент этот воочию показывает, как тяжелые последствия может иметь наскоро и неполно составленное врачебное свидетельство, во 1-х, а во 2-х, и это главное, — как жестоко ставить в зависимость от формальностей жизни больных! Не отрицая опрометчивости составления 1-го свидетельства и подписавших его, нельзя, действительно, не упрекнуть в жестокости составителей 2-го. Если произведенное исследование крови и дало отрицательные результаты по отношению к лейкозному, то неужели не ясно, что на больную с циррозом печени, почечными камнями, расстройством сердечной деятельности и нарушенным отравлением органов кровоотворения, к тому же преклонного возраста, почти все время проводящую в постели, высылка должна оказать прямо таки губительное действие?

2094. Обвинения по адресу д-ра Енко (см. выше, № 43, 1359) продолжаются. В «Око» (27 октября) г. Н. Костин в статье «Избиение калѣк» выражает удивление, что д-р Енко

«все еще там же, в училищѣ глухонѣмых». Теперь уже появилось, говорит он, «несколько коллективных протестов; собираются подписи в учебных заведениях и среди общественных деятелей. Удивительно, почему молчат Общество врачей, педагогов и т. д.... Мы все еще надеемся услышать от д-ра Енко опровержение».

2095. Директор училища глухонѣмых д-р Енко, как сообщает «Речь» (1 ноября), на днях получил от Общества дѣтских врачей в Петербургѣ запрос об участіи в училищѣ избиении дѣтей. Отвѣта, добавляет «Речь», пока не послѣдовало.

2096. Правление Общества взаимного вспомоществования фельдшеров и фельдшерниц (въ Одессѣ) любезно сообщило нам программу «1-ю Всероссийскую Съезда помощников врачей», созываемого въ Москвѣ 20—25 января 1907 г. I. Правовое положение помощников врачей.—II. Повышение общего и специального образования помощников врачей. 1) Реформа фельдшерских школ нормального типа въ средних медицинских школах (Институты помощников врачей) въ связи съ реформой медицинского образования вообще. 2) Поступление школьных фельдшеров на медицинские факультеты. 3) Повторительные курсы въ губернских и университетских городах. 4) Допущение школьных фельдшеров къ экзамену на званіе аптекарского помощника и въ зубо-врачебные школы.—III. Организация медицинской помощи населению. 1) Оспаривание. 2) Аптечное дело. 3) Акушерство и гинекология. 4) Зубо-врачевание. 5) Популярная лекція по медицине и гигиенѣ. 6) Самостоятельная деятельность помощников врачей.—IV. Бытовые вопросы. 1) Условия работы въ лечебных учреждениях. 2) Оплата труда помощников врачей. 3) Обязательное страхование жизни на случай смерти или инвалидности помощников врачей. 4) Периодические Съезды. 5) Взаимопомощь. Членами Съезда могут быть лица, имѣющія званіе фельдшера, фельдшерницы и акушерки. Членскій взносъ 3 р. Доклады и членскіе взносы выставляются въ Правление фельдшерскаго Союза (Москва, Зубово, д. бывш. Юдина, кв. 37). Правление, кромѣ того, сообщает, что съ цѣлью по возможности устроить безплатный проездъ для участников на предстоящій Съездъ, а также попутно пропагандировать фельдшерскіе вопросы, оно сочло полезным обратиться ко всѣмъ учреждениям, имѣющим у себя на службѣ фельдшеровъ, съ просьбой командировать отъ нихъ представителей на Съездъ съ выдачей имъ путевыхъ расходовъ. Съ такимъ ходатайствомъ оно обратилось во всѣ учреждения и ведомства губ. Херсонской, Бессарабской, Подольской, Сѣвернаго Кавказа, Закавказья и областей Средне-Азиатскихъ владѣній, т. е. въ тѣ мѣстности, которыя, по его мнѣнію, не входят въ районы другихъ Обществъ помощниковъ врачей. Помимо того, оно обратилось непосредственно къ самимъ фельдшерамъ, которые, не дожидаясь предложенія со стороны своихъ ведомствъ, обратились-бы съ такими же ходатайствами отъ себя, испрашивая еще при этомъ предварительные мѣстные Съезды, на которыхъ могли-бы быть разрабатываемы всѣ вопросы, подлежащіе обсужденію 1-го Всероссийскаго Съезда.

2097. Въ Астрахани открываются повторительные курсы для помощниковъ врачей («Астраханскій Листокъ», 15-го октября).

2098. Какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (26 октября), въ «Русскомъ Знамени» напечатано слѣдующее объявленіе: «Для одного земства требуются 2 врача, члены союза русскаго народа, жалованье 1500 р. и 300 р. разъѣздныхъ, и 1 врачъ для города на жалованье 1200 р. и лошадь для разъѣзда къ больнымъ по городу». Земство не названо.

2099. Въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (27 октября) сообщаются слѣдующія свѣдѣнія о происходившихъ въ Москвѣ въ концѣ октября сѣздѣвшихъ съезда спиритуалистовъ, занимающихся, какъ оказывается, между прочимъ, и врачеваніемъ. Обстановка залы театра Гиршъ, въ которой наметъ себя пріютъ съездъ, соответствуетъ его характеру. На стѣнахъ развѣшаны портреты «извѣстныхъ спиритовъ», начиная отъ г-жи Шабельской и кончая Артуромъ Шопенгауэромъ. Относительно медицинскаго силы г-жи Шабельской на сѣздѣ былъ представленъ слѣдующій докладъ, изъ котораго видно, что она лечила не менѣе 6000 чел. (неизвѣстно, сколько изъ нихъ). Въ собраніи 25-го октября былъ доложенъ отчетъ о проявленіи астральныхъ силъ, о переселеніи на землю астральныхъ духовъ и о воплощеніи ихъ въ человѣка въ цѣляхъ пропаганды идей медиумизма. При этомъ переселеніи, если вѣрить докладчику, души поссорились, и часть изъ нихъ откололась, и образовала отдѣльную фракцію, стала «пропагандировать зло». Но есть надежда, что эта фракція, что отколошавшаяся душа снова соединится съ своими товарищами, и зло на землѣ исчезнетъ. Затѣмъ одинъ извѣстный спиритъ показалъ сѣзду вновь открытое имъ вещество, представляющее соединеніе жизненнаго эликсира и философскаго камня, чудесныя свойства котораго онъ, впрочемъ, не демонстрировалъ. Въ заключеніе спиритъ ясновидящій г. Питерсъ, специально высланный изъ Лондона, показывалъ медиумическую силу: имѣя, давшимъ ему какую-либо изъ принадлежащихъ имъ вещей, онъ рассказывалъ ихъ прошлое, настоящее и будущее. Желавшихъ погадать нашлось 19 чел. Въ опредѣленіи 18-ти медиумовъ, по 1 получилъ приблизительно вѣрный отвѣтъ, и собраніе проводило знаменитость громкими аплодисментами. Большинство присутствующихъ на сѣздѣ—дамы; есть и представители мужскаго пола, въ томъ числѣ несколько студентовъ и офицеровъ.—Что думаютъ объ этомъ почтенномъ собраніи психиатры?



2100. Въ Triest'а, по словамъ агентскихъ телеграммъ (отъ 12-го октября и. ст.), при вскрытїи тѣла скончавшагося въ госпиталѣ матроса кампанїи Loyd'a установлены признаки бубонной чумы.

2101. Новое французское Министерство съ премьеръ-министромъ докторъ медицины *Clemenceau* во главѣ вноситъ, по словамъ «*Humanité*», проектъ отмены смертной казни, за исключеніемъ случаевъ примѣненія ея къ военнымъ во время войны (за взятію).

2102. На освободившуюся за выходомъ въ отставку вслѣдствіе преклоннаго возраста проф. *Rindfleisch*'а катедру патологической анатоміи въ Würzburg'а приглашенъ проф. *Borst* («*Reichs-Medicinal-Anzeiger*»).

2103. Въ настоящемъ году премія Нобеля въ 200000 фр. по медицинѣ присуждена проф. *Golgi*, состоящему ректору университета въ Павіи («*Gazette des hôpitaux*», 30 октября). Премія Нобеля по медицинѣ была присуждена уже слѣдующимъ лицамъ: въ 1901 г.—*Behring*'у, въ 1902 г.—*Ronald Ross*'у, въ 1903 г.—*Kinsen*'у, въ 1904 г.—*И. П. Павлову*, въ 1905 г.—*К. Koch*'у.

2104. Во Франціи создается Институтъ для изученія рака (*Institut pour l'étude et la guérison du cancer*). Начало его организаціи положено было при слѣдующихъ обстоятельствахъ.—Проф. *Poirier*, сдѣлавъ въ засѣданіи Парижской Медицинской Академіи 30-го октября сообщеніе «объ излѣчимости рака вообще и въ частности рака языка», закончилъ это сообщеніе напоминаніемъ о томъ, что Франція отстала отъ другихъ государствъ въ организаціи борьбы съ этой ужасной болѣзью. Повсюду говорили, ученые создаютъ Союзы для совмѣстнаго изученія рака, и эти Союзы обезпечены средствами. Въ Англіи имѣются, «*Cancer investigation Committee*» и «*Imperial cancer Research Fund*»—организаціи, обильно снабженныя всѣмъ необходимымъ и щедро обезпеченныя средствами. Въ Германіи въ 1900 г. основана «*Deutsches Komitee für Krebsforschung*», директоромъ которой состоитъ проф. *v. Leyden*; она получаетъ правительственную субсидію. Въ Соединенныхъ Штатахъ имѣются также нѣсколько соотвѣствующихъ организацій<sup>1)</sup>. Правда, и во Франціи въ 1893 г. проф. *Vernheil*'емъ была основана «*Ligue contre le cancer*»; но она почти не пережила своего основателя. Почивъ пополнить этотъ пробѣлъ проф. *Poirier* и предложилъ взять на себя Парижской Медицинской Академіи, выразивъ надежду, что во Франціи не могутъ не найтись средства для этого благого дѣла. Надежда эта, въ самомъ дѣлѣ, очень скоро оправдалась. Уже въ концѣ засѣданія проф. *Poirier* для осуществленія своего плана получилъ отъ д-ра *Henri de Rothschild* чекъ на 100000 фр. («*Le Progrès médical*», 3 ноября). По сообщенію «*Gazette des hôpitaux*» (3 ноября), къ проф. *Poirier* поступаютъ все новыя и новыя пожертвованія для той-же цѣли. Сорганизовалась уже учредительный Комитетъ, въ который вошли проф. *Roux*, *Bouchard* и *Debove*. Комитетъ этотъ предполагаетъ устроить 15,000,000-ную лотерею въ пользу учреждаемаго Института.

2105. 25-го октября во французскій Congo отправилась для изученія сонной болѣзни организованная Парижскимъ географическимъ Обществомъ миссія, въ составъ которой вошли 2 врача колоніальныхъ полковъ *G. Martin* и *Leboeuf*, адъютантъ-профессоръ естественныхъ наукъ *Roubaud* и его помощникъ *Weiss*; ими получены инструкціи, въ медицинской своей части редактированы *M. Laveran*'омъ, а по вопросамъ зоологическимъ—*Bouvier* и *Giard*'омъ («*La Semaine médicale*», 7 ноября).

2106. Д-ра *A. Netter* и *L. Ribadeau-Dumas* въ статьѣ: «Заразное происхожденіе отравленій сливочными пирожками. Зависимость отравленія мясными продуктами отъ токсическихъ агентовъ» («*Le Bulletin médical*», 7 ноября) приходятъ къ слѣдующимъ выводамъ: «Отравленія сливочными пирожками зависятъ въ большинствѣ случаевъ отъ зараженія микроорганизмами, представляющими одновременно свойства кишечной палочки и палочки тифозной (палочками паратифознаго типа В), причастность которыхъ къ большинству отравленій мясными продуктами можетъ считаться хорошо установленной. Распознаваніе этого отравленія микробнаго происхожденія, при невозможности прямого обнаруженія микробовъ, можетъ быть установлено пробой на склеиваніе. Последнее можетъ держаться долгое время послѣ выздоровленія. Есть полное основаніе думать, что въ эти кулинарные продукты болѣзнетворные агенты вносятся молокомъ или сливками, а не яйцами, какъ обычно предполагалось. Такія зараженія пищевого происхожденія не проявляются непосредственно подлѣ клинической картины острыхъ или подострыхъ гастроэнтеритовъ. Они могутъ дать картину брюшного тифа или др. заболѣваній, и возможно, что указанная этиологія играетъ болѣе серьезную роль, чѣмъ предполагалось до сихъ поръ».

2107. Въ англійскій и датскій Парламенты, по словамъ «*Temps*» (7 ноября), внесенъ законопроектъ, воспрещающій молодымъ людямъ (моложе 16 л.) курить въ общественныхъ мѣстахъ и на улицахъ и устанавливающій денежную цѣли за продажу дѣтямъ табака.

2108. Въ апрѣлѣ, маѣ и іюнѣ 1907 г. въ Anvers'а (Бельгія) будетъ открыта Международная выставка предметовъ питанія и связанныхъ съ прикладными къ нимъ искусствами и ремеслами. За программами и справками просить обращаться въ секретариатъ, 30, улица d'Arenberg, Anvers.

2109. «*L'Echo médical du Nord*» (4 ноября) перепечатываетъ изъ «*Journal de médecine*» разсказъ проф. *Arnozan* о слѣдующемъ примѣрѣ суевѣрія, держащагося до сихъ поръ во Франціи. Въ одной изъ общинъ мѣстечка Médos, населеніе котораго особенно стойко въ своемъ суевѣріи, вѣра въ колдовство удержалась не только отдѣльными лицами, но и цѣлыми обществами; такъ, въ названной общинѣ одно изъ мѣстныхъ обществъ взаимнаго страхованія, не колеблясь, уплатило въ 2 приема семь одного изъ своихъ членовъ затраты на путешествіе къ одной очень извѣстной въ окрестностяхъ Bordeaux колдунѣ (*sorcière*) для того, чтобы отвезти ей флазеловый жилетъ или носокъ больного. 2 эти путешествія стоили болѣе 115 фр. Обществу, съ трудомъ уплачивающему 210 фр. своему врачу за лѣченіе многочисленныхъ больныхъ въ теченіи цѣлаго года. Случай этотъ проф. *Arnozan* предлагаетъ вниманію интересующихся вопросомъ о незаконномъ врачеваніи и отношеніяхъ между врачами и членами обществъ взаимнаго страхованія.

2110. Умерли: 1) На минувшей недѣлѣ отечественный врачебный міръ постигла новая тяжелая потеря: 25-го октября скончался бывшій проф. Варшавскаго Университета и В-Медицинской Академіи акад. *Левъ Васильевичъ Поповъ*, родившійся въ 1845 г., а званіе врача получившій въ 1868 г. Въ одномъ изъ слѣдующихъ №№ мы дадимъ некрологъ покойнаго.—2) 14-го октября въ сл. Вольшинской, Донецкаго округа области войска Донскаго, земскій врачъ 1-го участка округа *Павелъ Павловичъ Бобинъ*, родившійся въ 1849 г., а званіе врача получившій въ Медико-Хирургической Академіи въ 1873 г.<sup>1)</sup>—3) 18-го октября, въ Ялтѣ, *Михаилъ Васильевичъ Демель* («*Крымскій Курьеръ*», 20 октября), родившійся въ 1872 г., а званіе врача получившій въ 1896 г.—4) *Георгій Прокофьевичъ Гужвичъ*, заведывавшій Новобугской земской больницей и въ теченіи своей службы пользовавшийся любовью и уваженіемъ окружающихъ («*Одесскій Листокъ*», 21 октября). Покойный родился въ 1864 г., а званіе врача получилъ въ 1890 г.—5) 21-го октября, въ Н. Новгородѣ, *Алексій Алексѣевичъ Успенскій*, родившійся въ 1852 г., а званіе врача получившій въ 1876 г.<sup>2)</sup>—6) Въ Сохачевѣ, Варшавской губ. *Юліанъ Войцеховичъ Сервинскій* («*Przegląd lekarski*», 3 ноября), родившійся въ 1860 г., а званіе врача получившій въ 1885 г.—7) 26-го октября, въ Тифлисѣ, *Петръ Ивановичъ Черепановъ*, родившійся въ 1872 г., а званіе врача получившій въ 1898 г. Покойный, по словамъ агентскихъ телеграммъ, застрѣлился въ военномъ госпиталѣ.

Въ дополненіе къ извѣстію о смерти *С. А. Ильинскаго* (см. выше, № 38, стр. 1199) со словъ многоуважаемаго товарища *С. А. Бобринскаго* мы можемъ сообщать, что «покойный прослужилъ въ Москвѣ 20 лѣтъ на одной должности, былъ прекраснымъ товарищемъ, нелицеприятнымъ, ровнымъ какъ съ высшими, такъ и съ низшими; въ тѣсномъ товарищескомъ кружкѣ онъ всегда былъ душою и руководителемъ, сочувствуя всему прекрасному; передъ начальствомъ не гнулъ спины и всегда отстаивалъ интересы меньшей братіи; больные видѣли въ немъ отца».

Опечатка. Въ № 43, въ статьѣ *М. И. Штейнберга*—«Лѣтнія впечатлѣнія. 6-ая врачебно-научная поѣздка» на стр. 1345, столб. 1, строка 44 св. напечатано: (до 1229/10000 гр.); слѣдуетъ (до 1,229/10000 грм.).

<sup>1)</sup> Многоуважаемый товарищъ *А. З. Цыгановичъ*, сообщившій намъ это извѣстіе, пишетъ о покойномъ слѣдующее: «*П. П.* по окончаніи курса поступилъ на службу въ Тверское Земство, затѣмъ перемѣнилъ нѣсколько мѣстъ въ Земствахъ, былъ вольнопрактикующимъ врачомъ въ Харьковѣ и оттуда перешелъ на службу въ Донскую область, гдѣ и прослужилъ безсѣйно въ одномъ участкѣ около 13 лѣтъ. Трудная служба земскаго врача на Дону, сопряженная съ постоянными разлѣздами не только для подачи помощи заболѣвшимъ, но и по судебномедицинскимъ дѣламъ, по плохимъ дорогамъ, въ плохихъ тарантасахъ, во всякую погоду, въ концѣ концовъ расшатала крѣпкое здоровье *П. П.*, и онъ умеръ, простудившись во время поѣздки на вскрытіе (повидимому, отъ фибринозной пейимоніи; распознаваніе точно не было установлено). Покойный былъ дѣльный, пользовавшийся любовью населенія врачъ, съ широкимъ какъ врачебнымъ, такъ и общимъ образованіемъ».

<sup>2)</sup> Въ «*Волгарѣ*» (23 октября), откуда мы заимствуемъ извѣстіе о смерти д-ра *Успенскаго*, помѣщенъ некрологъ покойнаго, авторъ котораго «врачъ», характеризуетъ *А. А.*, какъ врача, имѣвшаго самую большую врачебную практику въ городѣ и, не смотря на свою большую извѣстность, все-же доступнаго и для бѣдныхъ. Погибъ онъ отъ порока сердца, прекративъ практику только за недѣлю до смерти, когда начались мучительные припадки грудной жабы. Почти вся 30-лѣтняя дѣятельность покойнаго протекала въ предѣлахъ Нижегородской губ.—сначала въ с. Богородскомъ, Горбатовскаго уѣзда, въ качествѣ земскаго врача, а потомъ въ Н. Новгородѣ, гдѣ на первыхъ порахъ онъ состоялъ ординаторомъ гинекологическаго отдѣленія Мартыновской земской больницы, а впоследствии работалъ въ качествѣ земскаго врача.

<sup>1)</sup> О Московскомъ Институтѣ Морозовыхъ докладчикъ видимо не знаетъ. Въ

ших здоровой его жену, которую 4 вольнопрактикующие врача за несколько дней перед тем признали настолько больной, что объявленная ей административная высылка из города сочтена была невозможной. Сущность этого дела, как оно представлено в «Вятском Крае» (26 сентября), сводится к следующему. Г-жа Ч. распоряжением губернатора от 18-го августа выслалась «за противоправительственную деятельность» в 3-дневный срок из пределов губернии. Муж г-жи Ч. довел до сведения губернатора, что она совершенно больна и высылка для нее, сопряженная с нравственным потрясением и с лишением домашнего и врачебного ухода, равносильна смертному приговору. Заявление это было подтверждено следующим врачебным свидетельством врачей *Левитского, Красовского, Аксакова и Рязанцевой*: «Мы, нижеподписавшиеся, выдали настоящее свидетельство жене страхового агента Вятского губернского Земства Анны Дмитриевны Чарушиной, 55 л. в том, что она страдает тяжелой формой лейкоза (Leukæmia) и в течение последнего года почти все время проводит в постели. Такое болезненное состояние, требующее самого тщательного ухода за больной и специального лечения, ни в коем случае не допускает возможности без риска для здоровья совершать какие-бы то ни было переезды. «Вятка, августа 18 дня 1906 г.» Свидетельство это, пишет г. Ч., «спешно составленное д-ром *Левитским* по причине внезапного отъезда его по делам служб, казалось нам далеко неполным и не исчерпывающим всех разстройств организма, которые были на лицо, и которых в то же время были хорошо известны врачам; но в виду срочности дела хлопотать о пересоставлении свидетельства было уже поздно, да к тому же и не представлялось в этом необходимости в виду полной несомненности серьезного болезненного состояния моей жены, которое могло быть констатировано любым врачом при самом поверхностном осмотре и самом придирчивом отношении. Результатом подачи заявления и упомянутого медицинского свидетельства было распоряжение губернатора прислать высылку и назначить освидетельствование через врачебное Отделение. Последнее вскоре и состоялось в составе Комиссии из врачебного инспектора *Владимирского*, его помощника *Дементьева*, городского врача *Зейделя* и в присутствии помощника пристава. Комиссия, опросив предварительно мою жену, выступала и выслушивала ее и извлекла при помощи иглы несколько капель крови для микроскопического исследования». Протокол Комиссии, напечатанный в № 40 «Вятского Края», гласит: «1906 г., сентября 5 дня, мы, нижеподписавшиеся, производили во врачебном Отделении Вятского губернского Правления микроскопическое исследование крови, взятой из руки жены страхового агента Вятского губернского Земства Анны Дмитриевны Чарушиной, при чем оказалось следующее. При исследовании приготовленного препарата крови находим обильные кровяные шарики представляется затруднительным вследствие того, что количество их не превышает числа, наблюдаемого у здорового человека. При увеличении в 460 раз в поле зрения был найден один безспорный лейкоцит и другой сомнительный, изменивший свою форму. По результатам исследования крови от лейкозиса в данном случае не может быть и речи. Рассматриваемый препарат крови Чарушиной оставить для хранения при врачебном Отделении». Последствием такого отрицательного заключения правительственных врачей было требование полицеймейстера о немедленном выезде тяжелой больной и официальное дознание о врачах, давших 1-ое врачебное свидетельство. Из протокола дознания, произведенного чиновником администрации и содержащего объяснения, которые дали врачи *Левитский, Красовский, Аксаков и Рязанцева*, видно, что г-жу Ч. они знали много лет, как тяжело больную, уже много раз подвергали ее подробному врачебному исследованию и находили у нее неоднократно увеличение селезенки, печени, и разстройства в деятельности сердца. Врачи *Красовский, Аксаков и Рязанцева*, подписавшие у себя на дому присланное им д-ром *Левитским* свидетельство, сами крови больной не исследовали, а производил это исследование д-р *Левитский*, но не в день составления им свидетельства, а несколько лет раньше. При этом д-р *Левитский* сознает, что составленное им свидетельство, как написанное наспоро, страдает многими неточностями; так, в свидетельстве не упомянуты болезни: цирроз печени, почечные камни, неполадки со стороны сердечной деятельности, и даже самое заблуждение лейкозис названо прямо лейкомией, а не псевдо-лейкозисом. При наличии всех этих болезней, он, *Левитский*, считает всякие переезды и жизнь в обычной обстановке крайне вредными для здоровья Чарушиной. — Инцидент этот воочию показывает, какая тяжелая последствия может иметь наспоро и неполно составленное врачебное свидетельство, во 1-х, а во 2-х —, и это главное —, как жестоко ставить в зависимости от формальности жизни больных! Не отрицая опрометчивости составителя 1-го свидетельства и подписавших его, нельзя, действительно, не упрекнуть в жестокости составителей 2-го. Если произведенное исследование крови и дало отрицательные результаты по отношению к лейкозису, то неужели не ясно, что на больную с циррозом печени, почечными камнями, разстройством сердечной деятельности и нарушенным отравлением органов кровотока, к тому же преклонного возраста, почти все время проводящую в постели, высылка должна оказать прямо-таки губительное действие?

2094. Обвинения по адресу д-ра Енко (см. выше, № 43, 1359) продолжаются. В «Око» (27 октября) г. Н. Костин в статье «Избиение калёк» выражает удивление, что д-р Енко

«все еще там же, в училище глухонемых». Теперь уже появилось, говорит он, «несколько коллективных протестов; собираются подписи в учебных заведениях и среди общественных деятелей. Удивительно, почему молчат Общество врачей, педагогов и т. д.... Мы все еще надеемся услышать от д-ра Енко опровержение».

2095. Директор училища глухонемых д-р Енко, как сообщает «Речь» (1 ноября), на днях получил от Общества детских врачей в Петербурге запрос об участии в училище избиении детей. Ответа, добавляет «Речь», пока не последовало.

2096. Правление Общества взаимного вспомоществования фельдшеров и фельдшерниц (в Одессе) любезно сообщило нам программу «1-го Всероссийского Съезда помощников врачей», созываемого в Москве 20—25 января 1907 г. I. Правовое положение помощников врачей. — II. Повышение общего и специального образования помощников врачей. 1) Реформа фельдшерских школ нормального типа в средние медицинские школы (Институты помощников врачей) в связи с реформой медицинского образования вообще. 2) Поступление школьных фельдшеров на медицинские факультеты. 3) Повторительные курсы в губернских и университетских городах. 4) Допущение школьных фельдшеров к экзамену на звание аптекарского помощника и в зубо-врачебные школы. — III. Организация медицинской помощи населению. 1) Ослобждение. 2) Аптечное дело. 3) Акушерство и гинекология. 4) Зубо-врачевание. 5) Популярная лекция по медицине и гигиене. 6) Самостоятельная деятельность помощников врачей. — IV. Бытовые вопросы. 1) Условия работы в лечебных учреждениях. 2) Оплата труда помощников врачей. 3) Обязательное страхование жизни на случай смерти или инвалидности помощников врачей. 4) Периодические съезды. 5) Взаимопомощь. Членами Съезда могут быть лица, имеющие звание фельдшера, фельдшерницы и акушерки. Членский взнос 3 р. Доклады и членские взносы выставляются в Правление фельдшерского Союза (Москва, Зубово, д. бывш. Юдина, кв. 37). Правление, кроме того, сообщает, что с целью по возможности устроить бесплатный проезд для участников на предстоящий Съезд, а также попутно прогандировать фельдшерские вопросы, оно сочло полезным обратиться ко всем учреждениям, имеющим у себя на службе фельдшеров, с просьбой командировать от них представителей на Съезд с выдачей им путевых расходов. С таким ходатайством оно обращается во все учреждения и ведомства губ. Херсонской, Бессарабской, Подольской, Северного Кавказа, Закавказья и областей Средне-Азиатских владений, т. е. в те местности, которые, по его мнению, не входят в районы других Обществ помощников врачей. Помимо того, оно обратилось непосредственно к самим фельдшерам, которые, не дожидаясь предложения со стороны своих ведомств, обратились-бы с такими же ходатайствами от себя, испрашивая еще при этом предварительные местные съезды, на которых могли-бы быть разрабатываемы все вопросы, подлежащие обсуждению 1-го Всероссийского Съезда.

2097. В Астрахани открываются повторительные курсы для помощников врачей («Астраханский Листок», 15-го октября).

2098. Как сообщают «Русские Ведомости» (26 октября) в «Русском Знамени» напечатано следующее объявление: «Для одного земства требуются 2 врача, члены союза русского народа, жалование 1500 р. и 300 р. разъездных, и 1 врач для города на жалование 1200 р. и лошадь для разъезда к больным по городу». Земство не названо.

2099. В «Русских Ведомостях» (27 октября) сообщаются следующие сведения о происшедших в Москве в конце октября заседаниях съезда спиритуалистов, эзопланетиков, как оказывается, между прочим, и врачевателей. Обстановка залы театра Гирш, в которой намечалось собрание, соответствовала его характеру. На стенах развешены портреты «известных спиритов», начиная от г-жи Шабельской и кончая Артуром Шопенгауэром. Относительно медиумической силы г-жи Шабельской на съезде был представлен целый доклад, из которого видно, что она считала не менее 60000 чел. (неизвестно, сколько вышло). В собрании 25-го октября был доложен отчет о проявлении астральных сил, о переселении на землю астральных духов и о воплощении их в человека в целях пропаганды идей медиумизма. При этом переселении, если верить докладчику, духи поссорились, и часть из них откололась, и образовала отдельную фракцию, стала «пропагандировать зло». Но есть надежда, утверждает докладчик, что отколовшиеся духи снова соединятся с своими товарищами, и зло на земле исчезнет. Затянул один известный спирит показав съезду вновь открытое им вещество, представляющее соединение жизненного эликсира и философского камня, чудесных свойств которого он, впрочем, не демонстрировал. В заключение спирит ясновидящий г. Питерс, специально выданный из Лондона, показывал медиумическую силу: лицам, давшим ему какую-либо из принадлежащих им вещей, он рассказывал их прошлое, настоящее и будущее. Желавших погадать нашлось 19 чел. В определении 18-ти минут ошибся, но 1 получил приблизительно верный ответ, и собрание проводило знаменитость громкими аплодисментами. Большинство присутствующих на съезде — дамы; есть и представители мужского пола, в том числе несколько студентов и офицеров. — Что думать об этом почтенном собрании спиритов?

2100. Въ *Triest's*, по словамъ агентскихъ телеграммъ (отъ 12-го октября и. ст.), при вскрытїи тѣла скончавшагося въ госпиталѣ матроса кампаніи *Loud'a* установлены признаки бубонной чумы.

2101. Новое французское Министерство съ премьеръ-министромъ д-ромъ медициной *Clemenceau* во главѣ вноситъ, по словамъ «*Humanité*», проектъ отмены смертной казни, за исключеніемъ случаевъ приговора ея къ военнымъ во время войны (за нашествіемъ).

2102. На освободившуюся за выходомъ въ отставку вслѣдствіе преклоннаго возраста проф. *Rindfleisch'a* катедру патологической анатоміи въ *Würzburg's* прилаженъ проф. *Borst* («*Reichs-Medicinal-Anzeiger*»).

2103. Въ настоящемъ году премія Нобеля въ 200000 фр. по медицинѣ присуждена проф. *Golgi*, состоящему ректору университета въ Павіи («*Gazette des hôpitaux*», 30 октября). Премія Нобеля по медицинѣ была присуждена уже слѣдующимъ лицамъ: въ 1901 г.—*Behring's*, въ 1902 г.—*Ronald Ross's*, въ 1903 г.—*Pinsen's*, въ 1904 г.—*И. П. Павлову*, въ 1905 г.—*R. Koch's*.

2104. Во Франціи создается Институтъ для изученія рака (*Institut pour l'étude et la guérison du cancer*). Начало его организаціи положено было при слѣдующихъ обстоятельствахъ.—Проф. *Poirier*, сдѣлавъ въ засѣданіи Парижской Медицинской Академіи 30-го октября сообщеніе о сѣхъ излѣчимости рака вообще и въ частности рака языка, закончилъ это сообщеніе напоминаніемъ о томъ, что Франція отстала отъ другихъ государствъ въ организаціи борьбы съ этой ужасной болѣзью. Повсюду говорили, ученые создаютъ Союзы для совместнаго изученія рака, и эти Союзы обезпечены средствами. Въ Англіи имѣются, «*Cancer Investigation Committee*» и «*Imperial cancer Research Fund*»—организаціи, обильно снабженныя всѣмъ необходимымъ и щедро обезпеченныя средствами. Въ Германіи въ 1900 г. основана «*Deutsches Komitee für Krebsforschung*», директоромъ которой состоитъ проф. *v. Leyden*; она получаетъ правительственную субсидію. Въ Соединенныхъ Штатахъ имѣется также нѣсколько соответственныхъ организацій<sup>1)</sup>. Правда, и во Франціи въ 1893 г. проф. *Vergneuil* имѣла основана «*Ligue contre le cancer*»; но она почти не пережила своего основателя. Почивъ пополнить этотъ пробѣлъ проф. *Poirier* и предложилъ взять на себя Парижской Медицинской Академіи, выразивъ надежду, что во Франціи не могутъ не найтись средства для этого благого дѣла. Надежда эта, въ самомъ дѣлѣ, очень скоро оправдалась. Уже въ концѣ засѣданія проф. *Poirier* для осуществленія своего плана получилъ отъ д-ра *Henri de Rothschild* чекъ на 100000 фр. («*Le Progrès médical*», 3 ноября). По сообщенію «*Gazette des hôpitaux*» (3 ноября), къ проф. *Poirier* поступаютъ все новыя и новыя пожертвованія для той-же цѣли. Сорганизовалась уже учредительный Комитетъ, въ который вошли проф. *Roux*, *Bouchard* и *Debove*. Комитетъ этотъ предполагаетъ устроить 15,000,000-ную лотерею въ пользу учреждаемаго Института.

2105. 25-го октября во французскій Congo отправилась для изученія сонной болѣзни организованная Парижскимъ географическимъ Обществомъ миссія, въ составъ которой вошли 2 врача колоніальныхъ полковъ *G. Martin* и *Leboeuf*, адъютантъ-профессоръ естественныхъ наукъ *Roubaud* и его помощникъ *Weiss*; ими получены инструкціи, въ медицинскій своей части редактированы *M. Laveran*омъ, а по вопросамъ зоологическимъ—*Bouvier* и *Giard*омъ («*La Semaine médicale*, 7 ноября).

2106. Д-ра *A. Netter* и *L. Ribadeau-Dumas* въ статьѣ: «Заразное происхожденіе отравленій сливочными продуктами. Зависимость отравленія мясными продуктами отъ токсическихъ агентовъ» («*Le Bulletin médical*», 7 ноября) приходятъ къ слѣдующимъ выводамъ: «Отравленія сливочными продуктами зависятъ въ большинствѣ случаевъ отъ зараженія микроорганизмами, представляющими одновременно свойства кишечной палочки и палочки тифозной (палочками паратифоннаго типа В), причастность которыхъ къ большинству отравленій мясными продуктами можетъ считаться хорошо установленной. Распознаваніе этого отравленія микробнаго происхожденія, при невозможности прямого обнаруженія микробовъ, можетъ быть установлено пробой на склеиваніе. Последнее можетъ держаться долгое время послѣ выздоровленія. Есть полное основаніе думать, что въ эти кулинарные продукты болѣзнетворные агенты вносятся молокомъ или сливками, а не яйцами, какъ обычно предполагалось. Такія зараженія пищевого происхожденія не проявляются непосредственно подлѣ клинической картины острыхъ или подострыхъ гастроэнтеритовъ. Они могутъ дать картину брюшного тифа или др. заболѣваній, и возможно, что указанная этиологія играетъ болѣе серьезную роль, чѣмъ предполагалось до сихъ поръ».

2107. Въ авгійскій и датскій Парламенты, по словамъ «*Temps*» (7 ноября), внесенъ законопроектъ, воспрещающій молодымъ людямъ (моложе 16 л.) курить въ общественныхъ мѣстахъ и на улицахъ и устанавливающій денежную пеню за продажу дѣтямъ табака.

2108. Въ апрѣлѣ, маѣ и іюнѣ 1907 г. въ Anvers'ѣ (Бельгія) будетъ открыта Международная выставка предметовъ питанія и жизни съ прикладными къ нимъ искусствами и ремеслами. За программами и справками просить обращаться въ секретариатъ, 30, улица d'Arenberg, Anvers.

<sup>1)</sup> О Московскомъ Институтѣ Морозовыхъ докладчикъ видимо

2109. «*L'Echo médical du Nord*» (4 ноября) перепечатываетъ изъ «*Journal de médecine*» рассказъ проф. *Arnozan* о слѣдующемъ примѣрѣ суевѣрія, держащагося до сихъ поръ во Франціи. Въ одной изъ общинъ мѣстечка *Médos*, населеніе котораго особенно стойко въ своемъ суевѣріи, вѣра въ колдовство удержалась не только отдѣльными лицами, но и цѣлыми обществами; такъ, въ названной общинѣ одно изъ мѣстныхъ обществъ взаимнаго страхованія, не колеблясь, уплатило въ 2 приема семь одного изъ своихъ членовъ затраты на путешествіе къ одной очень извѣстной въ окрестностяхъ *Bordeaux* колдунѣ (*sorcière*) для того, чтобы отвѣсти ей флазелевый жалеетъ или носокъ больного. 2 эти путешествія стоили болѣе 115 фр. Обществу, съ трудомъ уплатившему 210 фр. своему врачу за лѣченіе многочисленныхъ больныхъ въ теченіи цѣлаго года. Случай этотъ проф. *Arnozan* предлагаетъ вниманію интересующихся вопросомъ о незаконномъ врачеваніи и отношеніями между врачами и членами обществъ взаимнаго страхованія.

2110. Умерли: 1) На минувшей недѣлѣ отечественный врачевный міръ постигла новая тяжелая потеря: 25-го октября скончался бывшій проф. Варшавскаго Университета и В-Медицинской Академіи акад. *Левъ Васильевичъ Поповъ*, родившійся въ 1845 г., а званіе врача получившій въ 1868 г. Въ одномъ изъ слѣдующихъ №№ мы дадимъ некрологъ покойнаго.—2) 14-го октября въ сл. Вольшинской, Донецкаго округа области войска Донскаго, земскій врачъ 1-го участка округа *Павелъ Павловичъ Бобинъ*, родившійся въ 1849 г., а званіе врача получившій въ Медико-Хирургической Академіи въ 1873 г.<sup>1)</sup>—3) 18-го октября, въ Ялтѣ, *Михаилъ Васильевичъ Демпель* («*Крымскій Курьеръ*», 20 октября), родившійся въ 1872 г., а званіе врача получившій въ 1896 г.—4) *Георгій Прокофьевичъ Гужевичъ*, заведывавшій Новобугской земской больницей и въ теченіи своей службы пользовавшій любовью и уваженіемъ окружающихъ («*Одесскій Листокъ*», 21 октября). Покойный родился въ 1864 г., а званіе врача получилъ въ 1890 г.—5) 21-го октября, въ Н. Новгородѣ, *Алексій Алексѣевичъ Успенскій*, родившійся въ 1852 г., а званіе врача получившій въ 1876 г.<sup>2)</sup>—6) Въ Сохачевѣ, Варшавской губ. *Юліанъ Войцеховичъ Сервинскій* («*Przegląd lekarski*», 3 ноября), родившійся въ 1860 г., а званіе врача получившій въ 1885 г.—7) 26-го октября, въ Тифлисѣ, *Петръ Ивановичъ Черепановъ*, родившійся въ 1872 г., а званіе врача получившій въ 1898 г. Покойный, по словамъ агентскихъ телеграммъ, застрѣлился въ военномъ госпиталѣ.

Въ дополненіе къ извѣстію о смерти *С. А. Ильинскаго* (см. выше, № 38, стр. 1199) со словъ многоуважаемаго товарища *С. А. Бобринскаго* мы можемъ сообщить, что «покойный прослужилъ въ Москвѣ 20 лѣтъ на одной должности, былъ прекраснымъ товарищемъ, нелицеприятнымъ, ровнымъ какъ съ высшими, такъ и съ низшими; въ тѣсномъ товарищескомъ кружкѣ онъ всегда былъ душою и руководителемъ, сочувствуя всему прекрасному; передъ начальствомъ не гнулъ спины и всегда отстаивалъ интересы меньшей братіи; больные видѣли въ немъ отца».

Опечатка. Въ № 43, въ статьѣ *М. Г. Штейнберга*—«Лѣтнія впечатлѣнія. 6 ая врачебно-научная поѣздка» на стр. 1345, столб. 1, строка 44 св. напечатано: (до 1229/10000 гр.); слѣдуетъ (до 1,229/10000 гр.).

<sup>1)</sup> Многоуважаемый товарищъ *А. З. Цыгановичъ*, сообщившій намъ это извѣстіе, пишетъ о покойномъ слѣдующее: «*П. П.* по окончаніи курса поступилъ на службу въ Тверское Земство, затѣмъ перемѣнилъ нѣсколько мѣстъ въ Земствахъ, былъ вольнопрактикующимъ врачомъ въ Харьковѣ и оттуда перешелъ на службу въ Донецкую область, гдѣ и прослужилъ безсмысленно въ одномъ участкѣ около 13 лѣтъ. Трудная служба земскаго врача на Дону, сопряженная съ постоянными разлѣздами не только для подачи помощи заболѣвшимъ, но и по судебномедицинскимъ дѣламъ, по плохимъ дорогамъ, въ плохихъ тарантасахъ, во всякую погоду, въ кониѣ концовъ расшатала крѣпкое здоровье *П. П.*, и онъ умеръ, простудившись во время поѣздки на вскрытіе (повидимому, отъ фабричной пневмоніи; распознаваніе точно не было установлено). Покойный былъ дѣльнымъ, пользовавшимся любовью населенія врачъ, съ широкимъ какъ врачевнымъ, такъ и общимъ образованіемъ».

<sup>2)</sup> Въ «*Волгарѣ*» (23 октября), откуда мы заимствуемъ извѣстіе о смерти д-ра *Успенскаго*, помѣщенъ некрологъ покойнаго, авторъ котораго «врачъ», характеризуетъ *А. А.*, какъ врача, имѣвшаго самую большую врачебную практику въ городѣ и, не смотря на свою большую извѣстность, все-же доступнаго и для бѣдныхъ. Погибъ онъ отъ порока сердца, прекративъ практику только за недѣлю до смерти, когда начались мучительные припадки грудной жабы. Почти вся 30-лѣтняя дѣятельность покойнаго протекала въ предѣлахъ Нижегородской губ.—сначала въ с. Богородскомъ, Горбатовскаго уѣзда, въ качествѣ земскаго врача, а потомъ въ Н. Новгородѣ, гдѣ на первыхъ порахъ онъ состоялъ ординаторомъ гипокриотическаго отдѣленія Мартыновской земской больницы, а впоследствии работалъ въ качествѣ

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

## МЕСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Русские.

Военно-Медицинский Журнал, 1906 г., июнь. 1. В. Карташев. Сана в патогенетическом отношении. Случай сана у человека. 2. Р. Таль. Сравнительное исследование иштіола у некоторых замещающих его препаратов. Химическое исследование. 3. А. Минин. К вопросу о сшивании раненых кишечек. 1 случай. 4. С. Михайлов. Редкий случай разрыва кишечек осколками золотых монет. 1 случай. 5. Я. Виолин. О наложении неподвижных повязок на войну. Особенно рекомендуется крахмальная повязка. 6. К. Подоский. Случай периодической спинномозгового паралича. 7. С. Троицкий. О тропической лихорадке. 2 случая со смертельным исходом. 8. Е. Дарин. К вопросу об открытии своего лечебного заведения при каждой части войска. 9. Г. Стефановский. Должны ли существовать лечебные заведения при частях войска? 10. А. Охотников. Сь Дальнего Востока. 11. Н. Давыдов. Иоды и кохи. 10 случаев успешного лечения иодом. 12. Е. Костяковский. К казуистике заболеваний венз при сифилисе. 1 случай.

Июль. 1. В. Рубашкин. О созревании и омолодотворении яича у млекопитающих (с 8 рис.). Лекция. 2. С. Гирголав. Случай продолжительного пребывания иррадиальной пули в глубинах мозга. 3. О. Сузук. Практические замечки из Русско-Японской Морской войны. 4. С. Троицкий. О тропической лихорадке. 1 случай. 5. Н. Давыдов. О поносных заболеваниях в Манчжурии. Краткая заметка. 6. М. Мурзин. К эпидемиологии Сибирской язвы в войсках. Разбор 10 случаев. 7. И. Клятин. К вопросу об очищении питьевой воды механическими фильтрами американского типа (3 рис.). Вода очищается хорошо в химико-физическом отношении, но не в бактериологическом. 8. А. Охотников. Сь Дальнего Востока. 9. Л. Полубогатов. К устройству передовых перевязочных пунктов во время Русско-Японской войны. 10. А. Пучковский. Трихлоруксусная кислота при сузых прободениях барабанной перепонки. 35 случаев успешного применения этой кислоты. 11. Н. Вязогов. Лучший способ лечения гнойных отитов у солдат. Автор рекомендует способ введения марлевых турунд в наружный слуховой проход.

## Французские.

Revue de Médecine, 1906 г., № 1. 1. Ch. Feré. Recherches expérimentales sur l'influence du sucre sur le travail. (Реферат). 2. Marandon de Montyel. Les causes morbides prédisposantes en pathologie mentale. Литературный очерк и описание собственных случаев. 3. P.-J. de Bruine Ploos von Amstel. L'éclampsie puerpérale. Обзор вопроса. 4. M. Faure et C. Reymond. Education de la respiration (son rôle dans la cure d'air). Краткое изложение результатов достигнутых при помощи способа автора (107 случаев).

№ 2. 1. H. Labbé et G. Vitry. Contribution à l'étude des échanges azotés chez les tuberculeux. Разбор 2 случаев с многочисленными цифровыми данными об азотистом обмене у чахоточных. 2. Ch. Feré. Recherches expérimentales sur l'influence du sel sur le travail. Влияние хлористого натрия на мышечную работу. Экспериментальное исследование. 3. M. Mégieus. Diagnostic de la tuberculose. Новый способ распознавания бугорчатки. 4. Maurice Faure. Nouvelle méthode de traitement des paraplégies spasmodiques. Вывод на основании 40 случаев. 5. P.-J. de Bruine Ploos von Amstel. L'éclampsie puerpérale (окончание). 6. G. Tolot. Un cas d'anémie pernicieuse avec spasme de l'oesophage. Случай с подробным патолого-анатомическим исследованием.

Revue d'Hygiène, 1906 г., № 1. 1. Battesti. Notions pratiques sur la protection méthodique des habitations pour se préserver des moustiques. Описание устройства сѣток в жилищах помешений для предохранения от комаров. 2. G. Drouineau. L'année démographique 1904. Статистика рождаемости и смертности во Франции в 1904 г. 3. G. Petges. Influence des casernes sur l'hygiène, casernes anciennes et nouvelles. Статистический материал по военной гигиене.

№ 2. 1. E. Rolants. Epuration biologique des eaux résiduaires de féculerie. Биологический способ очистки сточных вод. 2. Dupuy. Assistance aux tuberculeux des équipages des navires de commerce. Санитарный очерк.

1906 г., № 3. 1. Deléarde et Bonn. Des dangers de la décoction de tête de pavot chez les enfants en nourrice. Отвар головок мака весьма вреден для детей. Необходим строгий надзор за их продажей. 2. G. Lambert. Recherche et dosage du plomb dans les eaux potables. Исследование питьевой воды на

## 2-НЕДЕЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Французские.

Archives générales de médecine, 1906 г., т. I, № 1. 1. Julien Bouygues. De l'hyperhidrose des extrémités distales. Потливость конечностей, не самостоятельная болезнь, а лишь отдельный признак болезни, присущей различным отравлениям (алкоголизму, сифилису и пр.). 2. Edgar Hirtz et Henri Lemaire. Rétrécissement tricuspidien et cyanose. Случай синюхи в зависимости от сужения входного отверстия правого желудочка. 3. René Pichou. Quelques remarques à propos d'une observation de luxation métacarpo-phalangienne en arrière du cinquième doigt. Замѣтка о вывихе в пястно-пальцевом суставе мизинца. 4. V. Trébault. De la consolidation chez les accidentés du travail. Очерк по общественной медицине.

№ 2. 1. Er. Aievoli. Contribution à l'anatomie pathologique du naevus kératosique. Патологическая анатомия ороговавшего родимого пятна. 2. L. Torel. Du prurit dans la syphilis. Случай сифилитического зуда. 3. I.-P. Tessier. Cas typique d'angine de poitrine. Случай грудной жабы. 4. G. Tisserand. Luxations du nerf cubital. Литературно-критический очерк по вопросу о вывихе локтевого нерва. 5. Fortuné Masel. Le service de deux ans et les médecins.

№ 3. 1. E. Cassaët et E. Micheleau. Sur deux cas de pemphigus traité par la déchloruration. 2 случая. 2. Paul Bernard. Epidémie de diphtérie à corbelin (1 ère) 1904—1905. Статистический материал. 3. A. Mandoul. Un cas de paralysie faciale corticale consécutive à une méningite cérébrospinale ayant évolué favorablement. Краткое описание случая. 4. Florea Simionescu. Aero-vaporo-thermothérapie en général; le traitement de l'ozène essentiel vrai. Описание прибора и его употребление (с рисунком). 5. Matignon. Ce qui a fait la Croix Rouge du Japon pendant la guerre russo-japonaise. О Японском Красном Кресте.

№ 4. 1. Pater et Halbron. Considerations cliniques sur la fièvre typhoïde chez l'enfant. Клинические наблюдения (21 случай) и литературный очерк. 2. Poiso et R. Merrey. Tétanos utérin post abortum à évolution subaiguë; guérison. Описание случая. 3. Dieulafoy. Localisations générales invétérées de la syphilis tertiaire. Общий обзор предмета.

№ 5. 1. G. Marion. A propos du traitement des kystes hydatiques du foie. 2 случая. 2. Henry Bernard. Une conception pathogénique du rhumatisme chronique. Критический обзор вопроса. 3. Ch. Esmonet. Comment une même cause peut agir sur le spasme de l'intestin et sur son atonie. Фармаколого-терапевтическая замѣтка о действии воды. 4. Le Jemtel. Perforations de l'intestin grêle par corps étrangers. Описание случая.

№ 6. 1. Paul Emile Lévy. La cure définitive de la newsthénie par la rééducation psychique. Замѣтка по психотерапии. 2. G. Etienne. Ictère infectieux aigu par angiocholite, seule manifestation d'un cancer de la tête du pancréas (avec 1 courbe). Описание случая. 3. Lucien Jacquet. L'hygiène de la peau et de la chevelure. Данные по практической гигиене.

№ 7. Klippel et Maurice Villaret. Asthénies et atrophies myopathiques. Составление и сводка литературных данных. 2. Poiso et Cl. Vincent. Purpura hémorragique à réaction myélocytaire hémorragie méningée. Guérison. Описание случая. 3. A. Mougeot. La leucothérapie. Лечебное значение искусственного лейкоцитоза. Обширная литература.

№ 8. 1. Crespin. La variole à Alger. Отчет об эпидемии 1904—1905 г. и о вакцинации. 2. A. Calmette. Les venins et l'immunisation. Лекция о змеином яде и противоядии. 3. Julien Bouygues. Le casier sanitaire des maisons. Очерк по общественной гигиене.

№ 9. 1. J. Martin et Godlewski. L'œdème dur traumatique de secrétum est-il une entité morbide? 2. Raymond Bellès. Sur la présence du signe de Kernig dans le zona. Краткое описание 2 случаев.

№ 10. 1. Noël Flessinger. Ostéomyélite sacro-lombaire à diplocoques en grains de café. Описание случая. 2. Er. Aievoli. Les nouvelles études sur la pathogénie statico-mécanique de l'hallux valgus. Литературная замѣтка.

№ 11. 1. Henri Dominici. Sur le plan de structure du système hématopoïétique des mammifères. Эмбриолого-гистологическое исследование.

Bulletin de l'Institut Pasteur, 1906 г., № 1. 1 и 2. Ch. Dopter. La dysenterie bacillaire: bactériologie, unité spécifique. О единстве возбудителей кровавого поноса (не окончена).

№ 3, 4 и 5. A. Guillaumond. Les corpuscules metachromatiques ou grains de volutine. Бактериологическое исследование о хромофильных зернистостях у миазидов (с 4 рисунками).

№ 6, 7 и 8. Оригинальных работ не содержат.

№ 9. P. Remlinger. Les microbes filtrants. Бактериологический очерк.



CLXXVII. Изъ клиники заразныхъ болѣзней В.-Медицинской Академіи.

# О кровяныхъ пластинкахъ при острыхъ заразныхъ заболѣваніяхъ <sup>1)</sup>.

Проф. Н. Я. Чистовича.

Возрѣнія на природу и значеніе кровяныхъ пластинокъ далеко еще нельзя считать установившимися. Описавшіи ихъ еще въ 1865 г. *Max Schultze* и, позднѣе, *Riess* считали ихъ обломками бѣлыхъ шариковъ. *Max Schultze*, *Ranvier*, *Osler* отмѣтили значеніе пластинокъ въ процессѣ свертыванія крови, а *Zimmermann* и *Norris* указывали на участіе ихъ въ возрожденіи крови. Съ 1876 г. появляется рядъ изслѣдованій *Hayem*'а, всесторонне изучившаго морфологію пластинокъ и судьбу ихъ при физиологическихъ и патологическихъ состояніяхъ.

*Hayem* категорически высказался за самостоятельное значеніе кровяныхъ пластинокъ, какъ нормального, 3-го форменнаго элемента крови; рядомъ наблюденій онъ прослѣдилъ роль пластинокъ при свертываніи крови и пытался установить постепенный переходъ ихъ въ маленькіе красные шарики (*globules pains*). Считая пластинки родоначальниками красныхъ шариковъ, *Hayem* называлъ ихъ гематобластами. Гематобласты, по *Hayem*'у, имѣются у всѣхъ какъ теплокровныхъ, такъ и холоднокровныхъ животныхъ, но у животныхъ съ ядерными красными шариками форма гематобластовъ иная. У человѣка и животныхъ, у которыхъ красные шарики безъ ядеръ, пластинки имѣютъ видъ маленькихъ кругловатыхъ или эллиптическихъ тѣлецъ, въ профиль представляющихъ яйцевидными, слѣд., двояковыпуклыхъ, безъ ядеръ, безцвѣтныхъ, размѣрами въ 1,8—3,6  $\mu$  въ наибольшемъ діаметрѣ. У животныхъ съ ядерными красными шариками такихъ пластинокъ нѣтъ; но у нихъ *Hayem* доказалъ присутствіе въ крови особыхъ веретенообразныхъ клѣтокъ съ ядрами, отличающихся той-же крайней нестойкостью, какъ и кровяныя пластинки. При выходѣ крови изъ сосудовъ какъ пластинки, такъ и веретенообразныя клѣтки быстро разрушаются, и наступаетъ свертываніе крови.

Въ 1882 г. *Vizzogero* обнародовалъ свои изслѣдованія надъ 3-мъ форменнымъ элементомъ крови. Онъ подтвердилъ постоянство пластинокъ въ крови и показалъ, что ихъ можно найти и въ живой, обращающейся крови млекопитающихъ, и прослѣдилъ ихъ роль въ свертываніи крови и образованіи тромбовъ. Участіе пластинокъ въ кровотовереніи *Vizzogero* не подтвердилъ. *Laaker* присоединился къ мнѣнію *Hayem*'а и *Vizzogero*, что пластинки представляютъ нормальные форменные элементы крови.

Въ 1884 г. появилась обстоятельная работа *М. И. Афанасьева* о 3-мъ форменномъ элементѣ крови. Усовершенствовавъ технику счета пластинокъ, *М. И. Афанасьевъ* произвелъ рядъ счисленій ихъ у нормальныхъ людей и при различныхъ болѣзненныхъ процессахъ, а также при кровоупусканіи и отравленіи пирогаллоломъ у животныхъ. На основаніи своихъ изслѣдованій *Афанасьевъ* пришелъ къ тому же выводу, какъ и *Hayem*, а именно, что пластинки играютъ роль въ возрожденіи крови и что между ними и красными шариками имѣются всѣ переходныя формы.

Вопросъ о веретенообразныхъ клѣткахъ, которыя *Hayem* считаетъ гематобластами животныхъ съ ядерными красными шариками, былъ далѣе предметомъ изслѣдованія многихъ авторовъ. *Eberth* и *Schimmelbusch* пришли къ выводамъ, аналогичнымъ съ взглядами *Hayem*'а: они тоже принимаютъ эти клѣтки за образообразителей красныхъ шариковъ. *Neumann*, *Giglio*, *Dekhuizen* <sup>2)</sup> видятъ въ веретенообразныхъ клѣткахъ образованіе, соответствующія пластинкамъ. *Löwit*, *Riess*, *Helber* считаютъ веретенообразныя клѣтки бѣлыми тѣльцами. *Eisen* признаетъ ихъ за перерожденные красные шарики, потерявшие оболочку и гемоглобинъ. *Mac Callum* считаетъ веретенообразныя

клѣтки крови амфибій за остатки разрушенныхъ красныхъ шариковъ.

Такъ-же мало выяснено еще и происхожденіе истинныхъ пластинокъ. *Riess* считаетъ ихъ обломками бѣлыхъ тѣлецъ. *Laaker*, *Hlava* и *Афанасьевъ* думаютъ, что пластинки представляютъ ядра безъ протоплазмы. *Engel* видѣлъ у зародышей мышей происхожденіе пластинокъ изъ красныхъ шариковъ. Въ зародышевомъ періодѣ, когда еще всѣ красные шарики—ядерные, пластинокъ нѣтъ; онѣ являются, когда красные шарики теряютъ ядра. При нормальной гибели ядеръ происходятъ базофильныя грануляціи и почти аморфныя пластинки. Наличие ядеръ у пластинокъ *Engel* считаетъ недоказанной, такъ какъ онѣ лишь иногда воспринимаютъ ядерную окраску, чаще-же окрашиваются кислой краской. *Arnold* тоже считаетъ пластинки, окрашивающіяся ядерными красками, продуктами распада (*Abschnüppungsproducte*), найденнаго имъ въ красныхъ шарикахъ нуклеоиднаго вещества (*Nucleoid* *Лавдовскаю*). *А. А. Максимовъ* описываетъ выходъ пластинокъ изъ красныхъ шариковъ и думаетъ, что въ обращающейся крови пластинокъ нѣтъ. *Pappenheim* признаетъ пластинки *Engel*'а, вышедшія изъ красныхъ шариковъ, за ихъ обломки. Пластинки, не окрашивающіяся ядерными красками, *Arnold* считаетъ продуктами отщепленія протоплазмы красныхъ шариковъ. *Schwalbe* различаетъ 2 вида пластинокъ: «erythrocytäre» и «leukocytaire Plättchen».

*Grawitz* принимаетъ, что происхожденіе пластинокъ не единичное, что онѣ образуются изъ ядеръ красныхъ и бѣлыхъ шариковъ, но могутъ происходить и изъ осадковъ бѣлка. Также *Eisen* указываетъ, что есть истинныя и ложныя пластинки, или организованныя и неорганизованныя, происходящія чрезъ осажденіе фибрина. *Weidenreich* производитъ пластинки путемъ отщипыванія отъ красныхъ и бѣлыхъ шариковъ: первыя имѣютъ гемоглобинъ, вторыя его лишены. *Riess* наблюдалъ въ крови обезкровленныхъ лягушекъ образованіе пластинокъ изъ бѣлыхъ тѣлецъ. *Schmauch* считаетъ ихъ конечными продуктами распада ядеръ красныхъ шариковъ; *Bürger* доказываетъ, что пластинки—самостоятельные элементы, происходящіе независимо отъ красныхъ и бѣлыхъ тѣлецъ. *Helber* различаетъ пластинки ядернаго происхожденія—«Kernplättchen», появляющіяся у зародышей въ періодѣ выбрасыванія ядеръ красными шариками, и протоплазматическія—«protoplasmatische Plättchen»—обломки бѣлыхъ тѣлецъ *Riess*'а или тѣльца *Arnold*'а. *Wright* признаетъ пластинки за отдѣлившіяся части клѣточекъ-великановъ селезенки и костнаго мозга—мегакариоцитовъ.

Я ограничусь этимъ, далеко неполнымъ, перечнемъ мнѣній о происхожденіи пластинокъ, а также ихъ отношеніи къ кровотоверенію; уже и изъ него видно, сколько еще въ этихъ вопросахъ неяснаго и противорѣчиваго. Однако, уже теперь можно сказать, что въ крови имѣются 2 рода образованій: истинныя пластинки, имѣющія опредѣленную форму и физиологическую роль, и смѣшиваемые съ ними обломки бѣлыхъ тѣлецъ и красныхъ шариковъ. Наибольшій интересъ представляютъ, конечно, первыя.

При изслѣдованіи подъ микроскопомъ свѣжей крови человѣка въ первыя минуты совершенно ясно видны кучки пластинокъ, форма которыхъ, конечно, хорошо различима лишь у отдѣльно лежащихъ пластинокъ, и тогда можно съ несомнѣнностью убѣдиться, что это—безцвѣтныя, кругловатыя тѣльца, въ профиль представляющіяся эллиптическими. Въ крови, разведенной жидкостью *М. И. Афанасьева*, у большей части ихъ форма сохраняется нѣсколько минутъ, и потому удается отличить ихъ отъ встрѣчающихся въ крови зернышекъ. Уже одна опредѣленность и постоянство формы пластинокъ исключаетъ возможность принимать ихъ за обломки какихъ нибудь клѣточныхъ элементовъ или за осадки бѣлковыхъ тѣлъ, а правильныя, закономѣрныя измѣненія ихъ количествъ при различныхъ процессахъ заставляютъ признать въ нихъ особый видъ форменныхъ элементовъ крови съ опредѣленной физиологической функціей.

Задачей моей работы было изученіе роли кровяныхъ пластинокъ при заразныхъ заболѣваніяхъ. Въ настоящей статьѣ я ограничусь лишь изложеніемъ своего матеріала

<sup>1)</sup> Сообщено въ засѣданіи Микробиологическаго Общества въ Петербургѣ 13-го 1906 г.

по вопросу объ измѣненіи числа пластинокъ въ крови въ теченіи острыхъ лихорадочныхъ заразныхъ заболѣваній.

Въ 1881 г. *Hayet* и его ученикъ *Reune* указали на крайне интересный фактъ. Во время лихорадочнаго періода острыхъ заразныхъ заболѣваній (пнеймонія, рожа, скарлатина, корь) количество кровяныхъ пластинокъ или гематобластовъ, какъ они ихъ называютъ, уменьшается, а послѣ критическаго паденія температуры, наоборотъ, увеличивается. *Hayet* отмѣтилъ также, что это послѣкритическое увеличеніе числа гематобластовъ сопровождается нарастаніемъ числа красныхъ кровяныхъ шариковъ. Совершенно такую же картину онъ получилъ при возрожденіи крови послѣ кровопусканій. При болѣе затяжной лихорадочной болѣзни съ литическимъ окончаніемъ—при брюшномъ тифѣ, во время лихорадочнаго состоянія количество кровяныхъ пластинокъ прогрессивно убываетъ; начало этого убыванія совпадаетъ съ концемъ паденія температуры, а максимумъ его приходится чрезъ 12 дней послѣ окончанія лихорадки. При перемежной лихорадкѣ, до окончанія лихорадочныхъ приступовъ, число какъ кровяныхъ пластинокъ, такъ и красныхъ шариковъ понижается, но при этомъ въ дни приступовъ число послѣднихъ падаетъ, число же пластинокъ нѣсколько повышается, а въ дни апирексій отношеніе бываетъ обратное. По окончаніи лихорадки число пластинокъ нѣсколько дней продолжаетъ повышаться, а затѣмъ начинаетъ возвращаться къ нормѣ; число же красныхъ шариковъ держится еще дня 3 по окончаніи лихорадки на низкихъ цифрахъ и только затѣмъ начинаетъ возрастать. Всѣ эти явленія *Hayet* объясняетъ возрожденіемъ крови: всякій разъ, какъ происходитъ разрушеніе красныхъ шариковъ въ крови, изъ кроветворныхъ органовъ въ нее поступаютъ гематобласты, изъ которыхъ и образуются новые красные шарикъ.

Къ аналогичному выводу приходитъ и *М. И. Афанасьевъ*. Онъ изслѣдовалъ повторно кровь въ 5 случаяхъ брюшнаго тифа и по 1 разу въ случаѣ фибринозной пнеймоніи и бугорчатки легкихъ. При тифѣ въ періодѣ высокой температуры число пластинокъ было уменьшено, и онѣ отличались малой величиной; въ періодѣ же поправленія число ихъ и размѣры увеличивались. У пнеймоника на 6-ой день болѣзни при  $38^{\circ},5-40^{\circ}$  пластинокъ было 340000, а у большого бугорчаткой 262000.

*A. Halla*, ограничивавшійся опредѣленіемъ количества пластинокъ на глазъ, безъ счисленія ихъ, нашелъ въ рядѣ острыхъ заразныхъ болѣзней (пнеймонія, рожа, сочленовый ревматизмъ, перитонитъ) на высотѣ процесса увеличеніе количества пластинокъ и еще большее умноженіе ихъ по окончаніи лихорадки и воспалительныхъ явленій.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ на высотѣ лихорадки количество пластинокъ было нормально и сильно нарастало по окончаніи ея. Сравнивая колебанія числа пластинокъ съ таковыми же числа бѣлыхъ тѣлецъ, авторъ заключаетъ, что число пластинокъ увеличивается, когда имѣется или имѣлся раньше лейкоцитозъ. Уменьшеніе числа пластинокъ онъ нашелъ при тифѣ, болотной лихорадкѣ и при плейритѣ.

*Fusari* находилъ уменьшеніе количества пластинокъ при малокровіяхъ, сопровождающихся лихорадкой. *Pizzini* тоже нашелъ уменьшеніе числа ихъ при острыхъ лихорадочныхъ заболѣваніяхъ.

Довольно многочисленныя наблюденія надъ содержаніемъ пластинокъ при заразныхъ болѣзняхъ принадлежатъ *Türkky*; но онъ, къ сожалѣнію, не производилъ счисленія ихъ, а ограничивался опредѣленіемъ ихъ на глазъ въ препаратахъ изъ свѣжей крови. Всего болѣе у него наблюденій—при пнеймоніи (18 случаевъ). Онъ находилъ уже на высотѣ болѣзни обильное количество пластинокъ и еще болѣе рѣзкое нарастаніе ихъ во время кризиса или лизиса. Такое увеличеніе держалось нѣсколько дней, и затѣмъ количество пластинокъ возвращалось къ нормѣ. Въ 5 случаяхъ брюшнаго тифа онъ находилъ уменьшеніе числа пластинокъ въ теченіи лихорадки и легкое повышеніе его по окончаніи лихорадочнаго состоянія.

При остромъ сочленовномъ ревматизмѣ (8 сл.) содержаніе пластинокъ въ крови было увеличено и еще сильнѣе увеличивалось при окончаніи процесса. Увеличено коли-

чество пластинокъ было также при эпидемическомъ cerebro-спинальномъ менингитѣ (3 сл.), при заушницѣ, при рожѣ (2 сл.) и, въ меньшей степени—при бугорчатковомъ менингитѣ и при скарлатинѣ (1 сл.) въ періодѣ шелушенія. Не увеличено или даже уменьшено было количество пластинокъ при корь (3 сл.).

Изложенныя данныя о содержаніи пластинокъ въ крови при различныхъ заразныхъ заболѣваніяхъ довольно противорѣчивы. Причины этого въ значительной степени обуславливаются недостатками самихъ способовъ изслѣдованія. Во 1-хъ, въ силу своей малой величины и измѣнчивости пластинки, особенно распадоющіяся, могутъ быть легко смѣшиваемы съ распадомъ бѣлыхъ и красныхъ шариковъ. Опредѣленіе количества пластинокъ на глазъ, безъ счисленія ихъ, тоже не можетъ дать даже приблизительно точныхъ результатовъ. Наконецъ, при счисленіи важно выбрать удачно жидкость для разжиженія крови. Большинство жидкостей, хорошо фиксирующихъ пластинки, напр., содержащія осмиеву кислоту, оказались совершенно негодными для счета ихъ, такъ какъ пластинки склеивались въ кучки и считать ихъ оказывалось невозможнымъ. Жидкость для разжиженія крови должна непременно удовлетворить слѣдующимъ 3 мъ требованіямъ: 1) не разрушать пластинокъ; 2) не измѣнять ихъ формъ, чтобы ихъ легко можно было распознавать, и 3) препятствовать ихъ стремленію собираться въ кучки. Перепробовавъ разныя жидкости, предложенныя съ этой цѣлью, я остановился, какъ на наиболѣе удовлетворяющей означеннымъ цѣлямъ, на жидкости *М. И. Афанасьева* (хлористаго натра 0,6—0,8, пептона *Witte* 0,6, перегнанной воды 100,0, метилвиолета 1:100000). Правда, и эта жидкость измѣняетъ пластинки, но такъ медленно, что удается произвести ихъ счисленіе. Разбавляя я кровь во 100 разъ въ смѣситель *Potain'a* и считалъ при помощи счетной камеры *Thoma* и *Zeiss'a*, при чемъ сосчитывалъ пластинки на 12—16 большихъ квадратахъ. Обыкновенно сосчитывались также красные и бѣлые шарикъ. Послѣдніе сосчитывались обычнымъ способомъ, по полямъ зрѣнія.

Въ послѣднее время счисленіе пластинокъ при помощи смѣсителей подверглось строгой критикѣ. *Brodie* и *Russel*, а позднее и *Pratt* утверждаютъ, что полученныя при помощи смѣсительныхъ пипетокъ цифры меньше дѣйствительныхъ, такъ какъ значительная часть пластинокъ прилипаетъ къ стѣнкамъ капилляра пипетки. Названные авторы производили смѣшеніе крови, прямо опуская каплю крови въ служащую для разжиженія жидкость въ часовомъ стеклѣ и, размѣшавъ, брали каплю на предметное стекло и опредѣляли отношеніе числа пластинокъ къ краснымъ шарикамъ. Затѣмъ, сосчитавъ обычнымъ путемъ число красныхъ шариковъ, вычисляли количество пластинокъ. Для разжиженія крови *Brodie* и *Russel* брали смѣсь насыщеннаго раствора *Dahlia* въ глицеринѣ съ равнымъ количествомъ 2%-го раствора *NaCl*. *Pratt* употребляетъ слѣдующую жидкость: метафосфорнаго натра *Merk'a* 2,0, хлористаго натра 0,9, перегнанной воды 100,0. *Brodie* и *Russel* получили въ среднемъ 635300 пластинокъ въ 1 к. мм. крови, *Pratt* отъ 226000 до 725000, въ среднемъ 469000.

Съ своей стороны, я пытался считать пластинки, не прибѣгая къ смѣсительной пипеткѣ и производя смѣшеніе крови съ жидкостью *Афанасьева* прямо въ часовомъ стеклѣ, но получалъ при этомъ менѣе удовлетворительные результаты. Не думаю, чтобы въ часовомъ стеклѣ можно было-бы такъ-же легко равномерно размѣшать кровь, какъ въ смѣситель *Potain*. Приведу примѣры.

1. Обычнымъ способомъ сосчитаны красные шарикъ и пластинки при помощи смѣсителя. Получено: красныхъ шариковъ 4809000, пластинокъ 385400. Сдѣлана смѣсь капли крови съ жидкостью *Афанасьева* въ часовомъ стеклѣ и затѣмъ капля смѣси нанесена на счетную камеру *Thoma* и *Zeiss'a*. На 683 красныхъ шариковъ насчитано 48 пластинокъ въ 12 большихъ квадратахъ, отсюда по расчету пластинокъ въ 1 к. мм. приходится 334000—цифра, даже немного меньше полученной при употребленіи пипетки.

2. Въ другомъ счетѣ при помощи смѣсителя получено 4494000 красныхъ шариковъ и 317000 пластинокъ, а при смѣшеніи въ часовомъ стеклѣ 264000.

Изъ приведенныхъ примѣровъ видно, что отрицательное отношеніе къ смѣсителю *Potain'a* едва-ли справед-

ливо, если только насасывать кровь въ пипетку и смѣшивать ее съ разжижающей жидкостью быстро. При навыкѣ эту манипуляцію можно производить въ такой короткій промежутокъ времени, что пластинки не успѣваютъ осѣсть и прилипаютъ къ стѣнкамъ капилляра, а, разъ кровь уже смѣшалась съ разжижающей жидкостью, способность пластинокъ прилипать уже сильно уменьшается. Всего лучше, размѣшавъ кровь въ смѣсителѣ съ жидкостью *Афанасьева*, сейчасъ-же нанести по каплѣ 2 счетныхъ камеры *Thoma* и *Zeiss'a* и начать считать, а не брать 2 раза кровь послѣдовательно изъ смѣсителя. При этомъ условіи время нахождения смѣси въ пипеткѣ доводится до minimum'a. Насколько продолжительное пребываніе смѣси въ пипеткѣ отзывалось вредно на результатѣ счета, видно изъ слѣдующаго примѣра.

Размѣшавъ кровь въ смѣсителѣ, а тотчасъ-же произвелъ счетъ и получилъ въ одной каплѣ смѣси 342000 пластинокъ на 1 к. мм. крови, въ другой 390000. Оставивъ пипетку полежать около часа, я снова размѣшалъ смѣсь и произвелъ новый счетъ, давшій 253000 пластинокъ.

Такимъ образомъ только при условіи быстраго смѣшенія жидкостей и производства счета можно разсчитывать на близкія къ истиннымъ цифры. Къ такому-же выводу пришелъ и *Muir*.

Если-бы прилипаніе въ пипеткѣ играло большую роль, едва-ли различные авторы получали бы довольно близкія цифры кровяныхъ пластинокъ у нормальныхъ людей; такъ, *Hayet* принимаетъ за норму 255000 ихъ, *Афанасьевъ* 180000—300000, *Fusari* 180000—250000, *Muir* 200000—250000; наибольшую цифру даетъ *Pruss*—500000.

Переходя къ разсмотрѣнію своего клиническаго матеріала, остановлюсь прежде всего на формахъ, при которыхъ лихорадочный періодъ рѣзко отдѣленъ отъ періода поправленія кризисомъ. Къ такимъ формамъ изъ моего матеріала относятся случаи фибринознаго воспаленія легкихъ, рожи и кори.

#### Фибринозное воспаленіе легкихъ

О. Б., 15 л., поступила въ клинику 10/III 1906 г. на 3-й день болѣзни. 38°5—39°4. Возбужденное состояніе. Кашель съ ржавой мокротой, колотье въ лѣвомъ боку, синюха. Заглушеніе, начинающаеся на 3 пальца выше угла лѣвой лопатки и между нею и позвоночникомъ; тамъ-же усиленное дрожаніе и ослабленное дыханіе. П. 122. Мокрота ржаваго цвѣта и типичнаго вида; въ ней диплококки. Исслѣдованіе крови дало слѣдующее (кровь изъ мочки уха): бѣлыхъ шариковъ 12700, кровяныхъ пластинокъ 154430.

11/III: 40°1—38°9. П. 112. Тѣже явленія. Начало мѣсячныхъ. Желтушная окраска кожи и склеръ. *Ngres labialis*. Удареніе на 2-мъ тонѣ легочной артеріи. Въ крови красныхъ шариковъ 4.825000, бѣлыхъ 26000, пластинокъ 107810.

12/III: 39°6—39°4. П. 104. Мѣстно тѣже явленія. Заглушеніе соответственно лѣвой нижней долѣ; тамъ-же бронхіальное дыханіе и крепитирующие хрипы. Въ крови красныхъ шариковъ 4.970000 и бѣлыхъ 27200, пластинокъ 87500.

13/III: 39°2—39°4. П. 96. Заглушеніе и бронхіальное дыханіе съ уровня 1/2 лѣвой лопатки. Желтуха меньше. Бредъ. Красныхъ шариковъ 4.996000, бѣлыхъ 20347, пластинокъ 127080.

14/III: 37°8—37°6. П. 88. Критическое паденіе температуры началось ночью. Въ области заглуженія обильные влажные хрипы. Красныхъ шариковъ 4.629000, бѣлыхъ 14616, пластинокъ 92500.

15/III: 37°—37°3. П. 66. Спала хорошо. Обильные крепитирующие хрипы. Красныхъ шариковъ 5.012800, бѣлыхъ 13600, пластинокъ 178122.

16/III: 36°9—37°3. П. 74. Хриповъ меньше.

17/III: 36°8—37°1. П. 82. Дых. везикулярное. Красныхъ шариковъ 5.540000, бѣлыхъ 18600, пластинокъ 387500. Въ крови появилось много зернышекъ, похожихъ на пластинки.

Далѣе у больной періодъ поправленія осложнился плевроитомъ, но кровь уже не изслѣдовалась.

Принимая за нормальное количество кровяныхъ пластинокъ по *Hayet* у и *Афанасьеву* за 200000—300000, мы должны признать у этой больной рѣзкое пониженіе числа ихъ въ разгарѣ болѣзни, достигшее minimum'a 87500 на 5-ый день; затѣмъ уже передъ самымъ кризисомъ оно стало повышаться и черезъ 2 дня послѣ него поднялось выше нормы, дойдя до 387500. Въ этомъ періодѣ отмѣчено разнообразіе формъ пластинокъ: на ряду съ типичными круглыми, появились мелкія неправильныя зернышки.

А. Н., 40 л., крестьянинъ, поступилъ въ клинику 14/IV 1906 г. съ явленіями оплотненія нижней доли лѣваго легкаго, температурой въ 38°6, типичной ржавой мокротой, возбужденнымъ состояніемъ и бредомъ.

15/III: 38,9—38°5. П. 88. Мѣстно тѣже явленія. Мочи 1800, уд. в. 19016; много бѣлка. Вредитъ. Исслѣдованіе крови дало: красныхъ шариковъ 4.830000, бѣлыхъ 10844, пластинокъ 62500.

16/III: 39°6—39°3. П. 104. Ночью въ припадкѣ бреда больной пытался убѣжать и выскочилъ въ окно, но къ счастью, не причинилъ себѣ при этомъ никакого поврежденія, если не считать небольшого ушиба ноги. Въ виду возбужденнаго состоянія больного съ бредомъ преслѣдованія исслѣдованія крови прерваны.

17/III: 38°2—36°9. П. 70.

18/III: 37°—37°1. П. 72. Самочувствіе хорошее. Въ пораженной долѣ мелкіе хрипы. Красныхъ шариковъ 4.656000, бѣлыхъ 7633, пластинокъ 88750.

20/III: 37°1—36°8. Заглушеніе меньше, хриповъ мало. Самочувствіе хорошее. Бѣлка въ мочѣ нѣтъ. Въ крови красныхъ шариковъ 5.020000, бѣлыхъ 6921, пластинокъ 150000.

Въ данномъ случаѣ имѣлось очень тяжкое заболѣваніе у алкоголика, протекавшее съ буйнымъ бредомъ и съ малымъ лейкоцитозомъ. На высотѣ болѣзни число пластинокъ было рѣзко понижено. Послѣ кризиса оно стало повышаться, но даже еще и на 3-й день, 20/III, было всего 150000, значительно ниже нормы. Отмѣчу, кромѣ того, что въ этомъ случаѣ числа красныхъ шариковъ были почти нормальны и что черезъ 3 дня послѣ кризиса, когда пластинокъ было еще мало, число красныхъ шариковъ уже достигло нормы.

#### Рожжа лица.

З. Х. Б., 15 л., ученикъ фельдшерской школы, поступилъ въ клинику 24/III 1906 г. Рожистая краснота занимаетъ все лицо. Отекъ вѣкъ. 39°5. Дано 4 ложки пивныхъ дрожжей. 40%-ные карболовые компрессы по 4 часа.

25/III: 39°1—40°.

26/III: 38°5—40°. Красныхъ шариковъ 5.533000, бѣлыхъ 14144, пластинокъ 154167.

27/III: 38°5—38°8.

28/III: 37°6—36°8. Рожистый процессъ остановился. Красныхъ шариковъ 4.796000, бѣлыхъ 7514, пластинокъ 175000.

30/III: 36°6—36°5. Красныхъ шариковъ 5.300000, бѣлыхъ 5491, пластинокъ 198000.

На высотѣ рожистаго процесса, одновременно съ небольшимъ лейкоцитозомъ, количество пластинокъ было понижено. Послѣ кризиса число бѣлыхъ тѣлецъ упало, а число пластинокъ стало постепенно нарастать.

#### Корь.

4. В. П., 8 л., сынъ крестьянина, поступилъ въ клинику 28/III 1906 г.; заболѣлъ 26/III: появились жаръ, кашель, болѣла голова. 27/III появилась сыпь. 28/III: крупно-пятнистая сыпь на лицѣ, туловищѣ и конечностяхъ. Пятнистая сыпь на твердомъ небѣ. Гиперемія зѣва; гиперемія конъюнктивъ; кашель, насморкъ. Сухіе хрипы въ легкихъ. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ. Ванны въ 29°.

28/III: 38°9—39°7. П. 98.

1/III: 37°7—38°5. П. 97. Красныхъ шариковъ 5.504000, бѣлыхъ 5081, пластинокъ 166000.

2/III: 37°—36°8. П. 97. Сыпь на лицѣ блѣднѣетъ. Красныхъ шариковъ 5.695000, бѣлыхъ 10540, пластинокъ 107500.

3/III: 37°2—39°. П. 100. Колотье въ правомъ ухѣ. Сыпь поблѣднѣла. Красныхъ шариковъ 5.020000, бѣлыхъ 13000, пластинокъ 166000.

4/III: 37°9—39°. П. 96. Шелушеніе. Боли въ ухѣ продолжаютъ.

5/III: 37°—38°5. П. 90. Боль меньше. Красныхъ шариковъ 5.041000, бѣлыхъ 20038, пластинокъ 161900. Въ наружномъ слуховомъ проходѣ сформировался гнойничекъ. Далѣе постепенное поправленіе.

20/III: Выписался.

5. М. К., 19 л., крестьянинъ, поступилъ 3/III 1906 г. на 5-ый день болѣзни. Кашель, насморкъ. На лицѣ, туловищѣ и конечностяхъ коревая сыпь. На слизистой оболочкѣ щекъ пятнышки *Koplik'a-Филатова*. Небольшой катарръ носа и конъюнктивъ. Бѣлка въ мочѣ нѣтъ. 37°5—37°8.

4/III: 38°—37°3. Бѣлыхъ шариковъ 10040, пластинокъ 91660.

5/III: 36°6—36°9.

6/III: 36°8—36°6. Красныхъ шариковъ 4.187000, бѣлыхъ 4008, пластинокъ 62500.

8/III: 36°5—36°1. Сыпь поблѣднѣла. Кашель. Бѣлыхъ шариковъ 9900, пластинокъ 62500.

Поправленіе безъ осложнений.

6. Е. Р., 23 л., рядовой жандармскаго дивизіона, поступилъ 6/III 1906 г. на 6-ой день болѣзни. На лицѣ, туловищѣ и конечностяхъ коревая сыпь. Жѣба; пораженіе соединительныхъ оболочекъ вѣкъ. 38°1—38°8. П. 86.

7/III: 38°1—37°9. Сыпь рѣзко выраженная. Красныхъ шариковъ (счетъ не удался), бѣлыхъ 8250, пластинокъ 62500.

8/III: 36°8—37°. Сыпь поблѣднѣла.

9/III: 36°4—36°7. Шелушеніе. Самочувствіе хорошее. Красныхъ шариковъ 5.320000, бѣлыхъ 7180, пластинокъ 100000.

Поправленіе безъ осложнений.

7. М. Б., 14 л., переведенъ изъ хирургическаго отдѣленія, гдѣ

ему вырѣзали ангиому изъ верхней губы. Поступилъ въ заразное отдѣленіе. 10/iv въ 1-ый же день появленія коревой сыпи.

11/iv: 39°—38°8. Красныхъ шариковъ 5.321000, бѣлыхъ 4514, пластинокъ 97500.

13/iv: 38°—37°2. Сыпь блѣднѣетъ. Красныхъ шариковъ 5.175000, бѣлыхъ 5459, пластинокъ 81250.

Поправленіе безъ осложненій.

Во всѣхъ 4-хъ случаяхъ кори количество пластинокъ было рѣзко понижено не только въ лихорадочномъ періодѣ, но и въ первые дни послѣ пониженія температуры до нормы.

Сопоставляя всѣ вышеописанные случаи, найдемъ во всѣхъ уменьшеніе числа пластинокъ на высотѣ заразнаго лихорадочнаго процесса.

При фибринозной пневмоніи и при рождѣ критическій переломъ въ теченіи болѣзни идетъ рука объ руку съ измѣненіями и въ крови: съ прекращеніемъ лейкоцитоза и повышеніемъ числа пластинокъ. Параллелизма между паденіемъ числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и нарастаніемъ числа пластинокъ не усматривается: въ то время, какъ лейкоцитный кризисъ бываетъ рѣзко выраженъ и происходитъ быстро, кризиса пластинокъ въ сущности нѣтъ, — число ихъ нарастаетъ болѣе постепенно, и часто еще черезъ нѣсколько дней послѣ температурнаго кризиса оно все еще не достигаетъ нормы; напр., у больн. А. Н. черезъ 3 дня послѣ кризиса пластинокъ было всего 150000.

При кори на высотѣ болѣзни нѣтъ лейкоцитоза, а число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ часто бываетъ даже ниже нормы. Съ окончаніемъ сыпи и паденіемъ температуры до нормы число бѣлыхъ тѣлецъ повышается. Тоже самое происходитъ и съ пластинками на высотѣ болѣзни; число ихъ рѣзко бываетъ понижено, а послѣ паденія температуры начинаетъ постепенно нарастать. Стало быть, въ то время, какъ при пневмоніи и рождѣ кривыя бѣлыхъ тѣлецъ и пластинокъ крови во время кризиса перекрещиваются, при кори та и другая идутъ болѣе или менѣе параллельно.

#### *Флегмонозная жаба.*

Случаевъ флегмонозной жабы мною былъ изслѣдованъ только 1.

№ 8. Е. С., рядовой жандармскаго дивизиона, поступилъ въ клинику 7/iv. 37°6—38°6. Сильно опухли миндали; нагноившіяся фолликулы; опухоль подчелюстныхъ лимфатическихъ железъ. Бѣлыхъ тѣлецъ 17022, пластинокъ 160417.

9/iv: Сдѣланъ проколъ образовавшагося на лѣвой сторонѣ гнояника, при чемъ вышло много гноя. 37°5—37°8.

10/iv: За ночь температура понизилась, и самочувствіе стало лучше. 36°2—36°2. Бѣлыхъ шариковъ 8780, пластинокъ 138043.

Въ данномъ случаѣ, какъ и при всѣхъ нагноительныхъ процессахъ, былъ лейкоцитозъ, прекратившійся, когда проколомъ былъ данъ выходъ гною, а вмѣстѣ съ тѣмъ ограничилось всасываніе гноеродныхъ веществъ. Число-же пластинокъ было немного уменьшено, какъ во время образованія гнояника, такъ и послѣ прокола и паденія температуры.

#### *Натуральная сена.*

Къ сожалѣнію, мнѣ удалось произвести у 3-хъ оспенныхъ больныхъ лишь единичныя изслѣдованія.

9. П. П., 24 л., офицеръ, поступилъ 21/ш. Сливная оспенная сыпь на лицѣ и очень обильная по всему тѣлу. 8-ой день болѣзни.

22/ш: 37°8—38°4. Бѣлыхъ шариковъ 98600, пластинокъ 135416.

Поправился лишь къ 13/в.

10. М. А., 6 л., поступила 7/iv съ разсыянными по лицу и всему тѣлу гнояниками желтоватаго цвѣта.

38°2—39°2. Красныхъ шариковъ 5.260000, бѣлыхъ 17472, пластинокъ 307500.

Выписалась здоровой 29/iv.

11. Р. О., 23 л., ефрейторъ, переведенъ изъ нервнаго отдѣленія 12/iv съ гноино-пузырчатой сыпью на лицѣ и туловищѣ и гнояничками на ногахъ. 37°—38°2. Красныхъ шариковъ 4.085000 (2-ой день сыпи), бѣлыхъ 10877, пластинокъ 120000.

Сопоставляя эти 3 наблюденія, находимъ у больного О., (сл. 11), подвергшагося изслѣдованію въ самомъ началѣ сыпи, съ еще не окончившимся лихорадочнымъ состояніемъ, количество пластинокъ ясно пониженное, всего 120000. 2-ое другихъ больныхъ были изслѣдованы уже въ періодѣ нагноенія сыпи при вторичной нагноительной лихорадочной волнѣ. У больного П. (сл. 9) на 8-ой день болѣзни и начинающемся нагноеніи оспины былъ лейкоцитозъ

(18600 бѣлыхъ тѣлецъ) и пониженное содержаніе пластинокъ (135416). Наконецъ, у М. А. (сл. 10), изслѣдованной въ разгарѣ нагноительнаго періода, было найдено тоже рѣзко увеличенное количество бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ (17472), а число пластинокъ замѣтно увеличенное (307500), превзошедшее максимальную нормальную цифру.

#### *Скарлатина.*

12. Л. М., 12 л., поступила 6/iv, на 2-ой день болѣзни. Рѣзкая гиперемія зѣва. Скарлатинная высыпь по всему тѣлу. 40°.

7/iv: 39°5—39°7. П. 120. Красныхъ шариковъ 5.424000, бѣлыхъ 26060, пластинокъ 282500.

8/iv: 38°9—38°6.

9/iv (5-ый день): 38°5—38°4. Яркая красная сыпь по всему тѣлу. Малиновый языкъ. Жаба. Красныхъ шариковъ 5.541000, бѣлыхъ 33131, пластинокъ 270000.

10/iv: 37°9—37°6.

12/iv: 37°—37°4. Съ этого дня температура нормальная. Самочувствіе хорошее. Шелушеніе. Бѣлыхъ шариковъ 28000, пластинокъ 340000.

19/iv: 36°3—36°8. Шелушеніе. Бѣлыхъ шариковъ 22345, пластинокъ 435000.

23/iv: Веч. снова захворала. Появились боли въ коленныхъ суставахъ; сначала онѣ были слабыя, а затѣмъ усилились. Назначенъ салициловой натрѣ, 3 раза, по 0,6.

24/iv: 36°5—39°1.

25/iv: 37°—37°6.

29/iv: 38°6—38°3. Суставныя боли все усиливаются. Красныхъ шариковъ 4.570000, бѣлыхъ 25800, пластинокъ 257500.

30/iv: 37°2—37°4. Боли въ суставахъ стихаютъ.

1/в: 36°6. Болей нѣтъ. Красныхъ шариковъ 4.600000, бѣлыхъ 20600, пластинокъ 475000.

Далѣе выздоровленіе безъ осложненій.

Эта больная представляла собой дов. чистый случай скарлатины. Въ противоположность рассмотрѣннымъ до сихъ поръ заразнымъ формамъ, здѣсь мы имѣемъ уже съ первыхъ дней высокія цифры содержанія кровяныхъ пластинокъ, отвѣчающія максимальнымъ нормальнымъ цифрамъ, а въ періодъ паденія температуры и шелушенія значительно превышавшія норму (до 475000). Новое обостреніе болѣзни, выразившееся повышеніемъ температуры и т. наз. скарлатиннымъ реиматизмомъ, тотчасъ-же отразилось на числѣ пластинокъ уменьшеніемъ его, а съ исчезновеніемъ болѣе въ суставахъ и возвращеніемъ температуры къ нормѣ число пластинокъ снова значительно возросло (до 475000). При этомъ увеличеніи числа пластинокъ обращало на себя вниманіе разнообразіе ихъ величинъ и большое количество пластинокъ мелкихъ.

13. П. Н., 4 л., принята 22/ш на 2-ой день болѣзни. Омертвѣвшая жаба. Сыпь по всему туловищу и конечностямъ. 38°5—39°1. П. 128, дмх. 36.

23/ш: 39°1—38°5. П. 128. Мочи 300 к. стм. уд. в. 1014; бѣла въ ней нѣтъ. Красныхъ шариковъ 4.890000, бѣлыхъ 35360, пластинокъ 185416.

24/ш: 38°8—39°5. П. 126.

25/ш (5-ый день болѣзни): 38°3—39°1. П. 120. Сыпь еще не поблѣдѣла, но уже начинается шелушеніе. Красныхъ шариковъ 5.250000, бѣлыхъ 34512, пластинокъ 239583.

26/ш: 38°2—39°2.

27/ш: 38°5—39°3. Въ зѣвѣ на дужкахъ и миндаляхъ держится налетъ. На мазкѣ—стрептококки. Шейныя лимфатическія железы слѣва опухли. Красныхъ шариковъ 5.562500, бѣлыхъ 30993; пластинокъ 410416.

28/ш: 38°8—39°3.

29/ш: 38°4—39°1. Дужки и миндали изъязвлены. Шелушеніе по всему тѣлу. Красныхъ шариковъ 5.212000, бѣлыхъ 30000, пластинокъ 402500.

30/ш: 38°2—38°5.

31/ш: 37°9—38°5. Красныхъ шариковъ 4.560000, бѣлыхъ 16300, пластинокъ 390000.

1/iv: 38°4—39°.

2/iv: 38°8—39°5.

3/iv: 37°9—40°.

4/iv: 38°4—38°5. Гноетеченіе изъ обонхъ ушей. Сухая тампонада полосками креолиновой марли. Красныхъ шариковъ 4.225000, бѣлыхъ 19382, пластинокъ 228511.

5/iv: 36°9—37°9. Шелушеніе продолжается. Красныхъ шариковъ 4.185000, бѣлыхъ 20332, пластинокъ 315000.

6/iv: 37°5—37°5. Лихорадочное повышеніе температуры держалось еще нѣсколько дней. Гноетеченіе постепенно уменьшалось.

29/iv: 37°. Выписывается здоровой. Красныхъ шариковъ 5.370000, бѣлыхъ 12572, пластинокъ 334375.

Больная эта перенесла тяжкую скарлатину, осложненную омертвѣвающей стрептококковой жабой, пораженіемъ шейныхъ железъ и двустороннимъ гноянымъ воспаленіемъ средняго уха. Уже со дня поступленія въ клинику у нея наблюдался сильный лейкоцитозъ, обычный при скарлатинѣ.



нѣ; число-же пластинокъ сначала было невысокое (185416), но уже на 5-ый день болѣзни поднялось до 239583, а на 7-ой достигло высокой цифры—410416 и держалось даже на высокихъ цифрахъ (402500, 390000), не смотря на лихорадочное состояніе. Осложненіе гнойнымъ отитомъ сопровождалось временнымъ пониженіемъ числа пластинокъ до 228511, но, какъ только наступилъ прорывъ барабанныхъ перепонокъ игноистеченіе, число пластинокъ снова возросло до 315000 и даже въ день выписки еще достигало 334375.

14. М. Г., 6 л., принята на 3-й день болѣзни 2/iv 1906 г. Жаба. Обильная сыпь по всему тѣлу, мѣстами просовидно-пузырчатая. Кровь изслѣдована только 6/iv, на 7-ой день болѣзни. 37°2—37°5, когда сыпь уже блѣднѣла, пузырьки подсохли, и наступило шелушеніе. Красныхъ шариковъ 4.337000, бѣлыхъ 10454, пластинокъ 265000.

9/iv: 37°3—37°8. Сильное шелушеніе. Сыпь вполне поблѣднѣла. Красныхъ шариковъ 4.933000, бѣлыхъ 26084, пластинокъ 370000.

13/iv: 36°8—36°6. Гноетеченіе изъ лѣваго уха. Красныхъ шариковъ 4.720000, бѣлыхъ 24458, пластинокъ 425000. Преобладаютъ пластинки малыхъ размѣровъ.

20/iv: 36°8—37°1. Гноетеченіе изъ уха меньше. Бѣлыхъ шариковъ 12407, пластинокъ 257003. Преобладаютъ мелкія пластинки.

6/v: 37°7—36°7. Шелушеніе значительное. Красныхъ шариковъ 4.940000, бѣлыхъ 14144, пластинокъ 292500.

14/v: Выписана здоровой.

Въ этомъ случаѣ намъ неизвѣстно число пластинокъ въ первые дни болѣзни, но уже съ 7-го дня оно было большое (265000) и далѣе непрерывно нарастало, достигнувъ на 21-ый день цифры 527083; затѣмъ оно снова стало понижаться (на 37-ой день—292500). Осложненіе гнойнымъ отитомъ, протекавшее у больной при низкихъ цифрахъ температуры, не отразилось замѣтно на числѣ пластинокъ.

15. З. В., 12 л., поступила 21/iv на 4-ый день болѣзни, въ тяжеломъ состояніи. 40°5—40°5. П. 120. Жаба. Сыпь по всему тѣлу. Немедленно было сдѣлано впрыскиваніе 100 к. стм. противускарлатинной сыворотки Габричевскаго (по Moser'у).

22/iv: 38°8—39°6. П. 108. Омертвѣвающая жаба. Красныхъ шариковъ 5.580000, бѣлыхъ 35245, пластинокъ 143750. Тотчасъ послѣ изслѣдованія крови впрыснуто еще 100 к. стм., той-же сыворотки.

23/iv: Критическое паденіе температуры. 37°2—37°4. П. 88, слабый. Бредитъ. Красныхъ шариковъ 4.083000, бѣлыхъ 18466, пластинокъ 147500.

24/iv: 37°2—36°8. Пульсъ лучше. Бреда нѣтъ. Красныхъ шариковъ 4.065000, бѣлыхъ 13300, пластинокъ 87500.

25/iv: 37°1—37°1. Быстрое улучшеніе.

27/iv: 37°—36°8. Самочувствіе хорошее. Шелушеніе. Красныхъ шариковъ 5.265000, бѣлыхъ 20500, пластинокъ 295000.

4/v: 36°3—36°7. Шелушеніе еще продолжается. Красныхъ шариковъ 5.273000, бѣлыхъ 14473, пластинокъ 450000.

Случай этотъ представляетъ большой интересъ по благопріятности дѣйствія противускарлатинной сыворотки: введеніе 200 к. стм. ея въ 2 дня произвело крутой поворотъ къ лучшему въ общемъ состояніи тяжело больной. Со стороны крови случай этотъ представляетъ слѣдующую особенность. На 5-ый и 6-ой дни болѣзни (послѣ впрыскиванія сыворотки) пластинокъ въ крови было только 143750 и 147500; на 7-ой день, когда состояніе больной уже значительно улучшилось, число ихъ понизилось еще болѣе — до 87500; далѣе же наступило обычное для періода шелушенія при скарлатинѣ значительное увеличеніе числа пластинокъ. Не зависѣло-ли это временное пониженіе числа пластинокъ отъ поступленія въ кровь противускарлатинной сыворотки? Предположеніе это опровергается нижеприводимыми наблюденіями, а потому надо допустить, что и при скарлатинѣ тяжкія гипертоксическія формы могутъ протекать съ пониженіемъ числа пластинокъ.

16. Е. Г., 2½ л., принята 21/iv на 2-ой день болѣзни. Сыпь на туловищѣ. Малиновый языкъ. 38°8. П. 106. Жаба съ марками на миндаляхъ и на небѣ по бокамъ языка. Опухоль подчелюстныхъ лимфатическихъ железъ справа. Сыпь молоточечная, на шеѣ пузырчатая.

24/iv: 39°2—39°6. П. 124. Омертвѣвающая жаба. Бѣлыхъ шариковъ 35000, пластинокъ 317500. Впрыснуто 50 к. стм. противускарлатинной сыворотки.

25/iv: 38°5—39°0. П. 108.

26/iv: 38°5—39°6. Сыпь блѣднѣе. Красныхъ шариковъ 4.635000, бѣлыхъ 32800, пластинокъ 355000.

30/iv: 37°5—38°5. Красныхъ шариковъ 5.180000, бѣлыхъ 46250, пластинокъ 532500; преобладаютъ мелкія.

Далѣе поправленіе безъ осложнений.

Въ данномъ случаѣ болѣзнъ протекала съ нарастаніемъ числа пластинокъ, достигшаго на 11-ый день 532500.

Впрыскиваніе сыворотки въ этомъ случаѣ не оказало рѣзкаго дѣйствія и не повліяло на число пластинокъ.

17. I. Б., 2½ л., принята 7/v 1906 г., на 2-ой день болѣзни. Типичная жаба съ налетомъ и высыпъ. 38°3.

9/v: 39°5—39°5. П. 124. Красныхъ шариковъ 5.145000, бѣлыхъ 12265, пластинокъ 160000. Впрыснуто 100 к. стм. противускарлатинной сыворотки.

10/v: 38°7—38°4.

11/v: 38°7—37°6. Рѣзкое улучшеніе. Сыпь блѣднѣетъ. Гиперемія зѣва еще рѣзкая. Красныхъ шариковъ 3.862500, бѣлыхъ 10918, пластинокъ 182500.

И въ этомъ случаѣ впрыскиваніе сыворотки не произвело уменьшенія числа пластинокъ: ихъ вообще было мало (160000), но черезъ день послѣ сыворотки ихъ стало даже больше (182500).

18. О. В., 39 л., поступила 22/ix 1906 г. на 4-ый день болѣзни. 40°4. Сыпь по всему тѣлу. Пластинокъ 106000.

Въ данномъ случаѣ количество пластинокъ было значительно ниже нормы въ началѣ болѣзни.

### Дифтерія.

19. Н. К., 20 л., студ. Университета поступилъ 13/ix 1906 г. на 2-ой день болѣзни. Дифтерійная жаба. 39°4—40°3. Кровь изслѣдована передъ впрыскиваніемъ сыворотки: пластинокъ 125000. Впрыснуто 2500 единицъ антитоксина (сыворотка Парижскаго Pasteur'овскаго Института).

14/ix: 37°9—37°3. Пластинокъ 118300.

15/ix: 36°2—36°8.

16/ix: 36°6—37°0. Пластинокъ 83300.

17/ix: 36°—37°.

20/ix: Совершенно здоровъ. Пластинокъ 200000.

20. С. Г., 17 л., воспитанникъ фельдшерской школы, поступилъ 16/ix на 2-ой день болѣзни.

Дифтерійная жаба. 38°6—38°8. Кровь изслѣдована до впрыскиванія сыворотки: пластинокъ 106250. Впрыснуто 2500 единицъ антитоксина.

17/ix: 37°7—37°6. Пластинокъ 67000, красныхъ шариковъ 5.955000. Впрыснуто еще 2500 единицъ антитоксина.

18/ix: 37°5—37°1.

19/ix: 36°6—36°8.

20/ix: 36°6—36°8.

21/ix: 36°5—36°5. Пластинокъ 85400, красныхъ шариковъ 4.980000.

22/ix: 36°2—36°5.

23/ix: 36°—36°3.

24/ix: 36°2—36°6. Совершенно здоровъ. Пластинокъ 148000.

Въ обоихъ случаяхъ дифтеріи пониженіе числа пластинокъ было очень значительное и держалось еще и тогда, когда всѣ явленія дифтеріи въ зѣвѣ уже изгладились.

Обзоръ представленнаго выше матеріала приводитъ меня къ слѣдующимъ заключеніямъ.

1. Во всѣхъ изслѣдованныхъ мною заразныхъ заболѣваніяхъ, кромѣ скарлатины, а именно при кори, фибринозной пневмоніи, рождѣ, оспѣ, флегмонозной жабѣ и дифтеріи, на высотѣ лихорадочнаго періода наблюдается уменьшеніе числа кровяныхъ пластинокъ, смѣняющееся слѣдующимъ увеличеніемъ ихъ въ періодѣ окончанія лихорадки и поправленія.

2. При скарлатинѣ обыкновенно наблюдается болѣе или менѣе значительное увеличеніе количества кровяныхъ пластинокъ. Но въ первые дни заболѣванія получаемыя цифры бываютъ или въ предѣлахъ нормы (сл. 12, 14), или даже ниже ея (сл. 13, 15, 17, 18), а затѣмъ количество пластинокъ быстро нарастаетъ. Такимъ образомъ и скарлатина представляетъ ту-же послѣдовательность явленій, но только періодъ уменьшенія числа пластинокъ при ней коротокъ, а увеличеніе числа ихъ выражено очень рѣзко. Въ одномъ тяжкомъ случаѣ скарлатины (сл. 15) количество пластинокъ пало даже до очень низкой цифры.

3. Появленіе осложнений при скарлатинѣ (пораженія суставовъ, гнойнаго воспаленія средняго уха), протекающихъ съ обостреніемъ лихорадочнаго состоянія, сопровождается временнымъ уменьшеніемъ числа пластинокъ.

4. При дифтеріи пониженіе числа пластинокъ бываетъ очень велико и продолжительно.

5. Впрыскиваніе противустрептококковой и противодифтерійной сыворотокъ замѣтно не отражалось на числѣ пластинокъ.

6. Между содержаніемъ въ крови бѣлыхъ тѣлецъ и количествомъ въ ней пластинокъ никакой зависимости не усматривается.

7. Точно также нѣтъ соотношеній между количествами пластинокъ и красныхъ шариковъ.

Сопоставивъ колебанія въ количествахъ пластинокъ при самыхъ разнообразныхъ заразныхъ заболѣваніяхъ, нельзя не усмотрѣть въ нихъ строгой правильности: на каждое поступленіе заразнаго начала въ организмъ этотъ послѣдній отвѣчаетъ не только измѣненіями въ числѣ бѣлыхъ шариковъ, но и измѣненіями въ содержаніи пластинокъ—сначала пониженіемъ ихъ числа, а затѣмъ, въ періодъ поправленія, повышеніемъ.

Каково-же значеніе пластинокъ для организма? Чѣмъ объяснить наблюдаемыя измѣненія ихъ количествъ?

Роль кровяныхъ пластинокъ въ образованіи тромбовъ установлена съ несомнѣнностью. Характерна также ихъ крайняя нестойкость: при выходѣ крови изъ сосудовъ пластинки разрушаются, освобождая при этомъ вещества, участвующія въ свертываніи крови. Но можно-ли допустить, чтобы въ этомъ было все ихъ назначеніе, чтобы онѣ были только тромбоцитами? Изученіе колебаній количествъ кровяныхъ пластинокъ въ теченіи заразныхъ заболѣваній показало, что въ этихъ колебаніяхъ есть правильность и постоянство, заставляющія думать, что пластинки, подобно бѣлымъ кровянымъ тѣльцамъ, играютъ опредѣленную роль при заразныхъ заболѣваніяхъ, при чемъ роль эта особенно связана съ періодами успѣшной борьбы организма, періодами развитія невосприимчивости: именно въ этомъ періодѣ быстро нарастаетъ число пластинокъ въ крови. Вотъ все, что пока можно сказать съ положительностью. Далѣе мы уже вступаемъ въ область гипотезъ.

Періодъ успѣшной борьбы организма съ заразнымъ началомъ характеризуется 2-мя главными явленіями: 1) энергичной фагоцитной защитой и 2) появленіемъ въ крови защитительныхъ веществъ—антитоксиновъ, бактерицидныхъ тѣлъ, агглютининовъ, стимулиновъ и т. д. И вотъ при изученіи пластинокъ мы ознакомились съ тѣмъ фактомъ, что въ крови всегда находится запасъ особенныхъ маленькихъ тѣлецъ, разрушающихся при поступленіи въ кровь инородныхъ веществъ, при чемъ продукты разрушенія этихъ тѣлецъ не безразличны, а обладаютъ ферментативными свойствами (по крайней мѣрѣ тѣ изъ нихъ, которыя участвуютъ въ актѣ свертыванія крови). Какъ только человекъ заболѣваетъ заразной болѣзью и въ кровь его поступаютъ микробы съ своими токсинами, начинается разрушеніе пластинокъ въ крови; онѣ таютъ, освобождая какія-то вещества. Чѣмъ успѣшнѣе борьба съ поступившимъ въ организмъ заразнымъ началомъ, тѣмъ болѣе появляется въ крови пластинокъ, тѣмъ болѣе ихъ и разрушается. Мы видѣли, что въ періодѣ выздоровленія, на ряду съ увеличеніемъ числа пластинокъ въ крови, появляется множество болѣе мелкихъ тѣлецъ и зернышекъ. Повидимому, это — разрушающіяся пластинки. Такимъ образомъ въ періодѣ выздоровленія, въ періодѣ развитія невосприимчивости, кромѣ энергичнаго фагоцитоза, происходитъ нарастаніе въ крови этихъ быстро распадающихся тѣлецъ, которыя наводняютъ кровь продуктами своего разрушенія, и именно въ это время въ крови появляются въ изобиліи различныя «противу-тѣла» или защитительныя вещества.

Отсюда мы естественно приходимъ къ предположенію, что пластинки и суть носители нѣкоторыхъ защитительныхъ веществъ. Новую опору этой гипотезѣ мы находимъ въ послѣднихъ изслѣдованіяхъ Wright'a, установившаго происхожденіе пластинокъ въ селезенкѣ и костномъ мозгу изъ одноклеточныхъ клѣточекъ—великановъ—мегакариоцитовъ. Какъ извѣстно, и для защитительныхъ веществъ источникомъ служатъ кроветворные органы, въ особенности костный мозгъ.

Допустивъ высказываемую мною гипотезу, можно легко уяснить себѣ всѣ измѣненія въ количествахъ пластинокъ въ различныхъ фазахъ заразныхъ заболѣваній.

Литература. А. 1. М. И. Афанасьевъ. Ueber den dritten Formbestandtheil des Blutes im normalen und patholog. Zustande und über die Beziehung desselben zur Regeneration des Blutes. «Deutsches Archiv f. klinische Medicin». 1885 г., т. 35, стр. 217.—2. Arnold. «Virchow's Archiv». 1896 г., т. 145, стр. 1.—В. 3. Bizzozero. Ueber den dritten Formbestandtheil des Blutes und seine Beziehung zur Blutgerinnung und Thrombose.

Тамъ-же. 1892 г., т. 90.—4. Bürker. «Archiv f. d. gesamte Physiologie». 1904 г., т. 102.—5. Brodie and Russel. The enumeration of blood-platelets. «The Journal of Physiology», 1897 г., т. 21, стр. 390.—С. 6. Mac Callum. По передачѣ въ «Zoologisches Jahresbericht». 1893 г. Vertebrata, стр. 61.—D. Dekhuyzen. «Anatomischer Anzeiger». 1901 г., т. 19, стр. 529.—E. 8. Eberth und Schimmelbusch. «Virchow's Archiv». 1887 г., т. 108, стр. 359. Такъ-же Eberth. Ueber die Blutplättchen v. Wirbelthieren. Centralblatt f. klinische Medicin. 1887 г., т. 38, и «Fortschritte d. Medicin» 1887 г. № 9.—9. Eisen. По передачѣ въ «Zoolog. Jahresbericht». 1898 г. Vertebrata, стр. 66.—10. Онъ-же. On the blood-plates of the human blood. По передачѣ въ «Jahresbericht d. Anatomie und Entwicklungsgeschichte», 1898 г., IV, стр. 143.—11. Онъ-же. «Archiv f. mikroskop. Anatomie». 1895 г., т. 44, стр. 237 и т. 54, стр. 24. См. также Engel, Leitfaden zu klin. Untersuchungen d. Blutes, Berlin, 1902.—F. 12. Fusari. Contributo allo studio delle piastrine del sangue allestate normale e patologico. Archiv. p. le scienze medic. T. 10, № 12, стр. 235. По передачѣ въ «Centralbl. f. klinische Medicin». 1887 г., № 3.—G. 13. Grawitz. Pathologie des Blutes. 1902 г., стр. 120.—14. Giglio-Tos. Archives italiennes de Biologie. 1898 г., т. 29, стр. 281. Прив. по Helber'y.—H. 15. A. Halla. Ueber d. Hämoglobingehalt d. Blutes und d. quant. Verhältnisse d. roth und weiss. Blutkörper. bei acut. fieberh. Krankheiten. «Zeitschr. f. Heilkunde». 1883 г., т. IV, стр. 193.—16. Hayem. Recherches sur l'évolution des hematies dans le sang de l'homme et des vertébrés. «Archives de physiologie normale et pathologique». 1878—79 г.—17. Онъ-же. Du sang. Paris. 1889 г.—18. Helber E. Ueber die Entstehung d. Blutplättchen und ihre Beziehungen zu den Spindelzellen. «D. utesches Archiv f. klinische Medicin». 1905 г., т. 82, стр. 41.—L. 19. Laaker C. Studien über die Blutscheidchen und d. angeblich. Zerfall d. weiss. Blutkörperchen bei der Blutgerinnung. «Wiener Akademie. Sitzungsbericht». 1883 г.—20. v. Limbeck. «Zeitschrift f. Heilkunde». T. 10. Онъ-же. Grundriss klin. Pathologie d. Blutes, 1896 г., т. 21. Löwit. «Archiv f. experimentelle Pathologie». 1887 г., т. 23, стр. 20. «Centralbl. f. allg. Pathologie». 1891 г., № 25, стр. 20 и «Virchow's Archiv», т. 16, стр. 545.—M. 22) A. A. Максимовъ. О строеніи красныхъ кровяныхъ тѣлецъ млекопитающихъ и о происхожденіи пластинокъ Bizzozero. Архивъ Поддоскокова, 1898 г., т. V, стр. 481.—N. 23. Neumann. «Virchow's Archiv». 1896 г., т. 143, стр. 325.—P. 24. Pappenheim. «Münchener med. Wochenschrift», 1905 г., № 24, стр. 989.—25. Pizzini. Прив. по v. Limbeck'y.—26. Pratt. I. H. A critical study of the various methods employed for enumeration blood platelets. «Journal American Medical Association», 1906 г., № 2.—R. 27. Reyné. De la crise hémétique dans les maladies aiguës à deservescence brusque. Парижская диссертация, 1881 г.—28. Ranvier. Comptes rendus de la Société de Biologie. 1873 г., стр. 46.—29. Riess. «Archiv f. experimentelle Pathologie und Pharmacologie», 1904 г., т. 51, стр. 190.—30. Riess. Zur pathologischen Anatomie d. Blutes. «Du Bois Reymond's Archiv», 1872 г., стр. 237—250.—S. 31. Max Schultze. Ein heizbarer Objectisch und seine Verwendung bei. Untersuchung des Blutes. «Archiv f. mikroskopische Anatomie», 1865 г., т. I, стр. 38.—32. Schwalbe. E. Die Morphologie des Thrombus und d. Blutplättchen. «Centralblatt f. allg. Pathologie». Arnold's-Festschrift. 1905 г.—33. Schmauch. «Virchow's Archiv», т. 156, стр. 201.—T. 34. Türck. W. Klinische Untersuchungen über d. Verhalten des Blutes bei acuten Infektionskrankheiten, 1898 г.—W. 35. Weidenreich. «Anatomischer Anzeiger», 1903 г., т. 24, № 7. 36. Wright J. Die Entstehung d. Blutplättchen, «Virchow's Archiv», 1906 г., т. 186, стр. 55.

## О современномъ фармацевтическомъ лѣченіи сердечныхъ болѣзней.

Проф. С. В. Левашова.

(Окончаніе. См. выше, № 44, стр. 1361).

2 года назадъ извѣстному фармакологу Cloetta удалось получить, послѣ упорнаго 5-лѣтняго труда и очень сложной обработки большихъ массъ листьевъ наперстянки, самое ничтожное количество аморфнаго бѣлаго вещества, которое по своему составу, какъ показываетъ элементарный анализъ его, вполне тождественно съ кристаллическимъ дигитоксинномъ Schmiedeberg'a. При реакціи Keller'a оно даетъ тѣ-же характерныя цвѣтныя кольца, какъ и дигитоксинъ, по опытамъ на животныхъ обладаетъ такой-же ядовитостью, что и послѣдній, отъ котораго однако резко отличается, кромѣ другихъ физическихъ свойствъ, болѣе растворимостью въ водѣ и способностью гораздо легче диффундировать. Такъ какъ раздражающія свойства кристаллическаго дигитоксина зависятъ отъ его незначительной диффундируемости, то нужно было допустить, что вновь добытое средство, получившее названіе «растворимый дигитоксинъ»,

гитоксинъ» (*digitoxinum solubile*), не должно раздражать тканей. Это предположеніе оправдалось при опытахъ, предпринятыхъ *Cloetta* на животныхъ и на самомъ себѣ. Однако, своего способа приготовления «*digitoxinum solubile*» *Cloetta* не описалъ, но поручилъ фирмѣ «*Hoffmann, La Roche et C<sup>ie</sup>*» въ *Basel* въ выработывать фабрично это средство и выпускать въ продажу въ водномъ растворѣ съ прибавленіемъ къ нему 25% глицерина подъ названіемъ «дигалена» (*digalen*), при чемъ 1 к. стм. этого раствора точно соотвѣтствуетъ 0,3 млгрм. аморфнаго дигитоксина \*).

Предпринятые на животныхъ повѣрочныя испытанія, дѣйствительно, подтвердили довольно точно данныя *Cloetta*. Такъ, сначала *E. Freund* <sup>24)</sup>, а затѣмъ *Kumaji Sassaki* <sup>25)</sup> убѣдились въ лабораторіи патолого-анатомическаго Института въ *Berlin* въ, что какъ дигаленъ, такъ и чистый аморфный дигитоксинъ дѣйствуютъ на лягушечье сердце совершенно такимъ-же образомъ, какъ и настойка листьевъ наперстянки. *Sassaki* особенно отмѣчаетъ однако, что при дигаленѣ разстройство сердечнаго ритма наступаетъ обыкновенно только въ самый послѣдній періодъ его дѣйствія и никогда не бываетъ особенно значительнымъ. Подкожныя впрыскиванія дигалена вліяютъ такимъ-же образомъ, какъ и непосредственное накапываніе его на обнаженное сердце.

Клиническія испытанія на больныхъ тоже подтвердили въ общихъ чертахъ указанія *Cloetta*. Проф. *Naunyn* (ор. с., стр. 1413), *Bibergeil* <sup>26)</sup> въ клиникѣ проф. *Senator*'а, *Walli* <sup>27)</sup>, *Klimperer* <sup>28)</sup>, *Kollick* <sup>29)</sup>, *Treupel* <sup>30)</sup> и др. получили очень хорошіе результаты отъ примѣненія дигалена *per os* или путемъ подкожныхъ впрыскиваній въ дозѣ отъ 1 до 2 к. стм. (0,3—0,6 млгрм. дигитоксина = 0,15—0,30 листьевъ наперстянки въ порошокъ или водномъ настое) на приемъ, до 4 к. стм. *pro die*. Дѣйствіе наступаетъ быстрѣе, чѣмъ отъ наперстянки, а именно черезъ 20—24 часа; если-же давать дигаленъ на тощій желудокъ, то нерѣдко уже черезъ 6 час. оно сказывается повышеніемъ кровяного давленія и замедленіемъ пульса, а затѣмъ и увеличеніемъ мочеотдѣленія. Дигаленъ, въ виду его плохого вкуса, надо давать въ молоко или въ винѣ, а лучше всего съ сладкими южными винами, и тогда онъ, будто-бы, переносится хорошо даже и такимъ желудкомъ, который не выдерживаетъ уже никакихъ обычныхъ препаратовъ наперстянки. Также подтвердили затѣмъ *Cecconi* и *For-naca* <sup>31)</sup> *Dennig* <sup>32)</sup>, *P. Freund* <sup>33)</sup>, *K. Hochheim* <sup>34)</sup>, *Weinberger* <sup>35)</sup> и др. Напротивъ, *Reitter* <sup>36)</sup> наблюдалъ, что на сердце дигаленъ вліяетъ не больше, чѣмъ листья наперстянки, а на мочеотдѣленіе гораздо слабѣе. *Eichhorst* <sup>37)</sup> указываетъ, что дигаленъ вызываетъ такіе-же подобныя неблагоприятныя явленія, какъ и порошокъ наперстянки; *Luyden* <sup>38)</sup>, а также *Romberg* <sup>39)</sup> и *Focke* приходятъ къ заключенію, что дигаленъ не можетъ замѣнить наперстянки. Многие авторы (*Reitter*, *F. Umber* <sup>40)</sup> и др.) убѣдились, въ противоположность показаніямъ первыхъ изслѣдователей, что онъ обладаетъ скапливающимся дѣйствіемъ, по *Umber*'у даже болѣе, чѣмъ остальные препараты наперстянки.

Однако, если не всѣ авторы согласны въ томъ, что при назначеніи дигалена *per os* онъ заслуживаетъ особаго предпочтенія передъ другими препаратами наперстянки (это отрицаетъ и *З. Ф. Орловскій* въ своей выше упомянутой работѣ), то, несомнѣнно, онъ представляетъ передъ ними значительныя преимущества при примѣненіи его въ видѣ подкожныхъ или особенно внутривенныхъ впрыскиваній. Будучи введенъ подъ кожу, дигаленъ оказываетъ быстрое и рѣзкое благопріятное дѣйствіе, но мѣстно вызываетъ жгучія боли, опуханіе, часто съ кровоподтеками, отекомъ соотвѣтственныхъ конечностей, въ большихъ-же количествахъ — лихорадку и т. д. Поэтому сперва *Kottman* <sup>41)</sup>, а

затѣмъ *Hochheim*, *Pesci*, <sup>42)</sup> *Weinberger*, *Winckelmann* и др. особенно рекомендуютъ, во избѣжаніе такихъ неблагоприятныхъ побочных явленій, вводить дигаленъ прямо въ вены, при чемъ требуются однако уже нѣсколько большія дозы его — именно отъ 2 до 5 к. стм. за разъ. Такія количества его переносятся замѣчательно хорошо и дѣйствуютъ въ высшей степени быстро (по *Kottmann*'у уже черезъ нѣсколько минутъ) и рѣзко. Ни лихорадки, ни какихъ-либо другихъ вредныхъ послѣдствій внутривенное впрыскиваніе дигалена не вызываетъ, такъ какъ препаратъ этотъ для такихъ цѣлей выпускается въ продажу стерильнымъ и въ теченіи довольно продолжительнаго времени сохраняется безъ разложенія. Тѣмъ не менѣе разъ заключающая его стеклянка открыта, то, по *Schaerges*'у <sup>43)</sup>, не слѣдуетъ пользоваться содержимымъ ея дольше 2-хъ недѣль послѣ этого. Полученный отъ каждого отдѣльнаго впрыскиванія эффектъ длится по крайней мѣрѣ однѣ, а часто и по нѣсколько сутокъ.

Тѣмъ не менѣе въ самое послѣднее время противъ лечебнаго употребленія дигалена появились въ литературѣ новыя возраженія. Сначала *C. Focke* <sup>3)</sup>, а затѣмъ и *Felix Mendel* <sup>44)</sup> утверждаютъ, что дигитоксинъ по фармакологическому дѣйствію его, будто-бы, никакъ нельзя отождествлять вполне съ листьями наперстянки. Подобно тому, какъ какая-нибудь отдѣльная минеральная соль не можетъ дѣйствовать совершенно тождественно съ той или иной заключающей ее вмѣстѣ съ другими химическими соединеніями минеральной водой, такъ и одинъ дигитоксинъ дѣйствуетъ будто-бы, иначе, чѣмъ листья наперстянки, въ составъ которыхъ онъ входитъ вмѣстѣ съ другими веществами. Въ подтвержденіе этого *F. Mendel* указываетъ, что, напр., по своему дѣйствію на сосуды дигитоксинъ рѣзко отличается отъ другихъ составныхъ частей наперстянки, почему приходится, будто-бы, встрѣчать случаи, въ которыхъ первый даже ухудшаетъ всѣ болѣзненные явленія, а настойка изъ листьевъ наперстянки оказываетъ обычное быстрое и крайнее благотворное дѣйствіе.

На основаніи подобныхъ соображеній *F. Mendel* совѣтуетъ принять приготовленный фирмой *Parke Davis C<sup>o</sup>* препаратъ изъ листьевъ наперстянки, названный имъ дигиталономъ и содержащій въ себѣ, будто-бы, всѣ дѣйствующія составныя части наперстянки растворенными, какъ и въ настое изъ листьевъ ея, при помощи имѣющихся въ послѣднихъ мылообразныхъ (*Seifenartigen*) веществъ.

Дигиталонъ представляетъ собой жидкость *свѣтло-зеленаго цвѣта*, равную по своему дѣйствію на животный организмъ 10%-ной настое изъ наперстянки, не заключающую въ себѣ совсѣмъ алкоголя, но содержащую около 0,6% хлоретона, прибавляемаго для предотвращенія отъ всякаго развитія въ ней бактерій.

По изслѣдованіямъ *Houghtons*'а <sup>44)</sup> на животныхъ дигиталонъ какъ при введеніи *per os*, такъ и при подкожныхъ впрыскиваніяхъ вызываетъ всѣ тѣ же явленія, какъ и наперстянка, т. е. усиленіе систолы, удлиненіе діастолы и повышеніе кровяного давленія, при чемъ въ подкожной клѣтчаткѣ, въ противоположность наперстянкѣ и дигитоксину, онъ, будто-бы, не вызываетъ никакого раздраженія, такъ что при этомъ клѣтчатка остается совершенно нормальной.

Убѣдившись, что дигиталонъ не производитъ никакого свертыванія въ человѣческой крови и не оказываетъ никакого вреднаго вліянія на морфологическіе элементы ея, а также путемъ опытовъ на животныхъ, что онъ не обуславливаетъ никакого поврежденія венныхъ стѣнокъ, *Mendel* началъ примѣнять внутривенныя впрыскиванія этого препарата и на людяхъ. Впрыскиванія эти оказались совершенно безопасными и не сопровождались никакими — ни мѣстными, ни общими — побочными вредными явленіями, такъ что даже 30 и болѣе впрыскиваній въ ту же самую часть одной и той-же вены не оказывали ни малѣйшаго вреднаго вліянія на стѣнки ея. Необходимо только, чтобы растворъ вводился прямо въ вену, ибо иначе, если часть его, вслѣдствіе плохого развитія венъ или неудачнаго впрыскиванія, попадаетъ въ подкожную клѣтчатку, то здѣсь появляются, въ противоположность увѣреніямъ *Houghtons*'а, очень болѣзненные покраснѣніе и опуханіе.

На основаніи произведенныхъ 1200 внутривенныхъ

\*) Въ то время, когда статья эта была уже готова для печати, появилось сообщеніе *З. Ф. Орловскаго* — «Изъ клиническихъ наблюденій надъ дигаленомъ» («Русскій Врачъ», №№ 32—34) съ подробными литературными данными, почему я значительно сократилъ здѣсь приведенную мною было литературу о дигаленѣ, ограничившись только тѣмъ, что имѣетъ непосредственное отношеніе къ цѣлямъ моей статьи, въ виду того, что заинтересовавшіеся ею могутъ найти остальное въ упомянутой работѣ д-ра Орловскаго.

выпрыскиваній *F. Mendel* утверждаетъ, что подобное при-  
мѣненіе дигиталона совершенно удовлетворяетъ всѣмъ  
требованіямъ, которыя мы должны предъявлять къ «дѣй-  
ствительно хорошей терапіи наперстянкой». Почти во  
всѣхъ случаяхъ дѣйствіе каждой отдѣльной дозы было по-  
разительное и часто уже черезъ нѣсколько минутъ, а не-  
редѣло даже тотчасъ-же вслѣдъ за выпрыскиваніемъ оказы-  
валось характерными для наперстянки измѣненіями въ  
кровообращеніи; впрочемъ, иногда раньше наступленія  
послѣднихъ въ теченіи нѣкотораго времени наблюдалось  
предварительное рѣзкое ослабленіе и учащеніе пульса. У  
другихъ больныхъ, напротивъ, замѣчалось, подобно тому,  
что встрѣчается и при назначеніи наперстянки *per os*,  
обнаруживающееся только послѣ болѣе продолжительнаго  
времени и развивающееся очень постепенно повышеніе  
сердечной работы съ соотвѣтственнымъ улучшеніемъ кро-  
вообращенія. Однако, какъ правило, надо установить, что  
терапевтическое дѣйствіе дигиталона достигаетъ кульми-  
націоннаго пункта уже черезъ нѣсколько минутъ и по-  
томъ, постепенно ослабѣвая, исчезаетъ совсѣмъ черезъ  
24—36 час. Для полученія стойкаго результата, конечно,  
надо повторять выпрыскиванія при полномъ разстройствѣ  
сердечной дѣятельности черезъ 12 час., при относитель-  
ной же недостаточности сердца—съ гораздо большими  
промежутками, а именно черезъ 24—48 час. Для затяж-  
наго лѣченія наперстянкой, по *Kussmaul*’у, *Naunyn*’у и  
*Groedel*’у <sup>45)</sup> при хроническомъ разстройствѣ уравновѣше-  
нія сердечной работы достаточно вводить соотвѣтственную  
дозу дигиталона черезъ каждые 2—3 дня. Что-же касает-  
ся размѣра послѣдней, то многочисленныя опыты устано-  
вили ее въ 2 к. стм. (равняющихся 0,2 листьевъ напер-  
стянки) для взрослыхъ, тогда какъ у болѣе слабыхъ и бо-  
лѣе молодыхъ часто оказывалось достаточнымъ и меньшее  
количество. Если отъ указанной дозы не получается же-  
лаемого дѣйствія, то ее можно еще значительно увеличить,  
не вызывая никакихъ нежелательныхъ побочныхъ яв-  
леній.

Однако, по моимъ личнымъ наблюденіямъ, всѣ сейчасъ  
приведенныя соображенія *C. Focke* и *F. Mendel*’а оказы-  
ваются, соотвѣтственно даннымъ приведенныхъ выше  
экспериментальныхъ изслѣдованій, исключительно аргю-  
ментическими и совершенно не подтверждаются дѣйстви-  
тельными фактами. Уже по отношенію даже къ нераство-  
римому въ водѣ кристаллическому *Schmiedeberg*’овскому  
дигитоксину испытанія его на больныхъ показали, между  
прочимъ, и въ моей клиникѣ [*Д. И. Усковъ* <sup>44)</sup>], что онъ об-  
наруживается на сердцѣ и кровообращеніе совершенно  
такое-же вліяніе, какъ и наперстянка, но по силѣ дѣйствія  
превосходитъ всѣ другіе препараты ея. Никогда также не  
наблюдалось, чтобы примѣненіе его не давало никакихъ  
результатовъ, а употребленіе настойки, діамизита или  
порошка изъ листьевъ наперстянки оказывало благо-  
творное дѣйствіе. Напротивъ, дов. часто встрѣчались  
совершенно неэффективными, а назначеніе дигитоксина,  
въ надлежащемъ количествѣ и съ надлежащими, конечно,  
предосторожностями, обуславливало характерныя для на-  
перстянки измѣненія кровообращенія и болѣе или менѣе  
значительное улучшеніе состоянія больныхъ. Что-же ка-  
сается растворимаго дигитоксина «*Digitoxinum solubi-  
le s. digalen Cloetta*», то, примѣняя его и *per os*, и въ ви-  
дѣ какъ подкожныхъ, такъ и внутривенныхъ выпрыскива-  
ній, я вполне убѣдился въ справедливости указанній боль-  
шинства изслѣдовавшихъ его авторовъ, что онъ точно  
также, подобно нерастворимому аналогу, принадлежитъ  
къ самымъ энергичнымъ препаратамъ наперстянки. Если  
при назначеніи *per os*, онъ и не представляетъ особыхъ  
преимуществъ передъ другими препаратами послѣдней, то,  
наоборотъ, безопасность и чрезвычайная дѣйствительность  
внутривенныхъ его выпрыскиваній, несомнѣнно, выдвигаетъ  
его для многихъ случаевъ на первый планъ при лѣ-  
ченіи сердечныхъ болѣзней. Утѣхъ больныхъ, которые  
вслѣдствіе-ли особой раздражительности слизистой оболоч-  
ки желудочно-кишечнаго канала или подъ вліяніемъ глу-  
бокихъ патологическихъ измѣненій ея не переносятъ  
совершенно сердечныхъ средствъ *per os*, или которые по

крайней тяжести своего состоянія вслѣдствіе чрезвыча-  
наго нарушенія кровообращенія (при высшихъ степеняхъ  
разстройства уравновѣшенности) или вслѣдствіе необы-  
кновенно быстро нарастающаго упадка сердечной дѣятель-  
ности, особенно, напр., при различныхъ заразныхъ забо-  
лѣваніяхъ (фибринозной пневмоніи, тифахъ, дифтеріи и  
т. д.) нуждаются въ самомъ энергическомъ и скоромъ по-  
вышеніи работы сердца, дигаленъ, несомнѣнно, нельзя  
замѣнить никакими прежними препаратами наперстянки,  
ибо ихъ нельзя вводить черезъ вены.

Нужно-ли поставить дигиталонъ, если и не выше, какъ  
утверждаетъ *F. Mendel*, то по крайней мѣрѣ рядомъ съ  
дигаленомъ, остается для меня вопросомъ открытымъ, такъ  
какъ я пока не имѣлъ возможности примѣнять этотъ амери-  
канскій препаратъ и изучать его дѣйствіе. Однако-же на-  
значеніе больнымъ и дигалена, и дигиталона, если-бы  
указанія *Mendel*’а относительно послѣдняго даже вполне  
подтвердились, представляютъ весьма существенныя не-  
удобства. Прежде всего нельзя не обратить вниманія на  
то, что и тотъ, и другой—въ настоящее время *средства  
тайныя*, такъ какъ до сихъ поръ способъ полученія ихъ  
подробно, повидимому, нигдѣ не указанъ. Во 2-хъ, будучи  
приготавливаемы оба въ видѣ жидкостей, они при доступѣ  
къ нимъ воздуха, послѣ откупориванія вмѣщающаго ихъ  
сосуда, все-таки подвержены сравнительно легко порчѣ, и,  
въ 3-хъ, цѣна ихъ непомѣрно высока, почему ихъ и можно  
примѣнять лишь у очень состоятельныхъ людей.

Въ виду этого я считаю необходимымъ указать на  
крайнюю пригодность для перечисленныхъ сейчасъ слу-  
чаевъ еще одного сердечнаго средства, до сихъ поръ при-  
мѣнявшагося сравнительно весьма мало, а именно—перипло-  
цина, который, однако, по своимъ свойствамъ долженъ  
быть поставленъ, несомнѣнно, на ряду съ дигаленомъ и  
дигиталонемъ.

Какъ извѣстно, уже проф. Э. А. Леманъ <sup>46)</sup>, первый  
добывшій и изучившій фармацевтически этотъ глюкозидъ,  
установилъ поразительное сходство его съ *Schmiedeberg*’-  
овскимъ дигиталиномъ, изомеромъ или полимеромъ котораго  
онъ, несомнѣнно, и является. Затѣмъ проф. П. В. Буржин-  
скій <sup>47)</sup>, а нѣсколько времени спустя д-ръ Шатиловъ <sup>48)</sup>  
на основаніи опытовъ на животныхъ и д-ръ И. М. Лева-  
шовъ <sup>49)</sup>, руководясь своими наблюденіями на здоровыхъ  
людяхъ и на сердечныхъ больныхъ, относятъ периплоцину  
непосредственно къ сердечнымъ средствамъ и приравни-  
ваютъ его къ наперстянкѣ, строфанту, горичнику и коно-  
пельному тайнику. Д-ръ Усковъ при своихъ провѣрочныхъ  
изслѣдованіяхъ, произведенныхъ въ моей клиникѣ въ Ка-  
зани, тоже пришелъ къ убѣжденію, что периплоцину, бу-  
дучи введенъ подъ кожу, дѣйствуетъ, подобно другимъ  
сердечнымъ средствамъ, усиливающимъ и регулирующимъ  
образомъ на дѣятельность сердца, хотя при назначеніи  
*per os* и не оказываетъ явственнаго дѣйствія.

Въ справедливости этого я имѣлъ затѣмъ много разъ  
возможность убѣдиться на своихъ больныхъ и въ частной  
практикѣ, и въ клиникѣ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже очень застарѣлыхъ сер-  
дечныхъ страданій, въ которыхъ разстройство сердечной  
дѣятельности достигало наивысшей степени и наперстянка  
подъ вліяніемъ привыканія къ ней организма—вслѣдствіе  
очень продолжительнаго употребленія ея въ теченіи де-  
сятка и болѣе лѣтъ, — переставала давать терапевтиче-  
скій эффектъ, удавалось поддержать еще дѣятельность  
сердца болѣе или менѣе долгое время при помощи пери-  
плоцина. Такъ, еще нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ, мнѣ  
пришлось дов. долго наблюдать сердечнаго больного, суще-  
ствованіе котораго въ теченіи многихъ мѣсяцевъ было воз-  
можно только при помощи периплоцина.

Дѣло идетъ о молодомъ человѣкѣ, 29 л., съ ранняго дѣтства  
страдавшемъ болями въ груди, сердцебиеніемъ и одышкой, при  
чемъ у него еще въ 7-лѣтнемъ возрастѣ врачамъ, приглашен-  
нымъ по поводу случайной болѣзни, былъ опредѣленъ порокъ  
сердца. Болѣе 10 лѣтъ, какъ у больного начали сильно отека-  
ть ноги, и онъ принималъ сначала время отъ времени и по пред-  
писанію врачей, а затѣмъ уже все еще и чаще, при томъ по  
собственному усмотрѣнію, настойку и порошокъ наперстянки въ  
восходящихъ дозахъ. За послѣдніе 3 года состояніе его здо-  
ровья настолько ухудшилось, что онъ долженъ былъ оставить  
всякія занятія, хотя они были спонсорскими (железныя).



и большую часть времени проводилъ въ постели, но смотря на почти постоянное употребленіе наперстянки. Теперь уже около 6 недѣль, какъ появились тошнота, рвота, одышка; отеки усилились еще болѣе, такъ что больной постоянно мечется изъ стороны въ сторону, не находя себѣ мѣста, ничего не ѣсть, спать совсѣмъ не можетъ. Будучи приглашенъ къ больному для подачи помощи, я нашелъ его прямо въ отчаянномъ положеніи. При исследованіи найденъ чрезвычайно выраженный отекъ подкожной кѣтчатки вездѣ, особенно уже на нижней  $\frac{1}{2}$  туловища и на ногахъ. Громадное скопленіе жидкости въ полости брюшины, ободочной hydrothorax, hydropericardium, почти совершенно чуждо чернымъ губамъ, рѣзкая свистуха лица и конечностей, а также всего тѣла. Пульсъ слабый и мягкій, едва сосчитываемый, съ перемѣнками, около 128—136 ударовъ въ минуту, дѣл. 36—40. При выслушиваніи слабый систолическій шумъ, слышимый слышно всего у верхушки сердца; намекъ на усиленіе 2-го тона въ легочной артеріи; въ легкихъ, преимущественно въ нижнихъ доляхъ, масса влажныхъ субкрепитирующихъ и болѣе крупныхъ, а также свистящихъ хриповъ. Сначала впрыскиваніями периплоцина по 0.001 ежедневно и назначеніемъ per os наркотическихъ, а затѣмъ по остановкѣ рвоты примѣненіемъ теоромина съ горьцѣтомъ мало по малу удалось настолько улучшить состояніе больного, что онъ сталъ чувствовать себя совсѣмъ хорошо, принимая время отъ времени горьцѣтъ. Такъ продолжалось около 3-хъ мѣсяцевъ относительно удовлетворительнаго состоянія, при чемъ, конечно, постоянно опредѣлялись всѣ признаки недостаточности 2-створчатой заслонки и служенія лѣваго вѣнчаго устья; но потомъ опять развилось ухудшеніе, и скоро больной дошелъ опять до очень тяжелаго положенія, хотя снова самъ возобновилъ употребленіе наперстянки. Въ виду этого онъ рѣшился поступить въ мою клинику. Здѣсь первые 3 дня онъ продолжалъ принимать крѣпкую настойку наперстянки съ большими дозами кофеина. Однако, состояніе его продолжало оставаться очень тяжелымъ; пульсъ по прежнему былъ очень малъ и частъ—между 100 и 114.

Отрицательность результатовъ отъ примѣненія такого энергичнаго лѣченія наперстянкой заставила насъ снова прибѣгнуть къ периплоцину, впрыскиванія котораго по 0.5 мгм. примѣнялись 3 дня подъ рядъ, а затѣмъ назначена была настойка горьцѣта, послѣ чего сначала наступило некоторое улучшеніе самочувствія, пульсъ замедлился до 84—90, вѣсъ тѣла съ 48.4 кило упалъ до 47.5. Однако уже черезъ недѣлю состояніе больного опять ухудшилось, пульсъ участился до 114 и сдѣлался неправильнымъ, число дыханій дошло до 30 въ минуту, дѣлрезъ упалъ очень низко, вѣсъ тѣла сталъ возрастать, и скорѣй обнаружился признаки инфаркта въ нижней долѣ праваго легкаго. Доза горьцѣта была тогда еще увеличена (назначена настойка изъ 12.0 на 200), но черезъ сутки уже появилась сильная рвота, вынудившая отменить послѣдній. Тогда я рѣшилъ установить лѣченіе исключительно периплоциномъ, въ формѣ ежедневныхъ однократныхъ впрыскиваній по 0.001, послѣ которыхъ быстро наступило какъ субъективное, такъ и объективное улучшеніе. Дѣлрезъ, до тѣхъ поръ все падавшій, повысился (600, 500, 800, 1250, 1200, 1300, 1100 к. стм. въ сутки; уд. в. мочи 1,025, 1,024, 1,020, 1,016, 1,015, 1,016, 1,014); вѣсъ тѣла, увеличившійся было до 47.9 кило, спустился до 46.5; пульсъ и дыханіе постепенно замедлились и мало по малу дошли, черезъ  $\frac{1}{2}$  недѣли примѣненія такого лѣченія порывъ — до 72, второе — до 24 въ минуту, а черезъ 3 недѣли больной настолько оправился, что пожелалъ выписаться изъ клиники.

По возвращеніи домой онъ, какъ я узналъ впоследствии, продолжалъ въ теченіи нѣсколькихъ недѣль впрыскивать себѣ время отъ времени периплоцинъ, но затѣмъ чувствовалъ себя такъ хорошо, что оставилъ всякое лѣченіе. Мѣс. 9 спустя мнѣ пришлось снова увидѣть его по поводу развившагося у него очень большого инфаркта въ легкихъ, сопровождавшагося, конечно, быстрымъ ослабленіемъ сердечной работы. Не смотря на самое энергичное примѣненіе наперстянки per os, периплоцина и кофеина подъ кожу больной погибъ черезъ 4 дня при явленіяхъ полнаго упадка сердечной дѣятельности.

Въ болѣе раннихъ періодахъ сердечныхъ болѣзней периплоцинъ дѣйствуетъ, конечно, гораздо энергичнѣе, при чемъ чѣмъ можетъ служить слѣдующій случай, наблюдавшійся также въ моей клиникѣ.

Х., 48 л., хлѣбопашецъ, приблизительно за годъ до поступленія въ клинику, сталъ замѣчать одышку и сердцебиеніе какъ при движеніи, такъ и послѣ ѣды, увеличеніе живота и опуханіе ногъ. Черезъ  $\frac{1}{2}$ -года всѣ эти явленія настолько усилились, что заставили больного слезть въ постель и поступить въ земскую больницу. Здѣсь онъ лѣчился 4 недѣли какими-то порошками, по его словамъ, безъ всякаго результата. Черезъ нѣсколько времени онъ былъ привезенъ въ заведываемую мною клинику въ крайне тяжеломъ состояніи. При исследованіи его найденъ очень большой отекъ ногъ и половыхъ органовъ, вслѣдствіе котораго мочеиспусканіе было сильно затруднено. Брюшная водянка до уровня пупка; значительный двусторонній hydrothorax и hydropericardium. Сердечный толчекъ очень слабый, ясно всего прослушивается въ 7-мъ межреберьяхъ по сосковой линіи. Печень по правой сосковой линіи выдается изъ-подъ ребернаго края на 5 см. Пульсъ очень слабый и мягкій, крайне неправильный (послѣ 1—2 ударовъ рядъ перебоевъ); въ лучевой артеріи сосчитывается 80 ударовъ въ минуту; дѣл. 28. Артерій склерозированы. Тоны сердца глухи, слабы; у верхушки сердца явствен-

ный систолическій шумъ; усиленія звука нигдѣ не слышно. Моча выделяется въ скудномъ количествѣ (700—500 к. стм. въ сутки; уд. в. 1.088—1.020), содержитъ бѣлокъ (до 0.25%) и дов. много стекловидныхъ цилиндровъ.

Первые 6 дней больной былъ оставленъ безъ всякаго лѣченія, при чемъ водяночныя явленія все нарастали, вѣсъ тѣла съ 75.4 кило поднялся до 79.5, количество мочи упало до 300 к. стм., самочувствіе еще болѣе ухудшилось. Тогда былъ назначенъ периплоцинъ сначала по 0.5 мгм. и не ежедневно, а затѣмъ въ виду того, что ухудшеніе продолжалось (вѣсъ тѣла дошелъ до 82.4 кило) уже систематически каждый день по 0.001. Отъ этой дозы получились уже поразительные результаты. Рядомъ съ рѣзкимъ улучшеніемъ самочувствія количество мочи въ 3 дня повысилось до 3100 (уд. в. ея при этомъ упало до 1.005) и затѣмъ до 3300 к. стм.; вѣсъ тѣла сталъ быстро падать и въ 12 дней понизился до 64 кило, т. е. всего на 20 кило. Соответственно этому всѣ водяночныя явленія быстро исчезли; границы сердечной тупости уменьшились (правая, постепенно отодвигаясь влѣво, дошла почти до правой грудной линіи); шумъ въ сердцѣ исчезъ; пульсъ дов. скоро сдѣлался очень сильнымъ; перебои въ немъ появлялись все рѣже и рѣже; число ударовъ пульса, которое одно время, когда всѣ сокращенія сердца стали доходить до лучевой артеріи, поднималось до 108—120 въ минуту, постепенно понизилось до 78. Въ общемъ послѣ 11 впрыскиваній всѣ субъективныя и объективныя явленія настолько улучшились, что больной сталъ чувствовать себя какъ-бы здоровымъ, началъ ходить совершенно свободно, почему впрыскиванія периплоцина и были отменены. Больной находился затѣмъ подъ наблюденіемъ еще 2 недѣли; но, такъ какъ состояніе его продолжало оставаться отличнымъ, то онъ и былъ выписанъ изъ клиники.

Подобные результаты заставляютъ, дѣйствительно, поставить периплоцинъ по силѣ дѣйствія рядомъ съ наперстянкой. Если до сихъ поръ отъ него и получалось иногда малое или даже сомнительное дѣйствіе, то это, повидимому, обуславливалось исключительно тѣмъ, что многіе больные, какъ извѣстно, плохо переносятъ его при томъ способѣ примѣненія, въ которомъ онъ только и могъ быть назначаемъ до настоящаго времени, именно въ формѣ подкожныхъ или межмышечныхъ впрыскиваній. Не смотря на указаніе проф. П. В. Буржинскаго, что послѣ впрыскиваній периплоцина въ подкожную кѣтчатку у собакъ въ ней не наблюдалось никакихъ явленій раздраженія, у очень многихъ людей подкожное примѣненіе этого средства вызываетъ болѣе или менѣе сильное раздраженіе на мѣстѣ введенія его—боль, красноту, опухоль, а при болѣе значительныхъ дозахъ даже общія явленія—недомоганіе, головную боль, повышеніе температуры. Замѣчательно, что нѣкоторыя порціи Мерк'овскаго периплоцина обуславливаютъ, какъ приходилось наблюдать мнѣ надъ однимъ и тѣмъ-же лицомъ, такое побочное неблагоприятное дѣйствіе чаще, другія рѣже, такъ что здѣсь, повидимому, до нѣкоторой степени играетъ роль также и тщательность приготовленія препарата. Во всякомъ случаѣ возможность развитія перечисленныхъ болѣзненныхъ явленій отъ подкожныхъ впрыскиваній периплоцина вынуждаетъ прибѣгать при такомъ способѣ примѣненія его лишь къ самымъ небольшимъ его дозамъ, часто оказывающимся недостаточными на проявляемую ими дѣйствію. Въ виду этого въ послѣднее время Cholewa<sup>50)</sup> предложилъ даже, какъ извѣстно, воспользоваться слизистой оболочкой носа, будто-бы всасывающей периплоцинъ такъ-же хорошо, какъ и подкожная кѣтчатка. Я не могъ, однако, убѣдиться въ дѣйствительности, а тѣмъ болѣе въ надежности подобнаго способа, который можетъ давать надлежащіе результаты лишь въ исключительныхъ случаяхъ и у различныхъ лицъ позволяетъ вводить въ организмъ совершенно неодинакова количества назначаемаго лѣкарства, почему точная дозировка его здѣсь прямо невозможна. Напротивъ, несомнѣнно, что самымъ подходящимъ способомъ для устранения встрѣчающихся при примѣненіи периплоцина препятствій являются, какъ и по отношенію къ дигалену, внутривенныя впрыскиванія его. Прежде всего периплоцинъ обладаетъ совершенно достаточной растворимостью въ водѣ (1:125), чтобы быть введеннымъ въ организмъ не только въ терапевтической, но даже и въ токсической дозахъ. Затѣмъ внутривенныя впрыскиванія его—конечно, при соблюденіи всѣхъ необходимыхъ предосторожностей—не вызываютъ, какъ показали мнѣ сначала рядъ предварительныхъ опытовъ на животныхъ, а затѣмъ и наблюденія на больныхъ, никакого раздраженія въ стѣнкахъ вѣнъ и переносятся организмомъ совершенно свободно. Въмѣстѣ съ тѣмъ примѣсь его въ крови не только въ требующихся

выпрыскиваній *F. Mendel* утверждаетъ, что подобное при-  
мѣненіе дигиталона совершенно удовлетворяетъ всѣмъ  
требованіямъ, которыя мы должны предъявлять къ «дѣй-  
ствительно хорошей терапіи наперстянкой». Почти во  
всѣхъ случаяхъ дѣйствіе каждой отдѣльной дозы было по-  
разительное и часто уже черезъ нѣсколько минутъ, а не-  
рѣдко даже тотчасъ-же вслѣдъ за выпрыскиваніемъ оказы-  
валось характерными для наперстянки измѣненіями въ  
кровообращеніи; впрочемъ, иногда раньше наступленія  
послѣднихъ въ теченіи нѣкотораго времени наблюдалось  
предварительное рѣзкое ослабленіе и учащеніе пульса. У  
другихъ больныхъ, напротивъ, замѣчалось, подобно тому,  
что встрѣчается и при назначеніи наперстянки *per os*,  
обнаруживающееся только послѣ болѣе продолжительнаго  
времени и развивающееся очень постепенно повышеніе  
сердечной работы съ соотвѣстственнымъ улучшеніемъ кро-  
вообращенія. Однако, какъ правило, надо установить, что  
терапевтическое дѣйствіе дигиталона достигаетъ кульми-  
націоннаго пункта уже черезъ нѣсколько минутъ и по-  
томъ, постепенно ослабѣвая, исчезаетъ совсѣмъ черезъ  
24—36 час. Для полученія стойкаго результата, конечно,  
надо повторять выпрыскиванія при полномъ разстройствѣ  
сердечной дѣятельности черезъ 12 час., при относитель-  
ной же недостаточности сердца—съ гораздо большими  
промежутками, а именно черезъ 24—48 час. Для затѣж-  
наго лѣченія наперстянкой, по *Kussmaul*у, *Naunyn*у и  
*Groedel*у <sup>45)</sup> при хроническомъ разстройствѣ уравновѣше-  
нія сердечной работы достаточно вводить соотвѣстственную  
дозу дигиталона черезъ каждые 2—3 дня. Что-же касает-  
ся размѣра послѣдней, то многочисленныя опыты устано-  
вили ее въ 2 к. стм. (равняющихся 0,2 листьевъ напер-  
стянки) для взрослыхъ, тогда какъ у болѣе слабыхъ и бо-  
лѣе молодыхъ часто оказывалось достаточнымъ и меньшее  
количество. Если отъ указанной дозы не получается же-  
лаемаго дѣйствія, то ее можно еще значительно увеличить,  
не вызывая никакихъ нежелательныхъ побочныхъ яв-  
леній.

Однако, по моимъ личнымъ наблюденіямъ, всѣ сейчасъ  
приведенныя соображенія *C. Focke* и *F. Mendel*а оказы-  
ваются, соотвѣстственно даннымъ приведенныхъ выше  
экспериментальныхъ изслѣдованій, исключительно аргю-  
ментическими и совершенно не подтверждаются дѣйстви-  
тельными фактами. Уже по отношенію даже къ нераствори-  
мому въ водѣ кристаллическому *Schmiedeberg*овскому  
дигитоксину испытанія его на больныхъ показали, между  
прочимъ, и въ моей клиникѣ [*Л. И. Усковъ* <sup>14)</sup>], что онъ об-  
наруживаетъ на сердцѣ и кровообращеніе совершенно  
такое-же вліяніе, какъ и наперстянка, но по силѣ дѣйствія  
превосходитъ всѣ другіе препараты ея. Никогда также не  
наблюдалось, чтобы примѣненіе его не давало никакихъ  
результатовъ, а употребленіе настойки, діамизита или  
порошка изъ листьевъ наперстянки оказывало благо-  
творное дѣйствіе. Напротивъ, дов. часто встрѣчались  
очень тяжелые случаи, въ которыхъ послѣдніе оставались  
совершенно неэффективными, а назначеніе дигитоксина,  
въ надлежащемъ количествѣ и съ надлежащими, конечно,  
предосторожностями, обуславливало характерныя для на-  
перстянки измѣненія кровообращенія и болѣе или менѣе  
значительное улучшеніе состоянія больныхъ. Что-же ка-  
сается растворимаго дигитоксина «*Digitoxinum solubile*  
*s. digalen Cloetta*», то, примѣняя его и *per os*, и въ ви-  
дѣ какъ подкожныхъ, такъ и внутривенныхъ выпрыскива-  
ній, я вполне убѣдился въ справедливости указаній боль-  
шинства изслѣдовавшихъ его авторовъ, что онъ точно  
также, подобно нерастворимому аналогу, принадлежитъ  
къ самымъ энергичнымъ препаратамъ наперстянки. Если  
при назначеніи *per os*, онъ и не представляетъ особыхъ  
преимуществъ передъ другими препаратами послѣдней, то,  
наоборотъ, безопасность и чрезвычайная дѣйствительность  
внутривенныхъ его выпрыскиваній, несомнѣнно, выдвигаетъ  
его для многихъ случаевъ на первый планъ при лѣ-  
ченіи сердечныхъ болѣзней. У тѣхъ больныхъ, которые  
вслѣдствіе ли особой раздражительности слизистой оболоч-  
ки желудочно-кишечнаго канала или подъ вліяніемъ глу-  
бокихъ патологическихъ измѣненій ея не переносятъ  
совершенно сердечныхъ средствъ *per os*, или которые по

крайней тяжести своего состоянія вслѣдствіе чрезвычай-  
наго нарушенія кровообращенія (при высшихъ степеняхъ  
разстройства уравновѣшенности) или вслѣдствіе необы-  
кновенно быстро нарастающаго упадка сердечной дѣятель-  
ности, особенно, напр., при различныхъ заразныхъ забо-  
лѣваніяхъ (фибринозной пневмоніи, тифахъ, дифтеріи и  
т. д.) нуждаются въ самомъ энергическомъ и скоромъ по-  
вышеніи работы сердца, дигалентъ, несомнѣнно, нельзя  
замѣнить никакими прежними препаратами наперстянки,  
ибо ихъ нельзя вводить черезъ вены.

Нужно-ли поставить дигиталонъ, если и не выше, какъ  
утверждаетъ *F. Mendel*, то по крайней мѣрѣ рядомъ съ  
дигалентомъ, остается для меня вопросомъ открытымъ, такъ  
какъ я пока не имѣлъ возможности примѣнить этотъ амери-  
канскій препаратъ и изучать его дѣйствіе. Однако-же на-  
значеніе болынымъ и дигалена, и дигиталона, если-бы  
указанія *Mendel*а относительно послѣдняго даже вполнѣ  
подтвердились, представляютъ весьма существенныя не-  
удобства. Прежде всего нельзя не обратить вниманія на  
то, что и тотъ, и другой—въ настоящее время средства  
тайныя, такъ какъ до сихъ поръ способъ полученія ихъ  
подробно, повидимому, нигдѣ не указанъ. Во 2-хъ, будучи  
приготавливаемы оба въ видѣ жидкостей, они при доступѣ  
къ нимъ воздуха, послѣ откупориванія вмѣщающаго ихъ  
сосуда, всетаки подвержены сравнительно легко порчѣ, и,  
въ 3-хъ, цѣна ихъ непомѣрно высока, почему ихъ и можно  
примѣнять лишь у очень состоятельныхъ людей.

Въ виду этого я считаю необходимымъ указать на  
крайнюю пригодность для перечисленныхъ сейчасъ слу-  
чаевъ еще одного сердечнаго средства, до сихъ поръ при-  
мѣнявшагося сравнительно весьма мало, а именно—перипло-  
цина, который, однако, по своимъ свойствамъ долженъ  
быть поставленъ, несомнѣнно, на ряду съ дигалентомъ и  
дигиталонномъ.

Какъ извѣстно, уже проф. Э. А. Леманъ <sup>46)</sup>, первый  
добывшій и изучившій фармацевтически этотъ глюкозидъ,  
установилъ поразительное сходство его съ *Schmiedeberg*-  
овскимъ дигиталиномъ, изомеромъ или полимеромъ котораго  
онъ, несомнѣнно, и является. Затѣмъ проф. П. В. Буржес-  
скій <sup>47)</sup>, а нѣсколько времени спустя д-ръ Шамилловъ <sup>48)</sup>  
на основаніи опытовъ на животныхъ и д-ръ И. М. Лева-  
шовъ <sup>49)</sup>, руководясь своими наблюденіями на здоровыхъ  
людяхъ и на сердечныхъ больныхъ, относятъ периплоцинъ  
непосредственно къ сердечнымъ средствамъ и приравни-  
ваютъ его къ наперстянкѣ, строфанту, горичеву и коно-  
пельному тайнику. Д-ръ Усковъ при своихъ провѣрочныхъ  
изслѣдованіяхъ, произведенныхъ въ моей клиникѣ въ Ка-  
зани, тоже пришелъ къ убѣжденію, что периплоцинъ, бу-  
дучи введенъ подъ кожу, дѣйствуетъ, подобно другимъ  
сердечнымъ средствамъ, усиливающимъ и регулирующимъ  
образомъ на дѣятельность сердца, хотя при назначеніи  
*per os* и не оказываетъ явственнаго дѣйствія.

Въ справедливости этого я имѣлъ затѣмъ много разъ  
возможность убѣдиться на своихъ больныхъ и въ частной  
практикѣ, и въ клиникѣ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже очень застарѣлыхъ сер-  
дечныхъ страданій, въ которыхъ разстройство сердечной  
дѣятельности достигало наивысшей степени и наперстянка  
подъ вліяніемъ привыканія къ ней организма—вслѣдствіе  
очень продолжительнаго употребленія ея въ теченіи де-  
сятка и болѣе лѣтъ, — переставала давать терапевтиче-  
скій эффектъ, удавалось поддержать еще дѣятельность  
сердца болѣе или менѣе долгое время при помощи перип-  
лоцина. Такъ, еще нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ, мнѣ  
пришлось дов. долго наблюдать сердечнаго больного, суще-  
ствованіе котораго въ теченіи многихъ мѣсяцевъ было воз-  
можно только при помощи периплоцина.

Дѣло идетъ о молодомъ человѣкѣ, 29 л., съ ранняго дѣтства  
страдавшемъ болями въ груди, сердцебиеніемъ и одышкой, при-  
чемъ у него еще въ 7-лѣтнемъ возрастѣ врачамъ, приглашен-  
нымъ по поводу случайной болѣзни, былъ опредѣленъ порокъ  
сердца. Болѣе 10 лѣтъ, какъ у больного начали сильно отека-  
ть ноги, и онъ принималъ сначала время отъ времени и по пред-  
писанію врачей, а затѣмъ уже все еще и чаще, при томъ по  
собственному усмотрѣнію, настойку и порошокъ наперстянки въ  
восходящихъ дозахъ. За послѣдніе 3 года состояніе его здо-  
ровья настолько ухудшилось, что онъ долженъ былъ оставить  
всякія занятія, хотя онъ болѣе 10 лѣтъ (состояніе)

и большую часть времени проводилъ въ постели, но смотря на почти постоянное употребленіе наперстянки. Теперь уже около 6 недѣль, какъ появились тошнота, рвота, одышка; отеки усилились еще болѣе, такъ что больной постоянно мочится изъ сторонъ въ сторону, не находя себѣ мѣста, ничего не ѣсть, спать совсѣмъ не можетъ. Вудучи приглашенъ къ больному для подачи помощи, я нашелъ его прямо въ отчаянномъ положеніи. При изслѣдованіи найденъ чрезвычайно выраженный отекъ подкожной кѣтчатки вездѣ, особенно уже на нижней  $\frac{1}{2}$  туловища и на ногахъ. Громадное скопленіе жидкости въ полости брюшины, ободочасторный hydrothorax, hydropericardium, почти совершенно чуждо чернымъ губамъ, рѣзкая свѣжость лица и конечностей, а также всего тѣла. Пульсъ слабый и мягкій, едва сосчитываемый, съ перемѣжками, около 128—136 ударовъ въ минуту, дѣл. 36—40. При выслушиваніи слабый систолическій шумъ, слышимый слышно всего у верхушки сердца; намекъ на усиленіе 2-го тона въ легочной артеріи; въ легкихъ, преимущественно въ нижнихъ доляхъ, масса влажныхъ субкрепитирующихъ и болѣе крупныхъ, а также свистящихъ хриповъ. Сначала впрыскиваніями периплоцина по 0.001 ежедневно и назначеніемъ per os наркотическихъ, а затѣмъ по остановкѣ рвоты примѣненіемъ теоромина съ горичейтомъ мало по малу удалось настолько улучшить состояніе больного, что онъ сталъ чувствовать себя совсѣмъ хорошо, принявъ время отъ времени горичейтъ. Такъ продолжалось около 3-хъ мѣсяцевъ относительно удовлетворительнаго состоянія, при чемъ, конечно, постоянно опредѣлялись всѣ признаки недостаточности 2-створчатой заслонки и служенія лѣваго вѣнчаго устья; но потомъ опять развилось ухудшеніе, и скоро больной дошелъ опять до очень тяжелаго положенія, хотя снова самъ возобновилъ употребленіе наперстянки. Въ виду этого онъ рѣшился поступить въ мою клинику. Здѣсь первые 3 дня онъ продолжалъ принимать крѣпкую настойку наперстянки съ большими дозами кофеина. Однако, состояніе его продолжало оставаться очень тяжелымъ; пульсъ по прежнему былъ очень малъ и частъ—между 100 и 114.

Отрицательность результатовъ отъ примѣненія такого энергичнаго лѣченія наперстянкой заставила насъ снова прибѣгнуть къ периплоцину, впрыскиванія котораго по 0.5 мгм. примѣнялись 3 дня подъ рядъ, а затѣмъ назначена была настойка горичейта, послѣ чего сначала наступило некоторое улучшеніе самочувствія, пульсъ замедлился до 84—90, вѣсъ тѣла съ 48.4 кило упалъ до 47.5. Однако уже черезъ недѣлю состояніе больного опять ухудшилось, пульсъ участился до 114 и сдѣлался неправильнымъ, число дыханій дошло до 30 въ минуту, дѣлрѣзъ упалъ очень низко, вѣсъ тѣла сталъ возрастать, и вскорѣ обнаружился признаки инфаркта въ нижней долѣ праваго легкаго. Доза горичейта была тогда еще увеличена (назначена настойка изъ 12.0 на 200), но черезъ сутки уже появилась сильная рвота, вынудившая отменить послѣдній. Тогда я рѣшилъ установить лѣченіе исключительно периплоциномъ, въ формѣ ежедневныхъ однократныхъ впрыскиваній по 0.001, послѣ которыхъ быстро наступило какъ субъективное, такъ и объективное улучшеніе. Дѣлрѣзъ, до тѣхъ поръ все падавшій, повысился (600, 500, 800, 1250, 1300, 1300, 1100 к. стм. въ сутки; уд. в. мочи 1,025, 1,024, 1,020, 1,016, 1,015, 1,016, 1,014); вѣсъ тѣла, увеличившійся было до 47.9 кило, спустился до 46.5; пульсъ и дыханіе постепенно замедлились и мало по малу дошли, черезъ  $\frac{1}{2}$  недѣли примѣненія такого лѣченія первый — до 72, второе — до 24 въ минуту, а черезъ 3 недѣли больной настолько оправился, что пожелалъ выписаться изъ клиники.

По возвращеніи домой онъ, какъ я узналъ впоследствии, продолжалъ въ теченіи нѣсколькихъ недѣль впрыскивать себѣ время отъ времени периплоцинъ, но затѣмъ чувствовалъ себя такъ хорошо, что оставилъ всякое лѣченіе. Мѣс. 9 спустя мнѣ пришлось снова увидѣть его по поводу развившагося у него очень большого инфаркта въ легкихъ, сопровождавшагося, конечно, быстрымъ ослабленіемъ сердечной работы. Не смотря на самое энергичное примѣненіе наперстянки per os, периплоцина и кофеина подъ кожу больной погибъ черезъ 4 дня при явленіяхъ полнаго упадка сердечной дѣятельности.

Въ болѣе раннихъ періодахъ сердечныхъ болѣзней периплоцинъ дѣйствуетъ, конечно, гораздо энергичнѣе, примѣромъ чего можетъ служить слѣдующій случай, наблюдавшійся также въ моей клиникѣ.

Х., 48 л., хлѣбопашецъ, приблизительно за годъ до поступления въ клинику, сталъ замѣчать одышку и сердцебиеніе какъ при движеніи, такъ и послѣ ѣды, увеличеніе живота и опуханіе ногъ. Черезъ  $\frac{1}{2}$ -года всѣ эти явленія настолько усилились, что заставили больного лечь въ постель и поступить въ земскую больницу. Здѣсь онъ лечился 4 недѣли какими-то порошками, по его словамъ, безъ всякаго результата. Черезъ нѣсколько времени онъ былъ привезенъ въ заведываемую мною клинику въ крайне тяжеломъ состояніи. При изслѣдованіи его найденъ очень большой отекъ ногъ и половыхъ органовъ, вслѣдствіе котораго мочеиспусканіе было сильно затруднено. Брюшина водянка до уровня пупка; значительный двусторонній hydrothorax и hydropericardium. Сердечный толчекъ очень слабый, ясно всего прослушивается въ 7-мъ межреберьи по сосковой линіи. Печень по правой сосковой линіи выдается изъ-подъ ребернаго края на 5 см. Пульсъ очень слабый и мягкій, крайне неправильный (послѣ 1—2 ударовъ рядъ перебоевъ); въ лучевой артеріи сосчитывается 80 ударовъ въ минуту; дѣл. 28. Артеріи склерозированы. Тоны сердца глухи, слабы; у верхушки сердца явствен-

ный систолическій шумъ; усиленія звука нигдѣ не слышно. Моча выделяется въ скудномъ количествѣ (700—500 к. стм. въ сутки; уд. в. 1.088—1.020), содержитъ бѣлокъ (до 0.25%) и дов. много стекловидныхъ цилиндровъ.

Первые 6 дней больной былъ оставленъ безъ всякаго лѣченія, при чемъ водяночныя явленія все нарастали, вѣсъ тѣла съ 75.4 кило поднялся до 79.5, количество мочи упало до 300 к. стм., самочувствіе еще болѣе ухудшилось. Тогда былъ назначенъ периплоцинъ сначала по 0.5 мгм. и не ежедневно, а затѣмъ въ виду того, что ухудшеніе продолжалось (вѣсъ тѣла дошелъ до 82.4 кило) уже систематически каждый день по 0.001. Отъ этой дозы получились уже поразительные результаты. Рядомъ съ рѣзкимъ улучшеніемъ самочувствія количество мочи въ 3 дня повысилось до 3100 (уд. в. еи при этомъ упало до 1.005) и затѣмъ до 3300 к. стм.; вѣсъ тѣла сталъ быстро падать и въ 12 дней понизился до 64 кило, т. е. всего на 20 кило. Соответственно этому всѣ водяночныя явленія быстро исчезли; границы сердечной тупости уменьшились (правая, постепенно отодвигаясь влѣво, дошла почти до правой грудной линіи); шумъ въ сердцѣ исчезъ; пульсъ дов. скоро сдѣлался очень сильнымъ; перебои въ немъ появлялись все рѣже и рѣже; число ударовъ пульса, которое одно время, когда всѣ сокращенія сердца стали доходить до лучевой артеріи, поднималось до 108—120 въ минуту, постепенно понизилось до 78. Въ общемъ послѣ 11 впрыскиваній всѣ субъективныя и объективныя явленія настолько улучшились, что больной сталъ чувствовать себя какъ-бы здоровымъ, началъ ходить совершенно свободно, почему впрыскиванія периплоцина и были отменены. Больной находился затѣмъ подъ наблюденіемъ еще 2 недѣли; но, такъ какъ состояніе его продолжало оставаться отличнымъ, то онъ и былъ выписанъ изъ клиники.

Подобные результаты заставляютъ, дѣйствительно, поставить периплоцинъ по силѣ дѣйствія рядомъ съ наперстянкой. Если до сихъ поръ отъ него и получалось иногда малое или даже сомнительное дѣйствіе, то это, повидимому, обуславливалось исключительно тѣмъ, что многіе больные, какъ извѣстно, плохо переносятъ его при томъ способѣ примѣненія, въ которомъ онъ только и могъ быть назначаемъ до настоящаго времени, именно въ формѣ подкожныхъ или межмышечныхъ впрыскиваній. Не смотря на указаніе проф. П. В. Буржинскаго, что послѣ впрыскиваній периплоцина въ подкожную кѣтчатку у собакъ въ ней не наблюдалось никакихъ явленій раздраженія, у очень многихъ людей подкожное примѣненіе этого средства вызываетъ болѣе или менѣе сильное раздраженіе на мѣстѣ введенія его—боль, красноту, опухоль, а при болѣе значительныхъ дозахъ даже общія явленія—недомоганіе, головную боль, повышеніе температуры. Замѣчательно, что нѣкоторыя порціи Мерк'овскаго периплоцина обуславливаютъ, какъ приходилось наблюдать мнѣ надъ однимъ и тѣмъ-же лицомъ, такое побочное неблагоприятное дѣйствіе чаще, другія рѣже, такъ что здѣсь, повидимому, до нѣкоторой степени играетъ роль также и тщательность приготовленія препарата. Во всякомъ случаѣ возможность развитія перечисленныхъ болѣзненныхъ явленій отъ подкожныхъ впрыскиваній периплоцина вынуждаетъ прибѣгать при такомъ способѣ примѣненія его лишь къ самымъ небольшимъ его дозамъ, часто оказывающимся недостаточными по проявляемому ими дѣйствію. Въ виду этого въ послѣднее время *Cholera* 50) предложилъ даже, какъ извѣстно, воспользоваться слизистой оболочкой носа, будто-бы всасывающей периплоцинъ такъ-же хорошо, какъ и подкожная кѣтчатка. Я не могъ, однако, убѣдиться въ дѣйствительности, а тѣмъ болѣе въ надежности подобнаго способа, который можетъ давать надлежащіе результаты лишь въ исключительныхъ случаяхъ и у различныхъ лицъ позволяетъ вводить въ организмъ совершенно неодинакова количества назначаемаго лѣкарства, почему точная дозировка его здѣсь прямо невозможна. Напротивъ, несомнѣнно, что самымъ подходящимъ способомъ для устраненія встрѣчающихся при примѣненіи периплоцина препятствій являются, какъ и по отношенію къ дигалену, внутривенныя впрыскиванія его. Прежде всего периплоцинъ обладаетъ совершенно достаточной растворимостью въ водѣ (1:125), чтобы быть введеннымъ въ организмъ не только въ терапевтической, но даже и въ токсической дозахъ. Затѣмъ внутривенныя впрыскиванія его—конечно, при соблюденіи всѣхъ необходимыхъ предосторожностей—не вызываютъ, какъ показали мнѣ сначала рядъ предварительныхъ опытовъ на животныхъ, а затѣмъ и наблюденія на больныхъ, никакого раздраженія въ стѣнкахъ вѣнъ и переносятся организмомъ совершенно свободно. Въ вѣстѣ съ тѣмъ примѣсь его въ крови не только въ требующихся

для лечебныхъ цѣлей количествахъ, но и въ гораздо большихъ, не производятъ ни свертыванія крови, ни какого-бы то ни было неблагоприятнаго вліянія на морфологическіе элементы ея. Наконецъ, я неоднократно убѣждался, что периплоцинъ при введеніи черезъ вены оказываетъ на сердце гораздо болѣе быстрое и энергичное дѣйствіе, чѣмъ при подкожныхъ впрыскиваніяхъ и вызываетъ совершенно такіе-же измѣненія въ сердечной работѣ, какъ и наперстянка, включая сюда и рѣзкое замедленіе сердечныхъ сокращеній, смѣняющееся при еще большихъ дозахъ необычайнымъ учащеніемъ сердечнаго ритма и паденіемъ кровяного давленія. Все это заставляетъ признать, что для тѣхъ случаевъ, въ которыхъ требуется по тѣмъ или другимъ причинамъ примѣнить сердечныя средства въ видѣ внутривенныхъ впрыскиваній, периплоцинъ можетъ быть поставленъ совершенно наравнѣ съ новѣйшими изъ нихъ—дигаленомъ и дигиталеномъ. Несомнѣнно, однако, что передъ дигаленомъ и дигиталеномъ периплоцинъ представляетъ весьма важныя преимущества, прежде всего уже потому, что является средствомъ не тайнымъ и вполне доступнымъ всѣмъ по своей цѣнѣ. вмѣстѣ съ тѣмъ, будучи кристаллическимъ, химически чистымъ веществомъ, онъ можетъ сохраняться, съ необходимыми, конечно, предосторожностями, неопредѣленно долгое время, не разлагаясь, и свѣже приготовленные растворы его могутъ быть вездѣ получены крайне легко въ каждый данный моментъ. Такимъ образомъ желательнѣе самое широкое дальнѣйшее испытаніе его въ подходящихъ случаяхъ. Вообще-же внутривенныя впрыскиванія представляются, повидимому, самымъ удобнымъ способомъ терапевтическаго примѣненія периплоцина.

**Источники** 1. *L. Krehl*, проф. Die Krankheiten der Kreislauforgane въ «v. Mering's Lehrbuch der inneren Medicin». 3-е изд. Jena, 1905 г., стр. 315.—2. *Naunyn*. Wirkung der Digitalis u. ihre Bedeutung für die Therapie. Vortrag im Unterelassischen Aerzteverein. 2. v. 1904 г. «München r med. Wochenschrift», 1904 г., № 31. и «Deutsche med. Wochenschrift», 1904 г., № 48.—3. *Focke*. Ueber die bei der Digitalwirkung beobachtete Kumulation und ihre Vermeidung. «Medicinische Klinik», 1905 г., № 31.—4. *A. Fraenkel*. Archiv f. experiment. Pathologie und Pharmacologie, 1903 г., т. 51, тѣр. 1.—5. *Binz*. Vorlesungen über Pharmacologie, а также Grundzüge der Arzneimittellehre. 13-ое изд. 1901 г.—6. *Romberg*. Lehrbuch der Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße. Stuttgart, 1906 г., стр. 249.—7. *Hagynes*. «The Bio chemical Journal», 1906 г., т. 1, № 2.—8. *Krehl*, проф. Die Erkrankungen des Herzmuskels und die nervösen Herzkrankheiten. «Nothnagel's specielle Pathologie und Therapie», т. XV, тѣр. 1. Бѣна, 1903 г., стр. 215.—9. *Prof. Magnus* (u. *Gottlieb*). Ueber die Wirkung der Digitalis auf die Gefäße. Vortrag im naturhistorisch-med. Vereine zu Heidelberg «München r med. Wochenschrift», 1902 г., № 4.—10. *Romberg*, проф. Lehrbuch d. Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße. Stuttgart, 1906 г., стр. 250.—11. *Huchard*. Traité clinique des maladies du coeur et de l'aorte, Paris, 1905 г., т. III, стр. 774.—12. *Бубновъ Н. А.* О физиологическомъ и терапевтическомъ дѣйствіи растенія *adonis vernalis* на кровообращеніе. Петербургская диссертация. 1880 г.; также «Deutsches Archiv f. klin. Medicin», 1883 г., т. XXXIII.—13. *L. Braun*. Die experimentelle Grundlage der Digitalis-Kaffein Medication. Vortrag in der K. K. Gesellschaft der Aerzte zu Wien. «München r med. Wochenschrift», 1904 г., № 50, а также въ «Zeitschrift f. experimentelle Pathologie u. Therapie», 1905 г., т. 1, тѣр. 2, стр. 360.—14. *F. Mendel*. «Therapie d. Gegenwart», 1905 г.; стр. 403.—15. *Л. И. Усковъ*. Клиническія наблюденія надъ терапіей сердечныхъ заболѣваній. Казанская диссертация, 1902 г.—16. *Unverricht*. Ueber Digitoxinbehandlung. «Deutsche Aerzte-Zeitung», 1895 г., № 22.—17. *H. v. Wellenhopf*. Ueber den therapeutischen Werth des Digitoxins bei Herzkranken. «Wiener klinische Wochenschrift», 1896 г., № 42.—18. *Van Aubel*. «Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique», 1894 г., 27 октября.—19. *Kaufman*. Archiv f. exper. Pathologie u. Pharmacologie, 1889 г.—20. *Dubler*. Ein Beitrag zur Lehre von der Eiterung. Habilitations-Schrift. Basel. 1890 г.—21. *Koppe*. «Archiv f. exper. Pathologie u. Pharmacologie, 1875 г.—22. *O. Schmiedeberg*. Grundriss der Pharmacologie. Leipzig, 1902 г.—23. *Rosenthal*. «Presse médicale», 1903 г., «Allgemeine med. Centralzeitung», 1903 г., № 49.—24. *Freund*. Das Abissinin und sein Vergleich mit einigen Digitalispräparaten. «Archiv f. exper. Pathologie und Therapie», 1905 г.—25. *Kumaji Sasaki*. Experimentelle Untersuchung über den Einfluss des Digalens auf das Froschherz. «Berliner klin. Wochenschrift», 1905 г., № 26.—26. *Bibergeil*. Digalen, ein Ersatzmittel des Digitalisinfuses. Тамъ-же. 1904 г., № 51.—27. *Waltl*. Erfahrungen mit Digalen (Digitoxin solubile Cloetta). «Deutsche Aerzte-Zeitung», 1904 г.—28. *Klemperer*. Ueber die Digitalistherapie. «Therapie der Gegenwart», 1905 г., стр. 34.—29. *Kollück*. Etwas über die Wirkung des Digalens. «Prager Med. Wochenschrift», 1905 г.—30. *Treupel*. Bemerkung zur Diagnose,

Prognose und Therapie der Herzkrankheiten. «München r medicin. Wochenschrift», 1905 г., стр. 1966.—31. *Cecconi* и *Fornaci*. «Gazzeta degli Ospedali», 1905 г., № 99.—32. *Dennig*. Jahrbuch d. prakt. Medicin, 1905 г.—33. *P. Freund*. Ueber Digalen «München r med. Wochenschrift», 1905 г.—34. *K. Hochheim*. Klin. Erfahrungen mit Digalen. «Centralblatt f. inn. Medicin», 1905 г., № 22—23.—35. *Weinberger*. Zur Digaltherapie. Тамъ-же, 1905 г., № 27.—36. *Reitter*. Klinische Beobachtungen u. b. Digalwirkung. «Wiener medic. Wochenschrift», 1905 г.—37. *Eichhorst*. Indicationen und Methoden der Digitalistherapie. «Deutsche med. Wochenschrift», 1905 г., стр. 52.—38. *Leyden*. Tepania, 1905 г., стр. 360.—39. *Romberg*. Die Behandlung der Arteriosclerose. «Deutsche med. Wochenschrift», 1905 г., стр. 1378. Lehrbuch d. Krankheiten des Herzens u. der Blutgefäße Stuttgart, 1906 г., стр. 248.—40. *Umber*. Ueber Digitalisbehandlung. «Therap. d. Gegenwart», 1906 г., тѣр. 1, стр. 16.—41. *Kottmann*. Klinisches über Digitoxinum solubile Cloetta (Digalen) «Zeitschrift f. klinische Medicin», т. LVI, тѣр. 1 и 2.—42. *Pesci*. Klinische Erfahrungen über d. Digalen und insbesondere über seine wichtige u. т. д. «Centralblatt f. inn. Medicin», 1905 г.—43. *Schaerger*. Ueb. Digalen. «Pharmaceut. Centralhalle», 1905 г., № 2, стр. 26.—44. *Houghlons*. «Medicine», 1903 г., августъ.—45. *Groedel*. Digitalisbehandlung bei chronischen Kreislaufstörungen. Wiesbaden, 1902 г.—46. *Э. А. Леманъ и П. В. Буржескій*. Обводнякъ (Periplosa graeca), какъ сердечное средство. «Врачъ», 1896 г., № 22—24.—47. *П. В. Буржескій*. Тамъ-же, № 25, 26, 28 и 29.—48. *Шатилова*. Къ вопросу о дѣйствіи жидкой вытяжки обводняка на сердце и сосудистую систему. Докладъ въ Харьковскомъ медицинскомъ Обществѣ 22/х 1903 г. «Врачебная Газета», 1904 г., № 15.—49. *И. М. Левашовъ*. Къ вопросу о терапевтическомъ дѣйствіи периплоцина и т. д. Томская диссертация. 1899 г.—50. *Chokwa*. Nasale Therapie von Herzaffectionen. «Therapeutische Monatshefte», 1904 г., июнь.

СІ.ХХVIII. Изъ госпитальной терапевтической клиники проф. К. Э. Вагнера въ Киевскомъ Университетѣ.

О распознавательномъ значеніи измѣненій ночи при оцупываніи (сдавливаніи) почекъ.

Э. А. Жебровскаго.

Не смотря на современные успѣхи въ распознаваніи почечныхъ заболѣваній, въ клиникѣ все-таки попадаютъ случаи, когда трудно съ точностью распознать тѣ или другія измѣненія въ почкахъ. Поэтому всякій новый способъ изслѣдованія почекъ приобретаетъ особую цѣнность.

Какъ будетъ видно изъ нижеслѣдующаго, однимъ изъ такихъ способовъ служить механическое воздѣйствіе на прощупываемую почку. При этомъ способѣ появляются такіе измѣненія въ мочѣ, которыя позволяютъ, во 1-хъ, отличать прощупываемую почку отъ другихъ тѣлъ, встречающихся въ полости живота, напр., новообразованій тѣхъ или другихъ органовъ, а во 2-хъ, даютъ возможность не только отличать здоровое состояніе почки отъ патологическаго, но и разбираться болѣе точно въ отдѣльныхъ патологическихъ формахъ заболѣванія этого органа.

*С. Menge* <sup>1)</sup> въ 1900 г. первый, изслѣдуя 2-хъ больныхъ съ подвижной почкой, случайно замѣтилъ, что оцупываніе почки вызывало у нихъ появленіе бѣлка въ мочѣ. Изслѣдуя другихъ больныхъ въ этомъ направленіи, *Menge* нашелъ, что появленіе бѣлка въ мочѣ послѣ оцупыванія почки—явленіе непостоянное; изъ 21 случая въ 6 его не было. Изъ другихъ изслѣдователей *Fr. Engel* <sup>2)</sup> въ нѣсколькихъ изслѣдованныхъ имъ случаяхъ ни разу не могъ найти бѣлка послѣ оцупыванія почки. Такое непостоянство явленія, подмѣченнаго *Menge*, понятно, совершенно обезцѣнивало его значеніе для клиники. Но въ 1904 г. появилась работа проф. *J. Schreiber'a* <sup>3)</sup>, тщательно изучившаго этотъ вопросъ на обширномъ матеріалѣ. Работа эта содержитъ факты, которые заставляютъ клинициста отнестись къ разбираемому явленію съ полнымъ вниманіемъ.

Изслѣдованія *Schreiber'a* показываютъ, что появленіе бѣлка въ мочѣ послѣ оцупыванія почки («renalpalporische Albuminurie», по автору)—явленіе постоянное. Изъ 42 изслѣдованныхъ имъ случаевъ его не было лишь въ 1 (при однократномъ изслѣдованіи). Неудачи другихъ изслѣдователей *Schreiber* объясняетъ промахами въ технику изслѣдованія. Для обнаруженія пальпаторной альбуминурии онъ считаетъ необходимымъ соблюденіе слѣдующихъ условій: 1) двуручное непосредственное сдавливаніе хотя-бы частію



органа при полномъ расслабленіи окружающихъ почку мышцъ. Сдавливаніе почки черезъ покрывающую ее печень, по наблюденіямъ автора, ведетъ къ незначительной альбуминурии и то лишь въ единичныхъ случаяхъ. Особенно часто иѣшаются достиженію успѣха частичныя отраженныя сокращенія брюшной стѣнки, легко ускользающія отъ вниманія изслѣдователя. 2) Такъ какъ пальпаторная альбуминурия—явленіе скоропреходящее (maximum ея чаще всего наблюдается черезъ 10—15 мин. послѣ ощупыванія, черезъ 20—30 мин. количество бѣлка уже значительно уменьшается, а черезъ 1—2 часа онъ совершенно исчезаетъ), то собирать мочу слѣдуетъ по возможности скорѣе—1-ую порцію не позже 10 мин. послѣ ощупыванія. Неудачу *Menge*, который въ значительномъ числѣ случаевъ (29%) не нашелъ бѣлка, *Schreiber* объясняетъ тѣмъ, что *Menge* собиралъ мочу спустя лишь  $\frac{1}{2}$ -часа послѣ изслѣдованія. 3) Слѣдуетъ избѣгать всѣхъ условій, способствующихъ разведенію мочи. Пузырь до изслѣдованія долженъ быть совершенно опорожненъ. Полиурия часто совершенно затемняетъ результатъ ощупыванія. *Schreiber* предлагаетъ пользоваться пальпаторной альбуминурией для отличительнаго распознаванія опухолей живота. Появленіе или отсутствіе бѣлка въ мочѣ послѣ ощупыванія опухоли, по его наблюденіямъ, рѣшается съ положительностью въ вопросѣ, есть-ли данная опухоль почка или нѣтъ?

Не смотря на значительный интересъ, который пальпаторная альбуминурия можетъ представлять для клиники, ни въ русской, ни въ иностранной литературѣ, насколько мнѣ известно, послѣ работы *Schreiber*'а не появилось сообщеній по этому предмету. Въ виду этого глубокоуважаемый проф. К. Э. Вагнеръ предложилъ мнѣ заняться изученіемъ этого вопроса.

Въ работѣ *Schreiber*'а вопросъ объ осадкѣ мочи затронутъ лишь мимоходомъ. Изъ 42 случаевъ осадокъ мочи до и послѣ ощупыванія почки былъ изслѣдованъ имъ лишь въ 8 случаяхъ, и *Schreiber* на счетъ осадка не приходитъ ни къ какимъ опредѣленнымъ результатамъ; между тѣмъ естественно было думать, что ощупываніе почки можетъ, на ряду съ появленіемъ бѣлка, давать извѣстныя опредѣленныя измѣненія и въ выдѣленіи форменныхъ элементовъ. Поэтому, кромѣ изслѣдованія на бѣлокъ, я во всѣхъ случаяхъ тщательно изучалъ и осадокъ мочи.

Мои изслѣдованія произведены частью на матеріалѣ госпитальной терапевтической клиники проф. К. Э. Вагнера, частью на амбулаторныхъ больныхъ. 2 больныя были любезно предоставлены мнѣ для изслѣдованія д-ромъ И. А. Бондаревымъ (изъ хирургическаго отдѣленія Кіевской городской Александровской больницы), 1—д-ромъ М. С. Черемухинымъ (изъ Маріинской больницы Краснаго Креста), которымъ и приношу здѣсь за это искреннюю благодарность. Всего было изслѣдовано 39 почекъ (у 30 больныхъ—22 женщины и 8 мужчинъ). Результаты представлены въ прилагаемыхъ ниже таблицахъ. Прежде, чѣмъ приступить къ разбору данныхъ, считаю необходимымъ сдѣлать нѣкоторыя поясненія къ этимъ таблицамъ.

При изслѣдованіяхъ я придерживаюсь слѣдующей, принятой въ клиникѣ проф. К. Э. Вагнера классификаціи подвижныхъ почекъ (степень подвижности выражена въ таблицахъ римскими цифрами I, II, III). При I степени смѣщенія прошупывается лишь нижній отрѣзокъ органа, при чемъ почка иногда дѣлается ощутимой лишь на высотѣ вдоха; такая почка легко уходитъ кверху (почка т. наз. «высокаго стоянія» по С. П. Боткину). При II степени почка ясно прошупывается, однако не вся: верхній отрѣзокъ ея скрытъ въ подреберьѣ («низкое стояніе» по С. П. Боткину). III степень означаетъ полное смѣщеніе почки, когда ее можно обойти рукою всю («блуждающая почка»). Изслѣдованіе почки производилось въ 3-хъ положеніяхъ тѣла: 1) въ стоячемъ, 2) въ лежачемъ на спинѣ съ нѣсколькими приподнятой верхней  $\frac{1}{2}$  туловища и 3) въ положеніи на противоположномъ боку. Нерѣдко почку удавалось ощупать лишь въ послѣднемъ положеніи. Само сдавливаніе, которое, пожалуй, можно было назвать и массажемъ почки, производилось въ случаяхъ рѣзко опущенной почки, легко доступной ощупыванію, въ положеніи на спинѣ, а при мало доступныхъ почкахъ—въ боковомъ по-

ложеніи. Въ послѣднемъ случаѣ я поступалъ такимъ образомъ. Подведя лѣвую руку подъ соотвѣтственную поясничную область, такъ чтобы концы пальцевъ лежали на 12-мъ ребрѣ, а правую введя насколько можно глубже въ подреберье, я заставлялъ больного дѣлать отъ времени до времени глубокіе вздохи; при этомъ почка, частью или вся, выскользала изъ своего ложа и на высотѣ вдоха попадала между пальцевъ рукъ. Быстро сближая концы пальцевъ обѣихъ рукъ другъ къ другу, я въ этотъ моментъ довольно сильно надавливалъ на почку; съ началомъ выдоха почка ускользала изъ-подъ пальцевъ вверхъ. Иногда послѣ нѣсколькихъ такихъ ощупываній не удается уже ощупать почки даже при глубокомъ вздохѣ. Въ такихъ случаяхъ, если заставить больного переменить положеніе тѣла (привстать, лечь на спину) и послѣ этого повторить описанный пріемъ, то обыкновенно удается снова ощупать почку при вздохѣ. За исключеніемъ нѣкоторыхъ случаевъ, гдѣ можно было предполагать камни, новообразования, воспалительныя процессы, я производилъ обыкновенно не менѣе 10—15 такихъ сдавливаній почки. Въ моментъ сдавливанія больной ощущаетъ незначительную боль, которая сейчасъ же по прекращеніи давленія исчезаетъ. Порядокъ, котораго я держался при изслѣдованіяхъ, былъ слѣдующій. Убѣдившись въ томъ, что почка прошупывается, въ томъ или въ другомъ положеніи, я заставлялъ больного помочиться. Затѣмъ производилъ сдавливаніе почки отъ 10 до 15 разъ и опять просилъ больного собирать мочу отдѣльными порціями черезъ каждыя 10—15 мин. Почти у всѣхъ больныхъ было изслѣдовано не менѣе 4-хъ послѣдовательныхъ порцій мочи, при чемъ опытъ повторялся у каждого больного въ теченіи нѣсколькихъ дней (2—5). Въ таблицы внесены результаты изслѣдованія только той порціи мочи, гдѣ было найдено наибольшее количество бѣлка.

Моча изслѣдовалась на бѣлокъ помощью 4-хъ реакцій, которыя по степени чувствительности можно расположить въ слѣдующемъ порядкѣ: 1) проба съ реактивомъ *Spiegler*'а, 2) кипяченіе съ уксусной кислотой, 3) реакція съ сульфосалициловой кислотой и 4) съ крѣпкой азотной кислотой. Реактивъ *Spiegler*'а, по моему, слишкомъ чувствителенъ: почти всякая моча здороваго человека даетъ съ нимъ положительную реакцію. Поэтому онъ былъ оставленъ. Для преслѣдуемыхъ мною цѣлей наиболѣе удобной оказалась проба съ кипяченіемъ при условіи слѣдующаго ея производства. Къ мочѣ осторожно прибавляются 1—2 капли крѣпкой уксусной кислоты, и въ пробиркѣ подогревается до кипѣнія лишь верхній подкисленный слой мочи. Если смотрѣть затѣмъ на пробирку при проходящемъ свѣтѣ, держа ее передъ чернымъ фономъ, то даже ничтожнѣйшее помутнѣніе верхняго слоя мочи дѣлается ясно замѣтнымъ по сравненію съ совершенно прозрачной мочей на днѣ пробирки. Такого рода помутнѣніе въ таблицахъ обозначено, какъ «ничтожныя слѣды». Ясное помутнѣніе верхняго слоя мочи, при чемъ количество бѣлка еще неопредѣленно по *Brandberg*'у, обозначено въ таблицахъ словами «ясная муть». Для провѣрки пробы съ кипяченіемъ употреблялась реакція съ сульфосалициловой кислотой (20%-ный водный растворъ). Реакція эта, по моимъ наблюденіямъ, чувствительна въ той-же степени, какъ и описанная проба кипяченія, но представляетъ то значительное преимущество, что до извѣстной степени рѣшается вопросъ о природѣ бѣлка, а именно—мутъ при сульфосалициловой кислотѣ, зависящая отъ альбумозы, которая, входя въ составъ сѣмени, по наблюденіямъ ч. пр. Б. И. Слоцова<sup>4)</sup>, нерѣдко попадаетъ въ мочу, при нагреваніи совершенно исчезаетъ, муть-же, зависящая отъ бѣлка, остается безъ измѣненія. Реакція съ азотной кислотой употреблялась для количественнаго опредѣленія бѣлка по *Brandberg*'у. При способѣ *Brandberg*'а, какъ извѣстно, появленіе кольца черезъ 2—3 мин. соотвѣтствуетъ 0,033% содержания бѣлка. Способа *Esbach*'а я не употреблялъ, ибо онъ не даетъ достаточной увѣренности въ точности. Осадокъ собирался отчасти осажденіемъ, отчасти центробѣжной машиной и разсматривался всегда при одномъ и томъ-же увеличеніи (270 разъ, ocul. O, объект. 7 *Leitz*'а), при чемъ опредѣлялось приблизительное количество форменныхъ элементовъ въ полѣ зрѣнія.

Т а б л и ц а

№№	Фамилія, возрастъ; занятіе наслѣдуемаго	Распознаваніе.	Степень подвиж- ности почки (мѣ- стоположеніе из- слѣдуемой опу- холи).	Мѣсяцъ и число.	Моча до ощупыванія почки	
					Вѣлокъ.	О с а д о к и
№ 1 (изъ гос- питальной терапевти- ческой кли- ники).	В. П., 28 л.; писарь.	Спинномозговая нейра- стенія.	Правая подвиж. почка II.	25/xi 190	не найдено	Одиночный плоскій эпите- лій бѣлыхъ тѣлецъ.
№№ 2 и 3 (тоже).	М. З., 37 л., замужняя; домашнее хозяйство.	Хроническая бугорчат- ка легкихъ. Забрюшин- ный нарывъ бугорчат- коваго происхожденія. Опушеніе внутренност.	Лѣвая подвиж. почка II.	4/xii »	тоже	Тоже, что 25/xi.
			Правая подвиж. почка I.	20/xii »	ничтожные слѣды	Плоскій эпителий, бѣлыя тѣ- льца (3—4), одиночные крас- ные шарикъ.
№ 4 (тоже).	I. Л., 41 г.; купецъ.	Новообразование забрю- шинныхъ железъ и нисходящей ободочной кишки. Артеріоскле- розъ III.	Тоже II.	22/xii »	тоже	Тоже, что 20/xii.
№ 5 (тоже).	I. Л., 41 г.; купецъ.	Новообразование забрю- шинныхъ железъ и нисходящей ободочной кишки. Артеріоскле- розъ III.	Тоже II.	29/xii »	тоже	Одиночными бѣлыми тѣлцъ, ки- сные шарикъ, плоскій эпи- телий, оксалаты, единичные ц- линдры.
№ 6 (тоже).	Н. Н., 22 л.; солдатъ.	Острое гнойное воспа- леніе лобной пазухи.	Тоже I.	6/i 1906	не найдено	Одиночными бѣлыми тѣлцъ и плоскій эпителий.
№ 7 (тоже).	Н. З., 41 г.; портной.	Почечные камни (?)	Тоже I.	3/ii »	0,66‰	Красные шарикъ (5—10), масса бѣлыхъ, нѣсколько плос- кій эпителий, единичные ок- салаты. Космическихъ пла- чекъ не найдено.
№ 8 (тоже).	И. К., 24 л.; фельдшер- скій ученикъ.	Выздоровливающий по- слѣ гриппа.	Тоже I.	5/i »	ничтожные слѣды	Плоскій эпителий, бѣлыя тѣ- льца (1—2), единичные цинди- дронды и неизмѣненный по- чечный эпителий (1—2).
№ 9 (тоже).	В. Г., 25 л.; солдатъ;	Острый катаральный плевритъ.	Лѣвая подвиж. почка I.	6/i »	тоже	Одиночными бѣлыми тѣлцъ, плос- кій эпителий, немного оксалатовъ.
№№ 9 и 10 (тоже).	I. Р., 56 л.; священникъ.	Опухоли въ животѣ.	Опухоль въ лѣв. <sup>1</sup> / <sub>2</sub> живота.	20/i »	0,50‰	10—20 красныхъ шариковъ, 5—6 бѣлыхъ, одиночный плос- кій эпителий.
			Опухоль въ прав. <sup>1</sup> / <sub>2</sub> живота.	27/i »	0,50‰	15—20 красныхъ шариковъ, 20—30 бѣлыхъ, одиночный плоскій и веретен. эпителий.
№ 11 (ст. амбулатор- наго пріема проф. К. Э. Виссера).	Ф. Я., 45 л., замужняя; домашнее хозяйство.	Апацидита. Атонія же- лудка и кишокъ.	Правая подвиж. почка II.	29/i »	ничтожные слѣды	10—15 бѣлыхъ тѣлецъ, плос- кій эпителий.
№ 12 (изъ госпиталь- ной терап. клиники).	А. М., 41 г.; тоже;	Ракъ желудка.	Лѣвая подвиж. почка I.	27/i »	тоже	Много плоскаго эпите- лия, 30— 30 бѣлыхъ тѣлецъ.
№ 13 (тоже).	Е. III., 38 л.; тоже;	Бугорчатка легкихъ. Хроническій нефритъ.	Опухоль въ прав. <sup>1</sup> / <sub>2</sub> живота.	5/ii »	0,250‰	Дов. много плоскаго эпите- лия, 20—30 бѣлыхъ тѣлецъ, 2—3 красныхъ, 1—2 стекловид- ныхъ цилиндровъ, нѣсколько ок- салатовъ. Тоже, что и 5/ii.
			Правая подвиж. почка I.	29/ii »	0,330‰	Тоже, что и 5/ii.
№ 14 (тоже).	С. III., 21 г.; вольно- опредѣляющийся.	Спинномозговая нейра- стенія.	Лѣвая подвиж. почка I.	11/ii »	ничтожные слѣды	Одиночный плоскій эпителий, бѣлыя тѣльца, оксалаты.
№ 15 (тоже).	О. П., 30 л.; вдова; до- машнее хозяйство.	Суженіе лѣваго вен- наго устья и недоста- точность заслонокъ аорты.	Правая подвиж. почка I.	11/ii »	не найдено	Плоскій эпителий, 1—2 бѣлыхъ тѣльца, нѣсколько оксалатовъ.

а № 1.

Моча послѣ ощупыванія почки.				Состояніе почки на основаніи измѣненій мочи послѣ ощупыванія.	Данныя дальнѣйшаго наблюденія (операциі, вскрытія и т. д.).
черезъ минутъ:	Количество к. стм.	Бѣлокъ.	Осадокъ.		
30	155	не найденъ	Безъ измѣненій.	Нормальна.	
30	43	ясная муть	Тоже.		
30	31	0,066‰	Плоскій эпителий, веретенообразный эпит. (3—7), бѣлые тѣльца (5—8), красные шарики (1—2).	?	
30	22	ясная муть	Безъ измѣненій.	Нормальна.	
30	42	0,066‰	Бѣлые тѣльца (2—3), одиночные красные шарики, плоскій эпителий, веретенообр. эпителий (3—5), зернистые цилиндры (1—2), одиночные эпителиальные съ жирнопереожденными клетками, стекловидные цилиндры, слизистые цилиндрониды, оксалаты.	Хроническій нефритъ.	
12	15	0,066‰	Плоскій эпителий, бѣлые тѣльца (1—2), одиночные слиз. цилиндрониды, зернистые цилиндры (5 въ 1 препаратѣ), эпителиальные жирнопереожденные цит. (2 въ 1 препаратѣ).	Тоже.	
15	28	6,6‰	Масса красныхъ шариковъ, дов. много бѣлыхъ (красныя значительно преобладаютъ), много оксалатовъ. Косн'овскихъ палочекъ не найдено.	Почечные камни.	Большой съ 2/1 по 15/iv 1906 г. прибылъ въ вѣсъ на 20 ф. 7 разъ произведено изслѣдованіе на бугорчатковыя палочки съ отрицательнымъ результатомъ.
30	22	ясная муть	Безъ измѣненій.	Нормальна.	
12	13 (гноя)	3,3‰	Масса бѣлыхъ тѣлецъ и распада. Найдены Neisser'овскій гонококкы.	Острый гнойный пиазитъ гонококковаго происхожденія.	7/ш выпиcался, прибавившись около 32 ф. въ вѣсъ. Моча послѣ ощупыванія почки слегка мутна, съ ничтожными слѣдами бѣлка.
10	10	1,5‰	Масса красныхъ шариковъ въ одиночку и группами, бѣлыхъ 10—15.	Злокачественная опухоль лѣвой почки.	29/1 скончался (вскрытія не было).
12	40	1,5‰	Главная масса—красные шарики, въ одиночку и группами, бѣлыхъ 20—30, одиночныя клетки плоскаго и веретенообр. эпителия.	Тоже правой.	
10	10	0,099‰	10—15 бѣлыхъ тѣлецъ, 5—6 красныхъ, 1—2 веретенообр. эпителия, клетки, плоскій эпителий.	?	
10	5	ясная муть	Безъ измѣненій.	Нормальна.	
10	7	0,25‰	Тоже.	Опухоль—не почка.	При дальнѣйшемъ наблюденіи оказалось, что изслѣдуемая опухоль—корсетная печень.
15	15	1,32‰	Зернистыхъ цилиндровъ гораздо больше (5—10 въ полѣ зрѣнія).	Хроническій нефритъ.	
10	20	0,033‰	Безъ измѣненія.	Нормальна.	
10	12	ясная муть	Тоже.	Тоже.	

№ 16 (съ амбулаторнаго приѣма).	С. А., 26 л.; замужняя; то же.	Истерія. Хроническій слизистый гастритъ.	То же I.	11/п 1906	ничтожные слѣды	Масса плоскаго эпителия 10 бѣлыхъ тѣлецъ, нѣтъ салаты.
№ 17 (изъ Кіевской городской Александр. больницы).	К. Л., 41 г.; то же; то же.	Новообразование (?) въ лѣвой почкѣ.	Опухоль въ лѣв. $\frac{1}{2}$ живота.	27/п	0,165‰	Красныхъ шариковъ 20—30, бѣлыхъ 10—15, веретенчатый эпителий 1—3, слезы, нѣтъ слизи. Лейкоциты. Космическая масса не найдено.
№№ 18 и 19 (то же).	А. З., 28 л.; дѣвица; то же.	Камни въ прав. почкѣ.	Правая подвиж. почка III.	27/п	ничтожные слѣды	4—5 бѣлыхъ тѣлецъ, нѣтъ эпителий, нѣтъ слизи. Эпителий, оксалаты.
			Лѣвая подвиж. почка I.	1/ш	то же	5—8 бѣлыхъ тѣлецъ, нѣтъ плоскаго эпителия, оксалаты, веретен. эпителий и клетки ронды, оксалаты.
№№ 20 и 21 (изъ Мариинской больницы Краснаг. Крест.).	А. И., 44 л., замужняя; прислуга.	Опухоль лѣвой почки (?)	Опухоль въ лѣв. $\frac{1}{2}$ живота.	28/п	0,33‰	Много плоскаго эпителия, 20 бѣлыхъ тѣлецъ.
			Правая подвиж. почка I.	28/п	0,33‰	То же.
№ 22 (съ амбулаторнаго приѣма).	З., 29 л.; дѣвица.		То же II.	5/ш	не найдено	2—3 бѣлыхъ тѣльца, нѣтъ эпителий, оксалаты.
				17/ш	то же	2—3 бѣлыхъ тѣльца, нѣтъ эпителий.
№ 23 (то же).	Я., 26 л.; замужняя; домашнее хозяйство.	Катарръ правой легочной верхушки. Опушеніе внутренностей.	То же I.	10/ш	то же	3—4 бѣлыхъ тѣльца, нѣтъ плоскаго эпителия.
№ 24 (то же).	Е. Д., 28 л.; дѣвица; массажистка.		То же I.	12/ш	ничтожные слѣды	5—10 бѣлыхъ тѣлецъ, нѣтъ плоскаго эпителия, оксалаты.
№ 25 (съ амбулаторнаго приѣма проф. К. Э. Ваинера).	Д. I., 48 л.; замужняя; домашнее хозяйство.	Спинномозговая нейрастенія. Атонія кишокъ. Двусторонній хроническій оофоритъ.	То же III.	15/ш	то же	1—2 бѣлыхъ тѣльца, нѣтъ плоскаго эпителия.
№ 26 (съ амбулаторнаго приѣма).	К. П., 13 л., ученица.		То же I.	15/ш	то же	5—10 бѣлыхъ тѣлецъ, плоскій эпителий, очень много слизистыхъ цилиндровъ.
№№ 27 и 28 (изъ госпит. терапевт. клиники).	Л. С., 56 л.; замужняя.	Ракъ привратника желудка.	Лѣвая подвиж. почка I.	15/ш	то же	15—20 бѣлыхъ тѣлецъ, плоскій эпителий.
			Правая подвиж. почка I.	19/ш	то же	5—10 бѣлыхъ тѣлецъ, много плоскаго эпителия.
№ 29 (съ амбул. приѣма).	Н. В., 31 г.; сестра милосердія.		То же I.	17/ш	то же	3—5 бѣлыхъ тѣлецъ, много плоскаго эпителия.
№№ 30 и 31 (съ амбулаторн. приѣма проф. К. Э. Ваинера).	А. В., 30 л.; замужняя.	Истерія. Атонія кишокъ.	То же III.	22/ш	то же	3—6 бѣлыхъ тѣлецъ, много плоскаго эпителия.
			То же II.	24/ш	то же	3—5 бѣлыхъ тѣлецъ, много плоскаго эпителия.
№ 32 (изъ госп. therap. клиники).	Л. С., 21 г.; замужняя; домашнее хозяйство.	Хроническій аппендицитъ.	То же I.	22/ш	то же	3—5 бѣлыхъ тѣлецъ, много плоскаго эпителия.
№№ 33 и 34 (съ амбулаторн. приѣма проф. К. Э. Ваинера).	М. Я., 34 л.; то же; то же.	Истерія. Киста лѣваго яичника.	То же III.	24/ш	не найдено	1—2 бѣлыхъ тѣльца, много плоскаго эпителия.
			Лѣвая подвиж. почка III.	25/ш	ничтожные слѣды	3—5 бѣлыхъ тѣлецъ, много плоскаго эпителия.
№№ 35 и 36 (изъ госпит. терапевт. клиники).	С. Р., 40 л.; то же; то же.	Истерія.	Правая подвиж. почка III.	4/iv	то же	1—2 бѣлыхъ тѣльца, много эпителий.
			Лѣвая подвиж. почка I.	5/iv	то же	8—12 бѣлыхъ тѣлецъ, много плоскаго эпителия.
№№ 37 и 38 (съ амбулатор. приѣма).	А. К., 30 л.; дѣвица; учительница.	Блѣдная немочь. Хроническій слизистый гастритъ. Опушеніе желудка.	Правая подвиж. почка III.	29/ш	то же	5—10 бѣлыхъ тѣлецъ, много плоскаго эпителия.
			Лѣвая подвиж. почка III.	6/iv	то же	3—5 бѣлыхъ тѣлецъ, много плоскаго эпителия.



0	15	0,033‰	То же.	То же.	
0	26	1,32‰	Масса красных шариков группами и тяжами, бѣлыхъ 10—15, веретенообр. эпителий 3—5, Косч'овскихъ палочекъ не найдено.	Злокачественная опухоль лѣвой почки.	14/iv операция: аденокарцинома papilliferum лѣвой почки.
0	8	0,033‰	Безъ изменений.	Нормальна.	1/ш операция: правая почка немного увеличена, нормальна. Лоханки пусты.
0	10	0,066‰	То же.	То же.	
0	10 (гвоз.)	4‰	Исключительно бѣлыми тѣльцами и распадъ, изрѣдка плоскій эпителий. При бактериол. изслѣдованіи никакихъ бактерій не найдено.	Лѣвосторонній пионефрозъ (бугорчатковый).	3/ш операция: пионефрозъ, бугорчатка и камни лѣвой почки.
0	5	0,66‰	Безъ изменений.	Нормальна.	11/ш моча совершенно прозрачна, бѣлка не содержитъ.
15	110	не найдено	То же.	То же.	
15	12	0,033‰	То же.		
15	25	ясная муть	То же.	То же.	
15	12	то же	То же.	То же.	
20	24	то же	То же.	То же.	
15	16	то же	То же и одиночные красные шарики.	?	
15	60	0,033‰	То же элементы, бѣлыми тѣльцами группами по 30—40.	?	
15	30	0,033‰	То же элем. и 2 (въ 2 препар.) зернистыхъ цилиндра съ клетками почечнаго жирноперерожденнаго эпителия.	Хроническій нефритъ.	
15	36	ясная муть	Безъ изменений.	Нормальна.	
15	25	то же	То же.	То же.	
15	18	то же	То же.	То же.	
15	8	0,033‰	5—8 бѣлыхъ тѣлецъ, много плоскаго эпителия.	?	
10	20	0,033‰	2—3 бѣлыхъ тѣльца, много плоскихъ эпителий, одиночные красные шарики.	?	
15	35	ясная муть	Безъ изменений.	Нормальна.	
15	18	то же	То же.	То же.	
13	16	то же	То же.	То же.	
15	32	0,165‰	10—15 бѣлыхъ тѣлецъ, плоскій эпителий, 1—2 веретенообр. эпителия, клетки, одиночные клетки неизменнаго почечнаго эпителия, одиночные стекловидные цилиндры. 4—6 слизистыхъ цилиндрондовъ.	?	
15	13	ясная муть	Безъ изменений.	Нормальна.	

Какъ видно изъ таблицъ, сдавливаніе почки вызывало двоякаго рода измѣненія въ мочѣ: 1) тамъ, гдѣ бѣлка не было, онъ появлялся; тамъ, гдѣ онъ былъ найденъ до изслѣдованія, количество его увеличивалось; 2) въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдались измѣненія въ составѣ осадка мочи. Разсмотримъ каждое изъ этихъ измѣненій въ отдѣльности.

Появленіе или увеличеніе бѣлка въ мочѣ послѣ сдавливанія почки, по моимъ наблюденіямъ, есть явленіе постоянное. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, правда, при первомъ изслѣдованіи былъ полученъ отрицательный результатъ; однако при этомъ всегда имѣлось какое-нибудь изъ указанныхъ *Schreiber*'омъ условий, которое и препятствовало обнаруженію пальпаторной альбуминурии. Особенно часто случалось это въ началѣ изслѣдованій, пока я вполнѣ не овладѣлъ техникой непосредственнаго сдавливанія почки. Но и въ дальнѣйшемъ изрѣдка попадались случаи, гдѣ только повторное изслѣдованіе давало положительный результатъ. Нужно думать, что это находится въ зависимости отъ неумѣнія нѣкоторыхъ больныхъ вполнѣ расслаблять мышцы брюшныхъ стѣнокъ. Хотя такіе случаи сравнительно рѣдки (на 39 случаевъ 2), однако, въ виду ихъ возможности, слѣдуетъ принять за правило, что отрицательный результатъ при однократномъ изслѣдованіи еще не даетъ права дѣлать то или другое заключеніе. Въ случаяхъ, гдѣ почка не прощупывается даже при глубокомъ вдыхѣ, гдѣ, слѣд., непосредственное сдавливаніе почки невозможно, бѣлка не находятъ. Въ 8 изслѣдованныхъ мною такого рода случаяхъ, не смотря на усиленное и продолжительное двуручное массированіе почечной области, при чемъ правая рука была насколько возможно глубже введена въ подреберье, получился отрицательный результатъ.

Давленіе на смѣщенную почку черезъ покрывающую ее печень иногда можетъ вызвать незначительную альбуминурию. *Schreiber* изъ 3 случаевъ одновременнаго опущенія печени и правой почки только въ 1 случаѣ послѣ сдавливанія почки черезъ печень нашелъ незначительные слѣды бѣлка<sup>5)</sup>; непосредственное же ощупываніе почекъ дало во всѣхъ 3-хъ случаяхъ ясно выраженную альбуминурию. Въ одномъ подобномъ-же, изслѣдованномъ мною, случаѣ (№ 13 въ таблицѣ 1) сдавливаніе почки черезъ печень не вызвало никакихъ измѣненій въ мочѣ; непосредственное же сдавливаніе почки дало значительное увеличеніе бѣлка (съ 0,33% до 1,32%).

Причиной отсутствія пальпаторной альбуминурии при наличности легко доступной почки можетъ быть поліурія. Въ случаяхъ, гдѣ изслѣдуемый выдѣляетъ черезъ каждыя 10—15 мин. > 50 к. стм. мочи, пальпаторная альбуминурия вслѣдствіе значительнаго разведенія послѣдней можетъ не обнаружиться. Въ такихъ случаяхъ я достигалъ успѣха уменьшеніемъ количества выпиваемой больнымъ жидкости: до 1/2-стакана (чай или молока) вечеромъ накануне и не болѣе 1/2-стакана утромъ въ день изслѣдованія. Въ таблицѣ приведены 2 случая съ поліуріей (№№ 1 и 22). Въ виду этого цѣлесообразно въ каждомъ случаѣ передъ изслѣдованіемъ уменьшить, насколько возможно, количество принимаемой жидкости.

Наибольшее количество бѣлка почти всегда наблюдалось черезъ 10—20 мин. послѣ сдавливанія почки, затѣмъ выдѣленіе бѣлка быстро шло на убыль, и черезъ 1—2 часа послѣ изслѣдованія прекращалось вовсе. Изслѣдованіе на слѣдующій день послѣ сдавливанія только въ 1 случаѣ, гдѣ былъ хроническій нефритъ (№ 13), обнаружило повышеніе содержанія бѣлка (0,75% вмѣсто 0,3—0,5%).

Количество бѣлка послѣ сдавливанія почки колебалось въ изслѣдованныхъ мною случаяхъ отъ слѣдовъ (< 0,033%) до 4%.

*Schreiber*, обсуждая вопросъ о величинѣ пальпаторной альбуминурии, склоненъ предположить, что въ общемъ количество бѣлка зависитъ отъ степени смѣщенія почки, степени возможности захватить ее обѣими руками, отъ величины ощупываемой поверхности, отъ силы и продолжительности сдавливанія, но тутъ-же дѣлаетъ оговорку, что въ отдѣльныхъ случаяхъ этого вовсе не бываетъ («Im Einzelnen trifft das jedoch nicht zu»). Въ другомъ мѣстѣ онъ высказывается еще опредѣленнѣе противъ своего-же

первоначальнаго предположенія: «часто именно послѣ основательнаго ощупыванія почекъ получалось весьма незначительное выдѣленіе бѣлка» («öfter gerade nach ausgiebiger Palpation der Niere die geringsten Eiweisseeffekte gefunden wurden»).

По моимъ наблюденіямъ, количество бѣлка послѣ сдавливанія почки совершенно не зависитъ отъ степени ея доступности. Если исключить изъ числа 39 изслѣдованныхъ почекъ 5 случаевъ, гдѣ почка была, кромѣ того, сильно измѣнена патологическимъ процессомъ, то окажется, что я имѣлъ 34 случая простой подвижной почки, которые по степени подвижности располагались такъ: I степени—20 случаевъ, II—6 и III—8. Если принять условно 3 слѣдующія степени пальпаторной альбуминурии: 1) незначительную—съ количествомъ бѣлка < 0,033%, 2) среднюю—отъ 0,033% до 1% и 3) значительную—> 1% и подсчитать, какое число случаевъ (въ %) приходится на каждую степень альбуминурии при различныхъ степеняхъ смѣщенія почекъ, то получатся слѣдующія отношенія:

Табл. 2.

Количество бѣлка.	< 0,033%	0,033%—1%	> 1%
Подвижность I степени.	45%	40%	15%
» II »	53%	66%	
» III »	62,5%	37,5%	

Какъ видно изъ этой таблицы, между степенью подвижности почки и количествомъ бѣлка никакого параллелизма нѣтъ. Въ изслѣдованныхъ мною случаяхъ наиболѣе рѣзко выраженная альбуминурия (> 1%) встрѣчалась какъ разъ въ случаяхъ подвижности I степени; среди-же случаевъ подвижной почки III степени оказался наибольшій % (62,5%) слабо выраженной альбуминурии (< 0,033%). Количество бѣлка, повидимому, также не зависитъ и отъ степени или силы и продолжительности механическаго воздѣйствія на почку. Въ этомъ я имѣлъ возможность убѣдиться въ 3-хъ случаяхъ подвижности III степени (№№ 34, 35 и 38), гдѣ при повторныхъ изслѣдованіяхъ съ усиленнымъ сдавливаніемъ почки до 30 разъ въ мочѣ оказалось такое-же незначительное содержаніе бѣлка (< 0,033%), какъ и при слабомъ сдавливаніи до 10 разъ.

Наблюденіе *Schreiber*'а, что большія количества бѣлка выдѣляются преимущественно у лицъ старше 30 лѣтъ, въ моихъ изслѣдованіяхъ не подтвердилось. Такъ весьма незначительная альбуминурия (< 0,033%) встрѣчалась, напр., у женщинъ 41 г. (№ 12 въ таблицѣ 1), 48 (№ 25) и 40 л. (№№ 35, 36). Наоборотъ, значительная альбуминурия (3,3%) наблюдалась у 25-лѣтнаго (№ 8) и средней силы (0,165%) у 30-лѣтней (№ 37). Такимъ образомъ я не видѣлъ зависимости между возрастомъ больного и количествомъ бѣлка послѣ сдавливанія почки.

Отчего-же могутъ зависѣть такіе значительныя разницы въ количествѣ бѣлка послѣ сдавливанія почки? Я склоненъ думать, что здѣсь играетъ роль здоровое или патологическое состояніе самого органа. Нормальная почка даетъ незначительное количество бѣлка, патологически-же измѣненная можетъ выдѣлять его въ значительномъ количествѣ. Этотъ взглядъ находитъ подтвержденіе какъ въ данныхъ клиническаго наблюденія, такъ и въ тѣхъ измѣненіяхъ въ составѣ осадковъ мочи, которыя наблюдались въ моихъ случаяхъ при среднихъ и высшихъ степеняхъ пальпаторной альбуминурии. Къ этому важно-му для распознаванія вопросу я еще вернусь при обсужденіи измѣненій въ осадкѣ.

И такъ, пальпаторную альбуминурию можно считать доказанной. Сдавливаніе почки всегда вызываетъ появленіе бѣлка въ мочѣ. Какое-же значеніе для клиники можетъ имѣть это явленіе? Пальпаторная альбуминурия можетъ способствовать разрѣшенію задачъ въ двоякомъ направленіи: 1) при распознаваніи опухолей живота и 2) при болѣе точномъ распознаваніи отдѣльныхъ заболѣваній почекъ.

Что касается распознавания опухолей живота, то на этот вопрос уже обратил внимание *Schreiber*. Ощупывая опухоль и осядая, появляется ли (или увеличивается ли) слѣдъ за тѣмъ бѣлокъ въ мочѣ, мы можемъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ рѣшить вопросъ, данная опухоль—почка или нѣтъ? Такихъ случаевъ въ моихъ таблицахъ приведено 5 (№№ 9, 10, 13, 17 и 20), изъ нихъ въ 4-хъ (№№ 9, 10, 17 и 20) получился положительный результатъ, въ 1 (№ 13)—отрицательный. Изъ 4 положительныхъ случаевъ въ 1, гдѣ послѣ ощупывания опухоли получилось значительное увеличеніе количества бѣлка (съ 0,33% до 4%), была произведена д-ромъ М. С. Черемухинымъ операція, при которой оказалось, что опухоль, дѣйствительно, была патологически измененная почка (бугорчатковый пионефроз).

Случай съ отрицательнымъ результатомъ (№ 13) представляетъ значительный клинический интересъ, поэтому я и позволю себѣ привести здѣсь исторію болѣзни этой больной.

1. Е. Ш., 38 л., поступила въ госпитальную терапевтическую клинику 1/п 1906 г. съ явленіями значительнаго упадка силъ. Болея около мѣсяца; все время жѣръ, сильная слабость и полное отсутствіе помыла на тѣлу.

38%5. Питаніе нѣсколько подорванное. Отеки на ногахъ до коленъ. Въ легкихъ притупленіе на обоихъ верхушкахъ, жесткій выдохъ здѣсь съ мелко-пузырчатыми невзвучными хрипами. Лѣвая граница сердца на 1 палецъ влѣво отъ сосковой линіи; у верхушки систолическій шумъ. Животъ сильно вздутъ; въ правой его 1/2, прощупывается подвижная при дыханіи, плотная, безболѣзненная опухоль, дов. значительныхъ размѣровъ (нижній край на уровнѣ пупка, внутренній доходитъ до срединной линіи, верхній скрытъ въ подреберьѣ). Опухоль, если надавливать одной рукой на почечную область, а другой—со стороны живота, качается. При постукиваніи въ области опухоли звукъ тупой съ барабаннымъ оттѣнкомъ. Верхняя граница печени по сосковой линіи на 6-мъ ребрѣ. Въ виду тяжелаго состоянія больной раздуваніе кишечника не сдѣлано. Кровь: гемоглобина 50%, красныхъ тѣлецъ 1.125000, бѣлыхъ 1500 (отношеніе 1:750). Въ мочѣ—0,5% бѣлка; въ осадкѣ: въ полѣ зрѣнія 10—15 бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, одиночные красные кровяные шарики, 1—2 стекловидныхъ цилиндровъ; одиночные зернистые цилиндры. Мокрота бугорчатковыхъ палочекъ не содержитъ. Въ виду того, что опухоль качалась при надавливаніи на почечную область, а тупость въ ея области имѣла барабанный оттѣнокъ, являлось предположеніе, не почка-ли это?

5/п было произведено изслѣдованіе мочи до и послѣ ощупыванія опухоли, при чемъ количество бѣлка (0,25%) осталось безъ измѣненія (см. № 13).

6/п изслѣдованіе было повторено съ такимъ-же результатомъ. Отрицательный результатъ повторнаго изслѣдованія говорилъ противъ предположенія, что данная опухоль—почка; но представлялось возможнымъ еще одно предположеніе, что правая почка совершенно не выдѣляетъ мочи.

10/п было произведено цистоскопированіе (С. Я. Ратнеръ), при которомъ оказалось, что изъ праваго мочеточника моча выдѣляется. Въ виду такого результата цистоскопированія 15/п было произведено еще разъ изслѣдованіе мочи до и послѣ ощупыванія опухоли, при чемъ опять-таки количество бѣлка въ мочѣ (0,5%) осталось неизмѣненнымъ. Такимъ образомъ, приходилось предположить, что данная опухоль—не почка.

27/п—29/п: При сильно опавшемъ животѣ удалось ясно ощупать плотный, дов. острый внутренний край опухоли и подвести подъ него концы пальцевъ. Это указывало на то, что дѣло, по всей вѣроятности, имѣется съ вытянутой правой долей печени, т. е. съ т. наз. «скорсетной печенью». Кроме того, при подведеніи пальцевъ въ глубинѣ подъ печенью удалось ощупать нижній отрѣзокъ правой почки. Хотя отрѣзокъ этотъ былъ достигимъ на весьма небольшомъ протяженіи, тѣмъ не менѣе сдавливаніе его вызвало увеличеніе бѣлка въ мочѣ съ 0,33% до 1,32%.

Въ данномъ случаѣ первоначальное надавливаніе на почку, лежавшую позади печени, черезъ эту послѣднюю, не вызвало увеличенія бѣлка.

Что касается значенія пальпаторной альбуминурии при распознаваніи отдѣльныхъ формъ почечныхъ страданій, то и здѣсь сдавливаніе почки иногда можетъ оказать громадную услугу. Такъ, напр., если мы прощупываемъ органъ, который по даннымъ другихъ способовъ изслѣдованія можно считать за почку, то наличность или отсутствіе пальпаторной альбуминурии рѣшаетъ вопросъ, выдѣляется ли данная почка мочу или нѣтъ? Отсутствіе бѣлка послѣ сдавливанія заведомой почки указываетъ на то, что или имѣется непроходимость мочеточника, или что въ данной почкѣ наступило полное перерожденіе почечной ткани. Подтвержденіемъ этого можетъ служить слѣдующій случай (въ таблицу не внесенъ).

2. Т. В., 39 л., поступила въ госпитальную терапевтическую

клинику 4/ш 1906 г. съ жалобой на постоянныя сильныя боли въ лѣвомъ боку и общую слабость. Страдаетъ болями около года; послѣдніе 6 мѣс. вслѣдствіе слабости лежить въ постели. Моча все время чиста; крови въ ней не замѣчала. Послѣдніе 2 дня мочится съ трудомъ послѣ долгаго усилія. Бѣтъ ничего не хочется; обычно страдаетъ запорами, но въ послѣднюю недѣлю появились поносы (3—5 испражнений въ день). Мѣсячныхъ около года нѣтъ. Рожала 2 раза; 2 раза былъ выкидышъ (на 4-мъ мѣсяцѣ). Алкоголизмъ, сифилисъ отрицаются; бугорчатки въ семьѣ не было. Лѣтъ 15 назадъ была желтуха, державшаяся около 3 мѣс., 2 раза перенесла (рюшной) тифъ—1-й разъ осложненный воспаленіемъ легкихъ, на 29-мъ году жизни, 2-ой разъ—въ августѣ 1903 г. 3 года назадъ все лѣто болѣла болотной лихорадкой.

Полное сознаніе. 37°2. Сложеніе правильное. Кожа и слизистыя оболочки блѣдны, съ землистымъ оттѣнкомъ. Значительное исхуданіе; кожа вытягивается въ длинную складку. Отековъ нѣтъ. Лимфатическія железы не увеличены. Нѣкоторое ослабленіе сухожильныхъ рефлексовъ. Въ легкихъ сзади слѣва на 2 пальца ниже нижняго угла лопатки притупленіе; голосовое дрожаніе здѣсь ослаблено; дыханіе всюду слышно, нѣсколько ослаблено; хриповъ нѣтъ. При пробномъ проколѣ въ этомъ мѣстѣ жидкости не получено. Мокроты не выдѣляется. Границы сердца нормальны; у аорты—слабый систолическій шумъ, 2-ой тонъ усиленъ; у верхушки тоже систолическій шумъ, но слабѣе, чѣмъ у аорты. П. 78 въ минуту, правильныхъ. Оплотненіе периферическихъ сосудовъ I степени. Животъ немного вздутъ; стѣнки драблы; при постукиваніи звукъ всюду барабанный, за исключеніемъ верхней части лѣвой 1/2 живота, гдѣ имѣется притупленіе съ барабаннымъ оттѣнкомъ. Въ лѣвой 1/2 живота по направлению къ расположенію лѣвой почки прощупывается продолговатая, неподвижная, сильно болѣзненная, мелкобугристая опухоль, на нижнемъ полюсѣ которой находится твердый узелъ, въ лѣсной орѣхъ. Нижній край опухоли на 4 пальца не доходитъ до пупочной линіи, внутренній на 4 пальца отстоитъ отъ срединной линіи, верхній скрывается подъ лѣвое подреберье. Опухоль при надавливаніи на почечную область нѣсколько качается. Печень по сосковой линіи на 2 пальца выходитъ изъ-подъ реберной дуги; край ея острый, гладкій, плотный; верхняя граница ея по сосковой линіи на 6-омъ ребрѣ. Селезенка не прощупывается. Границы желудка при раздуваніи углекислотой: нижняя на 2 пальца не доходитъ до пупка, правая отстоитъ на 5. лѣвая на 8 стм. отъ срединной линіи. Ясно прощупывается нѣсколько вздутая слѣпая кшшка и S-образная, послѣдняя—въ видѣ плотнаго валика въ мизинецъ толщиной. При раздуваніи кишечника ясно обрисовывается S-образная кшшка въ видѣ толстой петли въ надлобковой области. Низходящая кшшка тоже раздута, прощупывается и определяется выстукиваніемъ вплоть до лѣвой кривизны и лежитъ впереди опухоли. Поперечная кшшка и восходящая кшшка безъ измѣненія. Кровь: свертываемость 3; мочетныхъ столбиковъ мало; красные шарики окрашены блѣдно, встрѣчаются тѣни; небольшой полицитозъ; гемоглобина 40%; красныхъ тѣлецъ 5.000000, бѣлыхъ 3200 (отношеніе 1:1700).

5/ш: Моча до сдавливанія опухоли: бѣлка—ничтожные слѣды; много плоскаго эпителия; 2—5 бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ въ полѣ зрѣнія. Черезъ 1 часъ послѣ сдавливанія 30 к. стм. того-же качества.

8/ш: Моча до сдавливанія: бѣлка ничтожные слѣды; масса плоскаго эпителия; 3—4 бѣлыхъ тѣлецъ; одиночные слизистые цилиндры въ полѣ зрѣнія. Черезъ 15 мин. послѣ сдавливанія—15 к. стм. того-же качества.

10/ш: Тотъ-же результатъ.

11/ш: При осмотрѣ живота въ области пупка обрисовываются петли тонкихъ кишекъ; отъ времени до времени въ нихъ замѣчается усиленная перистальтика, сопровождавшаяся урчаніемъ.

Такъ какъ данныя изслѣдованія опухоли (положеніе ея, баллотированіе, отношеніе къ толстымъ кишкамъ) говорили за то, что эта опухоль—почка, то въ виду отсутствія альбуминурии послѣ ощупыванія опухоли возникалъ вопросъ о непроходимости лѣваго мочеточника.

12/ш была произведена цистоскопія (М. М. Петкевичъ). При наблюденіи за устьемъ въ пузырь лѣваго мочеточника ни сокращенія его, ни выдѣленія жидкости не замѣчалось. Катетеръ № 1 (1 мм.) свободно проникалъ въ лѣвый мочеточникъ на 21 стм. вверхъ отъ его устья, но и на этомъ уровнѣ не получено ни капли мочи. Изъ праваго мочеточника видно было періодическое выдѣленіе мочи; при его катетеризаціи въ 15 мин. получено около 4 к. стм. совершенно прозрачной мочи, содержавшей ничтожные слѣды бѣлка.

Такъ какъ катетеръ свободно прошелъ почти до мѣста входа мочеточника въ лоханку (длина мочеточника, какъ извѣстно, около 25 стм.) и мочи получено не было, то слѣдовало думать, что паренхима почки атрофирована или уничтожена какимъ-либо процессомъ. Какіе-сія болѣзнь, измѣненія въ крови, плотность, бугристость опухоли и т. д. говорили за злокачественное новообразованіе этой почки.

13/ш: Больная съ утра въ безсознательномъ состояніи. Въ 11 час. утра скончалась при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности.

Клиническое распознаваніе: Ракъ лѣвой почки съ заносами въ нижней долѣ лѣваго легкаго; полное перерожденіе почечной ткани. Частичное суженіе толстой кишки въ области лѣвой кривизны. Начальный склерозъ аорты.

Вскрытіе (К. Ю. Куликовскій). Сложеніе правильное; рѣзкоо исхуданіе. Животъ втянутъ. Наружные покровы слегка желтова-

таго цвѣта. Кожа и подкожная кѣтчатка сильно отечны. Въ полости живота около 1 литра желтой, слегка мутноватой жидкости. Сальникъ сильно отеченъ, устья многочисленными узелками бѣловатого цвѣта, хрящевой плотности, величиной до крупной горошины. Грудобрюшная преграда справа у 3-го, слева у 4-го межреберья. Въ полости сердечной сумки около  $\frac{1}{2}$ -стакана желтоватой, прозрачной жидкости. Сердце рѣзко уменьшено въ объемѣ; сосуды его сильно извилисты. Подэпикардиальный жир студенистаго вида. Мышца сердца сѣровато-бурого цвѣта, дряблая. Створки и заслонки безъ особыхъ измѣненій. На внутренней оболочкѣ аорты небольшія склеротическія бляшки. Лѣвое легкое на всемъ протяженіи срослено съ реберной плейрой старыми фиброзными перемычками. Въ нижней долѣ легкаго сзади плотный узелъ, въ волошскій орѣхъ, на разрѣзъ сѣровато-бѣлаго цвѣта. Послѣ отдѣленія легкаго оказывается, что вся реберная плейра, равно какъ и грудобрюшная преграда сплошь покрыты узелками такого-же характера, какъ и въ сальникѣ, при чемъ во многихъ мѣстахъ узелки сливаются вѣстѣ, образуя мѣстами цѣлыя гнѣзда неправильной формы, величиною до серебрянаго рубля. Правое легкое свободное; на разрѣзъ ткань его темно-фіолетово-краснаго цвѣта, сильно отечна. Селезенка уменьшена; сумка ея морщиниста; на разрѣзъ ткань селезенки буровато-краснаго цвѣта; перегородки ясно замѣтны, мякоть соскабливается въ незначительномъ количествѣ. Печень не выдается изъ-подъ края реберъ; ткань ея плотна, застойна. Лѣвая почка увеличена раза въ 3; поверхность ея бугристая, а ткань плотна. Прилегающая къ поверхности почка лѣвая кривизна толстой кишки и хвостъ поджелудочной железы срослены съ ней плотно. *На разрѣзъ вся ткань почки состоитъ изъ хрящевой плотности узловъ, бѣлаго цвѣта съ стрѣмъ оттѣнкомъ, величиною до голубиного яйца, и только въ небольшомъ количествѣ среди этихъ узловъ имѣются красновато-бурые, неправильной формы участки—остатки почечной ткани. Лоханка вся выполнена узлами новообразованія. Мочеточникъ проходимъ на всемъ протяженіи.* Правая почка немного меньше нормальной; сумка ея снимается легко. На разрѣзъ корковый ея слой сѣроватого, а пирамидки бѣдово-краснаго цвѣта. Подъ сывороточной оболочкой мочевого пузыря, у дна его, имѣется нѣсколько узелковъ такого-же характера, какъ и въ сальникѣ. Слизистая оболочка пузыря особыхъ измѣненій не представляетъ. Со стороны слизистой оболочки желудка, кишокъ особыхъ измѣненій нѣтъ.

*Распознаваніе патолого-анатомическое: Adenocarcinoma scyrrhusum лѣвой почки съ почти полнымъ уничтоженіемъ почечной ткани. Заносы въ нижней долѣ лѣваго легкаго, въ плейрѣ, грудобрюшной преградѣ, сальникѣ и въ днѣ мочевого пузыря. Сращеніе лѣвой кривизны и поджелудочной железы съ лѣвой почкой. Начальный склерозъ аорты.*

Такимъ образомъ въ данномъ случаѣ отсутствіе альбуминурии послѣ сдавливанія больной почки позволило сдѣлать предположеніе о полномъ перерожденіи ея ткани раковымъ процессомъ.

(Окончаніе слѣдуетъ.)

CLXXVII. Изъ университетской клиники дѣтскихъ болѣзней проф. Czegny въ Бреславлѣ.

## Опытъ изученія обмена желѣза у дѣтей грудного возраста.

Памяти незабвеннаго моего учителя проф. Н. И. Быстрова.

Студ. Н. И. Красногорскаго.

Физиологическая роль желѣза среди другихъ элементовъ, входящихъ въ составъ животнаго организма, представляетъ особый интересъ въ биологіи и медицинѣ. Помимо того, что функція гемоглобина крови тѣсно связана съ заключеннымъ въ немъ желѣзомъ, повидимому, и окислительные процессы въ существѣ самихъ тканей и кѣтокъ протекаютъ не безъ его участія.

Вопросъ объ окисляющихъ свойствахъ животныхъ тканей уже давно интересовалъ вниманіе ученыхъ и вызвалъ рядъ многочисленныхъ изслѣдованій въ этомъ направленіи. Работы Gottstein'a, Libig'a, Traube, Hoppe-Seyler'a, Abelson и Biarnes, Jaquet и др. постепенно привели къ мысли, что кѣтки вырабатываютъ особые химическія вещества, способныя переносить кислородъ на подлежащія ткани. Вещества эти были названы оксидазами, отнесены къ ряду энзимъ, и имъ было приписано важное значеніе въ дѣлѣ тканевыхъ окислительныхъ процессовъ. Съ особымъ интересомъ вопросъ объ окисдирующихъ веществахъ изслѣдовался со времени открытія японцами (Hirosokuro Joschida) факта самоокисленія урусиновой кислоты въ соотвѣтствующую оксикислоту въ смолѣ лаковаго дерева при ея стояніи. Вскорѣ послѣ этого G. Bertrand'y<sup>1)</sup> удалось фракціонированнымъ осажденіемъ смолы лаковаго дерева

спиртомъ разъединить окисляемое вещество—лаккозотъ окисляющаго, которое по своимъ свойствамъ подходило къ разряду энзимъ и было названо лакказой. При анализѣ препарата лакказы Bertrand обнаружилъ въ немъ значительныя количества золы вообще (4,6—5,58%) и солей марганца въ частности (0,117%), т. е. соединений, которыя сами по себѣ являются катализаторами. Изъ 3-хъ препаратовъ лакказы, различныхъ по содержанію марганца, наибольшую окисляющую способность обладалъ препаратъ, содержащій наибольшее количество марганца. Это обстоятельство наглядно указало, что присутствіе марганца имѣетъ несомнѣнное значеніе въ окисляющей функціи лакказы, и заставило Bertrand'a произвести нѣсколько опытовъ для выясненія окисдирующихъ свойствъ марганцовыхъ солей. Изслѣдованные Bertrand'омъ 1%-ые растворы различныхъ солей марганца (азотнокислый, салициловокислый, янтарнокислый) въ смыслѣ окисляющаго дѣйствія оказались весьма различными; тѣмъ больше былъ атомный вѣсъ кислотнаго радикала, входящаго въ соединеніе съ марганцемъ, тѣмъ сильнѣе замѣчалось окисляющее дѣйствіе послѣдняго. На основаніи своихъ наблюденій Bertrand пришелъ къ мысли, что лакказа, а слѣд. и другія формы оксидазъ представляютъ легко диссоциирующія соединенія марганца съ какимъ-нибудь большимъ кислотнымъ радикаломъ, постоянно переходящими изъ окиснаго въ закисное состояніе. Кислотный радикалъ, съ которымъ связанъ катализаторъ, можетъ быть весьма различенъ и принадлежать даже къ бѣлковымъ веществамъ, ибо наиболѣе очищенные препараты оксидазъ относятся къ бѣлкамъ альбуминового (растительная лакказа), глобулинового (животная лакказа; Abelson, Biarnes, ч. пр. B. И. Словоцовъ<sup>2)</sup>) и нуклеоальбуминового типа [Spitzer<sup>3)</sup>]. Нужно сказать, что нѣкоторые препараты лакказы, напр., полученные Б. И. Словоцовымъ<sup>4)</sup> изъ калусты и картофеля, Lepinois<sup>5)</sup> изъ аконита, красавки, не содержали марганца, но содержали желѣзо, что, конечно, нѣсколько не противорѣчитъ воззрѣніямъ Bertrand'a.

Важнымъ указаніемъ на дѣйствіе неорганическихъ окислителей въ функціи оксидазъ являются наблюденія Bourquelot и Bourgol'a<sup>6)</sup>, доказавшихъ возможность получить искусственнымъ путемъ нѣчто подобное окисдирующимъ энзимамъ. Очень разведенный растворъ мѣднаго купороса въ смѣси съ синильной кислотой, по опытамъ авторовъ, обладалъ способностью переносить кислородъ на гуаяковую настойку, при чемъ способность эта мѣнялась въ зависимости отъ температуры. Кипѣніе не парализовало дѣйствія; но послѣ прибавленія къ этой жидкости слѣдовъ коллоида или бѣлка оно уничтожало окисляющую дѣятельность раствора, и его способность переносить кислородъ исчезала навсегда.

Окисдирующія свойства нуклеопротендовъ различныхъ тканей—крови, поджелудочной железы, печени, яичниковъ, тимуса, по мнѣнію Spitzer'a<sup>3)</sup>, обуславливаются присутствіемъ крѣпко связаннаго съ нуклеопротендомъ желѣза.

Съ своей стороны, я могу сказать, что мои изслѣдованія\*) надъ окисдирующими гуаяковую настойку веществами мышцъ, сердца, печени и мозга также убѣдили меня, что окисляющая способность названныхъ тканей зависитъ отъ сложныхъ, по всей вѣроятности, бѣлковыхъ соединений желѣза. Строминовые бѣлки, resp. бѣлки, образующіе структуру тканей [литературу см. Н. Красногорскій<sup>7)</sup>], добытые изъ указанныхъ органовъ, оказались обладающими весьма рѣзкими окисляющими гуаяковую настойку свойствами. Отъ т. наз. «оксидазъ», которыхъ кстати я въ изслѣдованныхъ органахъ не нашелъ, мои синія растворы бѣлковъ отличались тѣмъ, что и послѣ продолжительнаго кипяченія давали посинѣніе гуаяка. Ближайшее изслѣдованіе синящихъ бѣлковыхъ веществъ показало, что зола ихъ также даетъ посинѣніе (отъ заключающагося желѣза), но несравненно болѣе слабое, чѣмъ самый бѣлковый растворъ. Слѣд., мы имѣли какое-то сочетаніе желѣза съ бѣлкомъ въ видѣ аггломерата, «Stromineisenverbindung'a», обладававшего весьма сильными окисдирующими свойствами.

\*) Въ настоящее время опыты мои закончены, и я сообщу о нихъ въ непродолжительномъ времени.



ми. Конечно, нѣтъ сомнѣнй, что эти окисдирующйя свой-ства обусловливались присутствемъ желѣза.

Такимъ образомъ можно думать, что функциональная сфера дѣятельности желѣза, въ смыслѣ окисляющаго аген-та, гораздо шире, чѣмъ только участіе въ формѣ гемогло-бина крови. Почти всѣ животныя ткани содержатъ указан-ный катализаторъ въ большемъ или меньшемъ количествѣ,

Что касается изученія объема желѣза у дѣтей, то въ этомъ направленіи имѣющіяся въ нашемъ распоряженіи факгическія данныя в. невелики. Кромѣ 4-хъ опытовъ *Блауберга* <sup>14)</sup>, поставленныхъ съ цѣлю изучить зольный объемъ вообще, и опыта *Steinitz*'а <sup>15)</sup>, въ литературѣ боль-ше пока ничего нѣтъ. Результаты опытовъ указанныхъ авторовъ представлены въ слѣдующей сводной таблицѣ.

Т а б л и ц а.

Авторъ.	Кто подвергался изслѣдованію.	П и щ а.	Періодъ опыта.	Fe <sub>2</sub> O <sub>3</sub> въ мгрм. полученное ребен-комъ съ пищей.	Fe <sub>2</sub> O <sub>3</sub> въ мгрм. выведен-ное черезъ:		У с в о е н і е.	
					Испражне-нія.	Мочу.	Безотноси-тельное чи-сло.	Въ % по от-ношенію къ пищевому желѣзу.
<i>М. Б. Блау-берга</i> <sup>14)</sup> . .	Атрофированное дитя 3 1/2 мѣс.	Стерилизованное коровье молоко.	4 дня.	4,8	15,3	—	—10,5	—
<i>Она-же</i> <sup>14)</sup> .	Тоже.	Вода+мука Kufeke.	3 >	42,0	25,9	—	16,1	38,33*
<i>Она-же</i> <sup>14)</sup> .	Дитя 7 1/2 мѣс.	Неразведенное коровье молоко.	7 дней.	59,2	44,7	—	14,5	24,49*
<i>Она-же</i> <sup>14)</sup> .	Дитя 5 мѣс.	Женское молоко.	6 >	83,0	22,0	—	61,0	73,49*
<i>Steinitz</i> <sup>15)</sup> .	Тоже.	Тоже.	3 дня.	10,26	6,7	2,5	1,06	10,3

нѣтъ сомнѣнй, что его присутствіе въ нихъ связано съ опредѣленными физиологическими цѣлями. Вслѣдствіе большаго физиологическаго значенія, принадлежащаго желѣзу въ организмъ, а также вслѣдствіе особаго напряженія пластическихъ процессовъ у грудныхъ дѣтей, которые должны быть связаны съ фиксаціей желѣза, я съ удоволь-ствіемъ занялся, по предложенію проф. *Czerny*, изученіемъ объема желѣза у дѣтей грудного возраста.

Молоко животныихъ, какъ извѣстно, содержитъ в. не-значительное количество желѣза въ противоположность другимъ зольнымъ частямъ. Der Eisengehalt der Milch- asche, пишетъ *Bunge* <sup>8)</sup>, ist 6 mal geringer, als der der Asche des Säuglings! Somit scheint der mütterliche Organismus von allen anderen anorganischen Stoffen dem Säugling 6 mal so viel abzugeben, als er braucht. Находя, что количе-ство желѣза, получаемое растущимъ организмомъ въ моло-кѣ, слишкомъ недостаточно для нормальнаго развитія и созиданія тканей, *Bunge* посвятилъ разрѣшенію вопроса, откуда-же организмъ беретъ необходимое желѣзо, рядъ работъ. Изслѣдуя золу новорожденныхъ животныихъ, онъ обнаружилъ въ печени нѣкоторыхъ изъ нихъ высокое со-держаніе желѣза. По мѣрѣ роста количество желѣза посте-пенно уменьшалось, такъ что печень животныихъ взрослыхъ содержала желѣза въ 4—9 разъ меньше. Отсюда *Bunge* заключилъ, что то желѣзо, которое необходимо для роста тканей, организмъ въ періодъ лактаціи получаетъ уже при рожденіи въ видѣ запаса, сложеннаго главнымъ образомъ въ печени. За правильность этого мнѣнія говорилъ и тотъ фактъ, что запасы желѣза были найдены *Bunge* <sup>9)</sup> только у тѣхъ животныихъ, которыя имѣютъ сравнительно долгій лактаціонный періодъ, напр., у собакъ, кроликовъ, ко-шекъ; животныя-же, быстро переходящія послѣ рожденія на растительную, resp. богатую желѣзомъ пищу, какъ, напр., морскія свинки, такихъ запасовъ не обнаруживали. Изъ другихъ авторовъ тождественные результаты получи-ли *C. I. Замесскій* <sup>10)</sup> на собакахъ, *Lapicque* <sup>11)</sup> на кро-ликахъ и *Krüger* <sup>12)</sup> на телятахъ.

Опыты опредѣленія желѣзистаго запаса въ печени раз-личныхъ по возрасту дѣтей были произведены д-ромъ *Phi- lippon* <sup>13)</sup> въ лабораторіи проф. *Czerny*. Опредѣленія дали в. разнорѣчивые результаты, не обнаруживъ стро-гой закономерности въ уменьшенія количества желѣза въ зависимости отъ возраста. Но вслѣдствіе патологическихъ состояній, неодинаковыхъ условій питанія изслѣдованныхъ дѣтей, что, несомнѣнно, могло имѣть значеніе въ колеба-ніи количествъ желѣза и затемнить истинныя отношенія, вопросъ о желѣзистомъ запасѣ у дѣтей остается откры-тымъ. Проблема о запасѣ желѣза въ печени новорожден-ныхъ имѣетъ существенное значеніе въ дѣлѣ пониманія объема веществъ, и потому я позволилъ себѣ привести здѣсь нѣкоторыя литературныя данныя по атому предмету.

Изъ таблицы этой видно, что данныя авторовъ весьма разнорѣчивы. Въ опытѣ *М. Б. Блауберга* съ женскимъ молокомъ организмомъ было использовано 73,49% пище-вого желѣза, въ опытѣ *Steinitz*'а при томъ-же питаніи всего 10,3%. Интересенъ 1-ый опытъ *Блауберга* съ стер-илизованнымъ коровьимъ молокомъ. Дитя получало за опытъ 4,8 мгрм. Fe<sub>2</sub>O<sub>3</sub>, а вывело 15,3. Если стать на точку зрѣнія *Bunge*'новской гипотезы о желѣзи-стыхъ запасахъ, то нужно думать, что на 4-мъ мѣ-сяцѣ запасъ этотъ еще не истощился. Различіе резуль-татовъ опредѣленій *Блауберга* и *Steinitz*'а объясняется, вѣ-роятно, разностью условій въ постановкѣ опытовъ, мето-дики анализа, физиологическихъ состояній изслѣдуемыхъ и т. д. Въ общемъ изъ опытовъ *Блауберга* слѣдуетъ, что желѣзистыя соединенія женскаго молока въ смыслѣ исполь-зованія ихъ организмомъ не составляютъ исключенія изъ другихъ зольныхъ частей, которыя, по изслѣдованіямъ того же автора и *Rubner*'а <sup>16)</sup> вообще усваиваются дѣтьми гораздо лучше, чѣмъ таковая искусственной пищи.

Мое изслѣдованіе первоначально имѣло задачу изучить, по скольку возможно, объемъ желѣза у грудныхъ дѣтей при естественномъ и искусственномъ кормленіи. Помимо чисто питательнаго и терапевтическаго значенія, выяснить усвоеніе дѣтскимъ организмомъ желѣза женскаго и живот-наго молока представлялось интереснымъ съ точки зрѣнія указаній на химическую разнородность желѣзистыхъ сое-диненій въ молоко различныхъ животныихъ.

Параллельно я пытался также опредѣлить объемъ желѣза при кормленіи дѣтей сырымъ и кипяченымъ моло-комъ (мѣня продолжительность кипяченія), такъ какъ въ литературѣ во вопросу, какое изъ нихъ лучше переносит-ся и усваивается дѣтьми, существуютъ весьма разнорѣчивыя мнѣнія. *Michel* <sup>17)</sup>, напр., полагаетъ, что стерилизованное молоко легче переваривается, *de Jager*-же думаетъ нао-оборотъ. *Zweifel* отрицаетъ между ними всякую разницу, находя, что какъ кипяченое, такъ и сырое молоко перева-риваются одинаково хорошо. Проф. *Czerny* пишетъ: Zu der Annahme, dass Milch durch langdauerndes Erhitzen wesentlich denaturirt wird, werden wir lediglich durch die Beobachtung gezwungen, das Säuglinge, welche monate- lang mit solcher Milch ernährt werden, unter Symptomen erkranken können welche rasch verschwinden, wenn den Kindern rohe oder nur wenig erhitzte Milch verabreicht wird. *Johannes Arndt* <sup>18)</sup>, изслѣдуя кальціевый объемъ у дѣтей нашегъ, что кальціевыя соединенія кипяченнаго молока усваиваются лучше, чѣмъ сырого. *Cronheim-Müller* <sup>19)</sup> по тому-же предмету пришли къ противоположному результату.

Съ своей стороны, признавая за желѣзомъ важную

\*) Въ таблицѣ приведены вычисленныя мною на основаніи цифръ автора % ния числа усвоенія, у автора же такъ: 38,10: 33,73: 74,50 (въ послѣднѣйшей опытѣ).

функциональную роль, я нашел небезинтересным проследить, одинаково ли хорошо всасываются и усваиваются грудными детьми железистые соединения сырого и измененного кипячением молока.

При постановке своих опытов на детях я пользовался методикой, уже давно выработанной в клинике проф. Czerny<sup>17)</sup>.

Период опыта обнимал 5 дней. 2 дня дитя получало пищу, которая интересовала нас в данный момент, а за последующие 3 дня собирались испражнения и моча, равно как оставались и пробы пищи для определения железа. Самое определение железа я производил, по совету ассистента клиники д-ра Orgler'a, йодометрическим способом Neumann'a<sup>20)</sup>, как наиболее точным и простым. Для сжигания анализируемых веществ и выпаривания жидкостей, как моча, молоко, я употреблял тоже Neumann'овский способ. Сжигались вещества в смеси с сухой и азотной кислотой. Молоко выпаривалось во избежание сотрясений или с 1%-м раствором йодка калия (прибавленным в пропорции на каждые 25 гр. молока 15 гр. раствора), или же (по моему видоизменению) с 30—40 к. стм. смеси азотной и сухой кислоты. В последнем случае и выпаривание идет равномерно, и вместе с тем вещество разрушается с увеличением концентрации кислоты. Так как большие количества фосфорной кислоты вредят точности титрования, помимо того, что лишают возможности следить за реакцией посредством появления и исчезания цинк-фосфата, то для анализа я употреблял небольшие количества молока. Данные получались следующие.

Опыт 1 (женское молоко). G. E., 2 мѣс. 17 дней, взят в клинику для научных целей на 1-мъ днѣ рождения. При рождении вѣсилъ 3240 гр. «Exudative diatese» (по Czerny). Былъ питаемъ в теченіи 37 дней послѣ рождения женскимъ молокомъ, но въ вѣсѣ за этотъ періодъ не прибавъ. В теченіи недѣли передъ опытомъ получалъ смѣшанную пищу: 580 гр. женскаго + 80 гр. Schleim \*) + 40 гр. козьего молока ежедневно. Вѣсъ за послѣднія 4 недѣли прибавалъ въ среднемъ по 100 гр. въ 5 дней. Въ подготовительный періодъ опыта, продолжавшійся 3 дня, получилъ 6×100 гр. женскаго молока. Вѣсъ до опыта 3430, послѣ 3520 гр. Въ итогѣ +90 гр. За 3 дня было 3 испражнения. Температура держалась въ предѣлахъ, 37°—37,2. Выпилъ 1773, гр. молока. Вывелъ 8,73 гр. кала, 1050 к. стм. мочи. Анализъ молока \*\*, кала и мочи приведены въ таблицѣ 1, а всасываемость и усвоеніе въ таблицѣ 2.

Табл. 1.

	Общее количество полученной пищи и выведенныхъ испражнений въ гр.	Анализируемое количество въ гр.	Титръ.	Количество к. стм. титруемого раствора, употребленнаго при титровании.	Количество железа въ млгр. въ анализируемомъ количествѣ.	Общее количество железа въ млгр. въ пицѣ и испражненияхъ.	Среднее количество железа въ млгр.
Женское молоко.	1773	100 90 100	8,3 8,3 8,2	1,8 1,7 1,3	0,43 0,40 0,32	7,62 7,88 5,67	7,05
Калъ.	8,73	3,18 5,36	8,3 8,3	1,4 1,9	0,34 0,46	0,93 0,75	0,84
Моча.	1050	550 500	8,5 8,5	1,3 1,0	0,31 0,24	0,59 0,50	0,55

Табл. 2.

Количество железа въ млгр. полученное ребенкомъ за опытъ	Количество выведеннаго железа въ млгр. черезъ.		Всосалось железа.		Усвоилось железа.	
	Калъ.	Мочу.	Безотносительное колич. въ млгр.	Въ % по отношению къ желѣзу пиц.	Безотносительное колич. въ млгр.	Въ % по отношению къ желѣзу пиц.
7,05	0,84	0,55	6,21	88,03	5,66	80,23

\*) См. Czerny<sup>17)</sup>.

\*\*) Для определения железа въ молоко составлялась смѣсь

По окончаніи опыта G. E. былъ переведенъ на кипяченое въ теченіи 10 мин. козье молоко пополамъ съ водою. Вѣсъ постоянно возрасталъ, Черезъ 3 недѣли кормленія былъ поставленъ опытъ 2.

Опытъ 2 (козье въ теченіи 10 мин. кипяченое молоко). Въ подготовительный періодъ—2 дня получалъ 6×100 (1/2, козье молоко, 1/2, воды). Вѣсъ до опыта 3900, послѣ 3900 гр. За время опыта было 4 испражнения. Температура держалась въ предѣлахъ 37°—37,2. Получилъ 1961 гр. молока + воды. Выпилъ 13,25 гр. кала (высушеннаго), 1250 к. стм. мочи. Определение железа см. въ табл. 3, а всасываемость и усвоеніе—табл. 4.

Табл. 3.

	Общее количество пищи, полученное ребенкомъ и выведенныхъ испражнений въ гр.	Анализируемое количество въ гр.	Титръ.	Количество к. стм. титруемого раствора, употребленнаго при титровании.	Количество Fe въ млгр. въ анализируемомъ количествѣ.	Общее количество Fe въ пицѣ и испражненияхъ въ млгр.	Среднее количество Fe въ млгр.
Козье молоко (10 м. прокипяч.) + вода.	1961	250 300	9,2 9,2	2,1 2,3	0,46 0,50	3,60 3,27	3,44
Калъ.	13,25	6,26 6,60	9,2 9,2	5,3 6,3	1,15 1,37	2,44 2,78	2,59
Моча.	1250	600 650	8,3 8,3	0,1 0,3	0,02 0,07	0,04 0,13	0,09

Табл. 4.

Количество железа, полученное ребенкомъ за опытъ въ млгр.	Количество выведеннаго железа въ млгр. черезъ.		Всосалось железа.		Усвоилось железа.	
	Калъ.	Мочу.	Безотносительное колич. ство.	Въ % по отношению къ желѣзу пиц.	Безотносительное колич. ство.	Въ % по отношению къ желѣзу пиц.
3,44	2,59	0,09	0,85	24,71	0,76	22,09

Спусти недѣлю (пища оставалась безъ перемѣны) былъ проведенъ опытъ съ молокомъ, кипяченнымъ въ теченіи 20 мин.

Опытъ 3 (кипяченое въ теченіи 20 мин. молоко). 2 дня получалъ 6×(50 прокипяченнаго 20 мин. молока + 50 воды). 3 дня со-

Табл. 5.

	Общее количество пищи, полученной ребенкомъ и выведенныхъ испражнений въ гр.	Анализируемое количество въ гр.	Титръ.	Количество к. стм. титруемого раствора, употребленнаго при титровании.	Количество Fe въ млгр. въ анализируемомъ количествѣ.	Общее количество Fe въ пицѣ и испражненияхъ въ млгр.	Среднее количество Fe за весь опытъ въ млгр.
20 мин. прокипяченое козье молоко + вода.	1817	250 250	8,3 8,3	1,7 2,0	0,41 0,48	3,07 3,59	3,33
Калъ.	16,9	7,22 8,02	10,5 10,5	5,25 6,0	1,0 1,14	2,20 2,40	2,30
Моча.	890	400 440	8,3 8,3	0,2 0,3	0,05 0,07	0,11 0,14	0,13

пъ порціи, оставленныхъ отъ каждаго кормленія. Расчетъ производился такъ, чтобы въ смѣсь вошли количества молока, аликвотныя молоку выпитому.

были испражнения. Вис тѣла до опыта 3900, послѣ 3780 грм. Вѣ итогѣ—120 грм. Имѣлъ за опытъ 9 испражнений. Температура тѣла держалась въ предѣлахъ 37°—37°6. Получилъ за опытъ 1871 грм. смѣси (молоко+вода) вывелъ 16,9 грм. кала (сухого). 890 к. стм. мочи.

Анализъ желѣза см. табл. 5, а всасываемость и усвоение табл. 6.

Табл. 6.

Количество желѣза, полученное ребенкомъ за опытъ въ мгм.	Количество введеннаго желѣза въ мгм. черезъ:		Всосалось желѣза.		Усвоилось желѣза.	
	Калъ.	Мочу.	Безотносительное количество въ мгм.	Въ % по отношенію къ пищевому желѣзу.	Безотносительное количество въ мгм.	Въ % по отношенію къ пищевому Fe.
3,33	2,30	0,13	1,03	30,93	0,90	27,03

Черезъ 2 недѣли былъ поставленъ опытъ съ сырымъ молокомъ. За протекшее время дитя питалось смѣсью изъ 1/2, воды+1/2, кипяченнаго въ теченіи 10 мин. козьего молока; висъ то повышался, то понижался въ предѣлѣ 150 грм.

Опытъ 4 (сырое козье молоко). Передъ опытомъ 3 дня давалась смѣсь изъ 1/2, сырого молока и 1/2, воды. Техника опредѣленія количества выпитаго молока была слѣдующая. Въ взвѣшенныя стеклянки вливалась вода съ сахаромъ, послѣ чего онѣ стерилизовались и взвѣшивались. Передъ каждымъ кормленіемъ въ откупоренную стеклянку вливалось сырое молоко, и стеклянка взвѣшивалась (часть молока оставлялась для анализа). По окончаніи кормленія опредѣлялось взвѣшиваемое невыпитое количество смѣси. Такимъ образомъ было извѣстно количество находившагося въ стеклянкѣ молока и оставшагося невыпитымъ въ смѣси; рассчитывали посредствомъ пропорцій. Смѣсь для анализова составлялась изъ аликватныхъ выпитому молоку количествъ.

Висъ тѣла до опыта 3950, послѣ 4020 грм. Вѣ итогѣ+70 грм. Имѣлъ за опытъ 9 испражнений. Температура тѣла держалась въ предѣлахъ 37°—37°4. Выпилъ 1037 грм. козьего молока, вывелъ 31,85 грм. кала (сухого) и 990 к. стм. мочи. Анализъ см. табл. 7, а всасываемость и усвоение табл. 8.

Табл. 7.

Количество желѣза въ мгм. полученное ребенкомъ за опытъ.	Количество введеннаго желѣза въ мгм. черезъ:		Всосалось желѣза.		Усвоилось желѣза.	
	Калъ.	Мочу.	Безотносительное количество въ мгм.	Въ % по отношенію къ пищевому желѣзу.	Безотносительное количество въ мгм.	Въ % по отношенію къ пищевому Fe.
Сырое козье молоко.	1037	200	9,2	3,4	0,73	3,78
		200	9,2	3,5	0,76	3,94
Калъ.	31,85	12,0124	9,2	5,8	1,26	3,34
		11,3451	9,2	5,7	1,23	3,45
Моча.	990	490	9,2	0,8	0,17	0,34
		490	9,2	0,7	0,15	0,30

Табл. 8.

Количество желѣза въ мгм., полученное ребенкомъ за опытъ.	Количество введеннаго желѣза въ мгм. черезъ:		Всосалось желѣза.		Усвоилось желѣза.	
	Калъ.	Мочу.	Безотносительное количество въ мгм.	Въ % по отношенію къ пищевому желѣзу.	Безотносительное количество въ мгм.	Въ % по отношенію къ пищевому Fe.
3,86	3,39	0,32	0,47	12,18	0,15	3,89

Послѣ 3-хъ недѣль, въ теченіи которыхъ я на этомъ ребенкѣ производилъ опытъ съ Ferratin'омъ (см. ниже), былъ повторенъ опытъ съ женскимъ молокомъ.

Опытъ 5 (женское молоко). Передъ опытомъ въ теченіи недѣли получалъ 6×120 грм. смѣси (1/2, молока+1/2, Schleim). Висъ не поднимался. За 4 дня до начала собиранія испражнений былъ переведенъ на женское молоко. Висъ до опыта 3880, послѣ 3980 грм. Вѣ итогѣ+100 грм. Имѣлъ 8 испражнений. Температура тѣла держалась въ предѣлахъ 37°—37°2. Выпилъ 1973,95 грм. молока, вывелъ 8,2935 грм. кала (сухого), 955 к. стм. мочи. Опродѣленія желѣза см. табл. 9, всасываемость и усвоение—табл. 10.

Табл. 9.

	Общее количество полученной пищи и введенныхъ испражнений за опытъ въ грм.	Анализируемое количество въ грм.	Титръ.	Количество к. стм. титровальнаго раствора, употребленнаго при титрованіи.	Количество желѣза въ мгм. въ анализируемомъ количествѣ.	Общее количество желѣза въ пацѣ и испражненияхъ въ мгм.	Среднее количество желѣза въ мгм.
Женское молоко.	1973,95	100	8,8	1,1	0,25	4,93	5,63
		100	8,8	1,4	0,32	6,32	
Калъ.	8,2935	3,0431	8,8	1,9	0,43	1,17	1,09
		1,6435	8,8	0,9	0,20	1,01	
Моча.	955	450	8,8	0,8	0,18	0,38	0,28
		450	8,8	0,4	0,09	0,19	

Табл. 10.

Количество желѣза въ мгм. полученное ребенкомъ за опытъ.	Количество введеннаго желѣза въ мгм. черезъ:		Всосалось желѣза.		Усвоилось желѣза.	
	Калъ.	Мочу.	Безотносительное количество въ мгм.	Въ % по отношенію къ пищевому желѣзу.	Безотносительное количество въ мгм.	Въ % по отношенію къ пищевому желѣзу.
5,63	1,09	0,28	4,54	80,64	4,26	75,67

Изъ приведенныхъ фактическихъ данныхъ уже слѣдовало, что, во 1-хъ, желѣзо женскаго молока усваивается и всасывается гораздо лучше, чѣмъ козьего, и, во 2-хъ, что кипяченіе представляетъ благоприятное условіе, извѣняющее молоко такимъ образомъ, что желѣзистыя соединенія прокипяченнаго молока лучше потребляются и усваиваются дѣтскимъ организмомъ. Желая построить свое положеніе на большемъ числѣ наблюденій, я поставилъ еще нѣсколько опытовъ на другихъ дѣтяхъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

### Послѣдняя Конференція Международнаго Союза по борьбѣ съ бугорчаткой.

Очередная Конференція Международнаго Союза по борьбѣ съ бугорчаткой состоялась въ нынѣшнемъ году въ Гаагѣ и продолжалась отъ 5-го до 8-го сентября и. ст.

Сѣхалось дов. много представителей различныхъ государствъ, хотя и въ нѣсколько меньшемъ числѣ и не въ такомъ блестящемъ составѣ, какъ годъ назадъ, въ Парижѣ. Изъ извѣстныхъ именъ могу назвать: проф. Schrötter'a (Австрія), д-ровъ Williams'a и Hillier (Англія), van Ryn'a и Dewes'a (Бельгія), проф. Flügg'e, B. Fränkel'a, E. Klebs'a, Pannwitz'a, Pütter'a и Schlossmann'a (Германія), проф. Sophus Bang'a (Данія), проф. Maragliano (Италія), д-ра Klaus Hanssen'a (Норвегія), проф. Calmette'a (Франція), д-ра Sture Carlsson'a и Printzsköld'a (Швеція), проф. Egger'a и д-ра Schmid'a (Швейцарія). Сѣверо-Американскіе штаты были представлены д-ромъ

*Arnold Klebs* о мѣ изъ Chicago. Изъ Голландскихъ дѣятелей по борьбѣ съ бугорчаткой приняли участіе: проф. *Spronck* изъ Utrecht'a, главный инспекторъ по здравоохраненію *Pijnappel* изъ Zwolle и проф. *Pel* изъ Amsterdam'a; изъ Россіи было только 2 представителя: д-ръ *И. Г. Габриловичъ* (директоръ здравницы «Халила») и авторъ этихъ строкъ \*).

На торжественномъ открытіи Конференціи было оповѣщено о смерти предсѣдателя Союза по борьбѣ съ бугорчаткой проф. *Brouardel*'а, при чемъ прочитанъ былъ некрологъ покойнаго, тепло и обстоятельно написанный проф. *Landouzy* (Paris).

Дѣловыхъ Собраній Конференція имѣла 3, если не считать засѣданій отдѣльныхъ Коммиссій по программнымъ вопросамъ, намѣченными предшествовавшей Конференціей.

О сообщеніяхъ, обсуждавшихся на Конференціи, скажу ниже; что же касается Коммиссій, то ими ничего существеннаго сдѣлано не было, а было лишь рѣшено снова отсрочить разсмотрѣніе 2-хъ вопросовъ: о *предрасположеніи къ бугорчаткѣ* и о *статистикѣ заболеваемости этой болѣзнью*. Разработка 1-го вопроса, еще въ 1904 г. въ Копенгагенѣ, была поручена профф. *B. Fränkel*'у (Berlin), *Schrötter*'у (Вѣна) и *Landouzy* (Paris), но она не была закончена къ Парижской Конференціи 1905 г. и не подвинулась впередъ и ко времени послѣдней Гаагской Конференціи. Переработка схемы статистики заболеваемости также не поспѣла къ сроку и, помимо того, не могла быть разсмотрѣна за неприбытіемъ на Конференцію д-ра *Turban*'а изъ Davos'a, автора схемы въ первоначальномъ ея видѣ.

О заключительномъ засѣданіи скажу въ концѣ письма, а здѣсь, прежде чѣмъ перейти къ докладамъ, обсуждавшимся въ Конференціи, упомяну, что въ Гаагѣ удовольствія, какъ и воюду на Сѣздахъ, къ сожалѣнію, занимали не послѣднее мѣсто и, конечно, не могли не идти въ нѣкоторый ущербъ занятіямъ. На описаніи торжественныхъ пріемовъ и угощеній останавливаться не стану; отмѣчу лишь, что члены Конференціи встрѣтили въ Голландіи любезное вниманіе и радушное гостепріимство.

Порядокъ въ бюро Конференціи былъ образцовый.

\*) Проф. *v. Behring*, вопреки ожиданіямъ, на Конференцію не явился, но напечаталъ въ журналѣ Союза «*Tuberculosis*» (№ 8, вышедшій въ августѣ 1906 г. и розданный членами Конференціи) докладъ, подъ заглавіемъ «*La thérapie immunitaire à Marbourg contre la tuberculose*». («Иммунизирующее лѣчение бугорчатки въ Марбургѣ»). Смыслъ этого новаго мемуара *Behring*'а таковъ: его бововакцина, не смотря на безвредность, доказанную 30000 произведенныхъ на рогагому скотѣ внутривенныхъ прививокъ, не можетъ быть, безъ понатнаго опасенія, примѣняема на человѣкѣ по той причинѣ, что все-же она содержитъ живой бугорчатковый ядъ. Это обстоятельство и привело *Behring*'а къ приготовленію т. наз. «тулазы». Это вещество не есть, по заявленію *Behring*'а, лѣчебное средство отъ чахотки, т. е. такое, которое можетъ дѣйствовать противъ процесса разрушенія въ легкомъ, а такое, которое при раннемъ употребленіи у молодыхъ людей, должно вести къ предохраненію отъ чахотки и дѣйствовать на уже существующія въ тѣлѣ бугорчатковна гнѣзда такъ, что извѣченію силами природы уже не мѣшаютъ ваіянія новой бугорчатковой заразы. О приготовленіи прививочнаго вещества *Behring* говоритъ слѣдующее: «Прививочная жидкость «тулаза», содержащая соматическое вещество *Koch*'овскихъ палочекъ», добывается путемъ обработкѣ этихъ палочекъ хлоралгидратомъ. Не смотря на то, что палочки въ «тулазѣ» сохранили въ весьма значительной степени кислотоупорныя свойства, все-же онѣ настолько измѣнены, что легко, между прочимъ, всасываются подкожной клѣтчаткой. Способностью вызывать образованіе бугорковъ, при соблюденіи предписываемыхъ ямъ, *Behring*'омъ, правилъ употребленія тулазы, палочки совсѣмъ не обладаютъ, но въ нихъ остается свойство придавать животнымъ, подвергаемымъ впрыскиваніямъ тулазы, повышенную чувствительность къ туберкулину. Опасность зараженія людей, работающихъ съ тулазой, совершенно исключается».

Темно новое сообщеніе *Behring*'а, какъ и все, что въ послѣднее время выходитъ изъ-подъ его пера. Неудивительно поэтому, что Институтомъ этого ученаго («*Behringwerk*») изданъ къ руководству обширный регламентъ—и не только для врачей, простыхъ смертныхъ, но и для директоровъ тѣхъ клиникъ, въ которыхъ пожелаютъ производить испытанія надъ терапевтическимъ дѣйствіемъ тулазы (См. «*Tuberculosis*», 1906 г., т. 5, № 8).

Трудностью проведенія въ жизнь основныхъ мѣропріятій по борьбѣ съ бугорчаткой, которыя кажутся съ перваго взгляда легко и удобно-исполнимыми, а въ дѣйствительности наталкиваются на цѣлый рядъ трудно-преодолимыхъ препятствій, объясняется тотъ фактъ, что на Конференціяхъ Международнаго Союза по борьбѣ съ бугорчаткой обсуждаются изъ года въ годъ не только все тѣ же вопросы, но и повторяются на извѣстные лады набившіе уже оскомину доводы и соображенія. И въ послѣднюю Конференцію въ Гаагѣ переживалось многое изъ того, что уже неоднократно подвергалось разсмотрѣнію и обсужденію раньше.

Такъ и теперь снова всплылъ вопросъ объ *обязательномъ заявленіи о случаяхъ т. наз. открытой бугорчатки*. По этому вопросу докладчикомъ явился *v. Glasenapp* [начальникъ полиціи въ Rixdorf'ѣ (мѣстечкѣ подъ Berlin'омъ)]. Онъ прежде всего указалъ Конференціи, что прусскимъ закономъ о заразныхъ болѣзняхъ отъ 28-го августа 1905 г. (*Seuchengesetz*) недостаточно ограждается здоровье населенія. Обеззараживаніе въ Berlin'ѣ было введено уже до этого закона на основаніи полицейскаго постановленія. Во всѣхъ случаяхъ, когда обеззараживаніе производится по распоряженію полиціи, оно производится безплатно и въ силу этого обстоятельства никогда не встрѣчаетъ протеста со стороны населенія. Защита здороваго человѣка отъ болѣзни—задача не менѣе важная, чѣмъ лѣченіе больного, а потому нельзя допускать, чтобы человѣкъ здоровый безъ всякихъ мѣръ предосторожности занималъ помѣщеніе, въ которомъ передъ тѣмъ жилъ больной съ развитой формой бугорчатки. Не можетъ быть спора, что всякая такая квартира должна быть обеззараживаема. Заявленіе потому слѣдуетъ дѣлать съ должной строгостью во всѣхъ случаяхъ развитой бугорчатки, и оно должно быть, по мнѣнію *Glasenapp*'а, обязательнымъ: 1) во всѣхъ случаяхъ смерти отъ легочной или горловой бугорчатки и 2) въ тѣхъ случаяхъ открытой легочной и горловой бугорчатки, когда больной мѣняетъ квартиру и когда, по условіямъ жилья, онъ представляетъ опасность для окружающихъ.

Заявленіе должно лежать на обязанности а) пользующаго врача, или б) завѣдывающаго домоу, или в) лица, ухаживающаго за больнымъ, или г) хозяина квартиры, или д) лица, устанавливающаго смерть. Обязательство заявленія переносится преемственно на лицъ, перечисленныхъ въ пунктахъ б, в, г, д, только въ томъ случаѣ, когда отсутствуетъ пользующій врачъ (пунктъ а). За заявленіемъ должно слѣдовать обеззараживаніе помѣщеній и предметовъ, которые могутъ содержать въ себѣ болѣзнетворныя начала. При невозможности, по экономическимъ и другимъ соображеніямъ производить обеззараживаніе, зараженные предметы должны быть уничтожены. Послѣдствіемъ заявленія должно быть не одно только обеззараживаніе, но и попеченіе о больномъ и его семьѣ, при чемъ члены семьи больного должны подлежать врачебному освидѣтельствованію. Заботы и мѣры по оздоровленію семьи заболѣваго или умершаго должны лежать на особыхъ Попечительствахъ, которыя въ своей дѣятельности должны встрѣчать поддержку со стороны общественныхъ и правительственныхъ органовъ и частныхъ лицъ. До законодательнаго закрѣпленія обязательнаго заявленія должны быть принимаемы мѣры къ проведенію въ жизнь заявленія больного.

Д-ръ *Klaus Hanssen* (Bergen) сообщилъ, что дѣйствующее въ Норвегіи уже 4 года обязательное заявленіе все болѣе и болѣе совершенствуется, что населеніе къ нему уже привыкло, относится благосклонно, и съ тѣхъ поръ, какъ оно введено, преувеличенный страхъ передъ зараженіемъ бугорчаткой уменьшился.

Согласно заявленію д-ра *A. Klebs*'а (Chicago), въ New-York'ѣ дѣйствуетъ обязательное заявленіе, и объ исправности его можно судить потому, что число извѣстій о смертныхъ случаяхъ совпадаетъ съ числомъ предшествующихъ оповѣщеній о соотвѣтственныхъ случаяхъ заболѣваній.

Не вездѣ, однако, дѣло идетъ такъ гладко, какъ въ Норвегіи и New-York'ѣ; такъ, въ Англіи, напр. (д-ръ *Rae*, Liverpool), гдѣ заявленіе—вольное, кромѣ города Sheffield'a половина случаевъ бугорчатки остается не зарегистрированной. Во Франціи (д-ръ *Fuster*, Paris) чувствуютъ страхъ



какъ передъ заявленіемъ, такъ и передъ обеззараживаніемъ, которое, привлекая къ себѣ вниманіе населенія, заставляетъ здоровыхъ чуждаться и страшиться жильцовъ зараженнаго помѣщенія.

Въ общемъ обмѣнѣ мнѣній о заявленіи ничего новаго не далъ, и Конференція пришлось остаться при прежнемъ принципиальномъ рѣшеніи вопроса.

Наибольшій интересъ представили пренія о путяхъ проникновенія въ тѣло болѣзнетворныхъ началъ бугорчатки. Проф. Calmette, директоръ Pasteur'овскаго Института въ Lille'ѣ, своимъ сообщеніемъ вызвалъ весьма оживленные споры, которые не привели, однако, къ рѣшенію вопроса. Въ своемъ смѣломъ докладѣ, уже заранѣе напечатанномъ въ «Revue Scientifique» (1906 г., 5 серия, т. VI, № 9) этотъ молодой ученый выставилъ слѣдующія положенія: 1) бугорчатковый ядъ проникаетъ въ организмъ человѣка и животныхъ чаще всего путемъ пищеварительныхъ органовъ и особенно черезъ кишки; 2) бугорчатковыя палочки, введенныя въ пищеварительный трактъ, могутъ быть восприняты слизистой оболочкой кишокъ и проходить по слѣдствію, не оставляя слѣдовъ; попадая въ млечные пути, онѣ захватываются многоядерными бѣлыми кровяными тѣльцами и съ этого момента слѣдуютъ за ними во всѣхъ странствованіяхъ чрезъ лимфатическіе органы и кровеносные сосуды; 3) мѣстные пораженія бугорчаткой въ легкіяхъ, гангліяхъ, сывороточныхъ и слизистыхъ оболочкахъ, суставахъ и костяхъ происходятъ отъ остановокъ въ капиллярахъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, которыя, захвативъ ядовитыя бугорчатковыя палочки, умираютъ; въ этихъ послѣднихъ, слѣвавшихся добычею эндотелиальныхъ сосудовъ кѣлокъ (макрофаговъ), живетъ первичное бугорчатковое пораженіе; 4) исключая относительно рѣдкіе случаи мѣстной бугорчатки, происходящей отъ прививки или случайнаго введенія въ кожу или слизистую оболочку бугорчатковаго яда (волчанка, носоглоточная бугорчатка, бугорчатковое воспаление среднего уха и пр.), почти всѣ мѣстоположенія бугорчатковой заразы во внутреннихъ органахъ—кишечнаго происхожденія; 5) пылевые вещества, сухія и влажныя, зараженныя бугорчатковыми палочками, обычно неспособны производить прямого зараженія легкаго; 6) въ огромномъ большинствѣ случаевъ зараженіе человѣка происходитъ отъ проникновенія въ пищеварительные пути свѣжихъ и ядовитыхъ палочекъ человѣческаго происхожденія (мокроты); такимъ образомъ объясняются частота и тяжесть зараженія въ семьяхъ и заболѣванія среди людей, живущихъ скопомъ; наконецъ, 7) бугорчатковыя палочки отъ рогатаго скота способны заражать человѣка особенно въ молодомъ возрастѣ, но частота и тяжесть этого зараженія, повидимому, значительно меньше, чѣмъ при зараженіи палочками человѣческой бугорчатки.

Устанавливая вышеприведенныя положенія, Calmette высказался, какъ и слѣдовало ожидать, при томъ въ самой категорической формѣ, и противъ гипотезы Behring'a, по которой легочная бугорчатка у взрослого происходитъ отъ поздняго развитія кишечнаго зараженія, полученнаго въ молодомъ возрастѣ; онъ считаетъ, что легочная бугорчатка, въ какомъ-бы возрастѣ она ни пріобрѣталась, можетъ быть свѣжаго кишечнаго происхожденія безъ того, чтобы былъ какой-либо видимый изъянъ въ слизистой оболочкѣ кишечника. Приведенныя положенія Calmette пытался подкрѣпить ссылкой на убѣдительныя, по его мнѣнію, опыты Vanstenberghe'a и Gryse'a, которые, будто-бы, доказали, что накопленіе чернаго пигмента въ легкіяхъ происходитъ не отъ вдыханія содержащихся въ воздухѣ пылинъ сажи и угля, а путемъ поглощенія ихъ кишечникомъ; частицы сажи и угля, по мнѣнію названныхъ учениковъ Calmette'ы, прободаютъ нормальную стѣнку кишечника, воспринимаются лимфатической системой и, не оставляя никакихъ слѣдовъ по пути своего движенія, попадаютъ черезъ брызжеечныя железы въ грудной протокъ и отсюда черезъ большія вены и правое сердце въ легкія, гдѣ и отлагаются на продолжительное время.

Слабую поддержку своимъ смѣлымъ утвержденіямъ Calmette нашелъ въ маститомъ гистологѣ проф. E. Klebs'ѣ, который, на основаніи своей теоріи о блуждающихъ кѣлт-

кахъ, старался убѣдить Конференцію, что Koch'овскія палочки попадаютъ въ легкія окружающимъ путемъ.

Вѣскія возраженія противъ теоріи Calmette'a представили проф. Spronck (Utrecht) и Flügge (Breslau). Первый, отстаивая теорію непосредственнаго проникновенія болѣзнетворныхъ палочекъ въ дыхательные пути, напомнилъ Собранію о старыхъ и весьма доказательныхъ опытахъ проф. Heidelberg'скаго Университета Arnold'a, который нашелъ, что бронхіальныя железы для частицъ угля представляютъ собою непроницаемые фильтры. Spronck указалъ, что наблюденія на людяхъ даютъ несравненно больше данныхъ для рѣшенія спорнаго вопроса, чѣмъ опыты на животныхъ и, хотя послѣдніе въ извѣстныхъ случаяхъ и говорятъ въ пользу попаданія болѣзнетворныхъ началъ черезъ пищеварительные пути, но зато вскрытія труповъ пожилыхъ людей доставляютъ убѣдительныя доказательства въ пользу ингаляціонной теоріи. Утвержденіе, будто зараженіе черезъ пищеварительные пути играетъ въ возникновеніи первичной бугорчатки легкіхъ и бронхіальныхъ железъ преобладающую роль, Spronck считаетъ такъ-же мало вѣроятнымъ, какъ и предположеніе, будто антракозъ легкіхъ происходитъ отъ попадания пыли въ кишечникъ. Проф. Flügge выступилъ энергичнымъ защитникомъ теоріи зараженія путемъ проникновенія въ дыхательные пути раздробленной мокроты, при чемъ сослался на свои многочисленные (нѣсколько сотъ) и, по его мнѣнію, доказательныя, опыты на животныхъ, при которыхъ онъ нашелъ, что бугорчатка ингаляціоннаго происхожденія возникаетъ уже отъ малаго количества палочекъ, между тѣмъ какъ бугорчатка, вызываемая кормленіемъ палочками, требуетъ для своего возникновенія гораздо большаго количества послѣднихъ. По мнѣнію Flügge, путемъ опытовъ вполне доказано, что бугорчатковыя палочки, попавшія такъ или иначе въ полость рта, или проникаютъ въ лимфатическіе сосуды непосредственно изъ полости зѣва, или проглатываются и вызываютъ зараженіе черезъ кишечникъ; съ другой стороны, многочисленными, вполне убѣдительными опытами доказано также, что изъ числа палочекъ, воспринятыхъ посредствомъ вдыханія, нѣкоторая часть проникаетъ непосредственно въ болѣе мелкіе бронхи, тогда какъ другая ведетъ къ зараженію, застрѣвая въ зѣвѣ или попадая оттуда въ кишечникъ.

Въ общемъ гипотеза Calmette, если не считать теоретическаго, такъ сказать, сочувствія къ ней проф. E. Klebs'a, въ членахъ Конференціи сторонниковъ, кажется, не нашла \*).

Дополненіемъ къ вопросу о путяхъ зараженія бугорчаткой было сообщеніе проф. Schlossmann'a (Düsseldorf) о бугорчаткѣ ранняго дѣтскаго возраста. Докладчикъ явился приверженцемъ ученія о кишечномъ происхожденіи дѣтской бугорчатки, при чемъ сообщилъ, на основаніи многочисленныхъ вскрытій грудныхъ дѣтей ранняго возраста какъ изъ бѣдныхъ, такъ и изъ зажиточныхъ семей, что смертность отъ бугорчатки у грудныхъ дѣтей не 1,5%, какъ это принято считать, а 6,8%, можетъ быть, и болѣе.

И доводамъ Schlossmann'a проф. Flügge (Breslau) снова противопоставилъ свои многочисленные опыты на животныхъ, въ которыхъ ему удавалось вызывать бугорчатку путемъ вдыханія даже малыми количествами болѣзнетвор-

\*) Эти строки были уже написаны, когда въ «Zeitschrift f. Tuberkulose» появилась статья W. H. Schultze, озаглавленная «Giebt es einen intestinalen Ursprung der Lungenanthrakose?». Этой работой, произведенной въ патологическомъ Институтѣ Freiburg'скаго Университета, опровергаются положенія Vanstenberghe'a и Gryse'a и подтверждаются прежнія изслѣдованія Arnold'a, Weigert'a, Fleiner'a и Gröber'a. Schultze утверждаетъ, что опыты Vanstenberghe'a и Gryse'a нисколько не говорятъ въ пользу происхожденія легочнаго антракоза путемъ проникновенія частицъ угля черезъ кишечникъ, а скорѣе указываютъ на то, что онъ возникалъ путемъ вдыханія. Къ этому слѣдуетъ присовокупить, что въ Marburg'ѣ въ «Gesellschaft für Beförderung der gesammten Naturwissenschaften», при обсужденіи изслѣдованій д-ра Bennecke «Die Einwanderungen von Russ in die Lungen», драма Aschoff'омъ и Römer'омъ, положенія Calmette и его учениковъ были подвергнуты обстоятельной критикѣ, при чемъ были выяснены слабыя стороны и малая убѣдительность нѣкоторыхъ опытовъ.

наго вещества, между тѣмъ какъ для зараженія кормленіемъ требовались большія количества палочекъ.

Д-ръ *Prinzling* (Ulm) представилъ докладъ объ отношеніяхъ между бугорчаткой въ населеніи и смертностью грудныхъ дѣтей по статистическимъ даннымъ. Большое распространеніе бугорчатки, по мнѣнію докладчика, должно вести къ увеличенію смертности грудныхъ дѣтей, во 1-хъ, потому, что больныя бугорчаткой матери рожаютъ слабыхъ дѣтей, изъ которыхъ значительная часть умираетъ уже на 1-мъ году жизни, во 2-хъ, по той причинѣ, что въ мѣстностяхъ съ большой смертностью отъ бугорчатки и для грудныхъ дѣтей существуетъ больше условій для зараженія этой болѣзью. Первое доказывается статистикой *Weinberg'a*, по которой изъ 321 младенца отъ матерей, умершихъ отъ бугорчатки въ теченіи 1-го года послѣ родовъ, у 217 дѣтей (или въ 67,9%) смерть наступила на 1-мъ году жизни. Второе очень трудно доказать на основаніи статистики въ виду того, что у многихъ умершихъ дѣтей точная причина смерти остается неизвѣстной. Такъ, по мнѣнію *Prinzling'a*, отмѣченная англійской статистикой громадная смертность грудныхъ дѣтей отъ бугорчатки объясняется, очевидно, лишь тѣмъ, что англійскіе врачи съ большой легкостью случаи смерти у дѣтей сводятъ на бугорчатку кишекъ или брюшины. Что же касается предположенія, что съ увеличенной смертностью дѣтей, въ силу вымиранія всѣхъ слабыхъ и нежизнеспособныхъ, должно наступать уменьшеніе смертности населенія отъ бугорчатки, то оно, по *Prinzling'u*, не находитъ себѣ подтвержденія въ статистическихъ данныхъ. Наоборотъ, значительная дѣтская смертность большею частью совпадаетъ съ высокой смертностью отъ бугорчатки. Объясняется это тѣмъ, что недостаточное питаніе грудныхъ дѣтей, являясь, съ одной стороны, причиной вымиранія значительнаго числа ихъ, съ другой—ведетъ и къ ослабленію жизнеспособности оставшихся въ живыхъ, подготавливая такимъ образомъ благоприятную почву для послѣдующаго развитія англійской болѣзни, золотухи и бугорчатки, чѣмъ увеличивается и общая смертность отъ бугорчатки.

По вопросу о борьбѣ съ бугорчаткой въ арміи доклады вали д-ра *Fischer* (Berlin) и *G. Martin* (Bruxelles). Точной статистикой бугорчатки, которая ведется въ Германской арміи съ 1890 г. и дала уже немало цѣнныхъ указаній, дознано, что наибольшая заболѣваемость бугорчаткой наблюдается среди солдатъ перваго года службы и въ особенности среди новобранцевъ, получившихъ по болѣзни отсрочку на 1—2 года. Заболѣваемость среди послѣднихъ при несеніи ими службы весьма велика. Попытки возстановить здоровье такихъ солдатъ и сдѣлать ихъ способными къ военной службѣ ни къ чему не приводятъ. Поэтому единственнымъ средствомъ оздоровленія арміи въ отношеніи бугорчатки остается признать возможно тщательное врачебное освидѣтельствованіе людей при наборѣ и немедленное освобожденіе отъ службы всякихъ подозрительныхъ по бугорчаткѣ новобранцевъ. Примѣняемый нынѣ условный пріемъ «подъ наблюденіемъ», какъ вредный, долженъ быть оставленъ. Д-ръ *G. Martin* сообщилъ, что въ Бельгіи сомнительные по бугорчаткѣ новобранцы ранѣе зачисленія въ войска подвергаются наблюденію въ военныхъ госпиталяхъ, что военнымъ чинамъ, больнымъ бугорчаткой назначаютъ пенсію и, наконецъ, что нижніе чины, съ цѣлями профилактическими, подвергаются въ казармахъ ежемѣсячнымъ санитарнымъ осмотрамъ.

Во что должны обходиться народныя здравниці?—вопросъ, уже по самой своей постановкѣ неудоборѣшимый; поэтому и сводка собранныхъ по государствамъ матеріаловъ (*Panwitz*) и доклады *K. Hanssen'a* (Bergen), *Schröter'a* (Вѣна), *Pütter'a* и *Freund'a* (Berlin), *Lorentzen'a* (Kjöbenhavn) и *Klebs'a* (Chicago) къ опредѣленнымъ выводамъ не привели. Членамъ Конференціи по данному вопросу пришлось выслушать цѣлый рядъ цифръ, а также непреложныхъ истинъ, въ родѣ того, что расходы, смотря по государству и мѣстности не могутъ быть одинаковыми, что излишняя роскошь при устройствѣ здравниці не только бесполезна, но и вредна, что и лишняя экономія въ такомъ вопросѣ, какъ борьба съ бугорчаткой, неумѣстна и т. п.!

Изъ преній выяснилось, что устанавливать хотя-бы приблизительныя нормы стоимости народныхъ здравницъ невозможно, да и не нужно; важно лишь предъявлять къ сооружаемымъ здравницамъ извѣстный *minimum* санитарныхъ требованій.

Иллюстраціей вопроса о стоимости здравницъ послужили доклады д-ровъ *Freund'a* (Berlin) и *Klebs'a* (Chicago). Извѣстныя здравниці для чахоточныхъ въ *Beelit's* подѣ *Berlin'омъ*, по словамъ *Freund'a*, обошлись будто-бы слѣшкомъ дорого, и поднятый изъ-за этого шумъ привелъ къ изданію обязательнаго постановленія, въ силу котораго новыя подобныя сооруженія поставлены были подѣ правительственный контроль. Когда послѣ этого были воздвигнуты новыя постройки, то оказалось, что, не смотря на правительственную опеку, онѣ не только не обошлись «ни на одинъ пфеннигъ» дешевле, но вслѣдствіе новѣйшихъ техническихъ усовершенствованій даже еще дороже первыхъ.

*A. Klebs* (Chicago) представилъ описаніе дешевыхъ американскихъ здравницъ, въ которыхъ спални устраиваются совершенно открытыми; закрытыя-же помѣщенія имѣются въ нихъ лишь небольшихъ размѣровъ и исключительно для раздѣванія и одѣванія. Въ нѣмецкихъ здравницахъ, по вычисленіямъ *Pannwitz'a*, содержаніе больного обходится въ 3—4 марки въ день; пищевые продукты въ сыромъ видѣ—въ 1,50—1,60 мар.—*minimum* того, что можетъ тратиться на больного безъ ущерба его питанія \*).

2 доклада по вопросу о специфическомъ леченіи бугорчатки проф. *Maragliano* (Генуя) и проф. *E. Klebs'a* (Berlin) новыхъ горизонтовъ не открыли.

Докладъ *Maragliano* сводится въ общемъ къ слѣдующимъ положеніямъ: въ организмъ чловека, одержимаго бугорчаткой, могутъ образоваться специфическія, количественно опредѣлимые, защитныя вещества. Они образуются тѣмъ легче, чѣмъ лучше общее состояніе больного и чѣмъ благоприятнѣе гигиеническія условія, въ которыхъ онъ живетъ. Клиническія данныя и опыты на животныя даютъ основаніе признавать специфическое леченіе бугорчатки вполне возможнымъ. Бугорчатковыя палочки, живыя или мертвыя, и даже ихъ токсины, вызываютъ въ животномъ организмѣ образованіе защитныхъ продуктовъ. Бугорчатковые яды, вводимые цѣлесообразнымъ способомъ въ тѣло больного бугорчаткой, могутъ вызывать въ немъ образованіе защитныхъ веществъ и оказывать цѣлительное дѣйствіе, но это возможно лишь тогда, когда больной организмъ не утратилъ способности образовывать защитныя вещества. Успѣхъ специфическаго леченія бугорчатки, особенно легочной, имѣетъ свои границы и наступаетъ лишь въ начальныхъ стадіяхъ болѣзни. Нынѣшній уровень науки даетъ право утверждать, что возможно и предохранительное леченіе бугорчатки у

\*) Авторомъ этихъ строкъ была представлена въ Бюро Конференціи составленная имъ сводка матеріаловъ, собранныхъ главнымъ Управленіемъ врачебнаго инспектора по международно-анкетѣ относительно стоимости народныхъ здравницъ въ Россіи. Этотъ матеріалъ не представляетъ, къ сожалѣнію, данныхъ для опредѣленныхъ выводовъ по затронутымъ выше вопросамъ, такъ какъ народныхъ здравницъ, въ настоящемъ смыслѣ слова, въ Россіи нѣтъ, а имѣются лишь небольшое сравнительно число здравницъ для страдающихъ легочной бугорчаткой, въ которыя принимаются больные за болѣе или менѣе высокую плату (большинство) и безвозмездно (меньшинство). Вывести изъ этихъ данныхъ среднія цифры, которыя могли-бы быть мѣриломъ стоимости народныхъ здравницъ въ Россіи, невозможно, по слишкомъ большому разнообразію данныхъ. Даже въ отношеніи валовыхъ расходовъ по одновременнымъ затратамъ на устройство здравницъ нельзя провести сравненія между отдѣльными учрежденіями. Такъ, изъ сопоставленія расходовъ 2-хъ наиболее дорогихъ здравницъ: Императорской санаторіи «Халила» (106 кроватей) и Санаторіи въ память Императора Александра III въ Ялтѣ (41 кровать), выходитъ, что, хотя стоимость всѣхъ сооруженій *Халила* (700000 р.) и превышаетъ въ 2 слѣшкомъ раза стоимость устройства Ялтинской санаторіи (313500 р.), зато участокъ земли въ Ялтѣ обошелся въ 600000 р., въ то время, какъ въ статьѣ расхода въ *Халилѣ* составила лишь 157000 р. Дешевей здравницъ въ Россіи можно назвать одну лишь Евразійскую санаторію въ *Pitkärjälvi* (40 кроватей), гдѣ за землю заплачено 4200 р., а на сооруженіе зданій истрачено 70000 р.

человѣка путемъ вызыванія невосприимчивости у него специфической прививкой, при чемъ нѣтъ надобности употреблять живыя палочки, а можно пользоваться мертвымъ прививочнымъ матеріаломъ—простымъ или заготовленнымъ въ животномъ организмѣ \*).

Проф. *E. Klebs* (Berlin), для котораго предупрежденіе бугорчатки путемъ прививокъ—вопросъ еще нерѣшенный, сообщилъ о благотворномъ, будто бы, дѣйстви своемъ туберкулоцидинъ-селенина. Исходя изъ того соображенія, что въ продуктахъ бугорчатковыхъ разводокъ содержатся какъ вещества вредныя, такъ и полезныя, *Klebs* поставилъ себѣ задачей устранить первыя, и ему, будто-бы, удалось въ названномъ выше средствѣ дать вещество неядовитое и бактерицидное въ то-же время. Отъ малыхъ дозъ туберкулоцидина и селенина \*\*), при внутреннемъ ихъ употребленіи—желудочномъ или кишечномъ, наступаетъ, будто-бы, полное исцѣленіе во всѣхъ случаяхъ бугорчатки въ 1-омъ ея періодѣ (бугорчатка лимфатическихъ железъ, золотуха); въ бугорчаткѣ 2-ой степени (закрытая бугорчатка легкихъ, безъ изъязвленія и разрушенія) на 100 случаевъ получается 90 выздоровленій и 10 явныхъ улучшеній; въ болѣе развитыхъ (язвенныхъ) формахъ бугорчатки (3-й періодъ болѣзни) туберкулоцидинъ-селенинъ тоже дѣйствуетъ, но уже не такъ успѣшно, и, наконецъ, только при обширномъ распространеніи процесса, въ тяжелыхъ формахъ (4-ый періодъ болѣзни) средство это является бесполезнымъ. Закончилъ свой докладъ проф. *E. Klebs* просьбой поручить особой Коммисіи проверку его наблюденій, на что Конференція и изъявила свое согласіе.

Заключительное засѣданіе Конференціи началось съ выбора новаго предсѣдателя Международнаго Союза борьбы съ бугорчаткой, при чемъ единогласно былъ избранъ Léon Bourgeois, извѣстный французскій политическій дѣятель, бывшій министръ иностранныхъ дѣлъ, много, между прочимъ, потрудившійся въ пользу отечественной противобугорчатковой лиги.

Затѣмъ читались отчеты представителей различныхъ государствъ объ успѣхахъ борьбы съ бугорчаткой. Не стану приводить ихъ полностью; скажу лишь, что борьба вездѣ, въ Европѣ и въ Америкѣ ведется, какъ и раньше, съ настойчивостью и съ успѣхомъ; попрежнему впередъ всѣхъ въ этомъ дѣлѣ идутъ Данія, Норвегія, Швеція и Германія \*\*\*). Не могу не отмѣтить также, что отчеты делегатовъ представили въ нынѣшнемъ году особый интересъ въ томъ смыслѣ, что выдвинули ярче, чѣмъ раньше, истину, что борьба съ бугорчаткой, собственно говоря, ничто иное, какъ борьба съ общественнымъ недугомъ, и, пока не найдено широкаго, универсальнаго противъ него средства, приходится дѣйствовать противъ бугорчатки, какъ народной болѣзни, такими мѣрами, какъ просвѣщеніе, улучшеніе санитарныхъ условій жизни бѣднаго люда и широкая врачебная помощь заболѣвшимъ бугорчаткой.

Мнѣ, какъ представителю Россіи, въ свою очередь, пришлось доложить Конференціи слѣдующее:

«Истекшій годъ былъ для Россіи такимъ тяжелымъ и бѣдственнымъ, что, если бы такое дѣло, какъ борьба съ бугорчаткой, и отошло на задній планъ, то въ этомъ не было-бы ничего удивительнаго. Полнаго затишья, къ нашему несчастью, не только не наступило, до сихъ поръ, но дѣло двинулось даже нѣсколько впередъ. Хотя нашъ самый крупный и наиболѣе дѣятельный врачебный Союзъ «Общество русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*» по политическимъ причинамъ былъ обреченъ на бездѣйствіе, однако, усиліями другихъ врачебныхъ Обществъ и отдѣльныхъ лицъ кое-что было сдѣлано какъ по насажденію въ населеніи знаній о бугорчаткѣ, такъ и по организаціи врачебной помощи. Довольно большое распространеніе полу-

чили летучіе листки и общедоступныя брошюры, знакомящія населеніе съ опасностями, представляемыми бугорчаткой, съ природой этой болѣзни и со средствами борьбы съ нею. Эти печатныя произведенія изданы и распространяются Пироговскимъ Обществомъ, Кавказскимъ медицинскимъ Обществомъ, различными Земствами и Московскимъ Обществомъ борьбы съ бугорчаткой. Затѣмъ въ различныхъ среднихъ учебныхъ заведеніяхъ введено преподаваніе гигиѣны, съ обращеніемъ особаго вниманія на бугорчатку, и родилась надежда, что гигиѣна, какъ обязательный учебный предметъ, будетъ скоро включена въ курсы всѣхъ учебныхъ заведеній, какъ среднихъ, такъ и высшихъ; въ пользу этого категорически высказался и медицинскій Совѣтъ. Въ истекшемъ году открыты въ Россіи слѣдующія здравниці: въ Минскѣ, Могилевѣ и Бердянскѣ для взрослыхъ чахоточныхъ и въ Будакахъ (Бессарабія)—для больныхъ бугорчаткою дѣтей. Въ Петербургѣ по почину Общества охраненія народнаго здравія въ ближайшемъ будущемъ должна открыться лабораторія для бесплатнаго изслѣдованія мокроты на бугорчатковыя палочки. Изъ Обществъ, открытыхъ въ истекшемъ году, слѣдуетъ назвать: «Общество для борьбы съ бугорчаткой въ Балтійскихъ провинціяхъ», «Отдѣлъ для борьбы съ бугорчаткой при Саратовскомъ санитарномъ Обществѣ» и «Антитуберкулезная Лига въ Варшавѣ». Вполнѣ сознавая, что въ дѣлѣ борьбы съ бугорчаткой перечисленное, само по себѣ, представляется весьма скуднымъ и скромнымъ, мы утѣшаемъ себя вѣрой, что и «капля долбитъ камень...» Исключительныя обстоятельства заставляютъ насъ довольствоваться пока малымъ; но мы живемъ надеждой, что и Россія, чуткая ко всѣмъ народнымъ нуждамъ, горячо сочувствующая начинаніямъ международнаго Союза борьбы съ бугорчаткой, въ недалекомъ будущемъ не замедлитъ принять самое дѣятельное участіе въ общей борьбѣ съ однимъ изъ злѣйшихъ бичей человѣчества».

*Левъ Бертенсонъ.*

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физиологія и общая патологія.** 656. Вопреки мнѣнію *Finger'a* объ образованіи при наполненіи мочевого пузыря несуществующей анатомически «шейки»—мнѣнію, опиравшемуся на изслѣдованія *Born'a* и *Waldeyer'a*, д-ръ *Leedham-Green* (Birmingham) прямыми наблюденіями доказываетъ, что понятіе о *шейкѣ пузыря* совершенно необосновано и что дѣятельность внутреннего мочепузырнаго жома въ удерживаніи мочи и въ мочеиспусканіи стоитъ на первомъ планѣ. Растягивая мочевой пузырь висмутовой взвѣсью или растворомъ бѣлковаго соединенія серебра и получая свѣтописи лучами *Roentgen'a*, авторъ убѣдился, что даже переполненный пузырь имѣетъ овальную, а не грушевидную форму и мочеиспускательный каналъ непосредственно начинается отъ овальной фигуры. Такимъ образомъ, по автору, при накопленіи въ пузырь мочи выпячивается тонусъ гладкомышечнаго внутреннего жома; при дальнѣйшемъ наполненіи пузыря сокращаются также и поперечно-полосатыя мышцы уретры. Мочеиспусканіе происходитъ при произвольномъ расслабленіи внутреннего жома и послѣдующемъ сокращеніи мышечной оболочки пузыря (The British Medical Journal, 11 августа). Л. С.

**Физиологическая химія.** 657. Проф. *G. H. Mecker* (Philadelphia) предлагаетъ *новый способъ количественнаго опредѣленія мочевины*, отличающийся точностью и простотою. Количество мочевины опредѣляется *весовымъ путемъ* по измѣненію вѣса прибора съ мочею до и послѣ удаленія азота.

Приборъ состоитъ изъ небольшой (7 см. въ поперечникѣ и 4,6 см. вышины) двугорлой стеклянки, въ которую вливаютъ 50 к. стм. свѣже приготовленнаго раствора бромоватистаго натрія. Въ одно горло стеклянки плотно вставлена вертикальная стеклянная трубка 15—16 стм. длины и 2 стм. въ поперечникѣ, оканчивающаяся сверху тонкою отгнутой трубкой; въ трубку помѣщаются, занимающія по  $\frac{1}{4}$  ея длины, считая снизу вверхъ желѣзный купоросъ, натронная известь и хлористый кальцій,—

\*) Докладъ *Maragliano* помѣщенъ in extenso въ «Berliner klinische Wochenschrift» (1906 г., № 43 и слѣд.).

\*\*) «Селенинъ»—растворъ кокковыхъ тѣлъ—*Diplococcus semilunaris mitri* (D. K. catarrhalis Pfeiffer'a).

\*\*\*). Въ Германіи, по отчету *Raupach'a*, имѣется въ настоящее время 100 здравницъ съ 9000 кроватей, и правительство выдаетъ «Центральному нѣмецкому Союзу по борьбѣ съ бугорчаткой» ежегодное пособие въ 30000 мар.

наго вещества, между тѣмъ какъ для зараженія кормленіемъ требовались большія количества палочекъ.

Д-ръ *Prinzling* (Ulm) представилъ докладъ объ отношеніяхъ между бугорчаткой въ населеніи и смертностью грудныхъ дѣтей по статистическимъ даннымъ. Большое распространеніе бугорчатки, по мнѣнію докладчика, должно вести къ увеличенію смертности грудныхъ дѣтей, во 1-хъ, потому, что больныя бугорчаткой матери рожаютъ слабыхъ дѣтей, изъ которыхъ значительная часть умираетъ уже на 1-мъ году жизни, во 2-хъ, по той причинѣ, что въ мѣстностяхъ съ большою смертностью отъ бугорчатки и для грудныхъ дѣтей существуетъ больше условій для зараженія этой болѣзью. Первое доказывается статистикой *Weinberg*'а, по которой изъ 321 младенца отъ матерей, умершихъ отъ бугорчатки въ теченіи 1-го года послѣ родовъ, у 217 дѣтей (или въ 67,9%) смерть наступила на 1-мъ году жизни. Второе очень трудно доказать на основаніи статистики въ виду того, что у многихъ умершихъ дѣтей точная причина смерти остается неизвѣстной. Такъ, по мнѣнію *Prinzling*'а, отмѣченная англійской статистикой громадная смертность грудныхъ дѣтей отъ бугорчатки объясняется, очевидно, лишь тѣмъ, что англійскіе врачи съ большою легкостью случаи смерти у дѣтей сводятъ на бугорчатку кишокъ или брюшины. Что же касается предположенія, что съ увеличенной смертностью дѣтей, въ силу вымирания всѣхъ слабыхъ и нежизнеспособныхъ, должно наступать уменьшеніе смертности населенія отъ бугорчатки, то оно, по *Prinzling*'у, не находитъ себѣ подтвержденія въ статистическихъ данныхъ. Наоборотъ, значительная дѣтская смертность большею частью совпадаетъ съ высокою смертностью отъ бугорчатки. Объясняется это тѣмъ, что недостаточное питаніе грудныхъ дѣтей, являясь, съ одной стороны, причиной вымирания значительнаго числа ихъ, съ другой—ведетъ и къ ослабленію жизнеспособности оставшихся въ живыхъ, подготавливая такимъ образомъ благоприятную почву для послѣдующаго развитія англійской болѣзни, золотухи и бугорчатки, чѣмъ увеличивается и общая смертность отъ бугорчатки.

По вопросу о борьбѣ съ бугорчаткой въ арміи доклады вали д-ра *Fischer* (Berlin) и *G. Martin* (Bruxelles). Точной статистикой бугорчатки, которая ведется въ Германской арміи съ 1890 г. и дала уже немало цѣнныхъ указаній, дознано, что наибольшая заболѣваемость бугорчаткой наблюдается среди солдатъ перваго года службы и въ особенности среди новобранцевъ, получившихъ по болѣзни отсрочку на 1—2 года. Заболѣваемость среди послѣднихъ при несеніи ими службы весьма велика. Попытки возстановить здоровье такихъ солдатъ и сдѣлать ихъ способными къ военной службѣ ни къ чему не приводятъ. Поэтому единственнымъ средствомъ оздоровленія арміи въ отношеніи бугорчатки остается признать возможно тщательное врачебное освидѣтельствованіе людей при наборѣ и немедленное освобожденіе отъ службы всякихъ подозрительныхъ по бугорчаткѣ новобранцевъ. Принимаемый нынѣ условный приемъ «подъ наблюденіе», какъ вредный, долженъ быть оставленъ. Д-ръ *G. Martin* сообщилъ, что въ Бельгіи сомнительные по бугорчаткѣ новобранцы ранѣе зачисленія въ войска подвергаются наблюденію въ военныхъ госпиталяхъ, что военнымъ чинамъ, больнымъ бугорчаткой назначаютъ пенсію и, наконецъ, что нижніе чины, съ цѣлями профилактическими, подвергаются въ казармахъ ежемѣсячнымъ санитарнымъ осмотрамъ.

Во что должны обходиться народныя здравниці?—вопросъ, уже по самой своей постановкѣ неудобнѣйшимъ; поэтому и сводка собранныхъ по государствамъ матеріаловъ (*Panwitz*) и доклады *K. Hunssen*'а (Bergen), *Schröter*'а (Вѣна), *Pütter*'а и *Freund*'а (Berlin), *Lorentzen*'а (Kjöbenhavn) и *Klebs*'а (Chicago) къ опредѣленнымъ выводамъ не привели. Членамъ Конференціи по данному вопросу пришлось выслушать цѣлый рядъ цифръ, а также неопровержимыхъ истинъ, въ родѣ того, что расходы, смотря по государству и мѣстности не могутъ быть одинаковыми, что излишняя роскошь при устройствѣ здравниці не только бесполезна, но и вредна, что и лишняя экономія въ такомъ вопросѣ, какъ борьба съ бугорчаткой, неумѣстна и т. п. и т. п.

Изъ преній выяснилось, что устанавливать хотя-бы приблизительныя нормы стоимости народныхъ здравницъ невозможно, да и не нужно; важно лишь предъявлять къ сооружаемымъ здравницамъ извѣстный *minimum* санитарныхъ требованій.

Иллюстраціей вопроса о стоимости здравницъ послужили доклады д-ровъ *Freund*'а (Berlin) и *Klebs*'а (Chicago). Извѣстныя здравниці для чахоточныхъ въ *Beelitz*'ѣ подѣ *Berlin*'омъ, по словамъ *Freund*'а, обошлись будто-бы слишкомъ дорого, и податный изъ-за этого шумъ привелъ къ изданію обязательнаго постановленія, въ силу котораго новыя подобныя сооруженія поставлены были подѣ правительственный контроль. Когда послѣ этого были воздвигнуты новыя постройки, то оказалось, что, не смотря на правительственную опеку, онѣ не только не обошлись «ни на одинъ пфеннигъ» дешевле, но вслѣдствіе новѣйшихъ техническихъ усовершенствованій даже еще дороже первыхъ.

*A. Klebs* (Chicago) представилъ описаніе дешевыхъ американскихъ здравницъ, въ которыхъ спальные устраиваются совершенно открытыми; закрытыя-же помѣщенія имѣются въ нихъ лишь небольшихъ размѣровъ и исключительно для раздѣванія и одѣванія. Въ нѣмецкихъ здравницахъ, по вычисленіямъ *Pannwitz*'а, содержаніе больного обходится въ 3—4 марки въ день; пищевые продукты въ сыромъ видѣ—въ 1,50—1,60 мар.—*minimum* того, что можетъ тратиться на больного безъ ущерба его питанія \*).

2 доклада по вопросу о специфическомъ леченіи бугорчатки проф. *Maragliano* (Genoa) и проф. *E. Klebs*'а (Berlin) новыхъ горизонтовъ не открыли.

Докладъ *Maragliano* сводится въ общемъ къ слѣдующимъ положеніямъ: въ организмѣ человѣка, одержимаго бугорчаткой, могутъ образоваться специфическія, количественно опредѣляемыя, защитныя вещества. Они образуются тѣмъ легче, чѣмъ лучше общее состояніе больного и чѣмъ благоприятнѣе гигиеническія условія, въ которыхъ онъ живетъ. Клиническія данныя и опыты на животныхъ даютъ основаніе признавать специфическое леченіе бугорчатки вполне возможнымъ. Бугорчатковыя палочки, живыя или мертвыя, и даже ихъ токсины, вызывая въ животномъ организмѣ образованіе защитныхъ продуктовъ. Бугорчатковые яды, вводимые цѣлесообразнымъ способомъ въ тѣло больного бугорчаткой, могутъ вызывать въ немъ образованіе защитныхъ веществъ и оказывать цѣлительное дѣйствіе, но это возможно лишь тогда, когда больной организмъ не утратилъ способности образовывать защитныя вещества. Успѣхъ специфическаго леченія бугорчатки, особенно легочной, имѣетъ свои границы и наступаетъ лишь въ начальныхъ стадіяхъ болѣзни. Нынѣшній уровень науки даетъ право утверждать, что возможно и предохранительное леченіе бугорчатки у

\*) Авторомъ этихъ строкъ была представлена въ Бюро Конференціи составленная имъ сводка матеріаловъ, собранныхъ главнымъ Управленіемъ врачебнаго инспектора по международной анкетѣ относительно стоимости народныхъ здравницъ въ Россіи. Этотъ матеріалъ не представляетъ, къ сожалѣнію, данныхъ для опредѣленныхъ выводовъ по затронутымъ анкетой вопросамъ, такъ какъ народныхъ здравницъ, въ настоящемъ смыслѣ слова, въ Россіи нѣтъ, а имѣются лишь небольшое сравнительно число здравницъ для страдающихъ легочной бугорчаткой, въ которыхъ принимаются больные въ болѣе или менѣе высокую плату (большинство) и безвозмездно (меньшинство). Вывести изъ этихъ данныхъ среднія цифры, которыми могли-бы быть мѣрыми стоимости народныхъ здравницъ въ Россіи, невозможно, по слишкомъ большому разнообразію данныхъ. Даже въ отношеніи валовыхъ расходовъ по одновременнымъ затратамъ на устройство здравницъ нельзя провести сравненія между отдѣльными учрежденіями. Такъ, изъ сопоставленія расходовъ 2-хъ наиболее дорогихъ здравницъ: Императорской санаторіи «Халила» (106 кроватей) и Санаторіи въ память Императора Александра III въ Ялтѣ (41 кровать), выходитъ, что, хотя стоимость всѣхъ сооружений *Халила* (700000 р.) и превышаетъ въ 2 слишкомъ раза стоимость устройства Ялтинской санаторіи (313500 р.), зато участокъ земли въ Ялтѣ обошелся въ 600000 р., въ то время, какъ эта статья расхода въ *Халилѣ* составила лишь 157000 р. Дешевой здравницей въ Россіи можно назвать одну лишь Евангелинскую санаторію въ *Pitkäjärvi* (40 кроватей), гдѣ за землю заплачено 4200 р., а на сооруженіе зданій истрачено 70000 р.



человѣка путемъ вызыванія невосприимчивости у него специфической прививкой, при чемъ нѣтъ надобности употреблять живыя палочки, а можно пользоваться мертвымъ прививочнымъ матеріаломъ.—проснымъ или заготовленнымъ въ животномъ организмѣ \*).

Проф. E. Klebs (Berlin), для котораго предупрежденіе бугорчатки путемъ прививокъ—вопросъ еще нерѣшенный, сообщилъ о благотворномъ, будто бы, дѣйствіи своего туберкулоцидина-селенина. Исходя изъ того соображенія, что въ продуктахъ бугорчатковыхъ разводокъ содержатся какъ вещества вредныя, такъ и полезныя, Klebs поставилъ себѣ задачей устранить первыя, и ему, будто-бы, удалось въ названномъ выше средствѣ дать вещество неядовитое и бактерицидное въ то-же время. Отъ малыхъ дозъ туберкулоцидина и селенина \*\*), при внутреннемъ ихъ употребленіи—желудочномъ или кишечномъ, наступаетъ, будто-бы, полное исцѣленіе во всѣхъ случаяхъ бугорчатки въ 1-омъ ея періодѣ (бугорчатка лимфатическихъ железъ, золотуха); въ бугорчаткѣ 2-ой степени (закрытая бугорчатка легкихъ, безъ изъязвленія и разрушенія) на 100 случаевъ получается 90 выздоровленій и 10 явныхъ улучшеній; въ болѣе развитыхъ (язвенныхъ) формахъ бугорчатки (3-й періодъ болѣзни) туберкулоцидинъ-селенинъ тоже дѣйствуетъ, но уже не такъ успѣшно, и, наконецъ, только при обширномъ распространеніи процесса, въ тяжелыхъ формахъ (4-ый періодъ болѣзни) средство это является бесполезнымъ. Закончилъ свой докладъ проф. E. Klebs просьбой поручить особой Коммисіи проверку его наблюденій, на что Конференція и изъявила свое согласіе.

Заключительное засѣданіе Конференціи началось съ выбора новаго предсѣдателя Международнаго Союза борьбы съ бугорчаткой, при чемъ единогласно былъ избранъ Léon Bourgeois, извѣстный французскій политическій дѣятель, бывшій министръ иностранныхъ дѣлъ, много, между прочимъ, потрудившійся въ пользу отечественной противобугорчатковой лиги.

Затѣмъ читались отчеты представителей различныхъ государствъ объ успѣхахъ борьбы съ бугорчаткой. Не стану приводить ихъ полностью; скажу лишь, что борьба вездѣ, въ Европѣ и въ Америкѣ ведется, какъ и раньше, съ настойчивостью и съ успѣхомъ; попрежнему впередъ всѣхъ въ этомъ дѣлѣ идутъ Данія, Норвегія, Швеція и Германія \*\*\*). Не могу не отмѣтить также, что отчеты делегатовъ представили въ нынѣшнемъ году особый интересъ въ томъ смыслѣ, что выдвинули ярче, чѣмъ раньше, истину, что борьба съ бугорчаткой, собственно говоря, ничто иное, какъ борьба съ общественнымъ недугомъ, и, пока не найдено широкаго, универсальнаго противъ него средства, приходится дѣйствовать противъ бугорчатки, какъ народной болѣзни, такими мѣрами, какъ просвѣщеніе, улучшеніе санитарныхъ условій жизни бѣднаго люда и широкая врачебная помощь заболѣвшимъ бугорчаткой.

Мнѣ, какъ представителю Россіи, въ свою очередь, пришлось доложить Конференціи слѣдующее:

«Иstekшій годъ былъ для Россіи такимъ тяжелымъ и бѣдственнымъ, что, если бы такое дѣло, какъ борьба съ бугорчаткой, и отогрѣло на задній планъ, то въ этомъ не было-бы ничего удивительнаго. Полнаго затишья, къ нашему несчастью, не только не наступило, до сихъ поръ, но дѣло двинулось даже нѣсколько впередъ. Хотя нашъ самый крупный и наиболѣе дѣятельный врачебный Союзъ «Общество русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова» по политическимъ причинамъ былъ обреченъ на бездѣйствіе, однако, усиліями другихъ врачебныхъ Обществъ и отдѣльных лицъ кое-что было сдѣлано какъ по насажденію въ населеніи знаній о бугорчаткѣ, такъ и по организаціи врачебной помощи. Довольно большое распространеніе полу-

чили летучіе листки и общедоступныя брошюры, знакомящія населеніе съ опасностями, представляемыми бугорчаткой, съ природой этой болѣзни и со средствами борьбы съ нею. Эти печатныя произведенія изданы и распространяются Пироговскимъ Обществомъ, Кавказскимъ медицинскимъ Обществомъ, различными Земствами и Московскимъ Обществомъ борьбы съ бугорчаткой. Затѣмъ въ различныхъ среднихъ учебныхъ заведеніяхъ введено преподаваніе гігіены, съ обращеніемъ особаго вниманія на бугорчатку, и родилась надежда, что гігіена, какъ обязательный учебный предметъ, будетъ скоро включена въ курсы всѣхъ учебныхъ заведеній, какъ среднихъ, такъ и высшихъ; въ пользу этого категорически высказался и медицинскій Совѣтъ. Въ истекшемъ году открыты въ Россіи слѣдующія здравниці: въ Минскѣ, Могилевѣ и Бердянскѣ для взрослыхъ чахоточныхъ и въ Будакахъ (Бессарабія)—для больныхъ бугорчаткою дѣтей. Въ Петербургѣ по почину Общества охраненія народнаго здравія въ ближайшемъ будущемъ должна открыться лабораторія для бесплатнаго изслѣдованія мокроты на бугорчатковыя палочки. Изъ Обществъ, открытыхъ въ истекшемъ году, слѣдуетъ назвать: «Общество для борьбы съ бугорчаткой въ Балтійскихъ провинціяхъ», «Отдѣлъ для борьбы съ бугорчаткой при Саратовскомъ санитарномъ Обществѣ» и «Антитуберкулезная Лига въ Варшавѣ». Вполнѣ сознавая, что въ дѣлѣ борьбы съ бугорчаткой перечисленное, само по себѣ, представляется весьма скуднымъ и скромнымъ, мы утѣшаемъ себя вѣрой, что и «капля долбитъ камень...» Исключительныя обстоятельства заставляютъ насъ довольствоваться пока малымъ; но мы живемъ надеждой, что и Россія, чуткая ко всѣмъ народнымъ нуждамъ, горячо сочувствующая начинаніямъ международнаго Союза борьбы съ бугорчаткой, въ недалекомъ будущемъ не замедлитъ принять самое дѣятельное участіе въ общей борьбѣ съ однимъ изъ злѣйшихъ бичей человѣчества».

Левъ Бертенсонъ.

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физиологія и общая патологія.** 656. Вопреки мнѣнію Finger'a объ образованіи при наполненіи мочевого пузыря несуществующей анатомически «шейки»—мнѣнію, опиравшемуся на изслѣдованія Born'a и Waldeyer'a, д-ръ Leedham-Green (Birmingham) прямыми наблюденіями доказываетъ, что понятіе о *шейкѣ пузыря* совершенно необосновано и что дѣятельность внутреннего мочепузырного жома въ удерживаніи мочи и въ моченспусканіи стоитъ на первомъ планѣ. Растягивая мочевой пузырь висмутовой звѣздой или растворомъ бѣлковаго соединенія серебра и получая свѣтописи лучами Roentgen'a, авторъ убѣдился, что даже переполненный пузырь имѣетъ овальную, а не грушевидную форму и моченспускательный каналъ непосредственно начинается отъ овальной фигуры. Такимъ образомъ, по автору, при накопленіи въ пузырь мочи повышается тонусъ гладкомышечнаго внутреннего жома; при дальнѣйшемъ наполненіи пузыря сокращаются также и поперечно-полосатыя мышцы уретры. Моченспусканіе происходитъ при произвольномъ расслабленіи внутреннего жома и послѣдующемъ сокращеніи мышечной оболочки пузыря (The British Medical Journal, 11 августа). Л. С.

**Физиологическая химія.** 657. Проф. G. H. Mecker (Philadelphia) предлагаетъ новый способъ количественнаго опредѣленія мочевины, отличающийся точностью и простотою. Количество мочевины опредѣляется *высогомъ* путемъ по измѣненію вѣса прибора съ мочею до и послѣ удаленія азота.

Приборъ состоитъ изъ небольшой (7 см. въ поперечникѣ и 4,6 см. вышины) двугорлой стеклянки, въ которую вливаютъ 50 к. стм. свѣже приготовленнаго раствора бромоватастаго натрія. Въ одно горло стеклянки плотно вставлена вертикальная стеклянная трубка 15—16 стм. длины и 2 стм. въ поперечникѣ, оканчивающаяся сверху тонкою огнннтой трубкой; въ трубкѣ помѣщаются, занимая по  $\frac{1}{2}$  ея длины, считая снизу вверхъ желѣзный купоросъ, натронная известь и хлористый кальцій,—

\*) Докладъ Maragliano помѣщенъ in extenso въ «Berliner klinische Wochenschrift» (1906 г., № 43 и слѣд.).

\*\*) «Селенинъ»—растворъ кокковыхъ тѣлъ—Diplococcus semillunaris mitri (D. K. catarrhalis Pfeiffer'a).

\*\*\*). Въ Германіи, по отчету Pannwitz'a, имѣется въ настоящее время 100 здравницъ съ 9000 кроватей, и правительство выдаетъ «Центральному нѣмецкому Союзу по борьбѣ съ бугорчаткой» ежегодное пособие въ 30000 мар.

всѣ въ видѣ крупнозернистаго порошка; каждое вещество отдѣлено отъ сосѣдняго ватной прослойкой. Назначеніе этой части прибора—удерживать водяные пары и всѣ газы, выдѣляющіеся при разложеніи мочи, кроми азота. 2-ое горло основного сосуда соединено толкою трубкою, снабженною стекляннымъ краномъ, съ вертикально стоящимъ цилиндрическимъ сосудомъ въ 2,7 см. въ поперечникѣ, закрытымъ стеклянною пробочкой, сквозь которую проходитъ, выдаваясь свободно вверхъ, волосная трубочка. Цилиндръ имѣетъ отмітки на уровняхъ 12,5 и 25 к. стм. жидкости и служитъ для отмирянія мочи. Общая вышина прибора въ собранномъ видѣ 20 см.; всѣ съ мочою и щелочью около 175 грм.

Введя въ основной сосудъ 50 к. стм. раствора бромноватистаго натра, въ цилиндрической сосудъ наливаютъ 12,5 или 25 к. стм. мочи, закрываютъ цилиндръ пробочкой и взвѣшиваютъ приборъ на точныхъ вѣсахъ. Затѣмъ, открывъ стеклянный кранъ, мочу переводятъ въ нижній сосудъ и оставляютъ въ покой на 30 мин., пока не прекратится выдѣленіе газа и приборъ охладится. Новое взвѣшивание укажетъ вѣсъ выдѣлившагося азота. Количество мочевины опредѣляется по формулѣ  $P = \frac{60,112}{28,08} \times 100 =$

$= 214,074 \frac{b}{a}$ , гдѣ  $P$  — %-ное содержаніе мочевины въ мочѣ, 60,112 — частичный вѣсъ мочевины, 28,08 — вѣсъ азота въ частицѣ мочевины,  $a$  — вѣсъ взятой мочи и  $b$  — вѣсъ выдѣлившагося азота. Если не стремиться къ большой точности и принять вѣсъ 25 к. стм. мочи равнымъ 25 грм.,  $P$  будетъ равняться 8,563 в. (The Medicine, май).

Л. Старокадомскій.

**Внутреннія болѣзни.** 658. Проф. *E. Sonnenburg* въ интересной лекціи (читанной русскимъ врачамъ въ Berlin'ѣ 10-го іюля текущаго года) излагаетъ свои взгляды на основы леченія аппендицита. Когда врачъ приглашенъ къ больному, который заболѣлъ внезапно и представляетъ признаки воспаления слѣпой кишки, онъ долженъ сейчасъ же разобратся въ принадлежкахъ болѣзни, какъ общихъ, такъ и мѣстныхъ. Разстройство общаго состоянія можетъ при каждомъ приступѣ быть очень велико; рвота, которую начинается приступъ, жестока, и чувство болѣзни очень значительно. Общее впечатлѣніе, которое производитъ подобный больной, можетъ быть очень тяжелымъ, такъ что уже при первомъ взглядѣ не остается сомнѣнія, что имѣется тяжелое зараженіе. Но особаго вниманія здѣсь заслуживаютъ 3 признака: состояніе пульса, температуры и сила биологической реакціи, сказывающаяся увеличеніемъ содержанія бѣлыхъ тѣлецъ въ крови. Въ каждомъ случаѣ остраго аппендицита имѣется повышеніе всѣхъ 3-хъ величинъ, и повышеніе ихъ равномерное и невысокое представляетъ признакъ благоприятный, рѣзкое же участіе въ повышеніи лишь одной только изъ 3-хъ величинъ неблагоприятно для предсказанія (низкая температура и слабый лейкоцитозъ при очень учащенномъ пульсѣ, или высокій лейкоцитозъ и очень частый пульсъ при низкой температурѣ). Затѣмъ необходимо считаться и съ явленіями мѣстными: произвольной болѣзненностью и повышенной чувствительностью къ давленію живота, особенно въ области слѣпой кишки. Чѣмъ рѣзче мѣстная чувствительность къ давленію, тѣмъ болѣе основанія предполагать наличность въ придаткѣ слѣпой кишки тяжелыхъ воспалительныхъ явленій. Пораженіе всей брюшины сказывается болѣзненностью всего живота, т. е. и лѣвой стороны. Такъ, если съ самаго начала приступа больной производитъ впечатлѣніе тяжелаго; если съ перваго дня имѣются высокія цифры пульса, температуры и числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, при сильной мѣстной болѣзненности, то нельзя медлить съ приглашеніемъ хирурга для операціи тотчасъ-же, въ 1-ый день. При такой операціи чаще всего встрѣчаютъ или готовую лопнуть эмпиему придатка, или частичное омертвѣніе его, — рѣже прободеніе каловымъ камнемъ или инороднымъ тѣломъ. При этомъ уже черезъ немного часовъ отъ начала можетъ имѣться выпотъ въ брюшной полости, еще сывороточный или уже гнойный. Тѣмъ не менѣе эти сильныя, быстро наступающія воспаленія даютъ при ранней операціи предсказаніе благоприятное; при нихъ возможно даже полное закрытіе брюшной полости, какъ при операціи отсѣченія придатка

въ свободномъ промежуткѣ. Въ другомъ рядѣ случаевъ больной въ 1-ый день не производитъ впечатлѣніе тяжелаго; кривыя пульса его, температуры и число бѣлыхъ тѣлецъ въ крови равномерно высоки, не перекрещивая одна другую; мѣстная болѣзненность умѣренная; разстройства со стороны желудка и остальныхъ кишекъ не внушаютъ тревоги. При такихъ обстоятельствахъ опредѣляется простое катарральное воспаленіе придатка, которое еще черезъ сутки можетъ уже закончиться и быстро перейти въ выздоровленіе. Въ такихъ случаяхъ можно также оперировать, но это вовсе не нужно; здѣсь показывается леченіе выжидательное, съ наркотическими средствами (морфій) и полнымъ воздержаніемъ отъ жидкостей. Далѣе, если врачъ приглашенъ не въ первые 48 час. болѣзни и встрѣчаетъ тяжелаго больного съ признаками сильнаго зараженія, то опять должны быть взвѣшены шансы немедленной операціи. Тогда въ животѣ находятъ уже обширныя пораженія придатка, обширныя омертвѣнія его съ прободеніемъ и признаками общаго гнойнаго перитонита. Тѣмъ не менѣе и здѣсь еще возможно операціею прервать болѣзнь, хотя не съ той надежностью, какъ при операціи, произведенной на 24—36 час. раньше; все зависитъ тутъ отъ силы общаго зараженія; если, какъ-бы то ни было, операція произведена, — придатокъ удаленъ и брюшная полость опорожнена отъ гнойныхъ массъ, — то заканчивается она тампонадой, безъ зашиванія брюшной раны. Когда, наконецъ, врачъ видитъ больного впервые еще позднѣе, по истеченіи первыхъ 3-хъ дней болѣзни, то оперативное вмѣшательство можетъ имѣть цѣлью уже не борьбу съ общимъ прогрессирующимъ перитонитомъ, а въ большинствѣ случаевъ только вскрытіе гнойниковъ, возникшихъ въ слѣдствіе перитонита. Если послѣдній еще прогрессируетъ и не даетъ скопленій осумкованныхъ, опорожненіемъ выпота можно вызвать нѣкоторое улучшеніе, но уже очень ненадолго. Съ другой стороны, иногда и такіе перитониты заканчиваются благополучно и безъ всякаго вмѣшательства, такъ что вообще послѣ 3—4-хъ дней болѣзни шансы леченія оперативнаго и выжидательнаго совершенно равны, или даже операція можетъ повредить, при несовершенномъ осумкованіи гнойнаго гнѣзда, — за ней слѣдуетъ молниеносное распространеніе перитонита на всю брюшную полость, — и показаніемъ ее надо считать только при объемистомъ или нарастающемъ гнойникѣ, хорошо осумкованномъ. Чѣмъ познѣе первыхъ 24 часовъ оперированъ больной съ острымъ аппендицитомъ съ тяжелыми начальными явленіями, тѣмъ легче наступаютъ, не смотря на оставленіе раны открытою, разныя осложненія — образованіе нарывовъ, троичеки, эмболии. Единичный гнойникъ или множественные гнойники, образующіеся обыкновенно въ концѣ 1-ой недѣли или позднѣе, сказываются быстрымъ и высокимъ поднятіемъ кривой числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ много раньше, чѣмъ на пульсѣ и температурѣ, и этотъ лейкоцитозъ даетъ возможность врачу своевременно узнать гнойникъ; особенно это относится къ гнойникамъ подгрудобрюшнымъ, распознаваемымъ зачастую съ трудомъ. Такимъ образомъ вообще при остромъ приступѣ аппендицита надо возможно раньше оперировать, если имѣются съ самаго начала тяжелыя явленія общія и мѣстныя, а при отсутствіи таковыхъ — лечитъ выжидательно; операція же показывается и при обостреніи приступовъ, сначала казавшихся безвредными, и при появленіи осложнений. Разъ-же больной перенесъ приступъ аппендицита и не былъ оперированъ, то для врачебнаго вмѣшательства опять представляется цѣлый рядъ различныхъ возможностей. Бываетъ, во 1-хъ, что, вмѣсто одного, рѣзко выраженаго приступа, имѣются только небольшія боли въ правой  $\frac{1}{2}$  живота или въ другихъ частяхъ его, особенно въ области желудка, и небольшая чувствительность къ давленію въ точкѣ *Mac Burney*'а, безъ лихорадки и т. п. Такое хроническое немоганіе иногда очень истощаетъ больныхъ, и устраняется оно только удаленіемъ придатка, хотя, конечно, не всегда. Въ другомъ рядѣ случаевъ больные переносятъ по одному или нѣсколько приступовъ. Чтѣ здѣсь дѣлать — зависитъ отъ рода приступа и возраста больного. Если имѣются признаки эмпиемы придатка, прорвавшейся въ кишечникъ (жестокія боли, легкая лихорадка, сильная чувствитель-

ность къ давлению, а черезъ 2—3 дня все быстро прошло), то надо оперировать, такъ какъ подобныя эмпиемы очень наклонны къ возвратамъ, которые могутъ быть и очень опасны. Возможно еще, что тяжелый, длительный случай окончился полнымъ рассасываніемъ гноя. И здѣсь лучше удалить придатокъ въ свободное время, во избѣжаніе возврата. Развѣ только ясно изъ анамнеза, что природа, по всей вѣроятности, сама произвела отторженіе придатка путемъ первичной или вторичной гангрены,—припадокъ, единственный, былъ крайне тяжелъ и длился долго, но послѣ себя не оставилъ рѣшительно никакихъ разстройствъ да и мѣстное изслѣдованіе не даетъ ничего; тогда на вопросъ объ операціи надо отвѣчать отрицательно. Впрочемъ, мѣстное изслѣдованіе въ свободномъ промежуткѣ можетъ давать итоги сильно противорѣчивые; при отсутствіи всякой мѣстной чувствительности придатокъ можетъ быть сильно измѣненъ, и наоборотъ; рѣшается здѣсь дѣло опытъ больше, чѣмъ какіе-либо опредѣленные признаки. Когда же предложенная врачомъ операція въ свободномъ промежуткѣ не принята, то надо, по крайней мѣрѣ, продолжать лѣченіе водами (Kissingen, Marienbad, Karlsbad), кромѣ случаевъ у дѣтей, гдѣ должно съ рѣшительностью настаивать на операціи. Надо при этомъ имѣть въ виду, что именно у дѣтей сравнительно очень часты хроническіе аппендициты вслѣдствіе сращеній, сказывающіеся болями не справа, а въ области пупка, въ подложечной и въ лѣвой сторонѣ живота. Своеобразно выражается иногда аппендицитъ и у молодыхъ дѣвицъ во время мѣсячныхъ: кромѣ разстройствъ въ правой  $\frac{1}{2}$  живота, замѣчаются боли при мочеиспусканіи и явленія судороги мочевого пузыря; причина—сращенія придатка съ пузыремъ и съ яичникомъ. Вотъ—общія основы, которыми авт. предлагаетъ руководиться при лѣченіи аппендицитовъ острыхъ и хроническихъ. Выработка этихъ основъ потребовала отъ него многихъ лѣтъ работы, и, если даже при самой ранней операціи 3—4%, аппендицитовъ все же кончаются смертью, то во всякомъ случаѣ признаніе факта, что борьба съ этой тяжелой болѣзнью наиболѣе успѣшна при помощи ножа, и что ножомъ-же устраняется—операція въ свободномъ промежуткѣ—множество возвратовъ, составляетъ бесспорную заслугу новѣйшей хирургіи (Deutsche medicinische Wochenschrift, 26 іюля).

С. Гр—ъ.

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 659. Д-ръ Moschcowitz (New-York) въ предварительномъ сообщеніи описываетъ примѣненіе способа Bier'a къ лѣченію *уреватости лица*. Обыкновенная сухая банка съ резиновымъ присасывателемъ приставляется къ пораженному участку лица; присасываніе должно быть очень слабымъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ дѣйствіе оказывается менѣе благоприятнымъ и, кромѣ того, на лицѣ остаются дна на 2 пятна. Банки приставляются 2—3 раза въ день и оставляются по 1 часу, но при постоянномъ приподниманіи и новомъ прикладываніи къ кожѣ. Лѣченіе совершенно безболѣзненно, и у 8 больныхъ, не получавшихъ одновременно никакого лѣкарственнаго лѣченія, привело къ выздоровленію послѣ 2—5 сеансовъ для cadaго пораженнаго участка кожи (The Medical Record, 13 января).

Л. Старокадомскій.

660. Reuter нашелъ *Spirochaete pallidam* при третичномъ сифилисѣ, а именно въ гуммѣ легкаго у умершаго отъ наследственнаго сифилиса ребенка. Окраска по способу Levaditi обнаружила присутствіе множества спирохетъ въ пораженномъ участкѣ легкаго, а также въ поджелудочной железнѣ. Заслуживаетъ вниманія и слѣдующій интересный случай автора: на секціонный столъ попалъ больной, у котораго было обнаружено расширение лѣваго желудочка, миокардитъ и воспалительныя явленія въ восходящей части аорты; этиологія этого страданія была невыяснена; имѣлись лишь отдаленныя подозрѣнія о сифилисѣ; когда было сдѣлано микроскопическое изслѣдованіе, то въ срѣзѣхъ аорты была найдена *spirochaete pallida*. Наконецъ, слѣдуетъ упомянуть о наблюденіяхъ автора надъ жизнеспособностью этого микроорганизма. Въ сокѣ, взятомъ изъ папулы и поставленномъ въ термостатѣ при 37°, *spirochaete pallida* сохраняла способность къ движенію въ про-

долженіе 2—3 сутокъ; при этихъ условіяхъ удалось наблюдать особенныя формы спирохетъ съ утолщеніями и раздѣвленіями (Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, т. 54, тетр. 1).

Б. Клейнъ.

661. Ж.-вр. М. Пасхалисъ описываетъ случай *наследственной сифилиса печени*.

28/xi 1905 г. въ одну изъ Лодзинскихъ фабричныхъ больницъ поступила больная, 12 л., съ жалобами на періодическія боли въ правомъ подреберьѣ, продолжавшіяся уже 3 года. Отецъ болѣлъ сифилисомъ. Мать 11 разъ была беременной; 6 разъ были выкидыши. Послѣ 3-хъ родовъ на половыхъ частяхъ у нея были язвы, по опредѣленію врача—сифилитическія. Въ живыхъ, кромѣ больной, осталось еще хилая дѣвочка, 5 л. Больная начала ходить около года; вскорѣ на всемъ тѣлѣ, а въ особенности на подошвахъ и ладоняхъ, появилась сыпь, оказавшаяся, по распознаванію врача, сифилитической. На 7-мъ году перенесла скарлатину. Временами бываеъ поносъ.—Правильнаго сложенія, пониженнаго питанія. Шейныя, подмышковыя и паховыя железы увеличены, тверды, подвижны, безболѣзненны. Сердце и легкія безъ измѣненій. Печень по сосковой линіи выступаетъ изъ-подъ края реберъ на 3 пальца, твердая, гладкая, болѣзненная. Селезенка прощупывается на 2 пальца ниже ребернаго края, твердая, безболѣзненная. Моча нормальная. Вѣсъ 71 ф. Больная находилась въ больницѣ до 30/xi 1905 г. Боли въ области печени уменьшались. Ко времени выписки печень еще прощупывалась, но была безболѣзненная; общее состояніе хорошее. Вѣсъ 76 ф. Лѣченіе состояло въ назначеніи КЛ, сиропа іодистаго желѣза и солевыхъ ваннъ. Авт. видѣла больную 20/у 1906 г.: печень на 6-мъ ребрѣ, прощупывалась на 3 пальца ниже ребернаго края, мягкая, гладкая, безболѣзненная. Подъ влияніемъ ртутныхъ втираній наступило улучшение (Przegląd chorób skórnych i wenerycznych, іуль—августъ).

С. Островскій.

662. Д-ръ Walter Schulze (изъ зоологическаго Института Берлинскаго Университета) утверждаетъ, что на основаніи тѣхъ данныхъ, которыя получены въ послѣднее время при помощи изслѣдованія срѣзовъ съ сифилитическихъ тканей, обработанныхъ серебромъ по способу Levaditi-Bertarelli, нельзя дѣлать тѣхъ выводовъ относительно *этиологическаго значенія блѣдной спирохеты Schaudinn'a* для сифилиса, какіе дѣлаетъ большинство изслѣдователей. Schulze доказываетъ, что, благодаря серебрянію препаратовъ, получаютъ искусственныя образованія, вполне тождественныя съ тѣми, которыя и принимаются за блѣдную спирохету. Образованія эти представляютъ изъ себя большей частью волоконца соединительной ткани, или волоконца нервовъ, которыя при обработкѣ съжились и приняли спиральный, пробочникообразный видъ. Что это въ самомъ дѣлѣ такъ, авт. доказываетъ тѣмъ, что эти искусственныя спирали лежатъ по направленію хода волоконъ соединительной ткани и что ихъ можно найти и въ не сифилитическихъ тканяхъ. Schulze нашелъ ихъ въ поджелудочной железнѣ и надпочечникахъ здороваго кролика. Чѣмъ-же объяснить, что ихъ находили до сихъ поръ только въ тканяхъ сифилитиковъ и не находили у здоровыхъ людей и животныхъ? Авт. объясняетъ это тѣмъ, что упомянутый способъ даетъ очень неравномѣрные результаты: не только разныя мѣста того-же препарата неодинаково пропитываются желѣзомъ, но и вся окраска нерѣдко даетъ совершенно отрицательный результатъ; кромѣ того, его изслѣдованія показали, что искусственныя спирали легче получаютъ въ воспаленной, чѣмъ въ здоровой ткани, при чемъ воспаление можетъ быть и не специфическое. Что описанныя авторами спирохеты въ срѣзахъ не представляютъ однородныхъ образованій, доказывается еще и тѣмъ, что съ тѣхъ поръ, какъ ихъ стали описывать въ тканяхъ, морфологическій характеръ возбуждителей сифилиса значительно измѣнился, при чемъ различные авторы описываютъ ихъ неодинаково. У однихъ они всѣ короткіе, у другихъ длинныя; по однимъ описаніямъ они имѣютъ заостренный конецъ, по другимъ—ясную головку; одни рисуютъ ихъ очень вытянутыми, почти прямолинейными, другіе изображаютъ въ срединѣ ихъ утолщеніе и т. д. Станнымъ должно казаться также и то обстоятельство, что въ соку тѣхъ тканей, въ которыхъ по способу Levaditi-Bertarelli удалось найти большое количество блѣдныхъ спирохетъ, ни разу не удалось найти ихъ въ препаратахъ-мазкахъ, въ то время какъ въ соку первичныхъ язвъ, папулъ и другихъ образованій на поверхности тѣла находили спирохеты безъ особаго труда. Авт. далѣе указываетъ еще на то, что въ препаратахъ срѣзовъ, обработанныхъ серебромъ, очень трудно отличить блѣдную спирохету отъ *Spirochaete refrin-*

gens; это обстоятельство также затрудняет правильную оптику полученных до сих пор результатов. Работа *Schulze* снабжена свѣтописными снимками съ препаратовъ, на которыхъ видно сходство искусственно полученныхъ образований съ блѣдной спирохетой. О нецѣлесообразности пропитывания тканей металлическими солями при обработкѣ срѣзовъ съ цѣлью обнаруженія въ нихъ микроорганизмовъ говоритъ въ томъ-же № «*Berliner klinische Wochenschrift*» другой Berlin'скій врачъ *Hans Friedental*. Онъ также видѣлъ искусственное образование спиралей при обработкѣ тканей ртутными солями (*Berliner klinische Wochenschrift*, № 37). *А. Коварскій.*

## ОТЧЕТЫ

### изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

#### LXXXII—LXXXIII. Изъ Русскаго хирургическаго Общества Пирогова.

(Засѣданіе 10-го мая).

Проф. *М. С. Субботинъ* показалъ больного съ недостаткомъ носа, у котораго произошло вращеніе золотой стропилы въ лоскутъ кожи, пересаженный при операціи ринопластики со лба.

Ч. пр. *В. А. Опель*. Къ казуистикѣ изслѣній печени. Больная, 34 л., поступила въ госпитальную клинику проф. *С. П. Федорова* съ жалобами на боли въ правомъ подреберь; страдаетъ нѣсколько лѣтъ, 2 раза была желтуха. Въ послѣдніе мѣсяцы замѣтно похудѣла. Въ правомъ подреберь—опухоль, съ небольшою мандаринъ, нѣсколько спаянная съ краемъ печени, не доходящая до пупка, выступающая изъ-подъ реберъ на палецъ книзу и принимающая участіе въ дыхательныхъ движеніяхъ. Можно было предполагать, не имѣется ли тутъ новообразование на почвѣ желчнокаменной болѣзни? При операціи на поверхности печени найдена полшаровидная опухоль, связанная съ желчнымъ пузыремъ, который оказался спаяннымъ съ поперечной ободочной кишкой. За предположеніе, что эта опухоль сообщается съ желчнымъ пузыремъ, говорило громадное количество прощупываемыхъ въ ней камней (780), хотя непосредственно найти даже мелкихъ сообщений не удалось. Въ самомъ желчномъ пузырь, вскрытомъ снизу, найдено 9 крупныхъ камней; пузырный протокъ былъ выполненъ рядомъ четкообразно-расположенныхъ камней. Весь этотъ участокъ печени, докладчикъ предпочелъ киновидно изсѣчь и обшить печень, пользуясь идеей проф. *М. М. Кузнецова* и д-ра *А. Р. Пенскаго* (цѣпочнымъ швомъ (каждый предыдущій шовъ затягивается послѣ наложенія послѣдующаго). Чѣмъ больше докладчикъ углублялся при этомъ въ паренхиму печени, тѣмъ большее получалось кровотеченіе, для остановки котораго приходилось прибѣгать къ термокаутеру. Рана печени была вшита въ рану брюшной стѣнки, при чемъ примѣненъ былъ одноэтажный шовъ. Послеоперационное теченіе въ первое время было грозное; температура достигала 39° слишкомъ, было небольшое нагноеніе. Черезъ 8 дней смѣнены тампоны. Въ настоящее время оперированная на ногахъ, здорова; имѣется лишь небольшая грануляционная поверхность на мѣстѣ брюшной раны. Способъ *Кузнецова* и *Пенскаго* неудобенъ потому, что все время приходится работать съ двойной ниткой, которую легко можно спутать. Способъ обшивки докладчикъ считаетъ простымъ, ибо узловатый цѣпочечный шовъ можетъ быть использованъ до конца. Кромѣ того *Кузнецовъ* и *Пенскій* совѣтуютъ не зашивать раны наглухо, а тампонировать ее для предотвращенія кровотеченія, вшивая тампонъ катгуттомъ въ рану (можно потягивать тампонъ). По мнѣнію докладчика, такимъ вшиваніемъ тампона не слѣдуетъ пользоваться. Тампонъ можно закладывать подъ печень. Въ пользу указанныхъ соображеній говоритъ и недавно произведенный д-ромъ *С. О. Миротворцевымъ* опытъ на собакахъ.

*В. Н. Зененко*. Предъявленіе искусственныхъ конечностей разныхъ категорій, выдаваемыхъ увѣчнымъ воинскимъ чиномъ при посредствѣ Маринскаго пріюта. За время русско-японской войны протезами были снабжены свыше 2000 воиновъ. На долю верхнихъ конечностей приходится 1/3 общаго числа протезовъ. Были показаны всѣ формы протезовъ, примѣнявшіяся въ пріютѣ, указаны были ихъ стоимость, достоинства и недостатки.

Ч. пр. *А. Р. Войничъ-Сяноженскій*. Нѣтъ ли препятствій со стороны культи при наложеніи протезовъ?

*Докладчикъ*: Много значитъ, какой формы культи. Наибольшія затрудненія въ этомъ случаѣ представляетъ культи конической. Имѣетъ значеніе также и мѣсто утѣченія—около колѣна или локтя, вообще около суставовъ. При наложеніи протеза важно дать конечности нормальный изгибъ. Зхватить, напр., маленькій кусокъ голени или предплечья чрезвычайно трудно.

Проф. *Г. И. Турнеръ*: Техническая сторона изготовленія протезовъ въ пріютѣ, несомнѣнно, не отстала, но не вполне удовлетворительна самая организация по снабженію протезами. Маринскій пріютъ долженъ быть центральнымъ учрежденіемъ. Отсутствие опредѣленной системы въ снабженіи протезами, можетъ быть, и хорошо, а, съ другой стороны, оно ставитъ все дѣло въ зависимость отъ того или другого мастера, создавая конкуренцію. Что касается завода в-врачебныхъ заготовленій, то онъ только теперь сталъ заготавливать протезы.

*Докладчикъ*: И здѣсь мы не были подготовлены, какъ слѣдуетъ<sup>1)</sup>. Еще въ 1902 г. было сдѣлано представленіе о расширеніи Маринскаго пріюта, и только во время войны онъ былъ расширенъ на 100—115 мѣстъ. Въ августѣ прошлаго года въ пріютѣ и въ окрестностяхъ Петербурга числилось до 600 увѣчныхъ; одному мастеру не справиться съ такимъ спросомъ.

Проф. *Г. И. Турнеръ*: Заводъ в-врачебныхъ заготовленій работаетъ давно, но во время самой войны онъ имѣлъ микроскопическую мастерскую и, конечно, далеко не могъ покрыть всей потребности въ протезахъ. Между тѣмъ черезъ Маринскій пріютъ была профильтрована масса культи, которые были разбросаны всюду. Конечно, нельзя было требовать отъ мастеровъ при такой системѣ, чтобы они бѣгали по увѣчнымъ. Вся система снабженія, по моему, была поставлена неудовлетворительно.

Ч. пр. *В. Н. Гейнацъ*: По моему, показанные протезы страдаютъ однимъ недостаткомъ—своимъ безобразнымъ вѣншимъ видомъ. Если сравнить ихъ съ японскими, то послѣдніе куда изящнѣе. Перчатки, напр., всѣ почему-то черныя. Когда Вы считаете, что культи созрѣла для протеза?

*Докладчикъ*: Не раньше, какъ черезъ 3 мѣс., если дѣло шло гладко, не было ни флегмоны, ни секвестровъ. Что касается японскихъ протезовъ, то, насколько они были прочны, указываетъ на обстоятельство, что ампутированные, возвращавшіеся изъ Японіи съ искусственными ногами, приходили къ намъ обыкновенно на костыляхъ. При ложномъ шагѣ ампутированный легко падаетъ; всѣ ихъ протезы рѣжутъ въ паху; ампутированному приходится сидѣть на остромъ ребрѣ. Что же касается искусственныхъ японскихъ рукъ, то онѣ буквально кукольны и никакъ негодны.

Ч. пр. *В. Н. Гейнацъ*: Я говорю не о самомъ устройствѣ японскихъ протезовъ, а объ ихъ вѣншемъ видѣ.

*Докладчикъ*: Да, они очень красивы.

*А. А. Тролюновъ*: Съ японскими протезами я не видѣлъ ни одного довольнаго ими. Это—игрушка; они, кромѣ того, тяжелы. Относительно созрѣванія культи я долженъ сказать, что японская культи лучше нашей, потому что японцы-врачи держались сохраняющихъ способовъ, оперируя далеко отъ поля военныхъ дѣйствій, въ госпиталѣ. Разъ культи заживаетъ черезъ нагноеніе, она даетъ коническую форму и требуетъ излѣченія. Культи хороша, когда она заживаетъ въ здоровыхъ тканяхъ. Маринскій пріютъ, необходимо замѣтить, далеко не удовлетворялъ всѣмъ потребностямъ, заставляя раненыхъ ждать мѣсяцами протезовъ.

*Докладчикъ*: Но ампутированныхъ некуда было дѣвать.

*А. А. Тролюновъ*: Тогда доверьте ихъ намъ; мы сумѣемъ также дать ампутированному протезъ. Маринскій пріютъ очень скупо предоставлялъ возможность частнымъ предпринимателямъ участвовать въ дѣлѣ снабженія протезами. Приносить-ли пользу искусственная рука?

*Докладчикъ*: Да, если конечность утѣчена въ верхней<sup>1)</sup>, плеча. Нужно здѣсь считаться и съ эстетикой.

Проф. *М. С. Субботинъ*: Въ дѣлѣ снабженія протезами нашъ все-же за послѣднее время замѣчается большой прогрессъ; во большую роль играетъ здѣсь организація. Что искусственная конечность, даже сдѣланная лучшими мастерами, замѣняется деревяшкой,—въ подтвержденіе этого я могу сослаться на 2-хъ ампутированныхъ въ бедра, которые въ концѣ концовъ перешли на деревяшку.

*М. А. Добровольская*. Случай гипернефромъ почки. Впервые *Grawitz* предложилъ называть гипернефромами опухоли почки, вырастающія изъ зародышевыхъ ростковъ подпочечниковъ, остающихся въ самихъ почкахъ. Достигая большой величины, эти опухоли часто переходятъ въ злокачественныя, даютъ переносы въ кисты и во внутреннихъ органахъ. Въ клиникѣ проф. *М. С. Субботина* докладчица наблюдала большого съ гематурией почечнаго происхожденія. Увеличенная почка была удалена оперативнымъ путемъ. Черезъ 3 мѣс. появился возвратъ, а больной погибъ.

Ч. пр. *В. А. Опель*: Вашъ взглядъ, что эти опухоли происходятъ изъ зачатковъ надпочечниковъ и близки къ эндотелиомамъ, я раздѣляю вполне. Въ этомъ году мнѣ пришлось оперировать больныхъ по поводу гипернефромъ, при чемъ я удалялъ и надпочечники въ кулакъ величиною. На какомъ основаніи ставилось распознаваніе гипернефромъ? Дѣлали-ли Вы цистоскопію и катетеризацію мочеточниковъ?

<sup>1)</sup> Эти ссылки на неподготовленность, столь неожиданно (?) вскрывшуюся въ подлежащихъ учрежденіяхъ благодаря послѣдней кампаніи, мнѣ кажутся прямо странными. Вѣдь, для того и существуютъ эти учрежденія, чтобы въ нужную минуту быть вполне готовыми для удовлетворенія вѣншихъ нуждъ. Пресловутая неподготовленность, стоявшая столь многихъ неуживчивыхъ жертвъ, и есть тотъ бѣдный Макаръ, на котораго повалились со всѣхъ сторонъ шайки на наши негодны во всемъ. *В. Б.*



**Докладчица:** Цистоскопия была сдѣлана; катетеризация же больной не порекомендована. Была распознана не гипернефрома почки, а ракъ ея, и по этому поводу больной былъ оперированъ. Моча ничего патологическаго не содержала. Опухоль правой почки прощупывалась ясно.

**П. И. Бухманъ:** Больной былъ принятъ въ клинику съ распознаваніемъ злокачественнаго новообразованія почки. Изслѣдованіемъ было установлено, что лѣвая почка совершенно здорова. Катетеризационный цистоскопъ только увѣнчивается распознаваніемъ. Вся клиническая картина болѣзненныхъ явленій давала право приступить къ операціи.

**В. М. Рокитскій.** Къ казуистикѣ клинической картины метастазовъ.

(Засѣданіе 17-го мая).

Это годовое засѣданіе посвящено исключительно отчетамъ.

Изъ обстоятельнаго отчета секретаря **П. И. Бухмана** видно, что всего докладовъ было сдѣлано 30 большихъ и 10 небольшихъ на 16 засѣданіяхъ, при чемъ были затронуты всѣ области хирургіи.

По отчету казначея **В. Н. Зененко**, дѣйствительныхъ членовъ числится 99, иногороднихъ—50, пожизненныхъ—2, почетныхъ—23; всего 174. Поступлений было на сумму 3202 р. 50<sup>1</sup>/<sub>2</sub> к., израсходовано—1875 р. 33 к.

Затѣмъ послѣдовали отчеты: консерваторы Музея **Н. В. Выхрева**, председателя ревизионной Комиссіи **В. Б. Губбенета** и библиотекаря Музея ч. пр. **А. Р. Войничъ-Сяноженца**.

Проф. Казанскаго Университета **В. И. Разумовскій** былъ единогласно избранъ почетнымъ членомъ Общества.

При послѣдовавшихъ выборахъ баллотировкой шарика составъ Правленія Общества получился такой: председатель ч. пр. **Г. Ф. Цейдлера**, товарищъ его—проф. **С. П. Федоровъ**, казначей—**В. Н. Зененко**, библиотекарь—ч. пр. **А. Р. Войничъ-Сяноженца**, секретари—**П. И. Бухманъ** и ч. пр. **П. Н. Петровъ** и консерваторы—**Н. В. Выхревъ** и **В. Божовскій**.

**LXXXIV.** Позволю себѣ сообщить товарищамъ о слѣдующемъ рѣдкомъ случаѣ изъ земской практики.

23-хъ текущаго года въ амбулаторію при Кинешемской земской больницы, Костромской губ., явилась больная крестьянка **П. С. Ч.** съ жалобами на боли внизу живота. При осмотрѣ Ч. мнѣ и присутствовавшей при этомъ акушеркѣ представилась слѣдующая картина. На половыхъ частяхъ, на 3-хъ кольцахъ, протернутыхъ черезъ большія губы, висѣлъ мѣдный замокъ, закрывавшій входъ во влагалище. При ближайшемъ осмотрѣ оказалось, что черезъ лѣвую губу продѣто 2 кольца: одно изъ мягкой желѣзной проволоки, средней толщины, а другое—изъ тонкой мѣдной; послѣднее протернуто черезъ продѣланное отверстіе 2 раза; въ правой губѣ имѣлось 3-е кольцо тоже изъ желѣзной проволоки, свернутой вдвое. Желѣзо сильно проржавѣло, а мѣдь какъ въ проволоку, такъ и на замкѣ большихъ измѣненій не представляла. Малѣйшее движеніе колецъ вызывало страшныя боли. За послѣднее время больная не могла ни ходить, ни сидѣть, совершенно лишилась сна и почти ничего не ѣла. Кольца и замокъ, разумеется, были быстро мною сняты.

Исторія этого прискорбнаго случая, по словамъ потерпѣвшей, такова. Въ мартѣ 1906 г. ея сожителъ вѣкто **К.**, съ которымъ она жила нѣсколько уже лѣтъ въ гор. Кинешмѣ, оглушилъ ее какимъ-то тяжелымъ предметомъ по головѣ и, воспользовавшись безсознательнымъ ея состояніемъ, протернулъ черезъ срамныя губы желѣзные кольца. Кольца эти онъ затѣмъ связывалъ веревочкой, а больная эту веревочку потомъ перерѣзала. Въ юлѣ, связавъ Ч. **К.** протернулъ 3-е кольцо изъ мѣдной проволоки. Больная испытывала при этомъ страшныя боли, но помощи ни откуда ждать не могла. 16-хъ веревочки были замѣнены мѣднымъ замкомъ. Чувствуя себя до сихъ поръ сносно, Ч. послѣ навѣски замка стала испытывать рядъ безконечныхъ страданій вслѣдствіе болѣи, что и заставило ее, наконецъ, обратиться за врачебной помощью.

**П. Соловьевъ.**

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦИЮ <sup>1)</sup>

**ССХХI.** М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Др. **Вейеръ** въ теченіи послѣднихъ 1½ лѣтъ помѣстилъ во всѣхъ русскихъ медицинскихъ журналахъ цѣлый рядъ статей и писемъ, содержащихъ совершенно бездоказательныя обвиненія насъ, городскихъ участковыхъ врачей гор. Саратова, въ различныхъ противоположенныхъ поступкахъ, причемъ, постепенно усиливая ихъ степень, въ послѣднемъ письмѣ дошелъ до того, что обвиняетъ насъ уже въ стремленіи «рвать общественный миръ, обращать врачебно-санитарныя мѣропріятія въ поводъ личной наживы, личныхъ выгодъ и удобствъ, въ поводъ

для угожденія передъ Управой», чему, какъ оказывается, онъ одинъ только и былъ помѣхой! (см. его письмо въ № 40 «Практическаго Врача», 1906 г.).

Предвидя, что обычный путь выясненія истины путемъ гаветной полемики въ данномъ случаѣ совершенно не возможенъ, въ виду крайне своеобразнаго отношенія г. **Вейера** къ фактамъ, и не желая обременять ею медицинскую печать, мы вновь предлагаемъ г. **Вейеру третейскій Судъ**—и на этотъ разъ печатно, такъ какъ устно этотъ Судъ ему уже предлагался, но былъ имъ отвергнутъ.

Участковые врачи гор. Саратова: **П. Соколовъ, А. Николаевъ, Ем. Кассандровъ, И. Матвѣевъ и И. Полимистовъ.**  
Саратовъ. 30-го октября 1906 г.

**ССХХII.** М. Г.! Въ одномъ изъ послѣднихъ №№ газеты «Товарищъ» была помѣщена замѣтка о томъ, будто одна изъ привѣряемыхъ въ Домѣ трудолюбія душевно-больныхъ Императора Александра III погибла отъ ожоговъ. Сообщеніе это не отвѣчаетъ дѣйствительности. На самомъ дѣлѣ произошло слѣдующее: въ квартирѣ, занимаемой помощникомъ машиниста, произошелъ пожаръ отъ неосторожнаго обращенія съ керосиновой кухней, причемъ жена упомянутого машиниста получила ожоги болѣе 2/3 всего тѣла, отъ которыхъ она черезъ 3 дня и скончалась.

Директоръ Дома **А. Тимофеевъ.**

Удѣльная. 6 го ноября 1906 г.

**ССХХIII.** М. Г.! Не откажите дать мѣсто этому письму моему по поводу помѣщенной въ «Хроникѣ и мелкиѣ извѣстностяхъ» № 40 «Русскаго Врача» замѣтки о засѣданіяхъ Рязанскаго уѣднаго санитарнаго Совѣта 12-го и 28-го іюня, на 1-мъ изъ которыхъ обсуждался отказъ д-ра **Шмелева** отъ пріятія на себя должности старшаго врача Рязанской уѣдной больницы, а на 2-мъ мною было сказано нѣсколько словъ по поводу напечатаннаго въ «Рязанскомъ Вѣстникѣ» отчета о засѣданіи 12-го іюня.

Приведа цѣликомъ письмо д-ра **Шмелева**, прочитанное на засѣданіи санитарнаго Совѣта 12-го іюня, авт. замѣтки въ «Русскомъ Врачѣ» пишетъ: «Рѣшеніе поднятаго письмомъ д-ра **Шмелева** вопроса о переводѣ хирургическаго отдѣленія въ наемное помѣщеніе было отложено Совѣтомъ до времени, когда выскажется по этому поводу вновь избранный» (мое избраніе было одновременно съ д-ромъ **Шмелевымъ**; онъ былъ 1-мъ, а 2-мъ кандидатомъ) «старшій врачъ больницы **Н. М. Терешенковъ**». А далѣе, приведа въ неполномъ видѣ мое обращеніе къ санитарному Совѣту на его засѣданіи 28-го іюня, авт. оканчиваетъ свою замѣтку словами: «Въ результатѣ вопросъ о закрытіи хирургическаго отдѣленія больницы и о наймѣ для этой цѣли особаго помѣщенія былъ снятъ съ очереди».

Мое заявленіе санитарному Совѣту такимъ образомъ какъ-бы ставится авт. замѣтки причиной снятія съ очереди вопроса о наймѣ помѣщенія для хирургическаго отдѣленія больницы. Это обстоятельство и заставляеть меня просить о помѣщеніи настоящаго письма.

На засѣданіи санитарнаго Совѣта 12-го іюня (на немъ я еще не присутствовалъ), какъ это видно изъ «Врачебно-санитарной хроники Рязанской губ.», изъ которой черпаетъ свои свѣдѣнія авт. замѣтки, было принято рѣшеніе иное, чѣмъ говорить замѣтка. Привожу подлинное постановленіе санитарнаго Совѣта (стр. 102): «**Г. Я. Фейнъ** предлагаетъ воздержаться отъ окончательнаго рѣшенія по этому вопросу, впродъ до выясненія его новымъ хирургомъ д-ромъ **Н. М. Терешенковымъ**. *Пороботавъ нѣкоторое время* (курсивъ мой), онъ выскажетъ намъ свое мнѣніе о пригодности уѣдной больницы для хирургической дѣятельности, и тогда уже санитарный Совѣтъ можетъ высказаться болѣе опредѣленно. Санитарнымъ Совѣтомъ принято предложеніе д-ра **Г. Я. Фейна**. Противъ него высказался только одинъ **Н. И. Гальцовъ**» (курсивъ мой). Изъ приведенной мною выписки изъ журнала засѣданія санитарнаго Совѣта видно, что рѣшеніе поднятаго вопроса отложено не до того времени, «когда выскажется... **Терешенковъ**», какъ это пишетъ авт. замѣтки, а когда, «поработавъ нѣкоторое время, онъ (**Терешенковъ**) выскажетъ свое мнѣніе... Между подлиннымъ постановленіемъ санитарнаго Совѣта и переданнымъ авт. замѣтки имѣется существенная разница.

Привожу далѣе подлинное постановленіе, принятое по данному вопросу санитарнымъ Совѣтомъ на засѣданіи 28-го іюня, на которомъ я былъ въ 1-й разъ. Послѣ моего обращенія къ санитарному Совѣту ставится вопросъ **Н. И. Гальцова** (стр. 105): «Въ прошломъ засѣданіи было постановлено отложить (курсивъ мой) обсужденіе вопроса о закрытіи хирургическаго отдѣленія больницы и о наймѣ для этой цѣли особаго помѣщенія. Говорится-ли теперь по существу этого вопроса? Вслѣдъ за этимъ вопросомъ въ журналѣ \*) засѣданія значится: «Послѣ объѣзда мѣстной, санитарный Совѣтъ призналъ, что существа вопроса, указаннаго **Н. И. Гальцовымъ**, пока еще нѣтъ осно-

\*) Надо сказать, что журналъ засѣданія 12-го іюня на засѣданіи 28-го іюня не читался. Изъ вопроса **Н. И. Гальцова** я въ 1-й разъ только могъ узнать, что на предшествовавшемъ засѣданіи шла рѣчь по вопросу о наймѣ помѣщенія. Въ напечатанномъ въ «Рязанскомъ Вѣстникѣ» отчетѣ объ этомъ не упомянуто.  
**П. Т.**

<sup>1)</sup> За крайнимъ недостаткомъ мѣста мы вынуждены отложить до слѣдующаго № печатаніе полученныхъ нами писемъ г. **А. Бьеллороза**, проф. **М. Ф. Кандаратскаго**, **А. Висильева**, **В. И. Скабицкаго** и Комитета общественной помощи голодающимъ. Ред.

ваній касаться» (курсивъ мой). Ясно изъ этого признанія, что санитарный Совѣтъ затронутаго вопроса не снималъ съ очереди, съ той очереди, на которую онъ его поставилъ на засѣданіи 12-го іюня, т. е. санитарный Совѣтъ разсмотрѣть данный вопросъ, когда д-ръ Терешенковъ, поработавъ нѣкоторое время, выскажетъ свое мнѣніе. Замѣчу здѣсь, что для санитарнаго Совѣта вопросъ о наймѣ отдѣльнаго хирургическаго помѣщенія на 1/10 съ имѣющагося капитала на постройку собственнаго хирургическаго барака не представляется легко разрѣшимымъ въ силу многихъ условій, почему часть изъ присутствовавшихъ на засѣданіи санитарнаго Совѣта 12-го іюня высказывалась прямо противъ найма и приспособленія отдѣльнаго хирургическаго помѣщенія (стр. 102). Положительно невозможно было бы при подобныхъ обстоятельствахъ высказаться на засѣданіи 28-го іюня по данному вопросу мнѣ, незнакому болѣе или менѣе точно съ характеромъ и размѣрами предстоящей хирургической дѣятельности. Данные, на какое число и какихъ хирургическихъ больныхъ необходимо было бы снять помѣщеніе, взять было неоткуда.

Далѣе, авт. замѣтки, приводя мое обращеніе къ санитарному Совѣту безъ моихъ вступительныхъ словъ къ этому обращенію, говорятъ: «Послѣдній» (Терешенковъ), «принявъ предложенную ему должность, мотивировалъ свое согласіе въ засѣданіи того же Совѣта 28-го іюня слѣдующимъ образомъ». Нѣтъ, все, приведенное авт. изъ моего обращенія, не посвящено мотивировкѣ моего согласія. Если въ части обращенія, въ которой идетъ рѣчь о предполагаемыхъ улучшеніяхъ въ больницѣ, указанныхъ мнѣ д-ромъ Субботинымъ, и можно увидѣть одинъ изъ мотивовъ, позволившихъ мнѣ представить себѣ хирургическую работу въ Рязанской больницѣ возможной при нѣкоторыхъ условіяхъ, то остальная часть обращенія, какъ и все послѣднее, имѣетъ въ виду совершенно другую опредѣленную цѣль, высказанную мною въ вышеупомянутой авт. замѣткѣ вступительной части моего обращенія къ санитарному Совѣту, гдѣ я говорю, что, сознавая всю свою отвѣтственность за предстоящую хирургическую работу, я считаю необходимымъ сказать нѣсколько словъ по поводу напечатаннаго въ «Рязанскомъ Вѣстникѣ» отчета о засѣданіи санитарнаго Совѣта 12-го іюня и письма д-ра Шмелева, именно по поводу того мѣста письма, гдѣ говорится о необходимости немедленнаго закрытія больницы для полнаго ея ремонта. Въ самомъ заявленіи моемъ санитарному Совѣту, какъ видно изъ его содержанія, я высказывалась съ опредѣленными мотивами противъ закрытія больницы при определенныхъ условіяхъ и за энергическій ремонтъ по частямъ, чтобы привести ее въ такое состояніе \*), когда въ ней будетъ возможна значительная хирургическая помощь населенію, при чемъ эта помощь будетъ расширяться по мѣрѣ ремонта и улучшенія больницы, не принося вреда больнымъ. Я указывала на необходимость улучшенія больницы во всѣхъ отношеніяхъ. Все это говорилось какъ для присутствовавшихъ на санитарномъ Совѣтѣ, такъ и для всѣхъ познакоившихся изъ «Рязанскаго Вѣстника» съ отчетомъ о засѣданіи санитарнаго Совѣта 12-го іюня. Послѣ этого заявленія былъ поставленъ упомянутый вопросъ Н. И. Гильцовымъ, а затѣмъ состоялось не снявшее съ ранѣе намѣченной очереди вопроса о наймѣ помѣщенія упомянутое постановленіе санитарнаго Совѣта о томъ, «что существа вопроса пока еще нѣтъ оснований касаться». Ясно, что и мое заявленіе не имѣло цѣлью и послѣдствіемъ снятъ съ той же очереди данного вопроса.

Пусть мое заявленіе санитарному Совѣту представилось автору замѣтки въ «Русскомъ Врачѣ» мотивировкой моего согласія на принятіе должности хирурга въ Рязанской больницѣ; но онъ, если бы желалъ остаться на объективной почвѣ, не долженъ бы былъ выпустить моихъ вступительныхъ словъ, указывавшихъ цѣль моего заявленія.

Замѣчу здѣсь, что согласіе свое на занятіе должности хирурга въ Рязанской больницѣ я далъ до засѣданія санитарнаго Совѣта и лишь по полученіи на возникшіе у меня послѣ отказа д-ра Шмелева вопросы: Совершенно ли свободно мѣсто? Не было ли конфликта съ Управой, послѣ котораго было бы неудобно съ моей стороны занять мѣсто? Какъ сопоставить, съ одной стороны, приглашеніе хирурга, а съ другой, признаніе санитарнымъ Совѣтомъ естественнымъ д-ра откавъ Шмелева?—отъ завѣдующаго Рязанскимъ губернскимъ санитарнымъ Бюро и бывшаго председателя Комиссіи по выбору кандидатовъ на должность хирурга—д-ра В. П. Успенскаго удовлетворявшихъ меня отвѣтовъ, что мѣсто совершенно свободно, конфликта не было и д-ръ Шмелевъ не принялъ мѣсто въ силу отсутствія условій для хирургической работы сейчасъ же.

Въ заключеніе повторю, что авт. замѣтки въ «Русскомъ Врачѣ» 1) неправо передали постановленіе засѣданія санитарнаго Совѣта 12-го іюня; 2) по произволу выкинувъ вступитель-

ную часть изъ моего обращенія къ санитарному Совѣту, придавъ остальной части несуществующее значеніе и 3) неправо передали постановленіе засѣданія санитарнаго Совѣта 28-го іюня и въ этой неправо передачѣ пытались представить его результатомъ моего обращенія къ санитарному Совѣту.

Справедливы ли мои утвержденія, могъ-бы высказаться Рязанскій уѣздный санитарный Совѣтъ, дѣлавшій свои постановленія и выслушавшій мое заявленіе \*).

И. Терешенковъ.

Рязань. 1-го ноября 1906 г.

ССХХIV. М. Г.! Только-что (1-го ноября) возвратившись изъ заграничнаго отпуска, я прочелъ въ № 36 «Русскаго Врача» перепечатанную изъ № 3 издающейся въ Омскѣ газеты

1) Вышеприведенное письмо д-ра Терешенкова побудило насъ свѣрить замѣтку въ «Русскомъ Врачѣ» (№ 40, стр. 1261) съ давшими ей матеріалъ «Журналами засѣданій Рязанскаго уѣзднаго санитарнаго Совѣта 12-го и 28-го іюня 1906 г.» въ № 6 «Врачебно-санитарной Хроники Рязанской губ.» и мы вполне удивились въ точной передачѣ ею сообщаемыхъ названными «Журналами» фактовъ, при крайне бережномъ отношеніи автора замѣтки къ доброму имени г. Терешенкова, не постыдившагося въ заключительныхъ строкахъ своего письма бросить автору замѣтки оскорбительное обвиненіе въ преднамеренномъ извращеніи фактовъ. Энергично протестуя противъ этихъ совершенно необоснованныхъ обвиненій, переходимъ къ разбору письма д-ра Терешенкова по существу. Прежде всего предлагаемъ нашимъ читателямъ ознакомиться съ вступительной частью обращенія д-ра Терешенкова къ Совѣту, оупущеніе которой авторомъ замѣтки въ «Русскомъ Врачѣ» служить для д-ра Терешенкова доказательствомъ ея злонамеренности. Вотъ эта «вступительная часть»: «Чувствую себя почтеннымъ избраннымъ меня санитарнымъ Совѣтомъ 2-мъ кандидатомъ на должность старшаго врача и хирурга Рязанской уѣздной больницы, а затѣмъ и приглашеніемъ занять эту должность. Сознавая всю отвѣтственность предстоящей хирургической работы, считаю необходимымъ сдѣлать небольшое объясненіе и прошу позволенія сказать нѣсколько словъ по поводу напечатаннаго въ одномъ изъ №№ «Рязанскаго Вѣстника» отчета о предстоящемъ засѣданіи санитарнаго Совѣта и письма д-ра Шмелева съ мотивами его отказа отъ занятія должности старшаго врача-хирурга больницы. Я имѣю въ виду то мѣсто письма, гдѣ указывается на крайне плохое состояніе больницы, заставляющее желать немедленнаго ея закрытія для полнаго ремонта, и на невозможность, при существующихъ условіяхъ, хирургической работы въ ней, такъ какъ хирургъ будетъ губить больныхъ и погубитъ свою репутацію». И это все. Далѣе слѣдуетъ: «Привакая, имѣетъ съ д-ромъ Шмелевымъ» и т. д.—до конца, приведенное въ замѣткѣ въ «Русскомъ Врачѣ» цѣликомъ. Каждому безпристрастному читателю ясно, что вся эта «вступительная часть» не болѣе, какъ совершенно пенужная фразеологія, запаничавшаяся въ послѣднихъ строкахъ, предупрежденіемъ, о чемъ будетъ рѣчь,—предупрежденіемъ, также совершенно излишнимъ, такъ какъ изъ нѣмъ слѣдуетъ самая рѣчь, дословно приведенная въ замѣткѣ въ нашей «Хроникѣ». Оупущеніе такой «вступительной части» нисколько не затеняетъ и не искажаетъ смысла рѣчи г. Терешенкова и вполне законно въ виду требуемой рамками «Хроники» краткости изложенія. Фактъ снятія съ очереди подѣлки письмомъ д-ра Шмелева вопроса о наймѣ помѣщенія для хирургическаго отдѣленія на засѣданіи санитарнаго Совѣта 12-го іюня въ связи съ ожидаемымъ отзывомъ г. Терешенкова, а 28-го іюня въ связи съ выраженнымъ послѣднимъ согласіемъ на принятіе должности старшаго врача и хирурга больницы при условіяхъ ея частичнаго ремонта, совершенно установленъ напечатанными въ № 6 «Врачебно-санитарной Хроники Рязанской губ.» «Журналами засѣданій 12-го и 28-го іюня» и совершенно безпристрастно изложено авторомъ замѣтки въ «Хроникѣ» «Русскаго Врача». Ссылка же д-ра Терешенкова на его распросъ у завѣдующаго Рязанскимъ губ. санитарнымъ Бюро и у бывшаго председателя Комиссіи по выбору кандидатовъ и пр., какъ и предложеніе намъ справиться въ Рязанскомъ уѣздномъ санитарномъ Совѣтѣ, совершенно неумѣстны въ письмѣ, посланномъ въ видѣ опроверженія замѣтки въ «Русскомъ Врачѣ», такъ какъ послѣдняя является результатомъ ознакомленія съ напечатанными въ «Врачебно-санитарной Хроникѣ Рязанской губ.» «Журналами засѣданій 12-го и 28-го іюня», а не результатомъ слѣдствія. Къ составителямъ этихъ «Журналовъ» д-ръ Терешенковъ и долженъ адресовать свои обвиненія, если считаетъ возможнымъ отрицать, что выраженное имъ, 2-мъ изъ выбранныхъ кандидатовъ, согласіе (по его собственному заявленію, еще до засѣданія санитарнаго Совѣта) принять больницу въ свое завѣдываніе заставило отложить обсужденіе вопроса о временномъ наймѣ для хирургическаго отдѣленія особаго помѣщенія—единственнаго условія, при которомъ являлась возможность сохранить для больницы 1-го кандидата, д-ра Шмелева (см. заключеніе его письма, № 40 «Русскаго Врача», стр. 1266). Совершенно не зная, какъ и авт. замѣтки въ «Хроникѣ» «Русскаго Врача», ни д-ра Терешенкова, ни д-ра Шмелева и ознакомившись съ дѣломъ, какъ и названный авторъ, только въ «Журналахъ засѣданій 12-го и 28-го іюня», мы принимаемъ изложеніе его въ «Хроникѣ» «Русскаго Врача» вполне безпристрастнымъ. Другихъ выводовъ изъ названныхъ «Журналовъ» сдѣлать нельзя.—Ред.

\*) Въ «Врачебно-санитарной Хроникѣ Рязанской губ.» (№ 6) санитарное Бюро (стр. 102) дѣлаетъ примѣчаніе. «Въ настоящее время (августъ) многое въ уѣздной больницѣ уже измѣнено». При этихъ намѣченныхъ условіяхъ, когда устроена, между прочимъ, и хорошая, новая операционная, я позволилъ себѣ оказывать хирургическую помощь, по возможности, всѣмъ обращающимся за нею въ больницу. Въ настоящее время данные о числѣ и родѣ оперативныхъ больныхъ выяснились. Выяснились и дальнѣйшія необходимыя улучшенія больницы. Съ вопросомъ о размѣрахъ и быстротѣ этихъ улучшеній связана для меня и дальнѣйшая работа врача-хирурга въ этой больницѣ. Н. Т.

«Стеной Пионер» замѣтку, касающуюся моей личности и дѣятельности въ вышеупомянутомъ городѣ. Въ виду этой замѣтки, а равно въ виду того, что редакція «Русскаго Врача», очевидно, осталась невѣдомымъ, что «исправленія» съ моей стороны послѣдовали вслѣдъ за появленіемъ вышесказанной замѣтки, снѣшу препроводить при семъ эти «исправленія», напечатанныя въ № 13 той же газеты, съ нѣкоторыми дополненіями къ нимъ и прошу Васъ дать имъ мѣсто на страницахъ «Русскаго Врача».

Для свѣдѣнія товарищей, незнакомыхъ съ положеніемъ аптечныхъ магазиновъ въ в.-медицинскомъ вѣдомствѣ, позволю себѣ сообщить, что завѣдующіе этими магазинами не врачи, а фармацевты, что на врачей въ ежегодно назначаемыхъ Коммиссіяхъ возлагается лишь ревизія магазиновъ, что матеріально врачи совершенно не заинтересованы въ этихъ учрежденіяхъ, и что председатель ревизионной коммиссіи Коммиссія, наравнѣ съ прочими членами ея, пользуется лишь правомъ голоса при разрѣшеніи возникающихъ въ Коммиссіи вопросовъ и никакого давленія на рѣшенія ихъ имѣть не можетъ, ибо каждому члену Коммиссіи представлено право, въ случаѣ несогласія, оставаться при особомъ мнѣніи.

Въ заключеніе считаю необходимымъ добавить, что 1) составляющая центръ тяжести лиризмизма моего мнѣнія фраза въ письмѣ моего къ г. Макарскому: «какое обстоятельство прошу принять во вниманіе, а равно родъ предстоящей мнѣ дѣятельности» — набрана курсивомъ по произволу автора замѣтки въ «Стеной Пионер» и въ такомъ видѣ, дѣйствительно, можетъ наводить мысль читателя на какое-то особое, сокровенное ея значеніе, котораго она на самомъ дѣлѣ не имѣла и котораго не нашелъ въ ней и самъ г. Макарский, судя по его отзывному письму ко мнѣ (см. ниже), 2) что изъ дѣла Омскаго окружнаго в.-медицинскаго Управленія исчезло донесеніе за № 10616 о моей дѣятельности, на которое указывается въ замѣткѣ «Стеной Пионера», о чемъ и сообщено мною окружному в.-медицинскому инспектору 12-го августа с. г. и что 3) уже 11-го августа с. г. мною подано прошеніе прокурору Омскаго окружнаго Суда о привлеченіи къ судебной отвѣтственности автора замѣтки «Карьера и домоовѣстность» за клевету и веденіе этого дѣла поручено мною прис. пов. того же Суда Н. В. Ломоносову, наблюденіе же за ходомъ дѣла я просилъ принять на себя Омское Отдѣленіе Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи, членомъ котораго я состою и которое, согласно своего устава, принимаетъ на себя защиту чести и добраго имени своихъ членовъ<sup>1)</sup>.

Н. Керстенъ.

Петербургъ. 2-го ноября 1906 г.

Письмо въ редакцію «Стеной Пионера» (№ 13, отъ 5-го августа).

Въ виду замѣтки невѣстнаго автора, помѣщенной въ № 3 газеты «Стеной Пионеръ» подъ заглавіемъ «Карьера и домоовѣстность», прошу редакцію не отказывать напечатать полностью мое письмо на имя г. Макарскаго, а равно отвѣтить на него, изъ коихъ станетъ яснымъ, чего я желаю и какъ понималъ мое желаніе г. Макарский.

Кромѣ того, прошу помѣстить нижеслѣдующія разъясненія. 1) За 2 комнаты, нанятые мною у г. Макарскаго, уплачено, въ присутствіи свидѣтеля, первоначально 60 р. въ мѣс. со столомъ, а затѣмъ 20 р. безъ стола<sup>2)</sup>. Прилагаемое при семъ письмѣ свидѣтеля подтверждаетъ этотъ фактъ. Я не считалъ себя въ чемъ-либо обязаннымъ г. Макарскому, такъ какъ комнаты, въ которыхъ я жилъ, ранѣе отдавались имъ въ наймы: въ нихъ задолго до моего прибытія, жили фармацевты Деллертъ, Кохъ, Паукинъ, Калей и Кондратовскій. 2) Назначенный въ апрѣлѣ минувшаго года председателемъ Коммиссіи, на которую возложена была годовая ревизія Омскаго аптечнаго магазина, я уже не считалъ удобнымъ для себя оставаться въ домѣ ревизируемаго и переселился на другую квартиру. 3) Авторъ замѣтки, очевидно, не былъ знакомъ съ г. Макарскимъ; иначе онъ зналъ-бы, что покойный былъ человѣкъ въ высшей степени вѣжливый и не позволилъ-бы ни себѣ, ни своей женѣ грубыхъ выходокъ. 4) Задолго до моего пріѣзда г. Макарский уже страдалъ болѣзью сердца и умеръ отъ припадковъ грудной жабы, что могутъ подтвердить пользовавшіе его врачи. 5) Ревизія магазина производилась въ теченіи болѣе 3-хъ мѣс., и ревизируемые имѣли достаточно времени предъявлять недостающее имущество, если-бы оно оказалось въ наличіи въ данное время. 6) Найдено далеко не все, какъ утверждаетъ авторъ замѣтки, а только 3 предмета: 27 шт. леекъ, 31 1/4 ф. гигроскопической ваты, 11 пеналовъ. Всего-же оказалось въ прошломъ году нигдѣ

<sup>1)</sup> Съ большимъ удовольствіемъ помѣщая это письмо, какъ отвѣтъ — на нашъ взглядъ, вполне удовлетворяющій — на тяжелое обвиненіе, не можешь не выразить своего крайняго недоумѣнія, почему лицо, переславшее намъ изъ Омска № 3 «Стеной Пионера», съ отвѣткой, обращавшей наше вниманіе на помѣщенію въ немъ статью, имѣвшую, казалось, благородную цѣль — послужить устраниенію являющейся современной дѣятельности, обнаруженныхъ послѣдней войной, не нашло нужнымъ переслать намъ и № 13 этой газеты, содержащей отвѣтное письмо обвиняемаго товарища? Если это случайность, — случайность очень печальная. А если умыселъ, то пусть оцѣнитъ его совѣсть веледѣвшего его. — *Ред.*

<sup>2)</sup> Изъ подлиннаго письма г. Макарскаго можно видѣть, что живя въ Омскѣ въ общемъ дешево.

<sup>3)</sup> Уплата производилась при свидѣтелѣ и, кромѣ того, обѣ уплачено мною лицамъ, которые и будутъ допрошены для производства процессуальныхъ дѣйствій. — *Н. К.*

не записаннымъ: предметовъ врачебныхъ и аптечныхъ 56, въ томъ числѣ много цѣнныхъ, 120 образцовъ тѣхъ-же предметовъ, 18 нескрывныхъ, пролежавшихъ въ магазинѣ много лѣтъ послѣднихъ, 193 экз. книгъ для отчетовъ въ военное время, законовъ, приказовъ, циркуляровъ, справочныхъ книгъ и т. д. 7) Прошлагогодовая ревизія признана правильной и законной высшими инстанціями. Это обстоятельство вполне оправдываетъ дѣйствія председателя Коммиссіи и ея членовъ д-ра Илькевича, зауряд-аптекаря Селиванскаго и старшаго фармацевта Пфейля. 8) Начесть не можеть быть сложенъ, такъ какъ для этого не имѣется основаній. Однако, онъ падаетъ не на одну только вдову Макарскаго, но и на другихъ лицъ, виновныхъ въ неурядицѣхъ по магазину, какъ пояснено въ заключеніи высшей инстанціи. 9) Въ цитируемой въ упомянутой замѣткѣ фразѣ: «Коммиссія не указываетъ, но она сама находитъ» пропущены слова «не только»; сказано было мною: «Коммиссія не только указываетъ, но она и сама находитъ предметы». Фразу эту я произнесъ, спускаясь въ подполье, откуда навлекъ нѣсколько сотъ фунтовъ нашатырнаго спирта, нѣкоторое количество веледѣнаго мыла и карболовой кислоты, которыхъ не доставало. 10) Аттестация на себя я не писалъ, такъ какъ таковая пишется собственноручно начальствомъ. Донесеніе-же въ главное медицинское Управленіе о моей служебной дѣятельности въ Сибирскомъ округѣ составлено по приказанію и указанію окружнаго инспектора, съ цѣлью поставить о ней въ извѣстность то учрежденіе, въ штатѣ котораго я числюсь. 11) По поводу Сибирскаго кадетскаго корпуса. На моемъ докладѣ о неудовлетворительности пищи для кадетъ и негодности масла, оказавшагося также лабораторіей Омскаго госпиталя, командующимъ войсками округа наложена революція: «Отчислить смотрителя». 12) Въ прекращеніи тифозной эпидеміи среди Омскаго гарнизона, въ кадетскомъ корпусѣ я, дѣйствительно, принималъ дѣятельное участіе, что и получало надлежащую оцѣнку. 13) <sup>1)</sup> Выписанныя изъ моего письма къ г. Макарскому и подчеркнутыя авторомъ замѣтки слова, которыми онъ желаетъ придать криминальное значеніе, указываютъ лишь на мое желаніе обратить особое вниманіе на то обстоятельство, что пребываніе мое въ Омскѣ — лишь временное, что по упраздненіи военно-временной должности, на которую я назначенъ, я возвращусь къ штатному мѣсту служенія, въ главное в.-медицинское Управленіе и что по роду дѣятельности, въ качествѣ врача для порученій, я не могу расчитывать на постоянное пребываніе въ Омскѣ. На эти обстоятельства я особенно напиралъ, чтобы г. Макарский имѣлъ это въ виду, подыскивая для меня квартиру. Такъ меня и понималъ г. Макарский. 14) <sup>1)</sup> Телеграмма отъ 9-го апрѣля 1906 г. за № 3068 о томъ, что все, не оказавшееся въ 1905 г., найдено, вызвана докладомъ новаго управляющаго аптечнымъ магазиномъ г. Кремневымъ; телеграмму эту слѣдуетъ считать преждевременной, такъ какъ ревизія аптечнаго магазина и пріемъ имущества его новымъ управляющимъ закончились лишь 30-го іюня сего года, когда мною и поданъ рапортъ отъ того-же числа за № 87 съ представленіемъ, подписаннымъ и г. Кремневымъ, ревизионно-передаточной вѣдомости. 15) Хаотическое состояніе магазина подробно описано въ журналѣ прошлаголетней коммиссіи. Фактически пришлось привести въ порядокъ какъ отчетность, такъ и имущество магазина, на что Коммиссія тратила очень много времени; нерѣдко занятія по магазину заканчивались во 2-мъ часу ночи, и работа производилась въ тяжелое время, такъ какъ война съ Японіей требовала большаго напряженія со стороны персонала этого учрежденія. Авторъ замѣтки привлекается мною къ судебной отвѣтственности.

Н. Керстенъ.

#### Приложенія къ письму.

1. Копія. М. Г., Казиміръ Станиславовичъ! По указанію д-ра Макарова обращаюсь къ Вамъ, какъ къ человѣку, хорошо ознакомленному съ Омскомъ, съ покорнѣйшей просьбой — не отказать сообщить мнѣ данныя объ условіяхъ жизни въ этомъ городѣ. Меня интересуютъ слѣдующіе вопросы: 1) Квартирный — можно-ли найти небольшую удобную квартиру? Насъ двое; 2) Продовольственный — дорога-ли провизія? 3) Что слѣдуетъ брать съ собою изъ мебели, кровати и пр.? 4) Гдѣ можно остановиться на первыхъ порахъ до принсканія подходящей квартиры? 5) Куда направить на временное жительство прилугу, если она пріѣдетъ ранѣе насъ? Пріѣзжаю я въ Омскъ на время войны на должность чиновника для порученій V класса и по окончаніи ея возвращусь въ главное Военно-Мед. Упр., какое обстоятельство прошу принять во вниманіе, а равно родъ предстоящей моей дѣятельности<sup>2)</sup>. Выѣду я, вѣроятно, въ концѣ февраля, почему жду отъ Васъ отвѣта въ возможно непродолжительномъ времени. Въ надеждѣ, что Вы исполните мою просьбу, имѣю честь быть Вашъ покорный слуга.

Н. Керстенъ.

2. Копія. М. Г. Николай Павловичъ! Переѣзжая изъ Петербурга, въ Омскъ возможенъ только въ экспрессѣ. Въ пассажирскихъ поѣздахъ, при страшной давкѣ въ вагонахъ, на вокзалахъ, частыхъ пересадкахъ, безсонныхъ ночахъ, за 6 дней можно заболѣть. Частныя лица въ Челябинскѣ задерживаются. На вокзалѣ страшная давка и дороговизна. Мебель, кровати не берите; ничего не посылайте черезъ транспортную контору или товарнымъ, такъ какъ получите въ Омскѣ только черезъ

<sup>1)</sup> Эти 2 пункта не были включены въ письмо въ редакцію «Стеной Пионера». — *Н. К.*

<sup>2)</sup> Купленіе автора замѣтки въ № 3. — *Н. К.*

2—3 мѣс. Въ настоящее время частные грузы на Омскъ не пропускаются, а идутъ на Тюмень, затѣмъ до Омска на лоша-  
дахъ. Поэтому пересылка грузовъ очень дорогая, и придется  
долго ждать ихъ прибытія. Квартиры хорошей, теперь зимой  
трудно достать. Вообще 4 комнаты за 50 р. можно найти  
очень приличныя. Прислуга довольно дорогая и плохая. Ку-  
харка хорошая 10 р. Весною и лѣтомъ, кромѣ говядины ни-  
чего нѣтъ. Ягодъ и фруктовъ никакихъ. Привозятъ изъ Семи-  
палатинска, очень дорого. Какъ видите, здѣсь можно устроиться  
дешевле, чѣмъ въ Петербургѣ; но только я хочу обратить  
Ваше вниманіе на тѣ обстоятельства, что изъ назначенныхъ  
2-хъ чиновниковъ V класса (какъ я слышалъ) одинъ будетъ жить въ  
Иркутскѣ, гдѣ открывается 46 пол. госпиталь, а тамъ доро-  
говизна баснословная и жизнь съ женой обойдется очень дорого.  
Съ открытіемъ же всѣхъ госпиталей дѣны, говорятъ, еще  
болѣе поднимутся. Цѣны тамъ на предметы первой необхо-  
димости ужасны, и люди проживаютъ все свое жалованье. По-  
этому Вы должны рѣшить прежде вопросъ: брать жену или  
нѣтъ? Ваша должность такая, что будете жить то въ Иркутскѣ,  
то въ Омскѣ, а то и въ развѣздахъ въ другія стороны. Все это  
будетъ зависѣть отъ нашего инспектора. Д-ръ Нарышкинъ<sup>1)</sup>  
многосемейный. Если возьмете жену съ собой, то, кромѣ  
платья, бѣлья и постельныхъ принадлежностей, ничего не  
берите. Все это привозите багажемъ, а въ товарную не сда-  
вайте, не дожидаетесь полученія. Остальное нужно купить  
здѣсь, если выяснится, что можно будетъ обзавестись квар-  
тирой. На первое время, пока не выяснится Ваше положеніе,  
могу предложить 2 комнаты большія (почти безъ мебели).  
Когда выѣдете изъ Челябинска, то съ первой станціи пришлите  
мнѣ телеграмму о времени пріѣзда въ Омскъ и вѣдете-ли съ  
женой. Пожалуйста, пріѣдете днемъ или ночью, пріѣзжайте  
обязательно ко мнѣ; буду очень радъ. Здѣсь, вѣдь, Сибирь,  
а потому не ждите ни отъ кого улыбки или радостнаго лица;  
а я, какъ мнѣ кажется, не успѣлъ осибириться; поэтому по-  
старайтесь исполнить все это съ большимъ удовольствіемъ. При-  
мите и пр. Е. Макарскій.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

2111. 3-го декабря (нашего стиля) исполняется 70-лѣтіе дня  
рожденія проф. Берлинскаго Университета Эрнста фонъ-Берг-  
мана. Мировой хирургъ и ученый, проф. Берманъ считаетъ  
Русь своею родиной и при встрѣчѣ съ русскими врачами про-  
должаетъ привѣтливо называть ихъ своими «земляками». Увы,  
его несчастная родина, далеко не богатая талантами, не сумѣла  
удержать его у себя. Мы думаемъ, что явились выразителями  
чувствъ всѣхъ отечественныхъ врачей, учившихся и учащихъ  
у проф. Бермана путемъ изустнаго или печатнаго его слова,  
если отъ лица всѣхъ ихъ вмѣстѣ съ этими строками пошлемъ  
ему къ знаменательному дню, по народному выраженію, «съ  
любовью низкій поклонъ».

2112. Глубокоуважаемый предсѣдатель Правленія Петербур-  
скаго врачебнаго Общества взаимной помощи Е. С. Боткинъ  
любезно извѣстилъ насъ, что слѣдующее засѣданіе Правленія  
Общества съ участіемъ его членовъ (товарищеская бѣсѣда)  
назначено на субботу, 18-го ноября, въ 8 час. веч., въ залъ  
главнаго Управленія Краснаго Креста (Инженерная, 9). На  
этомъ засѣданіи въ дополненіе къ докладу д-ра Г. И. Дембо—  
«Тюремныя врачи» сдѣлаетъ сообщеніе прис. пов. П. Е.  
Рейнгольцъ — «Законы и инструкции, нормирующіе дѣя-  
тельность тюремныхъ врачей. Врачебный и санитарный  
надзоръ въ мѣстахъ заключенія, не имѣющихъ штатныхъ  
врачей».

2113. Начальникъ В.Медицинской Академіи проф. А. Я.  
Данилевскій, явившійся къ военному министру 31-го октября  
для представленія резолюціи послѣдней общестуденческой  
Сходки (см. выше, № 44, стр. 1385), не былъ имъ принятъ;  
министръ ознакомился съ содержаніемъ резолюціи изъ газетъ.  
1-го ноября начальникъ Академіи получилъ предписаніе немед-  
ленно закрыть Академію со всеми ея учрежденіями впредь  
до особыхъ распоряженій. Разрѣшеніе вопроса о продолжи-  
тельности срока закрытія Академіи, а также вопросовъ объ  
экзаменахъ и стипендіяхъ, по словамъ «Рѣчи» (2 ноября), пре-  
доставлено Конференціи.

2114. «Утренняя Почта» (3 ноября) передаетъ, что В.Меди-  
цинская Академія, если Конференція профессоровъ не призна-  
етъ возможнымъ открытіе занятій, въ скоромъ времени бу-  
детъ закрыта окончательно и студентамъ предложено будетъ  
получить обратно свои бумаги. — Также газета сообщаетъ далѣе,  
будто въ военномъ вѣдомствѣ спѣшно разрабатывается проектъ  
новаго устава В.Медицинской Академіи. По новому уставу,  
Академію предполагается подчинить чисто военной дисци-  
plinѣ. Занятія въ Академіи начнутся уже при новомъ уставѣ.

2115. Конференція В.Медицинской Академіи, послѣ ряда за-  
сѣданій, посвященныхъ обсужденію вопроса объ ея дальнѣйшей  
участи, 7-го ноября, какъ сообщаетъ «Рѣчь» (8 ноября), боль-  
шинствомъ противъ 5 голосовъ постановила, не касаясь постав-  
леннаго военнымъ министромъ вопроса о гарантіяхъ, обратиться  
къ нему чрезъ посредство начальника съ просьбой немедленно  
открыть Академію.<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Другой врачъ для порученій.

<sup>2)</sup> Эти строки были уже набраны, когда мы получили извѣ-  
стіе, что Академія открыта.

2116. 3-го ноября студенты В.Медицинской Академіи не по-  
лучили своихъ стипендій («Рѣчь», 5 ноября).

2117. 5-го ноября, какъ сообщаетъ «Рѣчь» (7 ноября), въ 6  
час. утра на своихъ квартирахъ застрѣлились студентами  
В.Медицинской Академіи М. Ф. Зуевъ и М. Л. Про-  
зницкій.

2118. Проректоромъ Кіевскаго Университета избранъ проф.  
оперативной хирургіи П. И. Морозовъ.

2119. Совѣтъ профессоровъ Кіевскаго Университета, какъ со-  
общаетъ «Кіевская Рѣчь» (1 ноября), въ засѣданіи 31-го октя-  
бря постановилъ открыть Университетъ 4-ю ноября, при  
чемъ къ прежнимъ условіямъ, при которыхъ признаются воз-  
можными общестуденческія Сходки, добавлено новое—предста-  
вленіе ректору программы ихъ.

2120. «Рѣчи» (7 ноября) телеграфируютъ изъ Одессы, что об-  
щая Сходка студентовъ Одесскаго Университета въ своей резо-  
люціи заявила полную солидарность съ дѣйствіями студентами  
В.Медицинской Академіи. «Въ виду закрытія Академіи», гла-  
ситъ телеграмма, «Сходка зоветъ товарищей въ Одессу, гдѣ для  
нихъ раскрыты двери Университета».

2121. Какъ сообщаетъ «Новое Обозрѣніе» (2 ноября), въ  
Одесскомъ Университетѣ числится студентовъ, вольнослуша-  
телей и лицъ, имѣющихъ быть зачисленными въ студенты, 4173  
чел. 6-же лѣтъ назадъ, когда открывался медицинскій факуль-  
тетъ, въ Университетѣ насчитывалось всего около 600 студен-  
товъ.

2122. Въ Харьковскомъ Университетѣ, какъ сообщаютъ  
агентскія телеграммы (отъ 2-го ноября), состоялся выпускъ 60  
врачей, въ томъ числѣ 20 женщинъ. Кромѣ того, получили вра-  
чебный дипломъ 50 окончившихъ иностранные Университеты.

2123. 2-го ноября, какъ сообщаетъ «Русскія Вѣдомости» (4  
ноября), въ Московскомъ Университетѣ устроено было студен-  
ческимъ Обществомъ вспомоществованія студентамъ-естествен-  
никамъ Собраніе, посвященное памяти И. М. Счеченова. До-  
кладчиками выступили бывшіе ученики И. М. въ бытность его  
профессоромъ въ Московскомъ Университетѣ: Н. М. Шапе-  
риковъ и Н. Е. Колыцовъ. Оба докладчика познакомили слуша-  
телей съ трудами и жизнью И. М. и съ тѣми преслѣдованіями,  
какимъ подвергались научные труды его со стороны цензуры,  
видѣвшей въ его теоріяхъ и работахъ «противоправственными  
тенденціями». На Собраніи присутствовали студенты, нѣкоторые  
профессора и чч. преподаватели.

2124. По словамъ «Утренней Почты» (3 ноября), Общество  
для усиленія средствъ Женскаго Медицинскаго Института пе-  
редало Совѣту профессоровъ 2000 р. на устройство столо-  
вой для слушательницъ Института. Деньги эти поступаютъ  
въ распоряженіе Совѣта старостъ. Помѣщеніе подъ столовую  
отводится въ зданіи нынѣ упраздненнаго интерната Инсти-  
тута.

2125. О чумныхъ заболѣваніяхъ въ Забайкальской области,  
краткія извѣстія о которыхъ приносили на минувшей недѣлѣ  
агентскія телеграммы (см. выше, № 44, стр. 1389), официально  
сообщается слѣдующее: «Въ казачьемъ поселкѣ Абагайтуй (Ал-  
шинскаго уѣзда, Забайкальской области) съ 27-го сентября по  
19-ое окт. въ одной семьѣ умерли при подозрѣніи  
по чумѣ явленія 6 чел. и въ поселкѣ Манчжурія (близъ  
одноименной ж.-дорожной станціи) съ 22-го по 26-ое октября—  
2: военный фельдшеръ, прибывшій изъ Абагайтуй уже больнымъ,  
и мальчикъ, приходившій съ нимъ въ обшеніе. Установлено,  
что 1-ый изъ умершихъ въ Абагайтуй заболѣлъ послѣ употре-  
бленія въ пищу тарабаганьяго мяса. Въ поселкѣ Абагайтуй и  
Манчжурія были командированы врачи, въ томъ числѣ специ-  
листъ-бактеріологъ, которыми, согласно дѣйствующимъ прави-  
ламъ о борьбѣ съ чумою, установлено оцѣленіе войсками Аба-  
гайтуй и приняты мѣры изоляціи въ поселкѣ Манчжурія. Забо-  
лѣванія въ поселкѣ Манчжурія, на основаніи бактеріологиче-  
скаго изслѣдованія, признаны за легочную форму чумы. Изслѣ-  
дованіе подозрительныхъ случаевъ въ Абагайтуй еще не закон-  
чено. Съ 27-го минувшаго октября, по донесенію военнаго гу-  
бернатора Забайкальской области, новыхъ подобныхъ случаевъ  
заболѣванія и смерти не наблюдалось».

2126. Московская губернская земская Управа получила, какъ  
сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (2 ноября), отъ н. д. Москов-  
скаго губернатора циркуляръ относительно несовѣстимости  
состоянія на государственной службѣ съ принадлежностью  
къ политическимъ организациямъ противузаконнаго (? Ред.)  
направленія. По мнѣнію н. д. губернатора, циркуляръ Совѣта  
министровъ по означенному вопросу непосредственно относится  
какъ къ лицамъ, входящимъ въ составъ земскихъ исполнитель-  
ныхъ органовъ, избранныхъ земскими Собраніями, такъ и къ  
лицамъ, служащимъ по найму въ земскихъ учрежденіяхъ, такъ  
какъ по 124 ст. предсѣдатели и члены земскихъ Управъ счи-  
таются состоящими на государственной службѣ, а по 138 ст.  
лица, служащіе по найму, въ отношеніи должностной ответствен-  
ности приравниваются къ лицамъ, состоящимъ на государствен-  
ной службѣ. И. д. губернатора предупреждаетъ поэтому всѣхъ  
лицъ, состоящихъ на службѣ въ земскихъ учрежденіяхъ Москов-  
ской губ., что при обнаруженіи въ дѣйствіяхъ означенныхъ лицъ  
доказательствъ принадлежности ихъ къ политическимъ органи-  
зациямъ противозаконнаго направленія лица, служащіе по най-  
мамъ, будутъ привлекаемы къ ответственности, указанной въ ст.  
133—138 Пол. о зем. учр., а лица, состоящіе на службѣ по найму,  
будутъ удаляемы со службъ. Состоящіе во главѣ отдѣльных мѣст-  
ныхъ учрежденій начальствующія лица не могутъ выступать въ  
качествѣ руководителей какихъ-бы то ни было политическихъ



партий и быть председателями или членами партийных Бюро и Комитетов. Это требование непосредственно относится как к выборному составу земских Управ, так и к лицам, заведующим отдельными земскими учреждениями (больницами, школами и пр.) и будет предъявляемо к ним в том же случае, если они, состоя в означенных партийных учреждениях, не оставят добровольно службу в Земствѣ или не откажутся от участия в распорядительных органах какой-бы то ни было политической партии. Этот же циркуляр и. д. Московского губернатора разослан и во все уездные земские Управы Московской губ.

2127. «Товарищу» (2 ноября) телеграфируют из Ростова на/Д., что мѣстной Управой получено предложение градоначальника отобрать подписку отъ служащихъ, что они не принимаютъ участія въ противоправительственныхъ партіяхъ.

2128. «Рѣчь» (4 ноября) сообщает изъ Чернигова, что мѣстные губернская и уездная земскія Управы признали требование губернатора объ отобрании известныхъ подписокъ (см. выше № 44, стр. 1387) незаконнымъ и отказались какъ дать такія подписки отъ себя, такъ и предлагать ихъ служащимъ.

2129. Въ Варшавѣ арестованъ ординаторъ больницы младонца Иосифа д-ръ Красневскій (Краевскій В. Ф.—? Ред.) («Lwow-ski Tygodnik lekarski», 15 ноября).

2130. Въ «Сибирскихъ Врачебныхъ Вѣдомостяхъ» (№ 13—14) помѣщено письмо д-ра В. О. Волкова изъ с. Крутинскаго, Тюкалинскаго у., Тобольской губ., о ссыльныхъ врачахъ въ Тобольской губ. Авт., самъ одинъ изъ ссыльныхъ врачей, сообщаетъ слѣдующія свѣдѣнія о ихъ дѣятельности. Тобольскому губернатору въ концѣ июля пришло разрѣшеніе изъ департамента полиціи «допустить ссыльныхъ врачей къ замѣщенію вакантныхъ мѣстъ сельскихъ врачей тамъ, гдѣ встрѣчается потребность въ медицинской помощи». Ко времени отправки письма (23 сентября) въ Тобольской губ. всѣ ссыльные врачи, кромѣ д-ра Русакова, отказавшагося отъ мѣста и живущаго въ Ялуторовскѣ, находятся уже на мѣстахъ исполняющими обязанности сельскихъ врачей: д-ръ Улембо въ с. Исецкомъ, д-ръ Либинъ въ с. Іовлевѣ, д-ръ Куленскій въ с. Юргенскомъ, д-ръ Диркшвицъ въ Викуловѣ, д-ръ Рено въ Демьянскѣ, д-ръ Фруминъ въ Самарскомъ, д-ръ N (въ рукописи, присланной въ редакцію «Сибирскихъ Врачебныхъ Вѣдомостей», былъ пропускъ) въ Сургутѣ и д-ръ Волковъ въ Крутинскомъ. Въ Тобольской губ. 33 сельскихъ лѣчебницы, изъ нихъ 8—1-го разряда (на 10 кроватей) и 24 — 2-го (на 6). И всѣ онѣ, по свѣдѣтельству автора письма, являются лѣчебницами «нижшаго разряда» по отношенію къ центральнымъ лѣчебнымъ заведениямъ—Тобольской больницѣ. Приказъ общественнаго призрѣнія и нѣкоторымъ уѣзднымъ. Въ нихъ совершенно невозможна хирургическая работа въ полномъ объемѣ, невозможна и изоляція, а слѣд. и пользованіе на койкѣ требующихъ изоляціи больныхъ. Чисто бюрократическимъ путемъ изъ центра, по числу амбулаторныхъ больныхъ за годъ, не считаясь съ бытовыми центрами и условіями сообщенія, руководясь разъ принятымъ шаблономъ, опредѣлялось, гдѣ быть лѣчебницѣ 1-го разряда, гдѣ 2-го, т. е. гдѣ выдать 1500 р. въ годъ на содержаніе 10 койекъ и гдѣ 900 на содержаніе 6. Постройка здавій, очевидно, производилась тѣмъ-же порядкомъ: центральнаго усмотрѣнія, ибо постройки, въ общемъ недурныя, указываютъ наглядно (своею непригодностью къ лѣчебнымъ цѣлямъ), что врачи не принимали никакого участія въ разработкѣ плана лѣчебницъ. Напоказавшись здѣсь на всѣ тѣ черты въ построении сельской медицины, которыя признаются отрицательными всѣмъ долголѣтнимъ опытомъ земской медицины,—централизація медицинской помощи, ея шаблонность безъ всякой приспособляемости къ мѣстнымъ условіямъ, полное отсутствіе личнаго почина врачей, отсутствіе коллегиальности, авт. письма предвидитъ для себя и для товарищей цѣлый рядъ препятствій на пути къ достиженію скромнаго земскаго идеала постановки деревенской помощи. Необходимость считаться съ указанными неблагоприятными условіями дѣятельности не дадутъ возможности, по его мнѣнію, случайно заброшеннымъ сюда людямъ развить всю ту работу, на которую каждый изъ нихъ способенъ. Условія эти могутъ быть видоизмѣнены лишь рядомъ лѣтъ совместной коллегиальной и гласной работы мѣстныхъ представителей населенія и сельскихъ врачей. Свою задачу д-ръ Волковъ видитъ въ завоеваніи у населенія довѣрія къ себѣ и доставленія ему, хотя въ немногихъ случаяхъ, рациональной медицинской помощи. «Отъ этого, говорить онъ, во всякомъ случаѣ поднимется регистрационная функція лѣчебницъ, поднимется цифровой и, можетъ быть, казуистическій матеріалъ, и отчетливѣе и выпуклѣе станутъ всѣ ужасные недочеты въ дѣлѣ охраненія народнаго здоровья. Собираніемъ и опубликованіемъ такого матеріала мы сможемъ внести отъ себя, какъ отъ специалистовъ, лишній голосъ въ пользу скорѣйшаго введенія въ Сибирь земскихъ учрежденій на широко демократическія начала».

2131. На дняхъ, какъ сообщаетъ «Око» (31 октября), въ амбулаторіи для безработныхъ въ Петербургѣ произведенъ былъ обыскъ. Полиція, перерывъ всѣ лѣкарства и перевязочный матеріалъ, арестовала фельдшерицу, заведующую амбулаторіей, и переписала всѣхъ врачей, работающих въ ней.

2132. «Око» (31 октября) утверждаетъ, что «нѣсколько дней назадъ союзъ русскаго народа, въ лицѣ его представителя д-ра Дубровина, получилъ-таки субсидію въ размѣрѣ 75000 р.» Тамъ-же отмѣчается интересный фактъ, «что вмѣстѣ съ появившимся въ печати слухами объ отказѣ въ субсидіи главный органъ союза «Русское Знамя», какъ-бы въ подтвержденіе этихъ слуховъ, поднималъ противъ Министерства пѣлу бурю».

2133. Занимаемъ изъ приводимыхъ г. Кауфманомъ въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (2 ноября), въ статьѣ — «Переселенческая смѣта», выдержку изъ объяснительной записки переселенческаго Управленія къ смѣтнымъ предположеніямъ на 1907 г. даннымъ относительно обезпеченія переселенцевъ медицинскою помощію. Въ Акмолинской области на 1 врача приходится 59000 душъ и 34000 кв. верстъ, въ Тобольской губ. 1 больница на 57000 чел. Конечно, по справедливому замѣчанію авторовъ записки, такое положеніе дѣла равносильно почти полному лишенію новоселовъ медицинской помощи, между тѣмъ они ощущаютъ въ ней особую нужду, въ виду непривычныхъ климатическихъ условій Сибири и антигигіенической обстановки, въ которой имъ приходится жить до постройки здоровыхъ жилищъ.

2134. Въ волынско-экономическомъ Обществѣ на засѣданіи Комитета по оказанію помощи голодающимъ 28-го октября д-ръ Хиженниковъ, какъ сообщаетъ «Око» (31 октября), показалъ образцы хлѣба изъ разныхъ уѣздовъ голодающихъ губерній, признавшаго Петербургской городской лабораторіей не только негоднымъ, но и вреднымъ для здоровья. Кромѣ того, показаны были образцы пшеницы, которой продовольственный Комитетъ хотѣлъ снабдить Самарскую губ. для обмѣненія и которую, въ виду излишества содержанія зерна и массы хуколы, Самарское Земство забракowało.

2135. Какъ сообщаетъ «Новое Обозрѣніе» (2 ноября), по предварительнымъ телеграфнымъ свѣдѣніямъ, полученнымъ главнымъ Управленіемъ неокладныхъ сборовъ и казенной продажи питей отъ казенныхъ Палатъ, отъ казенной продажи питей поступило въ доходъ казны по Европейской Россіи въ теченіи сентября 1906 г. 57.864.772 р., болѣе противъ поступленія за сентябрь 1905 г. на 7.680.235 р. Съ начала 1906 г. по 1-ое октября поступило отъ казенной продажи питей въ доходъ казны всего 457.825.375 р., болѣе противъ поступленій прошлаго года на 53.361.307 р.

2136. Глубокоуважаемое Правленіе Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова прислало намъ для напечатанія слѣдующее обращеніе, разосланное имъ всѣмъ Московскимъ и провинціальнымъ медицинскимъ Обществамъ: «23-го ноября текущаго года исполняется 25 лѣтъ со дня кончины Николая Ивановича Пирогова. Правленіе Общества, соединяющаго всѣхъ русскихъ врачей подъ знаменемъ, на которомъ написано имя этого великаго русскаго врача, педагога и гражданина, не могло не остановить своего вниманія на этомъ днѣ. Какъ, повидимому, ни неблагоприятенъ для чествованія памяти дѣятелей прошлаго времени настоящій моментъ, когда всѣ активныя общественныя силы такъ отвлечены отъ воспоминаній прошлаго освободительной борьбой, тѣмъ не менѣе Общество и въ такіе моменты не можетъ, не должно, не имѣетъ права забывать славныхъ дѣятелей прошлаго времени, посвятившихъ жизнь свою наукѣ и обществу, тоже страдавшихъ, борющихся, полагавшихъ душу свою за други своя и тоже испытывавшихъ преслѣдованія. Формы, приемы и условія общественной дѣятельности въ разное время бываютъ неодинаковы; но это ничуть не умаляетъ заслугъ общественныхъ борцовъ передъ потомствомъ. Воспоминанія о ихъ жизни и дѣятельности всегда поучительны, и ихъ примѣръ часто служитъ для послѣдующихъ поколѣній источникомъ, изъ котораго они черпаютъ новыя силы на новыя подвиги. Исходя изъ изложенныхъ соображеній, Правленіе Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова возбудило вопросъ объ ознаменованіи дня 23-го ноября устройствомъ торжественнаго публичнаго соединеннаго Собранія членовъ всѣхъ врачебныхъ, педагогическихъ и ученыхъ Обществъ Москвы. На этомъ Собраніи, кромѣ рѣчей, посвященныхъ памяти Н. И. Пирогова, прочтены будутъ краткія привѣтствія, телеграммы и постановленія, принятыя отдельными Обществами, столичными и провинціальными, и общественными организаціями. Правленію, однако, нашло, со своей стороны, недостаточнымъ ограничиться въ чествованіи памяти великаго учителя однимъ только переходящимъ торжествомъ рѣчей и привѣтствій, а признало необходимымъ сдѣлать попытку закрѣпить память о немъ въ потомствѣ такимъ практическимъ общественнымъ начинаніемъ, которое въ реальной формѣ вѣчнаго памятника связало-бы славное имя Н. И. Пирогова съ непрерывно растущему созидательно научно-общественною дѣятельностью всѣхъ будущихъ поколѣній. Такимъ памятникомъ могло-бы быть созданіе въ Москвѣ «Дома имени Н. И. Пирогова». Мысль о такомъ «Домѣ» не нова. Впервые она была высказана еще проф. А. М. Мамневымъ въ рѣчи его при открытіи памятника Н. И. Пирогова 3-го августа 1897 г. Найдя горячій откликъ среди членовъ Правленія Пироговскаго Общества, мысль о «Домѣ имени Н. И. Пирогова» подверглась затѣмъ дальнѣйшему развитію въ связи съ одновременно возникшимъ предложеніемъ Общества русскихъ хирурговъ въ Москвѣ объ учрежденіи «Центральной медицинской бібліотеки». Согласно разработанному особую Комиссіей проекту устройства «Дома», одобренному Пироговскими Сѣздами, онъ долженъ быть объединяющимъ центральнымъ научно-вспомогательнымъ и справочнымъ медицинскимъ учрежденіемъ для всѣхъ русскихъ врачей. Въ немъ должна помѣщаться проектируемая «Центральная медицинская бібліотека» съ читальными залами для занятій. Онъ долженъ обезпечить Всероссійскому Пироговскому Обществу всѣ необходимыя помѣщенія для его учрежденій. Медицинскія Общества Москвы могли-бы также найти себѣ въ «Домѣ» помѣщенія какъ для своихъ засѣданій, такъ и для своего книжнаго и музейнаго имущества. Наконецъ, «Домъ» могъ-бы также обслуживать нѣкоторыя нужды и педагогическаго міра. Для сооруженія и содержанія въ надлежащей исправности отвѣчающаго перечисленнымъ

потребностям задания требуются денежные средства, и средства значительны, на изыскание которых Правление имеет прямое поручение послышного IX-го Пироговского Съезда. Разумеется, чтобы даже только приступить к этому делу и положить хотя бы первое начало практическому его осуществлению, нужны жертвы, нужны жертвователи и нужно, конечно, время. Участие в этом деле коллегальных общественных медицинских организаций могло бы выразиться, по местным условиям, в различных формах, напр., в виде единовременного сбора сумм по подписке, в виде правыхных периодических %ных отчислений, путем широкого распространения идеи о «Пироговском Доме» в не-врачебных кругах с целью привлечение пожертвованной и пр. Кроме того, пользуясь случаем, Правление Общества, основанного в память *Н. И. Пирогова*, не может не напомнить всем русским врачам о том, что, только благодаря их активному участию и поддержке, Пироговское Общество и впредь будет иметь возможность жить и развиваться, объединяя все русские врачебные силы в общей творческой работе на пользу родной страны. К сожалению, в периоды между Съездами, число членов в нашем Обществе до сих пор крайне невелико, и Обществу грозит серьезный финансовый кризис, если в ближайшем времени не удастся устроить Съезда. В виду этого Правление обращается ко всем врачам, кому действительно дорого дальнейшее существование Пироговского Общества, с предложением вступить в число его членов. Довода о всем вышесказанном до Вашего сведения для доклада председателюемому Вами Обществу, Правление просит Вас ко дню предполагаемого чествования памяти *Н. И. Пирогова* не отказать ему в сообщении тех постановлений, какие будут приняты Обществом по существу заключающихся в настоящем обращении предложений<sup>1)</sup>. В виду того, что торжественное публичное Собрание устраивается Пироговским Обществом, которое при участии представителей некоторых Московских Обществ уже выработало программу и наметило лиц для произнесения речей, Правлению необходимо знать заблаговременно состав депутации для произнесения соответственного приветствия и вообще число членов Общества, желающих присутствовать на чествовании, чтобы прислать Вам соответственное число билетов для входа на Собрание. Для решения же некоторых вопросов о практическом осуществлении Собрания 23-го ноября необходимо устроить еще одно Собрание Правления Пироговского Общества с представителями других Обществ, желающих участвовать в чествовании, почему Правление и просит одного из представителей Вашего Общества пожаловать на это Собрание, которое состоится 12-го ноября, в 8 час. веч. в конторѣ Правления (Арбат, Денежный пер., д. 23, кв. 5).

2137. Глубокоуважаемый *А. О. Коки*, как мы слышали, изъявил любезное согласие принять участие в торжественном, в память *Н. И. Пирогова*, соединенном заседании всех Петербургских научных врачебных Обществ, 23-го ноября, в залѣ Музея Пирогова (Б. Сампсониевский, 2), и прочтет на нем речѣ на тему—*«Нравственный облик Пирогова»*. Кроме *А. О.*, в том же заседании прочтет речѣ проф. *Н. А. Вельяминов* под заглавием—*«Пирогов и вопросы частной помощи на войну»*.

2138. Къ послѣднему № «Врачебной Хроники Харьковской губ.» приложенъ «Общій очеркъ противохоле́рийнаго мѣропріятія Харьковскаго Земства въ 1905 г.». Кроме общаго обзора всей дѣятельности Харьковскаго Земства по борьбѣ съ холерой, въ очеркѣ содержатся отчеты всехъ уѣздныхъ Земствъ, а также врачебно-родоохранительныхъ и лечебно-наблюдательныхъ пунктовъ. Кроме того, въ отчетѣ имеются интересныя страницы, посвященные перепискѣ между Харьковской губернской Управой и мѣстными губернаторомъ по вопросу о пресловутыхъ правилахъ 11-го августа. Переписка эта живо воскрешаетъ въ памяти недавнее прошлое, кажушееся теперь уже давно минувшимъ. Губернаторъ въ своемъ бюрократическомъ величіи, надъ которымъ такъ зло посмѣялась дальнѣйшая исторія, подтверждаетъ невозможность правилъ и заявляетъ, что «неисполнение ихъ никакимъ образомъ не можетъ быть допущено». Земство же, успѣвшее уже сбросить съ себя страхъ передъ начальствомъ, заявляетъ губернатору, что, если на возбужденное ходатайство не послѣдуетъ положительнаго отвѣта, то Харьковскія Земства, все равно, будутъ вести дѣло борьбы съ холерой по своему усмотрѣнію, совершенно игнорируя санитарно-исполнительныя Комиссіи и правила 1903 г. о принятіи мѣръ къ прекращенію холеры. Всего на противохоле́рийнаго мѣропріятія Харьковскимъ Земствомъ было израсходовано въ отчетномъ году около 50000 р. По поводу этихъ расходовъ въ отчетѣ справедливо сказано: «Кто не хочетъ этихъ расходовъ, кто исполнитъ правильно считаетъ ихъ во многомъ непроизводительными, тотъ долженъ стремиться къ развитію и усовершенствованію планомерной дѣятельности, къ расширенію постоянныхъ организаций. Только тогда временныя мѣры, въ родѣ принятыхъ въ ожиданіе холеры въ прошломъ году, окажутся излишними; только тогда можно называть ихъ вещь-образными и ненужными; пока-же Земства всегда въ такіе тревожные моменты штрафуются за недостаточное вниманіе къ нуждамъ населенія въ обычное время».

2139. Какъ передаетъ «Утренняя Почта» (3 ноября), въ послѣднемъ засѣданіи ветеринарнаго Комитета подавляющимъ

большинствомъ присутствовавшихъ членовъ постановлено ходатайство предъ Министерствомъ народнаго просвѣщенія и внутреннихъ дѣлъ объ учрежденіи въ Петербургѣ высшаго въ Имперіи ветеринарнаго научно-учебнаго заведенія «Высшійхъ ветеринарныхъ Курсовъ для ветеринарныхъ врачей». Въ томъ-же засѣданіи постановлено ходатайствовать о назначеніи Комиссіи для пересмотра положенія о ветеринарномъ Управленіи и ветеринарномъ Комитетѣ съ цѣлью кореннымъ образомъ реформировать эти учрежденія, въ настоящее время объединяющія все управленіе ветеринарной частью въ Имперіи.

2140. Министерство народнаго просвѣщенія, какъ передаетъ «Харьковскія Вѣдомости» (28 октября), отклонило ходатайство Харьковскаго Ветеринарнаго Института о разрѣшеніи принимать въ число студентовъ Института окончившихъ курсъ въ кадетскихъ корпусахъ, среднихъ сельско-хозяйственныхъ и земледѣльческихъ училищахъ съ обязательствомъ сдачи экзамена по латинскому языку въ объемѣ, требуемомъ § 30 положенія о ветеринарныхъ Институтахъ, въ теченіи перваго учебнаго года.

2141. Въ недавно появившемся въ печати «Отчетъ о дѣятельности бактериологическаго Института Харьковскаго медицинскаго Общества за 1905 г.» приводятся, между прочимъ, слѣдующія данныя. За отчетный годъ Институтъ приготовилъ 126931 флаконовъ противодифтеріальной сыворотки, 1815 противострептококковой, 692 противоскарлатинной, 351 противодифтеріальной; кроме того, Институтъ приготовилъ противохолерную вакцину (по способу *Kolle*). Рядомъ съ бактериологическими работами шла научная и педагогическая дѣятельность Института. Въ Институтѣ были прочтены рядъ лекцій по азиатской холерѣ для студентовъ и врачей. Лекціи эти были изданы въ видѣ особаго «Сборника», поступившаго затѣмъ въ продажу. Институтъ въ лицѣ д-ра *Коршуна* принялъ участіе въ I-мъ «Съѣздѣ представителей русскихъ Университетовъ и общественныхъ бактериологическихъ Институтовъ», происходившемъ въ Москвѣ 5-6-го февраля 1905 г. Въ мартѣ того-же года Институтъ въ лицѣ д-ра *Недришайлова* принималъ участіе въ холерномъ Съѣздѣ, созванномъ Пироговскимъ Обществомъ. Наконецъ, за отчетный періодъ при Институтѣ произведено 240 профилактическихъ прививокъ противъ холеры. Изъ работъ, вышедшихъ въ 1905 г. изъ Института, укажемъ слѣдующія: «Проф. *В. П. Крыловъ*. Къ вопросу объ эпидеміи затылочной судороги въ Лодзи и Петербургѣ»; «Д-ръ *Острикинъ* и д-ръ *Губерманъ*. Отчетъ о командировкѣ для изученія эпидеміи тарагановъ и исследований чумныхъ заболеваний въ предѣлахъ Забайкальской области»; «Проф. *Проускицъ*. Современный діагнозъ холеры. Переводъ съ немецкаго студ. *Успенскаго*». Завѣдывалъ Институтъ проф. *В. П. Крыловъ*, помощниками его были—д-ра *Коршунъ*, *Недришайловъ* и *Острикинъ*.

2142. Въ отвѣтъ на открытое письмо врачей Преображенской больницы (см. выше, № 43, стр. 1055) врачи психіатрической клиники Московскаго Университета просятъ насъ сообщить, что въ настоящее время *дѣло о конфликѣхъ изъ с. проф. В. П. Сербскимъ* находится на разсмотрѣніи третейскаго Суда и дорѣшенія Суда они не находятъ возможнымъ излагать фактическую сторону дѣла.

2143. По сообщенію «Врачебно-санитарной Хроники Харьковской губ.» (№ 7—8) въ концѣ іюля былъ раненъ дробью врачъ Поповскаго межуѣзднаго участка Харьковскаго губернскаго Земства *П. Е. Ветуховъ*. Дробины осыпали лѣвую сторону передней части тѣла *П. Е.*, попали ему въ грудь, животъ и лѣвую руку. Положеніе его было серьезно, такъ какъ было ранено легкое (кровохарканье, одышка, подкожная эмфизема), а можетъ быть, и брюшина (сильныя боли въ животѣ, икота). Телѣ *П. Е.* оправился, хотя работоспособность руки его очень ослаблена, и взялъ 2-мѣсячный отпускъ для восстановленія здоровья. Причины и виновники покушенія на его жизнь не обнаружены. Выстрѣлъ былъ произведенъ изъ-за угла дома, изъ кустовъ, на разстояніи 25—30 шаговъ, вечеромъ, при возвращеніи *П. Е.* домой. Предполагаютъ, что причиной была личная месть со стороны родственника одного умершаго, бывшаго больнаго *П. Е.*; но примыхъ уликъ нѣтъ, и говорить объ этой причинѣ скорѣе за отсутствіемъ какихъ-либо ныхъ. Мѣстное крестьянское Общество поднесло *П. Е.* адресъ, принятый на волостномъ Сходѣ. Въ адресѣ выражается негодованіе по поводу «заодѣйскаго» покушенія, благодарность *П. Е.* за добросовѣстное, самоотверженное отношеніе его къ обязанностямъ и за то, что онъ не прельстился выгодами и удобствами городской службѣ и отдалъ свой трудъ обездоленной деревнѣ; въ заключеніе выражается просьба не покидать своего мѣста. Исполнить эту просьбу *П. Е.* не счелъ, однако, возможнымъ: печальное происшествіе такъ удручало подвѣдствовава на него и на его семью, что остаться въ Поповкѣ онъ не пожелалъ и перешелъ въ другой межуѣздный участокъ.

2144. Д-ръ *W. Lasocki* изъ Наленчова замышлялъ 12000 р. на устройство земледѣльческой школы («Przegląd lekarski», 10 ноября).

2145. Мы слышали, что Петербургская городская Управа разсмотрѣла проектъ арх. Кочетова объ устройствѣ мѣра и въ принципѣ одобрила его. Стоимости мѣра, по проекту, около 300000 р. Построенъ онъ будетъ на Васильевскомъ Островѣ.

2146. Д-ру *М. И. Перельману*, покинувшему Астрахань, посвящено въ «Астраханскомъ Листкѣ» (20 октября) несколько теплыхъ строкъ.

2147. Председателемъ Астраханскаго санитарнаго Общества

<sup>1)</sup> Вся дальнѣйшая часть обращенія, въ которой говорится о торжественномъ Собраніи 23-го ноября въ Москвѣ, направлена только въ медицинскія и ученые Общества Москвы.

набранъ д-ръ Н. Я. Шмидтъ («Астраханскій Листокъ», 24 октября).

2148. 1-го ноября въ Киевѣ тепло чествовали д-ра М. Л. Бармала по поводу 25 лѣтъ его службъ участковымъ врачомъ на Московско-Кіево-Воронежской ж. дорогѣ. Въ «Кіевскомъ Голосѣ» (3 ноября), откуда мы заимствуемъ это извѣстіе, приведены подробности этого праздника.

2149. 3-го ноября Кіевское Общество помощи больнымъ отпраздновало 15-лѣтіе своего существованія. Общество имѣетъ уже собственное помѣщеніе, гдѣ устроена обширная амбулаторія.

2150. Въ присланномъ намъ недавно годовомъ обзорѣ по земской медицинѣ и заболеваемости населенія Александрійскаго уѣзда, Херсонской губ. за 1904 г. заключаются, между прочимъ, данныя: 1) объ организаціи земско-медицинской помощи въ уѣздѣ; 2) объ обезпеченности населенія врачебной помощью; 3) о дѣятельности земско-медицинскихъ учрежденій; 4) о заболеваемости населенія; 5) о стоимости содержанія медицинской части; 6) о числѣ больныхъ, пользовавшихся фельдшерами; 7) о движеніи населенія. Вотъ нѣсколько цифръ, характеризующихъ земскую медицину въ Александрійскомъ уѣздѣ. Въ 1904 г. въ уѣздѣ было 13 участковъ, съ среднимъ числомъ жителей въ 37,3 тыс. и съ среднимъ протяженіемъ въ 610 кв. в. Въ этихъ 13 участкахъ имѣлось 11 больницъ съ 305 койками. 9 больницъ построены изъ камня и обмазаны глиной, 1—кирпичная и 1—деревянная. Среди персонала участка имѣется 67,9% ротныхъ фельдшеровъ. Амбулаторныхъ больныхъ обращалось въ отчетномъ году 270,58 на 1000 населенія, кожныхъ 15,85. Общее число амбулаторныхъ больныхъ во всѣхъ 13 участкахъ въ отчетномъ году было 136000, число обращеній 165500, отношеніе числа посѣщеній къ числу больныхъ 121:100. Акушерская помощь была оказана въ 602 случаяхъ, общее же число родовъ въ уѣздѣ 28600. Число осповириватѣй было 32 на 1000 населенія; расчетъ показываетъ, что при этомъ 17 дѣтей на 1000 остались непривитыми. Противудифтерійной сыворотки израсходовано въ отчетномъ году 3540 флаконовъ, при чемъ дифтеріи въ уѣздѣ зарѣгистрированы въ 1704 случаяхъ.

2151. Херсонскій губернский санитарный Совѣтъ, какъ сообщаютъ «Одесскія Новости» (31 октября), призналъ необходимымъ организовать производство постоянныхъ бактериологическихъ изслѣдованій при санитарныхъ Отдѣленіяхъ всѣхъ земскихъ Управъ Херсонской губ. Совѣтъ одобрилъ также предложеніе д-ра П. Н. Дмитріева объ устройствѣ Отдѣленій по приготовленію противудифтерійной сыворотки въ земской дачѣ въ Холодной Балкѣ, на что потребуются ассигнованіе 30000 р.

2152. Какъ передаютъ Харьковскія Вѣдомости (29 октября), земскими врачами Харьковской губ. возбужденъ вопросъ о настоятельной необходимости открытія родильныхъ пріютовъ въ деревняхъ повсемѣстно при земскихъ лечебницахъ. Тамъ, гдѣ эти пріюты устроены (въ Волчанскомъ, Сумскомъ уѣздахъ), населеніе оцѣнило ихъ по достоинству и охотно пользуется ихъ услугами. По статистическимъ даннымъ % родовспоможеній въ пріютахъ за 7 лѣтъ увеличился въ 2½ раза.

2153. Изъ с. Александровки, Ростовскаго округа, сообщаютъ «Новому Обзорѣ» (2 ноября), что уже болѣе ½-года назадъ врачъ мѣстной земской больницы, обслуживающей огромный районъ, перешелъ на службу въ п. Азовъ, и съ тѣхъ поръ должность врача вакантна, а населеніе въ нѣсколько десятковъ тысячъ, разбросанное на огромномъ пространствѣ, остается безъ врачебной помощи. Людямъ, болѣе состоятельнымъ, приходится обращаться за помощью въ Азовъ, а бѣдняки, которыхъ, конечно, подавляющая масса, принуждены довольствоваться знаніями различныхъ знахарей, шептухъ и бабокъ. Въ августѣ областный врачебный инспекторъ производилъ ревизію больницы, но это не помѣшало послѣдней пребывать и до сихъ поръ безъ врача.

2154. «Новое Обзорѣ» (29 октября) отмѣчаетъ слѣдующій «куръезъ» изъ области Одесскаго городского хозяйства (Одесскаго-ли только?—Ред.). Городская Управа никакъ не хочетъ считаться съ временемъ и выдаетъ изъ года въ годъ старой городской больницы ассигнованіе на 600 больныхъ. Въ больницу же въ дѣйствительности числятся теперь 1316 больныхъ и, кромѣ того, до 100 чел. въ клиникахъ. Такимъ образомъ, чтобы накормить излечивъ въ 816 больныхъ, не признаваемыхъ городской смѣтой, контора городской больницы прибѣгаетъ къ спасительному «перерасходу». Къ будущему году эта статья городского хозяйства вмѣстѣ съ другими принесетъ городу около 1.000.000 р. дефицита.

2155. Въ Киевѣ, какъ сообщаетъ «Кіевская Рѣчь» (1 ноября), вслѣдствіе «недосмотра» (! Ред.) судебного слѣдователя, выяснившегося лишь во время разбирательства дѣла въ окружномъ Судѣ, одинъ мухомѣлой, обвинявшійся въ бродяжничествѣ, просидѣлъ въ тюрьмѣ съ 6-го мая по 25-ое октября, т. е. около ½-года.

2156. Низшіе служители при клиникахъ и др. помѣщеніяхъ медицинскаго факультета Одесскаго Университета рѣшили, какъ сообщаетъ «Новое Обзорѣ» (3 ноября), обратиться къ ректору Университета съ ходатайствомъ объ улучшеніи ихъ матеріальнаго положенія.

2157. По послѣднимъ официальнымъ свѣдѣніямъ, въ Индіи съ 9/ix по 6/x заболѣла чумою 25996 чел. и умерли отъ нея 20218; за предыдущія 4 недѣли (12/ви—8/х) заболѣвшихъ было 12942 (вдовѣ меньше), а умершихъ 9321 (тоже).

2158. Въ Львовскомъ Университетѣ (Галиція) съ 1-го по 20-ое декабря (н. ст.) текущего года было записано въ практическіе курсы для врачей.

Въ курсахъ примутъ участіе почти всѣ профессора и чл.-преподаватели медицинскаго факультета Университета. Записи на курсы отъ 26-го ноября по 1-ое декабря принимаютъ проф. Władysław Szymborski (Lwow, Ul. Pańska, 1/4).

2159. Алкоголизмъ, какъ оказывается, свилъ прочное гнѣздо и въ Германіи, не щадя и студенчества. Ректоръ Вольпскаго Университета проф. Grafe, какъ передаетъ «Русскія Вѣдомости» (5 ноября), произнесъ передъ вновь принятыми студентами рѣчь о вредѣ алкоголя.—«одного изъ самыхъ опасныхъ враговъ академической свободы». Вредъ, который онъ причиняетъ нѣмецкому народу, по его словамъ, неизмѣримъ, какъ въ хозяйственномъ, такъ и въ гигиеническомъ отношеніяхъ. Ежегодно на спиртные напитки тратится болѣе 3000 милл. мар., и число жертвъ алкоголя въ больницахъ и въ домахъ для умалишенныхъ прямо ужасающее. Къ сожалѣнію, Университеты, будто-бы, являются разсадниками пьянства. «Пьяный нѣмецкій студентъ—одна изъ типичныхъ фигуръ юмористическихъ журналовъ». Ректоръ настойчиво совѣтовалъ студентамъ бороться съ этимъ зломъ, принявшимъ въ германскихъ Университетахъ опасные размѣры.

2160. Въ «Gazette des hôpitaux» (25 октября) передается сообщеніе д-ра Herschall'a («Lancet», 28 июня) объ одномъ случаѣ идіосинкразіи къ белку яйца. 26-лѣтняя женщина не могла ѣсть не только яицъ, но и вообще какого-либо кушанья, содержащаго яйца. Уже чрезвычайно малые количества этого продукта вызывали тяжкія явленія. Въ 10-мѣсячномъ возрастѣ она едва не погибла отъ попытки ввести въ ея пищу яйца при явленіяхъ ригидности мышцъ и синюхи. И такая идіосинкразія все время держится очень стойко. Уже количества въ 4 грм. оказываются достаточными, чтобы вызвать раздраженіе горла съ болью въ надчервной области и рвотой и съ послѣдующими то поносомъ, то упорнымъ запоромъ. Курьезно, что приложеніе маленькаго кусочка яичнаго бѣлка къ кожѣ вызываетъ уже чрезъ ½-часа образование папулы. Всѣ органы этой особы здоровы; моча бѣлка не содержитъ; нѣтъ никакихъ и пищеварительныхъ расстройствъ. Автору удавалось предотвращать припадки назначеніемъ больной, охваченной выходящей изъ здоровья, послѣ пріема содержащей яйца пищи, въ видѣ противоядія, растительнаго угля.

2161. Умерли: 1) 13-го октября Алексій Васильевичъ Троицкій, родившійся въ 1856 г., а званіе врача получившій (въ Московскомъ Университетѣ) въ 1882 г. Со времени окончанія курса покойный въ теченіи 24-хъ лѣтъ непрерывно исполнялъ тяжелую обязанность земскаго врача сначала на пунктахъ Мышкинскаго уѣзда, Ярославской губ., а послѣдніе годы въ самомъ Мышкинѣ, завѣдуя здѣсь больницей. За послѣднее время постепенно стала развѣриваться общественная дѣятельность покойнаго, и въ началѣ текущаго года онъ былъ избранъ председателемъ Мышкинской уѣздной земской Управы. Оставивъ такимъ образомъ должность земскаго врача, А. В. не бросилъ медицину и до послѣдняго времени, не смотря на тяжелую болѣзнь (аневризмы аорты?), оказывалъ помощь населенію. Какъ брату покойнаго, мнѣ неудобно входить въ оцѣнку его врачебныхъ и нравственныхъ качествъ. Скажу лишь, что онъ пользовался большой популярностью, въ особенности какъ акушеръ. Что касается его общественной дѣятельности, то она оцѣнена Земствомъ, давшимъ ему почетное мѣсто, на которомъ онъ энергично работалъ, пользуясь довѣріемъ, особенно крестьянскаго, населенія (Сообщено ч. пр. П. В. Троицкимъ).—2) 30-го октября, въ Казани, проф. фармакологіи Константинъ Федоровичъ Архангельскій («Волжскій Листокъ», 1 ноября), родившійся въ 1870 г., а званіе врача получившій въ 1895 г.—3) 30-го октября, въ Киевѣ, скоропостижно во время пріема больныхъ, Соломонъ Борисовичъ Быховскій («Кіевская Рѣчь», 31 октября), родившійся въ 1864 г., а званіе врача получившій въ 1891 г. Покойный основалъ въ Киевѣ безплатный родильный пріютъ, при которомъ была учреждена школа для акушеровъ.—4) 2-го ноября, въ Петербургѣ, Николай Александровичъ Вильчковскій, родившійся въ 1825 г., а званіе врача получившій въ 1848 г. Покойный принадлежалъ къ числу старѣйшихъ столичныхъ хирурговъ и долгое время состоялъ главнымъ врачомъ Николаевскаго военнаго госпиталя. Въ этой послѣдней должности онъ немало содѣйствовалъ дѣлу высшаго женскаго медицинскаго образованія въ Россіи, ибо въ это время Женскіе Врачебные Курсы помѣщались въ Николаевскомъ госпиталѣ. Н. А. одно время состоялъ преподавателемъ на этихъ Курсахъ.—5) Въ Могилиборжикахъ, Люблинской губ. Вацлавъ Казимировичъ Щенсновичъ («Kronika lekarska», 1 ноября), родившійся въ 1873 г., а званіе врача получившій въ 1901 г.—6) Врачъ 120-го Серпуховскаго пѣхотнаго полка Павелъ Дмитріевичъ Пономѣевъ («Сегодня», 6 ноября), родившійся въ 1873 г., а званіе врача получившій въ 1899 г.

Опечатки. Въ № 44, въ письмѣ М. Г. Штейнберга—«Лѣтнія впечатлѣнія. 6-ая врачебно-научная поездка», на стр. 1375, столб. 1, строка 4 сл. напечатано: «строфанта Behring'a»; слѣдуетъ: «строфантъ Behring'a».

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

## МЕСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Русские.

Вѣстник общественной гигиены, судебной и практической медицины, 1906 г., май. 1. Е. Радинъ. Случай психоза переходнаго къ возмужалости времени въ связи съ вопросом о смѣняемости. 2. Р. Вейнбергъ. Мозгъ преступниковъ съ точки зрѣнія нормальной анатоміи. Анатомическое исследование. 3. Е. Кристъ. Къ вопросу о физическомъ развитіи школьникова-поселка Юзовка. Статистическій матеріалъ. 4. А. Суховъ. Правовое положеніе эпилептиковъ въ Россіи.

Июнь. 1. А. Штейнфельдъ. О постановкѣ медицины въ Пермской губ. Краткая замѣтка. 2. А. Шварцъ. Къ вопросу о признакахъ привычной пассивной педерастіи. Новый признакъ пассивной педерастіи—произвольное расслабленіе сфинктера задняго прохода. 3. И. Матвѣевъ. Ночлежные дома и постоянные дворы. 4. Саратовъ. Санитарно-статистическій обзоръ. 4. А. Ретлингеръ. Исследование по исторіи медицины XVII вѣка въ Россіи. 5. Е. Хундадзе. На эпидеміи холеры 1904 г. въ Эчмиадзинскомъ уездѣ. Очеркъ мѣръ, принимавшихся противъ распространѣнія холеры.

Июль. 1. Е. Хундадзе. На эпидеміи холеры 1904 г. въ Эчмиадзинскомъ уездѣ. Продолженіе. 2. В. Кашкадамовъ. О чумѣ въ Манчжуріи въ 1905 г. Пути распространѣнія чумы, мѣры борьбы съ ней, зависимость чумы людей отъ чумной эпизоотіи среди тарабагановъ. 3. С. Чернышевъ. Эпидемія возвратнаго тифа въ Москвѣ въ 1903—1904 г. Статистическія данныя и общіе выводы относительно теченія болѣзни и лѣченія ея. 4. А. Ретлингеръ. Исследования по исторіи медицины въ Россіи XVII вѣка.

Вѣстник психологій, криминальной антропологій и гипнотизма, 1906 г., выпускъ II. 1. Е. Бобровъ. Психологическія воззрѣнія древнихъ греческихъ философовъ. Историческій очеркъ. 2. Д. Аменицкий. Михайловскій о толпѣ. 3. Ф. Зѣлинскій. Ритмика художественной речи и ея психологическія основанія. 4. Н. Боровко. Иллюзіи зрѣнія. (Продолженіе). 5. А. Крогусъ. 5 мѣй международный психологическій конгрессъ.

Извѣстія В.-Медицинской Академіи, 1906 г., май. 1. А. Дихачевъ и П. Авроровъ. О вліяніи алкоголя на тепловую и газовую обмѣну у человѣка. (Не окончено). 2. В. Чаговецъ. Объ искусственномъ питаніи мышцъ теплокровныхъ Лохковской жидкостью. Поперечно-полосатые мышцы при этомъ долгое время могутъ жить и работать. 3. Г. Гладный. Къ патогенезу острою эндокардита (продолженіе). 4. А. Игнатовскій. Современное состояніе нѣкоторыхъ вопросовъ рентгенологіи. (Продолженіе). 5. В. Словцовъ. Біологическое и тираническое значеніе лецитиновъ. (Продолженіе).

Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней, 1906 г., май. 1. Г. Рейнъ. Адольфъ Гуссерль. Некрологъ. 2. Г. Рейнъ. Къ вопросу объ организаціи родовспоможенія въ Россіи. 3. Л. Ф. Ненадовичъ. Къ курортному лѣченію ваннами фибринозъ матки и воспалительныхъ процессовъ въ тазовой кавитатѣ и придаткахъ. Лѣченіе слѣдуетъ начинать тотчасъ по прекращеніи лихорадки. 6. К. Гейнъ. Свищи и поврежденія мочеточниковъ. Разсмотрѣніе вопроса на основаніи 7 случаевъ автора и литературныхъ данныхъ. 5. Н. Михайловъ. Случай одновременно задержанія головки плода въ полости матки.

Июнь. 1. В. Груздевъ. Краткій очеркъ исторіи акушерства и гинекологіи въ Россіи (продолженіе). 2. И. Судаковъ. Къ учению о сифилисахъ. Описание 1 случая и общій обзоръ вопроса. 3. Г. Томсонъ. Къ перекручиванію опухоли фаллопиевыхъ трубъ. Краткая замѣтка объ 1 случаѣ автора. 4. В. Брантъ. Къ развитію и строенію deciduae menstrualis. (3 рис.).

## ЕЖЕНЕДЕЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Нѣмецкіе.

Berliner klinische Wochenschrift, № 7. 1. R. Koch. Ueber afrikanischen Recurrens. Наблюденія, сдѣланныя въ юго-восточной Африкѣ. 2. E. Glas. Ueber Herpes laryngis et pharyngis (nebst Beiträgen zur Frage der Schleimhauterytheme). (Не окончено). 3. M. Schüller. Ueber Parasiten in Blutpräparaten eines Gelbfieberkranken. Описание чужероднаго, найденнаго въ крови больного желтой лихорадкой. 4. G. Barmann und L. Halberstaedter. Experimentelle Hauttuberkulose bei Affen. Предварительное сообщеніе объ опытахъ приникши бугорчатки обезьянамъ, произведенныхъ въ Батавіи. 5. A. Schütze. Acute aufsteigende (Landry'sche) Paralyse nach Typhus abdominalis mit Ausgang in Heilung. Описание случая. 6. F. Ostwald. Noch einmal zur Einspritzungsbehandlung der Neuralgien. Полемическая замѣтка. 7. Praktische Ergebnisse. I. Vogel. Zur Einteilung des Morbus Brightii. Критическій очеркъ.

№ 8. 1. I. Veit. Erfahrungen mit der erweiterten Freund'schen Operation. Клиническій очеркъ. 2. A. Hoffa. Das Antituberkuloseserum Marmorek. Благопріятные результаты отъ сыворотки (40 случаевъ); въ послѣднее время принимается ее въ видѣ клизмы. 3. Bruhns. Ueber Aortenerkrankung bei congenitaler Syphilis. (Не окончено). 4. G. Glücksmann. Weitere Ergebnisse meiner Ösophagoskopischen Arbeiten. Описание случаевъ. 5. A. Blaschko. Erfahrungen mit Radiumbehandlung. 6. Falkenstein. Ueber das Verhalten der Harnsäure und des Harnstoffs bei der Gicht. О результатахъ лѣченія подагры соляной кислотой. 7. E. Glas. Ueber Herpes laryngis et pharyngis (nebst Beiträgen zur Frage der Schleimhauterytheme). Клиническій очеркъ. 8. Praktische Ergebnisse. U. Friedmann. Die Bekämpfung des Malariafiebers. Краткій обзоръ.

№ 9. 1. D. v. Hansemann. Ueber Rachitis als Volkskrankheit. 2. O. A. Ewald. Blut und Blutungen bei Verdauungskrankheiten. (Не окончено). 3. C. Neuberg und H. Strauss. Zur Frage der Zusammensetzung des Reststickstoffes im Blut und in serösen Flüssigkeiten. Химическое исследование. 4. A. Wolff-Eisner. Ueber aktive Lymphocytose und Lymphocyten. Полемическая статья. 5. A. Alexander. Zur Heilung der Laryntuberkulose. Описание 6 случаевъ налѣченной бугорчатки гортани. 6. C. Bruhns. Ueber Aortenerkrankung bei congenitaler Syphilis. Воспалительныя измѣненія въ аортѣ въ 6 случаяхъ прирожденнаго сифилиса. 7. G. Finder. Die chirurgische Behandlung der Kehlkopf-tuberkulose. Обзоръ современной хирургіи бугорчатки гортани.

№ 10. 1. M. Heitler. Ueber das Zusammenfallen von Volumenveränderungen des Herzens mit Veränderungen des Pulses. Величина пульса обратно пропорціональна объему сердца. 2. W. Loewenthal. Beitrag zur Kenntniss der Spirochaeten. Къ морфологіи спирохетъ, главнымъ образомъ Spirochaete pallida. 3. M. Mosse. Zur Symptomatologie der Paralysis agitans. Описание случая. 4. A. Lilienteld. Ueber das neue Schlafmittel Propional. Благопріятный отзывъ. 5. Schultz-Zehden. Die Zerstörung beider Augen eines Menschen durch Fliegenlarven. Описание случая. 6. C. A. Ewald. Blut und Blutungen bei Verdauungskrankheiten. Клиническій очеркъ. 7. A. Wolff-Eisner. Ueber aktive Lymphocytose und Lymphocyten. Полемическая статья. 8. C. Posner. Eine Leitvorrichtung zu Nitze's Cystoskop. Незначительное приспособленіе къ цистоскопу. 9. B. Salge. Die Bedeutung der Infektion für den Neugeborenen und Säugling. Очеркъ. 10. Laueck. Das Gesetz betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28 August 1905 in seiner Bedeutung für den praktischen Arzt. 11. F. Semon. Die Urheberschaft der Laryngoskopie und der Fall Türk-Czermak. Полемическая статья. 12. Posner. Max Nitze. Некрологъ. 13. Die Einweihung des Kaiserin Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen. Описание торжества.

№ 11. M. Kirchner. Ueber das Winterklima und einige hygienische Einrichtungen Egyptens. (Не окончено). 2. Mantouff. Untersuchungen über die «Autotoxine» (Conradi) und ihre Bedeutung als Ursache der Wachstumshemmung in Bakterienkulturen. Авторъ провѣрилъ исследованія Conradi и приходитъ къ заключенію, что выводы послѣдняго не вѣрны. 3. H. Hilgenreiner. Beitrag zur Kenntniss der Hernia uteri inguinalis. Описание 16 случаевъ. 4. T. Heryng. Ueber neue Inhalationsmethoden und neue Inhalationsapparate. (Не окончено). 5. M. Steiner. Zur externen Behandlung Hautkranker. Одобренный отзывъ о новомъ препаратѣ дерга «Teerdeftmasan». 6. A. Marmorek. Beitrag zur Kenntniss der Virulenz der Tuberkelbacillen. 7. Praktische Ergebnisse. A. Laquerer. Die Anwendung der physikalischen Heilmethoden in der Therapie des acuten Gelenkrheumatismus. Критика физическихъ способовъ лѣченія сочленнаго ревматизма.

№ 12. 1. G. Schickele. Einige kritische Bemerkungen zur Alexander-Adam'schen Operation, insbesondere über ihr Verhältniss zu den Leistenbrüchen. На основаніи 138 случаевъ благопріятныхъ отзывъ. 2. M. Bernhardt. Ueber Vorkommen und Actiologie einseitiger Trommelschlagelfinger. Описание случая. 3. Uhlich. Temperaturmessung in elektrischen Lichtbädern. Описание приспособленія для измѣренія температуры въ свѣтовыхъ ваннахъ. 4. H. Meier. Ueber eine Verbesserung des Meiß'schen Verfahrens zur Bestimmung der verdauenden Kraft von Flüssigkeiten. Описание улучшеннаго способа приготовленія Meiß'овскихъ трубокъ и аппарата для точнаго измѣренія дѣйствіи раствореннаго столбика бѣлка. 5. A. Schütze. Die quaternären Alkaloidbasen in der Therapie. О дѣйствіи новаго отхаркивающаго препарата Euporphin. 6. M. Kirchner. Ueber das Winterklima und einige hygienische Einrichtungen Egyptens. Описание египетскихъ курортовъ. 7. T. Heryng. Ueber neue Inhalationsmethoden und neue Inhalationsapparate. Усовершенствованные аппараты для вдыханія лѣкарственныхъ веществъ. 8. B. Bosse. Die Prophylaxe der eitrigen Peritonitis. Краткій обзоръ. 9. V. Sicherer. Zur Behandlung der Hemeralopie mit Lebersubstanz. Успѣшное лѣченіе куриной слѣпоты печенкой. 10. I. Kohler. Bemerkung zu den Semon'schen Ausführungen in № 10 dieser Wochenschrift. Полемическая замѣтка.



# СЛXXX. Памяти Льва Васильевича Попова.

## Обзоръ его научных трудовъ.

Проф. Н. Я. Чистовича.

Речь, произнесенная въ торжественномъ засѣданіи Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ 9/хІ 1906 г., посвященномъ памяти Л. В. Попова.

Мм. Гг.!

Научная дѣятельность *Льва Васильевича* началась очень рано, еще со школьной скамьи. Вступивъ въ Медико-Хирургическую Академію въ 1863 г., Л. В. имѣлъ счастье встрѣтить въ ней цѣлый рядъ талантливыхъ учителей, имѣвшихъ громадное влияние на всю его послѣдующую дѣятельность. Съ особенно теплымъ чувствомъ вспоминалъ онъ Л. В. Зинина, И. М. Сѣченова, В. Грубера и С. П. Боткина. Впечатлѣніе отъ первыхъ-же, услышанныхъ имъ, лекцій Зинина и Сѣченова было такъ сильно, что Л. В. окончательно рѣшилъ посвятить свою жизнь научной дѣятельности.

Еще студентомъ 3-го курса Л. В. началъ работать въ лабораторіи Сѣченова и въ 1866 г. напечаталъ въ «Медицинскомъ Вѣстникѣ» свой первый трудъ: «Опытъ съ отравленіемъ лягушекъ солями барія, стронція и кальція».

Перейдя на 4-ый курсъ, Л. В. сталъ заниматься въ клиникѣ С. П. Боткина и сблизился съ только-что вернувшимся изъ заграницы Д. И. Кошляковымъ, который предложилъ ему заняться вмѣстѣ изученіемъ влияния фосфоророда на кровь. Результаты этой работы были напечатаны, совместно съ Д. И. Кошляковымъ въ «Медицинскомъ Вѣстникѣ» за 1867 г. и въ «Centralblatt f. d. medicin. Wissenschaften» подъ заглавіемъ: «О дѣйствіи фосфоророда на кровь и ея пигменты». При этой работѣ Л. В. самостоятельно наткнулся на тотъ фактъ, что при приготовленія раствора гематина въ спиртѣ, подкисленномъ сѣрной кислотой, при прибавленія значительнаго количества кислоты, удается получить растворъ, дающій новый спектр\*), при чемъ тѣло, имѣющее этотъ спектръ, оказалось не содержащимъ желѣза. О своей находкѣ Л. В. слѣлалъ сообщеніе на 1-мъ Сѣздѣ естествоиспытателей и врачей въ Петербургѣ въ декабрѣ 1867 г., подъ заглавіемъ: Спектръ безжельзнаго гематина. Открытіе молодого ученаго, хотя и было обнародовано не только по русски, но и по нѣмецки, къ сожалѣнію, прошло незамѣченнымъ, и честь открытія означеннаго спектра приписывается *Hoppe-Seyler*'у.

Въ 1868 г. Л. В. напечаталъ продолженіе своей работы «О дѣйствіи окиси углерода на гематинъ» («Медицинскій Вѣстникъ», 1868 г., и «Centralblatt f. d. medic. Wissenschaften»).

Оставленный при Академіи по окончанія курса, Л. В. поступилъ ординаторомъ въ клинику С. П. Боткина и за 3 года работы у него выполнилъ слѣдующіе труды.

1. *Случай суженія привратника (Stenosis pylori) съ послѣдовательнымъ расширеніемъ желудка и съ отрыжкой воспаляющихся газовъ* («Архивъ клиники внутреннихъ болѣзней», т. 2, и «Berliner klinische Wochenschrift», 1870 г., № 38). Случай этотъ послужилъ Л. В. предметомъ спеціальнаго изслѣдованія, при чемъ въ особеннѣйшій оны изучалъ газовые продукты броженія въ желудкѣ.

2. *Опытъ съ зараженіемъ животныхъ изверженіями холерныхъ больныхъ. Диссертація* (Архивъ Боткина, т. 4, и «Berliner klinische Wochenschrift», 1872 г., № 33).

3. *Изслѣдованіе дѣйствія на животное тѣло пивныхъ дрожжей и организмъ Pasteur'овской жидкости* (Архивъ Боткина, т. 4 и «Berliner klin. Wochenschrift», 1872 г., № 4).

Въ этихъ работахъ мы находимъ попытки воспроизве-

сти заразные заболѣванія и установить заразительность холерныхъ изверженій и болѣзнетворныя свойства дрожжей и бактерій *Pasteur*'овской жидкости.

4. *Случай хроническаго отравленія парами окиси цинка и опыты надъ дѣйствіемъ нѣкоторыхъ противубродильныхъ средствъ* (Архивъ Боткина, т. 4 и «Berliner klin. Wochenschrift», 1873 г., № 5).

Воспользовавшись этимъ клиническимъ случаемъ, авторъ изучалъ влияние на бродильные процессы въ рвотныхъ массахъ хлорной воды, марганцовокислаго кали, перекиси водорода, бензина и собачьяго желудочнаго сока.

5. *Сравнительное изученіе дѣйствія нѣкоторыхъ лекарственныхъ средствъ при сахарномъ мочеизнуреніи* (Архивъ Боткина, т. 4 и «Berliner klin. Wochenschrift», 1872 г., № 28). Въ этой работѣ авторъ установилъ уменьшеніе выведенія сахара подъ вліяніемъ мышьяка. Напротивъ, при щелочахъ выведеніе сахара нѣсколько увеличилось.

Съ декабря 1872 г. по февраль 1875 г. Л. В. находился въ заграничной командировкѣ, при чемъ большую часть командировки провелъ въ Berlin'ѣ и Strassburg'ѣ.

Въ Berlin'ѣ Л. В. работалъ въ патологическомъ Институтѣ *Virchow*'а по вопросу «Объ измѣненіяхъ мышечной ткани при нѣкоторыхъ заразныхъ болѣзняхъ» (*Virchow's Archiv*, т. 62, «Медицинскій Вѣстникъ», 1875 г. и «Centralblatt f. d. med. Wissenschaften»). Авторъ изучалъ отношеніе перерождающихся мышцъ къ поляризованному свѣту и дегенеративныя измѣненія мышцъ при заразныхъ болѣзняхъ.

Въ Strassburg'ѣ Л. В. работалъ у *Recklinghausen*'а и произвелъ интересное изслѣдованіе измѣненій въ головномъ мозгу при брюшномъ тифѣ и травматическомъ воспаленіи (*Virchow's Archiv*, т. 63, «В.-Медицинскій Журналъ», 1876 г.). Найденныя измѣненія авторъ относитъ къ воспалительнымъ и проводитъ аналогію между ними и наблюдающимися при траумѣ и гнойномъ воспаленіи средняго уха. Заключаются они въ скопленіи блуждающихъ элементовъ въ околососудистыхъ и околослѣточныхъ мозговыхъ пространствахъ. Скопляясь вокругъ нервныхъ клѣтокъ, элементы эти могутъ проникать въ самую протоплазму нервныхъ клѣтокъ и вызываютъ въ нихъ различныя измѣненія, напр., дѣленіе ядра и протоплазмы нервныхъ клѣтокъ. Дѣленіе нервныхъ клѣтокъ авторъ наблюдалъ и самостоятельно, безъ введенія бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Въ Strassburg'ѣ-же Л. В. работалъ въ лабораторіи *Hoppe-Seyler*'а. Заинтересовавшись еще при работѣ въ клиникѣ С. П. Боткина процессами броженія въ желудкѣ, Л. В. занялся у *Hoppe-Seyler*'а изученіемъ болотногазового броженія клѣтчатки и произвелъ обстоятельную работу по этому вопросу: О болотногазовомъ броженіи («Сборникъ статей по судебной медицинѣ и гигіенѣ», 1875 г. и *Pflüger's Archiv*, т. X).

Вернувшись въ Петербургъ, Л. В. продолжалъ свою работу объ измѣненіяхъ мозга и въ 1875 г. напечаталъ статью «Объ измѣненіяхъ мозга при сыпномъ тифѣ» («Медицинскій Вѣстникъ», 1875 г. и «Centralblatt f. d. medic. Wissenschaften»). При сыпномъ тифѣ Л. В. нашелъ тѣже измѣненія, что и при брюшномъ, съ тѣмъ различіемъ, что скопленіе лимфоцитовъ въ околососудистыхъ и околослѣточныхъ пространствахъ могутъ достигать здѣсь такой степени, что образуютъ родъ просовидныхъ грануляціонныхъ узловъ, весьма похожихъ на просовидные бугорки. И пролифераціонныя явленія въ стѣнкахъ сосудовъ головного мозга при сыпномъ тифѣ были выражены рѣзче, чѣмъ при брюшномъ.

Кромѣ того, Л. В. напечаталъ еще статью о противубродильныхъ средствахъ и роли ихъ въ фармакологіи («Здоровье», 1876 г.).

Начавшаяся русско-турецкая война прервала научную дѣятельность Л. В. По окончаніи войны, оправившись отъ перенесеннаго тифа, Л. В. принялъ порученіе Конференціи читать студентамъ курсъ экспериментальной патологіи до избранія новаго профессора, вмѣсто умершаго проф. *Ильинскаго*. Излагая демонстративный курсъ студентамъ, Л. В. пользовался производимыми опытами съ научной

\*) Вмѣсто одной абсорбціонной полоски кислаго гематина въ С, 2 новыя—одну узкую съ лѣвой стороны линіи D, другую широкую между D и E ближе къ D. Если пересѣчь кислый растворъ амміакомъ, то, вмѣсто сказанныхъ 2-хъ полосокъ, получается 4 новыя—2 узкихъ и 2 широкихъ: широкія справа отъ D, а узкія лѣва отъ D. Если растворъ кислаго гематина

О послѣдствіяхъ перевязки мочеточниковъ и почечныхъ артерій у животныхъ въ связи съ нѣкоторыми другими патологическими процессами («Протоколы Общества русскихъ врачей», 1879—1880 гг. и *Virchow's Archiv*, 1880 г., т. 82), и 2) Объ естественной патологической инвазии желчныхъ ходовъ и о нѣкоторыхъ другихъ явленияхъ, наблюдаемыхъ при перевязкѣ общаго желчнаго протока у животныхъ («Протоколы Общества русскихъ врачей» 1879—1880 гг., *Virchow's Archiv*, т. 81). Въ 1-ой работѣ авторъ далъ гистологическое описаніе измѣненій органовъ при вызываемомъ путемъ опытовъ мочекрывія, причемъ указалъ на образование въ мозгу близъ сосудовъ стекловидныхъ глыбокъ, аналогичныхъ съ наблюдаемыми при водобоязни. Глыбки эти, по мнѣнію автора, происходятъ изъ вышедшихъ изъ сосудовъ красныхъ шариковъ. Во 2-ой работѣ Л. В. даетъ обстоятельное описаніе измѣненій въ печени при перевязкѣ общаго желчнаго протока (*ductus choledochi*). Обѣ работы представляютъ много цѣнныхъ матеріаловъ къ учению о моче- и желче-крови и были награждены Обществомъ русскихъ врачей золотой медалью.

Въ началѣ 1880 г. Л. В. былъ приглашенъ на кафедру госпитальной терапевтической клиники Варшавскаго Университета. Съ этого времени начинается его дѣятельность, какъ клинициста-преподавателя. Почти всѣ его дальнѣйшія работы уже носятъ клиническій характеръ, но связь его съ лабораторіей не прерывается, и онъ продолжаетъ, въ лицѣ своихъ учениковъ, вести и экспериментальныя работы. Получивъ Варшавскую клинику въ весьма печальномъ видѣ, безъ лабораторіи и безъ необходимыхъ научныхъ пособій, Л. В. оставилъ ее всѣмъ необходимымъ, устроилъ клиническую лабораторію и привлекъ къ работѣ цѣлый рядъ своихъ учениковъ. Результатомъ работъ лабораторій и клиники явились 2 тома «Клиническаго Сборника», вышедшихъ въ 1885 и 1890 гг. Лично Л. В. за 9 лѣтъ профессоры въ Варшавѣ напечаталъ слѣдующіе труды.

1. О значеніи клиническаго преподаванія вообще и сравнительно съ патологическимъ экспериментомъ. Вступительная лекція («Варшавскія Университетскія Извѣстія», 1881 г.).

2. Объ измѣненіяхъ головного мозга при брюшномъ и сыпномъ тифѣ и травматическомъ воспаленіи. (Тамъ-же, 1882, № 4, *Virchow's Archiv*, т. 87). Авторъ опровергаетъ рядъ возраженій, сдѣланныхъ по поводу его вышеупомянутой работы со стороны герц. Карла Баварскаго, Stricker'a, Blaschko, Rosenthal'a, и затѣмъ дополняетъ свое изслѣдованіе новыми данными объ измѣненіи мозга у кроликовъ подъ вліяніемъ хлороформа, эфира, амилнитрита и высокихъ температуръ.

3. О суженіи пищевода и нѣкоторыя замѣчанія относительно процесса голоданія вообще. («Клиническій Сборникъ», 1885 г., т. 1). Клиническій случай судорожнаго суженія пищевода при язвѣ желудка, походившаго на раковое суженіе. Замѣчанія о происхожденіи диастолическаго шума въ сердцѣ, объ измѣненіяхъ въ органахъ, мочѣ при голоданіи, о бредѣ голодающихъ и пр.

4. Объ осложненіи крупозной пневмоніи воспаленіемъ мозговыхъ оболочекъ («Клиническій Сборникъ», т. 1).

Разборъ 3-хъ случаевъ осложненія фибринозной пневмоніи менингитомъ.

5. Нѣкоторыя наблюденія изъ казуистики сыпного и брюшнаго тифовъ, въ связи съ общими замѣчаніями относительно хода и теченія тифозныхъ заболеванийъ съ марта 1881 и по май 1884 г. (Тамъ-же).

6. Замѣтка по поводу присутствія въ мокротѣ спиральныхъ (*Curschmann's*овскихъ) волоконъ (Тамъ-же). Авторъ находилъ спирали *Curschmann'a* при фибринозной пневмоніи и омертвѣніи легкихъ.

7. Случай *mycosis aspergillina bronchopneumonica* и нѣкоторыя замѣчанія относительно подобныхъ поражений дыхательныхъ путей вообще («Варшавскія Университетскія Извѣстія», 1897 г.).

8. Отчетъ о заграничной командировкѣ (Тамъ-же).

9. Замѣтка по поводу статьи студ. К. И. Зуева «О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ мозга при брюш-

номъ тифѣ». («Еженедѣльная Клиническая Газета», 1888 г., № 22 и 21).

10. Къ патологіи желѣзныхъ вытоговъ. (Добавленіе къ статьѣ д-ра В. Завадскаго) («Клиническій Сборникъ госпит. терапевт. клиники Варшавскаго Университета 1890 г., т. 2. Литературныя указанія).

11. Къ учению о переднемъ хроническомъ полиоміалитѣ (Тамъ-же).

12. Случай *mycosis aspergillina naso-pharyngealis*. (Тамъ-же).

Въ 1890 г. послѣ смерти С. П. Боткина Л. В. былъ избранъ Конференціей Академіи на кафедру академической терапевтической клиники. За 8 лѣтъ профессоры въ Академіи Л. В. выпустилъ въ свѣтъ слѣдующія работы.

1. *Ueber die Verschiedenheit des Pulses in den Radialarterien (Pulsus differens), als ein Symptom der Stenose des linken venösen Ostium* («Internation. Beiträge zur wissenschaftl. Medic. Festschrift, R. Virchow gewidmet» 1891 г., т. III, и «Медицинское Обозрѣніе», 1892, № 1). Авторъ впервые отмѣтилъ ослабленіе пульса въ лѣвой лучевой артеріи, какъ признакъ суженія лѣваго вѣннаго устья съ недостаточностью 2-створчатой заслонки, происходящее отъ застоя, переполненія кровью и увеличенія разрывовъ въ особенности лѣваго предсердія и связанныхъ съ нимъ анатомически большихъ сосудовъ, давящихъ на аорту въ мѣстѣ отхожденія лѣвой подключичной артеріи. Явленіе это обнаруживается рѣзко въ періодѣ разстройства сердечной дѣятельности, когда особенно переполняется лѣвое предсердіе и въ аорту поступаетъ уменьшенное количество крови.

2. *Относительная недостаточность 3-створчатой заслонки* («Современная Клиника», 1893 г., № 2, «Berliner kl. Wochenschrift», 1893 г.). Авторъ устанавливаетъ новый фактъ: относительная малость пульса правой лучевой артеріи (доходящая до полного исчезанія его) является столь-же характернымъ признакомъ для недостаточности 3-створчатой заслонки, какъ относительная малость пульса лѣвой лучевой артеріи составляетъ характерное явленіе при суженіи лѣваго вѣннаго устья и недостаточности 2-створчатой заслонки, если нѣтъ при этомъ недостаточности 3-створчатой. Причина малости пульса въ правой лучевой артеріи при недостаточности 3-створчатой заслонки заключается въ переполненіи праваго предсердія, верхней полной и безымянной вѣтвей давленіемъ ихъ на мало наполненную аорту съ безымянной артеріей, а также въ сдавленіи правой подключичной артеріи стволками вѣтвей: подключичной и внутренней яремной, между которыми проходитъ эта артерія.

3. *Гипертрофическій циррозъ печени съ хронической желтухой*. Псеидолейкэмія («Современная Клиника», 1894 г. №№ 1 и 2 и «Therapeutische Wochenschrift» 1895 г., №№ 45 и 46). Авторъ, предъявляя большого съ явленіями гипертрофическаго цирроза и псеидолейкэміи, доказываетъ, что гипертрофическій желчный циррозъ печени представляетъ общее заразное заболѣваніе съ пораженіемъ селезенки, лимфатическихъ железъ, нерѣдко костей, слизистой оболочки кишечника, иногда лихорадкой и т. д. Далѣе онъ отмѣчаетъ связь между гипертрофическимъ циррозомъ и псеидолейкемическимъ процессомъ.

Въ 1895 г. Л. В. выпустилъ въ свѣтъ 1-ый выпускъ своихъ «Клиническихъ лекцій». Выпускъ этотъ посвященъ подробному разбору случая недостаточности заслонки аорты съ припадками *Basedow'*ой болѣзни и приступами грудной жабы. Разборъ этого случая, проведенный классически, далъ автору возможность высказать свои воззрѣнія по самымъ разнообразнымъ вопросамъ клинической медицины. Лекція эта по своей обстоятельности, логичности и богатству мыслей самоименно лекція С. П. Боткина, достойнымъ ученикомъ котораго и былъ Л. В.

Во 2-мъ выпускѣ «Клиническихъ лекцій», вышедшемъ въ 1896 г., кромѣ уже ранѣе изданныхъ лекцій объ относительной недостаточности 3-створчатой заслонки, о различномъ пульсѣ въ лучевыхъ артеріяхъ, какъ признакъ суженія лѣваго вѣннаго устья, и о гипертрофическомъ циррозѣ печени съ хронической желтухой и псеидолейкемией, Л. В. помѣстилъ вступительныя лекціи и введеніе

въ курсъ клиники внутреннихъ болѣзней. Вступительная лекція посвящена памяти С. П. Боткина и другимъ предшественникамъ Л. В. по кафедрѣ въ Академіи, а также краткому историческому очерку клиническаго преподаванія вообще.

Въ 1898 г. Л. В. сдѣлалъ докладъ въ Обществѣ русскихъ врачей «По поводу одного случая микседемы, леченнаго препаратами щитовидной железы». Описавъ благоприятное дѣйствіе препаратовъ щитовидной железы у одного юноши, страдавшаго слизистымъ отекомъ, Л. В. пришелъ къ заключенію, что, «если экспериментальныя изслѣдованія и даютъ поводъ къ мысли, что щитовидная железа служитъ къ переработкѣ и обезвреживанію разнаго рода вредныхъ веществъ, вырабатываемыхъ организмомъ, то наблюденія надъ больными, при терапевтическомъ дѣйствіи препаратовъ щитовидной железы, заставляютъ признать, что она въ теченіи всей жизни вырабатываетъ вещества, необходимыя для физиологическаго status quo организма, его роста и развитія, хода питанія его и регулiranja его функций, и что эти вырабатываемыя ею вещества, въ случаяхъ болѣзни или уничтоженія ея, поступая въ данный организмъ и извнѣ, способны производить ту же функцію, которую имѣетъ эта железа въ своемъ нормальномъ состояніи, по крайней мѣрѣ въ наиболѣе крупныхъ, наиболѣе рѣзкихъ ея чертахъ». Такимъ образомъ особенность взгляда Л. В. на функцію щитовидной железы заключается въ томъ, что онъ за продуктами ея внутренней секреціи признаетъ значеніе не только противодія по отношенію къ вырабатываемымъ въ организмѣ вреднымъ веществамъ, но и физиологическаго стимула, необходимаго для правильнаго роста и функционирования тканей организма.

О значеніи щитовидной железы для организма, по преимуществу съ точки зрѣнія терапевта (Сообщено въ зазданіи Общества русскихъ врачей 27/хп 1898 г., посвященномъ памяти С. П. Боткина). Изложивъ положеніе вопроса о функціяхъ щитовидной железы, о послѣдствіяхъ ея удаленія, о явленіяхъ чрезмѣрнаго функционирования—атиреоидизма и гипертиреоидизма, а также о терапевтическомъ дѣйствіи препаратовъ щитовидной железы, Л. В. остановился на болѣе подробно выясненіи мысли, высказанной имъ уже въ предшествовавшемъ сообщеніи, что обезвреживающая роль продуктовъ щитовидной железы можетъ быть понимаема не въ смыслѣ простой нейтрализаціи ядовъ, образующихся въ организмѣ, а какъ дѣйствіе веществъ, стимулирующихъ отправленіе различныхъ органовъ, напр., какъ дѣйствіе наперстянки при сердечной водянкѣ и связанномъ съ нею отравленіи углекислотой, или какъ дѣйствіе мочегонныхъ при мочекровіи. Въ заключеніе онъ подчеркнул уже давно высказанную Schiff'омъ мысль, что нормально живущій организмъ, для поддержанія топа своей нервной системы, нуждается въ непрерывномъ стимулирующемъ дѣйствіи отдѣляемаго щитовидной железы.

Какую широкою извѣстностью пользуется имя Л. В. въ научномъ мірѣ, видно изъ сдѣланнаго ему въ 1898 г. предложенія редакціей американскаго изданія «Twentieth Century Practice of Medicine»—составить для этого изданія очеркъ ученія о возвратномъ тифѣ. Очеркъ этотъ вошелъ въ т. XVI означеннаго изданія и по русски былъ опубликованъ въ 1899 г. подъ заглавіемъ: «Возвратный тифъ. Приложение къ курсу Клиническихъ лекцій», 1899 г. Нечего и говорить, что этотъ очеркъ представляетъ полную монографію о возвратномъ тифѣ съ тщательно собранной литературой.

Въ слѣдующіе годы Л. В. продолжалъ печатать свои клиническія лекціи, а именно:

1. Объ относительной временной недостаточности полулунныхъ клапановъ аорты («Практический Врачъ», 1902 г.).

2. Недостаточность полулунныхъ клапановъ аорты и 2-створчатую клапана. Изъ клиническихъ лекцій 1902 г. Разборъ клиническаго случая («Медицинскій Журналъ», 1902 г.). Авторъ указываетъ на условія происхожденія предсистолическаго шума безъ истиннаго суженія лѣваго

3. О временномъ функциональномъ суженіи лѣваго венаго устья съ недостаточностью митральнаго клапана, при хроническомъ миокардитѣ и утомленномъ сердцѣ. (Сообщено въ торжественномъ соединенномъ зазданіи Общества русскихъ врачей и Русскаго хирургическаго Общества, 12/хп 1902 г.). Авторъ описываетъ случай, гдѣ при наличности хроническаго миокардита и утомленнаго сердца выслушивались: систолическій и предсистолическій шумъ, исчезнувшіе съ улучшеніемъ работы сердца, и объясняетъ ихъ слѣдующимъ образомъ. Въ предшествовавшей работѣ онъ развивалъ мысль, что при недостаточности створокъ аорты можетъ быть предсистолическій шумъ безъ всякаго анатомическаго суженія лѣваго венаго устья (въ одномъ случаѣ доказано вскрытіемъ). Условія происхожденія этого шума при оказанномъ пороцѣ Л. В. видитъ въ томъ обстоятельстве, что при недостаточной работѣ сосочковыхъ мышцъ и расслабленіи, во время діастолы, сердечной мышцы вообще, обратная волна крови изъ аорты отбивается 2-створчатую заслонку вверхъ, которая, совмѣстно съ находящеюся въ полости лѣваго желудочка кровью, и составляетъ препятствіе для тока крови, идущей въ началѣ систолы изъ предсердія въ лѣвый желудочекъ. «Подобныя-же условія», говоритъ онъ, «могутъ быть и при миокардитическомъ процессѣ. Условія происхожденія предсистолическаго шума въ такихъ случаяхъ, нужно думать, заключаются въ существованіи моментовъ, подобныхъ только-что указаннымъ для происхожденія предсистолическаго шума при недостаточности клапановъ аорты; только приподнятіе митральнаго клапана здѣсь идетъ не на счетъ обратной изъ аорты кровяной волны, а на счетъ оставшейся въ лѣвомъ желудочкѣ крови при слабомъ и неполномъ его сокращеніи». «Встрѣчаясь съ скопившейся въ желудочкѣ, оставшеюся отъ прежней его систолы, кровью и съ приподнятымъ его клапаннымъ аппаратомъ, волна кровяная, идущая изъ предсердія, находитъ въ нихъ препятствіе для своего тока и производитъ шумъ, совпадающій съ началомъ сокращенія предсердія, т. е. предсистолическій, къ которому сейчасъ-же присоединяется происходящій при сокращеніи желудочка отъ регургитаціи крови въ предсердіе, вслѣдствіе ослабленія папиллярныхъ мышцъ, систолическій шумъ. Такимъ образомъ Вы получаете явленіе, совершенно аналогичное тому, которое имѣетъ мѣсто при условіяхъ органическаго суженія лѣваго венаго устья съ недостаточностью митральнаго клапана; только здѣсь всѣ явленія, при этомъ наблюдаемыя, будутъ отличаться гораздо меньшей рѣзкостью, болѣе слабой степенью ихъ проявленія, меньшимъ постоянствомъ, меньшей устойчивостью ихъ и отсутствіемъ нѣкоторыхъ вторичныхъ и послѣдовательныхъ явленій (напр. акцентуаціи 2-го тона легочной артеріи и пр.)».

Я позволю себѣ представить Вамъ рядъ главнѣйшихъ работъ Л. В., начиная съ первыхъ, студенческихъ, когда онъ впервые пробовалъ свои силы на научномъ поприщѣ, и кончая его послѣдними клиническими трудами, гдѣ онъ является во всеоружіи многосторонней, широкой эрудиціи и громаднаго практическаго опыта. Во всѣхъ трудахъ Л. В. характерной его особенностью является крайне тщательное изученіе литературы. Это обстоятельное знакомство Л. В. съ медицинской литературой поражаало каждого, кому приходилось бесѣдовать съ нимъ по тому или иному вопросу. При массѣ труда по преподаванію, по дѣятельности въ различныхъ Комиссіяхъ, по практикѣ, Л. В. все время неутомимо слѣдилъ за медицинской литературой и едва-ли, послѣ смерти В. А. Манассеина, мы имѣли кого-нибудь, равнаго ему въ этомъ отношеніи.

Другая особенность работъ Л. В.—тщательность разработки разбираемаго вопроса. Его клиническіе разборы больныхъ какъ на лекціяхъ, такъ и въ напечатанныхъ имъ работахъ, отличаются обстоятельностью и полнотой. Л. В. всегда былъ очень сдержанъ и остороженъ въ своихъ выводахъ, каждого больного долго и повторно изслѣдовалъ прежде, чѣмъ окончательно высказаться, но за то сдѣланный имъ выводъ всегда строго продуманъ и потому становился цѣннымъ приобретеніемъ.

трудовъ Л. В. заключалась въ оригинальности его мысли, въ его творческой способности. Просмотръ его трудовъ, даже бѣглый, позволяетъ отмѣтить въ нихъ эту особенность. Еще начинающимъ студентомъ онъ находить, приготовляя растворъ гематина въ подкисленномъ спиртѣ, тѣло, дающее новый, до того неописанный спектръ. Работая въ клиникѣ С. П. Боткина еще въ 1870—1872 гг., когда появлялись еще лишь первые труды Pasteur'a и Koch'a и едва зарождалась бактериологія, Л. В. дѣлаетъ попытки установить прививками испражнений заражительность холеры, введеніемъ дрожжей и бактерий Pasteur'овской жидкости вызывать заразные заболѣванія у животныхъ.

Наткнувшись на случай образования горючихъ газовъ въ желудкѣ, онъ не проходитъ мимо этого явленія, начинаетъ изучать бродильные процессы въ желудкѣ и влияние на нихъ терапевтическихъ агентовъ, а, попавъ за границу, у Hoppe-Seyler'a производить изслѣдованіе о болотномъ броженіи клѣтчатки.

Съ момента полученія каѳедры въ Варшавѣ, мы видимъ Л. В. уже руководителемъ молодыхъ врачей при разработкѣ самыхъ разнообразныхъ вопросовъ. Не ограничиваясь общимъ руководствомъ, онъ пополняетъ нѣкоторыя работы своихъ учениковъ примѣчаніями, всегда цѣнными и часто оригинальными; таковы, напр., добавленія къ работѣ Рунперта о суженіи пищевода, къ работѣ Завадскаго о хилѣзныхъ выпотахъ. Но наибольшій интересъ представляютъ его самостоятельныя клиническія изслѣдованія о т. наз. pulsus differens при суженіи лѣваго вѣнаго устья и при относительной недостаточности 3-створчатой заслонки, объ условіяхъ происхожденія предсистолическаго шума при недостаточности полулунныхъ заслонокъ аорты и даже при отсутствіи пороковъ заслонокъ при хроническомъ міокардитѣ. Точно также въ высшей степени интересны были взгляды Л. В. на заразное происхожденіе гипертрофическаго цирроза печени, на отношенія его къ псевдолейкѣм, его указанія на поврежденіе костей при этихъ процессахъ, на поврежденіе гортани, на зависимость задержки развитія организма отъ цирроза печени, на значеніе щитовидной железы и многіе другіе самостоятельныя взгляды, частью запечатлѣнные имъ въ его многочисленныхъ работахъ, частью же излагавшіеся имъ при разборѣ больныхъ предъ аудиторіей.

Въ лицѣ Л. В. учащаяся молодежь имѣла необычайно трудолюбиваго, широко образованнаго руководителя, ставившаго выше всего науку и интересы преподаванія, и, даже въ разгаръ его практической дѣятельности, непрерывно продолжавшаго работать и учиться. Отношеніе его къ своей жизненной задачѣ всего лучше очерчено имъ самимъ при оставленіи имъ Варшавской каѳедры: «Не безъ грусти», говорилъ онъ, «покинулъ я то мѣсто, гдѣ около 9½ лѣтъ—можетъ быть, лучшихъ въ моей жизни—я скромно, но съ полной преданностью дѣлу, служилъ той задачѣ, къ которой стремился съ юныхъ лѣтъ, и работалъ у постели больныхъ, уча другихъ и самъ уча выѣсти съ ними».

Подъ руководствомъ Л. В. работали и напечатали научныя труды и диссертатіи слѣдующіе врачи: Гадыньскій, Хелковскій, Рунпертъ, Цюлинскій, Завадскій, Врублевскій, Покровский, Клейнъ, Бернцкій, Чистовичъ, Быхтинъ, Верховскій, Михайловъ, Яковлевъ, Троновъ, Эйеръ, Шиловъ, Ариколянскій, Студенскій, Енифановъ, Вербицкій, Кириковъ, Георгиевскій, Куроринъ, Малковъ, Миллеръ и др. Многіе изъ нихъ нынѣ занимаютъ каѳедры. Какъ руководитель, Л. В. былъ всегда крайне доступенъ и внимателенъ и съ живѣйшимъ интересомъ слѣдилъ за научными трудами своихъ учениковъ.

Научная дѣятельность Л. В. не исчерпывается его учеными трудами и руководствомъ врачами и студентами въ ихъ специальныхъ работахъ. Какъ предсѣдатель Общества русскихъ врачей, онъ всегда принималъ самое живое участіе въ обсужденіи сдѣланныхъ докладовъ и своими замѣчаніями, основанными на громадномъ запасѣ знаній и опытности, не мало способствовалъ разъясненію различныхъ дебатировавшихся вопросовъ. Въ этихъ замѣчаніяхъ обнаруживалась его совершенно исключительная эрудиція,

медицинской литературы. Здѣсь-же имъ были произнесены рядъ рѣчей, посвященныхъ памяти наиболѣе выдающихся медицинскихъ дѣятелей (Н. И. Соколова, В. В. Сутурина, О. И. Пастернака, Навроцкаго, А. Н. Бекетова, Kussmaul'a, Th. Spenser'a, Gerhardt'a, A. A. Вальтера, Л. Ф. Змѣева, М. Д. Лавдовскаго, В. А. Ратимова, Vichow'a, Nothnagel'a, В. И. Добровольскаго, О. И. Петровскаго, Т. И. Богомолова, М. В. Неникаго, И. М. Сеченова, Е. О. Шумовой Симановской, Н. И. Быстрова, К. Н. Виноградова и др.).

Смерть вырвала Л. В. изъ нашей среды въ возрастѣ, когда духовныя силы его далеко еще не были исчерпаны. Наканунѣ постигшей его апоплексіи онъ еще работалъ надъ своимъ послѣднимъ литературнымъ трудомъ и, на уговоры родныхъ не переутомляясь, отвѣчалъ, что для него научный трудъ—не утомленіе, а пріятный отдыхъ. За послѣдніе дни онъ много волновался и хлопоталъ о скорѣйшемъ приѣмѣ Ягтинской санаторіи для Общества русскихъ врачей, и послѣднія его слова, на которыхъ оборвалась его жизнь, были посвящены служенію нашему Обществу. Такъ окончилась жизнь этого выдающагося дѣятеля, полная непрерывнаго труда на пользу науки и страждущихъ.

## CLXXXI. Матеріалы для характеристики бугорчатковыхъ пораженій пищевода и желудка.

Ч. пр. Сергѣя Груздева.

Бугорчатковыя пораженія пищевода и желудка представляютъ, какъ извѣстно, значительную рѣдкость; она рѣдка, можно сказать, настолько-же, насколько часта бугорчатка кишечника. Между тѣмъ имъ приуощъ всетаки не малый интересъ не только патолого-анатомическій, но—какъ показали наблюденія послѣдняго времени и какъ это будетъ видно ниже—и клиническій, въ силу чего вопросъ о нихъ не напрасно выдвигается нѣкоторыми изслѣдователями. Не лишними для разработки этого вопроса окажутся, быть можетъ, и тѣ немногія фактическія данныя, которыя удалось собрать автору настоящихъ строкъ,—данныя, сообщаемыя ниже въ видѣ: 1) собственнаго случая язвенно-бугорчатковаго пораженія одновременно и пищевода, и желудка (случай этотъ доложенъ былъ вкратцѣ, съ предьявленіемъ относящихся къ нему препаратовъ, въ Кронштадтскомъ Обществѣ морскихъ врачей 1/ш 1904 г.)<sup>1)</sup> и 2) свѣдѣній о другихъ подходящихъ сюда случаяхъ, которые наблюдались среди богатаго и разнообразнаго патолого-анатомическаго матеріала Николаевскаго морского госпиталя въ Кронштадтѣ за довольно значительный промежутокъ времени.

Вполнѣ сознавая болѣе чѣмъ скромность своего личнаго вклада, вносящаго въ разработку затронутого вопроса, позволяю себѣ предпослать ему бѣглый и отнюдь не претендующій на полноту обзоръ того, что извѣстно до сихъ поръ о бугорчаткѣ пищевода и желудка, при чемъ удобнѣе будетъ сгруппировать имѣющіяся въ литературѣ данныя по органамъ. Начну съ пищевода.

### 1.

Если обратиться за справками къ руководствамъ частной патологіи за послѣдніе 25 или около того лѣтъ, то въ нихъ о бугорчаткѣ пищевода или не говорится ровно ничего, или довольно мало и неопредѣленно. Такъ, Zenker, авторъ главы о болѣзняхъ пищевода въ извѣстномъ руководствѣ Ziemssen'a, писалъ въ 1877 г., что встрѣчаются въ пищеводѣ бугорки и бугорчатковыя язвы,—это все еще не доказано съ достовѣрностью<sup>2)</sup>. Въ книгѣ Niemeyer-Seitz'a о бугорчатковыхъ язвахъ пищевода только упомянуто, на ряду съ язвами сифилитическими, раковыми и отъ давленія<sup>3)</sup>. Strümpell<sup>4)</sup> и Klemperer<sup>5)</sup> игнорируютъ бугорчатку пищевода совершенно, Eichhorst-же<sup>6)</sup> говоритъ о ней въ немногихъ строкахъ. Съ нѣкоторою полнотою и обстоятельностью изложены данныя объ этомъ страданіи только у Kraus'a<sup>7)</sup>. Авторы-же, писавшіе объ инструмен-



скопъ бугорчатковыя язвы пищевода не наблюдались еще нигдѣ.

Не болѣе щедры на указанія составители и французскихъ болѣе распространенныхъ руководствъ, хотя еще у *Follin'a* и *Duplay* <sup>10)</sup> упоминается о находкѣ на вскрытіи бугорковъ и язвъ въ пищеводѣ у старика, 67 л., умершаго отъ бугорчатки легкихъ. *Galliard* <sup>11)</sup> ограничивается замѣчаніемъ, что бугорчатка пищевода обыкновенно бываетъ вторичная, вслѣдъ за бугорчаткою гортани, дыхательнаго горла, плейры и особенно бронхіальныхъ железъ, и что процессъ идетъ снаружи внутрь пищевода. *Marfan* <sup>12)</sup> въ «*Traité de médecine*» *Bouchard'a* и *Brissaud* посвящаетъ этому страданію лишь слѣдующія строки: «бугорчатка слизистой оболочки пищевода рѣдка; она наблюдалась *Talbot'омъ*, *Bulser'омъ*, *Mazzotti* и *Barral'емъ*; сказывается она признаками суженія пищевода и ускоряетъ наступленіе смерти».

Что касается трактатовъ на англійскомъ языкѣ, то и въ обширѣйшемъ изъ нихъ, *Allbutt'овскомъ* <sup>13)</sup>, о бугорчаткѣ пищевода не упомянуто ни словомъ; точно также и у *Bain'a* <sup>14)</sup>. Одинъ *French* <sup>15)</sup> въ своей недавно вышедшей книгѣ счелъ нужнымъ упомянуть, что бугорчатка пищевода встрѣчается рѣдко.

Напрасно было-бы искать указаній болѣе подробныхъ и въ трактатахъ по патологической анатоміи. *Rokitansky* <sup>16)</sup> полагалъ даже, что бугорки въ пищеводѣ не встрѣчаются вовсе. По *Cornil'ю* и *Ranvier* <sup>17)</sup> они крайне рѣдки здѣсь. Тоже заявляютъ *Rindfleisch* <sup>18)</sup> и *Ziegler* <sup>19)</sup>, а равно и *Kaufmann* <sup>20)</sup>, посвящающій описанію бугорчатковыхъ язвъ пищевода 15 строкъ. Наоборотъ, по *Orth'y* <sup>21)</sup> бугорчатка пищевода встрѣчается чаще, чѣмъ полагали; но всегда въ сочетаніи съ бугорчаткою другихъ органовъ; самъ авторъ наблюдалъ 3 такихъ случая—довольно крупныя язвы съ бугорками въ окружности. Не игнорируютъ ея и нѣкоторые англійскіе авторы, какъ напр. *Delafield* и *Prudden* <sup>22)</sup>, замѣчая, что «бугорчатковое воспаление пищевода развивается или при общей просовидной бугорчаткѣ, или вслѣдствіе мѣстнаго зараженія бугорчатковой мокротой (при ясныхъ предшествовавшихъ мѣстныхъ поврежденіяхъ или безъ нихъ), или, наконецъ, вслѣдствіе распространенія бугорчатковаго процесса съ сосѣднихъ тканей; бываютъ и язвы».

Нечаста бугорчатка пищевода и по статистикѣ патолого-анатомическихъ театровъ, напр., приводимой *K. Zenker'омъ* <sup>23)</sup>: *Willigk* въ Прагѣ на 1317 случаевъ бугорчатки встрѣтилъ специфическое пораженіе пищевода всего 1 разъ; счастливѣе на находки былъ *Sänger* въ Лейпцигѣ,—на 1226 случаевъ чахотки 5 случаевъ; но сюда входятъ случаи *Chvostek'a* и *Paulick'аго*, по *Zenker'у* не доказанные; за исключеніемъ-же ихъ у *Sänger'a* приходится 1 случай бугорчатки пищевода на 400 случаевъ бугорчатки вообще, что согласно и съ наблюденіями самого *Zenker'a*.

Какъ бы то ни было, бугорчатковыя пораженія пищевода были извѣстны еще *Louis*, который говоритъ, что на 120 вскрытыхъ чахоточныхъ онъ видѣлъ 6 разъ язвы пищевода, по описанію его бугорчатковыя. *Louis* и приходится, по *Mazzotti* <sup>24)</sup>, считать первымъ авторомъ, описавшимъ бугорчатковыя язвы пищевода.

Сопоставляя болѣе обстоятельно описанные до сихъ поръ случаи бугорчатки пищевода, можно раздѣлить ихъ, по ходу развитія процесса, на 3 группы.

Повидимому, всего чаще [*Dürk* <sup>25)</sup>]. встрѣчается та форма бугорчатки пищевода, которую можно назвать проведенною изъ сосѣдства, изъ сосѣднихъ органовъ, вторичною бугорчаткою. Она переходитъ *per contiguitatem* съ пораженнымъ процессомъ близкихъ къ пищеводу органовъ, чаще всего лимфатическихъ железъ шеи, средостѣнія и легочныхъ воротъ; въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ наблюдался переходъ бугорчатки съ гортани, черезъ прободеніе гортанной язвы въ пищеводъ; наконецъ, въ пищеводъ-же можетъ прорваться бугорчатковый плейритъ (эмпіема), околопозвоночный нарывъ при костотѣдѣ позвоночника, или могутъ распространяться на него сыровидно-бугорчатковыя разстройства гортанной язвы (разрывъ, потеря

идетъ снаружи внутрь такъ, что слизистая оболочка поражается послѣднею. Изъ этой большей группѣ относятся случаи: *Kraus'a* <sup>26)</sup>, *Weichselbaum'a* <sup>27)</sup>, *Beck'a* <sup>28)</sup>, (прободеніе въ пищеводъ бугорчатковой язвы гортани), *Зеленкова* <sup>29)</sup>, прорывъ изъ легкаго; мужчина, 50 л.). Сюда-же подходитъ приводимое *Dürk'омъ* наблюденіе *Fleischer'a*:

Чахоточная, 33 л., Бугорчатковый плейритъ. Пищеводъ на протяжении 4,5 стм. лежалъ свободно въ лѣвой плевральной полости; на 2,5 стм. надъ мѣстомъ отхожденія лѣвой общей сонной артерій имѣлось прободеніе, которое вело прямо въ просвѣтъ пищевода; въ передней стѣнкѣ послѣдняго 2 глубокихъ язвы, по даннымъ микроскопическаго изслѣдованія несомнѣнно бугорчатковыя.

Затѣмъ 2 относящихся къ этой группѣ наблюденія описалъ *K. Zenker* <sup>23)</sup>.

1. Молодой фтизикъ, погибшій отъ бугорчатки легкихъ, гортани и кишечника. На уровнѣ развитія дыхательнаго горла—плотное, покрытое гладкой слизистой оболочкой возвышеніе, въ германскую марку, съ неправильной, величиною въ ноготь, потерю вещества на верхушкѣ, съ желтоватымъ дномъ и почти плоскими, гладкими краями; на вертикальныхъ срѣзахъ найдено, кромѣ сильнаго налитія сосудовъ, превращеніе всей подслизистой, мышечнаго слоя и окружающей кѣтчатки въ однородную сыровидную массу, съ разбѣянными въ окружности ея сыровидными гнѣздами и стѣрными узелками. Подъ микроскопомъ много бугорковъ, частью сыровидныхъ, въ подслизистой и мышечной оболочкахъ, а въ слизистой лишь на мѣстѣ центральнаго изъязвленія немного бугорковъ со множественно (какъ и въ другихъ мѣстахъ) бугорчатковыхъ палочекъ, частью въ кѣтточкахъ—великанахъ. Здѣсь зараза проникла—очевидно, черезъ легкія—въ лимфатическія желёзы, потомъ въ окружающую ихъ кѣтчатку, и только на послѣднюю въ стѣнку пищевода.

2. Общая хроническая бугорчатка органовъ груди и живота у женщины, 46 л. Развитіе бугорчатки пищевода вслѣдъ за прорывомъ сыровидно-распавшагося пакета лимфатическихъ железъ средостѣнія. И здѣсь въ подслизистой и мышечной оболочкахъ и въ отдаленныхъ отъ мѣста прорыва пунктахъ найдена грануляціонная ткань съ узелками, кѣтточками-великанами и сыровидными гнѣздами, но палочекъ обнаружено мало.

Наконецъ, къ этой-же группѣ *Kraus* <sup>7)</sup> причисляетъ наблюденіе *Birch-Hirschfeld'a* (переходъ заболѣванія съ глотки), 3 случая *Orth'a* съ 1 случаемъ *Zemann'a* (прорывъ желёзъ), 1 *Penzoldt'a* (прорывъ околопозвоночнаго нарыва) и 1 изъ случаевъ *Mazzotti* (прорывъ легочной пещеры).

Много болѣе интереса представляетъ прививная (инокуляціонная) бугорчатка пищевода, распространяющаяся всегда снаружи, со слизистой оболочки, кнаружи. Она возникаетъ отъ прямого соприкосновенія бугорчатковаго матеріала (мокроты) съ поверхностью слизистой оболочки, можетъ быть, на почвѣ случайныхъ мелкихъ потерь вещества, ссадинъ отъ твердыхъ предметовъ, корокъ хлѣба, костей и т. п. при глотаніи, а можетъ быть, какъ принимаетъ *Krebs*, на почвѣ простыхъ язвъ, которыя лишь позднѣе дѣлаются мѣстомъ развитія бугорковъ. Причины, почему эта форма наблюдается такъ рѣдко, не смотря на обиліе случаевъ зараженія пищевода у чахоточныхъ, толкуются различно. *Weichselbaum* указываетъ на быстрое проскальзываніе заразнаго матеріала по пищеводу; кромѣ того, здѣсь можетъ вліять хорошая выстилка пищевода совершенно гладкимъ, безъ кармановъ и углубленій, плоскимъ эпителиемъ, а равно почти полное отсутствіе въ слизистой его оболочкѣ лимфатическаго прибора (*Dürk*). Повидимому 1-ый случай этого рода описалъ въ 1868 г. *Paulicki* <sup>16)</sup>.

Столяръ, 74 л. При жизни признаки легочной чахотки съ бугорчаткою кишокъ и гортани; разстройства глотанія (суженіе, боли). На вскрытіи, кромѣ язвенной бугорчатки легкихъ, гортани и подвздошной кишки, найдено суженіе пищевода на высотѣ кольцевиднаго хряща и далѣе книзу на 1 дюймъ (безъ расширенія выше), и здѣсь-же на задней стѣнкѣ овальная язва въ 6 линий сверху внизъ, а пониже маленькая кругловатая. Язвы блѣдно-краснаго цвѣта, неглубокия (не доходили до мышечной оболочки), а около нихъ бугорки. Подъ микроскопомъ никакихъ признаковъ рака (но и бугорчатка, какъ справедливо замѣчаетъ *Glockner* <sup>30)</sup>, не доказана съ очевидностью).

Спустя 10 лѣтъ очень демонстративный случай сообщенъ былъ *Breus'омъ* <sup>31)</sup>,—случай бугорчатки глотки, пищевода и желудка послѣ ожоги ѣдкимъ кали.

Одинъ чахоточный выпилъ, съ цѣлью самоубійства, калийной щелочи. 4 недѣли лѣчился отъ этого въ больницѣ, а потомъ по временамъ страдалъ разстройствами глотанія и спустя 4 мѣсяца умеръ отъ бугорчатки. На вскрытіи найдено было, кромѣ хронической бугорчатки легкихъ, лимфатическихъ желёзъ, селезенки,

отъ ожоги. Язвы какъ макро-, такъ и микроскопически имѣли характеръ бугорчатковыхъ.

Въ 1881 г. *Spillmann* <sup>22)</sup> описалъ случай суженія пищевода вслѣдствіе бугорчатковой язвы, съ небольшимъ прободеніемъ въ лѣвый бронхъ. Къ тому-же времени относятся упомянутый выше случай *Follin'a—Duplay*—бугорки и язвы въ пищеводѣ у чахоточнаго старика, 67 л. — и затѣмъ случай *Eppinger'a* <sup>23)</sup>.

У чахоточной женщины почти весь пищеводъ оказался выполненъ разрошеніями молочницы, по удаленіи которыхъ обнаружилось много бугорковъ и бугорчатковыхъ язвъ. Причиной зараженія авторъ считаетъ молочницу, которою разрушенъ былъ эпителий пищевода.

Затѣмъ одно наблюденіе описалъ *K. Zenker* <sup>23)</sup>,—развитіе просовидныхъ бугорковъ въ пищеводѣ на почвѣ раковой язвы. Напоминая объ этомъ случаѣ въ другой своей статьѣ, онъ подчеркиваетъ, что тамъ имѣлась типичная изъязвившаяся карцинома, на днѣ которой развились тамъ и самъ бугорки, а вовсе не бугорчатковая язва съ атипическимъ разрошеніемъ эпителия, какъ это, повидимому, было въ позднѣйшемъ случаѣ *Cone'a*. Такого-же рода случай сообщилъ *Cordua*,—ракъ пищевода, гдѣ на днѣ язвы были найдены бугорки; одновременно имѣлась быстротечная чахотка легкихъ. И здѣсь *Zenker* считаетъ зараженіе черезъ мокроту болѣе вѣроятнымъ, чѣмъ предполагаемая *Cordua* передача яды черезъ направленный къ раковой язвѣ усиленный токъ лимфы. Въ 1894 г., по *Thorel'ю* <sup>24)</sup>, описалъ аналогичный случай *Meyerhoff*—разсѣянные въ пищеводѣ бугорки при ракѣ его. Потомъ 1 новый случай приведенъ *Hasseltmann'омъ* <sup>25)</sup>, собравшимъ 15 случаевъ бугорчатки пищевода изъ литературы:

У наследственно-чахоточнаго мальчика, 6 мѣс., съ сильною сыровидною бугорчаткою легкихъ и лимфатическxъ железъ, при пораженіи и кишокъ, въ нижней части пищевода найдены мелкія кратеровидныя язвы безъ всякой связи съ дыхательнымъ горломъ или съ сыровидными лимфатическими железами. Подъ микроскопомъ несомнѣнная бугорчатка, съ бугорками и клѣточками-великанами, но безъ палочекъ. Зараженіе, очевидно, произошло черезъ проглатываніе мокроты.

Далѣе идетъ наблюденіе *Fraenkel'я* <sup>26)</sup>, въ которомъ, впрочемъ, осталось невыясненнымъ, черезъ инокуляцію ли развилась бугорчатка, или эмболически:

Мужчина, 33 л., погибшій отъ бугорчатки легкихъ и кишечника. Пищеводъ пронизанъ множествомъ мелкихъ, шаровидно выступающихъ на поверхности его узелковъ, а на ряду съ послѣдними мелкія язвы съ зубчатыми краями и неровнымъ дномъ и нѣсколько болѣе крупныя, рѣзко-ограниченныя потерь вещества съ гладкимъ дномъ. Подъ микроскопомъ бугорки, частью распадающіеся въ центрѣ, а палочекъ мало.

Наконецъ, по *Thorel'ю*, 8 случаевъ бугорчатки пищевода вслѣдствіе зараженія съ поверхности описалъ въ 1896 г. *Mazzotti*; язвы сидѣли главнымъ образомъ въ нижней части пищевода, были неправильно разсѣяны, овальной по длинѣ формы и проникали лишь рѣдко до мышечной оболочки.

Всего рѣже встрѣчается 3-ья форма бугорчатки пищевода, гдѣ это страданіе является лишь частичнымъ проявленіемъ общей бугорчатки (кровородное происхожденіе). Если исключить только-что упомянутый случай *Fränkel'я*, то въ эту группу можно отнести лишь 1 наблюденіе, принадлежащее *Glockner'у* <sup>30)</sup>.

Разсѣянная просовидная бугорчатка только мышечной оболочки пищевода, безъ пораженія слизистой и подслизистой. Мышечный слой пронизанъ многочисленными мелкими, частью сыровидно-перерожденными узелками, съ большимъ количествомъ клѣточекъ-великановъ и палочекъ въ нихъ. Кроме того, просовидная бугорчатка селезенки, почекъ и печени.

## 2.

Переходя отъ пищевода къ желудку, приходится отмѣтить, что бугорчатковыя пораженія и этого органа признаются за рѣдкость большинствомъ авторовъ, какъ патолого-анатомовъ, такъ и клиницистовъ.

Относительно первыхъ *Barbacci*, которому принадлежитъ обстоятельный обзоръ старой литературы о бугорчаткѣ желудка, замѣчаетъ, что, напр., *Cruveilhier* и *Rokitansky* считали бугорчатковыя пораженія желудка явленіемъ исключительно редкимъ, точно такъ-же, какъ *Lebert*, *Lock*, *Foerster*, *Klebs*, *Waldenburg*, *Laboulbène* и др.; по *Andra'ю*-же, бугорчатка желудка выражается обыкновенно не язвами и не бугорками, а размягченіемъ и истонченіемъ

Изъ болѣе новыхъ авторовъ *Cornil-Ranvier* <sup>17)</sup>, *Rindfleisch* <sup>18)</sup> и *Orth* <sup>21)</sup> ограничиваются замѣчаніемъ, что бугорчатковыя язвы въ желудкѣ встрѣчаются рѣдко. *Birch-Hirschfeld* <sup>31)</sup> только упоминаетъ объ язвахъ,—о 2-хъ наблюденіяхъ. По *Ziegler'у* <sup>19)</sup>, бугорчатка бываетъ въ желудкѣ лишь рѣдко; но встрѣчаются на слизистой оболочкѣ этого органа какъ язвы бугорчатковыя, такъ и бугорки, быстро омертвѣвающіе. *Kaufmann* <sup>20)</sup> говоритъ, что бугорчатка желудка относительно рѣдка; но, опираясь на новѣйшія сообщенія, различаетъ уже формы—правильную и кровородную,—посвящая той и другой вмѣстѣ, однако, менѣе 1/2 страницы. По *Delafield'у* и *Prudden'у* <sup>22)</sup>, бугорчатковый гастритъ рѣдокъ и обыкновенно вториченъ, сопровождая бугорчатковыя страданія другихъ органовъ; встрѣчаются и бугорки, и язвы, особенно въ слизистой и подслизистой оболочкахъ.

При такомъ взглядѣ патолого-анатомовъ не надо удивляться, что и клиницисты тоже едва лишь упоминаютъ о разбираемомъ нами страданіи. Въ болѣе извѣстныхъ немецкихъ руководствахъ вопросу этому уделено то по нѣскольку строкъ [*Strümpell* <sup>4)</sup>, *Eichhorst* <sup>5)</sup>, *Klemperer* <sup>6)</sup>, *Wegele* <sup>38)</sup>], то немного больше [*Ewald* <sup>39)</sup>, *Boas* <sup>40)</sup>]. Изъ авторовъ французскихъ, напр., *Hayem* и *Lion* <sup>41)</sup>, тоже только вскользь упоминаютъ о нѣкоторыхъ (французскихъ-же) наблюденіяхъ, и лишь *Marfan* <sup>42)</sup> отводитъ бугорчаткѣ желудка—правильнѣе, страданіямъ желудка при легочной чахоткѣ—больше мѣста, тоже указывая, впрочемъ, на рѣдкость формы и замѣчая, что ему извѣстно всего лишь 17 случаевъ ея.

Наконецъ, изъ числа авторовъ англійскихъ и американскихъ одинъ, какъ *Bain* <sup>14)</sup>, *French* <sup>15)</sup>, *Einhorn* <sup>21)</sup>, также почти молчатъ о разбираемомъ страданіи, но другіе не считаютъ этого возможнымъ. Напр., *Hale White*, говоря о крайней рѣдкости бугорчатки желудка, замѣчаетъ <sup>13)</sup>, что самъ лѣчилъ мальчика, 7 л., съ этой болѣзнью.

У больного былъ бугорчатковый перитонитъ и язва на задней стѣнкѣ желудка, ближе къ выходящему концу, съ просовидными бугорками на сыровороточной оболочкѣ соответственно этому мѣсту и сыровиднымъ перерожденіемъ лимфатическихъ железъ у малой кривизны.

Въ музеѣ *Guy's Hospital'я*, по тому-же автору, есть 2 препарата язвенной бугорчатки желудка отъ дѣтей, 1—отъ 48-лѣтняго мужчины (умеръ отъ бугорчатковаго перитонита; въ желудкѣ сыровидныя отложенія въ подслизистой оболочкѣ, безъ язвъ) и 1—отъ юноши, 18 л. (смерть тоже отъ перитонита бугорчатковаго; небольшой подслизистый гнойникъ, вѣроятно, бугорчатковый). А за послѣднее время *Robson* и *Moynihan* <sup>43)</sup> въ своей книгѣ о хирургическомъ лѣченіи болѣзней желудка сообщаютъ, что вторымъ изъ нихъ была оперирована въ 1895 г. 19-лѣтняя больная съ суженіемъ привратника вслѣдствіе бугорковъ въ послѣднемъ.

Болѣзнь выражалась существовавшими 4 года болями послѣды и рвотами кофейной гущей, а 4 послѣднихъ мѣсяца присоединились признаки расширенія желудка. На операционномъ столѣ обнаружена бугорчатка брызжеечныхъ железъ, сальника и желудка, съ бугорками въ толщѣ привратника. Пилоропластика. Первое натяженіе, но на 2-ой недѣль смерть.

Статистическія данныя прежнихъ авторовъ, собранныя *Barbacci* <sup>37)</sup>, показываютъ, что пораженіе желудка бугорчаткою относительно чаще встрѣчается только у дѣтей. Такъ, *Barthes* и *Rilliet* на 141 вскрытіе дѣтей съ бугорчатковыми страданіями желудочно-кишечнаго канала нашли 21 разъ измѣненія въ желудкѣ: 7 разъ бугорки (въ томъ числѣ 6 съ началомъ изъязвленія) и 14 разъ язвы, по виду бугорчатковыя, но вѣроятнѣе, какъ думаетъ *Barbacci*, вовсе не бугорчатковыя, судя по необычайной частотѣ ихъ. *Paravoine*, вскрывшій 50 дѣтей съ бугорчаткою, встрѣтилъ пораженіе желудка 1 разъ, но точно характера его не выяснилъ. *Willigk'у* на 241 случай бугорчатки пищеварительнаго канала специфическія измѣненія въ желудкѣ встрѣтились 4 раза, какъ и *Steiner'у* съ *Neuretter'омъ* на 302 вскрытія, а *Parrot*—ни одного раза на множество дѣтскихъ вскрытій. *Gerhardt* на 418 вскрытіяхъ чахоточныхъ дѣтей наблюдалъ бугорчатковыя язвы желудка 2 раза. *Bednar* встрѣчалъ ихъ и у грудныхъ дѣ-

стических данных о частоте бугорчатки желудка у детей: *Still* <sup>42</sup>) на 206 вскрытых детей с бугорчаткою живота встретил поражение желудка у 5, питаемый *Still* <sup>43</sup> *Widerhofer* 2 раза на 418 случаев, *Holt* <sup>44</sup>) — 5 раз на 119, *Lister* <sup>45</sup>) — 4 раза на 42 случая острой бугорчатки у детей.

Если же обратиться к статистикам общим, то *Dürk* <sup>25</sup>) на 100 вскрытых (всех возрастов) за год встретил бугорчатковые язвы желудка 4 раза, *Letulle* <sup>46</sup>) — 1 раз на 108 вскрытий при легочной чахотке, *Eisenhardt* <sup>47</sup>) — 1 на 567 при бугорчатке кишок, *Simmonds* <sup>48</sup>) — 8 раз на 2000 вскрытий (0,4%), а *Glaubitt* <sup>49</sup>) — 47 на 2237 вскрытий при легочной бугорчатке. По последнему автору, если принять во внимание относительные числа вскрытий, то бугорчатка желудка встречается у мужчин столь же часто, как и у женщин (0,4%); у взрослых она слишком вдвое более часта, чем у детей (0,5 и 0,2%); у взрослых мужчин всего чаще, у мальчиков всего реже; девочки же и взрослые женщины занимают среднее место. Если же положить в основу счета число случаев бугорчатки, то оказывается, что чахоточные женщины страдают бугорчаткою желудка чаще, чем мужчины, а чахоточные дети немного чаще взрослых; всего реже она и при таком счете у мальчиков; затем следуют взрослые мужчины, потом взрослые женщины, а всего чаще она у девушек моложе 15 лет [*Pertik* <sup>50</sup>)].

Оставляя в стороне наблюдения старинные, обыкновенно очень неполные, как приводимые *Barbacci* случаи *Panaroli* и *Barkhausen*'а, одно из первых сообщений о бугорчатке желудка принадлежит, по *Barbacci*, *Bignon*'у <sup>51</sup>).

Мальчик, 6½ л., умер от кровавой рвоты вследствие прободения бугорчатковой язвы желудка. На вскрытии найдено, при распространенной бугорчатке брюшин, круглое прободение на большой кривизне желудка около дна, с 2-мя бугорками в соседстве; последние развились, по мнению автора, сначала под брюшиной.

*Besnier* <sup>52</sup>) наблюдал случай у взрослого: каменщик, 57 л., умер от прободения желудка вследствие вскрытия сюда бугорчаткового гнойника лимфатической железы.

Затем *Beneke* и *Wilson Fox* описали, по *Barbacci*, по случаю прободения желудка вследствие размягчения бугорков на сывоточной оболочке желудка. *Paulicki* <sup>53</sup>), на вскрытии кучера, 41 г., встретил в желудке много неправильной формы язв с припухшими краями, при чем одна из них, в 4 поперечных пальцах от выхода, на передней стенке органа, дала прободение. *Litten*, по *Barbacci*, сообщил в том же 1867 г. такой случай.

На вскрытии 30-летнего мужчины им найдено было, помимо язвенной бугорчатки желудка, бронхов и легких, сыровидное перерождение желез брызжеечных и околожелудочных и много сыровидных бугорков на брюшине, а в желудке на передней стенке около малой кривизны имела эллиптическая потеря вещества в 4,2×3,3 см., с острыми, зубчатыми краями, по которым, равно как и по дну язвы, были разбросаны желто-серые узелки (имевшие также и на сывоточной оболочке соответственно язвы). Под микроскопом все узелки оказались бугорками, с типичными клеточками-великанами.

Интересен этот случай тем, что в других отделах пищеварительного тракта не найдено было следов бугорчатковых язв. Прижизненных явлений не было никаких.

Затем ряд наблюдений сообщили: *Poggi* <sup>54</sup>) (мужчина, 39 л., легочная чахотка; на большой кривизне около средней круглой бугорчатковой язвы в 1,5 см.), *Lorey* <sup>55</sup>), (мужчина, 22 л., смерть при явлениях кровавой рвоты; на вскрытии несколько мелких язв, с бугорками под микроскопом, на задней стенке желудка), *Rehn* <sup>56</sup>) (2 язвы желудка у ребенка, 1¾ г.), *Gille-Brèchemin* <sup>57</sup>) (на вскрытии чахоточного, 18 л., умершего от кровохарканья, обнаружена в желудке язва с уплотненным фиброватым дном и приподнятыми краями, без изменений в кишках), *Talamon* <sup>58</sup>) (девочка, 4½ л., с обильною бугорчаткою легких и кишечника; в желудке 7 язв, по микроскопическому исследованию несомненно бугорчатковых), *Anger* <sup>59</sup>) (общая просовидная бугорчатка у девочки, 18 л., и несколько язв в желудке около привратника).

указать на случай: *Eppinger*'а <sup>60</sup>) (общая просовидная бугорчатка со многими бугорчатыми язвами в желудке), *Cazin*'а <sup>61</sup>) (девочка, 10 л., в желудке на задней стенке у малой кривизны круглая язва с 3—4 бугорками на красноватом фоне дна и до 40 бугорков кругом; в неизъязвившихся бугорках клеточки-великаны), *Mathieu* <sup>62</sup>) (мужчина, 58 л., общая бугорчатка, со специфической язвой в желудке), *Coats*'а <sup>63</sup>) (сильная чахотка легких; в желудке много язв с типичными строением и множеством *Koch*'овских палочек в ткани), *Barlow* <sup>64</sup>) (общая бугорчатка, у девочки, 1¾ г., язва в желудке), *Serafini* <sup>65</sup>) (много язв в желудке, особенно у привратника, с бугорками кругом; под микроскопом, кроме явлений тяжелого катарра желудка, в подслизистом слое и по краям язв клеточные скопления с сыровидными центрами и небольшим количеством палочек), *Pitt*'а <sup>66</sup>) (женщина, 67 л., костоуда 6-го и 7-го шейных позвонков, 6 прободений в пищевод и 1 в желудок, в подслизистой которого оказались бугорки). Тщательно исследованы были микроскопически, в 1889 г., 7 случаев бугорчатки желудка *Kühl*'ем <sup>67</sup>). Вместе с признаками хронического катарра желудка он находил по краям и в дне язв типичные бугорки, а в 2-х исследованных бактериологически случаях нашел и палочки. Весьма обстоятельно описан также случай *Barbacci* <sup>37</sup>).

Солдат, 22 л., умерший от легочной чахотки с пещерами и от бугорчаткового перитонита. Желудок был расширен и содержал 4 крупных язвы (2 на передней стенке и по 1 у выхода и на задней стенке) и 4—5 мелких. Под микроскопом обнаружено множество бугорков с сыровидным перерождением в центре, палочек же автор не искал.

После 1890 г., в котором вышла в свет работа *Barbacci*, в литературе также продолжали появляться по временам описания случаев бугорчатки желудка, иногда по нескольку за раз. Так, в 1893 г. сообщил сразу 5 таких случаев, найденных на вскрытии, проф. Э. П. *Пржевоский* <sup>68</sup>) в Варшаве; во всех их имела очень затяжная, фиброзная форма легочной чахотки. В том же году описан 1 случай *Letulle* <sup>46</sup>): очень сильная язвенная чахотка легких; в желудке 12 опухолей по небольшой горошин, с изъязвлениями на поверхности.

Затем можно указать на наблюдение *Habershon*'а <sup>69</sup>):

Чахоточный, 35 л., с бугорчатыми поражениями сыровоточных оболочек и бугорками в мозгу. На задней стенке желудка у малой кривизны небольшая круглая бугорчатковая язва, рыхло спаянная снаружи с поджелудочной железой, со множеством палочек в ней.

Следующий новый случай сообщен *Kanzow*'ым <sup>70</sup>):

Ребенок, умерший от бугорчатки кишок и хронического бугорчаткового перитонита, при полной незатронутости легких. На задней стенке желудка у него сидели 3 кругловатых язвы с красноватой каемкой, типичного для бугорчатковых язв строения, но без палочек.

К последнему 10-летию относится, напр., случай *Weinberg*'а <sup>71</sup>): бугорчатковая язва на задней стенке желудка у девочки, 12 л., умершей от бугорчатки легких, кишечника и почти всех внутренних органов.

Далее идут 4 наблюдения *Blas*'а <sup>72</sup>):

1. Ребенок, с бугорчаткою легких и кишечника. По средине малой кривизны потеря вещества в 5-марковую германскую монету, с подрытыми и усаянными бугорками краями, доходящая до мышечной оболочки; строение типичное, со множеством палочек.

2. Мужчина, 43 л., умерший от бугорчатки легких и кишечника. На большой кривизне желудка в области дна язва в 20-пфениговую монету, дов. глубокая, с покрытым узелками дном.

3 и 4. Два чахоточных со множественными бугорчатыми изъязвлениями желудка, а у одного имело и значительное сыровидное перерождение фолликулов.

Сюда же следует добавить 5 случаев *Thorel*'а, о которых упоминает *Dürk* <sup>25</sup>), случай *Blumer*'а <sup>25</sup>) (множественная бугорчатковая язва желудка при общей просовидной бугорчатке), 5 случаев *Still*'а <sup>43</sup>) (относятся к детям от 10 мес. до 9 л., 3—с микроскопическим исследованием, при чем во всех найдены были клеточки-великаны и в 2-х палочки), 4 случая *Lister*'а <sup>45</sup>) (у детей от 4 мес. до 2 л., 3—с микроскопическим исследованием).

В большинстве упомянутых случаев бугорчатки же-

изъ описанія ихъ, о зараженіи слизистой оболочки желудка сверху, черезъ проглатываемую мокроту. Въ другихъ можно предполагать переходъ процесса съ сосѣднихъ органовъ, чаще всего съ брюшины по лимфатическимъ путямъ. Но ни въ ту, ни въ другую группу нельзя отнести описанный въ 1897 г. случай *Wilms'a* <sup>73)</sup>, гдѣ поражение желудка развилось чисто кровороднымъ путемъ:

У 9-мѣсячнаго ребенка, умершаго отъ общей просовидной бугорчатки, въ желудкѣ макроскопически имѣлся лишь небольшой катарръ слизистой оболочки, но подъ микроскопомъ найдено—и на поверхности, и въ глубинѣ—много гнѣздъ омертвѣнія съ палочками въ нихъ. Большинство этихъ гнѣздъ помѣщалось въ междужелудочной ткани слизистой оболочки, и лишь немногія въ подслизистой; кѣлочекъ-великавовъ они не содержали.

Весьма возможно, что такимъ-же путемъ получилось зараженіе стѣнки желудка и въ нѣкоторыхъ другихъ случаяхъ изъ приведенныхъ выше.

3-ью совершенно своеобразную группу образуютъ тѣ случаи бугорчатки желудка, гдѣ процессъ сосредоточивался въ области привратника и вызывалъ суженіе его со всѣми обычными припадками. Эти случаи особенно интересны со стороны какъ патолого-анатомической, такъ и клинической,—съ послѣдней потому, что болѣзнь зачастую можетъ быть устранена своевременнымъ хирургическимъ внимательствомъ. Къ этой группѣ приходится отнести прежде всего старое наблюденіе *Hattute* <sup>74)</sup>, который нашелъ на вскрытіи 47-лѣтняго мужчины, страдавшаго сильными болями въ желудкѣ, по всей брюшинѣ высыпь бугорковъ и расширение желудка вслѣдствіе кольцевиднаго суженія пронизаннаго бугорками привратника; кромѣ того, поражены были брызжеечныя и бронхіальныя железы. Затѣмъ *Patella* <sup>75)</sup> сообщилъ 3 случая, гдѣ у больныхъ, при зажившей легочной чахоткѣ, имѣлся фиброзный перигастритъ въ области привратника желудка съ суженіемъ, при чемъ 2-ое больныхъ поправились послѣ гастроэнтеростоміи. Но былъ-ли здѣсь процессъ собственно бугорчатковый, или только вызванная продуктами обмѣна веществъ бугорчатковыхъ палочекъ «склерогенная интоксикація», этого не берется рѣшить и озвѣтъ авторъ. Зато очень поучительны относящіяся къ этой группѣ случаи *Maynihan'a* <sup>42)</sup>, *Nordmann'a*, *Lipscher'a*, *Curschmann'a* и новѣйшій случай *Alexander'a* <sup>76)</sup>. Во всѣхъ ихъ имѣлись припадки суженія привратника, во всѣхъ предполагался ракъ этой области, и только операція съ послѣдующимъ микроскопированіемъ удаленныхъ кусочковъ ткани выяснила бугорчатковую природу страданія.

Со стороны терапевтической также выдаются 2 случая *Petruschky* <sup>77)</sup>, гдѣ у больныхъ имѣлись всѣ припадки круглой язвы желудка, исчезнушіе при лѣченіи туберкулиномъ. На основаніи этихъ случаевъ авторъ полагаетъ, что т. наз. круглая язва желудка зачастую имѣетъ бугорчатковое происхожденіе; но этотъ взглядъ его пока еще не нашелъ себѣ сторонниковъ.

Чтобы покончить съ литературою бугорчатки желудка, я долженъ упомянуть еще, что попытки общаго обзорѣнія этой литературы дѣлались и послѣ *Barbacci*: въ 1887 г. появился обобщающій трудъ *Marfan'a* <sup>78)</sup>, затѣмъ въ 1895 г. напечаталъ свою работу *Lelorey* <sup>79)</sup>, собравшій въ литературѣ 21 случай язвенной бугорчатки желудка, а въ 1902 г. *Arloing* <sup>80)</sup> собралъ ихъ 40.

(Окончаніе слѣдуетъ).

## CLXXXII. Къ вопросу объ однородности казеина.

Ч. пр. В. И. Словцова.

Работая съ измѣненіями казеина подъ вліяніемъ сычужнаго бродила, я по неволѣ столкнулся съ вопросомъ о химической природѣ казеина и его однородности. Какъ известно изъ литературы по этому предмету, проф. А. Я. Данилевскій <sup>1)</sup> и *Radenhausen* давно уже обратили вниманіе на то, что изъ осадка бѣлка, получаемого изъ молока при прибавленіи кислотъ (изъ казеиногена, по современной номенклатурѣ), легко получить извлеченіе горячимъ 40—50°-мъ спиртомъ. Это дало поводъ названному авторамъ предполо-

жить, что осадокъ этотъ состоитъ изъ смѣси 2-хъ бѣлковъ, изъ которыхъ одинъ растворяется въ спиртѣ. Была высказана даже мысль, что послѣдній бѣлокъ есть лактальбуминъ. *Hammarsten* <sup>2)</sup> подвергъ эти факты рѣзкой критикѣ и показалъ, что очищенный 40—50° спиртомъ лактальбуминъ не только не растворяется, но даже свертывается. Препараты казеиногена, полученные *Hammarsten'*омъ, были настолько однородны по своимъ качествамъ и по своему элементарному составу, что едва-ли есть необходимость считать ихъ смѣсью какихъ-то различныхъ бѣлковъ. Самый фактъ относительно способности 40—50°-го спирта извлекать изъ казеина какое-то тѣло онъ, однако, подтверждаетъ, но полагаетъ, что въ данномъ случаѣ происходитъ прямо разложеніе казеина спиртомъ или, быть можетъ, извлеченіе фосфорнокислыхъ солей, которыя въ видѣ принѣса всегда имѣются въ препаратахъ казеина.

Такъ какъ это отношеніе казеина къ спирту осталось невыясненнымъ, то я и обратилъ на него особое вниманіе.

Исходнымъ матеріаломъ служилъ мнѣ казеинъ, приготовленный изъ коровьяго молока по способу *Hammarsten'a* и высушенный на воздухѣ. Въ получившемся гигроскопическомъ бѣломъ порошокѣ было опредѣлено содержаніе воды, и опредѣленны навѣски его извлекались спиртомъ различной крѣпости. Навѣска собиралась затѣмъ на взвѣшенную предварительно фильтру, нѣсколько разъ извлекалась горячимъ спиртомъ той-же крѣпости и высушивалась при 110°. Зная вѣсъ навѣски и содержаніе влажности, можно было рассчитать количество плотнаго вещества навѣски, а, зная вѣсъ навѣски, оставшейся на фильтрѣ количество бѣлка, раствореннаго спиртомъ.

Примѣромъ могутъ служить слѣдующія цифры.

Извлекающая жидкость.	Вѣсъ навѣскѣ.		Разница въ грм.
	До извлече- нія.	Послѣ извле- ченія.	
	Въ грм.		
Вода	0,6518	0,6518	0
20° спиртъ	0 4643	0,4710	+ 0,0077
40° »	0,8785	0,8190	— 0,0595
50° »	0,8515	0,8015	— 0,0500
65° »	0,7794	0,7512	— 0,0282
95° »	0.8000	0.8070	+ 0,0070

Въ другой формѣ опыты производились слѣдующимъ образомъ. Бралось по 20 к. стм. снятого молока (5 порцій); всѣ порціи разводились въ 5 разъ водой и осаждались 5 к. стм. 40°-ной уксусной кислоты. Осадки собирались на взвѣшенныя фильтры и извлекались спиртомъ различной крѣпости, потомъ 95° алкоголемъ и эфиромъ и, наконецъ, высушивались при 110°.

Извлекающая жидкость.	Вѣсъ навѣски изъ 20 к. стм. молока въ грм.	Разница въ грм.
Кипящая вода. . .	0,6218	
25° спиртъ. . .	0,6132	
50° спиртъ. . .	0,5910	— 0,0308
75° спиртъ. . .	0,6142	
95° спиртъ. . .	0,6200	

Въ первомъ случаѣ мы имѣемъ извлеченіе казеина, достигающее 6,8%, во второмъ—4,9%. Повторные опыты дали приблизительно тѣже цифры.

Этотъ бѣлокъ, извлекаемый 40°-мъ спиртомъ, при охлажденіи вытяжки выпадаетъ въ видѣ мелкозернистаго осадка, который отфильтровывается очень плохо. Чтобы получить его въ большемъ количествѣ, выгоднѣе всего упаривать полученное извлеченіе на водяной банѣ до-суха. При этомъ получаютъ сухія пластинки, легко растирающіяся въ порошокъ и содержащія иногда слѣды жира. Поэтому полезно передъ дальнѣйшей обработкой навѣсчъ препаратъ эфиромъ.

Полученный порошокъ, высушенный надъ сѣрной кислотой при комнатной температурѣ, легко растворяется въ слабыхъ щелочахъ и въ 5%-мъ растворѣ фосфорнокислаго натра. Растворы его даютъ характерную биуретовую реакцію (фиолетоваго оттѣнка), мыловую и ксантопротеиновую. При прибавленіи уксусной кислоты получается исчезающая муть, превращающаяся при нагреваніи жидкости въ слегка хлопчатый осадокъ. При прибавленіи сульфосалициловой кислоты



торая при нагреваніи въ значительной степени исчезаетъ, а при охлажденіи вновь увеличивается. При прибавленіи насыщеннаго раствора сѣрноокислаго аммонія осаждеііе получается при 4 к. стм. до 5,5 к. стм. солевого на 10 к. стм. раствора бѣлка. Бѣлокъ этотъ при прибавленіи достаточнаго количества кальція и фосфорной кислоты даетъ съ сычужнымъ бродиломъ характерное для казеина свертываніе.

Повтореніе опытовъ давало въ общемъ довольно однородные продукты.

Представляется весьма вѣроятнымъ, что въ данномъ случаѣ имѣется на лицо бѣлковое тѣло, очень близкое къ казеиногену, но альбумознаго типа. Опредѣленіе  $SO_3$  и  $P_2O_5$  въ немъ дало слѣдующія цифры:

0,5678 грм. вещества дало 0,018 грм.  $SBaO_4$  1,08%  $SO_3$   
и 0,0095 грм.  $Mg_2P_2O_7$  1,054%  $P_2O_5$ .

Тѣже цифры для казеина (по *Lehman*) 106%  $SO_3$  и 0,81%  $P_2O_5$ . Опредѣленіе кислотности даннаго бѣлковаго тѣла, по *Spiro* и *Pemsel*’ю, дало слѣдующія цифры:

0,7642 грм. вещества связало 3,0 к. стм.  $\frac{1}{2}$  N  $NaHO$  или 0,024  $NaHO$  на 1 грм. вещества около 31,3 млгрм.  $NaHO$ . Для общаго же казеина эти цифры, по моимъ наблюденіямъ, равны въ среднемъ 32,77 млгрм. на 1 грм., а по даннымъ *Spiro*—32,187 млгрм.

Интересно сопоставить свойства самого казеина и этой своеобразной альбумозной фракціи.

Реакціи	Цѣльный казеинъ	Часть, извлекаемая 50° спиртомъ
Біуретовая	Фиолетовая	Фиолетовая
Ксантопротеинов.	Рѣзкая	Рѣзкая
Милоновая	Красный осадокъ	Осадокъ и розовая жидкость
50° спиртъ при 80° Ц.	Растворяетъ отчасти	Растворяетъ цѣлкомъ
S (N H), O.	Осажденіе съ 3 до 5 к. стм. соли на 10 к. стм.	Осажденіе послѣ 5 к. стм. соли на 10 к. стм.
Сульфосалициловая кислота	Хлопчатый осадокъ, свертывающійся при нагреваніи.	Муть, растворяющаяся при нагреваніи.
Содержаніе $P_2O_5$	0,81%	1,054%
$SO_3$	1,06%	1,08%
Сычужное бродило	свертываетъ	Свертываетъ
Кислотность	31,3 млгрм. $NaHO$	32,77 млгр. $NaHO$

Само собою разумѣется, что примѣсь къ казеину его альбумозы, близко подходящей къ нему по элементарному составу, не даетъ возможности узнать ея присутствіе въ самомъ казеинѣ по одному элементарному составу послѣдняго, какъ это дѣлалъ *Hammarsten*.

Невольно напрашивается мысль, что казеинъ, находящійся въ коровьемъ молокѣ, есть бѣлокъ, отчасти подвергнувшійся дѣйствию протеолитическаго бродила, тѣмъ болѣе, что при процессѣ образованія молока, дѣйствительно, происходитъ раствореніе протоплазмы клѣтки молочной железы, да и кромѣ того, въ молокѣ неоднократно находили протеолитическое бродило трипсиннаго типа.

Способъ извлеченія альбумозы казеиногена (казеозы) спиртомъ очень удобенъ для полученія самой альбумозы, но за то окончательно портитъ менѣе растворимую часть (настоящій казеиногенъ), свертывая ее и дѣлая остатокъ нерастворимымъ въ 0,5°-мъ растворѣ фосфорнокислаго натра. Я попытался поэтому произвести тоже раздѣленіе общаго казеина при помощи солей.

1-ый опытъ въ этомъ направленіи былъ поставленъ такъ. Растворъ казеина, въ которомъ находилось по предварительному опредѣленію 6,7% растворимой въ спиртѣ части, былъ раздѣленъ при помощи сѣрноаммоніевой соли на 3 фракціи. 1-ая получена прибавленіемъ 33,3% солевого раствора; 2-ая—добавленіемъ солевого раствора до равнаго объема (50°); 3-ья—остатокъ. Всѣ 3 фракціи растворены прибавленіемъ воды и осажены уксусной кислотой. Всѣ осадки вымыты водой и извлечены горячимъ 60°-мъ спиртомъ.

Въ среднемъ въ 1-ой фракціи оказалось 7,6% всего казеина, 2-ой 75,4%, 3-ей 17,0%. 1-ая фракція совершенно не извлекалась 40°-мъ спиртомъ, изъ 2-ой извлеченіе спиртомъ добыло только 4,6% плотнаго вещества, изъ 3-ей 16%.

Въ одномъ изъ повторныхъ опытовъ удалось получить послѣднюю фракцію такого сорта, что изъ нея извлекалось 40°-мъ спиртомъ до 50° навѣски.

Отсюда видно, что казеиногенъ, осажденный въ 3 пріема, далеко не одинаковъ по свойствамъ и что, вѣроятно, въ немъ имѣется смѣсь 2-хъ тѣлъ. Главное техническое

неудобство этого способа состоитъ въ томъ, что объемистые осадки захватываютъ механически и болѣе растворимую часть.

Послѣ многократныхъ попытокъ иногда удавалось получить и путемъ фракціонированнаго осаждеііа препараты, близкіе къ тѣлу, извлекаемому 40°-мъ спиртомъ.

Методика полученія фракцій казеина въ концѣ концовъ свелась къ слѣдующему.

Къ раствору казеиногена въ 0,5°-мъ фосфорнокисломъ натрѣ приливаютъ  $\frac{1}{2}$  объема насыщеннаго раствора сѣрноаммоніачной соли; получается сильная муть, которая черезъ 24—48 час. спекается, особенно при частомъ встряхиваніи, въ слизистый комокъ. Прозрачная часть отфильтровывается черезъ нутчу (съ большимъ трудомъ), разводится водой и осаждается уксусной кислотой, собирается на фильтръ, промывается водой, спиртомъ и эфиромъ и высушивается на холоду.

Препаратъ легко растворяется въ слабыхъ щелочахъ и въ 0,5°-мъ растворѣ фосфорнокислаго натра, содержитъ сѣру и фосфоръ, свертывается въ присутствіи фосфорнокислаго кальція сычужнымъ бродиломъ, даетъ рѣзкія реакціи на бѣлки (біуретовую, миловую и ксантопротеиновую). Кипяченіе съ 50°-мъ спиртомъ его не осаждастъ. На холоду осаждается 3-мя объемами спирта. Съ сульфосалициловой кислотой даетъ муть, растворяющуюся при кипяченіи.

Въ другихъ случаяхъ подобное же фракціонированіе удавалось прибавленіемъ 470 к. стм. насыщеннаго раствора сѣрноаммоніачной соли на 1000 к. стм. раствора.

Общія свойства казеиногена 1-ой и 2-ой фракціи видны изъ слѣдующей таблицы.

Реакціи.	1-ая.	2-я.
Біуретовая	фиолетовая	фиолетовая
Милоновая	красный осадокъ	красный осадокъ и розоватая жидкость желтая.
Ксантопротеиновая	желтая	отъ 3-хъ объемовъ.
Осажденіе спиртомъ	отъ 2-хъ объемовъ осаждается	растворяется въ значительной степени.
При кипяченіи съ 50-мъ спиртомъ	5 к. стм. на 10 к. стм. раствора	болѣе 5 к. стм. на 10 к. стм. раствора.
Сѣрно - аммоніева соль осаждастъ	осадокъ	мутъ.
Сульфосалициловая кислота на холоду	осадокъ	растворяется.
При нагреваніи	свертываетъ	обѣ фракціи.
Сычужное бродило		

Слѣд., и при помощи солевого способа удастся получить тоже тѣло, которое извлекается 40°-мъ спиртомъ, и потому естественно думать, что казеинъ есть, дѣйствительно, смѣсь 2-хъ тѣлъ, очень близко подходящихъ другъ къ другу по своему элементарному составу.

На практикѣ способъ фракціонированнаго осаждеііа казеиногена солью мало пригоденъ потому, что даетъ очень малый выходъ по сравненію съ извлеченіемъ 40°-мъ спиртомъ. За то онъ не измѣняетъ 1-ой фракціи и даетъ возможность изучать ея свойства въ неизмѣненномъ видѣ.

Подводя итогъ сказанному, придемъ къ мысли, что данныя *Radenhausen*’а и *А. Я. Данилевскаго* имѣли свой *raison d’être* и что казеинъ, дѣйствительно, содержитъ въ себѣ небольшое количество альбумозной части.

Источники. 1. *А. Я. Данилевскій*. «Zeitschrift f. physiol. Chemie», т. VII, стр. 433. — 2. *Hammarsten*. Тамъ же, т. VII, стр. 227.

Изъ госпитальной терапевтической клиники проф. К. Э. Вагнера въ Киевскомъ Университетѣ.

О распознавательномъ значеніи измѣненій мочи при оцупываніи (сдавливаніи) почекъ.

Э. А. Жебровскаго.

(Окончаніе. См. выше, № 45, стр. 1402).

Теперь рассмотримъ измѣненія въ составѣ осадка мочи; вызываемыя сдавливаніемъ почки. Во всѣхъ 38 случаяхъ (34 подвижныя почки и 4 опухоли почекъ) осадокъ былъ изслѣдованъ до и послѣ сдавливанія. Какъ видно изъ таб-

лицъ въ 4-хъ случаяхъ опухоли почки (№№ 9, 10, 17 и 20) сдавливание вызывало известные изменения въ осадкѣ: въ №№ 9, 10 и 17 значительное увеличение числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, въ № 20—бѣлыхъ. Что касается подвижной почки, то изменение въ составѣ осадка наблюдалось не во всѣхъ случаяхъ: изъ 34 только въ 13, а въ 21 случаѣ состав осадка не измѣнился. Онъ остался безъ измѣненія и въ 3-хъ случаяхъ смѣщенія почки III степени (№№ 34, 35 и 38), гдѣ, какъ указано выше при разборѣ условий, влияющихъ на величину пальпаторной альбуминурии, было произведено усиленное и болѣе продолжительное сдавливание почки. Этотъ фактъ говоритъ съ положительностью за то, что измѣненія въ осадкѣ мочи не зависятъ отъ степени доступности почки и отъ силы механическаго воздѣйствія.

Теперь слѣдуетъ рѣшить вопросъ, представляютъ ли измѣненія въ осадкѣ послѣ сдавливанія почки—явление случайное, или обусловленное какой-нибудь причиной, кроющейся въ самой почкѣ?

Изъ обзора таблицъ видно, что измѣненія въ осадкѣ встрѣчаются чаще тамъ, гдѣ пальпаторная альбуминурия выражена рѣзче. Для большей наглядности привожу таблицу, гдѣ высчитано въ % число случаевъ измѣненія осадка при различныхъ степеняхъ пальпаторной альбуминурии.

Табл. № 3.

Количество бѣлка	<0,033‰	0,033‰	0,033‰—1‰	>1‰
% случаевъ безъ измѣненія осадка	95%	50%	29%	0%
% случаевъ съ измѣненіемъ осадка	5%	50%	71%	100%

Какъ видно изъ этой таблицы, существуетъ известный параллелизмъ между величиною пальпаторной альбуминурии и измѣненіемъ осадка мочи. Во всѣхъ случаяхъ (100%) болѣе значительной альбуминурии (> 1‰) бѣлка наблюдалось измѣненіе состава осадка. Измѣненія были въ большинствѣ (71%) случаевъ альбуминурии средней силы, и ихъ почти не было (5%) тамъ, гдѣ альбуминурия была незначительна (< 0,033‰ бѣлка). Такое совпаденіе говорить до известной степени за то, что оба измѣненія мочи послѣ сдавливанія почки, т. е. появленіе болѣе значительныхъ количествъ бѣлка и измѣненія въ составѣ осадка обуславливаются одной и той-же причиной. Выше при разборѣ условий, влияющихъ на величину пальпаторной альбуминурии, мною было высказано предположеніе, что размѣры альбуминурии послѣ сдавливанія почки зависятъ, по всей вѣроятности, отъ состоянія самой почечной ткани. Тоже слѣдуетъ допустить и относительно измѣненій въ составѣ осадка мочи: эти измѣненія, повидимому, обуславливаются также состояніемъ ткани почки. За это говорятъ слѣдующія клиническія данныя:

1) Во всѣхъ 4-хъ случаяхъ, гдѣ мы имѣли сильно измѣненную, превращенную въ объемистую опухоль и, слѣд., заведомо патологическую почку (см. №№ 9, 10, 17 и 20), неизмѣнно наблюдалась рѣзко выраженная альбуминурия (въ №№ 9 и 10 съ 0,5‰ до 1,5‰, въ № 17 съ 0,165‰ до 1,32‰, въ № 20 съ 0,33‰ до 4‰) и значительныя измѣненія въ составѣ осадка. Въ описанномъ выше случаѣ корсетной печени, походившей на опухоль почки (№ 13), гдѣ существовалъ хроническій нефритъ, а слѣд. имѣлась тоже заведомо патологическая почка, сдавливаніе почки дало тоже рѣзко выраженную альбуминурию (съ 0,33‰ до 1,32‰) и значительное измѣненіе въ осадкѣ.

2) Въ 3-хъ случаяхъ подвижности обѣихъ почекъ было найдено различное отношеніе почекъ къ сдавливанию. Въ 1-мъ случаѣ (см. №№ 2 и 3 въ табл. 1) правая почка (I степени) дала ничтожную альбуминурию (< 0,033‰) и никакого измѣненія въ осадкѣ, лѣвая-же (II степени)—

альбуминурию 0,066‰ и нѣкоторое измѣненіе въ осадкѣ. Во 2-мъ случаѣ (№№ 33 и 34) обѣ почки были одинаково доступны (обѣ III степени), между тѣмъ правая почка дала альбуминурию (0,033‰ бѣлка) и измѣненіе въ осадкѣ, лѣвая — < 0,033‰ бѣлка и осадокъ безъ измѣненія. Особенно поучителенъ 3-й случай (№№ 37 и 38), гдѣ обѣ почки были одинаково смѣщены (III степень), а между тѣмъ правая дала 0,165‰ бѣлка и рѣзкое измѣненіе въ осадкѣ, лѣвая — < 0,033‰ бѣлка и никакого измѣненія въ осадкѣ. Такое различіе въ размѣрахъ альбуминурии и характерѣ осадка послѣ сдавливанія почки у одного и того-же изслѣдуемаго, при одинаковой доступности почки, можетъ быть объяснено лишь различнымъ состояніемъ ткани каждой изъ почекъ.

Такимъ образомъ величина пальпаторной альбуминурии и измѣненія въ осадкѣ послѣ сдавливанія почки могутъ имѣть известное распознавательное значеніе. Тамъ, гдѣ сдавливаніе почки даетъ болѣе значительное количество бѣлка и составъ осадка измѣняется, приходится быть насторожѣ, нѣтъ-ли въ данной почкѣ какого нибудь патологическаго процесса? Гдѣ альбуминурия незначительна, осадокъ остался безъ измѣненія,—почку можно считать здоровой. Изъ 38 изслѣдованныхъ случаевъ въ 21, гдѣ пальпаторная альбуминурия была ничтожна и осадокъ безъ измѣненія, почка была признана здоровой. Благодаря особо счастливой случайности, распознаваніе въ 2-хъ случаяхъ могло быть проверено на операци. Въ 1-мъ случаѣ (подробнѣе онъ будетъ описанъ ниже) имѣлась большая опухоль лѣвой почки (бугорчатковый пионефрозъ; операци была сдѣлана М. С. Черемухинымъ; см. № 20) и немного опущенная (I степень) правая почка. Ощупываніе правой почки (20/н) вызвало сравнительно небольшую альбуминурию (увеличеніе бѣлка съ 0,33‰ до 0,66‰), при чемъ осадокъ остался совершенно безъ измѣненія. Было сдѣлано заключеніе, что эта почка здорова. 8/н была удалена лѣвая почка, а 11/н моча при изслѣдованіи оказалась совершенно прозрачной, безъ малѣйшихъ слѣдовъ бѣлка.

2-й случай (см. №№ 18 и 19) настолько интересенъ съ распознавательной стороны, что я позволяю себѣ привести здѣсь исторію болѣзни этой больной цѣликомъ.

З. А. З., 28 л., поступила въ хирургическое отдѣленіе Киевской Александровской больницы (И. А. Бондаревъ) 24/п 1906 г. съ жалобами на частыя болевныя схватки въ правомъ боку, которыми страдаетъ уже около 2 1/2 лѣтъ. Моча временами бываетъ мутной.

Сложеніе, питаніе удовлетворительныя; слизистыя оболочки окрашены нормально. Легкія, сердце здоровы. Печень, селезенка не увеличены. На уровнѣ пупка, вправо отъ него, прощупывается опухоль, величиной въ 2 сложенныхъ кулака, твердая, дов. болѣзненная, подвижная, особенно кверху, наклоняющая своею формою почку. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ; въ осадкѣ ея—кристаллы шавелекислой извести, бѣлыя кровяныя тѣльца, плоскій эпителий. Въ виду жалобъ больной на болевныя схватки въ боку, увеличенія, повышенной плотности и болѣзненности почки, наличности кристалловъ въ осадкѣ явилось предположеніе о почечныхъ камняхъ, и больной предложена операци. 27/п была изслѣдована мною моча до и послѣ сдавливанія правой почки; получилась незначительная альбуминурия (0,033‰ бѣлка); осадокъ остался безъ измѣненія. 1/ш сдавливаніе лѣвой почки дало тотъ-же результатъ (бѣлка 0,066‰). На основаніи данныхъ изслѣдованія мочи послѣ сдавливанія почки было сдѣлано заключеніе, что обѣ почки здоровы.

2/ш: Операци. Разрѣзъ по Берману косо отъ 12-го ребра до середины Роуартовъ связи. Брюшина вскрыта, чтобы осмотрѣть лѣвую почку. Введенной рукой ощупана лѣвая почка, которая оказалась нормальными величинами и плотностію, немного опущенной. Брюшина зашита. Почка извлечена черезъ помеченный разрѣзъ. Жировая сумка ея развита хорошо. Сама почка немного увеличена, нѣсколько плотна; цвѣтъ ея нормальный; на видъ она не представляетъ никакихъ патологическихъ измѣненій. Лоханки пусты, не расширены. Чтобы лучше выиснить состояніе почки, сдѣланъ продольный разрѣзъ, при чемъ въ паренхимѣ патологическихъ измѣненій не найдено. Почечный разрѣзъ закрытъ нѣсколькими швами. Ясно было, что здѣсь имѣлось дѣло только съ подвижной почкой, которая и была пришита 3-мя швами, проходившими черезъ надкостницу 12-го ребра и черезъ всю толщу почки (выписка изъ исторіи болѣзни хирургическаго отдѣленія больницы).

Измѣненія въ составѣ осадка послѣ сдавливанія почки наблюдались двоякаго рода: 1) увеличеніе въ количествѣ нѣкоторыхъ форменныхъ элементовъ осадка и 2) появленіе новыхъ форменныхъ элементовъ. Увеличеніе въ количествѣ элементовъ можетъ быть въ однихъ случаяхъ

весьма значительное, въ другихъ небольшое. Случаи съ весьма значительнымъ увеличеніемъ числа элементовъ особенно интересны въ распознавательномъ отношеніи, ибо могутъ иногда дать вполне опредѣленные указанія относительно процесса въ почкѣ. Такъ, значительное увеличение бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ съ положительностью указываетъ на наличность гнойнаго процесса въ почкѣ. Для примѣра приведу случай, гдѣ только благодаря сдавливанію почки былъ открытъ гнойный процессъ въ лоханкѣ (№ 8 въ табл. 1).

4. В. Г., 25 л., поступилъ въ госпитальную терапевтическую клинику 1/1 1906 г. съ жалобами на боли въ лѣвой 1/4 живота, отдававшіяся въ лѣвую ногу. Считаетъ себя больнымъ съ 5/хп 1905 г. Болѣзнь началась, по словамъ больного, съ сильнаго жара и запора; потомъ появилась боль въ лѣвомъ боку, и раздуло животъ. Мочи отдѣлялось мало. Передъ самымъ заболѣваніемъ былъ острый перелой съ обильнымъ истеченіемъ. На 19-мъ году перенесъ брюшную тифъ. Ежегодно осенью страдаетъ лихорадкой (живетъ въ Астрахани на рыбныхъ промыслахъ). Съ 18-лѣтняго возраста часто и много пилъ водки, въ послѣднее время пересталъ. Сифилисъ отрицаетъ. Бугорчатки въ семьѣ не было.

Значительное истощеніе; кожа вытягивается въ складку. Цвѣтъ кожи и слизистыхъ оболочекъ блѣдный съ легкой желтизной. Лихорадитъ (около 39°). Сердце и легкія безъ видимыхъ измѣненій. Животъ немного вздутъ. Печень не прощупывается; селезенка—тоже; верхняя ея граница по передней подмышечной линіи съ 7-го ребра. Въ лѣвой 1/4 живота вверху прощупывается мягкая, гладкая, весьма чувствительная къ давленію, съ закругленнымъ нижнимъ краемъ опухоль, выступающая изъ-подъ лѣваго подреберья пальца на 3. Опухоль подвижна при дыханіи, при чемъ верхній край ея все время остается скрытымъ въ лѣвомъ подреберьи; она ясно качается при надавливаніи на почечную область; при осмотрѣ послѣдней выпячивания не замѣчается. Поколачиваніе по области лѣвой почки весьма болѣзненно. Постукиваніе живота надъ опухолью даетъ барабанный звукъ. Моча (собранная за сутки) соломенно-желтаго цвѣта, слегка мутная, рѣзко-кислой реакціи, содержитъ 0,033‰ бѣлка; въ осадкѣ много слизи, слизистыхъ цилиндрондоевъ, 10—12 бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ; въ полѣ зрѣнія нзрѣдка встрѣчаются перелойныя нити съ небольшимъ количествомъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Гонококковъ не найдено.

Въ виду повышенія температуры, рѣзкой болѣзненности лѣвой почечной области, чувствительности прощупываемой лѣвой почки, наличности въ мочѣ слѣдовъ бѣлка, повышеннаго содержанія слизи, дов. значительнаго количества бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ предположенъ острый катаральный процессъ въ лѣвой лоханкѣ.

6/1 произведено легкое сдавливаніе лѣвой почки. Моча до сдавливанія была совершенно прозрачна и содержала ничтожные слѣды бѣлка (<0,033‰). Въ осадкѣ было немного слизи, одиночныя бѣлыя кровяныя тѣльца и плоскій эпителий. Черезъ 12 мин. послѣ сдавливанія выдѣлилось 13 к. стм. жидкости молочнаго цвѣта, съ 3,3‰ бѣлка; подъ микроскопомъ видны исключительно бѣлыя кровяныя тѣльца и распадъ. Найдены гонококки. 2-ая порція мочи (черезъ 27 мин., 18 к. стм.) сильно мутна; бѣлка въ ней 0,66‰. 3-ья порція (черезъ 42 мин., 27 к. стм.) слегка мутна; бѣлка въ ней 0,33‰. Черезъ часъ послѣ изслѣдованія моча (4-ая порція, 36 к. стм.) была почти прозрачна; бѣлка въ ней 0,033‰.

Результатъ изслѣдованія мочи послѣ сдавливанія почки говоритъ за то, что въ данномъ случаѣ мы имѣли дѣло съ острымъ воспаленіемъ лѣвой лоханки перелойнаго происхожденія со скопленіемъ въ ней гноя.

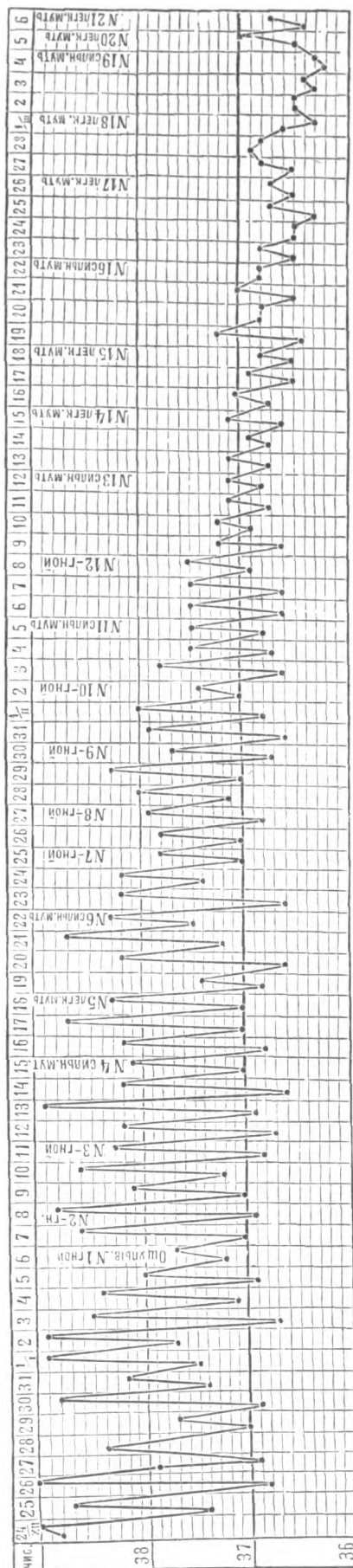
Больному назначены искусственныя щелочныя воды (3—4 стакана въ день), діета, лежаніе въ постели, обильное питье и т. д.

Дальнѣйшее теченіе, какъ видно изъ прилагаемой кривой, было вполне благопріятно. Температура къ 21/п, слѣд., черезъ 20 дней по поступленіи больного въ клинику, упала до нормы (ниже 37°), больной прибылъ въ вѣсъ на 13,24 кило (около 32 ф.), боли въ лѣвомъ боку исчезли. Черезъ каждыя 3—4 дня для провѣрки производилось сдавливаніе почки (всего 21 разъ) и, какъ видно изъ прилагаемой кривой, начиная съ 12/п, чистый гной уже не появлялся. Сдавливаніе съ этого дня вызывало выдѣленіе слегка мутной мочи, и только 2 раза (22/п и 4/ш) 1-ая порція была сильно мутна. Безъ сдавливанія почки за все время пребыванія больного въ клиникѣ ни разу не было замѣчено выдѣленія сильно мутной мочи съ гноемъ (моча собиралась отдѣльными порціями въ цилиндры, емкостью въ 100 к. стм.).

Случай этотъ поучителенъ еще въ слѣдующемъ отношеніи. Онъ доказываетъ во-очію, что сдавливаніе почки—способъ, повидимому, безвредный даже при острыхъ воспалительныхъ процессахъ. Мало того, получилось даже впечатлѣніе, что сдавливаніе почки вліяло благопріятно на теченіе болѣзни.

Второй случай, гдѣ на основаніи увеличенія числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ послѣ сдавливанія почки былъ распознанъ нагноительный процессъ въ ней, напелъ под-

5. А. И., 44 л., прислуга, поступила въ Маріинскую больницу Краснаго Креста въ февралѣ 1906 г. изъ-за ошухоли въ лѣвой 1/4 живота. Впервые эту опухоль больная замѣтила въ августѣ 1904 г., когда она была величиной съ куриное яйцо. Постепенно увеличиваясь, опухоль ко времени поступленія больнои въ больницу достигла величины дѣтской головки. Больная жаловалась на боли въ лѣвой 1/4 поясничной области, появлявшіяся при тяжелой работѣ. Моченіе было нѣсколько болѣзненно и



учащено. Въ мочѣ не замѣчали ни крови, ни гноя. Температура все время была нормальная. За время болѣзни больная значительно исхудала. Изъ прошлыхъ заболѣваній—10 лѣтъ назадъ былъ боковой инфлюэнца, послѣдующая болѣзнь по характеру

4 живы и здоровы, 3-ое умерли в раннем детстве от лихорадочных болезней.

Удовлетворительное питание и сложение. 36%8; п. 72. Слизистая оболочка бледная. Лимфатические железы не увеличены. В легких и сердце видны изменения нити. Живот не много выпячен; стенки его дряблы; небольшое расхождение прямых мышц. При постукивании живота всюду барабанный звук, несколько заглушенный в левой  $\frac{1}{2}$ , сверху от пупочной линии. При ошупывании области печени ощущается плотный, не много закругленный край ее, выходящий при покойном дыхании пальца на 3 из-под края ребер (верхняя граница печени при постукивании определяется по сосковой линии на 6-м ребре). При двуручном исследовании позади печени, при глубоком вдохе, неясно ощущается быстро ускользающий вверх край почки. Селезенка прощупывается при положении на правом боку: закругленный плотный край ее выкатывается при глубоком вдохе на 1 палец из-под края ребер. Ясно прощупывается почти на всем протяжении ободочная кишка в виде мягкого вала, дающего урчанье в области слепой кишки. В левой  $\frac{1}{2}$ , живота сверху от пупочной линии ощущается мягкая, подвижная при дыхании, несколько болезненная опухоль, величиной в детскую голову; нижний край ее доходит до пупочной линии, внутренний—палец на 3 отстоит от срединной линии; сверху опухоль скрывается под левым подреберьем. Опухоль ясно качается при надавливании на поясничную область. При осмотре этой последней выпячивания не замечается; постукивание по ней несколько болезненно. Моча—до сдавливания—мутная; б/лака в ней 0,033%; в осадке: 15—20 б/лых кровяных т/лец в пол/ зр/ния и клетки плоского эпителия (3—5). Спусти 20 мин. посл/ сдавливания правой почки—5 к. стм. мутной мочи; б/лака—0,66%; в осадке тоже, что и до ошупывания; спустя 20 мин. посл/ сдавливания опухоли (слева) около 10 к. стм. сливкообразной жидкости; б/лака 4%; в осадке масса б/лых кровяных т/лец и распад. В препаратах из осадков мочи, собранной до и посл/ сдавливания опухоли, окрашенных по Ziehl-Neelsen'y и по Gram'y, никаких бактерий не найдено.

**Распознавание.** Р/зкое изменение характера мочи посл/ сдавливания лежащей слева опухоли указывает на то, что эта опухоль—почка. Вызванное сдавливанием выделение гноя говорит за гнойный процесс в ней (понефроз). Небольшая альбуминурия посл/ ошупывания правой почки без изменения осадка мочи указывает на здоровое состояние этой почки.

8/ш. Операция (д-р М. С. Черемухин). Через поясничный разрез (без разрезания ребер) удалена левая опухоль, которая оказалась сильно увеличенной почкой; размеры ее: длина 24, наибольшая ширина 12, толщина—9 см. Почка желтовато-б/д/ного цв/та; на поверхности ее м/стами бугорки. При вскрытии анатомическим разрезом, лоханка оказалась значительно расширенной; из нее вышло около 250 к. стм. жидкого гноя. При разрезе вскрыты и ц/лый ряд гнойных г/взд, величиной от л/сного до воложского ор/ха, из которых выд/лился густой, зеленовато-желтый гной с примесью творожистых масс. Почечной ткани осталось лишь незначительное количество в области ворот на задней поверхности. В лоханке найден желтовато-коричневый камень с древовидными разветвлениями; один конец этого камня был укр/плен у устья мочеточника, а 2 другие направлены в полость лоханки,—один к верхнему, другой к нижнему полюсу. Кроме того, в полости же лоханки обнаружен другой камень величиной в фасол.

Послеоперационное течение без повышения температуры. На 9-ый день сняты швы; рана зажила первым натяжением. Оперированная выписалась через 2 недели совершенно здоровой. Моча уже на 3-ий день посл/ операции была совершенно прозрачной и не содержала ни следа б/лака.

Значительное увеличение красных кровяных т/лец посл/ сдавливания почки наблюдалось при а) камнях и б) при новообразованиях. Для прим/ра приведу 1 случай камней и 2 случая новообразования почки.

6. И. З., 41 г., портной, поступил в клинику 2/и 1906 г. с жалобами на частые схваткообразные боли в пояснице и в правом боку, отдающие в правые пах и яичко. 2—3 раза в неделю в моч/ появляется кровь и длинные кровяные сгустки. Кровотечение бывает без видимой причины, чаще всего сопровождается вышеупомянутыми болями и продолжается очень короткое время—1—2 часа; иногда уже следующая (через  $\frac{1}{2}$  часа) порция мочи вовсе не содержит крови. 1-ое кровотечение было годь назад. Болями в пояснице страдает уже около 20 л/т, но моча до 1-го кровотечения была совершенно чиста. Сифилис, передер отрицает, алкоголизм тоже. Никогда не кашлял; в семье бугорчатки не было. Вс/ д/ти и жена здоровы.

Хорошего сложения и питания. Температура нормальная. Сердце, легкие—без видимых изменений. Живот вздут. Печень, селезенка не прощупываются. При глубоком вдохе из-под правого подреберья выкатывается круглый, гладкий, плотноватый, сильно болезненный край, видимо, правой почки. Поколачивание по правой поясничной области дов. болезненно. При исследовании крови найдено: гемоглобин—75% (по Gowers'y), красных т/лец 5.500.000, б/лых 3600 (отношение 1:1529); красные шарки складываются в монетные столбики; лейкоцитоз, микро-макроцитоз, ядросодержащих красных т/лец н/т.

В осадке очень много б/лых кровяных т/лец, 5—10 красных в пол/ зр/ния, н/р/дка плоский эпителий и одиночные оксалаты.

Было сделано несколько (5) сдавливаний правой почки. Через 15 мин. выд/лилось около 28 к. стм. кровянистой жидкости с несколькими длинными (10—15 стм.) цилиндрическими сгустками, толщиной с гусяное перо; б/лака—6,6%. В осадке масса красных и б/лых т/лец, при чем красные значительно преобладают в числ/е, дов. много оксалатов, н/р/дка плоский эпителий.

Описанный характер болезненных схваток в правом боку, чувствительность к поколачиванию этого бока, повышенная чувствительность к давлению правой почки, внезапное появление и быстрое исчезновение крови в моч/е, наличие в моч/е значительного количества красных кровяных т/лец и кристаллов щавелевокислой извести при хорошем питании больного и нормальной температур/—все это говорило бол/е в пользу камней в лоханке правой почки.

Дальнейшее течение подтвердило распознавание. Больному был предписан покой и искусственная щелочная вода (до 4-х стаканов в день). Наступило некоторое улучшение: моча стала прозрач/е, боли в правом боку и кровотечения—р/зко. Во время одного из приступов кровотечения (24/ш) было сделано цистоскопирование; оказалось, что кровь выд/ляется из устья правого мочеточника. Ввести катетер в мочеточник не удалось. В виду возникшего подозрения на бугорчатковый процесс в почке многократно (7 раз) производилось исследование на палочки Koch'a—всякий раз с отрицательными результатами. Все время пребывания больного в клинике (2/и—15/и 1906 г.) температура оставалась нормальной, и больной значительно прибавил в в/ст/ (на 20 ф.); последнее обстоятельство тоже говорило против бугорчаткового процесса и злокачественного новообразования.

Посл/ 1-го сдавливания (3/и), когда с моч/е выд/лилось несколько длинных сгустков крови, правая почка перестала прощупываться даже при глубоком вдохе, и так продолжалось до 23/и, когда опять удалось ошупать и произвести осторожное сдавливание нижнего отр/зка почки; результат был тот-же, что и 3/и: выд/лилась сильно кровянистая моча с длинными сгустками крови. С т/х пор почка опять перестала прощупываться.

7. I. P., 56 л., священник, поступил в госпитальную терапевтическую клинику 13/и 1906 г. Главные жалобы: сильная слабость, полное отсутствие позыва на д/х, отвращение к мясу, частая рвота слизистыми массами без прим/са крови. Болезнь с год/; за время бол/зни потерял около пуда в/са.

Слаб/; сильно истощен. 36%4. Кожа и слизистая оболочка бл/дны, с с/роватым оттенком. Лицо несколько отечное, на ступнях значительные отеки. Мышцы всюду зам/тно атрофированы. Паховые железы несколько увеличены. В легких небольшая эмфизема. Сердечная тупость прикрыта; звуки сердца глухи. П. 80, правильный, удовлетворительный. Живот равномерно выпячен; кожа его немного отечна; при постукивании всюду барабанный звук. Печень и селезенка не прощупываются. В левой  $\frac{1}{2}$ , средней части живота прощупывается опухоль, состоящая из нескольких плотных узлов, каждый величиной от куриного яйца до кулака. Опухоль очень болезненна, мало подвижна при дыхании, ясно качается при надавливании на почечную область. Постукивание живота над нею дает барабанный звук. В правой  $\frac{1}{2}$ , средней части живота тоже прощупывается опухоль, величиной в 2 сложенных в/ст/ кулака, твердая, болезненная, тоже качающаяся при надавливании на соответствующую почечную область.

При исследовании желудочного сока посл/ пробного завтрака Ewald'a найдено: общая кислотность 0,05%; соляной кислоты—0, связанной соляной кислоты 0,04%; следы молочной кислоты. В крови: гемоглобин—70%, уд. в. 1,030; красных т/лец 3.000.000, б/лых 8700 (отношение 1:345); небольшой лейкоцитоз. В испражнениях: много мышечных волокон с поперечной полосатостью и капель жира. Моча (собранная за сутки) содержит около  $\frac{3}{4}$ % б/лака; в осадке: 15—20 б/лых, 10—15 красных кровяных т/лец в пол/ зр/ния, много плоского и веретенообразного эпителия.

20/и было произведено сдавливание левой опухоли. Моча до сдавливания содержала 0,5% б/лака; в осадке: 10—20 красных т/лец, 5—6 б/лых, одиночные клетки плоского эпителия в пол/ зр/ния. Через 10 мин. посл/ сдавливания—10 к. стм. мочи с 1,5% б/лака; в осадке: масса красных кровяных т/лец в одиночку и группами, 10—15 б/лых в пол/ зр/ния.

27/и Сдавливание правой опухоли. Моча до сдавливания: 0,5% б/лака; в осадке 15—20 красных т/лец, 20—30 б/лых, одиночные клетки плоского и веретенообразного эпителия в пол/ зр/ния. Через 12 мин. посл/ сдавливания: 40 к. стм. мочи с 1,5% б/лака; осадок: л/ванная масса—красная кровяная т/лица в одиночку и группами, 20—30 б/лых, одиночные клетки плоского и веретенообразного эпителия в пол/ зр/ния.

Альбуминурия, наблюдавшаяся посл/ сдавливания каждой из опухолей, указывает на то, что эти опухоли—почки. Другая данная клинического исследования, как барабанный звук над опухолью, качание при надавливании на соответствующую поясничную область, находит в полном соответствии с этим заключением. Возраст, худосочие, изменения в крови больного заставляют предполагать, что имеется злокачественное новообразование обеих почек.



докъ оны быстро увеличивались. 29/1 больной скончался. Вскрытия не было.

8. (Случай из хирургического отделения Киевской городской Александровской больницы). К. Л., 41 г., замужняя, поступила въ больницу 18/II 1906 г. Около 6 мѣс. (съ октября 1905 г.) страдает постоянными сильными болями въ лѣвомъ боку, сопровождающимися по временамъ чувствомъ онемѣнія въ лѣвой ногѣ. Боли, въ началѣ болѣзни бывшія неособенно сильными, въ концѣ декабря 1905 г. усилились настолько, что больная уже не могла ходить и слегла въ постель. Отъ времени до времени температура стала давать подъемы до  $38^{\circ}$ — $39^{\circ}$  съ ознобомъ и потами. Моча не всегда одинаковая: иногда дов. прозрачная, чаще мутная, временами кровавистая. Прижигъ крови въ мочѣ больная замѣтила въ самомъ началѣ заболѣванія (14/X 1905 г.). Моченосная болѣзненное, нѣсколько учащенное (ночью встаетъ 2 раза). Поживъ на сту плохо; запоры; 2 раза перенесла фибринозное воспаление легких; весной и осенью обыкновенно страдает кашлем; кровохарканья не было. Мать умерла отъ чахотки, сестра—отъ плеврита.

27/II: Рѣзкое исхуданіе.  $38^{\circ},5$ . Кожа и слизистыя оболочки очень блѣды. Въ легкихъ: западеніе правой верхушки; тамъ же заглушеніе съ барабаннымъ оттънкомъ, ослабленное дыханіе съ мягкимъ выдохомъ, при кашлѣ—мелко-пузырчатые хрипы; въ лѣвомъ легкомъ слышны вѣны отъ нижняго угла лопатки заглушеніе съ барабаннымъ оттънкомъ и ослабленное везикулярное дыханіе. Въ сердцѣ: правая граница тупости на правой грудной линіи; сердечный толчокъ въ 4-мъ межреберьяхъ внутри отъ сосковой; 1-й тонъ у верхушки нечистъ. Животъ нѣсколько втянутъ; стѣнки его сильно напряжены; всюду на животѣ, особенно слѣва, обрисовываются нѣсколько расширенныя подкожныя вены. Печень на пальцѣ выступаетъ изъ-подъ края реберъ; верхняя граница ея по сосковой линіи на 6-мъ ребрѣ. Селезенка не увеличена. При выстукиваніи живота всюду заглушенный барабанный звукъ. Въ лѣвой  $\frac{1}{2}$  его, вверхъ отъ пупочной линіи, прощупывается мягкая, подвижная при дыханіи, очень болѣзненная, продолговатая опухоль, длинникъ которой расположенъ почти параллельно средней линіи тѣла, при чемъ нижній край лежитъ пальца на 2 ниже пупочной линіи, внутренній—пальца на 3 отстоитъ отъ срединной, верхній—скрытъ подъ лѣвымъ подреберьемъ. Опухоль качается при надавливаніи на лѣвую почечную область; послѣдняя выпячена, а при поколачиваніи сильно болѣзненна. Моча до сдавливанія опухоли мутная, съ красноватымъ оттънкомъ, содержитъ бѣлка  $0,165^{\circ}/_{\infty}$ ; въ осадкѣ: въ полѣ зрѣнія 20—30 красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, 10—15 бѣлыхъ, 1—3 клѣтки веретенообразнаго эпителия, 3—5 оксалатовъ, изрѣдка слизистыя цилиндры. Бугорчатковыя палочки не найдено. Черезъ 40 мин. послѣ сдавливанія опухоли: 26 к. стм. сильно кровавистой мочи съ  $1,32^{\circ}/_{\infty}$  бѣлка; въ осадкѣ: въ полѣ зрѣнія масса красныхъ кровяныхъ шариковъ группами и въ одиночку, очень много цилиндровъ съ красными шариками, 10—15 бѣлыхъ тѣлецъ, 3—5 клѣтокъ веретенообразнаго эпителия. Бугорчатковыя палочки тоже не найдено.

7/III: При катетризаціи лѣваго мочеточника (М. М. Петкевичъ) получено за 1 часъ 12 к. стм. мутной, кровавистой мочи съ  $0,3^{\circ}/_{\infty}$  бѣлка; въ осадкѣ: много плоскаго эпителия, 1—2 бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ въ полѣ зрѣнія, изрѣдка слизистыя цилиндры. Бугорчатковыя палочки не найдено.

Съ конца марта больная находилась въ клиникѣ проф. О. Г. Яковскаго. Особыхъ измѣненій въ состояніи ея не произошло: по прежнему—слабость и упадокъ силъ. Исслѣдованіе мочи на Косчовскія палочки (15 разъ) давало всегда отрицательный результатъ. Въ виду значительнаго лейкоцитоза въ крови (27000 бѣлыхъ тѣлецъ) былъ заподозрѣнъ гноиникъ въ почкѣ; но реакція мочи на пептоны получилась отрицательная. Значительное увеличеніе количества бѣлка (съ  $0,165^{\circ}/_{\infty}$  до  $1,32^{\circ}/_{\infty}$ ) послѣ сдавливанія опухоли говорило съ несомнѣнностью за то, что данная опухоль—почка.

Что касается распознаванія, то рѣчь въ данномъ случаѣ могла быть о бугорчаткѣ почки, о новообразованіи и о камняхъ. Повышеніе температуры, явленія въ верхушкѣ праваго легкаго, данныя со стороны наслѣдственности заставили прежде всего остановиться на бугорчаткѣ почки. Но отрицательный результатъ многократнаго исслѣдованія мочи на бугорчатковыя палочки нѣсколько говорилъ противъ этого. Противъ камней и доброкачественныхъ новообразованій (полиповъ) говорилъ до известной степени рѣзкій упадокъ питанія. Въ виду этого приходилось остановиться на злокачественномъ новообразованіи лѣвой почки.

14/IV: Операция (И. А. Бондаревъ). Удалена прощупывавшаяся въ лѣвой  $\frac{1}{2}$  живота опухоль, которая оказалась громадной почкой, пронизанной узлами новообразованія, проросшими въ полость лоханки и въ почечную вену (adenocarcinoma papilliferum).

Такимъ образомъ приведенные 3 случая показываютъ, что, какъ это естественно было думать уже и а priori, почка съ склонностью къ кровотеченіямъ подъ вліяніемъ сдавливанія ея даетъ значительное увеличеніе красныхъ кровяныхъ шариковъ въ осадкѣ, а иногда даже ясное появленіе кровавистой окраски въ мочѣ (сл. 6). Изъ другихъ составныхъ частей осадка наблюдалось послѣ сдавливанія почки значительное увеличеніе числа зернистыхъ цилиндровъ въ 1 случаѣ хроническаго нефрита (№ 13 въ табл. 1),

а послѣ сдавливанія ихъ оказалось 5—10 въ каждомъ полѣ зрѣнія. Небольшое, но все-же замѣтное увеличеніе какой-нибудь изъ составныхъ частей осадка послѣ сдавливанія почки встрѣчалось сравнительно часто. Какъ уже было указано выше, измѣненія эти обыкновенно наблюдались лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ альбуминурия выражалась содержаніемъ бѣлка не менѣе  $0,033^{\circ}/_{\infty}$ . Такъ, небольшое увеличеніе числа бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ тѣлецъ имѣлось въ случаѣ № 2 (бѣлка  $0,066^{\circ}/_{\infty}$ ), однихъ только бѣлыхъ—въ случаяхъ № 4 (бѣлка  $0,066^{\circ}/_{\infty}$ ), № 5 (бѣлка  $0,066^{\circ}/_{\infty}$ ), № 27 (бѣлка  $0,033^{\circ}/_{\infty}$ ), № 32 (бѣлка  $0,033^{\circ}/_{\infty}$ ), № 33 (бѣлка  $0,033^{\circ}/_{\infty}$ ) и № 37 (бѣлка  $0,165^{\circ}/_{\infty}$ ).

Какъ относиться къ такимъ небольшимъ увеличеніямъ ферментныхъ элементовъ осадка: считать-ли ихъ указаніемъ на какой-нибудь патологическій процессъ или нѣтъ? Вопросъ этотъ на основаніи нашего матеріала рѣшить съ положительностью трудно. Тѣмъ не менѣе, такъ какъ такого рода измѣненія наблюдались послѣ сдавливанія не каждой почки, а въ значительномъ большинствѣ случаевъ (изъ 34 нашихъ въ 21) ихъ не было вовсе, то это заставляеть относиться къ такимъ случаямъ съ большимъ вниманіемъ. Возможно, что, по крайней мѣрѣ, нѣкоторые изъ нихъ представляютъ собою легкіе случаи катарра почечной лоханки.

Тогда приходится оказать и о появленіи послѣ сдавливанія почки красныхъ кровяныхъ шариковъ (№№ 11, 26 и 33), слизистыхъ цилиндровъ (№№ 5 и 37), клѣтокъ веретенообразнаго эпителия (№№ 2, 4, 11, 37). Кромѣ этихъ элементовъ, сдавливаніе почки вызвало въ сл. № 37 появленіе неизмѣненнаго почечнаго эпителия, въ №№ 5 и 37—слизистыхъ цилиндровъ, въ №№ 4 и 37—стекловидныхъ цилиндровъ, въ №№ 4, 5 и 28—зернистыхъ и эпителиальныхъ цилиндровъ съ жирно перерожденными клѣтками почечнаго эпителия. Если обнаруженіе въ ограниченномъ числѣ неизмѣненнаго почечнаго эпителия, слизистыхъ цилиндровъ, стекловидныхъ и зернистыхъ цилиндровъ, какъ показали изслѣдованія П. И. Философова, возможно и въ мочѣ людей съ совершенно нормальными почками, то этого нельзя оказать относительно цилиндровъ изъ клѣтокъ жирно перерожденнаго почечнаго эпителия, не встрѣчающихся въ здоровой мочѣ. Во всѣхъ 3-хъ случаяхъ (№№ 4, 5 и 28), если не принимать во вниманіе незначительныхъ слѣдовъ бѣлка до сдавливанія почки (№№ 4 и 28), не было ни одного изъ обычныхъ клиническихъ признаковъ нефрита; но, такъ какъ и при повторныхъ изслѣдованіяхъ (въ №№ 4 и 5 по 3 изслѣдованія, въ № 28—2 изслѣдованія) осадка мочи послѣ сдавливанія всякій разъ находили указанные элементы, то я склоненъ думать, что въ этихъ случаяхъ имѣлась скрытая, легкая, быть можетъ, начальная форма хроническаго нефрита. Въ этихъ 3-хъ случаяхъ, проверки ради, нѣсколько разъ изслѣдовался осадокъ мочи, собранной за сутки, при чемъ ни зернистыхъ, ни эпителиальныхъ цилиндровъ не было найдено ни разу.

Главнѣйшіе выводы, къ которымъ я пришелъ на основаніи разбора изслѣдованныхъ въ клиникѣ случаевъ, слѣдующіе:

1. Пальпаторная альбуминурия—явленіе постоянное. Въ виду этого она можетъ служить цѣннымъ подспорьемъ при распознаваніи опухолей живота.

2. Объемные размѣры, въ которыхъ колеблется содержаніе бѣлка при пальпаторной альбуминурии, указываютъ на здоровое или патологическое состояніе опущиваемой почки: опущиваніе нормальной почки вызываетъ незначительную альбуминурию, въ большинствѣ случаевъ—слѣды бѣлка (менѣе  $0,033^{\circ}/_{\infty}$ ); появленіе опредѣлимаго количества по Brandberg'у бѣлка говоритъ за возможность патологическаго процесса въ почкѣ.

3. Пальпаторная альбуминурия при здоровой почкѣ обыкновенно исчезаетъ довольно быстро (въ теченіи  $\frac{1}{2}$ —2 час.); при нефритахъ-же повышенное содержаніе бѣлка послѣ сдавливанія, повидимому, можетъ держаться до слѣдующаго дня.

4. Существуетъ извѣстный параллелизмъ между величиной пальпаторной альбуминурии и измѣненіями въ составѣ осадка мочи. Измѣненія осадка, рѣдкія при незначительной альбуминурии, встрѣчаются тѣмъ чаще, тѣмъ значи-

5. Измѣненія осадка послѣ сдавливанія почки открываютъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ патологическіе процессы, неопредѣляемые при обычномъ изслѣдованіи мочи. Отсутствіе измѣненія въ осадкѣ послѣ сдавливанія почки говоритъ за то, что почка—здоровая.

6. Въ виду частоты подвижной почки [у женщинъ по *Hare* 87%, по *Frits'y* въ 85,7%, по *Hertika* въ 74,6%, по *Ebstein'y* въ 85,4% (проф. С. Н. Делицинъ<sup>7)</sup>], у мужчинъ по проф. Н. И. Котовицкому<sup>8)</sup> въ 15%] изслѣдованіе мочи послѣ сдавливанія почки—одинъ изъ приемовъ, заслуживающихъ полнаго вниманія при распознаваніи почечныхъ заболѣваній.

Интересенъ вопросъ объ источникѣ пальпаторной альбуминурии. По мнѣнію *Menge*, сдавливаніе почки вызываетъ появленіе бѣлка чисто механическимъ путемъ, продавливая сыворотку крови черезъ стѣнку капилляровъ. *Schreiber* думаетъ, что это лишь одинъ изъ источниковъ пальпаторной альбуминурии; по его мнѣнію, такихъ источниковъ—нѣсколько; кромѣ продавливанія крови черезъ капилляры, сдавливаніе выжимаетъ лимфу изъ лимфатическихъ сосудовъ, которыхъ такъ много въ почкѣ; далѣе, сдавливаніе проходящихъ внутри почки кровеносныхъ сосудовъ можетъ вызывать замедленіе тока крови и пониженіе внутрипочечнаго кровяного давленія, что можетъ обусловить выходеніе бѣлка изъ почечныхъ клубочковъ (ор. с., стр. 16—17). Это объясненіе, по моему мнѣнію, страдаетъ односторонностью, ибо здѣсь принято во вниманіе лишь одно чисто механическое условіе—давленіе, производимое на почку, и его возможное вліяніе на кровеносные и лимфатическіе ея сосуды. Мнѣ представляется этотъ вопросъ нѣсколько иначе. Если-бы это было такъ, какъ думаютъ *Menge* и *Schreiber*, то величина альбуминурии зависѣла-бы только отъ силы сдавливанія почки и отъ величины отрыва, доступнаго для сдавливанія. Какъ то было видно при разборѣ представленныхъ мною данныхъ, величина пальпаторной альбуминурии не объясняетъ намъ значительной разницы въ величинѣ послѣдней при сдавливаніи нормальной и патологической почки. Если даже оставить въ сторонѣ тѣ случаи, гдѣ значительныя количества бѣлка послѣ ощупыванія почки могутъ отчасти зависѣть отъ выдѣлившихся изъ лоханки гноя и крови, то и въ такомъ случаѣ разниа въ степени пальпаторной альбуминурии въ отдѣльныхъ случаяхъ, какъ мы видимъ, весьма значительна. На основаніи представленныхъ мною изслѣдованій можно думать, что эта разниа зависитъ отъ состоянія почечнаго эпителия, выстилающаго непрерывнымъ слоемъ мочевые каналы. По всей вѣроятности, при сдавливаніи почки почечная кѣтка, подъ вліяніемъ-ли чисто механическаго условія—давленія, или подъ вліяніемъ измѣненія условій внутрипочечнаго кровообращенія, подвергается извѣстному нарушенію питанія и начинаетъ пропускать изъ крови бѣлокъ. Вполнѣ понятно, что нормальная и патологическая кѣтка будутъ различно относиться къ одному и тому-же воздѣйствію: нормальная отвѣчаетъ на него слабѣе, довольно быстро восстанавливаетъ свое отправление, въ патологической-же результатъ воздѣйствія глубже и остается болѣе продолжительное время, а потому выдѣленіе бѣлка значительнѣе и продолжительнѣе. При этомъ взглядъ становится понятной разниа въ величинѣ пальпаторной альбуминурии въ отдѣльныхъ случаяхъ сдавливанія почки.

Итакъ, способъ сдавливанія почки можетъ во многихъ случаяхъ въ значительной степени способствовать болѣе точному распознаванію страданій этого органа. Но способъ этотъ относится лишь къ почкамъ, доступнымъ ощупыванію. Конечно, было-бы крайне желательно воспользоваться вліяніемъ механическаго воздѣйствія на всякую почку, т. е. и на такую, которая недоступна непосредственному ощупыванію. Вопросомъ этимъ, по предложенію глубокоуважаемаго проф. К. Э. Вагнера, я и занятъ въ его клиникѣ въ настоящее время.

Литература. 1. *C. Menge*. «Münchener med. Wochenschrift», 1900 г., стр. 789.—2. *Fr. Engel*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1903 г., стр. 219.—3. Проф. *J. Schreiber*. «Zeitschrift f. klin. Medizin», 1904 г., т. 55, стр. 1.—4. Ч. пр. *Б. И. Словцовъ*. «Русскій Врачъ», 1906 г., стр. 198.—5. *Schreiber*. «Zeitschrift

f. klin. medicin», т. LV, стр. 20.—6. *П. И. Философовъ*. «Русскій Врачъ», 1905 г., стр. 1565.—7. *С. Н. Делицинъ*. Подвижная почка. Петербургъ, 1902 г., стр. 4.—8. *Н. И. Котовицковъ*. Руководство къ клиническимъ методамъ изслѣдованія. Казань, 1904 г., стр. 1096.

# CLXXXIII. Изъ фармакологической лабораторіи Харьковскаго Университета.

## Къ вопросу о вліянніи спермина на кровоснабженіе сердца теплокровныхъ животныхъ.

Младшаго врача 201-го Лебединскаго полка

Н. А. Прожанскаго.

(Предварительное сообщеніе).

За послѣднія 15 лѣтъ въ литературѣ накопился значительный казуистическій матеріалъ, несомнѣнно доказывающій рѣзкое и опредѣленное динамогенное вліяніе спермина при сердечныхъ заболѣваніяхъ. Цѣлый рядъ авторовъ (*Роцининъ*, *Филиппъ*, *Закржевскій*, *Гиршъ*, *Наубовъ*, *Костюринъ* и др.) сообщаютъ объ оживляющемъ дѣйствіи спермина или яичковой эмульсіи при острой сердечной слабости, объ устраненіи тяжелыхъ припадковъ при органическомъ порокѣ сердца и артеріосклерозѣ, при грудной жабѣ, аритміи и пр.

Всѣ эти данныя побудили меня предпринять экспериментальное изслѣдованіе вопроса о вліянніи спермина на сердце, обращая при этомъ особенное вниманіе на дѣйствіе его на сосудистую систему сердца съ цѣлью выяснитъ его роль въ дѣлѣ кровоснабженія послѣдняго.

**Краткая методика.** Въ качествѣ объекта изслѣдованія бралось вполнѣ изолированное сердце кошекъ, поставленное въ условія искусственнаго питанія по способу *Longendorfa*, *Locke'a* и др. Для питанія сердца употреблялась *Locke'*овская жидкость. При опытахъ брался сперминъ, приготовляемый проф. *А. В. Пелемъ* и присланный самимъ авторомъ, и яичковая эмульсія *Brown-Séquard'a*, приготовленная по моей просьбѣ магистромъ ветеринарныхъ наукъ *Ө. Т. Цономъ*.

**Постановка опытовъ и планъ изслѣдованія.** Животное, предварительно взвѣшенное, убивалось обезкровливаніемъ; сердце быстро вытѣзывалось, навязывалось на канюлю и вставлялось въ приборъ для искусственнаго питанія. Затѣмъ во время опыта на вращающемся барабанѣ записывались при помощи сердечнаго рычажка, соединеннаго съ верхушкой лѣваго желудочка, всѣ качественныя измѣненія сердечной дѣятельности; при помощи же «кровяныхъ часовъ» *Hürthle* измѣнялось и записывалось все количество питательной жидкости, прошедшей черезъ сосудистую систему сердца въ опредѣленный промежутокъ времени, въ различные моменты опыта. Для проверки цѣлости артеральныхъ заслонокъ въ лѣвый желудочекъ, черезъ отверстіе одной изъ легочныхъ венъ, вводился дренажъ, благодаря которому жидкость, затекающую въ желудочекъ, можно было точно измѣрять и вносить поправку въ показанія «кровяныхъ часовъ».

Опыты состояли въ слѣдующемъ. Черезъ сосудистую систему сердца или пропускались попеременно токи питательной жидкости—чистой и съ растворами лѣкарственныхъ веществъ, или же въ постоянный токъ питательной жидкости вприскивались то растворы спермина, то другихъ лѣкарственныхъ веществъ. Послѣ опыта сердце взвѣшивалось.

Дальнѣйшія изслѣдованія состояли въ слѣдующемъ:

1) Подробнымъ анализомъ кривой скорости тока опредѣлялось въ к. стм.-хъ общее количество питательной жидкости, прошедшей черезъ сосудистую систему сердца въ опредѣленный промежутокъ времени и вычислялось среднее по отношенію къ 1 сек.

2) На основаніи полученныхъ данныхъ вычислялся коэффициентъ кровоснабженія (по *Чуевскому*), по формулѣ:

$$Q \frac{100}{g} = K \frac{h}{1000}$$

гдѣ *Q*—средній объемъ тока въ 1 сек. въ к. мм.-хъ, *g*—вѣсъ сердца, *K*—коэффициентъ вязкости *Locke'*овской жидкости, *h*—высота давленія въ ммрт.-хъ ртутнаго столба, *d*—диаметръ. Искомое *d*, т. е. диаметръ идеальной цилиндрической трубки, имѣющей единицу длины, можетъ служить, съ одной стороны, показателемъ наружнаго относительнаго сопротивленія, съ другой—показателемъ проходимости сосудистой системы сердца для тока питательной жидкости.

Всѣ опыты, произведенные мною, можно распределить на 3 серіи: 1) опыты со сперминомъ, 2) опыты со сперминомъ и гуанидиномъ и 3) опыты со сперминомъ и эмульсіей *Brown-Séquard'a*.

Опыты 1-ой категоріи дали совершенно однообразный результатъ, и на основаніи ихъ можно заключить, что спер-

минь оказывает несомненно благоприятное влияние на механические условия питания сердца, вызывая резкое увеличение объема питательного тока, проходящего через сосудистую систему сердца и соответственно этому увеличивая коэффициент кровоснабжения сердца. Въ виду полного сходства результатов, полученных во всех опытах, поставленных *sæteris paribus*, въ нижеследующемъ приведены подробныя цифровыя данныя лишь наиболее типичнаго опыта.

**Протоколъ опыта 16/ч 1906 г.** Растворъ спермина 1:4200. Животное—котъ (старый, жарный), вѣсомъ 3900,0 грм.; вѣсъ сердца (жирнаго) 25,0 грм. Искусственное питание сердца началось чрезъ 13 мин. послѣ смерти животнаго; сердечныя сокращения начались непосредственно вслѣдъ за тѣмъ, какъ стали выпрыскивать питательную жидкость. Опытъ начался чрезъ 10 мин. послѣ начала сокращений. Температура питательной жидкости во время опыта держалась между 36° и 37° Ц.; давление не измѣнялось и держалось на высотѣ 50 мм. ртутнаго столба. Во время опыта наблюдались слѣдующія измѣненія, касающіяся: а) объема тока, питающаго сердца, и б) характера сердечной деятельности и колебанія тонуса сердечной мышцы.

а) **измѣненія объема тока, питающаго сердца.** Полученныя цифровыя данныя опыта сгруппированы въ табл. 1.

Таблица 1.

V—объемъ тока, питающаго сердце, въ к. стм.-хъ. Ampl—амплитуда сокращений лѣваго желудочка, въ мм.-хъ. Ton—высота стоянія кардиограммъ надъ абсциссой, какъ показатель степени тонуса сердечной мышцы въ мм.-хъ.

№ наблюдений по порядку.	Моменты опыта.	V въ 1 сек. (въ к. стм.)	Частота сокращений сердца въ 1 мин.	Ampl—Ton.	Коэффициентъ кровоснабжения (d).
1	Начало опыта . . . . .	Токи чист ой питат ельной ж идкости.	0,625	100	26/9
2	Черезъ 5 мин. . . . .	0,525	95	—	—
3	» 15 » . . . . .	0,416	75	25/5	—
4	Среднее . . . . .	0,520	—	—	1,78
5	Начало дѣйствія Ра створъ с пермина 1:4200	1,108	85	23/5	—
6	Черезъ 1 мин. . . . .	1,108	—	23/4	—
7	» 2 » . . . . .	1,108	85	26/4	—
8	Среднее . . . . .	1,108	—	—	2,15
9	Начало дѣйствія Токи чист ой питат ельной ж идкости.	1,331	80	28/3	—
10	Черезъ 1 мин. . . . .	0,881	—	27/4	—
11	» 5 » . . . . .	0,498	70	23/5	—
12	» 10 » . . . . .	0,384	70	22,4	—
13	Среднее . . . . .	0,857	—	—	2,02
14	Начало дѣйствія Ра створъ с пермина 1:420	0,344	65	21/4	—
15	Черезъ 1 мин. . . . .	0,881	—	21/4	—
16	» 2 » . . . . .	1,108	75	23/4	—
17	» 3 » . . . . .	1,331	80	24/4	—
18	Среднее . . . . .	0,837	—	—	2,01
19	Начало дѣйствія Токи чист ой питат ельной ж идкости.	1,331	80	27/4	—
20	Черезъ 1 мин. . . . .	1,331	80	—	—
21	» 3 » . . . . .	0,881	75	25/4	—
22	» 15 » . . . . .	0,336	65	21/3	—
23	Среднее . . . . .	0,833	—	—	2,01
24	Начало дѣйствія Ра створъ с пермина 1:4200	0,525	70	21/4	—
25	Черезъ 1 мин. . . . .	1,108	—	—	—
26	» 2 » . . . . .	1,331	80	23/4	—
27	Среднее . . . . .	0,928	—	—	2,06

	Начало дѣйствія	Токи чистой питательной жидкости.		
22	Черезъ 1 мин. . . . .	1,425	75	21/4
23	» 5 » . . . . .	0,881	—	—
24	» 10 » . . . . .	0,498	80	21/4
25	» 15 » . . . . .	0,444	70	—
26	» 15 » . . . . .	0,344	65	17/7
Средняя . . . . .		0,884		2,04

На основаніи цифровыхъ данныхъ табл. 1 измѣненіе объема тока, питающаго сердца, представляется въ слѣдующемъ видѣ:

1) До дѣйствія спермина объемъ тока обнаруживалъ стремленіе къ дов. быстрому уменьшенію, а именно въ продолженіи 15 мин. онъ уменьшился съ 0,625 до 0,416 к. стм. въ 1 сек.

2) При дѣйствіи раствора спермина объемъ тока въ первый же моментъ увеличился до 1,108 к. стм. въ 1 сек. и во все время дѣйствія спермина, въ теченіи 2 мин., держался на этой высотѣ. Сравнивая наибольшіе объемы тока до и послѣ введенія спермина (0,625 и 1,108 к. стм.), мы видимъ, что послѣдній увеличился болѣе, чѣмъ въ 1,7 разъ.

3) Послѣ замѣны раствора спермина чистой питательной жидкостью, объемъ тока продолжалъ еще увеличиваться и дошелъ до 1,331 к. стм., а затѣмъ сталъ постепенно падать и чрезъ 10 мин. равнялся 0,384 к. стм.

4) При повторныхъ пропусканіяхъ раствора спермина каждый разъ быстро наступало резкое увеличеніе объема тока. Затѣмъ при пропусканіи чистой питательной жидкости объемъ тока или еще увеличивался на короткое время, или держался на той-же высотѣ и затѣмъ постепенно уменьшался.

Соотвѣственно колебаніямъ объема тока, питающаго сердце, измѣнялся и коэффициентъ кровоснабженія сердца.

Вычисленный на основаніи данныхъ табл. 1 (при коэффициентѣ вязкости (K) Locke'овской жидкости 4120 и вѣсѣ сердца 25,0 грм.), онъ даетъ наглядное представление объ относительной проходимости сосудистой системы сердца, въ мм.-хъ диаметра (d) идеальной цилиндрической трубки (въ 1 м. длинной). Изъ разсмотрѣнныхъ коэффициентовъ, приведенныхъ въ табл. 1, явствуетъ, что общая проходимость сосудистой системы сердца, опредѣленная по отношенію къ 100 грм. массы его, послѣ дѣйствія спермина увеличилась съ 1,78 до 2,15 мм., а затѣмъ, оставаясь все время опыта повышенной, колебалась между 2,01 и 2,06 мм.

б) **Измѣненія со стороны характера сердечной деятельности** во время опыта были крайне незначительны: Сокращения желудочковъ были ритмически-правильными. Частота сокращеній въ началѣ опыта уменьшилась съ 100 до 75 въ 1 мин., а затѣмъ во все время опыта колебалась между 65 и 85 сокращеніями въ 1 мин., при чемъ подъ вліяніемъ спермина наступало небольшое учащеніе. Амплитуда колебалась между 21 и 28 мм. (отношеніе между плечами рычажка 1:10), лишь въ концѣ опыта она достигла 17 мм. Подъ вліяніемъ спермина происходило небольшое увеличеніе амплитуды въ вышеуказанныхъ предѣлахъ. Со стороны тонуса сердечной мышцы измѣненія были также очень незначительны: во время опыта онъ почти не измѣнялся отъ дѣйствія спермина.

На основаніи вышеизложенныхъ данныхъ можно заключить, что увеличеніе объема тока, вызванное сперминомъ, можетъ объясняться лишь состояніемъ гладкихъ мышцъ сосудистой системы сердца, потому что со стороны общаго мышечнаго тонуса сердца и характера систолы и диастолы во все время опыта не наблюдалось никакихъ значительныхъ измѣненій. Механизмъ дѣйствія спермина представляется въ слѣдующемъ видѣ: а) Происходитъ быстрое и резкое пониженіе тонуса гладкихъ мышцъ и расслабленіе кровеносныхъ сосудовъ и расширеніе общаго кровяного русла. Эта стадія длится въ теченіи всего дѣйствія спермина. б) Послѣ замѣны раствора спермина чистой питательной жидкостью сосудистая система въ продолженіи небольшого промежутка времени или еще расслабляется, или же остается въ прежнемъ состояніи и затѣмъ постепенно возвращается къ нормѣ.

Другіе опыты этой серіи дали тождественные результаты, при чемъ сперминъ оказывалъ совершенно одинаковое дѣйствіе какъ на самцовъ, такъ и на самокъ. При очень ослабленныхъ сердцахъ сперминъ оказывалъ нѣсколько большее возбуждающее дѣйствіе, устранялъ аритмію, но это дѣйствіе не было замѣтно резкимъ и длилось не долго.

2 ая серія опытовъ. Въ виду обнаруженнаго сосудорасширяющаго дѣйствія спермина, казалось вполнѣ уместнымъ подвергнуть сердце попеременному дѣйствію спермина и другихъ веществъ, обладающихъ противоположными свойствами. Выборъ нашъ остановился на углекисломъ гуанидинѣ, который, по изслѣдованіямъ д-ра Чувскаго, вызываетъ сильное судорожное суженіе сосудистой системы.

типический опыт, въ виду того, что результаты остальных совершенно оходны съ его результатами.

*Протокол опыта 9/х 1906 г.* Животное — котъ (молодой, жарный), вѣсомъ 3200,0 грм.; вѣсъ сердца 19,0 грм. Искусственное питание сердца началось черезъ 6 мин. послѣ смерти животного. Сердце стало сокращаться непосредственно вслѣдъ за началомъ впрыскиваний. Опытъ началъ черезъ 10 мин. послѣ начала сокращеній сердца. Температура питательной жидкости колебалась между 37° и 38°. Давленіе оставалось неизмѣннымъ на высотѣ 60 мм. ртутнаго столба. Производился опытъ слѣдующимъ образомъ: въ токъ питательной жидкости попеременно впрыскивали по 1,0 грм. 1% и 2%-наго растворовъ спермина и 1% и 2%-наго растворовъ углекислаго гуанидина; затѣмъ впрыскивалась смѣсь 1% и 2%-наго растворовъ вышеуказанныхъ веществъ по 0,5 грм., и сравнивался эффектъ дѣйствія; наконецъ, впрыскивалась смѣсь 0,5 к. стм. 1%-наго раствора спермина + 0,5 к. стм. 3%-наго раствора гуанидина. Полученныя при этихъ условіяхъ данныя опыта сгруппированы въ табл. 2.

Таблица 2.

№ наблюдений по порядку.	Моментъ опыта.	V — въ 1 сек. (въ к. стм.).	Частота сердечныхъ сокращеній въ 1 мин.	Ampl — Тол.	Коэффициентъ кровоснабженія (d).
1	Начало опыта . . .	Токъ чистой питательной жидкости.			
2	Черезъ 1 мин. . .	0,566	150	11	
3	» 4 » . . .	0,481	—	—	
	» 4 » . . .	0,432	150	11	
4	Среднее . . . . .	0,499			1,81
5	1%-ный растворъ спермина 1,0 грм.	раство	рѣ сп	рмина	
6	Начало дѣйствія . . .	0,800	138	8	
	Черезъ 1 мин. . .	0,500	150	10	
	» 2 » . . .	0,500	—	—	
7	Коэффициентъ отъ	0,800			2,03
8	1%-ный растворъ спермина 1,0 грм.	раство	рѣ сп	рмина	
9	Начало дѣйствія . . .	0,821	138	9	
	Черезъ 1 мин. . .	0,621	—	13	
	» 2 » . . .	0,441	150	18	
10	Коэффициентъ отъ	1,163			2,07
11	2%-ный растворъ спермина 1,0 грм.	раство	рѣ сп	рмина	
12	Начало дѣйствія . . .	1,163	138	10	
	Черезъ 1 мин. . .	0,688	—	17	
	» 4 » . . .	0,512	156	22	
13	» 7 » . . .	0,520	138	28	
14	Коэффициентъ отъ	1,163			1,61
15	1%-ный растворъ углекислаго гуанидина 1,0 грм.	раство	рѣ сп	рмина	
16	Начало дѣйствія . . .	0,314	168	39	
	Черезъ 1 мин. . .	0,826	180	42	
	» 2 » . . .	0,800	—	—	
17	» 4 » . . .	0,640	180	34	
18	Коэффициентъ отъ	0,314			1,54
19	1%-ный растворъ гуанидина 1,0 грм.	раство	рѣ сп	рмина	
20	Начало дѣйствія . . .	0,261	180	40	
	Черезъ 1 мин. . .	0,581	—	33	
	» 2 » . . .	0,731	186	23	
21	» 3 » . . .	0,474	150	14	
22	Коэффициентъ отъ	0,261			1,54
23	Смѣсь 1%-хъ растворовъ гуанидина и спермина 1 к. стм.	раство	рѣ сп	рмина	
24	Начало дѣйствія . . .	0,520	156	16	
	Черезъ 1 мин. . .	0,776	156	22	
	» 2 » . . .	0,581	162	13	

	Коэффициентъ отъ	0,520			1,82
25	Смѣсь 1%-хъ раств.	ор. гуани	длина и с	пермина	1 к. стм.
26	Начало дѣйствія . .	0,596	162	10	
27	Черезъ 1 мин. . .	0,776	168	20	
	» 3 » . . .	0,659	—	15	
28	» 5 » . . .	0,520	156	6	
	Коэффициентъ отъ	0,596			1,89
29	Смѣсь 2%-хъ раств.	ор. сперм	ина и гуани	длина по	0,5 к. стм.
30	Начало дѣйствія . .	0,688	186	7	
31	Черезъ 1 мин. . .	0,948	174	14	
32	» 3 » . . .	0,656	—	8	
	» 5 » . . .	0,520	72	5	
	Коэффициентъ отъ	0,638			1,96
33	Смѣсь 2%-хъ раств.	спермина	и гуани	длина по	0,5 к. стм.
34	Начало дѣйствія . .	0,547	156	9	
35	Черезъ 1 мин. . .	0,800	172	13	
	» 2 » . . .	0,711	156	15	
	Коэффициентъ отъ	0,547			1,85
36	Смѣсь 2%-го раств.	спермина	и гуани	длина по	0,5 к. стм.
37	Начало дѣйствія . .	0,520	156	5	
38	Черезъ 1 мин. . .	0,826	162	21	
39	» 2 » . . .	0,882	156	10	
	» 4 » . . .	0,582	—	6	
	Коэффициентъ отъ	0,520			1,82
40	Смѣсь раств. 1%-го	спермина	и 3%-го гуани	длина по	0,5 к. стм.
41	Начало дѣйствія . .	0,183	180	25	
42	Черезъ 1 мин. . .	0,882	—	—	
	» 3 » . . .	0,776	102	10	
43	» 6 » . . .	0,621	180	6	
	Коэффициентъ отъ	0,183			1,40

Изъ обзора данныхъ табл. 2 видно, что между дѣйствіями спермина и гуанидина на механизмъ питания сердца существуетъ громадная разница: а) Сперминъ при трехкратномъ дѣйствіи каждый разъ вызывалъ весьма значительное увеличеніе объема тока, питающаго сердце, и соответственно этому увеличеніе коэффициента кровоснабженія. б) Углекислый гуанидинъ, наоборотъ, каждый разъ рѣзко уменьшалъ объемъ тока, питающаго сердца. в) При дѣйствіи-же смѣси 1%-наго и 2%-наго растворовъ спермина и гуанидина не только не наблюдалось уменьшенія объема тока, но, наоборотъ, наступало кратковременное увеличеніе его, достигающее при 2%-ныхъ растворахъ даже значительной величины, и затѣмъ постепенное уменьшеніе объема тока, почти до нормы. Это доказываетъ, что при совмѣстномъ дѣйствіи спермина и гуанидина первый оказываетъ болѣе сильное вліяніе на сосудистую систему сердца, чѣмъ послѣдній, вслѣдствіе чего и не наступаетъ сосудосуживающаго дѣйствія гуанидина, столь характернаго для него. г) Лишь при дѣйствіи смѣси по 0,5 к. стм. растворовъ 1%-наго — спермина и 3%-наго — гуанидина наступило рѣзкое паденіе объема тока, питающаго сердце, продолжавшееся очень короткое время, послѣ чего снова наступило большое увеличеніе объема тока, падавшего медленно и постепенно и до конца опыта не дошедшаго до нормы.

3-ья серия опытовъ, произведена со сперминомъ и эмульсіей *Brown-Séguard'a* съ цѣлью сравнить ихъ дѣйствіе на сердце и на сосудистую систему. Изъ этой серии я также приведу одинъ типическій опытъ, въ виду тождества результатовъ другихъ, поставленныхъ *caeteris paribus*.

*Протоколъ опыта 3/х 1906 г.* Животное — котъ, вѣсомъ 1900,0 грм.; вѣсъ сердца 18,0 грм. Искусственное питание сердца началось черезъ 13 мин. послѣ смерти животного. Начало сокращеній послѣдовало непосредственно вслѣдъ за впрыскиваніемъ жидкости. Температура держалась все время между 36° и 37° Ц. Давленіе не измѣнялось и оставалось на высотѣ 60 мм. ртутнаго столба. Во время опыта въ токъ питательной жидкости



выпрыскивалась эмульсія *Brown-Séguard'a* изъ 2-хъ ячеекъ кота, въ количествѣ 20 к. стм., и 2%-ный растворъ солянокислаго спермина.

Цифровыя данныя опыта сгруппированы въ табл. 3.

Таблица 3.

№ наблюдений по порядку.	Моменты опыта.	V—въ 1 сек. (въ к. стм.).	Частота сердечныхъ сокращеній въ 1 мин.	Ampl.—Тол.	Коэффициентъ кровоснабженія (d).
1	Начало опыта . . .	0,654	96	7/23	2,03
2	Черезъ 2 мин. . .	0,615	—	—	
3	» 9 мин. . .	0,600	96	9,23	
Среднее . . . . .		0,627			2,03
Эм у л ь с і я <i>Brown-Séguard'a</i> 1,0 грм.					
4	Начало дѣйствія . .	0,705	96	8/23	2,08
5	Черезъ 1 мин. . .	0,825	102	—	
6	» 2 » . . .	0,742	—	7/23	
7	» 4 » . . .	0,575	96	6/23	
Среднее . . . . .		0,700			2,08
Эм у л ь с і я <i>Brown-Séguard'a</i> 1,0 грм.					
8	Начало дѣйствія . .	0,590	96	—	2,09
9	Черезъ 1 мин. . .	0,825	102	5/22	
10	» 2 » . . .	0,673	102	—	
12	» 6 » . . .	0,590	96	5/22	
Среднее . . . . .		0,707			2,09
2%-н ы й р а с т в о р ъ с п е р м и н а 1,0 грм.					
12	Начало дѣйствія . .	1,309	96	3/21	2,35
13	Черезъ 1 мин. . .	1,263	96	5/22	
14	» 2 » . . .	0,980	102	6/22	
15	» 4 » . . .	0,926	96	—	
Среднее . . . . .		0,967			2,35
Эм у л ь с і я <i>Brown-Séguard'a</i> 1,0 грм.					
16	Начало дѣйствія . .	0,654	96	—	2,14
17	Черезъ 1 мин. . .	0,906	90	5,22	
18	» 2 » . . .	0,720	—	6/22	
19	» 6 » . . .	0,654	84	7/22	
Среднее . . . . .		0,777			2,14
2%-н ы е р а с т в о р ъ с п е р м и н а 0,5 грм.					
20	Начало дѣйствія . .	1,028	90	6/21	2,18
21	Черезъ 2 мин. . .	1,109	96	—	
22	» 4 » . . .	0,825	—	7/22	
23	» 6 » . . .	0,712	90	8/22	
Среднее . . . . .		0,840			2,18

На основаніи цифровыхъ данныхъ табл. 3 измѣненія объема тока, питающаго сердца, представляются въ слѣдующемъ видѣ: 1) До дѣйствія лѣкарственныхъ веществъ объемъ тока медленно и постепенно понижался. 2) Подъ вліяніемъ эмульсіи *Brown-Séguard'a* объемъ тока сталъ быстро повышаться и достигъ 0,825 к. стм., вмѣсто 0,600; затѣмъ онъ постепенно сталъ уменьшаться до 0,575 к. стм. 3) Подъ вліяніемъ 2%-го раствора спермина, выпрыснутаго въ количествѣ 1,0 въ токъ питательной жидкости, объемъ тока быстро повысился до 1,309, вмѣсто 0,590 к. стм. и затѣмъ постепенно сталъ уменьшаться до 0,626. 4) Повторныя впрыскиванія дали одинаковые результаты. Отсюда можно заключить, что дѣйствіе обоихъ лѣкарственныхъ веществъ однородно, но сперминъ дѣйствуетъ гораздо энергичнѣе и обладаетъ болѣе длительнымъ періодомъ благопріятнаго послѣдствія.

Общія выводы. Изъ приведенныхъ опытовъ можно заключить, что сперминъ: 1) увеличиваетъ объемъ тока, питающаго сердце, и вслѣдствіе этого увеличиваетъ коэффи-

ціентъ кровоснабженія сердца. На основаніи этого я полагаю, что сперминъ улучшаетъ условія кровоснабженія сердца, т. е. механическія условія его питанія. Это вліяніе обуславливается специфическимъ дѣйствіемъ спермина на гладкія мышцы сосудистой системы сердца, приходящей въ состояніе рѣзкаго расслабленія; поэтому характеръ этихъ измѣненій почти не зависитъ отъ состоянія общаго тонуса сердечной мышцы и характера сердечной дѣятельности. Благопріятное вліяніе спермина на кровоснабженіе сердца усиливается существованіемъ періода послѣдствія, болѣе или менѣе длительного, при чемъ въ дальнѣйшемъ не замѣчается сколько-нибудь опутимаго спазма.

2) Сперминъ на мышцу «нормальнаго» сердца вліяетъ очень слабо; если-же сердце ослаблено, дѣйствіе его болѣе замѣтно.

3) При одновременномъ дѣйствіи лѣкарственныхъ веществъ, нарушающихъ питаніе сердца, сперминъ оказываетъ очень рѣзкое вліяніе, парализуя или ослабляя вредное ихъ дѣйствіе.

4) При сравненіи спермина *Пеля* и эмульсіи *Brown-Séguard'a* замѣчается, при однородномъ характерѣ дѣйствія, значительно меньшая сила послѣдней.

На основаніи всего вышесказаннаго приходимъ къ слѣдующимъ окончательнымъ выводамъ: Сперминъ при непосредственномъ воздѣйствіи на сердце создаетъ необыкновенно хорошія условія для кровоснабженія его, вызывая общее растяженіе кровеносныхъ сосудовъ сердца и увеличивая объемъ и скорость тока питательной жидкости (resp. крови). Поэтому весьма желательно примѣненіе спермина при упадкѣ питанія сердечной мышцы и при различныхъ самоотравленіяхъ организма недоокисленными продуктами, сопровождаемыхъ судорогой сосудистой системы сердца.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

Изъ Berlin'a.

Новыя сообщенія проф. Behring'a о его средствѣ противъ бугорчатки. Открытіе раковаго института въ Heidelberg'ѣ и Международная Конференція по изслѣдованію раковой болѣзни. Новый Институтъ по хемотерапіи. Къ 70-лѣтію дня рожденія Wilhelm'a Waldeyer'a.

Проф. Behring, какъ извѣстно, общалъ на Международномъ противобугорчатковомъ Съѣздѣ въ Парижѣ въ 1905 г. передать черезъ годъ найденное имъ средство противъ бугорчатки для испытанія клиницистамъ. Во исполненіе этого общанія онъ теперь сообщаетъ тѣ условія, при соблюденіи которыхъ можно получить его новое средство, и даетъ подробныя наставленія о томъ, какъ слѣдуетъ примѣнять новый препаратъ, названный имъ «Тулаза». Ближайшее знакомство съ сообщеніями Behring'a, помѣщенными въ журналѣ «Tuberculosis» (августъ) приводитъ, однако, къ заключенію, что знаменитый ученый общалъ нѣсколько больше, чѣмъ далъ. Условія полученія его средства настолько неудобны, что воспользоваться имъ едва-ли сумѣютъ многіе. Дѣло въ томъ, что Behring намѣренъ отпускать свою тулазу только такимъ клиникамъ и больничнымъ учрежденіямъ, которые откомандировали-бы по крайней мѣрѣ на 3 мѣсяца своего ассистента въ Marburg'скій Институтъ Behring'a для изученія способа примѣненія новаго средства. Кромѣ того, учрежденіе, которое станетъ примѣнять новое средство Behring'a, должно въ вопросахъ относительно выбора больныхъ, способовъ примѣненія и обнародованія усѣховъ лѣченія всецѣло подчиниться точнымъ правиламъ, выработаннымъ самимъ Behring'омъ. Ни подъ какимъ видомъ новое средство не будетъ отпускаться частнымъ образомъ ни публикѣ, ни врачамъ. Вообще знаменитый ученый до поры до времени не хочетъ выходить съ новыми средствами изъ своего Института.

дѣлѣ того круга врачей и ученых, которые болѣе подробно посвящены въ ходъ его работъ.

При такомъ положеніи дѣла подробности сообщеній *Behring's* имѣютъ, конечно, мало общаго интереса, и я коснусь лишь въ общихъ чертахъ нѣкоторыхъ новыхъ данныхъ о новомъ противобугорчатковомъ средствѣ.

Новый препаратъ, способъ приготовленія котораго держится въ тайнѣ, представляетъ изъ себя т. наз. *Vollpräparat*, т. е. содержитъ въ себѣ всѣ составныя части бугорчатковой палочки и этимъ значительно отличается отъ препарата *ТС*, о которомъ говорилъ *Behring* на Парижскомъ Сѣздѣ и который получался послѣ обработки бугорчатковыхъ палочекъ жидкостями, извлекавшими изъ нихъ многія изъ ихъ составныхъ частей. «Тулаза» содержитъ такимъ образомъ какъ тѣ составныя части бугорчатковой палочки, которыя могутъ быть изъ нея извлечены различными растворителями, такъ и тѣ, которыя входятъ въ составъ нерастворимой части тѣла палочки и которыя *Behring* называетъ «соматиномъ». О сущности самого способа приготовленія тулазы имъ сообщено лишь одно то, что при этомъ самой важной процедурой является обработка бугорчатковыхъ палочекъ хлораль-гидратомъ. Тулазу можно примѣнять не только въ видѣ подкожныхъ и внутреннихъ впрыскиваній, но и *per os*. Разница въ дѣйствіи тулазы при введеніи ея въ кровь или подъ кожу и при введеніи въ желудокъ заключается въ слѣдующемъ. При впрыскиваніи въ вены или подъ кожу тулаза обнаруживаетъ двоякаго рода дѣйствіе: съ одной стороны, она обуславливаетъ такую-же острую реакцію, какъ и туберкулинъ, такъ какъ содержитъ тѣ-же составныя части, что и послѣдній, а, съ другой, оказываетъ другое, болѣе медленное и лишь постепенно развивающееся *предохраняющее* дѣйствіе, которое, по мнѣнію *Behring's*, обуславливается тѣмъ, что кѣлѣтки организма воспринимаютъ «соматинъ» бугорчатковыхъ палочекъ. При введеніи тулазы черезъ желудокъ тѣ составныя части ея, которыя дѣйствуютъ, какъ туберкулинъ, становятся неэффективными, вызывающее же невосприимчивость дѣйствіе соматина сохраняется и тутъ; поэтому вводить внутрь можно гораздо большія количества тулазы, и этимъ способомъ примѣненія ея можно пользоваться и для цѣлей лѣченія. Для достиженія невосприимчивости къ бугорчаткѣ у грудныхъ дѣтей *Behring* предлагаетъ однократный или двукратный приемъ (въ послѣднемъ случаѣ между обоими приемами 8-дневный промежутокъ) содержащаго тулазу молока. Опыты на животныхъ показали, что невосприимчивость наступаетъ при такомъ способѣ примѣненія черезъ нѣсколько мѣсяцевъ; поэтому грудныхъ дѣтей и послѣ приемовъ тулазы слѣдуетъ въ первые мѣсяцы жизни такъ-же тщательно оберегать отъ зараженія бугорчаткой, какъ и дѣтей, не пользовавшихся этимъ средствомъ. Взрослымъ тулаза дается такимъ образомъ, что въ 1-ый день вводится количество, не вызывающее лихорадки; затѣмъ въ теченіи 10 дней подъ рядъ вводимое количество ежедневно удваивается; послѣ 10 дней дѣлается 10-дневный перерывъ, послѣ чего новый періодъ начинаютъ съ количества, составляющаго  $\frac{1}{4}$  введеннаго въ послѣдній день предшествовавшаго періода. Когда вводимыя количества тулазы доходятъ до значительныхъ размѣровъ, перерывы удлиняются. Въ общемъ вопросъ о величинѣ начальныхъ приемовъ, о продолжительности періодовъ лѣченія и перерывовъ его будетъ окончательно разработанъ на основаніи болѣе богатаго опыта.

Что касается самаго важнаго съ практической точки зрѣнія вопроса, возможно-ли при помощи новаго средства излѣчить бугорчатку во всѣхъ ея видахъ и формахъ?, то на него *Behring* даетъ отвѣтъ далеко неутѣшительный и во всякомъ случаѣ не оправдывающій тѣхъ надеждъ, которыя на него возлагались. Онъ теперь еще не отказался отъ того, что сказалъ недавно по этому поводу въ докладѣ сельско-хозяйственному Совѣту. А сказалъ онъ тогда буквально слѣдующее: «Считаю нужнымъ особенно подчеркнуть тотъ фактъ, что я не производилъ своихъ опытовъ съ такими животными, зараженными бугорчаткой, состояніе которыхъ соответствовало-бы, хотя-бы отдаленно, состоянію человѣка съ легочной чахоткой; поэтому у меня

нечего, что туберкулаза \*) можетъ оказаться средствомъ для излѣченія бугорчатки человѣка. На Парижскомъ Сѣздѣ я говорилъ не о такомъ средствѣ противъ бугорчатки, которое излѣчиваетъ уже имѣющееся разрушеніе легочной ткани, а о средствѣ противъ бугорчатки, которое при раннемъ примѣненіи его у молодыхъ людей способно *предохранить* отъ чахотки и во всякомъ случаѣ оказать на имѣющіяся бугорчатковыя гнѣзда такое дѣйствіе, чтобы самозлѣченію ихъ при помощи естественныхъ силъ самаго организма не мѣшало новое бугорчатковое зараженіе».

Изъ сказаннаго явствуетъ, что тулаза не можетъ совершенно излѣчить больного съ явно развитой легочной чахоткой, и съ этой стороны *Behring* совсѣмъ не оправдалъ возлагавшихся на его средство надеждъ. Если бы, однако, его тулаза въ полной мѣрѣ осуществила то, что ей изобрѣтатель ей приписываетъ, т. е. если-бы при помощи ея удалось *предохранить отъ бугорчатки* всѣхъ, такъ сказать, кандидатовъ на нее; если-бы она могла задерживать дальнѣйшее развитіе болѣзни во всѣхъ случаяхъ открытых, начальныхъ и легкихъ формъ ея, то *Behring* вполне заслужилъ-бы имя благодѣтеля человѣчества, такъ какъ распространеніе бугорчатки вслѣдствіе этого уменьшилось-бы въ такой-же степени, какъ послѣ открытія *Jenner's*—распространеніе оспы.

25-го сентября въ Heidelberg'ѣ торжественно открытъ новый Институтъ, для лѣченія и экспериментальнаго изученія рака. Институтъ этотъ, возникшій по почину маститаго хирурга, проф. *Sternu*, отличается отъ другихъ подобныхъ учрежденій въ Германіи тѣмъ, что въ немъ уделено столько-же мѣста и вниманія лѣченію больного, сколько экспериментальному изслѣдованію болѣзни. Институтъ поэтому состоитъ изъ снабженной всѣми вспомогательными средствами больницы и изъ экспериментально-научнаго отдѣленія. Такъ какъ лѣченіе рака въ настоящее время главнымъ образомъ сводится къ хирургическому удаленію его, то большая часть больницы отдана подъ хирургическое отдѣленіе. На ряду съ этимъ имѣется все необходимое для лѣченія *Röntgen'*овскими лучами, радіемъ, свѣточъ и т. п. Въ Институтѣ, кромѣ того, будутъ подвергаться тщательной провѣркѣ всѣ новые способы и средства лѣченія рака, поскольку, конечно, ихъ приготовленіе и примѣненіе будутъ научно обоснованы. Научное отдѣленіе Института (оно еще не готово) будетъ состоять изъ 3-хъ отдѣленій: 1) анатомическаго; 2) біолого-химическаго и паразитологическаго и 3) общаго для всѣхъ отдѣленій экспериментально-патологическаго. Институтъ построенъ на частныя пожертвованія (800000 мар.), собранныя благодаря энергіи проф. *Sternu*. Послѣдній состоитъ директоромъ Института и завѣдуетъ хирургическимъ отдѣленіемъ его. Научнымъ отдѣленіемъ завѣдуютъ проф. *v. Dungern* и д-ръ *Василевскій*.

Къ открытію новаго Института приурочена была Международная Конференція по изслѣдованію рака, имѣвшая свои засѣданія сначала въ Heidelberg'ѣ, а затѣмъ во Frankfurt'ѣ а/М.

Засѣданіе въ Heidelberg'ѣ имѣло характеръ торжества, въ то время какъ научная работа Конференціи происходила во Frankfurt'ѣ. Изъ сдѣланныхъ здѣсь сообщеній наибольшій интересъ представляетъ отчетъ проф. *Ehrlich's* о работахъ, произведенныхъ въ завѣдуемомъ имъ Институтѣ по изслѣдованію рака за 4 года его существованія. Этотъ Институтъ устроенъ на частныя средства и обошелся въ 1.000000 мар. Начало научно-экспериментальному изслѣдованію рака положили работы *Hanon*, *Morgan* и главнымъ образомъ *Jensen's*, показавшихъ возможность перевивки раковыхъ опухолей мышей и крысъ. Въ теченіи ряда лѣтъ Frankfurt'овскому Институту удалось собрать 278 мышей, у которыхъ найдены были произвольно развившіяся раковыя опухоли, но далеко не всѣ онѣ оказались пригодными для перевивокъ: изъ 108 опухолей, съ которыми были сдѣланы опыты перенесенія ихъ на другихъ мышей, только 9 оказались пригодными для полученія ряда дальнѣйшихъ перевивокъ. Далѣе оказалось, что не всякая порода мышей

\*) Такъ называется средство противъ бугорчатки рога.

восприимчива къ перевивкамъ и не у всякой мыши восприимчивой породы прививка удается; однако, путемъ отбора наиболее легко перевиваемыхъ опухолей удалось получить такихъ, которые давали успѣшныя результаты у 90% всѣхъ прививаемыхъ; кромѣ того, путемъ ряда перевивокъ удалось получить такой быстрый ростъ опухолей, какой никогда не наблюдается у человека: въ теченіи одной недѣли раковыя опухоли достигали величины всего тѣла животнаго или даже превосходили ее. На сколько, однако, различны бываютъ степень роста и возможность распространенія опухолей, видно изъ того, что одна изъ нихъ въ теченіи 3-хъ лѣтъ дала только 9 поколѣній, въ то время какъ другая дала ихъ 90.

При своихъ опытахъ *Ehrlich* руководился принципами бактериологіи. Ему удалось видѣть, какъ раковая опухоль послѣ ряда перевивокъ постепенно принимала характеръ саркомы; далѣе, ему удалось получить смѣшанныя опухоли, изъ которыхъ затѣмъ путемъ примѣненія физическихъ агентовъ (нагрѣваніе) опять удалось выдѣлить каждую опухоль отдѣльно. Далѣе, *Ehrlich* изложилъ современное положеніе вопроса о вызываніи невосприимчивости къ раку. Какъ ему, такъ и *Jensen* у въ Кjöbenhavn'ѣ и *L. Michaelis* у въ Berlin'ѣ удалось получить удовлетворительные результаты. Онъ бралъ для иммунизации матеріалъ изъ такихъ опухолей, которые не удавалось перевить, и получилъ невосприимчивость и къ быстро растущимъ опухолямъ; при этомъ оказалось, что при вызываніи невосприимчивости къ раку получается одновременно и невосприимчивость къ саркомѣ, а при вызываніи невосприимчивости къ саркомѣ получается также и невосприимчивость къ раку; невосприимчивость-же къ хондромѣ получается лишь частичная, и то послѣ частой и усиленной иммунизации. Нужно думать, что эта возможность получить у животнаго невосприимчивость къ раку будетъ имѣть практическое значеніе. Интересны нѣкоторые теоретическіе выводы, которые дѣлаетъ *Ehrlich* изъ своихъ экспериментальныхъ изслѣдованій. Изъ того факта, что раковую ткань возможно переносить только на животныхъ той-же породы, онъ заключаетъ, что раковая кѣтка мыши, напр., для своего роста нуждается въ такомъ веществѣ, котораго нѣтъ въ организмѣ крысы и что невосприимчивость послѣдней зависитъ такимъ образомъ лишь отъ отсутствія этого вещества. Этого рода невосприимчивость онъ обозначаетъ названіемъ «атрепсія».

Другая форма атрепсіи обнаруживается въ невосприимчивости къ новымъ прививкамъ мышей, у которыхъ уже имѣется быстро растущая опухоль; эта послѣдняя привлекаетъ къ себѣ весь питательный матеріалъ, такъ что для новой его уже не оказывается. Развитие произвольно появляющейся опухоли можно объяснить лишь такимъ образомъ, что кѣтки ея обладаютъ большей притягивающей силой по отношенію къ питательнымъ веществамъ, чѣмъ другія кѣтки тѣла, и это можетъ зависѣть отъ ослабленія жизнедѣтельности послѣднихъ, что служитъ выраженіемъ конституціональной слабости организма; извѣстно, вѣдь, что такая слабость является наиболее благоприятной почвой для развитія злокачественныхъ новообразованій.

Докладъ *Ehrlich*'а сопровождался цѣлымъ рядомъ поясненій съ предьявленіемъ препаратовъ, таблицъ, протоколовъ, изъ конхъ было видно, какая масса труда и знаній положена была *Ehrlich*'омъ и его сотрудниками, чтобы получить вышеприведенныя данныя. Хотя экспериментальное изслѣдованіе рака до сихъ поръ не дало еще ничего существеннаго для практической медицины, но, такъ какъ научное изслѣдованіе рака вступило теперь на новый, болѣе прямой путь, то можно надѣяться, что оно окажется плодотворнымъ и для практики.

Изъ другихъ докладовъ, заслушанныхъ въ Frankfurt'ѣ, слѣдуетъ еще упомянуть о сообщеніи проф. *Spiess*'а (специалиста по горловымъ болѣзнямъ), какъ касающемся практически важнаго вопроса о лѣченіи рака. Проф. *Spiess* говорилъ о новомъ способѣ лѣченія рака, который онъ изучалъ экспериментально и клинически. Въ основу этого способа положено слѣдующее рассужденіе: для роста злокачественнаго новообразованія необходимъ достаточный подвозъ питательнаго матеріала, доставляемаго главнымъ образомъ при

тельнаго матеріала можно сильно ограничить, если обезболить окончанія чувствующихъ нервовъ опухоли, ибо раздраженіе, обуславливающее усиленный подвозъ къ ней питательнаго матеріала, передается черезъ нихъ. *Spiess* у удалось примѣненіемъ мѣстныхъ обезболивающихъ средствъ излѣчить небольшія доброкачественныя опухоли гортани. Онъ изучалъ экспериментально дѣйствіе новаго способа лѣченія на мышцахъ въ *Ehrlich*'овомъ Институтѣ, при чемъ впрыскивалъ болеутоляющіе растворы непосредственно въ вещество опухоли: изъ 52 мышей были излѣчены вполнѣ 22; у большей части остальныхъ получилось улучшеніе; неудачный результатъ получился главнымъ образомъ у мышей съ быстро растущими опухолями; тамъ, гдѣ опухоль росла медленно, почти всегда получалось полное излѣченіе. Для правильной оцѣнки результатовъ этихъ экспериментальныхъ данныхъ надо принять къ свѣдѣнію, что произвольное излѣченіе опухолей у мышей встрѣчается не такъ уже рѣдко. *Spiess* началъ примѣнять свой способъ лѣченія и у людей и намѣренъ въ дальнѣйшемъ пользоваться для этой цѣли матеріаломъ новаго Heidelberg'скаго Института. Однако, тѣ исторіи болѣзней, которыя до сихъ были имъ сообщены \*), не очень убѣдительно говорятъ въ пользу новаго способа. Въ виду того, что какъ самый принципъ новаго способа, такъ и его экспериментальная провѣрка не выдерживаютъ строгой научной критики, большихъ надеждъ возлагать на него не приходится, и можно поэтому терпѣливо ждать приговора о немъ Heidelberg'скаго Института.

Сентябрь мѣсяцъ далъ медицинской наукѣ въ Германіи еще одно учрежденіе чисто научнаго характера, которое также обязано своимъ происхожденіемъ энергіи талантливаго ученаго, съумѣвшаго привлечь для осуществленія своихъ научныхъ идеаловъ частную благотворительность. 3-го сентября во Frankfurt'ѣ а/М. открытъ на средства семьи *Georg'a Spreyer'a* Институтъ по хемотерапіи, организованный проф. *Ehrlich*'омъ. Чтобы дать представленіе о характерѣ новаго учрежденія, приведу выдержку изъ рѣчи проф. *Ehrlich*'а, произнесенной имъ при открытіи этого Института.

«Съ самаго начала моей научной дѣятельности я стремился опредѣлить отношенія организованнаго вещества къ извѣстнымъ химическимъ веществамъ, чтобы такимъ путемъ проникнуть въ тайны и тонкости строенія кѣтокъ и органовъ. Изъ распредѣленія, напр., введенныхъ извнѣ веществъ въ животномъ организмѣ можно дѣлать извѣстныя заключенія о химическомъ составѣ отдѣльныхъ органовъ; при введеніи, напр., метиленовой синьки получается синее окрашиваніе нервныхъ окончаній, и изъ этого факта мы заключаемъ, что синька имѣетъ особое сродство съ нервнымъ окончаніемъ. Говорятъ поэтому, что метиленовая синька нейротропична. Большинство красящихъ веществъ окрашиваютъ большое количество тканей, и мы ихъ называемъ поэтому политропичными. Что это изученіе распредѣленія химическихъ веществъ въ организмѣ весьма важно, явствуетъ изъ того, что они могутъ обнаружитъ свое дѣйствіе лишь въ тѣхъ мѣстахъ, которыхъ они достигли или въ которыхъ скопились. Знаніе законовъ распредѣленія является поэтому наиболѣе важнымъ условіемъ разумнаго лѣченія. Какая намъ польза будетъ отъ того, если мы будемъ имѣть въ рукахъ лѣчебное средство, которое на основаніи его химическаго состава обладаетъ способностью цѣлебнаго дѣйствія, но не можетъ дойти до заболѣваго органа, въ которомъ сидитъ врагъ, обуславливающий болѣзнь? Разумѣется простое скопленіе какого-нибудь вещества въ органѣ недостаточно еще для цѣлебнаго дѣйствія. Химическое вещество должно обладать еще однимъ основнымъ свойствомъ, отъ котораго зависить специфическое дѣйствіе. И такъ, въ химической конституціи, нужно различать 2 различныхъ дѣятелей: 1) тотъ, который обуславливаетъ распредѣленіе, и 2) тотъ, который обуславливаетъ специфическое, т. наз. фармакофорное дѣйствіе. Только знаніе обоихъ этихъ условій даетъ возможность дѣлать выводы объ отношеніи между химическимъ составомъ и дѣйствіемъ. Наилучшимъ примѣромъ для поясненія сказаннаго могутъ служить тѣ ядовитыя вещества, которыя образуются въ самомъ организмѣ (и болѣе близкому знакомству съ которыми мы обязаны главнымъ образомъ извѣстной теоріи *Ehrlich*'а). «Въ этихъ ядахъ мы находимъ одну составную часть, названіе которой заключается въ распредѣленіи, т. наз. гаптофорную группу, въ то время какъ другая является носителемъ яда и носитъ названіе токсофорной группы. У особаго класса этихъ ядовитыхъ веществъ гапто- и токсо-формы группы представляютъ 2 отдѣльныхъ вещества, и ядовитое дѣйствіе наступаетъ лишь при соединеніи этихъ 2-хъ группъ».

«Существенная задача новаго Института будетъ заключаться въ томъ, чтобы найти такія вещества и химическія соединенія,

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

которые обладают особымъ средствомъ къ определеннымъ органамъ (органотропныя вещества). Но особо важной задачей является нагруженіе этихъ, играющихъ роль позовокъ, веществъ химически или фармакологически дѣйствующими соединениями такъ, чтобы они могли доставить положенный на нихъ дѣйствующій грузъ правильно по назначенію. Большинство лекарственныхъ веществъ, которыми мы въ настоящее время пользуемся, имѣютъ лишь припадочное дѣйствіе. Новый Институтъ поставилъ себѣ цѣлью найти дѣйствительныя лекарства, дѣйствіе которыхъ будетъ направлено противъ самой причины болѣзни; онъ будетъ искать т. наз. этио-или органо-тропныя вещества. Чтобы имѣть возможность найти ихъ, необходимо, чтобы мы могли вызвать болѣзнь у животныхъ и на послѣднихъ производить наши терапевтическіе опыты. Въ этомъ направленіи медицинская наука достигла уже въ области заразныхъ болѣзней прекрасныхъ результатовъ главнымъ образомъ потому, что при этихъ болѣзняхъ самъ животный организмъ является ретортой, вырабатывающей безъ нашего вмѣшательства этиотропныя вещества въ видѣ антитоксиновъ, которые къ тому-же направлены исключительно противъ причины болѣзни и являются такимъ образомъ монотропными. Изученіе этихъ веществъ входить въ кругъ дѣятельности Института экспериментальной терапіи (находящагося также въ завѣдываніи проф. Ehrlich'a). Задача Института Spreyer'a будетъ заключаться въ томъ, чтобы находить цѣлебныя вещества не въ ретортѣ организма, а въ ретортѣ химика. Задача подобной «хемотерапіи» не легка; но практика показываетъ, что при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ, при которыхъ иммунизация трудна и не можетъ быть проведена вполне, при помощи хемотерапіи удастся достигнуть лучшихъ результатовъ. Зачатки этого рода лѣченія у насъ уже имѣются, хотя основы его чисто эмпирическаго характера (лѣченіе сифилиса ртутью, болотной лихорадки хавиниомъ). Дальнѣйшіе успѣхи въ этой области могутъ быть достигнуты лишь систематическимъ изученіемъ въ этомъ направленіи многочисленныхъ химическихъ веществъ и въ особенности красокъ. Такъ, напр., уже теперь удалось найти красящее вещество (Тгурангот), при помощи котораго удается излѣчить мышей отъ болѣзни, обуславливаемой определеннымъ видомъ трипанозомъ. Тѣло мышей удается совершенно обезболить въ отношеніи этого микроорганизма. Далѣе, Laveran показалъ, что сочетаннымъ лѣченіемъ мышьякомъ и Тгуранготомъ удается получить особенно благоприятные результаты лѣченія и что изъ препаратовъ мышьяка наиболее подходящимъ является атоксилъ. Успѣхъ лѣченія былъ подтвержденъ не только опытами надъ мелкими лабораторными животными, но и наблюденіями надъ крупными животными, главнымъ образомъ надъ лошадьми, среди которыхъ трипанозомовыя зараженія производятъ большія опустошенія. Этимъ весьма ободряющимъ примѣромъ определяется характеръ будущей дѣятельности новаго Института, носящаго названіе «Дома Georg'a Spreyer'a».

6-го октября знаменитый анатомъ проф. Wilhelm Waldeyer праздновалъ 70-лѣтіе дня своего рожденія. Waldeyer принадлежитъ къ тѣмъ скромнымъ людямъ, которые достиженіе 70-лѣтняго возраста не вмѣняютъ себѣ въ особую заслугу, а потому онъ уклонился отъ особыхъ чествованій и многочисленныхъ поздравленій и благопожеланій, адресованныхъ ему со всѣхъ концовъ Германіи и другихъ культурныхъ странъ, не застали его въ Berlin'ѣ. Тѣмъ не менѣе всѣ крупныя политическія газеты и всѣ медицинскія изданія воспользовались случаемъ воздать должное заслуженному ученому. Waldeyer, по справедливости, считается однимъ изъ наиболѣе крупныхъ современныхъ изслѣдователей въ области эмбриологіи, описательной анатоміи, гистологіи и топографической анатоміи; немаловажны его заслуги также и въ области антропологіи. Специально для Berlin'скаго Университета дѣятельность Waldeyer'a важна, какъ прекраснаго преподавателя и руководителя научныхъ работъ. Только немногимъ, подобно Waldeyer'у, данъ великій даръ изложенія самыхъ трудныхъ и сложныхъ вещей въ наивозможно ясной, простой и всѣмъ понятной формѣ. Кто имѣлъ возможность слушать, какъ онъ въ необыкновенно простой формѣ излагалъ самыя сложныя главы изъ анатоміи и эмбриологіи, тому и въ голову не приходило, сколько искусства и трудолюбія требуется для того, чтобы выработать такую совершенную форму изложенія. Свою дѣятельность, какъ преподавателя, Waldeyer ставитъ очень высоко, и за такое отношеніе къ ней ему благодаренъ цѣлый рядъ поколѣній врачей, вышедшихъ изъ его школы. Немало русскихъ товарищей работало подъ его руководствомъ, и у всѣхъ навсегда останется пріятное воспоминаніе о дружескомъ отношеніи къ нимъ этого истиннаго ученаго. Болѣе подробно объ ученыхъ трудахъ Waldeyer'a я буду имѣть случай говорить въ ближайшемъ будущемъ, когда будетъ праздноваться 50-лѣтіе его ученой дѣятельности.

А. Коварскій.

**Банteriология. 663.** Цѣлымъ рядомъ изслѣдователей было установлено, что тифозныя палочки хорошо размножаются въ желчи, и поэтому въ послѣднее время было предложено для обнаруженія тифозныхъ палочекъ въ крови прежде всего смѣшать изслѣдуемую кровь съ желчью. Въ виду того, что полученіе обезжированной желчи нѣрѣдко бываетъ сопряжено съ трудностями, д-ръ Wilhelm Meyerstein задался цѣлью выяснитъ, какія изъ остальныхъ частей желчи наиболее способствуютъ размноженію тифозныхъ палочекъ, и нашелъ, что соли желчныхъ кислотъ дѣйствуютъ такъ-же хорошо, какъ желчь in toto. Это обстоятельство значительно упрощаетъ способъ изслѣдованія крови на тифозныя палочки, ибо соли желчныхъ кислотъ можно сохранять въ неизмѣненномъ видѣ безогранично долгое время. Авт. совѣтуетъ держать въ запасѣ глицериновый растворъ желчно-кислыхъ солей. Растворъ этотъ готовится изъ равныхъ частей глицерина и воды съ содержаніемъ до 30—40% солей желчныхъ кислотъ, для полнаго растворенія которыхъ жидкость слѣдуетъ слегка подогрѣть. Такой растворъ хорошо сохраняется. Для изслѣдованія крови берутъ нѣсколько капель этого раствора въ пробирку, прибавляютъ изслѣдуемую кровь (2—3 к. стм.) и ставятъ въ термостатъ (на каждый к. стм. крови берутъ 1—2 капли раствора). Черезъ 12—16 час. тифозныя палочки размножаются уже въ такомъ значительномъ количествѣ, что ихъ можно видѣть въ простомъ препаратѣ-мазкѣ и даже тогда, когда Widal'ская реакція даетъ еще отрицательный результатъ. Въ висячей каплѣ можно также видѣть много палочекъ, но онѣ здѣсь болѣею частью бываютъ склеены. Чтобы точнѣе опредѣлять характеръ палочекъ, дѣлаютъ посѣвы на среду Conrad-Drigalsk'аго и дальше ведутъ дѣло обычнымъ путемъ. Почему желчнокислыя соли способствуютъ размноженію микроорганизмовъ крови, вопросъ этотъ пока еще не выясненъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 38).

А. Коварскій.

**Хирургическія болѣзни. 664.** Д-ръ Ellsworth Eliot (New-York) рассматриваетъ *атипическія формы аппендицита*. При остромъ катарральномъ видѣ воспаленія червеобразнаго отростка у больного болѣе или менѣе внезапно появляются сильныя схваткообразныя боли, которыя въ теченіи первыхъ нѣсколькихъ часовъ сосредоточиваются въ области пупка, одинаково съ обѣихъ сторонъ, но затѣмъ постепенно переходятъ въ правую нижнюю область живота. Боль имѣетъ острый, рѣжущій характеръ и усиливается при глубокомъ дыханіи и поворачиваніи съ бока на бокъ; она ощущается въ передней части живота, но нѣрѣдко распространяется и къзади, въ поясничную область, преимущественно если червеобразный отростокъ расположенъ позади слѣпой кишки. Одновременно съ болью, обыкновенно существуетъ и мѣстная чувствительность, остающаяся еще 1—2 дня послѣ того, какъ боль исчезнетъ. Обычно также наблюдается также тошнота съ рвотою или безъ нея, но рѣдко долѣе первыхъ сутокъ отъ начала приступа. Обыкновенно бываетъ запоръ, иногда поносъ. Общее состояніе слегка измѣняется: температура рѣдко заходитъ за 39°, а пульсъ, послѣ первоначальнаго ускоренія, вызваннаго рвотою или возбужденіемъ, обычно держится около 80, нѣсколько увеличеннаго напряженія. При изслѣдованіи находятъ увеличеніе брюшнаго дыханія и чувствительную точку на сторонѣ боли; въ томъ-же мѣстѣ ощущается сопротивленіе, занимающее обыкновенно небольшую часть правой нижней области живота, соотвѣтственно прямой или косой мышцѣ, смотря по положенію червеобразнаго отростка. Эти признаки бываютъ наиболѣе рѣзко выражены въ теченіи первыхъ 24—48 часовъ. Рвота прекращается послѣ 12 часовъ, а остальные припадки на 2-ой день ослабѣваютъ; еще до истеченія 3-го дня боль и увеличенное сопротивленіе значительно уменьшаются или совершенно исчезаютъ, и остается только легкая чувствительность. Температура и пульсъ приходятъ къ нормѣ.



полное выздоровление наступает до истечения недели. При остромъ аппендицитѣ съ образованіемъ нарыва описанныя явления бывають выражены болѣе рѣзко. Рвота болѣе упорна и можетъ продолжаться и 2-ой, и 3-й день. Мѣстно участокъ мышечнаго сопротивления обширнѣе и выражаетъ болѣе рѣзко. Обыкновенно къ концу 2-хъ сутокъ можно опухать опухоль, и, если нарывъ становится ограниченнымъ, эта опухоль приобретаетъ рѣзкія границы. Въ менѣе благоприятныхъ случаяхъ, когда развивается разлитое воспаление брюшины, и боль, и напряжение распространяются на другія части живота при нарастающемъ вздутіи его. Общія явления выражены болѣе рѣзко: температура обыкновенно не ниже 39°, пульсъ учащенъ; явления эти не исчезаютъ на 2-ой или 3-й день, а начинаютъ уменьшаться или исчезаютъ только послѣ вскрытія нарыва. Если нарывъ не ограничивается въ одной точкѣ, наступаетъ картина общаго перитонита. Сказанное до сихъ поръ относится къ типичному теченію болѣзни. 1-ую группу атипическихъ случаевъ составляютъ тѣ, при которыхъ червеобразный отростокъ является мѣстомъ образованія нарыва и даже омертвѣнія, между тѣмъ, какъ клиническая картина почти ничѣмъ не отличается отъ наблюдаемой при обыкновенномъ катарральномъ приступѣ. Точное распознаваніе въ этихъ случаяхъ весьма важно, такъ какъ откладываніе операціи опасно. Въ острыхъ типическихъ случаяхъ однимъ изъ важныхъ показаній къ операціи является быстро нарастающее учащеніе пульса. Въ приводимыхъ авторомъ 8 случаяхъ этого признака, однако, не было, но зато наблюдалось другой, тоже весьма существенный, а именно разлитая *ригидность*, распространявшаяся по всему нижнему правому квадранту живота. Этотъ признакъ и служилъ показаніемъ къ операціи, которая во всѣхъ этихъ случаяхъ обнаруживала нагноеніе или омертвѣніе червеобразнаго придатка. Вспомогательнымъ средствомъ для распознаванія въ такихъ случаяхъ служить еще общее увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, преимущественно многоядерныхъ. Если большой изслѣдуется черезъ нѣсколько дней послѣ начала заболѣванія, ригидность можетъ настолько уменьшиться, что удастся прощупать опухоль, которая въ острыхъ случаяхъ почти всегда указываетъ на присутствіе гноя. Впрочемъ, авторъ описываетъ 2 острыхъ случая, гдѣ прощупывалась опухоль, но при операціи гноя не оказалось. Съ другой стороны, онъ наблюдалъ 6 случаевъ, окончившихся видимымъ выздоровленіемъ, въ которыхъ при операціи, сдѣланной въ предупрежденіе возвратовъ, все-же оказался гной. Атипичность этихъ 6 случаевъ заключается въ томъ, что клиническое теченіе, предшествовавшее операціи, соответствовало катарральной формѣ. Ни въ одномъ изъ нихъ даже подъ наркозомъ нельзя было прощупать опухоли; общія явления, мѣстная чувствительность и напряжение, никогда не бывшее разлитымъ, исчезли еще до операціи. Въ 4 изъ этихъ 6 случаевъ, однако, наблюдалось *увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ*, что уже само по себѣ есть указаніе на гной. Не смотря на легкое теченіе, въ 3 случаяхъ была найдена обыкновенная кишечная палочка, а въ 1—цѣпковокъ (въ остальныхъ 2 случаяхъ посѣвовъ не дѣлалось). Исчезновеніе мѣстныхъ явленій, слѣд., возможно не при одной только катарральной разновидности аппендицита. Итакъ, слѣдуетъ обращать вниманіе на характеръ мышечной ригидности. Разлитое напряжение указываетъ на гной. Съ другой стороны, отсутствіе разлитого напряжения еще не исключаетъ возможности нагноенія. Важно также и то, что небольшіе нарывы могутъ существовать и безъ доступной опухлости опухоли. Слѣдующіе 3 случая, описываемые авторомъ, протекали подъ видомъ непроходимости кишекъ. Больнымъ было 52, 45 и 57 л. Вмѣсто предполагавшагося новообразованія, при операціи оказывались разлитое воспаление брюшины и омертвѣніе червеобразнаго придатка. 2-ое изъ этихъ больныхъ умерло, 3-ій выздоровѣлъ. Далѣе авторъ описываетъ 1 случай, въ которомъ острое омертвѣніе червеобразнаго придатка дало картину остраго восходящаго гнойнаго воспаленія правыхъ мочеточника и почки (у больного была гнойная течь изъ уретры). Слѣдующій случай относится къ 19-лѣтней

и повторялась часто, но по  $1\frac{1}{2}$  мин., въ теченіи первыхъ 2-хъ дней, а затѣмъ замѣчалась только при ходьбѣ и была незначительна; рвота 1 разъ въ началѣ; пульсъ, температура и дыханіе при поступленіи были нормальны; легкое напряженіе и чувствительность въ правой подвздошной ямкѣ; 6000 бѣлыхъ тѣлецъ; при операціи червеобразный придатокъ оказался опухшимъ, сращеннымъ и гнойно воспаленнымъ. Что касается затажного воспаленія червеобразнаго отростка, то авторъ приводитъ 17 случаевъ, которые дѣлитъ на 5 группъ. Къ 1-ой онъ относитъ 2 случая; въ одномъ изъ нихъ 1-ый приступъ былъ за 20 мѣс. до операціи; затѣмъ было еще 3 приступа, но въ теченіи послѣднихъ 2-хъ мѣсяцевъ не было никакихъ явленій; въ другомъ—единственный приступъ былъ за 1 мѣсяць до операціи; въ обоихъ случаяхъ оказались нарывы, хотя прощупать ничего не удавалось. Ко 2-ой группѣ относятся случаи, въ которыхъ прощупывалась опухоль; нарывъ, по видимому, образовался во время одного изъ предшествовавшихъ приступовъ, изъ коихъ наиболѣе тяжелый былъ за 4 недѣли до операціи; опухшій отростокъ былъ окруженъ творожистыми массами. Въ случаѣ, отнесенномъ къ 3-ей группѣ, болѣзнь протекала подъ видомъ упорныхъ запоровъ, существовавшихъ 3 года; 6 мѣс. передъ операціей былъ 1 приступъ боли въ правой  $1\frac{1}{2}$  живота въ теченіи 2-хъ дней; изслѣдованіе обнаружило только небольшую чувствительность въ области отростка; при операціи послѣдній оказался воспаленнымъ во всѣхъ слояхъ и приращеннымъ. Къ 4-ой группѣ отнесенъ случай ворсинчатого новообразованія червеобразнаго отростка, вызвавшего воспаленіе его. Наконецъ, 5-ая группа содержитъ 12 случаевъ, въ которыхъ были обнаружены столь обширныя измѣненія, что они должны были существовать долгое время до появленія припадковъ, тяжесть которыхъ совершенно не соответствовала имъ. Что касается мѣстоположенія боли, то въ 10 случаяхъ оно было типично: въ 1 боль ощущалась въ области желчнаго пузыря и распространялась вдоль правой стороны до яичка; въ другомъ случаѣ боль была подъ ложечкою, а при послѣднемъ приступѣ—въ лѣвомъ подреберьи, распространявшаяся внизъ по лѣвой сторонѣ, а оттуда, ниже уровня пупка, въ правую подвздошную ямку; въ 1 случаѣ боль наблюдалась въ правой подвздошной ямкѣ и отдавала въ печень; характеръ ея былъ схваткообразный; въ 1 случаѣ боль сначала была на обѣихъ сторонахъ, затѣмъ справа, но настолько слабая, что не препятствовала занятіямъ больного; наконецъ, еще въ 1 случаѣ боль по временамъ распространялась по всей правой сторонѣ (въ почку, желчный пузырь, пахъ, плечо), въ другое-же время была сильнѣе выражена въ лѣвой нижней части живота. Въ 6 случаяхъ боль можно было назвать сильной, въ 6—умѣренной, въ 5—слабой. Что касается операціи, то авторъ предпочитаетъ производить ее въ періодъ отсутствія острыхъ явленій. Техника операціи такова: Межмышечный разрѣзъ (*Mc Burney*); брюшина вскрывается параллельно промежутку между мышцами; стѣнки нарыва тщательно защищаютъ компрессами; гной удаляютъ губкой; отростокъ отыскиваютъ и перевязываютъ обыкновеннымъ крѣпкимъ катгуттомъ. Если нарывъ совершенно отграниченъ спайками отъ общей полости брюшины, то не слѣдуетъ разрушать этихъ спаекъ, отыскивая отростокъ, а дренировать полость, не удаляя отростка. Культю отростка прижимаютъ приборомъ *Raquelin's* или карболовой кислотой и алкоголемъ. Затѣмъ снова изслѣдуютъ тазъ чистой губкой, чтобы опредѣлить, нѣтъ-ли вторичныхъ гнойниковъ, и тщательно удаляютъ гной, если таковой окажется. Ограниченный нарывъ можно промыть перекисью водорода, которую тотчасъ-же удаляютъ губкой. При разлитомъ воспаленіи брюшины показуется орошеніе нижней  $1\frac{1}{2}$  живота физиологическимъ растворомъ соли. Вставляютъ 1 или 2 выводника, продѣтыхъ черезъ плотную резиновую трубку, доходящую до полости брюшины; назначеніе трубки—раздѣлять мышцы. При нарывахъ, расположенныхъ сзади слѣпой кишки, дѣлаютъ противуотверстіе надъ гребнемъ подвздошной кости. При общемъ перитонитѣ дѣлаютъ отверстіе по средней линіи или на противоположной сторонѣ. Послойные швы. Если операція производится

между 2-мя лигатурами, брызжейка его перевязывается, а культя его вшивается въ стѣнку кишки. Брюшная стѣнка закрывается наглухо (New-York Medical Journal, 23 и 30 июня).

В. Дитманъ.

**Глазные болѣзни. 665.** Занявшись вопросомъ о зависимости страданія слезопроводящихъ путей отъ состоянія полостей носа, д-ръ Масленниковъ сталъ направлять каждого больного съ означеннымъ страданіемъ, для изслѣдованія носа и придаточныхъ его полостей къ носовому врачу. Среди 115 лицъ, изслѣдованныхъ такимъ образомъ, нормальное состояніе полости носа оказалось лишь у 14, т. е. въ 12%. У остальныхъ обнаружены были самыя различныя болѣзни носа, а именно: искривленіе носовой перегородки (7%), хроническій катарръ носа (7%), гипертрофическій катарръ (36%), атрофическій катарръ (10%), зловонный насморкъ (10%), носовые полипы (3%), поражение придаточныхъ полостей носа (8%) и сифилисъ носа (5%) (Вѣстникъ офтальмологіи, январь и февраль).

Р. Кацъ.

**666.** Проф. Rollet (Lyon) указываетъ на раковое пораженіе слезнаго мѣшка, какъ на новое показаніе къ вылученію послѣдняго, приводя наблюдавшіеся имъ 3 случая этой болѣзни.

1. 65-лѣтній старикъ явился съ жалобой на слезотеченіе, продолжавшееся у него 2 года, и на опухоль въ области слезнаго мѣшка, образовавшуюся съ годъ назадъ. Мягкая опухоль, съ небольшой орѣшкѣ, опорожнившаяся при надавливаніи, была принята за обыкновенное кистозидное расширеніе слезнаго мѣшка, и, такъ какъ и въ такихъ случаяхъ авт. предпочитаетъ коренную операцію, то онъ и вылучилъ эту мѣшокъ. Почувствовавъ при этомъ какую-то ненормальную твердость въ мѣшкѣ, авт. вскрылъ его и нашелъ въ его полости сосочкообразную опухоль, оказавшуюся эпителиомой. Рана зажила первымъ натяженіемъ, и на 7-ой день больной былъ выписанъ излѣченнымъ.

2. У 61-лѣтней женщины, страдавшей слезотеченіемъ около 5 мѣс., обнаружена была въ области слезнаго мѣшка небольшая, мягкая опухоль; при надавливаніи на опухоль изъ слезныхъ точекъ выдѣлялась слизисто-гнойная масса, какъ при обычномъ растяженіи слезнаго мѣшка. При изслѣдованіи же мѣшка, вылученнаго цѣпкомъ, въ его полости оказался саркоматозный полипъ. Полное заживленіе и здѣсь наступило въ нѣсколько дней.

Въ 3-мъ случаѣ новообразование слезнаго мѣшка было не первичное, какъ въ первыхъ 2-хъ случаяхъ, а послѣдовательное. У 57-лѣтней женщины былъ вылученъ глазъ въ виду меланосаркомы сосудистой оболочки; въ то же время была вылучена и меланосаркома изъ носовой полости. 8 мѣс. спустя на соединительной оболочкѣ появились черныя пятна, а въ области слезнаго мѣшка образовалась синеватомемная опухоль съ незатронутымъ кожнымъ покровомъ. Мѣшокъ былъ вылученъ, и изслѣдованіе обнаружило въ его полости альвеолярную меланосаркому (Archives d'ophtalmologie, июнь).

Р. Кацъ.

**667.** Д-ръ Bichelonне изслѣдовалъ на матеріалѣ Вогдеаух'скихъ военныхъ лазаретовъ зависимость между одностороннимъ расширеніемъ зрачка и начинающейся бугорчаткой легкихъ. Поводомъ къ этимъ изслѣдованіямъ послужилъ случай, гдѣ у солдата на одномъ глазу расширился зрачекъ, воплівъ сохранивъ свою подвижность, и гдѣ причиной этого расширенія оказалось легкое пораженіе легочной верхушки. Среди 69 случаевъ, въ которыхъ имѣлось ясно выраженное страданіе одного легкаго или лишь подозрѣніе на таковое, обнаружено было расширеніе соответствующаго зрачка въ 14,5%. Д-ръ Pernot, изслѣдовавшій 324 чел. въ 1-ой ступени чахотки, 352 во 2-ой и 464 въ 3-ей, нашелъ неравномѣрность зрачковъ въ 5,86%, 7,67% и 14,22%, при чемъ въ 3-ей ступени преобладало суженіе зрачка: раздраженіе сочувственнаго нерва смѣняется параличемъ его. Bichelonне считаетъ одностороннее расширеніе зрачка немаловажнымъ раннимъ признакомъ бугорчатковаго пораженія легочной верхушки (или находящихся въ этой области лимфатическихъ железъ) (Annales d'oculist., октябрь 1905; Wiener klin. Woch. № 6; Woch. f. Ther. u. Hyg. des Auges, 31 мая). К.

**668.** Д-ръ Locser обращаетъ вниманіе на неприятыя послѣдствія поясничнаго обезболиванія въ видѣ паралича глазныхъ мышцъ. Такое осложненіе авт. наблюдалъ въ 3-хъ случаяхъ.

Въ 1-мъ случаѣ поясничное обезболиваніе произведено было новокаиномъ у 45-лѣтнаго мужчины ради операціи водянка яичка. Къ вечеру послѣ операціи была сильная головная боль, 1 разъ была рвота; головныя боли продолжались и въ послѣдующіе дни. На 5-й день больной всталъ въ 1-ый разъ съ постели и тогда же замѣтилъ двоеніе. Изслѣдованіе показало параличъ лѣваго

блокового нерва. Черезъ 3 недѣли параличъ исчезъ. Во 2-мъ случаѣ обезболиваніе спинного мозга произведено было стованомъ; развился параличъ лѣваго отводящаго нерва, замѣченный лишь на 8-ой день и столь-же скоро исчезнувшій. Двусторонній параличъ отводящаго нерва получился и въ 3-мъ случаѣ, гдѣ поясничное обезболиваніе произведено было стованомъ для коренной операціи грыжи. (Medizin. Klinik, II; Therapeut. Monatsberichte, 3; Woch. f. Ther. u. Hyg. des Aug. 10 мая). Р. К.

**Болѣзни носа, уха и горла. 669.** Ч. пр. Winttaack изслѣдовалъ бактериологическое отдѣлимое при остромъ воспаленіи средняго уха въ 55 случаяхъ этой болѣзни.

Добытый со всѣми предосторожностями, частью при помощи прокола перепонки, выпотъ размазывался на оплотнѣвшій глицериновый агаръ и на кровяной агаръ, а, кромѣ того, дѣлился обычнымъ образомъ и на разлывки. Полученныя колоніи микроорганизмовъ переносились опять на агаръ (кровяной, глицериновый и лакмусъ-нутрозольный) и въ бульонъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ дѣлались прививки бѣлымъ мышамъ, а равно изготовлялись суше препараты гноя, разводовъ, крови и селезеночнаго сока зараженныхъ мышей.

Опыты эти показали, что для воспаленія средняго уха слѣдуетъ признавать, кромѣ извѣстныхъ уже 2-хъ возбудителей болѣзни—рожистаго цѣпкока и ланцетовиднаго диплококка, еще 3-го—а именно «слизистаго цѣпкока» (Streptococcus mucosus). Гроздевидныхъ кокковъ авт. получалъ изъ гноя въ тѣхъ только случаяхъ, гдѣ отдѣленіе имѣлось уже нѣсколько дней, т. е. гдѣ нельзя было исключить возможности загрязненія. Что касается сравнительной частоты слизистаго цѣпкока, то на 55 случаевъ онъ полученъ былъ 21 разъ, рожистый цѣпкокъ 24 раза и ланцетовидный диплококкъ 10 разъ. При этомъ автору удалось подмѣтить, что вызываемыя слизистымъ цѣпкомъ воспаленія средняго уха протекаютъ въ среднемъ, даже и безъ осложнений, долѣе, чѣмъ остальные: при первомъ процессъ тянется 4—5 недѣль, при рожистомъ цѣпкока 3—4 недѣли, а при ланцетовидномъ диплококкѣ всего около 2 недѣль. Бросается въ глаза также различіе въ частотѣ осложненія мастоидитомъ: изъ 21 такого случая въ 15 былъ обнаруженъ слизистый цѣпкокъ, въ 5—рожистый и лишь въ 1—ланцетовидный диплококкъ (Deutsche medizinische Wochenschrift, 2 августа). С. Гр—ва.

**Кожныя и венерическія болѣзни. 670.** Болѣзненность, даже при самой безукоризненной техникѣ *спрыскиванія растворимыхъ солей ртути при сифилисѣ*, побуждала д-ра Th. Mayer'a въ клиникѣ проф. Lassar'a заняться поисками способовъ устранять ее путемъ подбавки менѣе ядовитыхъ взаимѣ кокаина. Изъ солей ртути авторомъ былъ выбранъ для опытовъ предложенный М. Friedländer'омъ субламинъ (сѣрниокислортутный этиленъ-диаминъ), 1,7 грм. котораго равнозначущи 1,0 грм. сулемы и химически, и по лѣчебному дѣйствию. Что же касается обезболивающихъ добавокъ, то въ качествѣ таковыхъ М. испробовалъ стовантъ, акионтъ, алипинъ и новокаионтъ. Наиболее пригоднымъ для изготовленія прочныхъ растворовъ оказался новокаионтъ - Höchst, а именно прибавка 1,5% его къ 3,4%-ному раствору субламина и 1% къ 1,7%-му, такъ что для пракческаго примѣненія авт. выработалъ 2 формулы: 1) Sublamin (Schering) 1,12, novocain 0,45, aq. dest. ad 30,0 и 2) Sublamin 0,56, novocain 0,30, aq. dest. ad 30,0. Всѣ больные, получавшіе раньше впрыскиванія сулемы съ хлористымъ натромъ или субламина, указывали на гораздо меньшую болѣзненность новаго лѣченія; у болѣе чѣмъ 1/2 ихъ впрыскиванія были совершенно безболѣзненны; у 1/2 получалось только чувство давленія, появлявшееся черезъ 1/4—1/2 часа послѣ впрыскиванія и державшееся до нѣсколькихъ часовъ, и только остатокъ — около 1/6 общаго числа—жаловались на болѣе значительныя разстройства, въ видѣ легкихъ болей. Другого рода почти безболѣзненныя впрыскиванія даетъ, по автору, предложенное Hirsch'емъ сочетаніе ціанистой ртути съ акиономъ. Здѣсь удобнѣе готовить сначала 2 отдѣльныхъ растворовъ и потомъ смѣшивать ихъ: 1) Hydrargyri cyanati 1,0, solve leni calore in aq. rec. dest. contien. acid. boricum 1%—30, refrigera; 2) Acoini (von Heyd.) 0,4, solve in aqua dest. frigida cont. acid. boric. 1%—70,0. M. D. in vitro fusco. S. Впрыскивать по 2—1 к. см. 3 разъ

способомъ авт. пользовалъ до сихъ поръ 95 больныхъ, сдѣлавъ имъ около 900 впрыскиваній, при чемъ очень не-приятныя ощущенія, державшіяся днями, получились толь-ко послѣ 15 впрыскиваній (1,6% общаго числа), да послѣ 43 (4,7%) такія ощущенія держались отъ нѣсколькихъ часовъ до 1 сутокъ (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 11 октября).

С. Гр — вэ.

671. Въ статьѣ своей о *leukoplaki'и ротовой полости* д-ръ М. Joseph напоминаетъ, что предостереженіе при этой упорной болѣзни весьма омрачается возможностью разви-тія рака. Переходъ лейкоплакіи въ ракъ по *Schöngarth'у* наблюдался изъ 277 случаевъ въ 61, т. е. въ 22,02%, и эту цифру авт. считаетъ еще недостигающею надлежащей вы-соты, потому что далеко не всѣ случаи болѣзни могутъ быть прослѣжены въ теченіи многихъ лѣтъ. При лѣченіи болѣзни д-ръ Joseph ставитъ на первый планъ безусловное воспрещеніе курить табакъ, послѣ чего иногда не только пропадаютъ безъ всякой терапіи всѣ субъективныя раз-стройства, но какъ-будто и уменьшается возможность пе-рехода болѣзни въ ракъ. Изъ мѣръ собственно лѣчебныхъ онъ назначаетъ полосканія (уксуснокислый глиноземъ, *Berthollet'ова* соль, квасцы, перекись водорода — безраз-лично) и чистку зубовъ, 2 раза въ день, порошкомъ. Мѣ-ры болѣе активныя признаются имъ рѣшительно опасными въ виду сильнаго раздраженія, увеличивающаго шансы пе-рехода въ ракъ; сюда можно отнести особенно прижиганія приборомъ *Raquelin'a* и др. средствами. Только отъ при-жиганій молочной кислотой онъ наблюдалъ рѣшительно благоприятное дѣйствіе, примѣняя втиранія 5%-наго рас-твора ея и восходя до 50%-наго въ отдѣльныхъ бляшкахъ при помощи ватнаго тампона, разъ въ 2—3 дня. Послѣ при-жиганій больному совѣтуется прополаскивать ротъ однимъ изъ вышеупомянутыхъ средствъ, особенно перекисью во-дорода (чайная ложка на стаканъ воды), которую можно примѣнять также и въ чистомъ видѣ, для смазыванія бля-шекъ. Отъ мѣръ противосифилитическихъ, а также перуан-скаго бальзама и піоктанина авт. не видѣлъ пользы ни разу (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 24 августа). Г.

## ОТЧЕТЫ

### изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспондентіи.

#### LXXXV. Изъ акушерско-гинекологическаго Общества въ Петербургъ.

(Засѣданіе 19-го октября \*).

По предложенію предсѣдателя Общество постановило, чтобы каждое сообщеніе длилось не болѣе 20 мин., а каждое возраженіе не долѣе 5 мин., при чемъ каждый изъ участвующихъ въ бесѣдѣ не можетъ говорить болѣе 2 разъ.

Пренія по докладамъ о пубіотоміи (см. выше, № 42, стр. 1318).

О. I. Китнеръ привелъ нѣкоторыя литературныя данныя въ доказательство того, что наблюдавшіеся при пубіотоміи смертныя исходы и осложненія не всегда зависѣли отъ самой операціи. Если производить послѣднюю при строго ограниченныхъ показаніяхъ, между прочимъ, при суженіяхъ таза не ниже 7 см., то результаты окажутся благоприятными какъ для матери, такъ и для плода. Онъ считаетъ операцію настолько простой и безо-пасной, что находитъ возможнымъ производить ее, не испраши-вая для сего предварительнаго согласія больной.

В. Г. Лисовой еще разъ подчеркнул то обстоятельство, что послѣ пубіотоміи не слѣдуетъ накладывать на тазъ чрезурѣ-зную повязку. Въ доказательство онъ сослался на случай *Seitel'a*, въ которомъ такая повязка обусловила явленія ущемленія ки-шекъ. Явленія эти тотчасъ-же исчезли, какъ только были сняты нѣсколько ослабленъ. Такъ какъ пубіотомія можетъ окончатся

иногда и смертнью роженницы, то производить ее безъ согласія больной, по его мнѣнію, недопустимо.

Проф. В. В. Строгановъ: Очень сожалѣю, что не могъ въ прош-ломъ засѣданіи слышать доклады о пубіотоміи. Меня удивляютъ слова, произнесенныя однимъ изъ говорившихъ: «Посовѣтовали-ли бы мы операцію пубіотоміи близкой намъ женщѣн?» Полагаю, что на этотъ вопросъ мы не можемъ отвѣтить различно. Мы реко-мендуемъ своимъ больнымъ только то, что считаемъ наилучшимъ и наиболѣе выгоднымъ для нихъ, а, слѣд., и для нашихъ близ-кихъ \*). Для меня непонятно заявленіе д-ра Китнера, что пубіотомія недопустима тамъ, гдѣ не показаны искусственныя преж-

\* Слова, помѣченныя В. В. въ кавычкахъ, произнесены мною Я не считалъ нужнымъ возражать по этому поводу потому, что самъ В. В. подчеркиваетъ, что онъ моего доклада не слышалъ а я, въ свою очередь, не считалъ себя въ правѣ утомлять слу-шателей повтореніемъ уже разъ сказаннаго мною. Говорилъ-же я по поводу испрашиванія согласія больной на операцію слѣ-дующее. Врачъ всегда имѣетъ возможность убѣдить больную въ необходимости того или другого пособія и, слѣд., такимъ обра-зомъ является хозяиномъ положенія. Но, убѣждая другого, слѣ-дуетъ прежде всего самому быть убѣжденнымъ въ своихъ дово-дахъ и всегда задавать себѣ вопросъ, какъ поступилъ-бы я въ данномъ случаѣ, если-бы роженница была мнѣ близкимъ человѣ-комъ? Такъ нѣкогда ставилъ, если я не ошибаюсь, вопросъ *Kehrer*. Посмотримъ теперь, какъ обстоятъ дѣло съ пубіотоміей? Начнемъ съ показаній. Если мы производимъ ее профилакти-чески, въ пашемъ совнаніи всегда останется сомнѣніе, не по-торопились-ли мы: не могли-ли бы роды окончиться, если не произвольно, то, быть можетъ, при помощи болѣе легкаго опе-ративнаго пособія. Если-же мы приступаемъ къ операціи при паличности показаній со стороны матери или плода, то въ осо-бенности при показаніяхъ со стороны послѣдняго, мы далеко не всегда можемъ быть убѣждены въ томъ, что извлечемъ его живымъ, т. е., что цѣль операціи будетъ достигнута. Если-бы операція пубіотоміи была дѣйствительно «маленькимъ вышѣ-ствительствомъ», то наши разсужденія, пожалуй, не имѣли-бы подъ собою почвы; но на самомъ дѣлѣ, вѣдѣ, это далеко не такъ. Посмотримъ, что говоритъ по этому поводу *Leopold*, геср. *Klin-negiesser*, имѣющій по этому вопросу наибольшій опытъ. Онъ сдѣлалъ 23 пубіотоміи, большинство же другихъ 1—2—3—4, максимум 16 (*Döderlein*). Правда, всѣ случаи *Leopold'a* окон-чились выздоровленіемъ, но 2/3 (67%) родильницъ его хворали. Заболѣванія эти возникали отчасти непосредственно отъ самой операціи, отчасти только благодаря ей. Къ 1-ой категоріи отно-сятся *изматомы* большихъ губъ (4 раза), *разрывъ рукава*, *со-общавшіеся съ костной раной* (3 раза), *поврежденія мочевого пу-зыря* (4 раза), *зараженіе раны* содержавшими гонokokки *loxiäm* (1 разъ). У этой болѣе развилась картина гноекровія, съ нагное-ніемъ въ лѣвомъ колѣнѣ. На 63-й день она была переведена въ хирургическое отдѣленіе и оттуда уже, пробывъ тамъ про-должительное время, выписалась съ анкиловомъ лѣваго колѣна. Ко 2-ой категоріи относятся *Lochiometra* (7 разъ) и *тромбозъ бедренныхъ венъ* (4 раза). Не лучше обстоятъ дѣло и у другихъ. У *Hohlweg'a* (Кіельская клиника), изъ 4-хъ оперированныхъ, 1 умерла отъ *сообщавшагося съ раной разрыва рукава*, у другой наблюдался *изматомъ*, а у 3-ей имѣлся также прони-кающій въ рану *разрывъ рукава*. У *Reifferscheid'a* (Бонн-ская клиника) на 4 случая отмѣчены 2 раза *изматомы*, 1 разъ *проникающій въ рану разрывъ рукава* и 1 разъ *поврежденіе мочевого пузыря*. У *Sitzenfrey'a* (Прагская клиника) на 7 слу-чаевъ—2 раза имѣлся *проникающій въ рану разрывъ рукава*. У *Henkel'a* (клиника *Olshausen'a*) изъ 7 оперированныхъ 1 умерла отъ *гнилокровія* на 8-ой день, 1 *прогворала 6 недѣль* и у 1 отмѣченъ *проникающій въ рану разрывъ рукава* и не-держаніе мочи, безъ свища. Изъ 8 больныхъ *Seitel'a* (клиника *Winkel'a*), 1 умерла отъ *проникающаго въ рану разрыва рука-ва*, 1 умерла отъ *проникающаго въ рану разрыва рукава* и мочевого пузыря, при чемъ и плодъ извлеченъ мертвымъ, у 2-хъ имѣлся *разрывъ рукава*, не *проникающій въ рану*, у 1 *поврежденіе мочевого пузыря*, *проникающее въ рану*, у 4-хъ *изматомы* и у 1 сверху того, паралитическія *лимфиты* въ об-ласти нервовъ мало-и больше-берцовыхъ. Черезъ 1/2-года послѣ операціи эта больная все еще жаловалась на боли и легкую утомляемость ногъ при ходьбѣ; въ спокойномъ состояніи болей въ ногѣ не было. Боли эти сосредоточивались по ходу сѣдалищ-наго нерва, въ особенности къ бедрѣ. Больная волочила ногу; поднять ее она не могла. Пораженная нога была товѣе здоро-вой. Развѣшенная лонная кость оставалась нѣсколько чувстви-тельной. Имѣлось выпаденіе стѣнки рукава. Прибавьте къ это-му, что больная пробыла, напр., въ клиникѣ *Leopold'a* въ среднемъ 31 день (19—58) и вставала на 25-й день (12—51). Въ тоже самое время всѣ 15 роженницъ, у которыхъ (въ *Dresden'ѣ*) за это-же время было произведено прободеніе головки живаго плода, въ послѣгродовомъ періодѣ дали 0% заболѣваемости и всѣ онѣ выписались здоровыми на 10—18-й день. При этомъ нужно принять во вниманіе, что во всѣхъ случаяхъ «прободенія» операція была произведена у роженницъ частью гнзко больныхъ (нефритъ, бугорчатка позвоночника и тавовыхъ костей), частью варяженныхъ, а ч-стью крайне ослабленныхъ. Состояніе же ма-терей, подвергшихся пубіотоміи (въ *Dresden'ѣ* же) было дов-хоршее, хотя, разумеется, здѣсь не было такого подбора чи-стыхъ случаевъ, какой требуется для искусственныхъ произве-

\*) Въ прошлую мою корреспонденцію (см. № 42) вкрались слѣ-дующія опечатки: стр. 1319, 1 столб., 20-я строка св., *набрано*: перепиливаніе *кожи* поразительно легкое; *слѣдуетъ*: перепили-ваніе *кости* и т. д. Тамъ-же, 24-я строка св., *набрано*: при извлеченіи щипцами кости равншлись на 2 н. но черезъ 5 мин. выжать послѣдъ; *слѣдуетъ*: при извлеченіи щипцами кости равншлись на 2 н. но черезъ 5 мин. выжать послѣдъ.

ждевременные роды. На самомъ дѣлѣ мы въ вѣсколькихъ случаяхъ произвели пубіотомію, гдѣ не рекомендовали искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. И, дѣйствительно, самъ д-ръ *Китмеръ* признаетъ возможнымъ производить эту операцію при истинной конъюгати до 7 см., между тѣмъ какъ ниже 8,0 искусственные преждевременные роды даютъ очень плохое предсказаніе для ребенка и могутъ быть рекомендованы только въ исключительныхъ случаяхъ. Что касается производства операціи противъ воли больной, то я считаю это совершенно невозможнымъ. Операція у всякой больной, находящейся въ полномъ сознаніи, допустима лишь съ ея согласія. При безсознательномъ состояніи ея операція должна примѣняться съ согласія близкихъ родственниковъ больной. Представляетъ гораздо болѣе большій интересъ обратный вопросъ: можетъ-ли врачъ отказываться отъ производства, въ интересахъ матери, операціи, при которой интересы плода страдаютъ, если онъ считаетъ эту операцію не отвѣчающей современному развитію науки? Уже теперь встрѣчаются случаи, гдѣ больная съ узкимъ тазомъ требуетъ производства протободенія живого ребенка, или производства выкидыша \*). Не могу согласиться съ д-ромъ *Китмеромъ*, что подкожный способъ производства пубіотоміи представляетъ большую опасность для мочевого пузыря. Во всѣхъ сообщенныхъ здѣсь случаяхъ пузырь не пострадалъ, за исключеніемъ одного, гдѣ, вѣроятно, и другіе способы пубіотоміи дали-бы такой-же результатъ. Что касается выжиданія послѣ совершенія пубіотоміи, то я вполне присоединяюсь къ заявленію д-ра *Китмера* и даже расширяю его, распространяя и на многорождающихъ. Даже у послѣднихъ скорое родоразрѣшеніе послѣ пубіотоміи можетъ давать серьезныя нарушенія цѣлості полового канала, какъ это было въ одномъ нашемъ случаѣ, гдѣ, ради спасенія плода, бывшаго въ асфиксіи, мы должны были дѣйствительно немедленно извлечь его. Что касается величины истинной конъюгаты, допускающей еще пубіотомію, то въ этомъ отношеніи полагаю возможнымъ держаться правилъ, установленныхъ для симфизеотоміи и, слѣд., примѣненія операціи даже при истинномъ прямомъ въ 6,7 см. Само собою понятно, что необходимо считаться и съ величиной ребенка. Считаю операцію пубіотоміи относительно мало опасной и простой, можно допустить производство ея не только въ клиникахъ, но и въ хорошо оборудованныхъ пріютахъ и родильныхъ домахъ \*\*).

Проф. *Д. О. Оттъ* полагаетъ, что при установкѣ показаній для пубіотоміи, помимо степени суженія таза, слѣдуетъ руководиться и другими данными, какъ то: формой суженія, величиной и приспособляемостью головки плода и т. д. Для производства этой операціи, какъ и для всякой другой, безусловно требуется предварительное согласіе больной. Слѣдовало-бы, однако, обсудить вопросъ, какъ поступить врачу, если больная, напр., на пубіотомію не согласна, а врачъ, въ свою очередь, не желаетъ дѣлать протободеніе головки живого плода? Не можетъ-ли,

даже, иногда случиться, что, примѣнивъ пубіотомію вслѣдствіе протободенія головки плода, врачъ, въ случаѣ неудачи, наживетъ себя какія-либо неприятности?

Проф. *Н. І. Рачинскій* замѣтилъ, что въ дѣлѣ оцѣнки пространственныхъ взаимоотношеній между головкой и тазомъ надлежитъ принять въ расчетъ слѣдующія соображенія: оперетные размеры доношенныхъ головокъ въ большинствѣ случаевъ отступаютъ отъ нормъ лишь незначительно (на 0,5—1 см.), въ то время какъ размеры тазовъ отступаютъ отъ нормъ въ предѣлахъ гораздо болѣе (3—4 см. и болѣе по конъюгати); поэтому на практикѣ значеніе величинъ головки при срочныхъ родахъ отступаетъ на задній планъ (тѣмъ болѣе, что у насъ нѣтъ точныхъ способовъ измѣренія головки *sub partu*); за то съ особенной тщательностью и вниманіемъ должны опредѣляться размеры таза.

Проф. *В. В. Строгановъ* замѣтилъ, что онъ нѣмѣ въ виду занятія обсужденіемъ вопросовъ, намѣченныхъ *Д. О. Оттомъ*.

Проф. *Г. Е. Рейнъ* предложилъ *В. В. Строганову* собрать соотвѣствующій матеріалъ и представить его на усмотрѣніе Общества. Тогда можно будетъ избрать для рѣшенія вопроса и Комиссію. Что касается заслуживающихъ докладовъ, то *Г. Е. Рейнъ* замѣтилъ, что д-ръ *Личкусъ* тщательно подобралъ всѣ осложненія, наблюдавшіяся при пубіотоміи, и потому представлялъ эту операцію въ мрачномъ свѣтѣ. Пубіотомію, какъ и всякая другая новая операція, теперь еще находится въ періодѣ развитія, и, если даже она и сопровождается осложненіями, то не слѣдуетъ забывать, что они съ избыткомъ окупаются спасеніемъ жизни ребенка.

*Д. Г. Личкусъ* возражалъ, что онъ въ своемъ докладѣ очертил *современное* положеніе вопроса о пубіотоміи, пользуясь не подобраннымъ матеріаломъ, какъ выразился *Г. Е. Рейнъ*, а данными нѣмецкихъ клиникъ, которыми напечатаны въ нѣмецкихъ журналахъ и которыхъ поэтому подбираетъ совсѣмъ не было надобности. Данными-же эти говорятъ за то, что въ настоящее время ни техника, ни показанія къ операціи еще не вполне разработаны и что поэтому эту операцію, находящуюся еще, такъ сказать, въ періодѣ развитія, нельзя пока рекомендовать частно практикующимъ врачамъ. Такъ какъ, даже, пубіотомію и теперь, и при томъ въ клиникахъ, нерѣдко сопровождается очень тяжкими осложненіями, до смертельныхъ исходовъ включительно, то онъ и указалъ на то, что не считаетъ возможнымъ производить ее безъ добровольнаго согласія больныхъ, разумія подъ этимъ такое отношеніе роженицы къ сказанному пособию, при которомъ онъ сознательно идетъ на рискъ, желая, во что-бы то ни стало, имѣть живого ребенка. Знакомые съ литературой едва-ли будутъ спорить съ указанными положеніями. Что операція не такъ проста и невинна, какъ думаютъ нѣкоторые черезчуръ рьяные приверженцы ея, доказываются, между прочимъ, тѣмъ, что и сейчасъ уже раздаются голоса въ пользу того, чтобы съ особенной осмотрительностью и даже совсѣмъ не производить ее у перородившихъ (*Henkel, Seitz, Hocheisen*), а для многородившихъ (*Hocheisen*) устанавливая такіе предварительныя требованія (начинающаяся конфигурація головки), при которыхъ подчасъ трудно будетъ уже рѣшиться на операцію изъ-за сомнѣнія, не родитъ-ли роженица произвольно? И, дѣйствительно, *Hocheisen* (изъ клиники *Витта*) такъ и говоритъ: возможно, что операція иногда будетъ произведена и тамъ, гдѣ дѣло обошлось-бы и безъ нея и, даже, что у нихъ въ клиникѣ, при менѣе строгихъ показаніяхъ, можно было-бы произвести еще съ десятокъ пубіотомій, такъ какъ бывали случаи, гдѣ пубіотомія предпологалась, но гдѣ больная родила произвольно («*Archiv für Gynäkologie*», т. 80, стр. 131). Тоже можно сказать и относительно техники. Какъ известно, за послѣднее время старались переходить къ болѣе совершеннымъ подкожнымъ способамъ, и, какъ водится, уже возникъ споръ изъ-за того, что раньше отказались вводить палецъ для защиты мягкихъ тканей по *Döderlein*у (*Konverser* изъ клиники *Leopold'a, Seeligman*), а между тѣмъ *Schell* («*Deutsche medicinische Wochenschrift*», стр. 1743), въ статьѣ своей, появившейся только на дняхъ, говоритъ: если дальнѣйшія наблюденія, дѣйствительно, докажутъ, что при чисто подкожныхъ способахъ поврежденія пузыря случаются чаще, чѣмъ при способѣ *Döderlein*'а, то, быть можетъ, опять придется вернуться къ послѣднему. Само собою разумѣется, что, подчеркивая вышесказанное, онъ, *Л.*, меньше всего имѣетъ въ виду подорвать значеніе операціи; наоборотъ, 1-ое положеніе его гласитъ, что пубіотомія — цѣнное приобритеніе оперативнаго акушерства. Такъ относится къ ней и другіе авторы, совершенно основательно думая, что излѣпное увлеченіе и чересчуръ необоснованныя расхваливанія скорѣе повредятъ дѣлу, чѣмъ принесутъ ему пользу. Въ доказательство *Л.* привелъ слѣдующую выписку изъ статьи *Seitz'a* (клиника *Winckel'a*), появившейся уже послѣ его доклада: «На основаніи нашего опыта пубіотомія совсѣмъ не такъ невинна, какъ думаютъ черезчуръ увлекающіеся приверженцы ея. Любопытно теченіе послѣродового періода и возникновеніе тробовъ наблюдаются при ней гораздо чаще, чѣмъ обыкновенно; не во всѣхъ случаяхъ можно избѣгнуть поврежденій рукава и мочевого пузыря; иногда также въ теченіи долгаго времени остаются боли въ области гоботоміи при продолжительной ходьбѣ и тяжелой работѣ. Нужно думать, что съ наростаніемъ опыта и при болѣе точной установкѣ показаній число смертельныхъ исходовъ уменьшится, разсчитывать-же на окончательное исчезновеніе ихъ едва-ли можно. Я полагаю, что лучше подчеркнуть отрицательныя стороны и опасность операціи, чѣмъ излишними похвалами, которыя рано или поздно, несомнѣнно, обусловятъ реакцію, совсѣмъ подорвать вѣру въ нее. Мнѣ

длинются къ мнѣнію *Kossmann'a*, что «точно такъ-же, какъ мужчина ставить на карту свою жизнь за родину и очагъ, за вѣру и за честь, такъ и женщина, въ интересахъ ребенка, должна принять на себя теперь относительно незначительный рискъ, сопряженный съ кесарскимъ сѣченіемъ», тѣ, разумѣется, не убѣдятся приведенными фактами; я же долженъ сознаться, что при *теперешнемъ* положеніи пубіотоміи, ни убѣждать женщину, ни тѣмъ болѣе вымолить ея согласія не стать-бы. Проф. *Строгановъ* можетъ изъ сказаннаго убѣдиться, что и я рекомендую своимъ больнымъ только то, что, по своему разумію, считаю для нихъ «наилучшимъ и наиболѣе выгоднымъ»: если роженица *желаетъ*, во что-бы то ни стало, имѣть живого ребенка, я предлагаю ей, смотря по обстоятельствамъ, либо кесарское сѣченіе, либо пубіотомію. Если же она отвергаетъ пубіотомію и настойчиво проситъ разрѣшить ее поскорѣе, не подвергая жизнь ея риску (см. выше, стр. 1319, 1 столб., 17 строка сл.), то я не сочту себя вправе выжидать еще нѣсколько часовъ съ тѣмъ, чтобы измученная женщина дала, наконецъ, свое «согласіе» на предложенную операцію. — *Д. Л.*

\*) Въ своемъ докладѣ я принялъ по этому поводу мнѣніе *Picqué*, высказанное имъ въ вѣзданіи Парижскаго акушерскаго Общества. *Picqué* думаетъ, что слѣдуетъ различать, имѣется-ли у находящейся въ сознаніи больной острое, угрожающее ея жизни заболѣваніе, или нѣтъ? Въ послѣднемъ случаѣ врачъ, если его мнѣніе не принимается, можетъ уклониться отъ помощи. Если же жизнь больной въ опасности, то онъ обязанъ предпринять желаемую больную операцію, если она менѣе опасна той, которую имѣетъ въ виду врачъ. Протободеніе головки плода, напр., менѣе опасно для матери, чѣмъ кесарское сѣченіе, и потому его нужно пропаясти даже на живомъ плодѣ, если мать отвергаетъ кесарское сѣченіе и если жизнь ея въ опасности.

*Д. Л.*

\*\*) Никто изъ докладчиковъ и не думалъ утверждать, что пубіотомію нельзя дѣлать въ родильныхъ домахъ. Это утверженіе являлось бы тѣмъ болѣе страннымъ, что наиболѣе число пубіотомій произведено въ родильномъ домѣ г. *Dresden'a* (*Leopold*), а всѣ пубіотоміи, сдѣланныя въ Петербургѣ, произведены *исключительно* въ родильныхъ домахъ. Вопросъ шель о томъ, можно ли уже *теперь* рекомендовать пубіотомію для частной практики, или же она должна оставаться пока клинической операціей, при чемъ подъ клиникой я разумѣлъ вообще всякое больничное учрежденіе, а не исключительно клиники университетскія? Но сколько мнѣ помнится, *В. В.* въ вѣзданіи именно такъ и понималъ меня, говоря, что эта операція, и теперь уже можетъ быть рекомендована практикующимъ врачамъ. — *Д. Л.*



мендовать эту операцию для общей практики. Нужно выждать дальнейшихъ наблюдений» (Münchener med. Wochenschrift, 1906 г., № 42).—Что касается замѣчанія Д. О. Отта о возможныхъ иногда несприятностяхъ для врача изъ-за произведенной публотики, то, действительно, у *Hochsheim'a* мы встречаемся съ упоминаніемъ о такихъ 2-хъ случаяхъ: одна изъ его больныхъ хлопотала о назначеніи ей пенсіи изъ кассы инвалидовъ, потому что она послѣ операций не въ состояніи изъ-за боли въ достаточной степени разводить ноги, что мѣшаетъ ей продолжать работу молочницы; другая же жаловалась на то, что она не можетъ быть кормилицей, такъ какъ ей трудно поднимать ребенка и прикладывать его къ груди. Правда, просьбы этихъ женщинъ признаны несостоятельными; но могло, вѣдь, случиться и иначе. Изъ дальнейшихъ подробностей, за краткостью времени, назначеннаго для возраженій, Л. воздержался, тѣмъ болѣе, что вопросъ, имѣемъ-ли мы право безъ согласія роженицы производить публотику, разобранъ уже въ его докладѣ, который напечатанъ въ ноябрьской книжкѣ «Журнала акушерства и женскихъ болѣзней».

В. А. Вастень показалъ 2 громадныхъ, колбасовидно расширенныхъ, наполненныхъ иномъ, трубы, удаленныя имъ путемъ чревосѣченія у 25-лѣтней, ни разу не рожавшей женщины. Последняя захворала за 6 дней до послуженія въ больницу (Обуховскую). Одна изъ трубъ свободно передвигалась по всему животу; другая помѣщалась въ тазу. Бактеріологическое изслѣдованіе гноя еще не закончено.

Проф. Д. О. Оттъ напомнилъ о своемъ случаѣ, въ которомъ опухоль, помѣщавшаяся въ правомъ подреберѣ и пригнавшаяся за почку, при чревосѣченіи оказалась трубой.

Проф. Г. Е. Рейна, сказавъ предварительное нѣсколько словъ на счетъ акушерской помощи въ Петербургѣ, прочелъ слѣдующій докладъ Коммиссіи, избранной Обществомъ для разработки вопроса объ организаціи акушерской помощи въ Россіи<sup>1)</sup>. Рассмотрѣвъ, по предложенію подготовительной думской Коммиссіи, для всесторонней разработки вопроса о надлежащей больничной и санитарной организаціи вопросъ объ организаціи акушерской помощи въ Петербургѣ, Коммиссія пришла къ слѣдующимъ заключеніямъ: а) Считая существующую систему пріютовъ вполнѣ цѣлесообразной и удовлетворяющей преслѣдуемой ими задачѣ, Коммиссія находитъ желательнымъ увеличить число ихъ въ различныхъ частяхъ города, соответственно густотѣ населенія. При этомъ, однако, желательно не увеличивать ихъ разбросъ, а устраивать пріюты не болѣе, какъ на 18—20 кроватей и при томъ въ собственныхъ, соответственно приспособленныхъ помѣщеніяхъ. Для того, чтобы помощь въ этихъ пріютахъ была болѣе совершенной и удовлетворяющей современнымъ научнымъ требованіямъ, въ каждомъ изъ нихъ должно быть не по 1, а по 2 врача, при чемъ одинъ изъ нихъ обязательно долженъ жить въ пріютѣ. б) Пріюты, по преслѣдуемой ими цѣли, должны удовлетворять главнымъ образомъ нуждамъ здоровыхъ роженицъ и родильницъ, т. е. не одержимыхъ какими-либо общими или заразными заболѣваніями, ибо скопленіе въ нихъ больныхъ женщинъ и патологическихъ роженицъ, съ одной стороны, ухудшитъ ихъ санитарное состояніе, а съ другой—по этой-же причинѣ, а также за неимѣніемъ мѣста, заставитъ чаще отказывать ищущимъ въ нихъ пристанища новымъ роженицамъ. Въ виду этого Коммиссія находитъ желательнымъ устройство одного большого Родильнаго дома, въ которомъ находили-бы пріюты роженицы, родильницы, а также беременныя, по преимуществу больныя. Такой Родильный домъ, представляя собою центральное учрежденіе для всей акушерской городской организаціи, въ которомъ пріюты могли-бы переводить весь свой лишній патологическій матеріалъ, могъ-бы быть одновременно и мѣстомъ подготовленія для пріютовъ повивальныхъ бабокъ и низшаго служебнаго персонала. До устройства-же такого дома можно достигнуть намѣченной цѣли, пользуясь услугами существующихъ въ Петербургѣ родильныхъ домовъ и клиникъ, войдя съ ними для сего въ соответствующее соглашеніе, и устроить пріютъ для беременныхъ, преимущественно больныхъ, приблизительно на 50 кроватей. Последнее, т. е. устройство пріюта для беременныхъ, Коммиссія признаетъ настоятельно необходимымъ. в) Коммиссія высказывается за то, чтобы содержаніе сдѣлокъ въ пріютахъ было сравнено съ таковымъ-же въ больницахъ. г) Для устраненія затрудненій, возникающихъ изъ-за ограниченія приема роженицъ въ родильныхъ домахъ, Коммиссія находитъ желательнымъ, чтобы городское Управленіе вошло въ соответствующее соглашеніе съ родильными домами, а въ особенности съ субсидируемымъ имъ Маринскимъ родильнымъ домомъ и клиникой проф. Рейна, который охотно пойдетъ на это соглашеніе.

Отдѣльное мнѣніе В. В. Желтухина: Въ виду вполнѣ удовлетворительнаго санитарнаго состоянія Петербургскихъ городскихъ родильныхъ пріютовъ и сравнительной ихъ дешевизны, считаясь также съ наличностью въ Петербургѣ 4-хъ родильныхъ домовъ, изъ которыхъ 1 субсидируется городомъ, полагаю, что Петербургскому городскому Самоуправленію практично всего оказывать родовспоможеніе недостаточному населенію черезъ посредство родильныхъ пріютовъ существующаго тава. Какъ на мотивировку, ссылаюсь на мнѣніе мое, записанное въ протоколѣ засѣданія 18/II 1906 г. подготовительной Ком-

миссіи для всесторонней разработки вопроса о надлежащей больничной и санитарной организаціи. Необходимо усовершенствовать пріютскую систему путемъ помѣщенія пріютовъ въ специально приспособленныхъ городскихъ зданіяхъ, отдѣльных или общихъ съ другими учрежденіями. Въ томъ-же зданіи должна быть отведена и квартира для заведующаго пріютомъ врача.

А. В. Рутковский, напоминая, что еще въ маѣ онъ просилъ Бюро ознакомить членовъ Общества съ матеріалами, касающимися организаціи акушерской помощи въ Петербургѣ, указавъ, что короткій протоколъ Коммиссіи, да еще съ отдѣльнымъ мнѣніемъ В. В. Желтухина, не даетъ достаточныхъ данныхъ для суженія по столь важному вопросу. Онъ думаетъ поэтому, что нужно снова просить Бюро ознакомить Общество съ относящимися сюда матеріалами. Простое возвращеніе вопроса въ Коммиссію онъ считалъ-бы несправедливымъ по адресу послѣдней, которая и безъ того затратила не мало труда. Войдя, далѣе, въ разборъ отдѣльныхъ подробностей, Р. замѣтилъ, что примѣненіе статистическаго способа было бы разумно только при сравненіи данныхъ препровожденія роженицъ въ болѣе благоустроенныя учрежденія съ данными отказа въ помощи родильными пріютами и что оцѣнка помощи роженицамъ должна быть произведена не только въ качественномъ, но и въ количественномъ отношеніи. Другими словами, мало оцѣнивать, какъ городъ справится при помощи Родильнаго дома съ исключительно патологическими случаями? Слѣдуетъ еще обсудить вопросъ, получать-ли населеніе вообще достаточную акушерскую помощь? Р. считаетъ поэтому необходимымъ просить Коммиссію снова представить Обществу свое заключеніе по этому вопросу съ приложеніемъ всѣхъ матеріаловъ, собранныхъ городскимъ Самоуправленіемъ.

Н. М. Какушкинъ: Вопросъ о подачѣ акушерской помощи въ такомъ большомъ городѣ, какъ Петербургъ, очень сложенъ. Коммиссія свела его только къ рѣшенію одного узкаго вопроса—о пріютахъ и родильныхъ домахъ. Но Петербургскому городскому Управленію въ дѣлѣ подачи акушерской помощи приходится сталкиваться, напр., съ такой стороной этого дѣла: въ какихъ отношеніяхъ городское Самоуправленіе въ этомъ дѣлѣ должно стоять съ другими вѣдомствами и, между прочимъ, съ фабриками и заводами? Для рѣшенія всего этого въ опредѣленномъ направленіи нужно знакомство со всѣми матеріалами. Даже по такому узкому вопросу, какъ вопросъ, что лучше—пріюты или дома, нужно знать матеріалы, какъ то: откуда родилась мысль объ устройствѣ центрального родильнаго дома? Можетъ быть, эта мысль случайная, плодъ фантазіи одного лица, весьма вліятельнаго въ средѣ гласныхъ? Изъ отдѣльнаго мнѣнія В. В. Желтухина невидно, принципиально-ли онъ противъ устройства центрального родильнаго дома, или онъ противъ этого только потому, что такихъ родильныхъ домовъ въ столицѣ и теперь достаточное количество. Для того, чтобы рѣшить вопросъ о необходимости родильнаго дома для патологическихъ случаевъ, надо знать, справляются-ли съ такими случаями существующіе родильные пріюты? Я думаю, что справляются и будутъ еще лучше справляться, когда они будутъ усовершенствованы въ своемъ устройствѣ. Если такъ, то центральный родильный домъ не нуженъ. Здѣсь, конечно, идетъ рѣчь о патологич. родо-дѣ. Что касается патологическихъ послеродовыхъ случаевъ, то для отдѣленія ихъ также не нуженъ центральный родильный домъ; для этой цѣли могутъ служить гинекологическія отдѣленія существующихъ городскихъ больницъ.

Проф. В. В. Страноносовъ: Необходимость родильнаго дома для болѣе совершенной организаціи дѣла городского родовспоможенія въ Петербургѣ видна изъ того обстоятельства, что цѣлый рядъ патологическихъ—наиболѣе тяжелыхъ случаевъ—родовъ, какъ правило, не могутъ съ полнымъ удобствомъ быть проведены въ родильныхъ пріютахъ. Женщины, лихорадящія во время родовъ, съ разрывомъ матки, съ вѣдматочной беременностью, съ тяжелой эклампсией, предназначенныя для кесарскаго сѣченія, съ преждевременнымъ отдѣленіемъ дѣтскаго мѣста, а равно и наиболѣе тяжелые случаи предлежанія дѣтскаго мѣста и родовъ съ очень узкими тазами—должны быть съ выгодою для пріютовъ и для дѣла переданы, когда это возможно, родильному дому. Туда же слѣдовало-бы пересылать и тяжелыхъ послеродовыхъ больныхъ. Значеніе родильнаго дома особенно велико тѣмъ, когда клиники и большіе родильные дома Петербурга закрываются: мы слышали здѣсь, въ Обществѣ, въ прошломъ году, что больная съ узкимъ тазомъ послѣ бывшаго разрыва матки не нашла мѣста, гдѣ-бы ей произвели искусственные преждевременные роды.

Л. Г. Личкусъ замѣтилъ, что матеріалы по затронутому вопросу, вѣроятно, извѣстны всѣмъ участникамъ Общества. Единственный источникъ, имѣвшійся въ рукахъ Коммиссіи и не знакомый, быть можетъ, другимъ товарищамъ, есть протоколъ засѣданія подготовительной думской Коммиссіи для всесторонней разработки вопроса о надлежащей больничной и санитарной организаціи. Въ протоколѣ этомъ изложены личныя мнѣнія нѣкоторыхъ участниковъ засѣданія. Какъ основанныя на томъ же практическомъ опытѣ, который имѣется и у многихъ изъ насъ, они новыхъ горизонтовъ, разумѣется, не открываютъ. Существенный пунктъ, подлежавшій обсужденію Коммиссіи, сводился къ тому, что лучше—пріюты или родильные дома? Руководясь и житейскими, и научными требованіями, Коммиссія отвѣтила на поставленный вопросъ такъ, какъ онъ изложенъ въ докладѣ. Не подлежитъ сомнѣнію, что многое, что съ удобствомъ, безъ

<sup>1)</sup> Въ Коммиссіи, подъ предсѣдательствомъ Г. Е. Рейна, участвовали: А. И. Замининъ, В. В. Желтухинъ, Л. Г. Личкусъ, Д. А. Пармизевъ, Н. И. Примо, Н. И. Рачинскій и В.

самыхъ больныхъ и въ согласіи съ современными научными требованиями, можетъ быть выполнено въ родильномъ домѣ, недоступно для пріюта; если-же оно и дѣлается въ пріютѣ, то въ прямой ущербъ его основному назначенію—по возможности удовлетворять нуждамъ здоровыхъ роженицъ и родильницъ (см. пунктъ 6 доклада).

О. В. Прокофьева высказалась въ томъ смыслѣ, что пріюты могутъ справиться—и, дѣйствительно, справляются,—со всѣми, патологическими случаями. Въ ея пріютѣ не одна, а 5 акушеровъ. Что-же касается врачей, то заведующіе пріютами всегда оказываютъ другъ другу необходимую помощь. Въ пріютахъ имѣются и изоляционная, и операционная комнаты. Патологическими случаями уделяется особое вниманіе, какъ интереснымъ въ научномъ отношеніи. Помимо этого, не всякую, вѣдь, больную съ осложнениями при родахъ можно перевести въ родильный домъ, не говоря уже о томъ, что тогда одного центрального родильного дома оказалось-бы недостаточно. Пріюты вполне удовлетворяютъ своему назначенію; но, къ сожалѣнію, ихъ очень мало—всего 13; для такого-же города какъ Петербургъ, ихъ нужно было-бы имѣть сотни.

Проф. П. Т. Садовскій, Е. Б. Димантъ и К. Р. Скробинскій полагаютъ, что заслушанный докладъ долженъ быть для болѣе подробнаго обоснованія возвращенъ въ Комиссію.

Проф. Д. О. Оттъ подчеркнул то обстоятельство, что всѣ считают существующую систему пріютовъ вполне целесообразной и удовлетворяющей преслѣдуемой ими задачѣ. Желательно лишь увеличеніе ихъ числа и дальнѣйшее ихъ усовершенствованіе. Съ этою частью доклада Комиссіи можно было-бы согласиться. Совершенно иначе обстоитъ дѣло съ родильнымъ домомъ. Необходимость его обоснована Комиссіей недостаточно убедительно. Желательно было-бы установить, въ какихъ именно случаяхъ и какъ часто пріюты не справлялись съ ненормальными родами? Не слѣдуетъ, далѣе, упускать изъ вида, что подчасъ больныхъ и некогда, и преступно пересылать. Помимо этого, вѣдь, въ Петербургѣ 4 родильныхъ дома, и городъ можетъ выйти изъ затрудненія гораздо проще, увеличивъ помощь уже субсидируемому имъ Маринскому родильному дому. Доводъ Комиссіи, что вновь устроенный родильный домъ будетъ снабжать пріюты повивальными бабками, не имѣетъ подъ собою почвы. Теперь программа обученія повивальныхъ бабокъ во всей Россіи одинакова, и для города, слѣд., все равно, окончатъ-ли бабка курсъ въ новомъ родильномъ домѣ, или въ одномъ изъ 4-хъ уже существующихъ.

Д. А. Пармеевъ на основаніи чуть-ли не 20-лѣтняго опыта заведыванія пріютомъ высказался въ томъ смыслѣ, что въ пріютѣ можетъ быть оказана помощь всякой роженицѣ, безъ исключенія. Онъ самъ 3 раза произвелъ здѣсь кесарское сѣченіе и 1 разъ полное удаленіе разорвавшейся при родахъ матки. Нежелательно, однако, принимать въ пріюты женщинъ зараженныхъ и вообще больныхъ. Что касается необходимости родильнаго дома, то эта мысль была имъ поддержана съ академической, такъ сказать, точки зрѣнія. При фактически-же существующихъ у насъ данныхъ—наличности 4-хъ родильныхъ домовъ устройство еще новаго городского нельзя считать безусловно необходимымъ.

В. В. Желтухинъ: Я считаю наличность одного врача въ пріютѣ типичной и полезной особенностью пріютской системы. Если дадутъ 2-го врача, то есть основаніе думать, что работать будетъ все таки одинъ, но утратится единство власти и отвѣстности. Предложенный мнѣ вопросъ, рекомендовалъ-ли-бы въ Петербургѣ пріютскую систему и при отсутствіи въ немъ родильныхъ домовъ, считаю поставленнымъ отвѣленно. Вѣдь, дана задача не объ устройствѣ родовспоможенія во вновь создаемомъ городѣ, а о дальнѣйшемъ развитіи акушерской помощи, которая въ данномъ мѣстѣ и въ данное время уже представлена различнымъ образомъ и въ томъ числѣ 4-мя родильными домами. Для тѣхъ, по убѣжденію которыхъ родильные пріюты всепрѣмнно должны дополняться домомъ, вижу выходъ не въ устройствѣ новаго городского родильнаго дома, а въ пользованіи существующими и въ особенности тѣмъ изъ нихъ, который субсидируется городомъ. Однако, утверждающіе, что пріюты не могутъ справиться съ любой патологической роженицей, должны доказать это статистическими данными. Родильный домъ, какъ мѣсто эвакуаціи изъ пріютовъ патологическихъ родильницъ считаю неподходящимъ. Съ частью изъ нихъ справится и самъ пріютъ; остальные подлежатъ переводу въ больницы, къ каковому прибѣгаютъ и родильные дома.

Проф. Н. І. Рачинскій: Причина нападковъ на Комиссію лежитъ въ томъ, что докладъ ея представляетъ лишь краткій выводъ изъ ея работы; матеріалъ-же, факты и данныя, на которыхъ построены эти выводы, въ докладѣ не указаны. Поэтому естественно предположеніе, что цѣлая масса важныхъ подробностей, связанныхъ съ этимъ вопросомъ, могла быть упущена Комиссіей. На самомъ-же дѣлѣ это не такъ: Комиссія всѣ эти подробности обсуждала самыми тщательными образомъ, что можно видѣть изъ протоколовъ ея засѣданій. Поэтому предлагаю передать обратно въ Комиссію представленный докладъ для соотвѣстнаго обоснованія отдѣльныхъ положеній доклада; тогда только Общество получитъ почву для дальнѣйшаго обсужденія того вопроса.

Д-ръ Фридляндъ (гость) указалъ на то, что при обсужденіи доклада не мѣшало-бы осяѣдомиться и о мнѣніи населенія Петербурга, а не только врачей.

Проф. Р. Е. Рейна, указавъ на то, что матеріалы по обсуждаемому вопросу имѣются въ литературѣ и, слѣд., доступны

каждому интересующемуся ими, призналъ, однако, что докладъ составленъ чрезвычайно кратко, а потому онъ будетъ представленъ вторично съ болѣе подробнымъ обоснованіемъ каждого отдѣльнаго пункта его.

Л. Личукса.

## *LXXXVI. Памяти д-ра Е. К. Соколовскаго, убитаго при возмущеніи на крейсере І-го ранга „Памяти Азова“.*

Считаю товарищескимъ и нравственнымъ долгомъ сказать, хотя и съ нѣкоторымъ запозданіемъ, нѣсколько словъ въ память убитаго товарища д-ра Е. К. Соколовскаго.

Какъ извѣстно, на роспускъ Государственной Думы матросы откликнулись революціоннымъ движеніемъ, и на крейсере І-го ранга «Память Азова» въ числѣ жертвъ этого движенія оказался и д-ръ Соколовскій. Возможно, что у многихъ товарищей невольна возникла мысль: очевидно, д-ръ Соколовскій былъ изъ числа ненавистныхъ матросамъ лицъ экипажа. Кто такъ думалъ, тотъ, по моему убѣжденію, жестоко ошибался. Я лично и хорошо зналъ Е. К., прослужилъ съ нимъ во флотѣ слѣшкомъ 2 года, работалъ вмѣстѣ въ одномъ госпиталѣ, въ одномъ отрядѣ былъ въ учебномъ плаваніи, вмѣстѣ былъ и въ походѣ эскадры Ржевскаго. За все время моего знакомства съ нимъ я видѣлъ его врачомъ, очень внимательно и сердечно относившимся къ больнымъ; работникомъ онъ всегда былъ очень добросовѣстнымъ. Перѣдко покойный товарищъ высказывалъ въ бѣдѣ со мною недовольство по поводу питанія матросовъ на судахъ, изъ чего можно заключить, что интересы судовой команды были ему близки. Высказывалъ онъ также и желаніе уйти изъ флота, но при этомъ ссылаясь всегда на свою слабую волю, которая и тормозила выходъ въ отставку. Какъ товарищъ, Е. К. былъ безупреченъ. Онъ всегда удалялся отъ интригъ, такъ развитыхъ въ морской жизни, не подслуживался къ начальству и всегда былъ готовъ поддерживать товарищескую солидарность и ихъ лучшія начинанія. Но, можетъ быть, кто-нибудь предположитъ, что товарищъ Соколовскій былъ человѣкомъ реакціи и таковыми считался среди матросовъ? Насколько я его зналъ, и этого за нимъ не водилось. Е. К. въ обществѣ мало занимался внутренней политикой, но, когда высказывался по поводу текущихъ событій, то мысли его были очень далеки отъ одобренія нашего мрачнаго политическаго режима, и я не могу отсюда допустить, чтобы матросы знали его, какъ одного изъ защитниковъ этого режима. За что-же былъ убитъ Е. К.? Какъ ни жалко товарища, но объясненіе этого событія приходится, во имя истины и справедливости, основывать не на чувствахъ, а на строгомъ анализѣ фактовъ. Прежде всего, кѣмъ былъ д-ръ Соколовскій на суднѣ? Онъ былъ не только врачомъ, но и офицеромъ. Представителемъ такой гуманной специальности, какъ медицина, облачили въ военное допѣхи, дали ему, помимо блестящаго костюма, оружіе, заставили стоять во фронтѣ (къ униженію врачей, они во фронтѣ ставятся ниже даже прапорщиковъ), заставили отдавать и принимать честь, сажали его на гауптвахтъ, превратили врача въ офицера, заставивъ и солдатъ смотрѣть на него такъ-же. Нѣкоторые неустойчивыхъ изъ врачей эта обстановка постепенно засасываетъ, и они мало по малу усваиваютъ себѣ манеры, облики и поведеніе строевыхъ офицеровъ по отношенію къ матросамъ. Напротивъ, въ специальной своей области многие врачи, какъ и военные, крайне ограничены въ правахъ. Всѣ распоряженія изъ напр., по гигиено-санитарной части, могутъ быть отменены командиромъ судна или не приняты въ вниманіе. Грубая варварщина въ содержаніи матросовъ перѣдко не можетъ быть предотвращена врачами, въ компетентность которыхъ входитъ этотъ вопросъ болѣе, чѣмъ въ чью-либо другую. Отсюда—безпорядки и недовольство экономическаго характера. Во время похода 2-ой Тихо-океанской эскадры такихъ безпорядковъ было нѣсколько. Невольно матросы могутъ свое недовольство перенести и на врачей, считая ихъ соучастниками строевого начальства. Не всякому врачу удастся достигнуть того, чтобы матросы смотрѣли на него, только какъ на врача.

Въ виду сказаннаго мнѣ и кажется, что убивали на крейсере «Память Азова» не д-ра Е. К. Соколовскаго, а морского врача, морского офицера. Е. К. былъ случайно невинной жертвой революціоннаго акта. Будъ на мѣстѣ его другой врачъ, онъ могъ подвергнуться той-же участи, если открыто не примкнулъ-бы къ возставшимъ. Е. К. находился въ рядѣхъ той категоріи людей, которая официально стояла на дорогѣ къ цѣлямъ возставшихъ матросовъ и являлась въ ихъ глазахъ представительницей власти и режима, съ которыми они хотѣли бороться. Трагедія разыгралась потому, что столкнулись 2 силы, желавшія другъ друга побѣдить. Тамъ, гдѣ нѣтъ нравственной силы, нѣтъ права, тамъ дѣйствуетъ сила физическая, но физическая борьба—борьба стихійная, и она тѣсно связана съ проявленіемъ аффективныхъ состояній, съ обостреніемъ страстей, отчего трагедія вышла полная, съ кровью. Съ нравственной точки зрѣнія убійство всегда было, есть и будетъ противно и достойно негодованія; съ естественно-исторической и биологической оно—естественно. Разъ борьба вступила на такой естественный путь, она тѣмъ самымъ подводитъ борющихся къ холодному закону борьбы стихійной.

Какъ-бы то ни было, въ борьбѣ этой пали и тѣ, кто далеко не сочувствовалъ царскому режиму, пали потому, что по тѣмъ или другимъ причинамъ оставались еще въ рядѣхъ представителей его. Кстатіи сказать, я хорошо зналъ и убитаго командира крейсера кап. А. Г. Лозинскаго. Покойный не мало возмущался тактикой высшихъ властей по отношенію къ матросамъ въ ра-

гартъ освободительнаго движенія. Лично онъ сообщилъ мнѣ такой фактъ. Когда вышелъ манифестъ 17-го октября, онъ, стоя съ своимъ судномъ на рейдѣ, попросилъ сигналомъ у командующаго отрядомъ адмирала разрѣшеніе прочесть его командѣ и отслужить молебенъ (тогда еще вѣрила въ осуществленіе общаго). Адмиралъ отвѣтилъ: «Молебны служите, сколько хотите, а манифестъ читать не разрѣшаю». Кап. Лозинскій былъ безудсловно «либеральнѣйшій» человекъ во флотѣ, но и онъ погибъ, какъ случайная жертва стихійной борьбы.

Миръ праху твоему, товарищ! Ты погибъ за грѣхи тѣхъ, кому во служилъ духомъ, а потому и имя твоё да не будетъ опорочено!

И. Zubovъ.

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФІЯ.

Проф. В. Бехтеревъ. Основы ученія о функцияхъ мозга. Вып. VI. Петербургъ. 1906 г. Ц. 2 р.

Вышелъ VI выпускъ «Основъ», содержащій въ себѣ ученіе о функцияхъ мозговыхъ полушарій. Важнѣйшія главы этого выпуска слѣдующія: общее о функцияхъ мозговыхъ полушарій; топографическое обоснованіе основныхъ корковыхъ центровъ; о зрительныхъ и аккомодационныхъ центрахъ темныхъ областей; роль двигательныхъ центровъ мозговой коры; значеніе корковыхъ дыхательныхъ центровъ; корковые центры голоса; центры приема пищи, жеванія и глотанія; о вліяніи мозговой коры на дѣятельность сердца и на сосудистую систему; вліяніе мозговой коры на половые органы; секреторныя функции мозговой коры; отношеніе чувство-двигательной области къ эмоціямъ и психо-рефлексамъ; центральные проводники для волевыхъ движеній.

Я не буду сейчасъ останавливаться на болѣе подробномъ разборѣ VI выпуска, оставляя за собой право еще разъ вернуться къ этому классическому сочиненію, когда выйдетъ VII и послѣдній его выпускъ. Съ выходомъ VII выпуска закончится обширное изданіе «Основъ ученія о функцияхъ мозга». Составленіе этого руководства по анатоміи и физиологіи центральной нервной системы съ такой широкой, вполне исчерпывающей вопросъ, программой потребовало отъ автора, насколько мнѣ извѣстно, огромнаго труда на протяженіи болѣе 2-хъ десятилетій, такъ какъ настоящую работу проф. В. М. Бехтеревъ задумалъ съ первыхъ годовъ своей преподавательской дѣятельности. Такого обширнаго изданія, принадлежащаго одному автору, нѣтъ не только у насъ, но и за-границей. Неудивительно поэтому, что «Основы ученія о функцияхъ мозга» переводятся уже на 2 языка—французскій и нѣмецкій. На французскомъ языкѣ сочиненіе автора войдетъ въ изданіе Doyn'a «Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale», а на нѣмецкомъ—выйдетъ отдѣльнымъ изданіемъ, которое будетъ выполнено фирмой Fischer'a въ переводѣ проф. Weinberg'a.

Мнѣ извѣстно, что VII и послѣдній выпускъ «Основъ» уже заканчивается печатаніемъ и въ самомъ непродолжительномъ времени появится въ свѣтъ. Въ этомъ послѣднемъ выпускѣ будутъ помѣщены корковые центры органовъ чувствъ и высшіе психическіе центры.

Б. Воронинскій.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

ССХХV. М. Г.! Не откажите огласить слѣдующій списокъ пожертвованій, поступившихъ въ Комитетъ общественной помощи голодающимъ за октябрь.

Черезъ Пироговское Общество: Отъ неизвѣстной 2 р. Чины Ташкентскаго военнаго госпиталя черезъ И. И. Зарудницкаго 21 р. 90 к. Свящ. 188 пѣх. Красногвардейскаго полка А. Дамаскинъ 3 р. Вологодское Общество взаимопомощи учителей черезъ Е. Мальцеву 14 р. 50 к. Н. П. Комаровъ 10 р. Крестьяне Бейслогской вол. Минусинскаго у. черезъ д-ра Д. А. Докучина 50 р. Служащій Полѣскихъ жел. дорогъ 778 р. 49 к. Собранные д-ромъ Н. М. Воскресенскимъ 18 р. 30 к. Черезъ Булгаковыхъ 25 р. С. Я. Пугачевъ 1 р. Н. М. Егоровъ 5 р. А. М. Храбровъ 9 р. С. Протопоповъ 10 р. С. П. Пересѣтѣвъ 3 р. Служащій Черепавскаго оцѣночно-статистическаго Бюро 11 р. Кавказскій мортирный артиллерійскій дивизионъ 20 р. А. И. Ключаревъ 5 р. Офицеры каютъ-компаніи мин. крейс. «Гридень» 29 р. 50 к. «Русскія Вѣдомости» 31 р. 35 к. Прог. А. Архангельскій и свещ. Е. Фениковъ 10 р. Вет. врачъ Е. И. Бровкинъ 5 р. Левкфельдъ 2 р. М. Р. Зундштремъ 3 р. Служащій Полѣскихъ жел. дорогъ 5 р. 90 к. Н. П. Коваловъ 10 р. Свящ. Д. А. Родинъ 10 р. 30 к. О. И. Дестеръ 5 р. Преподаватели Холмскаго духовнаго училища 12 р. 80 к. В. Я. и Ф. Ф. Тихомировы 2 р. А. Н. Бротерусъ 3 р. Редакція «Русскихъ Вѣдомостей» черезъ д-ра П. М. Чупрова 235 р. 85 к. Отъ нѣсколькихъ лицъ черезъ М. К. Ромасъ 16 р. Торговый домъ «Мюль и Мюрелизъ» 25 р. Отъ И. И. Володцкаго собранные по книжкамъ 10 р. 40 к. Служащій

Соломоновъ 3 р. Съ вечера въ Витебскѣ черезъ Г. А. Теодоровича 114 р. 57 к. Л. К. В. 5 р. Оберучевы 11 р. Е. и М. Клеточны 2 р. Неизвѣстный 25 р. Врачи Московскаго военнаго госпиталя 16 р. 11 к. Павловъ и Поливановъ 6 р. Служащій водопроводнаго отдѣла Московской гор. Управы 13 р. 50 к. Е. А. Герасимовъ 1 р. Л. А. Тарасевичъ 10 р. Служащій 2-го сахаро-акцианнаго округа Кіевской губ. въ Черкассахъ 19 р. 50 к. Мировой судья Н. П. Никулинъ 10 р. Неизвѣстный черезъ ред. «Русскаго Врача» 3 р. Служащій Александровскаго город. коммерческаго училища 13 р. 64 к. П. К. Глазковъ 6 р. Учащій Мелитопольской женской гимназіи черезъ З. И. Воронину 15 р. 37 к. Д-ръ В. И. Земблиновъ 15 р. Служащій Смоленской губ. земской больницы 70 р. 80 к. Н. М. Егоровъ 5 р. Чины Ташкентскаго военнаго госпиталя 22 р. 43 к. Преподаватели коммерческаго училища Общества распространія коммерч. образованія 51 р. 83 к. С. М. 25 р. П. Ф. Бондаренко собранные по книжкѣ 50 к. Шишкина по сборной книжкѣ 10 р. Н. Р. 2 р. А. Т. Денисенко собранные 6 р. Свящ. Никольскій 14 р. 20 к. Д-ръ Н. Сардановскій, собранные по книжкѣ 10 р. В. И. Лопатина, собранные среди преподавателей Варшавской ж. прогимназіи 16 р. 50 к. Всева и Паташа Якименки 50 р. Д-ръ И. И. Якубовскій собранные по книжкѣ 25 р. Д-ръ Н. М. Рубель собранные по книжкѣ 12 р. 60 к. Туркестанское окружное в.-мед. Управление 6 р. 80 к. А. М. Д. черезъ г-жу Ромасъ 20 р. Медицинскій Союзъ 200 р. Черезъ А. И. Л. 1 р. В. Ж. 10 р. Всего 2292 р. 78 к.

Черезъ Сельско-хозяйственное Общество: Предсѣдатель Тобольскаго окружнаго суда, пожертвованные членами суда 28 р. 25 к. Е. П. Свѣшниковъ 10 р. Черезъ Г. В. Чекина пожертвованные служащими Маринскаго женскаго Института 60 р. Н. В. Черноярова 5 р. М. П. Антоновъ 4 р. А. Обрѣтеньскій 5 р. Т. М. Ишонкова 10 р. Подпор. 20 В. Сиб. стрѣлк. п. Крыжановскій 10 р. Ассманъ 10 р. А. Шепелевъ 10 р. Чины и лѣсная стража Ирѣнскаго лѣсничества 16 р. Служащій Московскаго губ. Земства черезъ П. А. Вихляева 56 р. Всего 224 р. 25 к.

Комитетъ общественной помощи голодающимъ.

Москва. 6-го ноября 1906 г.

ССХХVI. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Въ августѣ текущаго года въ г. Керчи допущено было грубое и безпринципное удаленіе отъ службы врача агентства русскаго Общества пароходства и торговли А. А. Язмина и временно его замѣнявшаго врача С. М. Хейфеца. Общество Керченскихъ врачей, обсудивъ въ своихъ засѣданіяхъ поступокъ съ врачами агента русскаго Общества пароходства и торговли Корженевскаго и считая, что поступокъ этотъ оскорбляетъ въ лицѣ удаленныхъ врачей профессиональное достоинство всей корпорации, постановило: никому изъ врачей не занимать мѣста при агентствѣ впредь до вступленія въ должность агента на мѣсто г. Корженевскаго другого лица. Не отказывая въ подачѣ медицинскій помощи заболѣвшимъ, служащимъ при агентствѣ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Въ виду того, что какъ въ нѣкоторыхъ мѣстныхъ газетахъ, такъ и въ столичной печати (телеграмма въ «Новое Время») фактъ этотъ оглашенъ, мы считаемъ долгомъ заявить, что въ названныхъ корреспонденціяхъ допущена явная ложь, будто врачъ удаленъ за злоупотребленія и тенденціозно ложное освѣщеніе—вышеупомянутое постановленіе состоялось единогласно.

Предсѣдатель Общества Керченскихъ врачей А. Васильевъ.

Секретарь А. Лемпертъ.

Керчь. 31-го октября 1906.

ССХХVII. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Среди нѣкоторыхъ врачей выпуска 1881-го г. Казанскаго Университета возникла мысль собраться въ Казани 26-го мая 1906 г., въ день 25 лѣтія окончанія ими курса. Большинство однокурниковъ встрѣтили идею товарищескаго Сѣзда очень сочувственно, но многіе изъ нихъ не имѣли возможности пріѣхать въ Казань по разнымъ причинамъ. Тѣмъ не менѣе ко дню Сѣзда ими были присланы съѣхавшимся товарищамъ привѣтственные телеграммы и письма, при чемъ въ нѣкоторыхъ изъ нихъ была выражена полная готовность подписаться подъ всѣми постановленіями Сѣзда. На Сѣздѣ присутствовали 12 чел. которые выработали и приняли слѣдующія постановленія:

1) Послать въ Петербургъ пресѣдателю Государственной Думы Муромцеву телеграмму съ выраженіемъ сочувствія Думѣ и пожеланія ей успѣха.

2) Образовать фондъ врачей выпуска 1881 г. Казанскаго Университета. Фондъ образуется изъ слѣдующихъ суммъ: 1) изъ единовременныхъ обязательныхъ взносов (которые могутъ быть внесены и въ рассрочку); взносы въ фондъ не менѣе 25 р.; 2) изъ добровольныхъ пожертвованій безъ опредѣленія суммъ ихъ; 3) изъ ежемѣсячныхъ 1% отчисленій съ получаемого жалованья, присланныхъ не менѣе 2-хъ разъ въ годъ, при чемъ 75% этихъ отчисленій могутъ быть истрачиваемы сейчасъ-же на пособія нуждающимся товарищамъ или ихъ семьямъ, а 25% поступаютъ въ неприкосновенный фондъ и 4) изъ постепенно нарастающихъ на фондовый капиталъ 1% въ. Если-бы за годъ получился остатокъ отъ расходной суммы, то онъ причисляется къ неприкосновенному фонду, который предназначается на образованіе стипендій въ Казанскомъ Университетѣ имени врачей выпуска 1881 г. Стипендія перейдетъ въ распоряженіе факультета Казанскаго Университета, а

выдаваться студенту-медику тогда, когда %/о с накопываемого фондового капитала достигнут суммы 300 р. въ годъ.

3) Организовать постоянное Бюро въ Казани изъ живущихъ тамъ товарищей, а именно: д-ра В. Ю. Болондзя, проф. М. О. Кандаратского и д-ра А. А. Хозракова. Бюро служить звеномъ, объединяющимъ всѣхъ врачей выпуска 1881 г. Казанскаго Университета. На обязанности Бюро лежатъ: заведываніе фондомъ и всѣми денежными дѣлами организуемой товарищеской кассы вспомоществованія; веденіе статистики курса; наведеніе справокъ о товарищахъ или оставшихся послѣ ихъ смерти семьяхъ, находящихся въ нуждѣ; оказаніе имъ посильной помощи и т. д. При чемъ постановлено: оказывать другъ другу и семьямъ товарищей, если понадобится, не только денежную, но и нравственную, житейскую поддержку, что иногда бываетъ такъ необходимо и важно въ теперешнее тревожное время.

4) Выразить пожеланіе, чтобы въ Казанскомъ Университетѣ были организованы повторительные курсы для врачей. Пожеланіе это было передано лично декану медицинскаго факультета проф. В. И. Разумовскому.

Проф. Кандаратскій.

Казань. 4-го ноября 1906 г.

**ССХХVIII. М. Г.!** Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Въ Петербургскихъ газетахъ въ последнее время усиленно печатаются такіа объявленія врачебнаго характера, какъ «Важно для дамъ», «Дамамъ даются презервирующие советы», «Экземпляр», «Я не врачъ», «Не падайте духомъ», «Электрическо-спаситель», «Только для мужчинъ», «Письмо врача», «Большимъ!!!. О предохранительныхъ шарикахъ» и т. п. Такъ какъ подобнаго рода объявленія съ точки зрѣнія медицинской науки совершенно недопустимы, то они и не разрѣшались врачебнымъ Управленіемъ къ печатанію.

Столичное врачебное Управленіе въ настоящее время, протестуя противъ допущеннаго Петербургскими газетами нарушенія закона о цензурѣ объявленій о предметахъ и средствахъ врачебнаго характера, снимаетъ съ себя всякую отвѣтственность за печатаніе подобныхъ объявленій безъ его разрѣшенія, а также за сущность этихъ объявленій.

Столичный врачебный инспекторъ В. Скабичевскій.  
Петербургъ. 6-го ноября 1906 г.

**ССХХIX. М. Г.!** Не откажите дать мѣсто слѣдующему обращенію

Къ товарищамъ врачамъ выпуска 1896-го года Московскаго Университета.

Среди группы товарищей, находящихся въ последнее время въ Москвѣ, возникла мысль собраться по случаю 10-лѣтія окончанія курса. Предполагается мѣсто Сѣзда—Москва. Мы предлагаемъ приурочить этотъ Сѣздъ къ ближайшему Пироговскому Сѣзду, но послѣдній едва ли состоится въ Россіи. Поэтому просимъ товарищей, сочувствующихъ идее Сѣзда, въ теченіи ноября и декабря с. г. высказаться о времени болѣе удобнаго для большинства адресовать свои заявленія д-ру Мих. Карл. Ясманъ (Москва, Тверская ул., Глиннищевск. п. д. Обидина). Лично отъ 4—5 час. ежедневно.

Врачи: Н. А. Петрусовъ. В. И. Розановъ. Н. Н. Соколовъ. В. П. Успенскій. Н. Э. Шенъ. М. К. Ясманъ.

Москва. 2-го ноября 1906 г.

**ССХХХ. М. Г.!** Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

5-го ноября с. г. истекло 1/4 года со дня кончины одного изъ высокоталантливыхъ русскихъ ученыхъ и врачей, пользовавшегося не только въ Россіи, но и повсюду за границей большою и заслуженною извѣстностью, проф. В. Медицинской Академіи, бывшаго долгое время однимъ изъ столповъ ея, *Веніаминъ Михайловичъ Тарновскаго*.

Въ № 21 «Русскаго Врача» с. г. помѣщена замѣтка многоуважаемыхъ проф. С. Я. Кулиневъ и Т. П. Павлова, въ которой они кладутъ начало подпискѣ на учрежденіе стипендіи имени проф. В. М. Тарновскаго въ одномъ изъ высшихъ учебныхъ заведеній, гдѣ прошла не безслѣдно многолѣтняя славная дѣятельность перваго русскаго сифилидолога, при чемъ каждый изъ нихъ пожертвовалъ на это симпатичное дѣло по 100 р. Съ своей стороны, редакция «Русскаго Врача» проситъ жертвователей сообщать свое желаніе, при какомъ изъ 2-хъ высшихъ учебныхъ заведеній они хотѣли-бы образовывать стипендію имени В. М. Тарновскаго—при В. Медицинской Академіи или при Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ въ Петербургѣ? Препровождая при этомъ письмъ 100 р. въ фондъ имени проф. В. М. Тарновскаго, выражаю желаніе, чтобы стипендія была образована при В. Медицинской Академіи, въ которой я былъ ученикомъ незабвеннаго *Веніамина Михайловича*.

Ученые труды поставили имя В. М., какъ самостоятельнаго идейнаго вѣдѣльщика сифилидологіи, на ряду съ именами выдающихся сифилидологовъ. Каждый русскій сифилографъ гордится его именемъ. Врачебная слава В. М. Тарновскаго гремѣла далеко за предѣлами столицы, какъ замѣчательнаго, искуснѣйшаго врача практика-специалиста по венерическимъ болѣзнямъ. Значеніе В. М., какъ выдающагося лектора и кли-

ниста, неоспоримо. Дѣятельность В. М. находила себѣ горячихъ поборниковъ среди его слушателей, которые приносили въ его лекціяхъ много самостоятельнаго, много такихъ оригинальныхъ взглядовъ, которыхъ они не встрѣчали въ другихъ школахъ. Главная заслуга В. М. хорошо извѣстна всякому русскому врачу: онъ былъ основателемъ и создателемъ русской сифилидологической школы, учителемъ, образовавшимъ цѣлый рядъ поколѣній русскихъ специалистовъ. Не касаясь здѣсь специальныхъ научныхъ заслугъ В. М., считаю долгомъ отмѣтить, что неутомимая дѣятельность нашего извѣстнаго знатока сифилидологіи дала блестящіе результаты. Проф. Тарновскій былъ не только выдающимся сифилидологомъ, но и общественнымъ дѣтелемъ, поучавшимъ и словомъ, и дѣломъ. Извѣстно, сколько труда В. М. положило на дѣло возникновенія Женскихъ Врачебныхъ Курсовъ (совмѣстно съ своей супругой П. Н. Тарновской), выдающейся наследовательницей въ области антропологии и Каликинскихъ Курсовъ для акушеровъ. Общеизвестно руководство проф. Тарновскаго, изданное въ 1886 г., подъ заглавіемъ: «Половая вѣрность, ея теченіе, отклоненія и болѣзни» (съ девизомъ: «Лѣчить есть долгъ врача; предупреждать болѣзнь—его высшее назначеніе»), сдѣлало имя его популярнымъ и въ широкой публикѣ, какъ педагога, съ честью послужившаго юношеству. В. М. проявлялъ необычайную энергію, бодрость и силу духа. Рѣдкій врачебный Сѣздъ обходился безъ его традиціоннаго предсѣдательства по специальности. Въ 1885 г. В. М. основалъ 1-ое въ Европѣ «Русское сифилидологическое и дерматологическое Общ-ство», несмѣненнымъ предсѣдателемъ котораго онъ былъ въ теченіи 20 лѣтъ. За выдающимися научными заслугами В. М. были избраны въ почетные члены многими русскими и иностранными Обществами. Имя В. М. было чрезвычайно популярно во врачебной средѣ. Тарновскій, это—трезвость сужденія, безпристрастіе, независимость отъ партій и неуклонное стремленіе къ исполненію долга въ томъ дѣлѣ, которому онъ посвящалъ свои силы. В. М. былъ необыкновенно привѣтливъ, добродушенъ, любезно относился къ врачамъ, въ большомъ количествѣ посѣщавшимъ его клинику.

Правдивая общественная оцѣнка дѣятельности почтеннаго покойнаго учителя, какъ профессора-теоретика и врача-практика, должна выразиться въ горячей благодарности потомства за подвигъ имъ свыше 35-лѣтній научно-практическій трудъ и въ увѣрованіи его памяти достойнымъ его имени дѣломъ.

Проф. В. Зарубинъ.

Одесса. 5-го ноября 1906 г.

**ССХХXI. М. Г.!** Позвольте намъ на страницѣ «Русскаго Врача» выразить *Густаву Ивановичу Трахтенбергу* нашу искреннюю признательность и благодарность за то радостное и вниманіе, которое мы встрѣтили у него, и за ту пользу, которую онъ привнесъ намъ при нашихъ посѣщеніяхъ хирургическаго отдѣленія Маринской больницы для бѣдныхъ въ Петербургѣ. Непонятнымъ и страннымъ кажется намъ то обстоятельство, что еще до сихъ поръ, не выирая на неоднократно высказаннымъ и письменно, и устно врачамъ пожеланія, *Густавъ Ивановичъ* не состоитъ преподавателемъ Института в. кн. Елены Павловны.

Земские врачи М. Калмановскій, И. Петровъ, С. Полихотскій, С. Яблоковъ, Ал. Казинъ, Г. Куняковъ, Н. Зейлицъ, Н. Фѣдоровъ, Л. Бубличенко, И. Топаловъ, М. Васильскій, Г. Козанъ, С. Побѣдимскій, К. Шудиковъ, К. Боголюбовъ, ж.-вр. С. Духанова, врачи В. Парфеновъ, А. Дроздовъ, Я. Гомартелли.

Петербургъ. 9-го ноября 1906 г.

**ССХХХII. М. Г.!** Не откажите огласить слѣдующее постановленіе младшей группы академическаго Союза при Одесскомъ Университетѣ по дѣлу проф. Щеголева<sup>1)</sup>.

2-ая группа академическаго Союза въ Одессѣ на Соборѣ 16-го октября 1906 г. единогласно приняла слѣдующее постановленіе по поводу столкновеній между проф. госпитальной хирургической клиники Одесскаго Университета Н. А. Щеголевымъ и его ассистентами (членами 2-ой группы академическаго Союза).

«Оставаясь на строго объективной позиціи и желая возможно полноѣ освѣтить возникшія между проф. Щеголевымъ и его ассистентами недоразумѣнія, группа приложила въ свое время всѣ усилія къ тому, чтобы добиться безпристрастнаго разбора дѣла. Избраніе Совѣтомъ Университета особой профессорской Комиссіи (въ мартѣ 1906 г.), казалось, обеспечивало такой исходъ. Въ настоящее время, однако, выяснилось, что проф. Щеголевъ не далъ возможности указанной Комиссіи выполнить возложенную на нее задачу, отказавшись явиться въ засѣданіе Комиссіи. Мало того; въ началѣ текущаго осенняго семестра онъ обратился къ д-рамъ *Кадмѣрову* и *Линику* съ требованіемъ подать въ отставку, грозя въ случаѣ ихъ отказа обратиться къ «законному пути». Не видя способовъ добиться справедливаго рѣшенія дѣла и зная, что такое «законный путь», д-ра *Кадмѣровъ* и *Линикъ* подчинились требованію проф. Щеголева и подали прошенія объ отставкѣ.

<sup>1)</sup> 2-ое письмо группы—Отвѣтъ на письмо 8 профессоровъ Одесскаго Университета (см. выше, № 40) мы вынуждены въ крайнемъ недостаткѣ мѣста, отложить до слѣдующаго М. Ред.



Принимая во внимание, во 1-х, то, что 2-ая группа академического Союза не знает со стороны д-ров *Кидырובה* и *Лимма* никаких отрицательных поступков (советская Коммиссия, несомненно, подтвердила-бы это); во 2-х, что конфликты в клинике проф. *Щеолова* представляют явление постоянное (не приводя всей истории этой клиники, достаточно указать на то, что в течении 2-х с небольшим лет у проф. *Щ.*, сменившего 6 ассистентов и ординаторов, при чем все ушли из-за недоразумений с ним) и, в 3-х, что образ действий проф. *Щеолова* не допустим даже в том случае, если бы у него были основания быть недовольным своими ассистентами, группа считает недостойным продолжать добиваться от него каких-либо объяснений и предупреждает, что

1) Врачи-члены академического Союза не должны занимать места ассистентов и ординаторов в клинике, состоящей в заведывании проф. *Щеолова*.

2) Лица, согласившиеся занять эти места, не могут быть избраны в члены академического Союза.

2-ая группа академического Союза в Одессе.

Одесса. 7-го ноября 1906 г.

**ССХХХIII. М. Г.!** Не откажите дать место моему письму по поводу ответа редактора газ. «Фельдшер» д-ра *Окса* на письмо Совета Воронежского Общества помощников врачей, председателем которого я имел честь состоять до моей высылки из Воронежской губ. и, как таковой, принимал самое близкое участие в организации Союза Обществ и созываемого им Съезда помощников врачей.

Редакция «Русского Врача» вполне права, не считывая из сообщения д-ра *Окса* намерения «сорвать Съезд из боязни потерять свое влияние на фельдшерскую корпорацию». Но, если принять во внимание не одно сообщение д-ра *Окса*, а все те статьи и подстрочные примечания редакции газеты «Фельдшера», которые появляются в ней с момента первых шагов по объединению фельдшерских Обществ; если принять во внимание очень быстрое появление «Общества российских фельдшеров», устав которого был выработан в тиши редакционного кабинета и легализован в то время, когда учреждался и Союз помощников врачей, а также отношение «Фельдшера» к членам еще не существовавшего Союза, — то стану вполне ясными основания, по которым Совет Воронежского Общества счел необходимым выступить с своим письмом.

Правление Союза дѣлает тоже, что и Правление Пироговского Общества, — созывает Съезд и при этом с соблюдением всех требуемых временными правилами формальностей, и в то время как по адресу Пироговского Общества никто и не думает задавать вызывающих сомнение вопросов, д-р *Окс* выступает с напоминанием о «законных карах». Какое впечатление должно произвести такое выступление редактора «Фельдшера», — судить нетрудно; во всяком случае такое заявление менее всего служит успеху Съезда. Печалование об интересах фельдшерской корпорации д-р *Окс*, как редактор газеты «Фельдшер», считает своею «обязанностью», и, очевидно, по этой причине на страницах его газеты не появляется ни малейшее объявление о подписке на «Помощник Врача», посланное еще в сентябрь. Один этот факт красноречивее всего говорит, как д-р *Окс* беспокоится за фельдшеров и что его к этому побуждает. Отсюда такой дѣятельности д-ра *Окса*, как и направления его газеты, произведена как дѣловатскими Съездами, так и общими Собраниями фельдшерских Обществ: в последние 2 года д-р *Окс*, раздѣляя судьбу Ювана Крошадского, исключается из числа почетных членов фельдшерских Обществ. Не могу не указать здесь еще на одну характерную особенность: д-р *Окс*, так хорошо помнящий временныя правила о Собраниях, никак не может вспомнить правила об Обществах и Союзах, что было бы далеко не лишним для членов «Общества Российских фельдшеров».

Чтобы покончить с вопросом о фельдшерском Съезде, я должен сказать, что по моему почину устав Союза был дополнен положениями о Съезде, позаимствованными из Устава Пироговского Общества. Как на Съездах Пироговского Общества могут участвовать все врачи, так и участниками Съезда помощников врачей могут быть все они, уплатившие членские взносы. Дополнение к таким Съездам в Союз служит только ежегодно созываемый делегатский Съезд Обществ, контролирующей и направляющей дѣятельность Правления Союза. Съезды эти происходят независимо и отдѣльно друг от друга.

Принимая самое близкое участие в создании Союза и вырабатывая устав и находясь в настоящее время больше чѣм в курсе дѣла, я могу уверить всех членов фельдшерской корпорации, 1) что участвуют на Съезде с правом *рычащего* голоса все помощники врачей, уплатившие членские взносы, независимо от того, состоятъ или не состоятъ они членами фельдшерских Обществ; 2) что все требования временных правил Правления Союза исполнены, и участникам Съезда не грозит, съезд, за нарушение закона никаких каръ. Недоумение д-ра *Окса* во всяком случае нельзя объяснить непониманием устава Союза.

Цѣль настоящего заявления — исключительно восстановление истины, но отнюдь не полемика с г. *Оксом*.

А. Блюзоров.

#### ССХХХIV. Къ письму ф-ра Блюзорова.

Я уже выписалъ въ № 44 «Русского Врача» (стр. 1291), что не считаю советъ Воронежскаго Общества помощниковъ врачей компетентнымъ отвѣчать на вопросы, обращенные къ Правленію Союза фельдшерскихъ Обществъ въ Москвѣ по поводу созываемаго имъ Съѣзда. Тѣмъ менѣе заслуживаетъ вниманія лично г. Блюзорова, какъ оказывается, невольно удалившійся изъ Воронежа «подъ свѣтъ струй». Однако, разъ онъ находитъ нужнымъ выступать въ печати, я считаю долгомъ опровергнуть его утвержденія.

1. Никакихъ статей или подстрочныхъ примѣчаній въ «Фельдшерѣ», которыя клонились-бы къ тому, чтобы «сорвать» Съѣздъ фельдшеровъ, напечатано не было. Обсужденіе-же вопросовъ связанныхъ съ осуществленіемъ Съѣзда, какъ признаю и редакціей «Русскаго Врача», не могло быть сочтено попыткой «сорвать» Съѣздъ. На дѣлѣ, вслѣдствіе поднятаго вопроса выяснилось, что Съѣздъ созывается безъ необходимаго разрѣшенія. «Исполненіе всѣхъ формальностей» заключается только въ томъ, что *заявлено ходатайство* о разрѣшеніи; между тѣмъ фельдшера подготовляютъ къ Съѣзду, ходатайствуютъ о безплатныхъ проѣздахъ, командировкахъ или пособіяхъ, и всѣ ихъ хлопоты, быть можетъ, во 2-ой разъ (Съѣздъ уже созывался въ Москвѣ на 2—6 января 1906 г. и не состоялся) окажутся напрасными. Если созывать Съѣздъ *на авось*, то къ успѣху его можно примѣнить скаку про пастуха и волковъ.

2. Къ вопросу о Съѣздѣ «Общество российскихъ фельдшеровъ» никакого отношенія не имѣетъ. Общество это возникло (20/х 1906 г.) даже раньше Союза фельдшерскихъ Обществъ (8/х 1906 г.). Уставъ еще только вырабатывается самымъ Обществомъ, легализованнымъ пока явочнымъ порядкомъ. Въ чемъ-же видятъ г. Блюзорова несоблюденіе временныхъ правилъ о Союзахъ и Обществахъ и какое ему до этого дѣло? — изъ письма его не видно.

3. Объявленіе о подпискѣ на журналъ «Помощникъ Врача» («Медицинская Вѣсѣда») было напечатано въ №№ 7, 8, 13, 14, 15 и 16 «Фельдшера» с. г., и въ обычное время (въ началѣ ноября) предложено ему обмѣнъ изданіями и объявленіями, на который до сего дня отвѣта не получено. Чего-же еще надо г. Блюзорову?

4. Состою я или нѣтъ почетнымъ членомъ того или другого изъ фельдшерскихъ Обществъ, полагаю, общественнаго интереса не имѣетъ. Въ собственной аттестаціи въ своемъ письмѣ г. Блюзорова, по скромности, забылъ упомянуть о своихъ заслугахъ по агитаціи въ фельдшерскихъ Обществахъ, направленной противъ «Фельдшера» и его редактора. Я вынужденъ замѣтить, что агитація эта увѣнчалась успѣхомъ пока только въ одномъ фельдшерскомъ Обществѣ. Впрочемъ, если-бы я не боялся обидѣть многія фельдшерскія Общества, избравшія меня въ число своихъ почетныхъ членовъ, то я охотно отказался-бы отъ всякаго почта: въ долгодѣіи служенія фельдшерскому сословию и, чрезъ него, обслуживаемому имъ населенію мое самолюбіе не участвовало и не участвуетъ.

Б. Окс.

Петербургъ. 13-го ноября 1906 г.

### ХРОНИКА И МЯЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

2162. 9-го ноября, какъ сообщаетъ «Рѣчь» (10 ноября), въ главномъ зданіи В.-Медицинской Академіи вывѣшено было слѣдующее *объявленіе* за подписью начальниа ея: «Г. военный министръ разрѣшилъ 9-го ноября 1) продолжать начатыя переходные экзамены въ назначенныхъ для этого помѣщеніяхъ; 2) выдавать стипендіи и открыть дѣйствіе ссудо-сберегательной кассы студентовъ; 3) продолжать учебныя занятія на 1-мъ курсѣ; 4) открыть столовую на объявленныхъ основаніяхъ».

2163. Начальникъ В.-Медицинской Академіи проф. А. Я. Данилевскій, согласно постановленію Конференціи ея отъ 20-го минувшаго мая («Извѣстія В.-Медицинской Академіи», октябрь), *сохранилъ за собой заведываніе* занимаемой имъ *кафедрой* медицинской химіи.

2164. Въ Киевскомъ Университетѣ съ 1-го декабря 1906 г. по 15-ое января 1907 г., будутъ читаться для врачей *повторительные курсы*. Необходимыя справки по курсамъ можно получать съ 25-го ноября въ патолого-анатомическомъ Институтѣ съ 10 час. утр. до 3 час. дня; прошенія подаются на имя ректора Университета.

2165. Въ клиникахъ Московскаго Университета, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (11 ноября), вывѣшено слѣдующее *объявленіе ректора, г. Мануйлова, отъ 10-го ноября*: «Мною получено слѣдующее заявленіе: «Доводимъ до свѣдѣнія В. Пр-ва, согласно постановленію общеклиническаго Собранія, резолюцію этого Собранія, приняту 6-го ноября. Общеклиническая Сходка 6-го ноября, выслушавъ докладъ о томъ, что уже въ теченіи около 2-хъ мѣсяцевъ ректоръ не утверждаетъ устава профессиональнаго Союза низшихъ клиническихъ служащихъ, къ легализаціи котораго даже градоначальникъ не встрѣчаетъ препятствій, и принимая во вниманіе, что подобное отношеніе ректора: 1) нарушаетъ элементарнѣйшія гражданскія права служащихъ; 2) идетъ въ разрѣзъ съ принципомъ свободы Союзовъ, выставленнымъ на знамени партіи, вид-

автономного Университета,—выражает твердую уверенность, что ректор не замедлит утвердить представленный ему Правлением Союза устав без всяких сокращений (Служащие подписи председателя Собрания и курсовых старост). «Как видно из приведенного заявления, общеклиническая Сходка вышлась в дѣло, которое ее не касается. Кроме того, Сходка, вынося свой приговор, не потрудились даже предварительно осведомиться о фактическом положении вопроса. Согласно закону, проект устава Союза низших клинических служащих не подлежит утверждению ректора, о чемъ нѣтъ рѣчи и въ постановлении городского по дѣламъ обществъ Присутствия. Надѣюсь, что Сходка исполнитъ долгъ порядочности и возьметъ назадъ свое постановление, какъ фактически необоснованное».

2166. Въ зазданіи Конференціи В-Медицинской Академіи 31-го минувшаго мая («Извѣстія» Академіи, октябрь) начальникъ ея, проф. А. Я. Данилевскій, сдѣлалъ слѣдующее—небезинтересное, быть можетъ, для будущаго историка Академіи—заявление, принятое Конференціей «къ свѣдѣнію»: «Въ газетѣ «Русскій Инвалидъ» отъ 28-го мая напечатана маленькая рѣчь, съ которой я имѣлъ честь обратиться къ Конференціи въ 1-мъ предсѣдательствованномъ мною зазданіи ея. По мнѣнію военного министра, фраза моей рѣчи: «назначенъ начальникомъ на основаніи избранія, котораго я былъ удостоенъ Вами» можетъ подать поводъ къ невѣрному толкованію факта назначения начальникомъ. Военный министръ поручилъ мнѣ разъяснить, что, представляя Конференціи путемъ избранія указать желаемого ею кандидата по постъ начальника, военный министръ никоимъ образомъ не предпринималъ вопроса объ автономномъ началѣхъ управленія Академіей по выбору главы Академіи на основѣ такихъ началъ. Основной вопросъ объ автономномъ управленіи Академіей остается до предстоящаго въ военномъ Совѣтѣ рѣшенія его въ прежнемъ положеніи. Въ отвѣтъ я заявилъ военному министру, что Конференція точно также смотритъ на положеніе вопроса объ автономномъ управленіи Академіей и весьма признательна военному министру какъ за то, что онъ далъ Конференціи возможность отстаивать передъ членами военного Совѣта свой взглядъ на нужду Академіи въ такъ называемой (sic! *Ред.*) «автономіи, такъ и за разрѣшеніе въ настоящее уже время путемъ выбора указать военному министру лицо изъ своей среды, которому Конференція считаетъ желательнымъ вручить» (поручить *Ред.*) «постъ начальника Академіи».

2167. На общестуденческой Сходкѣ въ Одессѣ 5-го ноября, на которой присутствовали около 1000 студентовъ, прочитана была *программная рѣчь* вновь избраннаго центрального студенческаго органа. Заимствуемъ изъ «Одесскихъ Новостей» (7 ноября) заключительную часть этой рѣчи, въ которой излагается отношеніе студенчества къ его задачамъ и къ преподавательской коллегіи. «Центральный Органъ Одесскаго Университета, вступая въ исполненіе возложенныхъ на него студенчествомъ обязанностей, считаетъ своимъ долгомъ изложить тѣ принципы, которыми онъ намеренъ руководиться въ своей предстоящей дѣятельности. Съ чувствомъ глубокаго удовлетворенія Ц. О. констатируетъ, что теперь, когда всѣ слои общества сдѣлали съорганизоваться, студенчество не остается бездѣйствующимъ. Число участвовавшихъ въ выборахъ—болѣе  $\frac{1}{2}$  общаго числа студентовъ—показываетъ, что сознательное отношеніе студенчества къ окружающей его жизни сдѣлало значительный шагъ впередъ. Благодаря этому, Университетъ, объединяя въ лицѣ Ц. О. представителей всѣхъ партій и организованныхъ студенческихъ группъ, получаетъ первое нормально избранное учрежденіе, которое должно руководить всей учебной, хозяйственной и политической жизнью Новороссійскаго студенчества, избравшимъ котораго является Ц. О. Матеріальныя нужды студенчества будутъ служить предметомъ широкихъ заботъ Ц. О.; точно также учебные интересы займутъ видное мѣсто въ предстоящей ему дѣятельности. Необходимо подчеркнуть другую весьма характерную и важную сторону Ц. О.—его легальность; таинственный ореолъ запретности уступаетъ мѣсто открытому проklamированію. Ц. О. можетъ дѣйствовать и заявлять о себѣ открыто, официально: онъ знаетъ, что за его спиной тысячи студентовъ, избравшихъ его. Но университетская жизнь направляется по равнодѣйствующей 2-хъ силъ—студенчества и профессуры, и для всякаго очевидно, насколько необходима возможно тѣсная связь между этими дѣйствующими силами. Мы твердо убѣждены, что наши учителя пойдутъ навстрѣчу столь желанному объединенію съ нами, что они охотно выслушаютъ голосъ студенчества, что среди нихъ найдется мѣсто для нашего представителя. Не узурпировать права профессоромъ мы хотимъ, а тѣснѣе сблизиться съ ними и непосредственно и совместно участвовать въ жизни Университета. Съ другой стороны, Ц. О. съ радостью приметъ въ свои ряды представителя нашей профессуры».

2168. Одесскій врачебный инспекторъ обратился въ Херсонскую губернскую земскую Управу съ просьбой распространить среди крестьянскаго населенія губерніи слѣдующее *облавление*: «Уже 3 года, какъ при Одесскомъ Университетѣ устроены клиники для леченія больныхъ и для оперативной имъ помощи. До сихъ поръ клиниками пользовалось почти одно городское населеніе; крестьянское-же населеніе не знаетъ, что и оно можетъ безплатно занимать въ клиникахъ кровати на полномъ довольствіи. Желая дать возможность и имъ воспользоваться медицинской помощью въ клиникахъ, просимъ Васъ осведомить крестьянъ Вашего района о существованіи клиникъ и о безплатной врачебной помощи въ нихъ даже для самыхъ тяжелыхъ больныхъ обоего пола. Но, конечно, прежде чѣмъ отправить больного въ клинику, необходимо предварительно обратиться къ мѣстному

врачу съ вопросомъ, возможно ли излеченіе и необходима-ли оперативная помощь? Весьма желательно было-бы, чтобы врачъ далъ больному препроводительное письмо. При Одесскомъ Университетѣ имѣются слѣдующія клиники: хирургическая, внутренняя, глазная, черная, дѣтская, акушерская и клиника женскихъ болѣзней (кожная и венерическая откроются впоследствии). Клиники принимаютъ больныхъ съ сентября до декабря и съ 15-го января по 1-ое апрѣля. Врачебная инспекція выражаетъ уверенность, что земскія учрежденія не откажутся помочь бѣднѣйшимъ крестьянамъ, нуждающимся въ леченіи, добраться до клиники, если аккредитованный учрежденіемъ врачъ высказается, что имъ необходимо клиническое леченіе или операція. На всѣхъ письменныхъ запросъ больныхъ и учреждений клиники отвѣтитъ немедленно. Адресъ клиники: Одесса, уг. Херсонской и Ольгинской».

2169. Какъ передаетъ «Одесскій Листокъ» (3 ноября), при акушерской клиникѣ Одесскаго Университета проф. В. Н. Орловымъ устривается *Музей препаратовъ*, который будутъ пополняться какъ изготовляемыми студентами, такъ и приобретаемыми извнѣ матеріалами.

2170. На соисканіе *преміи имени акад. Буша* представленъ въ В-Медицинскую Академію, по сообщенію «Извѣстія» Академіи (октябрь), слѣдующіе сочиненія: 1) «Резекція придатка яичка (при туберкулезѣ) и операція анастомоза на сѣмязныхъ путяхъ» (Казань, 1904 г.) и, какъ дополненіе къ этой работѣ брошюра на русскомъ и нѣмецкомъ языкахъ: «Къ вопросу объ операціи анастомоза на сѣмязныхъ путяхъ при резекціи придатка»—ч. пр. Казанскаго Университета В. Л. Боголюбовъ; 2) «Osteoarthritis deformans endemica in Забайкальской области»—военнаго врача Е. В. Бека; 3) «Травматическія поврежденія мужскаго мочеиспускательнаго канала» б. проф. Варшавскаго Университета В. А. Васильева и 4) «Ученіе о перитифитѣ» проф. Юрьевскаго Университета М. И. Ростовцева.

2171. Э. А. Гельферихъ пожертвовала 3000 р. на устройство спеціального зданія для факультетской *дѣтской клиники* Харьковскаго Университета («Харьковскія Вѣдомости», 1 ноября).

2172. Вновь выстроенная роскошная акушерско-гинекологическая клиника при В-Медицинской Академіи не избѣгла горькой участи большинства современныхъ отечественныхъ общественныхъ сооружений—грандіозности замысла въ зависимости отъ расплывчатости цѣлей, поставляемыхъ новому учрежденію и требующихъ громадныхъ затратъ, и поразительной затратности—выражающейся мягко—при составленіи и выполненіи плана воздвигаемаго зданія. О новой клиникѣ говорили въ цѣломъ рядѣ зазданій Конференціи Академіи («Извѣстія» Академіи, октябрь), и вотъ что, между прочимъ, высказывалось такъ о ней: «Это не клиника, а цѣлый Институтъ!... При всѣхъ скромныхъ академическихъ клиникахъ новая акушерская клиника слишкомъ роскошна и чрезмѣрно велика. Если Конференція считаетъ, что для Академіи нуженъ громадный гинекологическій Институтъ, то новое зданіе подойдетъ для него, но и то лишь при громадныхъ затратахъ въ будущемъ. Воздвигнуть громадное зданіе, строители почему то упустили изъ вида, что для функционированія будущей клиники необходимы еще кухня, прачешная, дезинфекціонная, дровяные сараи, помѣщеніе для угля. Ничего этого нѣтъ, а главное, и помѣстить эти постройки негдѣ, такъ какъ дворовое мѣсто столь мало, что стѣны зданія упираются почти въ самый заборъ соседней, занятой другими постройками, мѣстности. Едва-ли можно сомнѣваться въ необходимости перечисленныхъ построекъ, стоимость коихъ при нашихъ способахъ строительства обойдется (еще) около 100000 р. На оборудованіе клиники заявлена сѣмѣ въ 90000 р. Ежегодный бюджетъ подобной клиники по самому скромному подсчету не можетъ быть менѣе 50000 р., что составляетъ болѣе  $\frac{1}{2}$  ежегоднаго бюджета всѣхъ 5 клиникъ больницы бар. Вильке, равнаго 90000 р.». «Обращаю вниманіе на слѣдующее: подъ помѣщеніе больныхъ предназначенъ одинъ только верхній этажъ и незначительная часть (5—7 кроватей) 2-го этажа. 2-го этажа почти полностью идутъ на разныя вспомогательныя приспособленія (аудитория, лабораторія, амбулаторія, операціонныя и т. д.). По моему, неестественно, чтобы для какой-либо клиники необходимо было такое зданіе,  $\frac{1}{2}$  объема коего предназначается не для больныхъ» (проф. Д. Г. Белярминовъ). «Проф. Н. Н. Кравковъ заявилъ, что вновь выстроенное зданіе произвело на него впечатлѣніе грандіозности, но въ тоже время онъ сомнѣвается въ цѣлесообразности огромнѣйшей аудитории, обширной рекреационной и большой квартиры для ассистента при отсутствіи кухни и прачешной. Нѣкто не поднималъ-бы вопроса о роскоши новаго зданія, если-бы не было крайней нужды для другихъ клиникъ!... Клиника построена, дѣйствительно, широко; можно было-бы сдѣлать эконо-мнѣ, но въ настоящее время переимѣнить ничего (уже) нельзя». (проф. В. Н. Саротиничъ). «Проф. Н. А. Вельяминовъ заявилъ, что онъ хорошо осмотрѣлъ новое зданіе и пришелъ къ заключенію, что оно *мало пригодно для теоретической работы*, каковою представляется преподавательская акушерская клиника; центральная часть зданія съ роскошными вестибюлемъ совершенно пропадаетъ безъ пользы для учебной цѣли. Огромная аудитория, рекреационная и столовая, лабораторія для профессора и ассистента, лабораторія для студентовъ, квартира, чайгаузъ—все это широко использовано, и все это—не для больныхъ. Устройство гидротерапевтическаго отдѣленія не отвѣчаетъ размѣру нужды, и есть опасеніе, что оно будетъ работать мало. Операціонная для лапаротомій, напротивъ, очень мала. Объективности-ради привожу слѣдующіе отзывы о немъ заимствованные изъ «Извѣстія» Академіи».

устроителя клиники проф. Г. Е. Рейна, как он изложен в «Известиях»: «Если в общем новая клиника и производит впечатление грандиозности, то за границей подобной клиники еще грандиозней. Что же касается роскоши, то она нѣтъ, такъ какъ роскошь—это то, безъ чего можно обойтись, а въ новой клинике все необходимо. Далѣе проф. Рейнъ разъясняетъ, что цѣлесообразность плана новой клиники уже испытана имъ въ Кіевѣ и что этотъ планъ приспособленъ къ еѣ» (курсивъ нашъ. Ред.) «системѣ преподаванія, соответственно которой все, чему учатся студенты, показывается въ аудиторіи, а не въ палатахъ. Въ аудиторіи же дѣлаются непродолжительныя операции. Рекреационная можетъ служить для занятій студентовъ и для демонстрацій. Что касается гидротерапевтическаго отдѣленія, то оно составляетъ настоящую потребность клиники и исполнѣ цѣлесообразно. Небезинтересной показалась намъ и слѣдующая реплика начальника Академіи: «Начальникъ Академіи высказался въ томъ смыслѣ, что новая клиника, дѣйствительно, производитъ прекрасное впечатлѣніе; что же касается грандиозности, то въ этомъ отношеніи она значительно уступаетъ дѣйствительно грандиознымъ заграничнымъ учрежденіямъ этого рода. Вестибуль огромный; но не слѣдуетъ упускать изъ вида, что при выработкѣ плана участвовали архитектора, и во всякомъ случаѣ эта сторона дѣла уже неоправдана».

2173. По словамъ «Рѣчи» (11 ноября), не смотря на открытіе для занятій В-Медицинской Академіи и на отсутствіе какихъ-бы то ни было «безпорядковъ» въ ея стѣнахъ, *репрессіи противъ студенческаго клуба, начальникъ распорядился закрыть совершенно библиотеку и читальню. Входъ въ нихъ запрещенъ не только студентамъ, но и членамъ Правленія, которые занимаются выдачей и записей книгъ и журналовъ. Въ настоящее время выдача книгъ изъ библиотеки совершенно прекращена; газеты же, получавшіяся въ читальню, вынесены въ спорную комнату студентовъ. Отъ имени начальника Академіи завідующей обучающимися 1-го семестра 1-го курса заявили студентамъ этого курса, что на будущее время общеакадемическія Сходки разрѣшаются не будутъ, и начальство приметъ рѣшительныя мѣры къ тому, чтобы не допускать ихъ въ стѣнахъ Академіи. Что же касается курсовыхъ Совѣщаній, то ихъ можно собирать всакій разъ съ особаго разрѣшенія начальника Академіи, сообщивъ порядкомъ дня. Кроме того, на Сходкахъ должны непременно присутствовать одинъ или нѣсколько штабъ-офицеровъ».*

2174. П. 18 протокола засѣданія Конференціи В-Медицинской Академіи 20-го минувшаго мая («Извѣстія В-Медицинской Академіи», октябрь) буквально гласитъ слѣдующее: «Къ началу Академіи поступило письмо состоящаго при Е. И. В. вел. кн. Михаилѣ Александровичѣ ген.-майора Дашкова о содѣйствіи къ приему въ Академію окончившихъ курсъ въ Гатчинскомъ Сиротскомъ Институтѣ» (слѣдуетъ перечислить именъ и фамилій 7 лицъ), «въ судьбѣ которыхъ принимаетъ участіе Е. И. В. Конференція постановила: уведомить, что въ настоящее время приема въ Академію нѣтъ, но что въ случаѣ открытія приема будетъ сдѣлано все возможное къ удовлетворенію ходатайства вышеупомянутыхъ молодыхъ людей».

2175. Городской врачъ въ Зегрѣ Р. А. Гагенъ по распоряженію военнаго губернатора *уволенъ въ отставку* («Przegląd lekarski», 17 ноября).

2176. «Утренняя Почта» (9 ноября) передаетъ, будто въ Бердичевскомъ уѣздѣ мѣстный приставъ *собственной властью заарестовалъ врача за непочтительность* и продержалъ его въ тюрьмѣ нѣсколько мѣсяцевъ. Когда же его запросили о причинахъ ареста, онъ отвѣчалъ, что врачъ былъ арестованъ по подозрѣнію въ принадлежности «къ одной» изъ политическихъ партій.

2177. Въ «Товарищѣ» (14 ноября) напечатана слѣдующая телеграмма собственнаго корреспондента изъ Чернаго Яра отъ 13-го ноября: «Со дня пріѣзда, въ началѣ августа, въ Астраханскую губернію пособія не получаемъ. Прошенія губернатору остаются безъ отвѣта. *Всѣмъ нечего.* Черноярскіе смыльные».

2178. Побѣгъ изъ Курской тюремной больницы виновника взрыва бомбы на Московской улицѣ, бывшаго учителя Тимофеева, вызвалъ, какъ сообщаютъ «Русскимъ Вѣдомостямъ» (11 ноября), въ числѣ другихъ репрессій (арестъ родственниковъ бѣжавшаго, его знакомыхъ и пр.), *увольненіе всей больничной администраціи*.

2179. Агентскими телеграммами, появившимися въ общей печати въ концѣ сентября, сообщалось о «строгомъ внушеніи», полученномъ *земскими врачами А. И. Ивановымъ отъ Черниговскаго губернатора* за недостаточно внимательное отношеніе къ раненому городскому Бабинѣ. Въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (10 ноября) находимъ слѣдующее относящееся къ этому сообщенію «письмо къ редактору «Русскихъ Вѣдомостей» предсѣдателя Новозыбковской земской Управы»: «Петербургское телеграфное агентство сообщило, что «Черниговскій губернаторъ посылитъ городского Бабина, которому нанесены были раны евреями Комиссаровымъ, и, вызвавъ врача больницы Иванова, сдѣлать ему строгое внушеніе, а о дѣйствіяхъ врача указать предсѣдателю Управы». Такъ какъ врачъ Ивановъ подалъ заявленіе очередному уѣздному земскому Собранію, въ которомъ пишетъ, что начальникъ губерніи публично нанесъ ему оскорбленіе и угрозы, и онъ проситъ губернскаго Собраніе разслѣдовать дѣло о нахожденіи Бабина въ земской больницѣ и объ уходѣ за нимъ и высказать свое заключеніе о томъ, выполнили-ли онъ долгъ врача и человека по отношенію къ больному Бабинѣ, и такъ какъ индифферентъ вызвавшій доктора, то губернаторъ, не имѣя права

существующихъ порядковъ въ больницѣ, я, какъ предсѣдатель земской Управы, произвелъ разслѣдованіе относительно пребыванія Бабина въ земской больницѣ, ухода за нимъ въ больницѣ и вообще отношенія всего медицинскаго персонала больницы къ этому больному. Въ больницѣ при Бабинѣ находились его мать, и прежде всего я опросилъ его мать. Мать Бабина заявила мнѣ въ присутствіи больнаго, что сынъ ея былъ привезенъ въ больницу въ безсознательномъ состояніи и что его немедленно подвергли освидѣтованію 2 врача—земскій врачъ *Донасеевъ* и городской врачъ *Козинцовъ*, а затѣмъ онъ былъ переодѣтъ въ чистое больничное бѣлье и положенъ на койку въ палатѣ, гдѣ, кромѣ него, не было другихъ больныхъ. Въ палатѣ Бабинъ содержался чисто, и ему ежедневно дѣлали перевязки, а для питанія ему давали въ 1-ый день одно молоко. Опрошенный городской врачъ *Козинцовъ* точно также констатировалъ, что Бабинъ пользовался въ больницѣ надлежащимъ уходомъ и что для питанія ему давали только молоко, такъ какъ вслѣдствіе развившагося перитонита обильное питаніе было опасно. Весь медицинскій персоналъ и сторожа больницы удостовѣрили, что Бабинъ пользовался самымъ внимательнымъ и сердечнымъ отношеніемъ врачей и всего медицинскаго персонала. Раны больнаго быстро зажили, но, такъ какъ одна рана, нанесенная въ становой хребтѣ, произвела параличъ нижнихъ конечностей и другихъ органовъ и пулю невозможно было извлечь, то врачи признали, что Бабинъ навсегда лишенъ возможности ходить и что онъ—безнадѣжно больной хроникъ. Врачъ, завідующій больницей, письменно объяснилъ исправнику, что больнаго не можетъ быть излѣченъ въ земской больницѣ и совѣтовалъ отправить его въ Кіевъ, въ военный госпиталь, гдѣ, можетъ быть, ему и оказали-бы помощь, такъ какъ военный госпиталь обставленъ лучше земской больницы. Бабинъ пробывъ въ земской больницѣ съ 19-го августа по 4-ое сентября, когда онъ взятъ былъ изъ больницы по распоряженію исправника. Никто изъ медицинскаго персонала Бабина не выписывалъ изъ больницы, и онъ выбылъ оттуда по собственному желанію. Земское Собраніе, съ своей стороны, избрало Коммиссію для разслѣдованія этого дѣла, и Коммиссія эта доложила земскому Собранію, что «на основаніи тщательнаго разслѣдованія она пришла къ слѣдующему: что обвиненіе врача *Иванова* и всего медицинскаго персонала больницы ничѣмъ не установлено» (обосновано? Ред.) «и что это только грустное недоразумѣніе, и предложила земскому Собранію поручить предсѣдателю Управы довести до свѣдѣнія начальника губерніи о выводахъ, къ которымъ пришла Коммиссія, разслѣдовавшая это дѣло». Земское Собраніе постановило: «1) поручить предсѣдателю земской Управы довести до свѣдѣнія начальника губерніи о выводахъ, къ которымъ пришла Коммиссія, разслѣдовавшая это дѣло, и 2) выразить врачу *Иванову* глубокое сожалѣніе по поводу этого грустнаго инцидента, который могъ неблагоприятно повліять на его добрую репутацію, какъ врача, и на репутацію земской больницы, которой врачъ *Ивановъ* заведуетъ болѣе 25 лѣтъ».—Честъ и слава Новозыбковскому Земству, выступившему на защиту своего служащаго въ неравную борьбу противъ сильныхъ міра сего. Шлемъ оскорбленному товарищу горячій привѣтъ».

2180. «Русскимъ Вѣдомостямъ» (4 ноября) телеграфируютъ изъ Ярославля, что арестованный въ Мологѣ Д. И. Блатовъ (предсѣдатель мѣстной земской Управы (см. выше, № 44, стр. 1487) *освобожденъ*; полицейскій надзиратель и исправникъ за его арестъ получили выговоръ».

2181. «Рѣчи» и «Товарищу» (10-го ноября) сообщаютъ изъ Москвы, что Совѣщаніе Московской губернской земской Управы съ юристами признало извѣстный циркуляръ Совѣта министровъ о воспрещеніи лицамъ, состоящимъ на государственной службѣ, участвовать въ политическихъ партіяхъ *незаконнымъ*, «такъ какъ онъ стремится ограничить гражданскія права населенія, что по силѣ основныхъ законовъ принадлежитъ лишь Высочайшей волѣ, выражаемой особыми повелѣніями, или можетъ послѣдовать лишь въ силу судебныхъ приговоровъ». Въ виду этого Совѣщаніе выработало слѣдующій планъ дѣйствій на случай, если администрація будетъ настаивать на примѣненіи циркуляра къ земскимъ служащимъ: на распоряженіе губернатора объ удаленіи служащаго со службы должна быть принесена жалоба въ губернскаго Присутствіе; въ случаѣ оставленія ея безъ послѣдствій, на постановленіе Присутствія подается жалоба министру внутреннихъ дѣлъ; если же и послѣдній признаетъ распоряженіе губернатора законнымъ, то вопросъ поступаетъ на окончательное разрѣшеніе въ Сенатъ, и *только послѣ этого* земскій служащій или выходитъ изъ партіи, или оставляетъ земскую службу. Согласно такому постановленію, Совѣщаніе предсѣдатель уѣздныхъ земскихъ Управъ Московской губ., въ свою очередь, постановило извѣстить Московскаго губернатора, что «уѣздныя земскія Управы не находятъ возможнымъ осуществлять его циркуляръ, требующій удаленія, въ случаѣ невыхода изъ политическихъ партій, съ земской службы не только служащихъ по найму, но и по выборамъ, ибо осуществленіе такого, идущаго въ разрѣзъ съ основными законами, циркуляра не можетъ считаться для Управы обязательнымъ и, кромѣ того, въ случаѣ его примѣненія, Земства должны будутъ остаться вовсе безъ служащихъ, и земская дѣятельность должна будетъ прекратиться. Московская городская Управа также рѣшила сообщить администраціи, что полученный ею циркуляръ Совѣта министровъ она доведетъ до свѣдѣнія служащихъ, но настаивать на его примѣненіи не считаетъ себя ни въ правѣ, ни обязанной».

2182. Смоленская городская Управа, не имѣя права

«Рѣчь» (10 октября), отказалась подписать и объявить *служашимъ циркуляръ*, воспрепятствующий чиновникамъ участіе въ партияхъ.

2183. По словамъ «Одесскаго Листка» (1 ноября), губернаторъ предписалъ учащимся и учащимъ Каменецъ-Подольской фельдшерской школы дать *подписку о непринадлежности къ партиямъ*; отказавшіеся будутъ уволены.

2184. *Справочно-посредническая Коммиссія при Пироговскомъ Обществѣ* любезно сообщила намъ слѣдующія свѣдѣнія о ея *дѣятельности*. Съ марта по 1-ое ноября 1906 г. всѣхъ заявленій о желаніи получить мѣсто поступило въ Коммиссію 277, изъ нихъ отъ врачей—126 (остальные отъ вспомогательнаго медицинскаго персонала и фармацевтовъ). Хотя за осенніе мѣсяцы почему-то со стороны врачей и замѣчается нѣкоторое сокращеніе спроса на мѣста, но въ общемъ дѣятельность Коммиссіи продолжаетъ развиваться. Такъ, предложенія собственно врачебныхъ мѣстъ прогрессивно возрастаютъ, а именно: весной—(мартъ—май) поступило заявленій о мѣстахъ 21, лѣтомъ (іюнь—августъ) 24, а за 2 осеннихъ мѣсяца (сентябрь и октябрь) 40. Всѣхъ мѣстъ для вспомогательнаго персонала за тоже время предложено 40. Большая часть предложеній исходитъ отъ земскихъ учреждений, но имѣются предложенія и отъ частныхъ лицъ, городовъ, фабрикъ и заводовъ. Коммиссія приложила всѣ усилія къ своевременному замѣщенію предложенныхъ мѣстъ соответствующими кандидатами, что ей и удалось въ цѣломъ рядѣ извѣстныхъ ей случаевъ. Къ сожалѣнію, не всѣ случаи состоявшихся соглашеній дѣлаются ей извѣстны. Такъ какъ Коммиссія не рекомендуетъ кандидатовъ на мѣста, а ограничивается лишь сообщеніемъ кандидатамъ и учреждениямъ справочныхъ свѣдѣній строго фактическаго характера, предоставляя дальнѣйшіе переговоры о замѣщеніи вакансій вести уже непосредственно самимъ заинтересованнымъ сторонамъ, то освѣдомлять Коммиссію о состоявшихся соглашенияхъ, казалось, должны-бы эти стороны. Однако, далеко не всѣ кандидаты и учреждения сообщаютъ свѣдѣнія о замѣщеніяхъ мѣстахъ, неизбѣжнымъ слѣдствіемъ чего являются повторныя (въ теченіи срока до 2-хъ мѣс.) обращенія Коммиссіи къ лицамъ и учреждениямъ, быть можетъ, уже и не нуждающимся въ ея услугахъ. Коммиссія обращается ко всѣмъ пользующимся ея услугами съ просьбой *сообщать ей своевременно обо всѣхъ состоявшихся соглашенияхъ по замѣщенію мѣстъ*. Запись кандидатовъ и мѣстъ продолжается. Адресъ Коммиссіи: Москва, Арбатъ, Денежный пер., домъ 28, кв. 5, въ Правленіи Пироговскаго Общества врачей.

2185. Въ Симферополѣ, судя по телеграммамъ въ «Рѣчь» (9 и 10 ноября), *посторонилась Воронезская драма* (см. выше, № 44, стр. 1387—1388): Въ отдѣленіе душевно-больныхъ земской больницы поступили на испытаніе политическіе Ф. Въ тотъ-же день, не смотря на рѣшительный протестъ врачей и ссылку на уставъ закона, недопускающаго введенія стражи въ психиатрическую больницу, былъ введенъ во внутренній дворъ больницы полицейскій нарядъ. Экстренно созванная по этому поводу Конференція врачей, какъ и нужно было ожидать, единогласно и энергично запротестовала и обратилась въ губернскую Управу съ просьбой оградить больницу отъ вѣдѣтельности полицейскихъ властей. На другой день Ф. снова былъ водворенъ въ тюрьму, «не смотря на очевидность его болѣзни». Поступитъ ли конвоемъ не пожелали. Вотъ ужъ доподлинно—*Fiat justitia, pereat mundus!*

2186. Агентскими телеграммами (отъ 10-го ноября) сообщается, что въ виду увеличивающейся заболѣваемости глазами болѣзнями морскихъ командъ во Владивостокѣ предполагается создать новую должность *портового окулиста*.

2187. Какъ видно изъ только что выпущеннаго въ свѣтъ Управленіемъ главнаго врачебнаго инспектора обширнаго «*Отчета о состояніи народнаго здоровья и организации врачебной помощи въ Россіи въ 1904-мъ году*», коэффициентъ смертности въ Европейской Россіи былъ въ этомъ году 29,1‰. Хотя по сравненію съ смертностью въ другихъ европейскихъ государствахъ цифра эта все еще очень высока, но по отношенію къ смертности въ Россіи за предшествовавшія 15 лѣтъ она оказывается наиболее низкою. Рождаемость за отчетный годъ была 47,3‰. Приростъ населенія равенъ такимъ образомъ 18,2‰—наивысшая цифра за все предыдущее 15-лѣтіе. Изъ эпидемій, потребовавшихъ экстренныхъ мѣръ борьбы, на первомъ мѣстѣ стоитъ азиатская холера. Всего было зарегистрировано 9230 случаевъ заболѣванія ею, съ 6699 смертными исходами. Наибольшее число случаевъ холеры наблюдалось въ Эриванской (4615) и Бакинской (2529) губ. Небольшое сравнительно съ прежними эпидеміями развитіе холеры составитель отчета ставитъ въ связь съ общимъ санитарнымъ благополучіемъ страны въ нынѣшнемъ году и съ обезпеченностью населенія хлѣбными запасами. Отъ бубонной чумы умерли 428 чел. Чумная эпидемія была въ Гурьевскомъ уѣздѣ Уральской области (416 случаевъ) и въ Киргизской степи (7 случаевъ). По числу смертныхъ случаевъ эпидемія въ Гурьевскомъ уѣздѣ должна быть признана наиболее значительной изъ всѣхъ чумныхъ эпидемій, наблюдавшихся за послѣдніе годы въ предѣлахъ Россіи. Отъ сибирской язвы зарегистрировано 672 заболѣванія съ 101 смертными исходами. Въ отношеніи обезпеченности населенія врачебной помощью 1904-й годъ представляется неблагоприятнымъ: вслѣдствіе призыва изъ запаса въ дѣйствительную службу число гражданскихъ врачей, вообще крайне недостаточное въ Россіи, къ концу года значительно понизилось и составило 16144 противъ 17656, числившихся въ концѣ предыдущаго года (всего врачей съ военными и морскими къ тому-же времени числилось 22448). Изъ лицъ прочаго медицинскаго персонала въ отчетномъ году числилось: фельдшеровъ и фельдше-

рицъ 20621, акушеровъ 11592, зубныхъ врачей 1392, дантистовъ 2616 и фармацевтовъ 7758. Число больницъ и пріемныхъ покоевъ гражданскаго вѣдомства было 6500, а число кроватей въ нихъ 151000. Въ теченіи отчетнаго года во всѣхъ больницахъ пользовались 2.028081 больными; изъ нихъ умерли 112194 (5,5%). Число домовъ для умалишенныхъ и психиатрическихъ отдѣленій при соматическихъ больницахъ было 129 съ 27500 штатными кроватями въ нихъ. Родильныхъ домовъ, пріютовъ и отдѣленій числилось 528 съ 3923 кроватями; прививались въ нихъ 155696 чел., изъ нихъ разрывались 141441; смертность въ родильныхъ домахъ составляла 0,5‰, а среднее число больничныхъ дней на каждую прививаемую 6,3. *Pasteur*овскихъ станцій имѣлось 16; въ нихъ пользовались прививками 15607 чел., изъ нихъ умерли во время и послѣ лѣченія 76. Общее число актовъ съ волевой продажей лѣкарствъ было 3795, аптекарскихъ назовъ—5500. За тайную торговлю ядовитыми и сильнодѣйствующими средствами были привлечены къ отвѣтственности свыше 220 владельцевъ магазиновъ. Гигиеническихъ лабораторій для изслѣдованія пищевыхъ продуктовъ числилось 42. Общая сумма расходовъ на медицинскую часть превысила 62.500000 р., что составляетъ на каждого жителя страны 44 коп. въ годъ. На противохолерныя мѣропріятія правительствомъ израсходовано 653547 р. и на противочумныя 52446 р., при чемъ въ эту сумму не вошло содержаніе противочумной лабораторіи въ Кривопаткѣ. Изъ общей суммы расходовъ на медицинскую часть дѣловой доля (94%) приходилась на лѣчебную часть, т. е. на содержаніе больницъ, врачебнаго персонала и пр.; расходы на санитарныя мѣропріятія составили лишь около 6%. Изъ отдѣльных статей, входящихъ въ отчетъ, наиболее обстоятельно обработаны главы о движеніи холеры (въ составленіи ихъ принимали участіе д-ра *Андріасовъ, Семеновъ, Спирьльниковъ, Айлендеръ, Терскій и Рыкоде*), чумы (составлена д-ромъ *Малиновскимъ, Айлендеромъ*) и сибирской язвы.

2188. Земскими врачами Московской губ. въ настоящее время принимаются въ дов. широкихъ размѣрахъ *предохранительныя прививки «скарлатинной вакцинъ»* завідующаго бактериологическимъ Институтомъ при Московскомъ Университетѣ ч. р. *Г. Н. Габричешаго*. Вакцина эта представляетъ убитую илгиваемымъ до 60° Ц. и прибавленіемъ 0,5 карболовой кислоты бубонную разведку стрептококковъ, выдѣленныхъ изъ крови сердца умершихъ отъ скарлатины дѣтей и проведенныхъ чрезъ организмъ лабораторныхъ животныхъ. Для полной имунизаціи требуется трехкратная прививка съ промежуткомъ въ 7—10 дней, при первоначальной дозѣ въ 0,5 к. стм. (для дѣтей отъ 2 до 11 л.), повышаемой для послѣдующихъ прививокъ, сообразно силѣ реакціи, въ 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> или 2 раза. Стоимость флакона въ 5 к. стм. этой приготавливаемой Московскимъ бактериологическимъ Институтомъ вакцины—50 коп. Въ «Свѣдѣніяхъ о заразныхъ болѣзняхъ и санитарной организаціи въ Московской губ.» (сентябрь) напечатаны отчеты 2-хъ врачей—*Д. В. Никитина* и *д-ра Дрейлима*, сдѣлавшихъ въ Звенигородскомъ уѣздѣ 1-мъ 540 прививокъ 404 лицамъ и 2-ой 104—100 лицамъ. Оба эти отчета, при участіи ихъ авторовъ, обсуждались 6-го минувшаго сентября въ особой «Коммиссіи при Московской губернской земской Управѣ по вопросу о предохранительныхъ прививкахъ скарлатинной вакцины и о сывороточномъ лѣченіи скарлатины». Коммиссія эта единогласно признала положительное значеніе прививокъ предохранительной скарлатинной вакцины *Г. Н. Габричешаго* и выразила пожеланіе, чтобы опыты примѣненія ея продолжались въ болѣе широкихъ размѣрахъ въ самомъ началѣ распространенія эпидеміи скарлатины, при чемъ въ случаяхъ, гдѣ возможно предполагать сопряженіе ея съ болѣзнями, было принято необходимымъ одновременно съ вакцинной примѣнять и сыворотку *Moser'a*, такъ какъ наблюденія надъ дѣйствіемъ вакцинъ при другихъ заболѣваніяхъ говорятъ за повышенную восприимчивость въ первые дни послѣ прививки. По сообщенію «Русскихъ Вѣдомостей» (12 ноября), земскими врачами Московской губ. всего сдѣланы прививки уже 758 чел., изъ коихъ заболѣли скарлатиною всего 9 (1,18%). Дешевизна вакцинъ дѣлаетъ ее доступной широкимъ слоямъ населенія. Въ случаѣ дальнѣйшихъ благопріятныхъ результатовъ прививки ей предстоитъ быстрое распространеніе. Московская земская врачебно-санитарная организація во многомъ служитъ примѣромъ для тѣхъ-же организацій другихъ Земствъ. Названные отчеты д-ровъ *Никитина* и *Дрейлима* уже реферированы весьма обстоятельно д-ромъ *Н. И. Т-вымъ* въ № 10 (октябрь) «Врачебно-санитарной хроники Саратовской губ.» въ цѣляхъ ознакомленія съ новымъ способомъ борьбы со скарлатиною и Саратовскихъ земскихъ врачей. Не замедлитъ, конечно, появиться въ печати результаты опытовъ въ томъ-же направленіи и въ Саратовской губ.

2189. Какъ передаетъ «Одесскій Листокъ» (1 ноября), въ окончѣ изъ засѣданій Херсонскаго губернскаго санитарнаго общества съ болѣе широкимъ сочувствіемъ встрѣченъ былъ докладъ *д-ра Б. К. Стефанскаго* о *лѣченіи дизентеріи сывороткой*. Положенія докладчика сводятся къ слѣдующему. Противудизентеріиная сыворотка—специфическое средство противъ острой дизентеріи. Для успешной борьбы съ послѣдней въ Херсонской губ. необходимо, чтобы дѣло приготавливанія противудизентеріиной сыворотки на Одесской бактериологической станціи было расширено въ видахъ правильнаго снабженія ею земскихъ лѣчебныхъ учреждений. Противудизентеріиная сыворотка должна примѣняться пока лишь въ земскихъ больницахъ при строго клинической обстановкѣ и при возможно точномъ распознаваніи формы дизентеріи, такъ какъ необходимы еще дальнѣйшія, вполне точно поставленныя, наблюденія для выясненія какъ



характера дизентерийных заболеваний в Херсонской губ., так и действия сыворотки при них. После оживленного обсуждения мнений санитарный Совет признал необходимым обезпечить Одесской бактериологической станции возможность приготовления достаточного количества сыворотки поставкой для этого 3-х лошадей, на приобретение и содержание коней просить земское Собрание ассигновать 900 р.; рекомендовать земским врачам применение сыворотки при клинической постановке в земских больницах для получения данных о влиянии сыворотки при дизентерии. На этом же заседании обсуждался вопрос о применении противускарлатинной сыворотки, при чем Совет, в виду недостаточности теоретических оснований и незначительного числа опытов, не считая возможным рекомендовать употребление противускарлатинной сыворотки, как общепринятую мѣру, и оставил вопрос открытым.

2190. Съ 25-го по 28-ое октября в Херсонѣ, какъ сообщать «Одесскій Листокъ» (31 октября), происходили засѣданія мѣстнаго губернскаго санитарнаго Совета. Изъ обзора эпидемій выяснилось, что особаго развитія въ настоящемъ году достигла *дифтерія*: къ 1-му октября зарегистрировано 25000 случаевъ заболевания ею. Сильно развита также *скарлатина*, число заболеваний которой къ 1-му октября превышало 10000. *Постановка дѣла борьбы съ эпидеміями въ общемъ признана Советомъ неудовлетворительною.*

2191. Д-ръ С. Н. Игумновъ въ № 7—8 «Врачебной Хроники Харьковской губ.» въ замѣткѣ по поводу оставленія В. И. Долженковича *мѣста завѣдующаго медико-статистическимъ Бюро Курскаго губернскаго Земства* (см. выше, № 24, стр. 752) оставляетъ надъ вопросомъ, чѣмъ должна быть завершена многотѣльная дѣятельность этого маститаго ветерана земской медицины, которая «родилась, сложилась и развилась у него на глазахъ, при дѣятельномъ, иногда руководящемъ, его участіи? При своей энергіи и привычкѣ къ любимому дѣлу В. И. можетъ посвятить свой досугъ обычнымъ работамъ Бюро; но не этого жутъ отъ него высокоцѣнящіе его ученики. «Наложеными, во многомъ уже шаблоннымъ работамъ, исполнявшимся имъ въ качествѣ обязательнаго работника», говоритъ С. Н., «нѣтъ необходимости ему посвящать силы теперь въ качествѣ добровольца: такая работа можетъ продолжаться любымъ разумнымъ и добросовѣстнымъ врачомъ. Но чего никто не можетъ передать намъ, кроми него, это—богатаго его опыта, какъ вышняго—въ видѣ фактовъ, прошедшихъ передъ нимъ въ теченіи его длинной рабочей жизни, такъ и внутренняго въ смыслѣ идей и стремленій, которыми они порождены. Это богатство не должно пропадать, должно перейти въ наслѣдство... Онъ не можетъ сказать: Нынѣ отпускаю раба твоего. Онъ не можетъ уйти на покой, не оставивъ намъ завѣщанія,—въ какомъ видѣ: въ формѣ-ли систематическаго изложенія основныхъ теченій земской медицины въ его время, т. е. за все ея существованіе, въ формѣ-ли очерковъ по отдѣльнымъ вопросамъ, въ формѣ-ли переизданія нѣкоторыхъ своихъ докладовъ, замѣчаній и возраженій на Съѣздахъ, освѣдливъ ихъ отъ всего временнаго и оставивъ принципиальное и общенереженное, въ формѣ-ли воспоминаній о наиболѣе выдающихся моментахъ его дѣятельности—это, конечно, его дѣло, и никто не можетъ предлагать ему программы. Въ томъ или другомъ видѣ, но мы идемъ отъ него подведенія итоговъ. Всѣмъ дѣйствующимъ прошлое нашей земской медицины и создающимъ его поучительность для будущаго будутъ понятны слѣдующія строки замѣтки почтеннаго автора: «У насъ имѣются выдающіеся санитарныя работы, имѣется много солидныхъ докладовъ по различнымъ вопросамъ общественной медицины и санитаріи, имѣются протоколы преній по нимъ; но у насъ мало, чтобы не сказать вовсе нѣтъ, работъ обобщающихъ, освѣщающихъ съ точки зрѣнія опредѣленныхъ идеаловъ всѣ эти доклады и мнѣнія, принадлежащіе разнымъ лицамъ, высказывавшимся въ разное время, по разнымъ случаямъ, иногда съ разныхъ точекъ зрѣнія. А между тѣмъ такая работа крайне необходима. Пока дѣйствуютъ еще зодіе перваго періода земской медицины, ихъ устная рѣчь до вѣкоторой степени пополняетъ недостатокъ связнаго изложенія, мотивированныхъ критеріевъ и идеаловъ, которые свѣтили имъ, къ которымъ они стремились. Но ряды этихъ ветерановъ становятся уже чрезвычайно рѣдкими; голоса слабѣютъ. Довольствоваться тѣмъ, что подъ ихъ влияніемъ воспиталось новое поколѣніе врачей, усвоивъ ихъ завѣты, что на практикѣ образовалась земско-медицинская школа, едва-ли можно. Конечно, такая практическая школа имѣетъ очень большое значеніе; но едва-ли ее можно считать прочной, надежной хранилищемъ завѣтовъ и не случайной въ смыслѣ полноты ихъ усвоенія, если основныя принципы ея не просвѣтлены критикой и не выдѣлены отъ случайныхъ явленій и стороннихъ наносовъ. Врачи, которымъ приходилось испытывать влияние носителей земско-медицинскихъ завѣтовъ, дѣйствовать подъ ихъ непосредственнымъ руководствомъ и указаніями, несомнѣнно, будутъ стремиться къ поддержанію преобладающей въ развитіи дѣла; но, помимо ихъ, ежегодно вливаются въ среду земскихъ врачей сотни работниковъ, не прошедшихъ никакой общественной школы, совершенно чуждыхъ исторіи земской медицины, не знающихъ ея идеаловъ. И узнать ихъ негдѣ; они почти не выдѣлены изъ различнаго мусора, изъ временныхъ наслоевъ и случайныхъ влияній; они затерялись въ огромныхъ малодоступныхъ, иногда вовсе недоступныхъ, фоліантахъ земскихъ изданій. Выловить ихъ оттуда, это и для присяжнаго любителя земской литературы трудъ огромный, а для рядового врача рѣшительно непосильный. И остается молодежь,

наго коюшаса и принуждена разбираться, какъ умѣетъ, подъ влияніемъ лишь своего темперамента, злобы дѣя, случайныхъ вѣяній и не менѣе случайнаго земско-медицинскаго преданія. Разумѣется, новыя времена—новыя пѣсни, и, возможно, изъ старыхъ идеаловъ и завѣтовъ нѣкоторые будутъ отвергнуты новыми поколѣніемъ; это уже его дѣло; старыя пѣсни все же должны быть и должны быть въ удобоваримомъ видѣ; онѣ необходимы, чтобы не приходилось вторично открывать Америку; необходимы, если не для того, чтобы ихъ распѣвали, такъ для того, чтобы ихъ знали, чтобы онѣ служили матеріаломъ для новыхъ. Кому-же записать эти пѣсни, какъ не тѣмъ, кто слогалъ и кто распѣвалъ ихъ въ теченіи всей своей жизни?»...

2192. Цѣнная *библіотека* покойнаго начальника В. Медицинской Академіи проф. А. И. Таренцова, какъ сообщаютъ «Извѣстія В. Медицинской Академіи» (октябрь), *принесена въ даръ* его вдовой кабинету нормальной анатоміи Академіи.

2193. Вдова бывшаго предсѣдателя Общества Одесскихъ врачей д-ра А. М. Финкельштейна пожертвовала Обществу всю его *библіотеку*.

2194. Возвратившійся съ Д. Востока д-ръ С. Э. Биронъ *принесъ въ даръ* хирургическому Музею В. Медицинской Академіи в. цѣнную *коллекцію охотничьихъ снарядовъ*, принявшихся въ Японскую войну. Д-ръ Кошкинъ пожертвовалъ *библіотекѣ Академіи книги и журналы* медицинскаго содержанія въ количествѣ 129 названій («Извѣстія В. Медицинской Академіи», октябрь).

2195. Какъ сообщаютъ общія газеты (1 ноября), братья В. П. и А. Бахрушины изъявили готовность пожертвовать Москвѣ 400000 р. на устройство подъ Москвою *сельско-хозяйственной колоніи-пріюта для брошенныхъ мальчиковъ*. 100000 р. назначаются на постройку здания и 300000 р. на содержаніе. Постройка колоніи должна быть осуществлена въ 2 года.

2196. Въслѣдствіе *реорганизации управленія Сабуровой дачей* (см. выше, № 13, стр. 410 и № 23, стр. 720) Харьковскому губернскому санитарному Совету, какъ сообщать «Врачебная Хроника Харьковской губ.» (№ 7—8), въ засѣданіи 22-го августа 1906 г. предстояло рекомендовать врачей на замѣщеніе 16 вакансій—5 ординаторовъ психіатровъ, 5 ординаторовъ - преподавателей фельдшерской школы, 1 завѣдующаго ею и 3 сверхштатныхъ ординаторовъ. При открытіи засѣданія предсѣдатель напомнилъ, что названныя 17 мѣстъ оказались свободными потому, что Земство, привлекая, согласно плану реорганизации, врачей къ участію въ завѣдываніи больницей, нашло необходимымъ поставить приглашеніе врачей въ новыя условія, дающія лишнія гарантіи въ правильности выбора кандидатовъ, и потому рѣшило кандидатуры обсуждать въ санитарномъ Советѣ. Всѣ ординаторы, приглашенные въ теченіи послѣднихъ мѣсяцевъ, приглашались въ качествѣ временныхъ, съ предупредженіемъ, что имъ предстоитъ еще пройти чрезъ выборы. Управа не предполагала перебаллотировать только давно служащихъ и занимающихъ штатныя мѣста психіатровъ П. Р. Ферзмана и И. Р. Разимова; но они сами пожелали баллотироваться. Что касается ординаторовъ соматическихъ отдѣленій, служащихъ тоже давно и занимающихъ постоянныя штатныя должности, то Управа сочла нужнымъ объявить эти мѣста вакантными также, какъ и мѣста преподавателей фельдшерской школы, хотя послѣдніе уже прошли чрезъ выборъ въ педагогическомъ Советѣ,—сочла нужнымъ потому, что условія службы и обязанности какъ ординаторовъ соматиковъ, такъ и преподавателей школы теперь измѣнены въслѣдствіе постановленія земскаго Собранія, чтобы преподаваніе клиническихъ предметовъ и завѣдываніе отдѣленіями находились въ однихъ и тѣхъ-же рукахъ. Послѣднее слово, самое назначеніе Управа оставила за собой, заявивъ, что, «конечно, съ указаніями Совета нравственно она должна будетъ считаться». Такъ какъ въ засѣданіи 22-го августа составъ Харьковского губернскаго Совета былъ расширенъ всеми врачами Сабуровой дачи—психіатрами, соматиками и преподавателями школы, которыхъ Управа притянула, опираясь на постановленіе земскаго Собранія, предложившаго по вопросу о рекомендаціи врачей Сабуровой дачи усилить Советъ включеніемъ въ него всей врачебной Коллегіи губернской больницы, и такъ какъ многие изъ этихъ врачей приглашены лишь временно и почти всѣ выступаютъ кандидатами на выборахъ, то Советъ большинствомъ 22 противъ 17 рѣшилъ устранить всѣхъ врачей Сабуровой дачи, не состоящихъ постоянными членами Совета, отъ подачи голоса при баллотировкѣ на вакантныя мѣста. По представленіи результатовъ баллотировки Управой назначены: врачи психіатры: П. Р. Ферзманинъ, И. Р. Разимовъ, А. Г. Иносовъ, А. В. Саванелли, А. З. Рабиновичъ, С. П. Цытаевъ, С. Н. Давиденковъ и Ю. О. Пласская; врачъ, завѣдующій фельдшерской школой П. И. Джигурда; преподаватели - ординаторы: Н. П. Разманиновъ, Е. К. Истоминъ, Ф. Ю. Розе, С. О. Дехановъ и А. А. Кнабе. Старшимъ врачомъ назначенъ П. Р. Ферзманинъ. Въ общемъ Управа придерживалась порядка распредѣленія кандидатовъ по числу полученныхъ ими записокъ во врачебномъ Советѣ, нѣсколько отклонившись отъ этого порядка лишь при назначеніи Ю. О. Пласской (10 гол.) и С. М. Цытаева (9 гол.), минуя К. С. Фіалковского (17 гол.) и Л. Фелицыну-Гурвичъ (12 гол.) и при назначеніи С. О. Деханова (6 гол.) и А. А. Кнабе (5 гол.), минуя К. Г. Славскаго, М. Д. Черникова (по 10 гол.), К. Н. Смирнова (9 гол.) и Н. В. Власова (8 гол.). На томъ-же засѣданіи санитарному Совету, въ виду состояшагося сокращенія числа санитарныхъ врачей Харьковской губ. съ 11 до 3, предстояло

условиях. Рѣшено было изъ существующей программы ихъ работу сохранить преимущественно тѣ, которыя имѣютъ ближайшее практическое значеніе, и для осуществленія ихъ раздѣлить губернію на 3 района по числу оставленныхъ врачей.

2197. *Ин. Баюшевъ* въ книгѣ *«Минеральные источники Забайкалья»* (Москва, 1905 г., изд. М. Д. Бутина) рисуетъ заброшенность и неустройство, царящее почти на всѣхъ Забайкальскихъ источникахъ, изъ которыхъ нѣкоторые имѣютъ выдающіяся бальнеотерапевтическія свойства. Курорты по большей части вовсе не имѣютъ хозяйствъ. Больные пріѣзжаютъ сюда безъ медицинскаго совѣта и наставленія; лечатся безъ врачебнаго и даже фельдшерскаго наблюденія, — въ лучшемъ случаѣ по приговору «ареопага изъ мѣстныхъ больныхъ». А какіе совѣты даетъ обыкновенно этотъ ареопажъ изъ мѣстныхъ больныхъ, можно видѣть по господствующимъ тамъ способамъ леченія. Больные пьютъ воду въ громадныхъ количествахъ (50—80 стакановъ въ день), принимаютъ горячія ванны очень высокой температуры, усиленно моютъ минеральной водой больные глаза, обливаютъ голову горячей водой «до растопленія мозговъ и кровы». Грязевое леченіе производится нерѣдко въ мѣстахъ естественнаго скопленія грязи — напр., въ ямкахъ между кочками, гдѣ температура грязи 1—40°. Говоря о будущемъ Забайкальскихъ курортовъ, авт. высказываетъ слѣдующіе справедливые взгляды: «Не нужно выбирать источники, которые слѣдуетъ устроить, — нужно устроить всѣ; не нужно затрачивать на нѣкоторые курорты большіе капиталы, — лучше употребить народныя деньги на ближайшее дѣло, на устройство «своего» ключа; не нужно устраивать грандіозныхъ роскошныхъ сооружений на одномъ, двухъ ключахъ, — необходимо на всѣхъ ключахъ сдѣлать самое полезное, но простое, на точныхъ указаніяхъ практической бальнеологии, но безъ затѣй чуждой и вредной для дѣла роскоши и тщеславія».

2198. Попечитель Одесскаго учебнаго округа, какъ передаетъ «Одесскія Новости» (9 ноября), предложилъ училищнымъ врачамъ средне-учебныхъ заведеній *вести преподаваніе гизмъ по возможности наглядно*, сопровождая его предьявленіемъ рисунковъ, препаратовъ, приборовъ, а также осмотрами имѣющихся въ городѣ санитарныхъ сооружений, водопровода, боевъ, станцій для подачи скорой помощи и др. учреждений. — Нельзя не отнестись сочувственно къ такому предложенію, но вмѣстѣ съ тѣмъ нельзя не замѣтить, что наглядное преподаваніе гизмъ возможно лишь при извѣстной обстановкѣ. Предоставили-ли попечитель округа училищнымъ врачамъ средства для пріобрѣтенія соответствующихъ приборовъ, рисунковъ и пр.?

2199. Общество скорой врачебной помощи въ Вильнѣ *слабитъ жалкое существованіе*, и, если ему не придутъ на помощь денежной поддержкой, то, какъ передаетъ «Przegląd lekarski» (17 ноября), черезъ 5—6 мѣс. оно и вовсе прекратитъ свою дѣятельность.

2200. «Сегодня» (8 ноября) передаетъ, будто на Путиловскомъ заводѣ въ Петербургѣ рабочіе, проболѣвшіе болѣе 2-хъ недѣль, *успокоились съ завода*. Вѣрно-ли это?

2201. «Русскія Вѣдомости» (12 ноября) сообщаютъ, что *профессіональные Союзы рабочихъ* обратились во всѣ частныя лѣчебницы Москвы съ просьбой *организовать для нихъ помощь* какъ амбулаторную, такъ и на дому въ виду того, что въ городскихъ больницахъ и амбулаторіяхъ, вслѣдствіе ихъ переполненія, добиться медицинской помощи трудно, а подача помощи больнымъ на дому пока еще городомъ не организована. Частныя лѣчебницы сочувственно отнеслись къ этой просьбѣ, и уже предполагается созвать Совѣщаніе изъ представителей ихъ для обсужденія вопроса объ оказаніи помощи на дому членамъ Союзовъ, при чемъ имѣется въ виду организовать ее по районамъ, прилегающимъ къ лѣчебницамъ.

2202. Созванное въ Одессѣ при окружномъ в.-медицинскомъ Управленіи Совѣщаніе изъ всѣхъ военныхъ врачей гор. Одессы, какъ передаетъ «Одесскія Новости» (7-го ноября), признало, что нынѣшній врачебно-полицейскій *надзоръ за проституцией* безусловно не достигаетъ цѣли, являясь лишь принудительной формой униженія и оскорбленія для проститутокъ. Единственной цѣлесообразной мѣрой, которая можетъ оградить здоровье солдатъ, было-бы, по мнѣнію Совѣщанія, передача надзора за проституціей въ вѣдѣніе городского общественнаго Управленія.

2203. Какъ пишутъ «Тулской Рѣчи», (1 ноября) изъ Елифана, очередное уѣздное земское Собраніе 28-го сентября большинствомъ 11 противъ 6 голосовъ постановило допустить въ санитарный Совѣтъ съ правомъ рѣшающаго голоса 1 фельдшера. *Постановленіе это губернаторомъ было отпротестовано* безъ всякой мотивировки, безъ ссылки на какую-либо статью закона и передано на разсмотрѣніе губернскаго по земскимъ дѣламъ Присутствія. О несогласіи постановленія съ закономъ не можетъ быть и рѣчи, по разъясненію автора корреспонденціи, ибо никакого общаго закона, который регламентировалъ-бы составъ санитарныхъ Совѣтовъ, въ дѣйствительности нѣтъ. Напротивъ того, имѣется законъ, на основаніи котораго право учрежденія и опредѣленія состава санитарныхъ Совѣтовъ предоставлено всецѣло компетенціи земскихъ Собраній. Этимъ закономъ, ясно выраженнымъ въ ст. 2 п. 8 § 61.2 п. 2 и 105 полож. о зем. учр., руководилось Елифанское уѣздное Собраніе 11 лѣтъ назадъ, вырабатывая правила, опредѣляющія составъ и функціи мѣстнаго санитарнаго Совѣта, и нисколько не нарушило этого закона и своими послѣдними постановленіемъ.

2204. Въ Вильнѣ открыта *фельдшерская школа для мужчинъ и женщинъ* («Przegląd lekarski», 17 ноября).

*смихъ врачей и естествоиспытателей*. Главный секретарь ч. пр. *Adam Szulistawski* (Lwów, Jagiellonska, 8), къ которому и слѣдуетъ обращаться за справками («Medycyna», 24 ноября).

2206. Въ «La Presse médicale» (21 ноября) *Emir F. Khat*, прикомандированный въ качествѣ старшаго врача къ персскому посольству и работавшій ранѣе въ Val-de-Grâce, въ статьѣ «S. M. J. Mozaffar-Eddine Shah et le développement scientifique en Perse» свидѣтельствуетъ о возрожденіи своей родины въ смыслѣ подѣла интереса въ народѣ къ наукамъ и искусствамъ, при чемъ большое значеніе въ этомъ отношеніи придаетъ личному вліянію шаха и его наслѣдника. Благодаря постояннымъ работамъ шаха о санитарномъ состояніи имперіи, частью выполненны, частью намѣчены многія *реформы въ постановкѣ медицинскаго дѣла и въ частности медицинскаго образованія*. Учреждены врачебныя пункты въ крѣпостяхъ, въ частности въ портахъ Персидскаго залива, а верховнымъ санитарнымъ Совѣтъ въ Тегеранѣ занялъ почетное мѣсто среди международныхъ санитарныхъ Совѣтовъ. Для созданія въ Персіи компетентнаго врачебнаго сословія императорскимъ указомъ разрѣшено — вещь, прежде трудно достижимая — каждому желающему персу такъ учиться за границу. Болѣе того, учреждены стипендіи, благодаря которымъ многіе персы могли уже обучаться медицинѣ или совершенствоваться въ той или другой спеціальности въ Европѣ. Большинство изъ нихъ работали на факультетахъ Парижской и Лионской, при чемъ многіе, уже давно получивъ дипломы, вернулись въ Персію, гдѣ правительствомъ имъ ввѣрены санитарныя организаціи въ различныхъ округахъ. Теперь уже лица, не имѣющія дипломовъ, съ трудомъ могутъ пріобрѣсти практику, и правительствомъ отказывается имъ въ назначеніи на каки-либо должности; если при обширности имперіи, не смотря на значительное число обладающихъ необходимыми свѣдѣніями персскихъ врачей, ихъ оказывается недостаточно, правительство предпочитаетъ приглашать европейскихъ врачей, чѣмъ передавать врачебно-санитарное дѣло въ неопытныя руки. Такихъ образомъ на службѣ въ Персіи числится много иностранцевъ — врачей нѣмецкихъ, англійскихъ, русскихъ и особенно французскихъ. Намѣченъ уже проектъ обязательности для врачей диплома, равнаго дипломамъ врачей европейскихъ. Въ 1900 г. на государственный счетъ были посланы за границу, главнымъ образомъ во Францію, для изученія медицинъ 20 молодыхъ людей, изъ которыхъ нѣкоторые, будучи приняты въ Военную Медицинскую Школу въ Lyon'ѣ (École du service de santé militaire de Lyon), предназначаются въ будущемъ, послѣ спеціализаціи въ Ecole d'application du Val-de-Grâce и въ гражданскихъ госпиталяхъ, для преобразованія военной санитарной организаціи въ Персіи. Авт. заканчиваетъ свою статью выраженіемъ увѣренности, что Персія удивитъ міръ быстротой своихъ научныхъ успѣховъ, какъ удивила его почти внезапношнимъ преобразованиемъ своего государственнаго строя. — Въ добрый часъ! Мы, какъ ближайшіе сосѣди Персіи, много страдавшіе отъ заноса къ намъ изъ ея предѣловъ такихъ бичей народныхъ, какъ холера, чума, особенно заинтересованы въ работѣ, ея правительства о санитарномъ благосостояніи страны. Будемъ надѣяться, что съ этой стороны сосѣдство Персіи въ скоромъ времени будетъ для насъ менѣе опаснымъ.

2207. Проф. *Albarran*, недавно заступившій въ Парижѣ мѣсто проф. *Guyon'a*, посвятилъ свою 1-ую лекцію по квинтѣ мочеполювыхъ болѣзней *историческому обзору ученія о леченіи болѣзней мочевыхъ путей*. Въ напечатанной въ «Presse médicale» (17 ноября) лекціи этой сообщается много интересныхъ историческихъ данныхъ по этому вопросу и приводятся нѣсколько снимковъ съ рѣдкихъ картинъ 16-го и 17-го столѣтій, изображающихъ врача у постели больного, страдающаго болѣзнями почекъ и мочевыхъ путей.

2208. Д-ръ *Steiner*, директоръ итальянскаго Института по фото-радио-терапии, получилъ предложеніе отъ городского Управленія Рима организовать правильное *леченіе пармъ* — болѣзней, очень распространенной въ окрестностяхъ итальянской столицы («Le Radium», октябрь).

2209. Въ послѣднее время цѣлый рядъ авторовъ (*Patrik Manson, Nutall, Désfosses, Poncetton* и др.) обращаютъ вниманіе на *опасность*, которая угрожаетъ побережью Индо-Китая, Индіи и портамъ Краснаго и Средиземнаго морей *отъ заноса желтой лихорадки*, вслѣдствіе близжащаго *открытія Панамскаго канала*. Подобно тому, какъ прорытіе Суэзскаго канала открыло новый путь для заноса въ Европу чумы и холеры изъ Индіи, прорытіе канала Панамскаго откроетъ новый, близкій путь для заноса черезъ Индіискій океанъ желтой лихорадки съ ея роднымъ — Мексиканскимъ заливомъ и Антильскими островами. Д-ръ *Poncetton* въ «La Nature» (октябрь—ноябрь) и д-ръ *Désfosses* въ «Presse médicale» (17 ноября) посвящаютъ обстоятельныя статьи этому вопросу и обращаютъ вниманіе гигиенистовъ на грозящую Европѣ опасность. Хотя желтая лихорадка и заносилась уже нѣсколько разъ въ порты Испаніи и Франціи кораблями, приходящими изъ Средней Америки, но до сихъ поръ не имѣла здѣсь значительнаго распространенія потому, что въ холодное время года эпидемія сама собой прекращалась. Съ прорытіемъ Панамскаго канала болѣзнь эта, которую Индіи до сего времени еще не знала, безъ сомнѣнія, будетъ занесена и въ эту колыбель всякихъ типичныхъ заразы, а отсюда уже легко будетъ заноситься черезъ Суэзскій каналъ въ южную Европу. Возбудитель желтой лихорадки, какъ извѣстно, еще не открытъ; но за то открытъ способъ его передачи отъ больного здоровому исключительно черезъ посредство комара «*Stegomyia fasciata*», который, къ счастью, не распространяется въ Европу.

то на кораблях, идущих из Мексиканского залива или с Ацтекских островов в Индию и омывающих южную Америку, *Stegomia fasciata* до сих пор пропадали в пути от холода (у берегов Патагонии), а заболевшие от его укусов—обыкновенно матросы и в единичных случаях—очень скоро погибали. С прорытием Панамского канала корабли с зараженными комарами очень скоро проходят из Мексиканского залива в порты Индийского океана по жаркой полосе и, несомненно, перенесут заразу. Средства для борьбы с желтой лихорадкой до настоящего времени еще нет. Смертность от нее колеблется от 75 до 100%.—Если во Франции предвидать уже опасность от занесения желтой лихорадки во французские колонии Индо-Китаю, а отсюда и дальше, то не мешало бы подумать и у нас об этой же опасности по отношению к побережью Черного моря на Кавказе, в Крыму и вообще на Юге России, где в летнюю пору жара бывает почти тропическая и, следовательно, занесенная на корабль зараженный «*Stegomia fasciata*» может остаться живым и передать заразу укушенному. До настоящего времени желтой лихорадки в России еще не было.

2210. Умерли: 1) 21-го октября в Омске убит директор фельдшерской школы *Борис Михайлович Мариупольский* («Современная Мысль», 11 ноября), родившийся в 1863 г., а звание врача получивший в 1890 г.—2) 2-го ноября в психиатрической больнице Уфимского губернского Земства *Никандр Ефимович Нарышкин*, родившийся в 1846 г. звание врача получивший в 1874 г.<sup>1)</sup>—3) 14-го ноября, в Берлине, скоропостижно, проф. Берлинского Университета и директор Института для массажа при нем *Исидор Вениаминович Заблудовский*.

В дополнение к известию о смерти проф. К. Θ. Аргамельского помешавшего следующую его некролог, любезно присланный нам глубокоуважаемым проф. В. С. Груздевым. 29-го ноября, в Казани, скончался один из самых молодых профессоров Казанского Университета, экстраординарный профессор по кафедре фармакологии *Константин Федорович Аргамельский*. Покойный был сын священника Владимирской епархии и в детстве прошел суровую школу нужды и лишений. Горючее стремление к знанию побудило его, по окончании курса духовной семинарии, не смотря на скудость средств, отправиться в Томск, Университет которого в ту пору был единственным доступным для семинаристов Университетом в России. Поступив здесь на медицинский факультет, К. Θ. уже на школьной скамье выдвинулся из среды своих товарищей и, будучи еще студентом, исполнял ассистентские обязанности в фармакологической лаборатории проф. П. В. Буржескина. По окончании курса «лекарем с отличием», К. Θ. был, в ноябре 1895 г., избран Советом Томского Университета на должность ассистента при кафедре фармакологии. В этой должности К. Θ. начал свою преподавательскую деятельность, ведя практические занятия по фармакологии и рецептуре со студентами 6-го семестра. В апреле 1896 г. он был командирован Советом Университета на 4 мѣс. в Петербург, в Институт экспериментальной медицины, где изучал способы приготовления целебных сыровоток в отделение покойного проф. В. М. Неникаю и знакомился с методикой физиологических исследований в лаборатории проф. И. П. Павлова. В следующем году К. Θ. летняя каникулу провел в Швеции, знакомясь с институтами и лабораториями медицинского факультета Упсальского Университета и Королевской Академии в Стокгольме. В 1899 г. он с успехом защитил диссертацию на степень доктора медицины и в том же году был командирован на 2 года за границу с ученой целью. Эти 2 года К. Θ. провел, занимаясь по фармакологии у проф. *Gottlieb'a* (в Heidelberg'e), *Binz'a* (в Bonn'e) и *Schmiedeberg'a* (в Strassburg'e), по физиологии—у *Ewald'a* (в Hei-

delberg'e) и *Pflüger'a* (в Bonn'e), по химии—у *Curtius'a* (в Heidelberg'e) и *Hofmeister'a* (в Strassburg'e) и пр. По возвращении из заграничной, в ноябре 1901 г., К. Θ. был избран медицинским факультетом Томского Университета в чл. преподавателя фармакологии и в этом звании начал читать курс общей экспериментальной токсикологии для студентов 6-го семестра. В следующем году покойный выступил кандидатом на вакантную кафедру фармакологии в Казанском Университете и одновременно перешел на службу в Одессу лаборантом фармакологической лаборатории только-что открытого там медицинского факультета. Недолго, однако, пришлось покойному быть на этой должности: ученые труды его выдвинули молодого ученого из среды других сокурсников на кафедру в Казани (всего на последнюю конкуррировали 5 чел.), и весной 1903 г. К. Θ. был блестяще избран в профессора сначала медицинским факультетом, а затем и Советом Казанского Университета. Уже первые шаги покойного в деятельности профессора обнаружили, что Казанский Университет не ошибся в своем выборе: К. Θ. проявил себя способным преподавателем, даровитым исследователем, неутомимым тружеником и добрым товарищем. Его лаборатория стала привлекать к себе многочисленных работников как из числа врачей, так и из среды студентов. Сам К. Θ. подавал своим ученикам пример неутомимой деятельности, пытаясь работать над различными вопросами из области своей специальности. Помимо научных достоинств, всех привлекала к покойному его светлая нравственная личность: скромный, даже застенчивый в обращении, покойный был сердечным, отзывчивым человеком, всегда готовым помочь нуждающемуся словом и делом. Это было в полном смысле «профессор-друг» для своих учеников, как охарактеризовала его надпись на одном из вышних, возложенных на его гроб. Также самые качества проявил К. Θ. и в своей деятельности в качестве секретаря факультета, каковую должность он стал исправлять вскоре после своего прибытия в Казань. Нет сомнения, что, проживи он дольше, он сделался бы одним из самых выдающихся представителей медицинского факультета Казанского Университета. Но судьба судила иное: К. Θ. скончался, прожив едва 3 года на кафедре и имея всего 36 л. от роду, при чем безвременная смерть его вызвала всеобщую скорбь как среди его товарищей-профессоров, так и среди студентов... Мы остаемся добавит, что К. Θ. оставил после себя следующие печатные труды: 1) К фармакологии бромистого ареколина, «Врач», 1896 г., № 26—27; 2) Можно ли мускус иметь значение, как возбуждающее? «Врач», 1896 г., № 46—47; 3) Материалы к фармакологии бромистого ареколина, Диссертация, Томск, 1899 г.; 4) Die Wirkung des Destillats von Kaffee und von Thee auf Atmung und Herz. «Archiv intern. de pharmacodynamie et de therapie», т. VII, № 5—6; 5) Ueber Rhododendrol, Rhododendrin und Andromedotoxin. «Archiv f. experim. Pathologie und Pharmacologie», 1901 г., т. 46, тетр. 3—4; 6) Ueber die Vertheilung des Chloralhydrats und Acetons im Organismus, там же, тетр. 5—6; 7) О самозащитных органах при отравлении. Вступительная лекция; 8) Способ влияния пилокарпина на деятельность сердца. Доклад в Обществе естествоиспытателей и врачей при Томском Университете; автореферат в «Протоколах» Общества за 1897/8 г.; 9) О влиянии некоторых ядов на продолжительность периода скрытого возбуждения в мышцах лягушки. Доклад там же; автореферат в «Протоколах» Общества за 1898/9 г.; 10) (совместно с проф. И. М. Догелем) Der bewegungshemmende und der motorische Nervenapparat des Herzens. «Archiv f. d. ges. Physiologie», т. 113; 11) (совместно с проф. И. М. Догелем) Nouvelles données sur le rôle du système nerveux dans la fonction du coeur. «Comptes rendus des seances de l'Acad. de Sciences de Paris», 25 июля, 1904 г. Кроме того, одна работа покойного, сделанная совместно с проф. Догелем, как раз в день смерти К. Θ. была послана в печать.

Опечатки. 1. В № 42 и 43 в статье ч. пр. М. А. Ченова—«Об экспериментальном сифилисе у обезьян» на стр. 1298, столб. 1, строка 26 св. напечатано: *Tavaut*; следует *Ravaut*; на стр. 1299, столб. 2, строка 33 св. напечатано: скелет; следует: железы; на стр. 1333, столб. 1, строка 26 св. напечатано: *Stoehlin*; следует: *Staelin*; там же стр. и столб., строка 7 св. напечатано: *Rovaut*; следует: *Ravaut*; на стр. 1334, столб. 2, строка 15 св. напечатано: селезеночный; следует: селезенка; на стр. 1336, столб. 1, строка 36 св. после слов «то опыты» следует добавить: «И. Н. Мечников»; на стр. 1337, столб. 2, строка 26 и 28 св. впереди слов: «на этом же Сьвадь» и послѣ: «верных результатов» надо поставить скобки.

2. В № 45 в письме Л. Б. Бертсона—«Последняя Конференция Международного Союза по борьбе с бугорчаткой» на стр. 1417, столб. 1, строка 18—17 св. напечатано: «Полного затишья, к нашему несчастью, не только не поступило до сих пор, но...»; следует: «Однако, полного затишья не только не наступило, но...».

3. В том же № в «Письме в редакцию» д-ра Терешенкова на стр. 1422, столб. 1, стр. 19 св. напечатано: «председателя Комиссии по выбору кандидатов»; следует: «члена-докладчика Комиссии по выбору кандидатов».

Многоуважаемый В. М. Зиль любезно известил нас, что в Вессьенском Земстве, Тверской губ. имеются 2 вакансии врачей: 1) в г. Вессьенском—жалованья 1200 р., квартирных 200 р. в год и 2) в с. Доброгоши—жалованья 1200 р. в

<sup>1)</sup> Глубокоуважаемый товарищ Я. Ф. Каплан, заведующий колонией, сообщая нам это известие, прислал вместе с тем следующую биографическую справку о покойном. По окончании курса Н. Е. около 10 лет прослужил на Амуре. В 90-х годах он был Семипалатинским областным врачом. За упорядочением этой должности переехал в Омск, где живуть его дети. В последнее время Н. Е. жил, повидимому, совсем одиоко вдали от своей многочисленной семьи (у него 12 чел. детей), в г. Верхнеуральск, Оренбургской губ., откуда 28-го сентября и был доставлен в Уфимскую больницу *полицей* в самом жалком виде. В марте текущего года Н. Е. заболел тяжелой формой органического мозгового страдания, которая и свела его в могилу: он перенес несколько мозговых инсультов с последовательными паретическими явлениями, разстройством речи и психики. В больнице Н. Е. все время был в крайне тяжелом состоянии вследствие резко выраженной парафазии. На вскрытии у него найдено обширное размягчение лобного полушария мозга. Н. Е. умер вдали от родных и знакомых, на руках больничных товарищей, никогда ранее его не знавших и лишенных возможности общения с ним вследствие тяжелого поражения его речи. Поэтому сообщаемым им свед-

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

## ЕЖЕНЕДЕЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Нѣмецкіе.

Berliner klinische Wochenschrift. № 13. 1. G. Krönig. Ueber das Verhalten des medialen Abschnitts der hinteren oberen Dämpfungsgrenze bei pleuralen Flüssigkeitsansammlungen. 2. Kempner. Ueber Störungen im Augengebiet des Trigemini, speziell des Cornealreflexes und ihre diagnostische Verwertung. (Не окончена). 3. A. Buschke und W. Fischer. Weitere Beobachtungen über Spirochaete pallida. 4. F. Hirschfeld. Ueber Arteriosklerose und Nephritis. (Не окончена). 5. H. Roeder. Die Lungentuberkulose im schulpflichtigen Alter. О бугорчаткѣ у школьных дѣтей. 6. Praktische Ergebnisse. Hildebrandt. Die Prognose und Therapie der Schädelverletzungen durch die modernen Kriegswaffen. 7. B. Fränkel. Wem gebührt die Priorität der Erfindung der Laryngoskopie? Кому принадлежит честь изобрѣтенія ларингоскопа?

№ 14. 1. F. A. Hoffmann. Ueber die moderne Therapie der chronischen Herzkrankheiten. 2. A. Schmidt. Ueber die Wechselbeziehungen zwischen Herz und Magen-Darmleiden. 3. A. Strasser und B. Blumenkranz. Zur Therapie der Nephritis. 4. O. Kaiserling. Ueber Nervosität im Anschluss an gynäkologische Operationen. После гинекологических операций развивается нейрастения. 5. A. Uffenheimer. Ueber das Verhalten der Tuberkelbacillen an der Eingangspforte der Infektion. Полемическая статья. 6. Kempner. Ueber Störungen im Augengebiet des Trigemini, spezielle des Cornealreflexes und ihre diagnostische Verwertung. О разстройствѣхъ рефлексовъ глаза. 7. Hirschfeld. Ueber Arteriosklerose und Nephritis. 8. Praktische Ergebnisse. Maass. Die neueren Abführmittel. Обзоръ.

№ 15. 1. C. Binz. Ueber Eucillin und Aristochin gegen Keuchhusten. Авторъ рекомендуетъ оба препарата для леченія коклюша. 2. O. Rosenbach. Die paravertebrale Aufhellungszone bei pleuritischen Exsudaten (sogen. Gerland'sches Dreieck). Полемическая статья. 3. H. Liefmann. Ueber die Komplementablaukung bei Präcipitationsvorgängen. Экспериментальная работа. 4. Uhlich. Ueber einen Fall von akutem Brom-Exanthem bei Morbus Basedowii. Описание случая. 5. Winternitz. Alles und Neues zur hydatidischen Technik. Клинический очеркъ. 6. Max Litthauer. Ueber abdominale Netztorion und retrograde Incarceration bei vorhandenem Leistenbruch. Описание случая. 7. Praktische Ergebnisse. K. Kutscher. Typhus, Wasser und Nahrungsmittel. О зараженіи тифомъ черезъ воду и пищевые продукты. 8. Klimek. Die Skrophulose und deren Behandlung. Клинический очеркъ. 9. Wick. Ueber die Beziehungen der Radiumemanation in der Gasteiner Therme zu deren Heilkraft. (Не окончена).

№ 16. 1. E. F. Bashford. Einige Bemerkungen zur Methodik der experimentellen Krebsforschung. Къ методикѣ прививки злокачественныхъ опухолей животнымъ. 2. L. Pick. Ueber die Ochronose. (Не окончена). 3. H. Schmidt. Transitorische doppelseitige Amaurose mit erhaltener Pupillenreaktion und amnestische Aphasie nach Krampfanfall. Описание случая. 4. J. Cohn. Zur Würdigung der Bottini'schen Operation. На основаніи 30 операций довольно благоприятны отъѣвъ. 5. Praktische Ergebnisse. I. Vogel. Ueber Hämaturien. Клинический очеркъ.

№ 17. 1. H. Senator. Zur Kenntniss des Skorbut. Описание случая. 2. Goldscheider. Fall von Herzneurose und Arteriosklerose nach Trauma. Описание случая. 3. G. Krönig. Das native Blutpräparat in seiner Bedeutung für den praktischen Arzt. Авторъ утверждаетъ, что исследование свѣжаго, неокрашеннаго препарата крови можетъ вполне замѣнить исследование окрашенныхъ препаратовъ. 4. A. Bickel und L. Pincus-son. Ueber den Einfluss einer Kreosot-Formaldehydverbindung auf den Stoffwechsel. Исследование вліянія Pneumin'a на обменъ у собакъ. 5. I. Wohlgemuth. Zur Kenntniss der Lysovergiftung. 6. L. Pick. Ueber die Ochronose. (Не окончена). 7. Praktische Ergebnisse. C. Bruhns. Neuere Erfahrungen und Anschauungen über die syphilitischen Erkrankungen der Cirkulationsorgane bei acquirierter Lues. Краткій обзоръ. 8. König. Bemerkungen zu dem Bildungsgang des Arztes. 9. L. Wick. Ueber die Beziehungen der Radiumemanation in der Gasteiner Therme zu deren Heilkraft. 10. E. Epstein. Ueber Höhenklima mit besonderer Berücksichtigung der Höhenstationen der deutschen Alpen Oesterreichs. 11. M. Guhr. Heliotherapie der Psoriasis. 12. A. Loebel. Trink und Badekuren bei Erkrankungen des Wurmfortsatzes.

№ 18. 1. M. Jaffé. Ueber das Auftreten isolierter Abscesse in den Spätstadien der Perityphlitis. Клинический очеркъ. 2. H. Hirschfeld. Ueber schwere Anämien ohne Regeneration des Knochenmarks. Описание 2-хъ случаевъ. 3. Rollin. Ursachen der belegten Zunge. 4. M. Goldbaum. Beitrag zu einer wichtigen augenärztlichen Frage. Авторъ проповѣдуетъ введеніе опе-

ративнаго леченія отслоенія сѣтчатки по Deutschnann'y. 5. A. v. Poehl. Die Vorzüge der Kombination der Organotherapie mit den physikalisch-diätetischen und balneotherapeutischen Mitteln und einige Beweismethoden dafür. (Не окончена). 6. L. Pick. Ueber die Ochronose. (Продолжение). 7. Praktische Ergebnisse. H. Marx. Morphisten vor dem Strafrichter. Судебно-медицинскій очеркъ. 8. A. Loebel. Trink und Badekuren bei Erkrankungen des Wurmfortsatzes. О значеніи бальнеологическаго леченія аппендицита. 9. O. Burwinkel. Ueber Angina pectoris. 10. M. Siegfried. Ueber die Veränderung des physiologischen Verhältnisses zwischen Atmung und Pulbeschaffenheit bei Herzkrankheiten und ihre Bedeutung für Prognose und Therapie. 11. J. Jacob. Pathologie und Therapie des Morbus Basedowii. 12. K. Ullmann. Ueber Stauungs- und Saugtherapie bei einigen Affektionen der Haut und der Geschlechtsorgane. (Не окончена).

№ 19. 1. E. de Renzi. Ueber einige Entzündungen und Hoffnungen bei der Behandlung der Tuberkulose. Краткое сообщеніе о результатахъ экспериментальной работы по бугорчаткѣ. 2. L. Hirschstein. Zur Methodik der Aminostoffbestimmung im Harn. Авторъ провѣрялъ способъ Neuberg'a и нашелъ его для мочи невѣрнымъ. 3. L. Pick. Ueber die Ochronose. Описание рѣдкаго случая. 4. L. Langstein. Zum Chemismus der Ochronose. О давнихъ химическаго исследования того же случая. 5. A. v. Poehl. Die Vorzüge der Kombination der Organotherapie mit den physikalisch-diätetischen und balneotherapeutischen Mitteln und einige Beweismethoden dafür. (Окончена). 6. Praktische Ergebnisse. E. Bunge. Uterusblutungen. Краткій клинический очеркъ. 7. K. Ullmann. Ueber Stauung und Saugtherapie bei einigen Affektionen der Haut und der Geschlechtsorgane. (Окончание). 8. E. H. Kisch. Ueber rhythmisch auftretende pathologische Symptome in der Menstruation und Menopause des Weibes und deren Balneotherapie. 9. Lenne. Ueber Diätregelung bei Diabetes mellitus. 10. P. Münz. Das Kinderheilstättenwesen in Deutschland. 11. I. Kugler. Balneologischer Bericht aus Marienbad. 12. A. Pollatschek. Zur Palpation des Abdomens. Вместо ощупыванія въ теплой ваннѣ предлагается ощупывать после теплыхъ припарковъ.

№ 20. 1. D. v. Hansemann. Ueber den Einfluss der Domestikation auf die Entstehung der Krankheiten. (Не окончена). 2. L. Meyer. Ueber die bakterizide Wirkung des Melioform. Испытаніе обеззараживающаго дѣйствія новаго препарата для неблагопріятный для послѣдняго результатъ. 3. C. H. Browning und H. Sachs. Ueber Antiamboceptoren. (Не окончена). 4. M. Rheinboldt. Zur baktericiden Wirkung radioactiven Mineralwassers. 5. C. Deutschländer. Die funktionelle Behandlung der Knochenbrüche. (Продолжение). 6. Focke. Welchen Wert haben Digitalis-Froschversuche für die Praxis?

№ 21. 1. Karewski. Ueber gebrauchsfertiges, dauernd steriles aseptisches Catgut. Описание новаго способа приготовленія кутгута. 2. F. Heinsheimer. Das Experiment in der Balneotherapie. Операция по проф. Павлову даетъ возможность исследовать дѣйствіе различныхъ минеральныхъ водъ на желудочное пищевареніе. 3. P. Ehrlich und H. Apolant. Erwiderung auf den Artikel des Herrn Dr. Baschford: Einige Bemerkungen zur Methodik der experimentellen Krebsforschung. Полемическая статья. 4. D. v. Hansemann. Ueber den Einfluss der Domestikation auf die Entstehung der Krankheiten. (Окончание). 5. C. H. Browning und H. Sachs. Ueber Antiamboceptoren. (Окончание). 6. C. Deutschländer. Die funktionelle Behandlung der Knochenbrüche. (Продолжение). 7. Praktische Ergebnisse. Helbron. Die Behandlung des Ulcus corneae serpens. Клинический очеркъ. 8. R. Fischl. Höhenklima und Seeluft als Heilmittel bei Kinderkrankheiten. 9. A. Pollatschek. Ueber Bleibe-Klystier. Авторъ рекомендуетъ при леченіи хроническихъ поносовъ остывшія клистиры по 50—150 куб. см. въ 50° C. 10. L. Nenadovicz. Badekuren bei Uterusmyomen und exsudativen entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Клинический очеркъ. 11. H. Bach. Beiträge zur Chlorose und ihrer Behandlung. (Не окончена).

№ 22. 1. S. Talma. Pyurie durch Leukocytose; Leukocytose-Pyämie. Описание 2-хъ случаевъ. 2. L. Kast. Experimenteller Beitrag zum Mechanismus der Magensekretion nach Probefrühstück. (Не окончена). 3. I. Bauer. Ueber den Nachweis der präcipitablen Substanz der Kuhmilch im Blute atrophischer Säuglinge. Автору удалось доказать присутствіе бѣлковъ коровьяго молока въ крови атрофическаго младенца. 4. P. Kronthal. Ist Hysterie eine Nervenkrankheit? 5. M. Senator. Ueber Schleimhaut-Lupus der oberen Luftwege. Клинический очеркъ. 6. C. Deutschländer. Die funktionelle Behandlung der Knochenbrüche. (Окончание). 7. Praktische Ergebnisse. L. Mohr. Einiges zur Pathologie und Therapie der Arteriosklerose. (Не окончена). 8. H. Bach. Beiträge zur Chlorose und ihrer Behandlung. 9. Grimm. Bemerkungen zur Therapie der harnsauren Diathese. 10. B. Tausch. Können wir den Einfluss der Mineralwässer auf die Magenfunction auf Grund physikalischer Gesetze erklären? Дать отрицательный отвѣтъ на поставленный вопросъ.



## Материалы для характеристики бугорчатковых поражений пищевода и желудка.

Ч. пр. Сергея Груздева.

(Окончание. См. выше, № 46, стр. 1432).

### 3.

Мой случай представляет сходство с только-что упомянутыми наблюдениями Alexander'a и др. в том отношении, что при жизни подозревался рак желудка (входа), со стороны же патолого-анатомической выдается в том отношении, что в нем имело место совместное язвенное страдание, несомненно бугорчаткового свойства, и пищевода и желудка одновременно, каковое сочетание наблюдалось до сих пор, по видимому, только 3 раза [Breus<sup>31</sup>], Erpinger<sup>32</sup>], Pitt<sup>33</sup>].

А. С., 63 л., крестьянин Виленьской губ., по занятиям сторожем, поступил в Кронштадтский морской госпиталь 30/х 1903 г. Болезнь дня 4: весъ ослабъ, болит животъ около пупка, опухли ноги; съ недѣлю плохо проходитъ твердая пища, вызывая боли вдоль грудины и рѣзъ въ животѣ; другихъ жалобъ нѣтъ (въ частности нѣтъ ни мокроты, ни вообще кашля). О прежнихъ болѣзняхъ разсказать ничего не можетъ—все забылъ; напоминаетъ, впрочемъ, что 5 лѣтъ назадъ хворалъ 2 недѣли какою-то лихорадкой, съ каковой поры начали по временамъ пухнуть ноги; назадъ тому 2 мѣсяца кашлялъ недѣли 3; пить всегда мало.

Объективно исцѣдѣніе; общая слабость. 36°8; пульсъ около 80, малый, правильный. Артеріи рѣзко склерозированы; на грудинѣ небольшое припухленіе. Легочныя верхушки обѣ припухлы; дыханіе въ нихъ очень жесткое, справа почти бронхиальное. Значительная брюшная водянка, безболѣзненная и безъ развитія сосудовъ на животѣ; небольшой отекъ голеней. Моча щелочной реакціи, блѣдная, мутноватая, содержитъ немного бѣлка.

Въ госпиталѣ болѣзнь постепенно слабѣла; глотаніе все болѣе затруднялось. Температура лишь 2 раза по вечерамъ повысилась до 38° и 38°3, остальное же время была ниже 37°5. Смерть 20/х въ 1 час. дня.

Произведенное мною 21/х вскрытіе дало слѣдующіе итоги (протоколъ № 266): Черепная полость. Мозговые оболочки и вещество мозга блѣдны; нормальный рисунокъ строенія послѣдняго всюду сохраненъ. Артеріи основанія мозга мѣстами узловато-склерозированы. Глотка и гортань блѣдны; слизистая оболочка ихъ всюду цѣла. Миндалины немного увеличены, слегка пропитаны гноемъ. Грудная полость. Мышцы грудной кѣтки развиты слабо, блѣдны. Грудобрюшная преграда съ обѣихъ сторонъ въ 5 межреберья. Реберные хрящи окостенѣли. Въ околосердечной сумкѣ больше 1/2-стакана желтоватой, прозрачной жидкости. Сердце 9×8,5×5,5 стм., вѣситъ 230 грм.; пері- и эндокардіи мало прозрачны, особенно первый, но всюду гладки, блестящи; заслонки смыкаются хорошо. Вскрытая аорта 7,3 стм. надъ створками; на внутренней поверхности ея мелкія желтоватые бляшки, частью костной плотности. Сердечная мышца плотновата, буро-красная; толщина стѣнки лѣваго желудочка 9, а праваго 3—4 мм. Легкія оба верхними частями плотно прирослены къ грудной стѣнкѣ, дов. объемисты, по краямъ раздуты, въ верхушкахъ на ощупь неравномерно плотны. Въ обѣихъ верхушкахъ видны въ небольшомъ количествѣ, среди плотныхъ, синеватыхъ рубцовъ, творожистыя гнѣзда до крупной горошины; сверхъ того, въ лѣвой верхушкѣ легочная ткань на протяженіи больше грецкого орѣха печеночной на ощупь плотности, при погруженіи въ воду тонетъ, на разрѣзъ зерниста, темно-красная, мѣстами съ примѣсью желтоватаго оттѣнка; въ остальныхъ мѣстахъ эта ткань темносѣрая, плотновата, содержитъ воздухъ; съ поверхности разрѣзъ ея стекаетъ дов. много красноватой, пѣнистой жидкости. Слизистая оболочка бронховъ утолщена, синевата, всюду цѣла. Въ бронхиальныхъ железахъ мелкія гнѣзда творожистаго перерожденія. (О пищеводѣ, вынутомъ и изслѣдованномъ въ связи съ желудкомъ см. ниже). Брюшная полость. Въ полости брюшины около 5 литровъ желтой, слегка мутноватой жидкости. Брюшина и пристѣлочная, и на органахъ живота мутна, мѣстами краснаго цвѣта, шероховата вслѣдствіе присутствія на ней множества желтоватосѣрыхъ узелковъ, частью по булавочной головкѣ, частью болѣе крупныхъ. Селезенка 14,8 и 3,5 стм., вѣситъ 225 грм.; сумка ея сухожильно утолщена; ткань драблая, малиновокрасная, даетъ немного макоты. Почки небольшие (вѣсятъ обѣ 225 грм.); фиброзная сумка снимается съ нихъ мѣстами съ трудомъ и съ поверхностною потерей вещества; поверхность мелкозерниста и устѣяна неправильной формы неглубокими втяженіями; ткань плотна; толщина коркового слоя 4—5 мм. Печень невелика (23—на правую долю 16,5—15 и 7 стм., вѣситъ 1160 грм.), на значительномъ протяженіи плотно сросшена съ грудобрюшной преградой; ткань ея краснубурая, рѣжется съ хрустомъ; центры долекъ видны не особенно ясно; въ вѣнахъ умеренное количество крови. Желчный пузырь растянутъ жидкой, свѣтлой желчью. Желудокъ небольшой, содержитъ немного стекловидной слизи. Стѣнки его въ области входа утолщены. Слизистая оболочка темносѣрая, крупноскладчатая; на ней въ области круглаго входа, на протяженіи болѣе 2-хъ ладоней, особенно въ правой, видна бугорчатковая опухоль, состоящая изъ

широе изъязвленіе—рядъ неправильно-кругловатой формы мелкихъ язвъ, частью слившихся въ болѣе крупныя (до 10—12 кв. стм.), съ плотноватыми, приподнятыми, подрытыми краями и неровнымъ салынымъ дномъ. Язвы эти проникаютъ въ подслизистый слой, а мѣстами и въ мышечный; на днѣ и по краямъ ихъ видны мелкіе желтосѣрые узелки. Сывороточный покровъ желудка всюду цѣлъ; на немъ мѣстами такіе-же узелки, какъ вообще на брюшинѣ. Вынутый вмѣстѣ съ желудкомъ пищевода обыкновенной ширины; слизистая оболочка его сплошь красноватосѣрая, мѣстами багрово-красная, вся, особенно въ нижнихъ 2/3, устѣяна мелкими, желтосѣрыми узелками и мелкими-же кругловатыми язвочками; въ верхней-же 1/2 его, надъ мѣстомъ развѣтвленія дыхательнаго горла, видны 3 язвы большихъ (по 2,5—3,5 стм. длины и 2 ширины), багрово-красныхъ, съ сѣрожелтыми патнами, проникающихъ до мышечнаго слоя. По характеру дна и краевъ эти язвы сходны съ вышеописанными язвами въ желудкѣ. Соответственно верхней, самой глубокой изъ нихъ, слизистая оболочка дыхательнаго горла темно-красная, нѣсколько набухшая, представляетъ нѣсколько мелкихъ, поверхностныхъ, темно-красныхъ язвочекъ съ салынымъ дномъ. Поджелудочная железа небольшая, драбловатая, съ яснымъ дольчатымъ строеніемъ. Лимфатическія железы въ сосѣдствѣ съ желудкомъ увеличены до вишни, плотны, частью творожисто-перерождены въ срединѣ, а нѣкоторыя и сплошь. Въ подвздошной кишкѣ разбросано до десятка кругловатыхъ язвъ разной величины, съ салынымъ дномъ, подрытыми краями и мелкими, желтосѣрыми узелками на днѣ и краяхъ. 3 такихъ-же язвы имѣются въ слѣпой кишкѣ. Въ остальныхъ мѣстахъ слизистая оболочка кишечника цѣла, въ толстой кишкѣ темносѣрая, а въ тонкихъ свѣтлосѣрая, мѣстами съ налитіемъ сосудовъ. Брызжеечныя железы величиною до каленаго орѣха, съ гнѣздами творожистаго перерожденія.

Микроскопическому изслѣдованію были подвергнуты сначала мазки изъ соскоба со слизистой оболочки бронховъ и съ поверхности язвъ желудка и пищевода. При окраскѣ по Ziehl'ю въ мазкахъ изъ бронховъ сразу же были найдены бугорчатковыя палочки, хотя въ небольшомъ количествѣ; сухихъ-же препаратовъ съ соскоба съ язвъ пришлось просмотрѣть нѣсколько, прежде чѣмъ удалось обнаружить палочки и въ нихъ. Затѣмъ мелкіе кусочки стѣнокъ пищевода и желудка были положены для уплотненія въ алкоголь. Послѣдующее изслѣдованіе срѣзовъ изъ этихъ кусочковъ, послѣ заливки въ коллоксилинъ и парафинъ и окраски обычными способами, обнаруживъ въ стѣнкахъ обѣихъ органовъ между язвочками и на днѣ ихъ присутствіе неправильно-разсѣянныхъ типичныхъ бугорковъ, отчасти съ совмѣдно-распадающимися (особенно въ желудкѣ) центрами; кое-гдѣ попадались клѣточки-великаны съ большимъ количествомъ ядеръ, а мѣстами окраска по Ziehl'ю показала и присутствіе бугорчатковыхъ палочекъ, встрѣчавшихся то единично, то кучками. Располагались бугорки и палочки болѣе въ подслизистомъ слое; послѣднія представлялись неодинаковой величины; явны были сильно изогнуты; нѣкоторыя окрашивались плохо. Въ желудкѣ измѣненія эти выражены были въ общемъ сильнѣе, чѣмъ въ пищеводѣ, гдѣ процессъ представлялся сравнительно болѣе свѣжимъ.

Заинтересовавшись этимъ случаемъ, я обратился къ патолого-анатомической статистикѣ Кронштадтскаго морского госпиталя, съ цѣлью выяснитъ, насколько вообще часто наблюдались зѣсь бугорчатковыя и подозрительныя въ смыслѣ бугорчатки пораженія пищевода и желудка? Справки эти обѣщали тѣмъ болѣшую поучительность, что секціонный залъ Кронштадтскаго морского госпиталя есть единственное учрежденіе своего рода въ этомъ довольно большомъ городѣ съ его разнообразнымъ населеніемъ, какъ и самъ морской госпиталь—единственная больница его, принимающая больныхъ не только изъ флотскихъ командъ, но и изъ квартирующихъ въ городѣ военно-сухопутныхъ частей, а также—что особенно важно—и изъ гражданскаго населенія обоюдо пола и всѣхъ возрастовъ.

Справки мои обнимаютъ довольно порядочный періодъ времени—35 лѣтъ (съ 1871 по 1905 г. включительно), съ 18593 вскрытіями. За болѣшую часть этого времени имѣются обстоятельныя печатныя отчеты моихъ глубокоуважаемыхъ предшественниковъ по прозектурѣ въ госпиталѣ—покойнаго М. А. Лукина<sup>31</sup>) (въ трудахъ котораго нѣсколько лѣтъ принималъ участіе и покойный Н. В. Усковъ) за годы 1871, 1873—75 и 1881—87 и нынѣ здравствующаго П. Н. Холшевникова<sup>32</sup>) за годы съ 1888 по 1895 и И. П. Тишкова<sup>33</sup>) за 1896 г. Затѣмъ за годы 1872 и 1876—80 мнѣ пришлось просмотрѣть рукописныя протоколы, хранящіеся въ архивѣ патолого-анатомическаго театра. Наконецъ, свѣдѣнія за время съ 1897 по 1905 г. включительно относятся къ тому періоду, отчетъ за который подготавливается мною самимъ; въ этомъ періодѣ съ половины 1900 г. значительное большинство вскрытій происходило въ моемъ присутствіи и при моемъ участіи, а съ 1903 г. они производились за моею подписью и печатью.

мною самим, сначала как и. д. прозектора, съ октября-же этого года, как прозекторомъ госпиталя.

По этимъ справкамъ рѣдкость бугорчатковыхъ поражений пищевода и желудка представляется еще болѣе значительною, чѣмъ по тѣмъ статистикамъ, рѣчь о которыхъ была впереди. Такъ, указанія на находку подозрительныхъ въ смыслѣ бугорчатки измѣненій въ пищеводѣ я встрѣтилъ всего только 5 разъ, а именно:

1. Въ отчетѣ М. А. Лукина 1871 г. (659 вскрытій) упоминается о вскрытій 22-лѣтняго матроса, у котораго найдены были, при легочной чахоткѣ и общемъ сыровидномъ перерожденіи лимфатическихъ железъ тѣла, на слизистой оболочкѣ пищевода, вблизи входа желудка, 2 продольныхъ, съ подрѣзанными краями язвы, проникавшія до сыровидной оболочки (Препаратъ пищевода сохраняется въ Музѣ патолого-анатомическаго театра подъ обозначеніемъ «Язвы пищевода при легочной чахоткѣ»).

2. Среди рукописныхъ протоколовъ за 1872 г. (643 вскрытій) нѣтъ протоколъ (№ 7) вскрытій тѣла 28-лѣтняго арестанта Я. П., пролежавшаго въ госпиталѣ съ 21/хх 1871 г. по 4/х 1872 г. Посмертное распознаваніе этого случая гласитъ: Значительный отекъ головного мозга; язвы гортани и пищевода; бронхо-эктазическія полости обоихъ легкихъ и ихъ послѣдствіе—пневмоthorax правой стороны; фибринозный плевритъ лѣвой стороны; хроническій перикардитъ; кровооточивый бугорчатковый перитонитъ; кровоизліянія въ ткани селезенки и печени; амилоидное перерожденіе почек; бугорчатковыя язвы кишокъ. Въ протоколѣ вскрытій упоминается объ обширныхъ язвахъ по верхнему краю обоихъ голосовыхъ связокъ, о творожистыхъ гніздахъ и пещерахъ въ легкихъ, бугоркахъ на брюшинѣ и значительномъ количествѣ поперечныхъ язвъ въ тонкой кишкѣ, посреднѣ-же пищевода на передней его стѣнкѣ сидѣли 2 круглыхъ, гноящихся, прободающихъ язвы съ затеками гноя между дыхательнымъ горломъ и пищеводомъ.

3. Въ томъ-же 1872 г. 2/ш было вскрыто тѣло умершаго 26-лѣтняго матроса В. Т., поступившаго въ госпиталь 23/х 1871 г. и скончавшагося 1/ш. Посмертное распознаваніе: Хроническое сыровидное воспаленіе обоихъ легкихъ и язвенная ихъ чахотка, хроническій слипчивый плевритъ обоихъ сторонъ; *прободающія язвы пищевода*; бугорчатковыя язвы кишокъ. Изъ протокола вскрытій: Блѣдность кожи; небольшой отекъ конечностей. На слизистой оболочкѣ пищевода 3 небольшихъ язвы, сообщающіяся съ ихорозною полостью въ правой надключичной области позади внутренняго брюшка ключично-сосковой мышцы.—полостью съ голубоватымъ яйцомъ, растворенномъ въ кѣтъчкѣ. Въ верхнихъ доляхъ обоихъ легкихъ, особенно лѣваго, много небольшихъ пещеръ съ сыровидными массами кругомъ. Въ слѣпой кишкѣ обширныя язвы, а въ тонкихъ мелкія, кругловатыя.

4. Посмертное распознаваніе въ № 372 за 1878 г. (628 вскрытій), относящееся къ рядовому 147-го Самарскаго пѣхотнаго полка А. Б., 23 л., поступившему въ госпиталь 8/ви и скончавшемуся 26/ви: Разлитая флегмона передней области шеи, при *прободающихъ катаральныхъ язвахъ пищевода*; хроническій слипчивый перикардитъ и плевритъ правой стороны; гнойный катаральный бронхитъ; бронхоэктазическія полости въ правомъ легкомъ; переполненіе кровью легкихъ; значительная гиперплазія селезенки; циррозъ печени; острое паренхиматозное набуханіе почекъ. Изъ протокола: Трупъ истощенный. По передней стѣнкѣ пищевода соотвѣтственно кольцевидному хрящу 2 круглыхъ язвы, одна величинною съ конопляное зерно, а другая гораздо больше,—язвы съ подрѣзанными (особенно у большой) краями; язвы эти проникаютъ, особенно большая, до мышечнаго слоя; края большой язвы усѣяны бѣловатыми узелками. Въ заднемъ отдѣлѣ средней доли праваго легкаго вѣсколко полостей въ грецкій орѣхъ съ ихорозно-гнойной массой. На слизистой оболочкѣ подвздошной кишки мелкіе бѣловатые узелки.

5. Наконецъ, въ 1879 г. (665 вскрытій) 5/ви вскрыто было тѣло боцманманта А. П., 30 л., прибывшаго въ госпиталь 11/ш и скончавшагося 4/ви. Посмертное распознаваніе: Хроническое жировое перерожденіе мышцы сердца; хроническій слипчивый плевритъ съ обоихъ сторонъ; хроническое катаральное воспаленіе, творожистый перибронхитъ и циррозъ обоихъ легкихъ; жировая инфильтрація печени и ея синусы; хроническія катаральныя язвы толстой кишки; *старая катаральная язва пищевода*. Извлеченіе изъ протокола: Трупъ дов. исхудалый. На слизистой оболочкѣ правой воронкообразной ямки—3 круглыхъ, съ плоскими краями и дномъ, подрѣзанныхъ сѣроватымъ распадомъ, язвы. На слизистой оболочкѣ пищевода, вблизи мѣста вхожденія его въ грудную полость—овальная, сквозная язва съ неровными, зазубренными краями и съ дномъ въ шейной кѣтъчкѣ. Въ легкихъ мѣстами сыровидные островки кругомъ бронховъ, а въ правой верхней долѣ много мелкихъ бронхоэктазическихъ полостей. По слизистой оболочкѣ восходящей части толстой кишки—много темноаспиднаго цвѣта складокъ и узловъ, между которыми попадаются небольшія круглыя и неправильной формы язвы съ утолщенными краями.

На мой взглядъ, для всѣхъ этихъ 5 случаевъ можно съ нѣкоторою вѣроятностью допустить, что язвы пищевода, сопровождавшія легочную чахотку, были и сами природы бугорчатковой. При такомъ допущеніи, степень вѣроятности котораго каждый можетъ оцѣнить самъ, получается за 35 лѣтъ 6 (съ моимъ) случаевъ бугорчатковыхъ стра-

даній пищевода на 18593 вскрытій, т. е. съ небольшою 0,03%,—цифра слишкомъ уже малая, и мнѣ думается, что причина здѣсь кроется не въ такой рѣдкости язвъ, а въ томъ, что пищеводъ зачастую не вскрывается въ такихъ банальныхъ со стороны патолого-анатомической практикѣ, какъ случаи легочной чахотки.

Гораздо больше данныхъ мнѣ удалось собрать въ моемъ матеріалѣ для бугорчатковыхъ поражений желудка. Всѣ они падаютъ на первые годы отчетности—1871, 72, 74, 75, 76 и 77 гг. И здѣсь опять въ однихъ случаяхъ бугорчатковую природу язвъ можно предположить съ большою вѣроятностью, въ другихъ—съ меньшею. Самъ я не берусь принять на себя рѣшительную оцѣнку этихъ случаевъ, и ограничусь приведеніемъ документальныхъ данныхъ о нихъ, полагая ихъ все-же не лишними интереса.

1. Въ печатномъ отчетѣ М. А. Лукина за 1871 г. описаны случаи свищевыхъ язвъ желудка по его малой кривизнѣ при сыровидномъ перерожденіи лимфатическихъ железъ тѣла и хроническій бугорчаткѣ селезенки, печени и почекъ (матросъ, 22 л.).

2. Въ томъ-же году на трупѣ матроса, 30 л., найдены, при язвенной чахоткѣ легкихъ, по задней стѣнкѣ желудка вблизи входа 3 правильно-круглыхъ язвы съ покрытымъ желтоватымъ струпинымъ дномъ и свѣтло-красными краями.

3. Опять въ 1871 г. на трупѣ матроса, 28 л., обнаружена, крошечная сыровидная воспаленія легкихъ, язва на передней стѣнкѣ желудка вблизи входа, неправильно-круглая, около 1 см. въ поперечникѣ, съ подрѣзанными краями.

4. Вскрытіе № 14 за 1872 г. (рукописные протоколы). Фельдфебель Кронштадтскаго крѣпостнаго полка С. П., 28 л., лежалъ въ госпиталѣ съ 31/х 1871 г. по 8/х 1872. Посмертное распознаваніе: Язвенная чахотка обоихъ легкихъ; фибринозное воспаленіе лѣваго легкаго; слипчивый плевритъ съ обоихъ сторонъ; хроническій межпозвоночный нефритъ; фолликулярная язва толстой кишки; жировая инфильтрація печени. Въ легкихъ было много пещеръ; на передней стѣнкѣ желудка вблизи выхода обнаружены 3 небольшихъ круглыхъ язвы, покрытыя яркочерною цвѣта струпиными съ яркочерными ободками.

5. Вскрытіе № 102 за 1872 г. Матросъ Е. М., 25 л., находился въ госпиталѣ съ 3/и по 23/и. Посмертное распознаваніе: Выпотной выпотный плевритъ съ правой стороны и хроническій слипчивый съ лѣвой; хроническій творожистый перибронхитъ; язвы гортани и дыхательнаго горла; бугорки въ селезенкѣ, почкахъ и печени; катаральныя язвы желудка. Изъ протокола вскрытій: Слизистая оболочка желудка очень блѣдная; на передней стѣнкѣ его вблизи малой кривизны 2 круглыхъ, дов. поверхностныхъ, язвы. На слизистой оболочкѣ тонкихъ кишокъ очень немногихъ небольшихъ язвочекъ по *Peyer*овымъ бляшкамъ. Въ легкихъ много небольшихъ пещеръ съ сыровидными массами кругомъ.

6. Вскрытіе № 171 за 1872 г. Матросъ Г. Х., 30 л., въ госпиталѣ съ 29/х 1871 г. по 21/ш. Посмертное распознаваніе: Язвенная чахотка обоихъ легкихъ; острый выпотный плевритъ съ обоихъ сторонъ; значительное набуханіе селезенки; фолликулярныя язвы кишокъ; катаральныя язвы желудка. Изъ протокола: Трупъ блѣдный, истощенный. Въ верхнихъ доляхъ легкихъ, особенно праваго, пещеры и сыровидныя гнізда. Слизистая оболочка желудка блѣдная; на ней по передней стѣнкѣ небольшой круглая язвочка. По кишкамъ восходящей толстой и подвздошной круглыя язвы съ подрѣзанными краями.

7. Вскрытіе № 213 за 1872 г. Крѣпостнаго полка рядовой А. А., 26 л., находился въ госпиталѣ съ 21/и по 7/ви. Посмертное распознаваніе: Выпотной выпотный плевритъ съ правой стороны; хроническій творожистый перибронхитъ обоихъ легкихъ; бугорки въ почкахъ; кровооточивый бугорчатковый перитонитъ; катаральныя язвы желудка и фолликулярныя язвы кишокъ. Изъ протокола: Трупъ истощенный. Въ верхнихъ доляхъ легкихъ сыровидныя гнізда, а слѣва и полости. По слизистой оболочкѣ желудка много правильно-круглой формы язвъ съ блѣдно-желтоватымъ дномъ и блѣдно-красными ободками.

8. Вскрытіе № 273 за 1872 г. Кочегаръ Н. Г., 26 л., въ госпиталѣ былъ съ 17/х по 1/в 1871 г. Посмертное распознаваніе: Сыровидное перерожденіе железъ тѣла; фибринозное воспаленіе легкихъ; кровооточивый бугорчатковый перитонитъ; циррозъ печени; хроническій паренхиматозный нефритъ; катаральныя язвы желудка; отложения известки въ мышцѣ сердца. Изъ протокола: Трупъ истощенный, блѣдный. На шеѣ справа—свищъ отъ распавшихся железъ. На передней стѣнкѣ желудка—небольшая, овальная язва. Лимфатическія железы брюшной полости сыровидно перерождены. Въ тонкихъ кишкахъ небольшія язвы.

9. Вскрытіе № 603 за 1872 г. Матросъ И. Б., 27 л., въ госпиталѣ находился съ 4/х по 11/х. Посмертное распознаваніе: Общая просовидная бугорчатка; бугорки въ легкихъ, на плеврахъ, брюшинѣ, въ селезенкѣ и почкахъ; сыровидное набуханіе фолликулярныхъ железъ въ тонкихъ и толстыхъ кишкахъ; фолликулярная язва толстыхъ кишокъ; *сыровидный узелъ желудка*; слипчивый плевритъ съ правой стороны, выпотной выпотъ въ грудной полости. Изъ протокола вскрытій: Трупъ истощенный. Въ лѣвомъ легкомъ и въ верхней долѣ праваго много мелкихъ сѣрыхъ узелковъ. Такіе-же узелки, частью желтоватые, на брюшинѣ. Въ селезенкѣ много желтоватыхъ узелковъ по небольшой горошинѣ. Въ почкахъ узелки сѣрые и желтоватые, въ печени—сѣрые. Слизистая оболочка желудка—блѣдная, съ блѣдными складками, со

множествомъ мелкихъ кровоподтековъ; посрединѣ большой кривизны мягкой, желтоватый узелъ съ  $\frac{1}{2}$ -горошины. Бугорки до горошины на слизистой оболочкѣ кишекъ тонкихъ и толстыхъ, а въ толстыхъ и мелкія язвы. Брызжеечныя железы частью сыровидны.

10. Въ 1874 г. (печатный отчетъ) на трупѣ рядового, 23 л., найдена, при хроническомъ сыровидномъ воспаленіи легкихъ и старыхъ фолликулярныхъ язвахъ въ кишечникѣ, небольшая круглая язва на слизистой оболочкѣ малой кривизны желудка, съ уплотненными краями и ровнымъ дномъ.

11. Въ томъ-же году на вскрытіи матроса, 22 л., обнаружены, при хроническомъ сыровидномъ воспаленіи легкихъ и фолликулярныхъ язвахъ кишечника, 2 язвочки съ набухшими, блѣдно-красными краями на слизистой оболочкѣ передней стѣнки желудка.

12. Къ тому-же году относится находка 6 круглыхъ, непробающихъ язвъ желудка съ весьма сочными, набухшими краями и неровнымъ дномъ, при язвенной чахоткѣ легкихъ у матроса, 37 л.

13. Мѣшанка—46 л. По слизистой оболочкѣ желудка разсыяно много бѣловатыхъ узелковъ съ горошину, многие изъ которыхъ изъязвлены. Язвы эти съ подрытыми краями. На днѣ одной изъ нихъ (на малой кривизнѣ) небольшое отверстие, ведущее въ полость лѣвой доли печени, съ голубиное яйцо величиной. Хроническое сыровидное воспаленіе легкихъ и бугорчатковыя язвы кишекъ.

14. Матрость—33 л. На слизистой оболочкѣ большой кривизны желудка 1 язва небольшой величины съ припухшими краями; по ея дну 2 бѣловатыхъ узелка. Въ кишкахъ обширныя язвы.

15. Матрость—22 л. Въ толщѣ слизистой оболочки желудка много сыровидныхъ узелковъ; на нѣкоторыхъ изъ нихъ слизистая оболочка обнажена, а на малой кривизнѣ желудка язва правильно-круглой формы, съ мягкими, подрытыми краями, проникаетъ до сыровоточнаго слоя. Сыровидные бугорки въ селезенкѣ, почкахъ и сальникѣ.

16. Матрость—27 л. На задней стѣнкѣ желудка, вблизи входа, язва въ 1 см. поперечникомъ, съ тонкими, подрытыми краями и мелкими, плотными, бѣловатыми узелками на днѣ. Бугорчатковыя язвы кишекъ (случай 1874 г., какъ и №№ 13—15).

17. Въ отчетѣ за 1875 г. упомянуто о случаѣ, въ которомъ были найдены 2 бугорчатковыя язвы въ желудкѣ по малой кривизнѣ, въ діаметрѣ по 3,5 см., при таковыхъ-же язвахъ въ тонкихъ кишкахъ у арестанта, 32 л.

18. Въ 1876 г. на вскрытіи 23-лѣтняго рядового найдены, кромѣ язвенной чахотки легкихъ, 2 катарральныя язвы на большой кривизнѣ желудка, круглыя, по пятиалтыному величиной, съ набухшими, ровными, блѣднокрасными краями.

19. Мѣшанинъ—45 л. На слизистой оболочкѣ выхода желудка найдены 2 мѣшеччатыхъ язвы по гривеннику, при хроническомъ катарральномъ воспаленіи легкихъ и бугорчатковыхъ язвахъ кишечника.

20. Матрость—26 л. Общая просовидная бугорчатка. На слизистой оболочкѣ малой кривизны желудка язва въ  $2,5 \times 2$  см., съ подрытыми, плоскими краями и грязно-сырымъ дномъ, сообщаящаяся съ полостью малаго сальника, а на большой кривизнѣ, пальцахъ въ 2-хъ отъ входа, 2-ая язва, около 0,5 кв. см., края которой утолщены, устья сыроватыми узелками.

21. Рядовой—25 л. По срединѣ малой кривизны желудка кругловатая язва, въ  $2 \times 2,5$  см., съ сочными, набухшими краями и сѣро-аспиднымъ дномъ. По сыровоточному покрову, соответственно язвѣ, маленькіе творожистаго вида узелки. Бугорчатковыя язвы кишекъ (случай 1876 г., какъ и №№ 19 и 20).

22. Вскрытіе № 10 за 1877 г. (по рукописному протоколу). Рядовой О. П., 25 л., въ госпиталѣ лежалъ съ 13/х 1876 г. по 4/х 1877 г. Посмертное распознаваніе: Бугорчатковыя язвы желудка и подвздошной кишки; отекъ мозга и его оболочекъ; хроническій пахименингитъ; отекъ легкихъ; хроническій слипчивый плейритъ съ обѣихъ сторонъ; желчная инфильтрація печени; зернистая атрофія почекъ; сыровидное перерожденіе брызжеечныхъ железъ. Изъ протокола вскрытія: По малой кривизнѣ желудка 2 язвы съ подрытыми краями, одна  $2 \times 1$  см. съ 3-мя прободными отверстиями въ днѣ и другая  $3 \times 2,5$  см. По краямъ 2-ой язвы очень мелкіе бѣловатые узелки. Въ толщѣ всей слизистой оболочки желудка небольшіе узелки желтоватаго цвѣта. Въ брюшной полости до 5 фунтовъ мутной, гноевидной жидкости.

23. Протоколъ № 219 за 1877 г. Матрость П. В., 23 л., въ госпиталѣ со 2/ш по 30/х. Вскрытіе было произведено покойнымъ Н. В. Усковымъ. Посмертное распознаваніе: Малокровіе и отекъ мозга; хроническій слипчивый плейритъ съ обѣихъ сторонъ; острая разлитая бугорчатка всей брюшины съ кровянистыми выпотомъ; острое паренхиматозное воспаленіе ткани печени и почекъ; катарральная язва желудка и бугорчатковыя язвы въ нижней части тонкихъ кишекъ. Изъ протокола вскрытія: Въ полости живота много кровянистой жидкости. Большой сальникъ утолщенъ, устья плотными, мѣстами творожистыми, мѣстами плотными узелками. Слизистая оболочка желудка рыхлая, тонкая; посрединѣ малой кривизны—язва, почти круглой формы 2 см. въ діаметрѣ, съ обрѣзанными, сильно подрытыми краями; дно ея образовано мышечнымъ слоемъ, гладко.

Со сдѣланными выше оговорками, эти 23 случая вмѣстѣ съ моимъ составляютъ 24 случая бугорчатковыхъ поражений желудка на вышеупомянутое число 18593 вскрытій за 25 лѣтъ, т. е. 0,19% отъ всѣхъ вскрытій.

4.

Приведенныя въ предыдущихъ 2-хъ отдѣлахъ статьи фактическія данныя даютъ возможность, путемъ обобщенія ихъ, представить въ сжатомъ очеркѣ современное состояніе вопроса о бугорчаткѣ желудка и тѣмъ намѣтить хотя общій абрисъ отдѣльной главы, пока отсутствующей въ руководствахъ по частной патологіи.

**Этіологія и патогенезъ.** Развиваясь въ зависимости отъ занесенія въ слои желудочной стѣнки бугорчатковыхъ палочекъ *Koch'a*, бугорчатковыя пораженія желудка могутъ возникать, повидимому, 2-мя путями—путемъ непосредственной прививки заразнаго матеріала на слизистую оболочку желудка и путемъ заносимымъ, черезъ кровь и лимфу. Изъ этихъ 2-хъ путей занесенія заразы особенно частнымъ слѣдуетъ признать первый. Но здѣсь является вопросъ, весьма интересный и привлекшій уже на себя вниманіе изслѣдователей: почему бугорчатковыя палочки, которыя должны попадать въ желудокъ весьма часто съ мокротою чахоточныхъ, прививаются такъ рѣдко?

Относительно пищевода уже было указано выше, что рѣдкое развитіе прививной бугорчатки его объясняется быстрымъ проскальзываніемъ заразнаго матеріала, а также хорошею выстилкою пищевода гладкимъ плоскимъ эпителиемъ и почти полнымъ отсутствіемъ въ немъ лимфатическихъ фолликуловъ. Отчего-же можетъ зависѣть, что и желудокъ, органъ не трубчатый, а мѣшкообразный, гдѣ пища и чахоточная мокрота остаются сравнительно долго, при томъ органъ, выстланный снаружки не-плоскимъ эпителиемъ, поражается бугорчаткою также весьма рѣдко?

Многіе авторы ставятъ здѣсь на первый планъ опять-таки малочисленность лимфатическихъ образований, признаваемую и для желудка почти всѣми гистологами (а *Klein* даже совсѣмъ отрицалъ ихъ присутствіе въ стѣнкахъ желудка). Такого мнѣнія держались, напр., *Virchow* и *Klebs*, и косвеннымъ подтвержденіемъ ему являются тѣ случаи бугорчатки желудка, гдѣ, какъ въ случаяхъ *Weinberg'a* и *Thorel'a*, органъ былъ въ видѣ исключенія обильно снабженъ лимфатическими фолликулами. Помимо того, по *Barbacci* <sup>27)</sup>, здѣсь можетъ играть роль и разннца расположенія лимфатическихъ фолликуловъ въ желудкѣ по сравненію съ такъ часто страдающими отъ бугорчатки кишками: въ послѣднихъ фолликулы лежатъ непосредственно подъ эпителиемъ, и кишечныя ворсинки отстоятъ слишкомъ далеко одна отъ другой, чтобы не позволять жидкому содержимому свободно соприкасаться съ фолликуломъ; образуя мелкіе каналцы, онѣ даже прямо благопріятствуютъ занесенію *Koch'*овской палочки; напротивъ, въ желудкѣ надъ фолликуломъ имѣется всегда слой слизистой оболочки, прикрывающій его, а иногда фолликулъ и весь бываетъ погруженъ въ подслизистый слой, такъ что между палочкой и фолликуломъ имѣется обычно барьеръ, много болѣе значительный, чѣмъ въ желудкѣ.

Кромѣ анатомическихъ особенностей органа, нѣкоторые авторы, какъ *Ziegler* и *Orth*, указываютъ и на другую причину, а именно на вліяніе желудочнаго сока. А priori значеніе этой причины умалывается, впрочемъ, тѣмъ обстоятельствомъ, что дѣйствіе желудочнаго сока не мѣшаетъ палочкамъ такъ часто прививаться въ лежащихъ ниже желудка отдѣлахъ пищеварительной трубки. Кромѣ того, *Falk* и *Frank* давно уже доказали путемъ опытовъ, что сокъ этотъ совсѣмъ не вліяетъ на ростъ бугорчатковыхъ палочекъ, да и по опытамъ *Strauss'a* и *Wurtz'a* палочки эти значительно утрачиваютъ свою ядовитость, лишь начиная съ 8-часовой продолжительности дѣйствія сока <sup>27)</sup>. Но все-же кислотность этого послѣдняго должна, казалось-бы, являться условіемъ, не особенно благопріятнымъ для провѣтанія названнаго микроорганизма. Вообще вопросъ этотъ еще не можетъ считаться рѣшеннымъ и очень нуждается въ дальнѣйшей разработкѣ. Пока-же дѣло стоитъ такъ, что одни авторы, какъ профф. *De Renzi* и *Э. II. Пржевоскій*, д-ръ *Habershon*, склонны объяснять рѣдкость бугорчатковаго гастрита дѣйствіемъ желудочнаго сока, а другіе, какъ *Zagari*, *Cadéac* и *Bournay* и т. д., отрицаютъ это. Въ недавнее время, за предохраняющую роль сока высказался еще *Simmonds*, <sup>28)</sup> ссылаясь на тѣ наблюденія бугорчатковыхъ палочекъ, гдѣ онъ разлагалъ ихъ въ

мых разстройствах секреции. Онъ самъ въ одномъ случаѣ рака привратника при легочной чахоткѣ нашелъ въ сильно растянутомъ желудкѣ нѣсколько мелкихъ бугорчатковыхъ язвъ, а ракъ желудка, какъ извѣстно, чаще всего сопровождается пониженіемъ кислотности желудочнаго сока. Къ тому-же извѣстно, что и сама чахотка легкихъ, имѣвшаяся въ громадномъ большинствѣ обнаруженныхъ случаевъ бугорчатки желудка, обыкновенно протекаетъ съ паденіемъ кислотности желудочнаго сока. Последнее можно считать доказаннымъ изслѣдованіями *Edinger'a*, *Cahn'a* и *Mering'a*, *Riegl'a*, *Rosenthal'a*, *Klemperer'a*, *Brieger'a*, *Hildebrandt'a* и мноими<sup>84)</sup>, произведенными 17 лѣтъ тому назадъ въ клиникѣ покойнаго моего учителя *Вячеслава Александровича Манассеина*.

Изъ сказаннаго явствуетъ, что рѣдкость бугорчатковыхъ поражений желудка приходится пока объяснять отчасти особенностями его строенія отчасти дѣйствіемъ его кислаго отдѣлимаго. Когда измѣняется то или другое, получается возможность развитія прививной бугорчатки. Такимъ образомъ появленію последней благоприятствуютъ всякія нарушенія цѣлости слизистой оболочки [по *Batschky* даже простое размягченіе лимфатическихъ фолликуловъ при желудочныхъ катаррахъ<sup>85)</sup>], съ одной стороны, и ослабленіе кислотности желудочнаго сока, съ другой. *Thorel* добавляетъ сюда еще повышеніе ядовитости бугорчатковыхъ палочекъ,—причина понятно, не легко доказуемая,—а проф. *Э. П. Пржевальскій* усматриваетъ добавочное благоприятствующее условіе въ самой формѣ чахотки—фиброзной, длительной, когда палочки вносятся въ желудокъ въ теченіи долгаго времени; такая форма имѣлась во всѣхъ 5 его случаяхъ, въ моемъ случаѣ и въ нѣсколькихъ изъ тѣхъ, свѣдѣнія о которыхъ мнѣ удалось добыть въ архивѣ анатомическаго театра при Кронштадтскомъ морскомъ госпиталѣ.

Кромѣ прививной бугорчатки желудка, встрѣчается, хотя несравненно рѣже, и кроверодная форма ея, а, можетъ быть, еще и сродная съ послѣднею—лимфогенная. По *Simmonds'y*, кроверодное развитіе просовидныхъ бугорковъ въ стѣнкѣ желудка при общей просовидной бугорчаткѣ есть даже частое явленіе, ибо онъ въ теченіи одного года встрѣтилъ 4 такихъ случая, въ формѣ содержащихъ палочки гнѣздъ изъ бѣлыхъ тѣлецъ и типичныхъ бугорковъ въ слизистой и мышечной оболочкахъ желудка (*Pertik*). Сюда относятся, очевидно, всѣ тѣ случаи, гдѣ бугорчатка желудка не сопровождается язвенными измѣненіями въ дыхательныхъ органахъ и въ верхнемъ отдѣлѣ пищеварительной трубки, а развивается при общей просовидной бугорчаткѣ; въ приведенномъ выше литературномъ очеркѣ таковы, напр., случаи *Wilms'a*. Что касается, наконецъ, лимфогенной бугорчатки желудка, то очевидно, что, напр., при бугорчатковомъ перитонитѣ палочки могутъ по лимфатическимъ сосудамъ *per contiguitatem* вторгаться черезъ сывороточную и мышечную оболочки желудка въ подслизистый слой и здѣсь образовать бугорки, которые послѣ прободенія слизистой оболочки даютъ язвы (*Struppler*<sup>86)</sup>, *Pertik*). Сюда остается еще добавить, что теоретически мыслимо, при кроверодной формѣ, и обратное дѣйствіе—развитіе общей просовидной бугорчатки изъ гнѣзда въ желудкѣ, какъ предполагаетъ *Frommer*<sup>88)</sup>; но случай этого автора нельзя признать доказательнымъ за отсутствіемъ вскрытія.

**Патологическая анатомія.** Какъ видно изъ приведенныхъ выше случаевъ, бугорчатка желудка выражается въ 2-хъ формахъ—бугорчатковой и язвенной, которая развивается изъ первой; чаще всего наблюдается сочетаніе обоихъ этихъ формъ. Бугорки то бывають неправильно разбросаны по стѣнкѣ желудка, то сосредоточиваются въ области привратника, вызывая суженіе его. Величина ихъ бываетъ различна—отъ едва замѣтнаго невооруженному глазу сѣраго узелка до узловъ около горошины. Бугорчатковыя язвы желудка въ общемъ бывають такого-же вида, какъ и кишечныя, но только имѣють обыкновенно болѣе округлую форму вслѣдствіе своеобразнаго расположенія сосудовъ въ стѣнкѣ желудка (проф. *Э. П. Пржевальскій*). Размеры ихъ обыкновенно невелики, но колеблются вообще въ предѣлахъ очень широкихъ. Весьма характерны

края бугорчатковыхъ язвъ, совсѣмъ непохожіе на края круглой язвы и изъязвленій раковыхъ: они обыкновенно зазубрены, изъѣдены, снизу подрты. Дно язвъ часто неровное вслѣдствіе присутствія бугорковъ, нерѣдко имѣетъ салыный видъ. Всѣ эти признаки довольно характерны; но для увѣреннаго распознаванія всегда необходимо микроскопическое изслѣдованіе. Последнимъ открываются на днѣ, въ краяхъ и въ ближайшей окрестности язвы бугорки съ клѣточками-великанами и бугорчатковыя палочки. Тѣхъ и другихъ бываетъ чаще всего немного, при чемъ палочки нерѣдко принимаютъ инволюціонныя формы, какъ указалъ одинъ изъ первыхъ *Thorel*. Кромѣ этихъ 2-хъ важнѣйшихъ признаковъ, нѣкоторые, какъ *Simmonds*, находили еще разроженіе мѣстами внутренней оболочки мелкихъ артерій и ограниченныя круглоклѣточные скопленія въ наружной ихъ оболочкѣ. Всѣ специфическіе для бугорчатковаго страданія признаки сосредоточивались болѣе всего въ подслизистомъ слое (проф. *Э. П. Пржевальскій*, *Simmonds*), при ничтожномъ участіи слоевъ ниже-лежащихъ. Особенно необходимо микроскопическое изслѣдованіе при не-язвенныхъ формахъ бугорчатки желудка, напр., при бугорчатковыхъ суженіяхъ привратника, такъ какъ и солитарные, и просовидные бугорки послѣдняго можно смѣшать съ узелками рака (*Э. П. Пржевальскій*). О палочкахъ слѣдуетъ еще добавить, что обнаруженіе ихъ въ соскобѣ со дна желудочныхъ язвъ, разумѣется, еще недостаточно для увѣреннаго распознаванія: понятно, что у чахоточнаго, который глотаетъ много мокроты съ палочками, онѣ будутъ попадаться на днѣ и простыхъ язвъ, какъ это и было въ случаѣ *Happel'a* и *Blumer'a* (*Dürk*).

**Принадки.** Повидимому, большинство бугорчатковыхъ поражений желудка протекають безъ рѣзкихъ признаковъ, хотя нужно думать, что, если лучше помнить о возможности, напр., у чахоточнаго бугорчатковой язвы желудка, то и симптоматологія такихъ страданій будетъ понемногу выясняться. Въ другихъ случаяхъ язва сказывается тѣмъ же явленіемъ, какъ и язва круглая, на которыхъ нѣтъ нужды останавливаться. Наконецъ, въ 3-мъ рядѣ случаевъ, при бугорчатковыхъ суженіяхъ привратника, получаются принадки, характерныя для этихъ послѣднихъ.

Соотвѣтственно только-что сказанному о симптоматологіи бугорчатковыхъ поражений желудка, и *распознаваніе* ихъ при жизни представляется дѣломъ нелегкимъ и, кажется, еще ни разу не было сдѣлано. Тѣмъ не менѣе возможность его очевидна сама собою. Руководящимъ признакомъ здѣсь является для большинства случаевъ, разумѣется, наличность бугорчатки въ другихъ органахъ. По этому поводу надо замѣтить, что по статистикѣ *Glaubitt'a* не было обнаружено на вскрытіи ни одного случая бугорчатки желудка, гдѣ не были-бы поражены по меньшей мѣрѣ еще 2 органа, а въ среднемъ было, кромѣ желудка, задѣто каждый разъ еще 6 органовъ; всегда названный авторъ встрѣчалъ легочную чахотку, только 4 раза изъ 47 случаевъ были незатронуты кишечникъ, 34 раза была поражена печень, за ней слѣдуютъ лимфатическія железы, почки, плейра, селезенка, воздухоносныя пути, мозговые оболочки, брюшина и мозгъ (только бугорчатки костей не было найдено ни разу). Впрочемъ, по *Struppler'y*, встрѣчается, хотя и рѣдко, и обособленная бугорчатка желудка. Кромѣ того, для прижизненнаго распознаванія можно найти и другіе способы: такъ, напр., при общихъ признакахъ круглой язвы желудка пониженіе кислотности желудочнаго сока можетъ говорить, между прочимъ, и за бугорчатковую язву. При признакахъ-же суженія привратника теперь, какъ показала новѣйшія наблюденія, и очень бесполезно имѣть въ виду возможность суженія бугорчатковаго. Насколько въ этихъ случаяхъ могутъ пригодиться впрыскиванія туберкулина, покажетъ будущее; а пока и объ язвахъ желудка бугорчатковыхъ указаніе *Petruschky* на возможность прижизненнаго распознаванія ихъ остается единственнымъ.

**Леченіе** бугорчатковыхъ заболѣваній желудка, очевидно, совпадаетъ въ большинствѣ случаевъ съ леченіемъ основнаго заболѣванія, т. е. чаще всего легочной чахотки. Только бугорчатковыя суженія привратника требуютъ



микропсия хирургических, которые, при хорошем общем состоянии организма, иногда оказываются пока, въ сожалѣнію, исключительными. Такимъ образомъ задача лѣченія бугорчатки желудка отождествляется, говоря вообще, съ задачей лѣченія легочной чахотки. Ну, а для послѣдняго новѣйшіе успѣхи медицины принесли, какъ извѣстно, маловато пользы. Правда, на недостатокъ противучахоточныхъ лѣкарствъ мы не можемъ пожаловаться: напротивъ, они вырастаютъ какъ грибы, заполая фармацевтическій рынокъ. Но извѣстно, вѣдь, что сколько-нибудь серьезная провѣрка любого изъ нихъ приводитъ стереотипно къ итогамъ неуспѣшнымъ, какъ для одного изъ такихъ средствъ убѣдился личными опытами и я самъ болѣе 10 лѣтъ тому назадъ<sup>86</sup>). И стало уже почти для всѣхъ очевидностью, что поразительное разрастаніе этого, якобы, противучахоточнаго арсенала за послѣдніе годы имѣетъ цѣли, ничего общаго съ пользою больныхъ и съ наукою не имѣющія,—цѣли только наживы, практическое преслѣдованіе которыхъ путемъ назойливой рекламы имѣло пока собственно одинъ лишь результатъ, и то весьма печальный: выдѣленіе особой отрасли медицины—медицины коммерческой, дѣятеля которой у всѣхъ на виду. Итакъ, въ сущности для лѣченія чахотки, а съ нею и вообще бугорчатки самыхъ разнообразныхъ органовъ, мы имѣемъ теперь тоже, что имѣли много лѣтъ назадъ: кумысъ, у насъ въ Россіи, и климатолѣченіе, доступное лишь для немногихъ. Все приходится возлагать на профилактику, при томъ проводимую съ раннихъ возрастовъ. Въ этомъ отношеніи крайне интересенъ новѣйшій взглядъ проф. *A. Schlossmann'a*<sup>87</sup>), что зараженіе бугорчаткою совершается обыкновенно не черезъ легкія, а черезъ кишечникъ, въ раннемъ дѣтствѣ. Практическія примѣненія этого взгляда, если онъ найдетъ себѣ окончательное подтвержденіе, обѣщаютъ внести настоящій переворотъ въ дѣло предупрежденія и лѣченія бугорчатки, обстоящее пока, слѣдуетъ сознаться, очень печально.

**Литература.** 1. *Груздевъ С.* «Протоколы засѣданій Общества морскихъ врачей въ Кронштадтѣ, г. ХІІ (1903/4), кн. 2, стр. 62 и 67.—2. *Zenker.* Die Krankheiten des Oesophagus. Leipzig. 1877 г.—3. *Niemeyer F.*—*Seitz E.* Русское изданіе 1882 г., ч. II.—4. *Strümpell A.* Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Leipzig. 1902 г.—5. *Klemperer G.* Lehrbuch der inneren Medizin. т. I. Berlin, 1905 г.—6. *Eichhorst H.* III русское изданіе, 1892 г.—7. *Kraus F.* Die Erkrankungen der Mundhöhle und der Speiseröhre. Wien. 1902 г.—8. *Gottstein G.* Technik und Klinik der Oesophagoskopie. Jena. 1901 г.—9. *Starck H.* Die direkte Besichtigung der Speiseröhre, Oesophagoskopie. Würzburg. 1905 г.—10. *Follin et Duplay.* Traité élémentaire de pathologie externe. т. V. Paris. 1878 г.—11. *Brouardel P. et Gilbert A.* Traité de médecine et de thérapeutique, т. IV. Paris. 1897 г.—12. *Bouchard et Brissaud.* Traité de médecine. 2-е изданіе, т. VII. Paris. 1901 г.—13. *Allbutt Th. Cl.* A system of medicine by many authors. т. III. London. 1897 г.—14. *Bain W.* A textbook of medical practice. London, New-York и Bombay. 1904 г.—15. *French J. M.* A textbook on the practice of medicine. London 1904 г.—16. См. *Paulicki.* Eine seltene, vielleicht tuberculöse Ulceration des Oesophagus. *Virchow's Archiv*, т. 44 (1868 г.).—17. *Cornil et Ranvier.* Manuel d'histologie pathologique, 2-е изд., т. II, Paris. 1854 г.—18. *Rindfleisch Ed.* Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre, 6-ое изд. Leipzig. 1886 г.—19. *Ziegler E.* Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie, 9-ое изд. Jena. 1898 г.—20. *Kaufmann E.* Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie, 3-е изд. Berlin. 1904 г.—21. *Orth J.* Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie, т. I. Berlin. 1887 г.—22. *Delafield Fr. and Prudden T. M.* A handbook of pathological anatomy and histology. 7-ое изд. London. 1904 г.—23. *Zenker K.* Beitrag zur Aetiologie und Kasuistik der Tuberculose der Speiseröhre. «Deutsches Archiv für klinische Medizin», т. 55, 1895 г.—24. *Mazzotti L.* Delle alterazioni dell'esofago nella tubercolosi. «Rivista Clinica», 1885 г.—25. *Dürk H.* Глава Tuberkulose въ *O. Lubarsch—R. Ostertag's* Ergebnisse der allgemeinen Pathologie и пр., т. 2 (1895), Wiesbaden. 1897 г.—*Она-же* и *S. Oberndorfer.* Тамъ-же, г. 6 (1899), Wiesbaden. 1901 г.—26. *Kraus.* Stricture oesophagi tuberculosa. «Allgemeine Wiener medizinische Zeitung», 1869 г. № 19.—27. *Weichselbaum.* Ueber Tuberkulose des Oesophagus. «Wiener medizinische Wochenschrift», 1884 г., № 6 и 7.—28. *Beck—см. у Kraus'a*, № 7.—29. *Зеленковъ А. И.* Tuberculose partielle Zerstörung des Oesophagus, Gastrostomie. Tod. «St. Petersburger med. Wochenschrift», 1884 г. № 49.—30. *Glockner.* Ueber eine neue Form von Oesophagus-Tuberkulose. «Prager medicinische Wochenschrift», 1896 г., № 11—13.—31. *Breus K.* Ulceration des Pharynx, Oesophagus und des Magens nach Kalilaugenverätzung. «Wiener med. Wochenschrift», 1878 г., № 11.—32. *Spillmann.* De

33. *Eppinger.* Ueber Tuberkulose des Magens und des Oesophagus. «Prager med. Wochenschrift», 1881 г., № 51—52.—34. *Thorel.* Pathologische Anatomie des Verdauungstraktes. Ergebnisse *Lubarsch—Ostertag's*, г. V (1898), Wiesbaden. 1900 г.—35. *Hasseltmann H. H.* Ueber Tuberkulose des Oesophagus. München'sкая диссертация, 1895 г.—Прив. по *Dürk'y*, № 25.—36. *Fraenkel E.* Ueber seltener Localisationen der Tuberkulose. «Münchener med. Wochenschrift», 1896 г., № 2.—37. *Barbacci O.* Una rara forma di tubercolosi gastrica. «Lo Sperimentale», 1890, май.—38. *Wegele C.* Die Therapie der Magen- und Darmkrankheiten. 3-е изд., 1905 г.—39. *Ewald C. A.* Klinik der Verdauungskrankheiten, т. II, изд. 3. Berlin. 1893 г.—40. *Boas I.* Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Ч. II. Leipzig. 1901 г.—41. *Einhorn M.* Die Krankheiten des Magens. Berlin. 1898 г.—42. *Mayo Robson A. W. and Moynihan B. G. A.* Diseases of the stomach and their surgical treatment. London. 1904 г.—43. *Still G. F.* Tubercular ulcer of the stomach in children. «Transactions of Pathological Society of London», т. 50 (1899/00).—44. *Holt.* Diseases of infancy and childhood. London. 1897 г.—45. *Lister T. D.* A specimen of tubercular ulceration of the stomach from a child. «Transactions of Pathological Society of London», т. 50 (1899/00).—46. *Letulle M.* Tuberculose de l'estomac. «Bulletins de la Société anatomique de Paris», 1893 г., мартъ.—47. *Eisenhardt.* Ueber die Häufigkeit der Darmtuberkulose. München'sкая диссертация, 1891 г. Прив. по *Wegele*, см. № 38.—48. *Simmonds K.* Ueber Tuberkulose des Magens. München'sкая диссертация, 1900 г., № 10.—49. *Glaubitt O.* Ueber Magentuberkulose. Kiel'sкая диссертация, 1901 г.—Прив. по *O. Pertik*, см. № 48.—50. *Pertik O.* Pathologie der Tuberkulose въ *O. Lubarsch—R. Ostertag's* Ergebnisse der allgem. Pathologie и т. д., г. 8 (1902), Wiesbaden. 1904 г.—51. *Bignon.* Hématémèse mortelle, suite d'une perforation tuberculeuse de l'estomac chez un enfant de six ans et demi. «Bulletins de la Société anatomique de Paris», 1853 г., № 6.—52. *Besnier.* Perforation de l'estomac. Тамъ-же, 1857 г., апрѣль.—53. *Paulicki A.* Tuberculose des Magens mit Perforation und nachfolgender tödtlicher Peritonitis. «Berliner klinische Wochenschrift», 1867 г., № 34.—54. *Pozzi.* Ulcérations tuberculeuses de l'estomac et de l'intestin chez un phthisique. «Bulletins de la Société anatomique de Paris», 1868 г., стр. 386—387.—55. *Lorey.* Ulcérations tuberculeuses de l'estomac... Тамъ-же, 1874 г., стр. 598.—56. *Rehn H.* Ein Fall von Magengeschwüren bei einem Kinde. «Jahrbuch für Kinderheilkunde», 1874 г., т. 7.—57. *Gille—Brèchemin.* Tuberculose pulmonaire, mort rapide par hématomèse, ulcération de l'estomac. «Bulletins de la Société anatomique de Paris, 1879, стр. 452—453.—58. *Talamon Ch.* Phthisie locale; ulcérations tuberculeuses de l'estomac et de l'intestin. «Progrès médical», 1879 г., № 3.—59. *Anger Th.* Tubercule de la choroïde s'étant généralisé aux viscères de l'abdomen... «Bulletins de la Société de chirurgie» 1878 г., г., стр. 755—764.—60. *Eppinger.* Zahlreiche tuberculöse Geschwüre des Magens neben ausgebreiteten miliärer Tuberkulose. «Prager med. Wochenschrift», 1881 г., № 5.—Прив. по *Barbacci*, № 37.—61. *Cazin.* Contribution à l'étude des tuberculisations de l'estomac... «Union médicale», 1881 г.—62. *Mathieu Alb.* Tuberculose pulmonaire etc. «Bulletins de la Société anatomique de Paris», 1886, стр. 652—661.—63. *Coats.* On a case of tuberculosis of the stomach... «The Glasgow med. Journal», 1886 г., т. 26, стр. 53—56.—64. *Barlow Th.* Ulcers of stomach in a child the subject of general tuberculosis. «Transactions of Pathological Society of London», т. 38 (1887/88), стр. 141—142.—65. *Serafini.* Contribuzione alla casistica, della tubercolosi dello stomaco. «Annali clinici dell'Ospedale degli incurabili di Napoli», 1888 г.—Прив. по *Barbacci*, № 37.—66. *Pitt G. N.* Oesophagus and stomach with numerous ulcers through which caseous glands have burst. «Transactions of Pathological Society of London», т. 39 (1887/88).—67. *Kühl.* Ueber tuberculöse Magen-Geschwüre. Kiel'sкая диссертация, 1889 (по *Barbacci*, № 37).—68. *Иржековский Э. И.* Gastritis tuberculosa. *Virchow's Archiv*, т. 167.—69. *Habershon S. H.* Case of tubercular ulcer of the stomach. «Transactions of Pathological Society of London», т. 45 (1894).—70. *Kanow.* Ein Beitrag zur Kenntniss der tuberculösen Magengeschwüre. München'sкая диссертация, 1895 г. Прив. по *Thorel'y*—см. № 34.—71. *Weinberg.* Ulcération tuberculeuse de l'estomac. «Bulletins de la Société anatomique de Paris», 1896 г., июнь.—72. *Blas M.* Ueber tuberculöse Geschwüre des Magens. München'sкая диссертация, 1896 г.—73. *Wilms M.* Miliartuberkulose des Magens. «Centralblatt für pathologische Anatomie», 1897 г., № 19—20.—74. *Hattute.* Ulcère tuberculeux de l'estomac. «Gazette des hôpitaux», 1874 г., № 103.—75. *Patella V.* Delle stenosi piloriche nei tubercolosi. Atti del Congresso contro la tubercolosi, Napoli, 1900 г.—Прив. по *Pertik'y* № 50.—76. *Alexander M.* Beitrag zur Tuberkulose des Magens. «Deutsches Archiv für klinische Medizin», т. 86, 1905 г.—77. *Petruschky.* Zur Diagnose und Therapie des primären Ulcus ventriculi tuberculorum. «Deutsche med. Wochenschrift», 1899 г., № 24.—78. *Marfan B.-J.-A.* Troubles et lésions gastriques dans la phthisie pulmonaire. Парижская диссертация, 1887 г.—79. *Letorey G.* Contribution à l'étude des ulcérations tuberculeuses de l'estomac. Парижская диссертация, 1895 г.—80. *Arloing.* Прив. по *Wegele*, № 38.—81. *Лукинъ М. А.* Отчеты по анатомо-патологическому кабинету Кронштадтскаго морского госпиталя. «Медицинскія Прибавленія къ Морскому Сборнику» за годы 1873, 76, 78, 82 и 84—88.—82. *Холшевниковъ П. Н.* Отчеты по анатомическому театру Кронштадтскаго морского госпиталя. «Ма-

92 и 1894—97.—83. *Тиховъ И. П.* Отчетъ за 1896 годъ по анатомическому театру Николаевскаго морского госпиталя въ Кронштадтѣ. «Медицинскія Прибавленія къ Морскому Сборнику», 1898 г.—84. *Груздеевъ С.* Объ измѣненіяхъ желудочнаго сока у чахоточныхъ. «Врачъ», 1889 г., №№ 15 и 16.—85. *Struppler Th.* Ueber das tuberculöse Magengeschwür im Anschluss an einen Fall von chronisch-ulceröser Magentuberculose mit tödtlicher Perforationsperitonitis. «Zeitschrift für Tuberkulose», т. I (1900).—86. *Груздеевъ С.* —Подкожная впрыскиванія аристола при легочной чахоткѣ. «Медицинскія Прибавленія къ Морскому Сборнику», 1895 г.—87. *Schlossmann A. und St. Engel.* Zur Frage der Entstehung der Lungentuberculose. «Deutsche med. Wochenschrift», 1906 г., № 27.—88. *Frommer I.* Fall von primärem tuberculösen Magengeschwür. «Pester. med. chir. Presse», 1902 г., № 46.

#### CLXXXIV. Изъ пропедевтической клиники проф. А. П. Фавицкаго въ В.-Медицинской Академіи.

Къ вопросу о вліяніи различныхъ бѣлковъ пищи на выдѣленіе сахара и развитіе ацидоза при сахарномъ мочеизнуреніи.

П. И. Философова.

Въ ученіи о болѣзни, извѣстной подъ именемъ «сахарнаго мочеизнуренія», главное мѣсто занимаютъ тѣ неправильности въ обмѣнѣ веществъ больнаго организма, которыя при ней наблюдаются. По современнымъ воззрѣніямъ неправильности эти составляютъ сущность самой болѣзни, почему ее обыкновенно и относятъ къ т. наз. болѣзнямъ обмѣна. Кромѣ выдѣленія съ мочей сахара—припадка, давшаго болѣзни самое названіе и извѣстнаго уже давно,—современная патологія признаетъ характернымъ для нея цѣлый рядъ другихъ болѣзненныхъ явленій, выражающихся въ повышенномъ выдѣленіи азота (явленіе, не всеми авторитетами признаваемое), амміака и другихъ ненормальныхъ продуктовъ. Сюда же должно быть отнесено и наблюдающееся иногда пониженіе щелочности крови. Рядъ этихъ явленій, извѣстныхъ подъ общимъ именемъ «ацидоза», приковываетъ къ себѣ въ настоящее время особое вниманіе изслѣдователей и сосредоточиваетъ на себѣ главную долю интереса къ данной болѣзни. Въ 1857 г. *Petters* <sup>1)</sup> первый замѣтилъ у больныхъ сахарнымъ мочеизнуреніемъ особый запахъ мочи и выдыхаемаго ими воздуха и объяснилъ это явленіе выдѣленіемъ ацетона. При вскрытіи трупа женщины, умершей при явленіяхъ спячки (coma), онъ замѣтилъ, что ацетономъ пахли мозгъ и внутренніе органы. *Kaulich* <sup>2)</sup> въ 1860 г. подтвердилъ открытіе *Petters*'а: онъ у многихъ больныхъ наблюдалъ въ мочѣ присутствіе ацетона и высказалъ предположеніе, что его скопленіемъ въ крови и вызывается спячка. Послѣ *Petters*'а и *Kaulich*'а присутствіе ацетона въ мочѣ при сахарномъ мочеизнуреніи было подтверждено цѣлымъ рядомъ авторовъ. Совершенно независимо отъ вышеупомянутаго открытія, въ 1865 г. *C. Gerhardt* <sup>3)</sup> замѣтилъ, что у нѣкоторыхъ больныхъ моча отъ прибавленія раствора 1½-хлористаго желѣза приобретаетъ вишнево-красный оттѣнокъ. Эту реакцію, въ настоящее время сдѣлавшуюся столь популярной, *Gerhardt* объяснилъ присутствіемъ этилдіацетовой кислоты, и лишь послѣдующіе изслѣдователи доказали, что это явленіе обусловливается діацетовой кислотой (ацетоуксусной). Когда въ 1880 г. *Hallervorden* <sup>4)</sup> нашелъ, что при сахарномъ мочеизнуреніи амміакъ мочи достигаетъ иногда очень большихъ цифръ (до 7 грм. въ сутки), то это явленіе онъ объяснилъ стремленіемъ организма нейтрализовать и вывести скопившіяся въ немъ вредныя вещества кислотнаго характера. Дѣйствительно, кромѣ діацетовой кислоты, въ 1883 г. *E. Stadelmann* <sup>5)</sup> въ тяжелыхъ случаяхъ болѣзни нашелъ въ мочѣ кислоту, которую *Minkowski* <sup>6)</sup> въ слѣдующемъ году опредѣлилъ, какъ β-оксимасляную. Цѣлымъ рядомъ другихъ работъ вышеупомянутыхъ авторовъ, а также работами *E. Kül'sa*, *R. Kül'sa* и *E. Stadelmann*'а въ «Zeitschrift für Biologie» и «Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmacologie» за 1884—1886 г.г. были точно опредѣлены физическія и химическія свойства этой

кислоты. Кромѣ того, въ мочѣ при сахарномъ мочеизнуреніи наблюдались: молочная, летучія жирныя и другія, точно не опредѣленныя, кислоты (*Stadelmann*, *Minkowski*, *Jaksch* и *Rumpf*) <sup>7)</sup>. Всѣ эти накопившіяся съ теченіемъ времени данныя, наряду съ вышеупомянутымъ открытіемъ *Hallervorden*'а <sup>4)</sup> послужили началомъ возникновенія ученія объ ацидозѣ, т. е. объ отравленіи организма при сахарномъ мочеизнуреніи ненормальными продуктами обмѣна кислотнаго характера. Въ виду того, что ацетонъ и упомянутыя кислоты по своему химическому составу близки и легко переходятъ другъ въ друга, а также вслѣдствіе того, что по общепринятому мнѣнію [*Wolpe* <sup>8)</sup>, *Minkowski* <sup>6)</sup>, *R. Waldvogel* <sup>9)</sup>, *Geelmuyden* <sup>10)</sup> и *Meyer* <sup>11)</sup>] β-оксимасляная кислота въ живомъ организмѣ, видимому, переходитъ въ ацетоуксусную кислоту, а потомъ и въ ацетонъ; подъ именемъ «ацидоза» въ настоящее время понимаютъ вообще выдѣленіе ацетоновыхъ тѣлъ; тѣмъ болѣе, что возможность отравленія организма кислотами при этой болѣзни еще многими оспаривается. Такъ, причину спячки *H. Leo* <sup>12)</sup> видитъ въ отравленіи организма неизвѣстными ядами, а ацетоновыя тѣла считаетъ совершенно безвредными спутниками болѣзни; *C. Noorden* <sup>13)</sup> и *R. Waldvogel* <sup>14)</sup> также не считаютъ ихъ причиной спячки, и только *B. Naunyn* <sup>15)</sup> держится этой теоріи, высказанной впервые *E. Stadelmann*'омъ <sup>16)</sup>. Какъ-бы то ни было, но всѣ авторы согласны въ томъ, что количество выведенныхъ ацетоновыхъ тѣлъ имѣетъ съ величиной гликозурии можетъ служить мѣриломъ тяжести заболѣванія и что изученіе законовъ образованія, взаимнаго отношенія и вообще участія ихъ въ обмѣнѣ веществъ больнаго организма въ настоящее время является главнымъ путемъ къ уясненію сущности самой болѣзни. Поэтому всѣ усилія изслѣдователей 2-ой половины прошлаго столѣтія были направлены къ уясненію источника образованія обоихъ веществъ. Въ то время, какъ источникомъ сахара очень долгое время почти всѣ считали бѣлокъ, относительно ацетоновыхъ тѣлъ мнѣнія были весьма различны: одни производили ихъ образованіе изъ распада пищевого бѣлка [*Engel* <sup>17)</sup>, *Rosenfeld* <sup>18)</sup>], другіе изъ организованнаго бѣлка самаго организма [*Honigsmann* <sup>19)</sup>, *C. Noorden* <sup>13)</sup>], наконецъ, третьи или отрицали вообще связь образованія ацетоновыхъ тѣлъ съ бѣлковымъ обмѣномъ, или производили ихъ изъ жира (*F. Hirschfeld* <sup>20)</sup>, *W. Weintraud* <sup>21)</sup>, *H. Geelmuyden* <sup>22)</sup>, *L. Schwarz* <sup>23)</sup> и др.). Послѣднее воззрѣніе въ настоящее время имѣетъ самое большое число приверженцевъ.

Работами *Waldvogel*'а <sup>14)</sup> и его учениковъ, а также *Joslin*'а <sup>24)</sup>, *A. Hesse* <sup>25)</sup> и др. можно считать доказаннымъ увеличеніе ацетонуріи подѣ вліяніемъ усиленнаго введенія жира (собственно жирныхъ кислотъ). Тѣмъ не менѣе мнѣніе, высказанное *C. Noorden*'омъ <sup>13)</sup> въ его монографіи о сахарномъ мочеизнуреніи, до сихъ поръ имѣетъ много послѣдователей, и еще недавно (въ 1904 г.), появилась работа *Lenné* <sup>26)</sup>, который приходитъ къ выводу, что на образованіе ацетоновыхъ тѣлъ имѣетъ большее вліяніе ненормальное выдѣленіе азота, чѣмъ повышенный распадъ жира.

Параллельно съ этими клиническими наблюденіями показало, что въ тяжелыхъ случаяхъ сахарнаго мочеизнуренія, когда организмъ истратилъ весь гликогенъ, болѣные при исключительно бѣлковой діетѣ выдѣляютъ сахаръ въ значительныхъ количествахъ. *Minkowski* <sup>27)</sup>, заставляя голодать собаку съ панкреатическимъ диабетомъ, нашелъ, что она способна была выдѣлять сахаръ, не смотря на полное отсутствіе гликогена въ печени и остальныхъ тканяхъ. Такое образованіе сахара *Minkowski* объяснилъ происхожденіемъ изъ бѣлка. Въ пользу этого же мнѣнія высказываются и изслѣдователи послѣдняго времени, какъ напр., *H. Lütje* <sup>28)</sup> и *L. Mohr* <sup>29)</sup>. *Minkowski* вычислилъ отношеніе выводимаго въ такихъ случаяхъ азота къ сахару; оказалось, что при опытахъ съ собаками, лишенными поджелудочной железы, оно колеблется между 2,62 и 3,05 (въ среднемъ 2,8). *Mering* <sup>30)</sup> при опытахъ на собакахъ съ искусственнымъ мочеизнуреніемъ, вызваннымъ флоридиновымъ отравленіемъ, получилъ отношенія 1:3,2 и 1:2,9. Такое большое количество сахара съ трудомъ

могло быть объясняемо образованіемъ его изъ предсуществующихъ углеводныхъ группъ бѣлковой частицы. Оставалось предположить, что сахаръ образуется, вѣроятно, изъ жира или изъ содержащихся N бѣлковыхъ группъ, посредствомъ отщепленія N. Fr. Müller<sup>31)</sup> высказалъ мысль, что при сахарномъ мочеизнуреніи сахаръ можетъ образоваться изъ лейцина, содержаніе котораго въ нѣкоторыхъ видахъ бѣлковыхъ тѣлъ доходить до большого %. Мысль Müller'a была подхвачена многими изслѣдователями, и изученіе аминныхъ кислотъ и ихъ участія въ обменѣ веществъ здороваго и больного организма сдѣлалось предметомъ ревностнаго изученія, результатомъ чего появился цѣлый рядъ статей въ «Hofmeister's Beiträge» и «Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmacologie» за послѣдніе годы. Таковы работы R. Cohn'a<sup>32)</sup>, Mohr'a<sup>29)</sup>, G. Embden'a и H. Salomon'a<sup>33)</sup>, M. Almagia и G. Embden'a<sup>34)</sup>, которые показали, что, повидимому, дѣйствительно, аминныя кислоты могутъ служить источникомъ образованія сахара.

Такъ какъ разные виды бѣлковыхъ тѣлъ содержатъ въ своихъ молекулахъ разное количество аминныхъ кислотъ, то нужно было-бы предполагать, что (въ случаѣ дѣйствительнаго образованія сахара изъ аминныхъ кислотъ) бѣлки съ большимъ содержаніемъ послѣднихъ дадутъ при распаденіи и большее количество сахара. Это теоретическое разсужденіе получило-бы тогда характеръ достоверности, если-бы подобное отношеніе было подтверждено на опытѣ.

Мнѣ казалось поэтому крайне важнымъ прослѣдить на больномъ съ сахарнымъ мочеизнуреніемъ вліяніе различныхъ видовъ бѣлковъ пищи на степень гликозурии; наряду съ этимъ, благодаря извѣстному съ 80-хъ годовъ и разработанному Hirschfeld'омъ<sup>30)</sup> вопросу о специфическомъ дѣйствіи углеводовъ и глицерина на ацетонурію въ смыслѣ угнетающаго дѣйствія, казалось мнѣ также крайне полезнымъ прослѣдить и состояніе ацетонуріи подъ вліяніемъ разныхъ видовъ бѣлковой пищи, тѣмъ болѣе, что въ прошломъ году G. Satta<sup>35)</sup>, освѣтившій этотъ вопросъ съ современной точки зрѣнія, къ «Hemmungstoffen» или антикетопластическимъ веществамъ, т. е. мѣшающимъ скопленію въ организмѣ ацетоновыхъ тѣлъ (терминологія G. Satta), причисляетъ кромѣ углеводовъ, глицерина и нѣкоторыхъ органическихъ кислотъ, также и кислоты аминныя. Мнѣ было интересно прослѣдить на дѣлѣ, дѣйствительно-ли только углеводы, глицеринъ и другія антикетопластическія вещества, введенныя какъ таковыя, дѣйствуютъ соотвѣствующимъ образомъ, или-же и составныя части бѣлковой частицы, служащія источникомъ сахара при сахарномъ мочеизнуреніи, проявляютъ точно также свое антикетопластическое дѣйствіе? Хотя приблизительно такая-же постановка вопроса была и у L. Borchardt'a<sup>36)</sup> (см. ниже), но авторъ изучалъ подобныя отношенія для здороваго организма и ставилъ опыты на себѣ съ исключеніемъ изъ пищи углеводовъ; кромѣ того, въ виду частыхъ разногласій, касающихся вліянія разныхъ бѣлковъ на степень гликозурии, я не считалъ-бы свою работу лишней и въ этомъ направленіи.

Кромѣ теоретическаго интереса, мнѣ казалось интереснымъ и съ чисто практической точки зрѣнія получить тѣ или другіе результаты. Такъ какъ современный способъ лѣченія сахарной болѣзни, почти исключительно діететическій, состоитъ въ ограниченіи введенія съ пищей углеводовъ, при которомъ нерѣдко можетъ угрожать развитіе ацидоза и комы, то крайне желательно было-бы опредѣлить, всегда-ли меньшая степень ацетонуріи или вообще ацидоза зависитъ отъ большаго содержанія въ принимаемомъ съ пищей бѣлкѣ сахарообразовательныхъ группъ и всегда-ли это явленіе сопровождается повышеніемъ гликозурии?

Прежде чѣмъ приступить къ изложенію результатовъ своихъ изслѣдованій, я хотѣлъ-бы предпослать краткій обзоръ относящихся къ разбираемому вопросу работъ.

Неодинаковое значеніе разныхъ видовъ бѣлковъ, какъ источниковъ сахара, было замѣчено уже давно. Главнымъ образомъ изучалось вліяніе различныхъ видовъ бѣлка на

на выдѣленіе сахара при искусственномъ сахарномъ мочеизнуреніи, вызванномъ флоридиномъ; сюда относятся работы E. Külz'a, Schondorff'a, Blumenthal'a, Lusk'a, Hal-sey<sup>37)</sup> и др. Результаты, полученные при этомъ авторами, довольно разнорѣчивы; тѣмъ не менѣе можно отмѣтить, что при кормленіи животныхъ казеинномъ образовывалось большее количество сахара и гликогена, чѣмъ при кормленіи яичнымъ бѣлкомъ и сывороточнымъ альбуминомъ. 1-ую обстоятельную работу по этому вопросу съ постановкой опытовъ на больномъ сахарнымъ мочеизнуреніемъ мы находимъ у H. Lütje<sup>38)</sup>: онъ кормилъ больного съ тяжелой формой болѣзни разными сортами бѣлка и нашелъ большее выдѣленіе сахара при казеинѣ, чѣмъ при яичномъ бѣлкѣ. Состоянія ацетонуріи при этомъ авторъ не изслѣдовалъ.

Stradomski<sup>39)</sup> изучалъ вліяніе различныхъ пищевыхъ бѣлковъ на 2-хъ формахъ сахарной болѣзни—тяжелой и легкой. Онъ давалъ своимъ больнымъ мясо, тропонъ (препаратъ мяса), плазмонъ, печень теленка, зобную железу и мясо щуки. Въ первомъ случаѣ больше всего сахара получалось при кормленіи телячьей печенью; за ней слѣдовало мясо щуки, говядина, зобная железа, тропонъ и плазмонъ. Во второмъ случаѣ на 1-мъ мѣстѣ стояла печень; за ней слѣдовали: зобная железа, мясо щуки, плазмонъ, говядина, тропонъ. Количества ацетона и амміака въ мочѣ авторъ не опредѣлялъ.

Слѣдующая работа Schuman Leclercq<sup>40)</sup> посвящена изученію вліянія растительныхъ бѣлковъ на выдѣленіе сахара. Авторъ приходитъ къ выводу, что при роборатѣ сахара выдѣляется меньше, чѣмъ при мясѣ. При казеинѣ сахара выдѣлялось больше всего. Количество ацетона, хотя и опредѣлялось, но на него авторъ не обратилъ соотвѣтственнаго вниманія.

Mohr<sup>42)</sup> изслѣдовалъ вліяніе мяса, яицъ, робората глютона и нутрозы на выдѣленіе сахара у 3-хъ больныхъ, и пришелъ къ выводу, что больше всего получается сахара при кормленіи казеинномъ (нутрозой) и мясомъ; при кормленіи-же яичнымъ бѣлкомъ и желткомъ сахара получается меньше. Опыты съ роборатомъ дали противорѣчивые результаты. Причину неодинаковаго вліянія разныхъ видовъ бѣлковъ на гликозурию авторъ, повидимому, главнымъ образомъ приписываетъ неодинаковой быстротѣ разрушенія бѣлковыхъ тѣлъ, вслѣдствіе чего бѣлокъ, быстро распадающійся (казеинъ), ведетъ къ усиленію гликозурии, а медленно разрушающійся (яичный бѣлокъ) къ ея ослабленію [мнѣніе W. Fatta<sup>41)</sup>]. Индивидуальнымъ особенностямъ больного онъ также приписываетъ важную роль. Измѣненій въ степени ацетонуріи авторъ у своихъ больныхъ не изслѣдовалъ.

Послѣдняя работа по данному вопросу L. Borchardt'a<sup>36)</sup> появилась лишь въ прошломъ году изъ лабораторіи проф. Weintraud'a. Авторъ поставилъ себѣ задачей опредѣлить, какія составныя части бѣлковыхъ тѣлъ проявляютъ въ здоровомъ организмѣ антикетопластическое дѣйствіе (задерживающее скопленіе ацетоновыхъ тѣлъ)? Съ этой цѣлью онъ ставилъ опыты на себѣ и на больномъ. Себя онъ подвергалъ голоданію, при чемъ и азотистый составъ пищи измѣнялъ качественно, замѣщая одни бѣлки другими въ эквивалентныхъ отношеніяхъ. При этомъ оказалось, что бѣлки, содержащіе въ своемъ составѣ большее количество аминныхъ кислотъ, проявили наибольшее антикетопластическое дѣйствіе; бѣлки-же, содержащіе малое количество аминныхъ кислотъ, проявляли даже кетопластическое (усиливающее скопленіе ацетоновыхъ тѣлъ) дѣйствіе. На основаніи этихъ опытовъ онъ приходитъ къ выводу, что частицы бѣлковой молекулы, ведущія къ образованію сахара, суть вмѣстѣ съ тѣмъ и антикетопластическія вещества и что молекула бѣлка содержитъ рядомъ съ антикетопластической группой и кетопластическую; по его мнѣнію, протаминъ и гистонъ (histon), содержащіе лишь слѣды аминныхъ кислотъ, проявляютъ свое кетопластическое дѣйствіе, а при казеинѣ на первый планъ выступаетъ сахарообразовательный—антикетопластическій эффектъ. Въ бѣлкахъ поджелудочной железы обѣ составныя части уравновѣшены, и прибавка этой железы къ пищѣ не ока-

между выдѣленіемъ ацетона и азота, а также ацетона и амміака авторъ не замѣчалъ. Опыты надъ диабетикомъ велись безъ строгаго исключенія углеводовъ изъ пищи, что, конечно, должно было само по себѣ оказать вліяніе на ацетонурию; кромѣ того, безъ опредѣленія баланса азота.

Мои изслѣдованія \*) относятся къ больному, 13 л., съ тяжелой формой сахарнаго мочеизнуренія.

Н. П., 13 л., бывшій ученикъ городского училища, поступилъ въ клинику 8/п 1906 г. съ жалобами на неутолимую жажду и волчій аппетитъ, большое количество мочи, общую слабость, исхуданіе и частыя головныя боли. Считаетъ себя больнымъ съ весны прошлаго (1905) года. Никакихъ заразныхъ болѣзней передъ началомъ заболѣванія не переносилъ; въ дѣтствѣ болѣлъ только корью. Заболѣваніе началось постепенно, такъ что точно опредѣлить время заболѣванія больной не можетъ. Первымъ болѣзненнымъ признакомъ, обратившимъ на себя вниманіе больного и его родныхъ, была сильная жажда. Больной у родителей — 1-й ребенокъ; родители — люди молодые, здоровые; кромѣ него, у нихъ есть еще 3-ое дѣтей, совершенно здоровыхъ. Алкоголизмъ и сифилисъ отецъ отрицаетъ. Изъ родственниковъ никто подобной болѣзни не страдалъ.

Больной на видъ — молодое своею лѣтъ; очень свѣтлый блондинъ. Лицо блѣдное, слегка одутловатое. Конъюнктивы глазъ и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Вѣсъ тѣла 31,0 кгмр. Подкожный жировой слой развитъ крайне слабо. Лимфатическія желѣзы на шеѣ слегка увеличены. Грудная кѣтка слабо развита. Животъ своей формой слегка напоминаетъ лягушечій. При выстукиваніи грудной кѣтки опредѣляются нормальныя границы легочнаго звука и сердечной тупости; нигдѣ не замѣчается какого-либо заглушенія въ области грудной кѣтки, въ мѣстахъ прилеганія къ ней легочной ткани. При выслушиваніи повсюду чистое везикулярное дыханіе съ прерывистымъ отгнѣкомъ. Дых. 16 въ 1 мин. Тоны сердца чисты; пульсъ ровный,

достаточнаго наполненія и напряженія, 82 удара въ 1 мин. Животъ слегка вздутъ. Границы печени и селезенки нормальны; ни печень, ни селезенка не прощупываются. Скопленіе жидкости въ полости живота не опредѣляется.

Первое время послѣ поступленія больного въ клинику отъ испытывалъ сильную жажду и повышенный позывъ на ѣду, выдѣлялъ до 5 литровъ воды въ день съ содержаніемъ 6—7% сахара. Въ общихъ чертахъ теченіе болѣзни было такое. Послѣ ограниченія углеводовъ количество мочи постепенно упало до 3—3½ литровъ; %-ное содержаніе сахара попрежнему колебалось между 6 и 7; количество ацетона не поднималось выше 150 мгмр. въ сутки. Полнаго воздержанія отъ углеводовъ не принималось: кромѣ бѣлково-жировой пищи, больной ежедневно получалъ 3 стакана молока и ¼ французской булки. Кромѣ улучшенія со стороны мочи, и общее состояніе больного поправилось; отъ пересталъ терять въ вѣсъ; сильная жажда и позывъ на ѣду исчезли, сдѣлались нормальными; животъ уменьшился въ размѣрахъ; на лицѣ появился небольшой румянецъ; слабость исчезла. На низѣ все время было правильно; изрѣдка наблюдались небольшія послабленія, противъ которыхъ хорошо дѣйствовалъ азотнокислый висмутъ въ дозахъ по 0,3, 3 раза въ день. Бѣлка въ мочѣ не наблюдалось все время. Температура во время пребыванія больного въ клиникѣ была нормальной.

Въ виду того, что для меня было интересно прослѣдить вліяніе сахарообразовательныхъ частей бѣлковой молекулы на гликозурию и ацидозъ при сахарномъ мочеизнуреніи, и такъ какъ мы до сихъ поръ не знаемъ химизма специфическаго дѣйствія углеводовъ на ацетоновыя тѣла, то я считалъ необходимымъ провести свои опыты при строго бѣлково-жировой діетѣ, при полномъ воздержаніи отъ углеводовъ. Такъ какъ многими авторами отмѣчено (см.

Таблица 1.

Время наблюденія.	Количество мочи.	Уд. в. мочи.	%-ное содержаніе сахара.	Суточное количество сахара.	Суточное количество ацетона.	Присутствіе ацетоукисл. кислот.	Суточное количество амміака.	Авогъ мочи.	Отношеніе амміака къ азоту.	Отношеніе азота къ сахару.	Авогъ кала.	Авогъ пищи.	Жаръ пищи.	Число калорий.	Вѣсъ тѣла.	Пищевой режимъ.	Особые замѣчанія.
1. 19/VI	2825	1,036	4,7	132,78	0,7567	—	2,055	23,33	0,088	5,69		15,84	145,11	1756		12 яицъ, 150 грм. мяса, 100 грм. масла, тарелка бульона, 2 стакана чая безъ сахара.	Помощь.
20	2150	1,035	4,5	110,25	1,0732	+	2,099	21,13	0,099	5,22							
21	1980	1,034	4,0	79,20	0,9477	+	1,777	19,40	0,092	4,08							
22	2250	1,037	5,2	117,00	1,2314	+	2,249	19,78	0,114	5,40							
23	1800	1,035	5,5	99,00	0,3951	+	1,469	11,59	0,125	8,54							
Всего.				538,23	4,4041		9,649	95,23	0,101	5,65	14,03	79,20			32,3		
	Балансъ азота — 30,07																
2. 1/VI	1900	1,035	6,0	114,00	0,5401	+	1,137	12,02	0,094	9,48		15,52	147,7	1770		2 яйца, 375 грм. мяса, 165 грм. масла, тарелка бульона, 2 стакана чая безъ сахара.	
2	2725	1,036	5,8	158,00	0,7167	+	1,167	18,31	0,063	8,63							
3	2550	1,039	6,7	170,85	0,8482	+	1,595	17,64	0,090	9,68							
4	2500	1,036	6,8	170,00	0,3505	+	1,360	13,65	0,099	12,45							
5	3000	1,034	5,7	171,00	0,6904	+	1,489	20,16	0,074	8,48							
Всего.				783,85	4,1554		6,748	81,78	0,082	9,58	7,865	77,60			32,3		
	Балансъ азота — 12,016																
3. 6	2700	1,034	5,8	156,60	0,1383	—	1,065	12,63	0,084			15,52	147,72	1770		Режимъ тотъ же + 2 яблока.	
7	2550	1,034	5,8	147,90	0,3008	—	0,887	10,210	0,085								
8	2550	1,034	6,0	153,00	0,5367	—	0,884	10,333	0,085								
9	2620	1,034	6,2	162,44	0,2335	—	0,893	11,0	0,081								
Всего.				619,94	1,2093		3,709	44,19	0,084		9,568	62,08			32,3		
	Балансъ азота + 8,32																
4. 10	2770	1,034	5,8	160,66	0,5410	—	1,038	13,7	0,075			15,55	146,66	1760		Режимъ, какъ въ 5-мъ періодѣ.	
11	2900	1,034	6,0	174,00	0,5664	—	1,597	18,35	0,087								
Всего.				334,66	1,1074		2,6351	32,07	0,082		2,042	31,10					
	Балансъ азота — 3,11																
5. 12	2550	1,037	6,0	153,00	0,6287	+	2,036	20,78	0,098	7,36		15,55	146,66	1760		6 яицъ, 150 грм. мяса, 200 грм. творога и 135 грм. жира, 1 тарелка бульона, 2 стакана чая безъ сахара.	
13	2900	1,031	5,8	168,20	0,8805	+	2,146	24,11	0,089	6,97							
14	2800	1,035	5,7	159,60	0,8502	+	1,876	17,8	0,105	8,92							
15	2750	1,036	5,8	159,50	0,7569	+	1,897	20,46	0,093	7,81							
16	2675	1,036	5,7	152,47	0,8107	+	1,885	18,48	0,102	8,25							
Всего.				792,77	3,9570		9,840	101,6	0,097	7,80	5,106	77,75			32,0		
	Балансъ азота — 29,0																

\*) Вначалѣ предполагалось подвергнуть изслѣдованію еще 2-хъ диабетиковъ, находившихся въ клиникѣ; но первыя же попытки поставитъ ихъ въ условія строгаго клиническаго наблюденія, кончились неудачей, за категорическимъ нежеланіемъ

выше) вліяніе жира на образованіе ацетоновыхъ тѣлъ, необходимымъ условіемъ моихъ опытовъ было также одинаковое содержаніе жира въ пищѣ больного въ теченіи всего времени наблюденія; въ виду того, что неожиданное по



Т а б л и ц а 2.

Періодъ наблюденія.	Количество сахара.	Количество ацетона.	Количество амміака мочи.	Количество азота мочи.	Отношеніе амміака къ азоту.	Отношеніе азота къ сахару.	Отношеніе выведен- наго азота къ усвоен- ному.	Балансъ азота.
1	109,80 (107,65)	1,0022 (0,8808)	1,9300	19,047	0,097 (0,101)	5,25 (5,65)	1,461	— 6,014
2	156,77	0,8311	1,3490	17,356	0,0825	9,58	1,172	— 2,409
3	154,98	0,3023	1,9272	11,022	0,0839	—	0,811	+ 2,080
4	167,33	0,5537	1,3175	16,035	0,0820	—	1,104	— 1,550
5	158,55	0,7910	1,9680	20,330	0,0970	7,80	1,400	— 5,800

на азотистомъ обмѣнѣ само по себѣ, я старался вводить все время приблизительно одно и тоже количество азота, ибо лишь при этомъ условіи можно было объяснить измѣненія въ азотистомъ балансѣ исключительно родомъ бѣлковой пищи. Подобныя условія опыта крайне тяжело ложатся на изслѣдователя и на объектъ изслѣдованія, такъ какъ, съ одной стороны, требуютъ однообразія въ пищевомъ режимѣ, которое и безъ того тяготивъ такого больного, съ другой же стороны—необходимо крайнее напряженіе въ уходѣ и наблюденіи за исполненіемъ предписаній. Въслѣдствіе этого настоящая работа обнимаетъ собой лишь небольшой сравнительно періодъ наблюденія за больнымъ и представляетъ только часть задуманнаго мной въ началѣ труда. Подобныя наблюденія, какъ совѣтуетъ *Rumpf* <sup>40</sup>), должны быть обставлены условіями самаго строгаго контроля, что мной, по мѣрѣ силы и возможности, въ данномъ случаѣ и проводилось. Пищевые продукты въ видѣ мяса, яицъ, творога и масла каждый разъ покупались мною лично, мною же взвѣшивались и отпускались для пригото-вленія пищи. 5 дней передъ постановкой опытовъ больной находился на бѣлково-жировой діетѣ, соответствовавшей пищевому режиму 1-го періода (см. табл. 1).

Какъ видно изъ прилагаемыхъ таблицъ, изслѣдованія, произведенныя мною, распадаются на 5 періодовъ, соотвѣтственно измѣненіямъ въ пищевомъ режимѣ: 1-ый періодъ—съ преобладаніемъ въ пищѣ яицъ; 2-ой—съ преобладаніемъ мяса; въ теченіи 3-го періода, кромѣ режима, соответственнаго 2-му періоду, больной въслѣдствіе жалобъ на тяжесть воздержанія отъ углеводовъ, получалъ каждый день по 2 кисломолочныхъ яблока средней величины; въ теченіи послѣднихъ 2-хъ періодовъ, кромѣ мяса и яицъ, пища больного содержала творогъ, углеводы же опять были исключены изъ нея; 4-ый періодъ долженъ быть разсма-триваемъ, какъ переходный. Одни бѣлки замѣнялись дру-гими съ тѣмъ разсчетомъ, чтобы количество вводимаго азота, по возможности, было одинаковое. Мясо и яйца все время входили въ составъ пищевого режима, съ одной сто-роны, для того, чтобы избѣжать однообразія въ пищѣ, а съ другой, чтобы, благодаря значительному содержанію жира въ яичномъ желткѣ, насколько возможно, ограничить введеніе жира въ видѣ масла, которое само по себѣ или въ соединеніи съ бѣлками не составляетъ вкуснаго пище-вого продукта.

Въ таблицѣ 1 мной приведены въ хронологическомъ по-рядкѣ тѣ измѣненія въ количествѣ сахара и ацетоновыхъ тѣлъ мочи (ацетонъ выдыхаемаго воздуха не опредѣ-лялся), которыя происходили подъ влияніемъ перемѣнъ въ составѣ бѣлковой пищи. Въ табл. 2 для болѣе легкаго сравненія полученныхъ результатовъ я привелъ парал-лельно среднія цифры, выведенныя для одного дня каж-даго изъ 5 періодовъ. Какъ видно изъ этой таблицы, самое большее количество сахара приходится на 4-ый періодъ, т. е. на то время, когда при бѣлковой пищѣ съ преобла-даніемъ казеина продолжалось еще влияніе углеводовъ, введенныхъ въ организмъ въ теченіи 3-го періода. Среди періодовъ съ строгаго бѣлково-жировымъ режимомъ 1-ое мѣ-сто по количеству сахара занимаетъ 5-ый періодъ съ тво-рогомъ, 2-ое—мясной періодъ и 3-ье—1-ый, съ преобла-даніемъ въ пищѣ бѣлковъ куриного яйца. Количество аце-тона, выведеннаго мочей, стоитъ до извѣстной степени въ

обратномъ отношеніи къ количеству выведеннаго сахара, другими словами—наибольшее количество ацетона прихо-дится на періодъ съ наименьшимъ количествомъ сахара, и наоборотъ. По количеству выведеннаго съ мочей ацетона на 1-мъ мѣстѣ стоитъ періодъ съ преобладаніемъ въ пищѣ яицъ, на 2-мъ—мясной періодъ и на 3-мъ—періодъ съ творогомъ; количество выведеннаго съ мочей амміака и азота, какъ видно изъ табл. 2, не идетъ параллельно съ количествомъ выдѣляемаго ацетона[—явленіе, отмѣченное много разъ; *L. Borchardt* <sup>41</sup>) считаетъ, что количество амміака зависитъ отъ скопленія въ организмѣ только кис-лотъ, а не ацетона; въ описываемомъ же мною случаѣ наблюдались лишь слѣды ацетоуксусной кислоты,  $\beta$ -окси-масляной не было совершенно]; такъ, наиболѣе высокое отношеніе амміака къ азоту\*) приходится какъ на періодъ съ наибольшимъ выдѣленіемъ ацетона, такъ и на періодъ съ наименьшимъ его выдѣленіемъ (1-ый и 5-ый періодъ). Отно-шеніе амміака къ азоту при діетѣ, лишенной углеводовъ, съ преобладаніемъ мяса (періодъ 2) приблизительно равно отно-шенію въ теченіи періода съ приближеніемъ къ пищѣ угле-водовъ (періодъ 3). Ацетоуксусная кислота имѣлась въ мочѣ лишь во время исключительно бѣлково-жировой діеты, и колебанія въ выдѣленіи ея шли параллельно съ ацетономъ, т. е. она опредѣлялась тамъ, гдѣ ацетона выдѣлялось наибольшее количество. (Положительный ре-зультатъ реакціи въ таблицѣ обозначенъ знакомъ +, отри-цательный знакомъ —). Присутствіе  $\beta$ -оксимасляной кис-лоты, какъ указано выше, въ мочѣ не наблюдалось ни разу, не смотря на ежедневныя изслѣдованія, производившіяся въ этомъ направленіи.

Такимъ образомъ, результаты, полученные мною отно-сительно влиянія нѣкоторыхъ видовъ бѣлковыхъ тѣлъ на выдѣленіе сахара, соответствуютъ даннымъ большинства предыдущихъ изслѣдованій: казеинъ, или бѣлки молока, являются самымъ богатымъ источникомъ сахара; самымъ бѣднымъ—бѣлки куриного яйца; мясо рогатаго скота за-нимаетъ среднее между ними мѣсто. Особо стоитъ наблю-деніе *Stradomsk'* <sup>42</sup>), нашедшаго большее выдѣленіе са-хара при мясѣ, чѣмъ при казеинѣ (плазмонѣ) и *Mohr's* <sup>42</sup>), получившаго въ одномъ случаѣ большее количество сахара при казеинѣ (нутроза), чѣмъ при мясѣ, а въ другомъ на-оборотъ.

Если сравнить полученныя данныя съ распредѣленіемъ въ различныхъ видахъ бѣлковыхъ тѣлъ азота, то оказывае-ся, что, по изслѣдованіямъ *W. Hausmann'a* <sup>43</sup>) и *Th. Güm-bel'a* <sup>44</sup>), самое большое количество моноаминоваго азота содержится въ казеинѣ; 2-ое мѣсто за нимъ занимаетъ яичный бѣлокъ. Хотя въслѣдствіе несовершенства способа изслѣдованія до сихъ поръ нѣтъ еще вполне точныхъ дан-ныхъ по этому предмету, тѣмъ не менѣе *Borchardt* <sup>45</sup>) счи-таетъ рѣшительно установленнымъ, что самое большое ко-личество моноаминовыхъ кислотъ содержитъ казеинъ; ве-щество поджелудочной железы содержитъ ихъ меньше, а яичный бѣлокъ—меньше всего; другими словами, полу-чается впечатлѣніе, что бѣлки съ большимъ содержаніемъ аминовыхъ кислотъ даютъ и большее количество сахара

\*) Цифры для 1-го періода, поставленныя въ скобкахъ, пред-ставляютъ среднія величины для всѣхъ 5 дней; цифры безъ ско-бокъ—для первыхъ 4-хъ, болѣе достовѣрныя, ибо въ теченіи 5-го дня наступило небольшое послабленіе на низъ.

Какъ видно изъ результатовъ моихъ кратковременныхъ изслѣдованій, количество ацетона мочи находится въ обратномъ отношеніи къ количеству сахара или къ содержанию сахарообразовательныхъ группъ въ бѣлкахъ соотвѣтственнаго пищевого періода, т. е., повидимому, сахарообразовательныя группы бѣлковой частицы (върогатѣе всего, аминокислоты) являются, подобно углеводамъ, введеннымъ какъ таковыя, антикетопластическими веществами. Такимъ образомъ и для организма больного сахарнымъ мочеизнуреніемъ, и для здороваго отношенія остаются одни и тѣже [ср. статью *L. Borchardt*'а <sup>36)</sup>].

Если это дѣйствительно такъ на самомъ дѣлѣ, то съ теоретической точки зрѣнія оказывается совершенно невозможнымъ провести строгое, въ полномъ смыслѣ этого слова, лѣченіе больныхъ сахарнымъ мочеизнуреніемъ воздержаніемъ отъ гликопластическихъ веществъ, такъ какъ даже въ простѣйшихъ бѣлкахъ: гистонѣ и протаминѣ содержатся слѣды аминокислотныхъ группъ. Съ другой стороны, всякое уменьшеніе этихъ гликопластическихъ веществъ въ пищѣ, — будетъ-ли это просто введеніе углеводовъ, или примѣненіе бѣлковъ, богатыхъ сахарообразовательными группами, — повлечетъ за собой непременно соотвѣствующую кетопластическую реакцію, которая едва-ли выгодна для больного, чѣмъ небольшое увеличеніе въ мочѣ сахара. Не скопленіемъ-ли антикетопластическихъ группъ повому и должно быть объяснено наблюдавшееся *F. Hirschfeld*'омъ <sup>30)</sup> и подтвержденное другими изслѣдователями явленіе, что «обильная бѣлковая пища въ антикетопластическомъ смыслѣ дѣйствуетъ аналогично умѣренной углеводной, что оба эти вещества оказываютъ одинаковое вліяніе на образованіе ацетона или его разрушеніе у здоровыхъ людей, подобное вліянію сахарообразовательныхъ веществъ при тяжелыхъ формахъ сахарнаго мочеизнуренія?»

Переходя дальше къ разсмотрѣнію таблицы, мы видимъ, что въ теченіи 3-го періода, когда къ бѣлково-жировой діетѣ, по просьбѣ больного, было прибавлено небольшое количество углеводовъ (2 яблока), наблюдались значительныя измѣненія въ количествѣ ацетона и выдѣленій азота. Въ 1-ый же день количество ацетона упало съ 69 стрм. до 13, исчезла реакція на ацетоуксусную кислоту (какихъ-бы то ни было измѣненій въ количествѣ и качествѣ мочи не наблюдалось), количество сахара мочи въ среднемъ стало даже меньше, чѣмъ въ предыдущій и послѣдующій періоды. Это благоприятное вліяніе введенія небольшихъ количествъ углеводовъ становится еще болѣе очевиднымъ, если обратить вниманіе на состояніе выдѣленія азота въ теченіи этого періода. Въ то время, какъ передъ началомъ опытовъ мнѣ не удавалось привести больного при бѣлково-жировомъ режимѣ къ азотистому равновѣсію и въ теченіи остальнаго времени опытовъ получался недочетъ въ азотѣ, доходившій до большихъ цифръ, во время 3-го періода, напротивъ, получился значительный плюсъ азота — большое его количество задержалось въ организмѣ. Чѣмъ объяснить подобное явленіе? Отразилось-ли на азотистомъ обмѣнѣ антикетопластическое дѣйствіе углеводовъ, или они какимъ-либо другимъ образомъ подѣйствовали на выведеніе азота изъ организма? — сказать, конечно, трудно при наличности одного только наблюденія.

Что касается отношенія между количествомъ сахара и выведеннаго азота, то оно достигало въ моемъ случаѣ весьма значительныхъ цифръ. Самая большая цифра (9,58) приходится на 2-ой, мясной, періодъ, а самая меньшая (5,25) — на 1-ый съ преобладаніемъ въ пищѣ яицъ. Такая большая величина для сахара сравнительно съ азотомъ, далеко превосходящая среднюю величину *Minkowski*'аго <sup>27)</sup>, полученную на голодающей собакѣ съ искусственно вызваннымъ посредствомъ удаленія поджелудочной железы сахарнымъ мочеизнуреніемъ (2,8), должна говорить за гиперпродукцію сахара въ данномъ случаѣ. Подобныя данныя, противорѣчащія общепринятому воззрѣнію на сахарное мочеизнуреніе, какъ на ослабленіе лишь окислительной способности организма по отношенію къ углеводамъ [*H. Leo* <sup>12)</sup> стр. 11—13, *C. Noorden* <sup>73)</sup> стр. 31], наблюдались въ послѣднее время много разъ

при тяжелыхъ формахъ этой болѣзни. Такъ въ 1899 г. *T. Rumpf* <sup>45)</sup> сообщилъ случай (*Rabe*), гдѣ отношеніе сахара къ азоту достигало величины 10,0 : 1,0; въ одномъ случаѣ *A. Hesse* <sup>25)</sup> это отношеніе доходило до 7,76 и 9,24, а въ другомъ 11,64. Фактъ возможности образованія большимъ организмомъ такихъ большихъ количествъ сахара изъ сравнительно небольшихъ количествъ бѣлка (судя по выдѣленію азота) опять выдвинулъ на сцену не разрѣшенный до сихъ поръ вопросъ о возможности образованія сахара изъ жира. Въ то время, какъ одни авторы въ вышеупомянутомъ фактѣ видятъ неопровержимое доказательство образованія сахара изъ жира (собственно жирныхъ кислотъ) [*C. Noorden, Pflüger* и отчасти *Rumpf* <sup>47)</sup>], другіе объясняютъ повышенное образованіе сахара, сравнительно съ выдѣленіемъ азота, отщепленіемъ углеводныхъ группъ отъ бѣлковой частицы безъ нарушенія цѣлости ея бѣлковаго ядра, которое остается въ организмѣ [*Kolisch, F. Umber, A. Hesse* и др. <sup>48)</sup>]. Результаты моей работы, показывающіе, какое большое вліяніе на выдѣленіе сахара оказываетъ измѣненіе въ составѣ бѣлковой пищи при одной и той-же величинѣ вводимыхъ жировъ, мнѣ кажется, говорятъ въ пользу второго воззрѣнія.

Что касается разницы въ балансѣ азота подъ вліяніемъ различныхъ бѣлковыхъ пищъ, то, въ виду краткости наблюденій, я хотѣлъ-бы воздержаться отъ какихъ-бы то ни было выводовъ. Исходя изъ мнѣнія *A. Hesse* <sup>26)</sup>, что по величинѣ выводимаго азота нельзя судить о разнѣсахъ разрушенія бѣлковыхъ тѣлъ, я не думаю, чтобы, согласно *Falta* <sup>41)</sup>, можно было судить по выводимому азоту о быстротѣ разрушенія того или другого бѣлка и этимъ объяснить разницу въ выдѣленіи количествъ сахара. Въ виду того, что количество сахара въ моихъ опытахъ стояло въ прямомъ отношеніи къ источникамъ его въ бѣлковой частицѣ, и въ виду того, что самый большой минусъ азота получился при бѣлкѣ, менѣе всего богатомъ аминокислотами, я склоненъ былъ-бы искать въ измѣненіи баланса азота другихъ какихъ-либо причинъ.

Въ заключеніе мнѣ хотѣлось-бы остановиться на крайне интересномъ вопросѣ, хотя близко и не относящемся къ моей работѣ, но, какъ мнѣ кажется, имѣющемъ большое значеніе въ пониманіи процессовъ, происходящихъ въ организмѣ больного сахарнымъ мочеизнуреніемъ.

У всякаго наблюдателя, обратившаго вниманіе на специфическое антикетопластическое дѣйствіе углеводовъ и другихъ веществъ, невольно возникаетъ вопросъ, почему больной организмъ, располагая обращающимися въ крови большимъ количествомъ сахара, не способенъ его утилизовать, чтобы уничтожить или, по крайней мѣрѣ, ослабить кетопластическое дѣйствіе разрушающихся жировъ или бѣлковъ, въ то время какъ небольшое количество углеводовъ, введенныхъ черезъ ротъ, достаточно, чтобы оказать соотвѣтствующее дѣйствіе [по мнѣнію *G. Satta* <sup>35)</sup> углеводы обладаютъ тѣмъ-же дѣйствіемъ, будучи введены и другими путями], если только окисляющія способности организма не утрачены еще совершенно? Правдоподобнѣе всего предположить, что сахаръ, образовавшійся при нормальномъ распаденіи бѣлковыхъ и жировыхъ частицъ, стоитъ въ какой-то зависимости къ кетопластическимъ веществамъ, какъ-бы связанъ съ ними и поэтому избѣгаетъ участія въ обмѣнѣ веществъ и выводится вѣстѣ съ ацетоновыми тѣлами. Съ этой точки зрѣнія, мнѣ кажется, представляютъ большой интересъ изслѣдованія послѣдняго времени, показавшія, что источниками кетопластического и антикетопластического дѣйствія являются одни и тѣ-же вещества. Въ то время, какъ работы, приведенныя мною выше, съ точностью установили вліяніе аминокислотъ на образованіе сахара, *G. Embden, H. Sclomon* и *Fr. Schmidt* <sup>49)</sup>, прибавляя къ крови, пропускаемой черезъ печень, лейцинъ, получили значительное увеличеніе количества ацетона въ вытекающей крови. На основаніи дальнѣйшихъ опытовъ эти авторы пришли къ выводу, что распаденіе аминокислотъ въ печени начинается съ превращенія ихъ въ жирныя кислоты, что ихъ участіе въ обмѣнѣ веществъ почти тождественно. Получается впечатлѣніе, что кетопластическія и антикетопластическія вещества тѣсно связаны между собой и

обычно не проявляют своего действия, при сахарном же мочеизнурении под влиянием ненормального усиленного распада веществ \*) они дают источник ацетону и сахару, которые и насыщают кровь. Если теперь допустить, что вследствие постоянного раздражения тканей сахаром и ацетоновыми телами он постепенно теряет свои окислительные свойства в отношении углеводов, то подобным представлением о сахарном мочеизнурении можно объяснить все формы этой болезни и проявление всевозможных припадков при ней. С этой точки зрения способ лечения сахарного мочеизнурения исключением из пищи углеводов или применением голодания имеет тот смысл, что избегается сильное раздражение тканей сахаром, благодаря чему он делается более выносимым. С другой же стороны, небольшое введение углеводов, не увеличивающее содержание сахара, но уменьшающее количество ацетона, также должно считаться крайне полезным мероприятием.

Что касается техники исследования, то количество сахара определялось ежедневно в 2-х порциях поляриметрическим способом, посредством полуглозного сахариметра *Gellet Coram*, показания которого в начале и в конце работы были проверены точным раствором виноградного сахара. Цифры, полученные поляриметрическим прибором, проверялись титрованием по способу *Fehling's*. Для определения присутствия в моче окислительной кислоты ежедневно исследовалась перебродившая моча в том же сахариметре, и при этом ни разу не наблюдалось отклонения поляризованного луча влево. Количество ацетона производилось по способу *Messinger's*, как он описан в руководстве *Neubauer's* и *Vogel's* с изменениями *H. Geelmuyden's* \*\*). Для того, чтобы избежать улетучивания ацетона, суточное количество мочи собиралось в банку, покрытую крышкой и поставленную на лед. Банка для мочи ежедневно тщательно вымывалась. Благодаря этим мероприятиям, моча, подвергавшаяся исследованию, всегда была чистой и прозрачной, без следов каких-бы то ни было изменений. Для исследования количества ацетона бралось мочи 100 к. стм.; к ней прибавлялось 2 к. стм. 50%-ной уксусной кислоты, и производилась перегонка через обыкновенный низходящий холодильник в приемник-колбу, закрытую пробкой с 2-мя отверстиями, через одно из которых проходила трубка от холодильника, а через другое колба соединялась с *Kugelarrarat's* наполненным до  $\frac{1}{2}$ , перегнанной водой. Перегон продолжалась до тех пор, пока в приемник не переходило  $\frac{1}{10}$  всей жидкости. Тогда вода из *Kugelarrarat's* вместе с 2-мя промывными водами прибавлялась к содержимому приемника; сюда же прибавлялся 1 к. стм. сѣрной кислоты, разведенной в 8 раз, и несколько кристаллов чистой мочевины. Вышедший приемник соединялся с верхней частью холодильника, и содержимое его подвергалось вторичной перегонке в толсто-стенную стеклянную с притертой пробкой, заткнутую, подобно первому приемнику, пробкой с 2-мя отверстиями: для холодильника и для *Kugelarrarat's*. Перегон производился также до перехода в стеклянную  $\frac{1}{10}$  всей жидкости \*\*).

Ко 2-му перегону прибавлялось также содержимое *Kugelarrarat's* и промывные его воды. К полученной таким образом безцветной, прозрачной жидкости с ясным, по большей части характерным запахом ацетона прибавлялся 16,8%-ный (3-нормальный) раствор йодка калия с тем расчетом, чтобы на каждое 3 к. стм. децинормального раствора йода, прибавляемого непосредственно за щелочью, пришлось 1 к. стм. йодка калия, так как в таком отношении не получается ни избытка щелочи, ни избытка йода, мешающих реакции. Количество к. стм.—в йода прибавлялось из бюретки несколько больше, чем предполагалось содержание ацетона в млгм.—хз для 100 к. стм. взятой мочи. Вслед за прибавлением щелочи и йода стеклянка закупоривалась стеклянной пробкой и встряхивалась несколько раз. Полученная светло-желтая жидкость мутнела или тотчас, или по прошествии нескольких секунд, если содержание ацетона было незначительно. Когда йодформ осаждался в заметные хлопья и на дне начинал образовываться осадок, стеклянка открывалась, и в содержимое ее прибавлялся раствор соляной кислоты в числѣ к. стм.—в употребленной йодкой щелочи. Раствор соляной кислоты устанавливался немного крепче, чем

это необходимо для нейтрализации щелочи (избыток кислоты не вредит реакции). Жидкость вследствие освобождения йода делалась бурой, и к ней из бюретки, при постоянном взбалтывании, прибавлялся децинормальный раствор гипосульфита до тех пор, пока она не становилась светло-желтой. Тогда прибавление нескольких капель жидкого свежее-приготовленного крахмального клейстера окрашивало ее в синий цвет, который под влиянием дальнейшего прибавления гипосульфита постепенно бледнел и под конец сразу исчезал от прибавления одной капли; последний момент и считался концом реакции. Разница в количестве потраченных при титровании к. стм.—в йода и гипосульфита, помноженная на 0,967, указывала на количество млгм.—в ацетона, заключавшихся в 100 к. стм. мочи. Титрованный раствор йода в йодистом калии устанавливался по титрованному раствору гипосульфита с крахмальным индикатором; раствор же гипосульфита устанавливался по определенной навеске металлического йода (в пробочке с притертой пробкой), растворенной в растворе химически чистого йодистого калия, как это советуется делать на 366—368 стр. своей аналитической химии проф. *H. А. Меншуткина* \*\*). Раствор йода хранился в окрашенной снаружи асфальтовым лаком бутылке с притертой пробкой. Во время производства всех опытов раствор этот не изменялся, что было установлено ежедневной проверкой титра.

Для обнаружения ацетоуксусной кислоты применялась общепотребительная проба *Gerhardt's*; при этом в случае сильного помутнения жидкости, вследствие выпадения из мочи фосфатов, для ясного представления о цвете жидкости она профильтровывалась. За положительный результат реакции признавалось лишь ясное синевато-вишневое окрашивание жидкости, заметное и при ее разведении. Исследование на азот мочи и кала производилось по способу *J. Kjeldahl's*, как он описан у *C. Oppenheimer's* \*\*). Исследование мочи на азот производилось каждый день, кала—за целый период сразу. Для 4-го и 5-го периодов, в виду одного и того же состава пищи, кал был исследован на азот сразу в конце 5-го периода. Для сжигания мочи бралось 5 к. стм., а кала, высушенного до постоянного веса и растертого в мелкий порошок, около 1 — 2 грм. Сжигание производилось в 15 к. стм. *Kahlbaum's* овской химически чистой сѣрной кислоты в смеси с 15 грм. сѣрнокислого калия на песочной бане до полного обезвреживания. Перегон производился через водяной холодильник до возгона 300 к. стм. При титровании избытка сѣрной кислоты, не пошедшей на соединение с аммиаком йодкой щелочью, индикатором служил раствор лакмуса с малахитовой зеленью. Каждое исследование производилось 2 раза; получавшиеся при этом цифры разнились на 0,1—0,3 к. стм. децинормальной сѣрной кислоты. Количество азота в твердой определялось таким же путем, как и в кале; количество жира определялось обычным способом посредством извлечения взором в прибор *Soxhlet's*. Цифры для азота и жира в других пищевых веществах, как мясо и яйца, приведены мною по таблицам *J. König's* \*\*).

Аммиак определялся по способу *Schlösing's*, как он изложен в учебнике клинических способов исследования *A. Eulenburg's*, *W. Weintraud's* и *W. Kolle's* \*\*). Поглощение аммиака сѣрной кислотой под колоколом продолжалось каждый раз 4 суток. При обратной нейтрализации свободной сѣрной кислоты йодкой щелочью индикатором служил  $\frac{1}{2}$ %-ный алко-гольный раствор диметиламиноазобензола.

Как особое, заслуживающее внимания явление, отмѣчу сильную наклонность мочи к образованию пузырей и пены во время кипячения в присутствии больших количеств ацетона, что, повидимому, нужно отнести на увеличенную вязкость мочи вследствие присутствия в ней незначительных веществ, так как бѣлка в мочѣ не наблюдалось ни разу. Отмѣчу также, что иногда йод не сразу вступал в соединение с приантой к перегону раньше щелочью и не давал тотчас светло-желтой, быстро мутнящей от выделяющегося йодформа жидкости, а окрашивал ее в насыщенный черно-бурый цвет, который исчезал лишь постепенно с выпадением кристаллов йодформа. Отчего зависело подобное явление, — ничего определенного сказать я не могу; могу лишь отмѣтить, что количество ацетона, повидимому, не играло при этом никакой роли.

Литература. 1. *Peters*. Untersuchungen über die Honigharnruhr. «Prager Vierteljahrsschrift», 1857 г., т. 55.—2. *Kaulich*. Ueber Acetonbildung im thierischen Organismus. Там же, 1860 г., т. 67.—3. *C. Gerhardt*. Diabetes mellitus und Aceton. «Wiener medicinische Presse», 1865 г., т. 6, № 28.—4. *Haller-vorden*. Ueber Ausscheidung von Ammoniak im Urin bei pathologischen Zuständen. «Archiv f. experimentelle Pathologie und Pharmakologie», т. 12, стр. 237.—5. *E. Stadelmann*. Ueber die Ursachen der pathologischen Ammoniakausscheidung beim Diabetes mellitus und des Coma diabeticum. Там же, т. 17, стр. 419.—6. *O. Minkowski*. Ueber das Vorkommen von  $\beta$ -oxybuttersäure im Harn bei Diabetes mellitus. Там же, 1884 г., т. 13, стр. 35.—7. Прив. по *B. Naunyn's* «Diabetes mellitus» Wien. 1898 г., стр. 188—189.—8. *H. Wolpe*. Untersuchungen über die Oxybuttersäure des diabetischen Harns. «Archiv f. experimentelle Pathologie und Pharmakologie», 1886 г., т. 21, стр. 138.—9. *R. Waldvogel*. Zur Lehre von der Acetonurie. «Zeitschrift f. klinische Medicin», 1899 г., т. 38, стр. 506. Fest-schrift f. prof. *Ethelne*. «Annalen d. Chem. u. Pharm.

\*) Вглядя на первичное ненормально повышенное распадение тканей организма, как на основную причину сахарного мочеизнурения, мы находим в русской литературе у покойного проф. *В. В. Пашутина* в его учебнике общей и экспериментальной патологии и у проф. *Н. П. Кравкова* в работѣ 1890 г. («Врач», № 39, стр. 884) «Об источниках сахара в теле при сахарном мочеизнурении». Сторонниками этого же взгляда в последнее время являются в немецкой литературе *R. Kotisch* («Wiener klinische Wochenschrift», т. 16, № 48, стр. 1321).

\*\*) *Geelmuyden* \*\*\*) советуется отгонять оба раза на сколько возможно больше, ибо и в последних порциях перегонки содержится ацетон. *Waldvogel* \*\*\*) говорит, что вѣрные цифры можно получить, отгоняя лишь  $\frac{1}{2}$  жидкости, так как в противном случае может получиться цифра больше действительной. Я полагаю, что это не так.

Aceton. «Centralblatt f. innere Medicin», 1899 г., т. 20, стр. 729.—10. *H. Geelmuyden*. Untersuchungen über Acetonkörper. «Scandinavisches Archiv f. Physiologie», 1901 г., т. XI, стр. 97.—11. *Meyer*. Göttingen'sкая диссертация, 1899 г.—12. *H. Leo*. Ueber Wesen und Ursache der Zuckerkrankheit. Berlin, 1900 г., стр. 31.—13. *C. Noorden*. Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung. Berlin, 1895, стр. 85.—14. *R. Waldvogel*. Die Acetonkörper. Stuttgart, 1903 г., стр. 247—256.—15. *B. Naunyn*. Der Diabetes mellitus. Wien, 1898, стр. 295—305.—16. *E. Stadelmann*. «Deutsches Archiv f. klinische Medicin», т. 37, стр. 580 и т. 38, стр. 303.—17. *Engel*. Mengenverhältnisse des Acetons unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen. «Zeitschrift f. klinische Medicin», т. 20.—18. *Rosenfeld*. Grundgesetze der Acetonurie und ihre Behandlung. «Centralblatt f. innere Medicin», 1895 г.—19. *Honigmann*. Zur Entstehung des Acetons. Breslau'sкая диссертация, 1886 г.—20. *F. Hirschfeld*. Beobachtungen über die Acetonurie und das Coma diabeticum. «Zeitschrift f. klinische Medicin», т. 28, стр. 176.—21. *W. Weintraud*. Ueber die Ausscheidung von Aceton, Diacetsäure und  $\beta$ -oxybuttersäure beim Diabetes mellitus. «Archiv f. experimentelle Pathologie und Pharmacologie», 1894 г., т. 34, стр. 169.—22. *H. Geelmuyden*. Ueber Aceton als Stoffwechselproduct. «Zeitschrift f. physiologische Chemie», т. 23, стр. 431.—23. *L. Schwarz*. Ueber Aceton-ausscheidung. Verhandlungen des Congresses für innere Medizin 18 Congress. Wiesbaden. 1900 г., стр. 480.—24. *Ioslin*. The influence of various fats on the formation and excretion of aceton. «Journal of med. Research», т. 12, стр. 433—450 (прив. по «Biochemisches Centralblatt», 1904—5 г., т. 3, стр. 288.—25. *A. Hesse*. Ueber Eiweissumsatz und Zuckerausscheidung des schweren Diabetikers. «Zeitschrift f. klinische Medicin», 1902 г., т. 45, стр. 237.—26. *Lénné*. Die Fetternnährung des Diabetikers und ihr Einfluss auf die Acidose. «Zeitschrift f. diätetische Therapie», 1904 г., т. 8, стр. 253.—27. *O. Minkowski*. Untersuchungen über den Diabetes mellitus nach Exstirpation des Pankreas. «Archiv f. experimentelle Pathologie und Pharmacologie», 1893 г., т. 31, стр. 85.—28. *H. Lütje*. Zur Frage der Zuckerbildung aus Eiweiss. *Pflüger's Archiv*, 1906 г., т. 106, т. 3—4, стр. 160.—29. *L. Mohr*. Ueber die Herkunft des Zuckers im Pankreasdiabetes von Hunden. «Zeitschrift f. experimentelle Pathologie», 1906 г., т. 2.—*Омъ-же*. Ueber die Zuckerbildung aus Eiweiss. Тамъ-же, 1906 г., т. 2 (прив. по «Biochemisches Centralblatt», т. 5, № 1, стр. 17—18).—30. *Mering*. «Zeitschrift f. klinische Medicin», т. 16.—31. *Fr. Müller*. «Zeitschrift für Biologie», т. 42 (прив. по *L. Borchardt's* 36).—32. *R. Cohn*. Zur Frage der Zuckerbildung aus Eiweiss. «Zeitschrift f. physiologische Chemie», 1899 г., т. 28, стр. 211.—33. *G. Embden* und *H. Salomon*. Alaninfütterungsversuche am pancreaslösen Hunde. *Hofmeister's Beiträge*, т. 5, стр. 507 и т. 6, стр. 63.—34. *M. Almagia* und *G. Embden*. Ueber Zuckerausscheidung pankreaslöser Hunde nach Alanindarreichung. Тамъ-же, т. 7, стр. 298.—35. *G. Satta*. Studien über die Bedingungen der Acetonbildung im Thierkörper. 1-ое сообщение. Тамъ-же, 1905 г., т. 6, стр. 1. 2-ое сообщение. Тамъ-же, стр. 376.—36. *L. Borchardt*. Ueber den Einfluss des Eiweissstoffwechsels auf die Acetonkörperausscheidung. «Archiv f. experimentelle Pathologie und Pharmacologie», 1905 г., т. 53, стр. 388.—37. Прив. по *L. Mohr's*. Ueber die Zuckerbildung im Diabetes mellitus. «Zeitschrift f. klinische Medicin», 1904 г., т. 52, стр. 339.—38. *H. Lütje*. Stoffwechselversuch an einem Diabetiker, mit specieller Berücksichtigung der Frage der Zuckerbildung aus Eiweiss und Fett. Тамъ-же, 1900 г., т. 39, стр. 397.—39. *N. Stradomski*. Ueber den Einfluss einzelner Eiweisskörper auf die Zuckerausscheidung bei Diabetes mellitus. «Zeitschrift f. diätetische und physikalische Therapie», 1901 г., т. 4, стр. 282.—40. *Schuman-Leclercq*. Versuche über den Einfluss des Pflanzeneiweisskörpers auf die Zuckerausscheidung bei Diabetes mellitus. «Wiener medicinische Wochenschrift», 1903 г., № 18, стр. 850—41. *W. Fultz*. Zur Klinik des Diabetes mellitus. «Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte», 1903 г., № 22.—42. *L. Mohr*. Ueber die Zuckerbildung im Diabetes mellitus. «Zeitschrift f. klinische Medicin», 1904 г., т. 52, стр. 350.—43. *W. Hausmann*. Ueber die Vertheilung des Stickstoff im Eiweissmolekül. «Zeitschrift f. physiologische Chemie», 1905 г., т. 29, стр. 136.—44. *Th. Gumbel*. Ueber die Vertheilung des Stickstoffs im Eiweissmolekül. *Hofmeister's Beiträge*, 1904 г., т. 5, стр. 297.—45. *Th. Rumpf*. Ueber Eiweissumsatz und Zuckerausscheidung beim Diabetes mellitus. «Berliner klinische Wochenschrift», 1899 г., т. 36, № 9, стр. 185.—46. *Омъ-же*. Untersuchungen ueber Diabetes mellitus. «Zeitschrift f. klinische Medicin», 1902 г., т. 46, стр. 260. 47. Прив. по *A. Hesse* 25).—48. Прив. по *A. Hesse* 25).—49. *G. Embden*, *H. Salomon* и *Fr. Schmidt*. Ueber Acetonbildung in der Leber. *Hofmeister's Beiträge*, 1906 г., т. 8, стр. 129.—50. *Neubauer* u. *Vogel*. Anleitung zur qualitativen und quantitativen Analyse des Harns. Bearbeitet von *H. Huppert*. Wiesbaden, 1898 г., стр. 760.—51. *H. Geelmuyden*. Ueber die Messinger'sche Methode zur Bestimmung des Acetons. «Zeitschrift f. analytische Chemie», т. 35, стр. 503.—52. *H. А. Меншуткин*. Аналитическая химия. 7-ое изд. 1894 г., стр. 366—368.—53. *C. Oppenheimer*. Краткое руководство къ физиолого-химическому анализу. Подъ ред. *C. С. Салазкина*, 1901 г., стр. 17—21.—54. *I. König*. Procentische Zusammensetzung und Nährgehalt der menschlichen Nahrungsmittel. Berlin, 1897 г.—55. *A. Eulenburg*, *W. Kolle* u. *W. Weintraud*. Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. 1903 г.

CLXXXV. Изъ эпизоотологическаго отдела Института экспериментальной медицины.

## Продолжительность жизни трипанозомъ «случной болѣзни» (*Trypanosoma Rouget*) при искусственныхъ условіяхъ.

В. Л. Якимовъ.

Въ то время, какъ уже изучены сохраняемость въ животнаго организма трипанозомы Nagai'y (*Bruce* 1), *Kanthack*, *Durham* и *Blandford* 2), *Plimmer* и *Bradford* 3), *Laveran* и *Mesnil* 4) Якимовъ 5) и *Mal de Caderas* [Якимовъ 6)], вопросъ о продолжительности жизни трипанозомы «случной болѣзни» или *Douglie's* (*Trypanosoma Rouget*) остается еще открытымъ. Онъ затронутъ только въ одномъ направленіи, а именно относительно продолжительности жизни трипанозомы *Rouget* въ трупахъ животныхъ — мышей [Якимовъ и Коль 6)]. Исследованиемъ этимъ выяснено слѣдующее: если трупы умершихъ мышей съ трипанозомами «случной болѣзни» держать при низкой температурѣ (—2,5° до —5,0° Ц.), то трипанозомы живутъ въ трупахъ 30 час. Если же трупы такихъ мышей держать при комнатной температурѣ (+19—20° Ц.), то трипанозомы живутъ меньше, всего 18 час.

Интересно знать продолжительности жизни трипанозомъ «случной болѣзни» при искусственныхъ условіяхъ. На практикѣ это можетъ пригодиться для тѣхъ случаевъ, когда необходимо переслать кровь животнаго, зараженнаго трипанозомой «случной болѣзни». Чтобы пополнить этотъ пробѣлъ въ биологіи, я и предпринялъ соотвѣстственные изслѣдованія.

Я бралъ кровь съ трипанозомами «случной болѣзни» отъ собакъ въ то время, когда въ ней имѣлось значительное количество чуждыхъ (по моему подсчету 9000—19500 въ 1 к. мм., и изслѣдовалъ продолжительность ихъ жизни при различныхъ условіяхъ применения. Для этого я бралъ кровь въ 3-хъ видахъ: 1) выпущенную кровь дефибринировалъ; 2) недефибрированную кровь смѣшивалъ съ питратомъ (0,6 грм. хлористаго натрія 1,0 грм. лимоннаго слаго натрія и 100,0 грм. перегнанной воды) въ такой количествѣ, чтобы кровь не могла свернуться въ смеси; 3) недефибрированную кровь смѣшивалъ со свѣжей сывороткой лошади при соблюдении того же условія. Все это дѣлалось, по возможности, асептически; всѣ 3 вида крови насыщались и запаивались въ обезжированные стеклянные баллоны (по 3 баллона каждому виду). Баллоны съ кровью хранились при 3-хъ различныхъ температурахъ: 1) на льду (0 до —4° Ц.), 2) при комнатной температурѣ (21° Ц.); 3) при термостатной температурѣ (39,5 Ц.). Ежедневно изъ всѣхъ 9 баллоновъ я бралъ нужное количество крови, предварительно встряхнувъ ихъ, чтобы равномерно распределить все содержимое въ нихъ, смѣшивалъ съ небольшимъ количествомъ питрата и заражалъ этой смесью бѣлыхъ мышей. Кровь послѣднихъ затѣмъ ежедневно изслѣдовалась на присутствіе трипанозомъ.

На основаніи своихъ наблюденій я пришелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ. Трипанозомы «случной болѣзни» должны всего жить въ питратѣ (2 сутокъ), затѣмъ въ дефибринированной крови (2 сутокъ) и, наконецъ, въ сывороткѣ лошади (1 сутки съ небольшимъ). Изъ температуръ самой благоприятной оказалась холодная, затѣмъ комнатная. Что же касается температуры термостата, то она быстро губитъ трипанозомъ, такъ что онѣ не выживаютъ въ ней даже 1 сутки.

Сопоставляя оба эти условія (среду и температуру), получимъ слѣдующее:

### Трипанозомы живутъ:

въ питратѣ:	1) при холодной температурѣ	—2-ое сутокъ,
»	2) при комнатной	» —2-ое сутокъ,
»	3) при термостатной	» —не могутъ жить.
Въ дефибринированной крови:	1) при холодной темп.	—2 сутокъ,
»	2) при комнатной.	—1 сутка,
»	3) при термост.	» —не могутъ жить.
Въ сывороткѣ лошади:	1) при холодной температурѣ	—1 сутка,
»	2) при комнатной	—1 сутка,
»	3) при термостатной	» —не могутъ жить.

Такимъ образомъ, трипанозомы «случной болѣзни» всего дольше живутъ въ питратѣ при холодной температурѣ и совсемъ не живутъ при термостатной температурѣ, въ какой-бы средѣ онѣ ни находились.

Зачаточный періодъ у мышей, зараженныхъ кровью, содержащей трипанозомы, до окончателной гибели въ ней этихъ чуждыхъ, гораздо длиннее, чѣмъ у мышей, зараженныхъ трипанозомой кровью, взятой непосредственно отъ живаго животнаго (напр., отъ мыши): у первыхъ этотъ періодъ доходитъ до 8—13 дней, тогда какъ у послѣднихъ онъ свѣршается 3—5 днями. Въ общемъ эти зачаточные періоды можно избрывать такъ:



Способъ храненія.	Дефибрированная кровь.			Ц и т р а т ь.			Сыворотка лошади.		
	Ледъ	21°	32,5°	Ледъ	21°	32,5°	Ледъ	21°	32,5°
Черезъ сколько дней храненія заражены мыши.									
1 день (черезъ 33—34 час.).	13	8	—	11	8	—	11	11	—
2 дня (черезъ 59 час.).	11	—	—	9	10	—	—	—	—
3 дня (черезъ 82 час.).	—	—	—	11	—	—	—	—	—

Цифры обозначаютъ число дней зачаточнаго періода зараженныхъ мышей; — обозначаетъ отрицательные результаты. Температура ледъ по Ц.

Если сопоставить эти данныя съ тѣми результатами, которые получены мною <sup>5)</sup> раньше при храненіи крови съ трипанозомами Nagana и Mal de Caderas при почти такихъ-же условіяхъ (въ дефибрированной крови, въ физиологическомъ растворѣ и въ сывороткѣ лошади — на льду, при 20° и при 36° Ц.), то окажется, что трипанозомы Nagana и Mal de Caderas гораздо выносливѣе, чѣмъ трипанозома «случной болѣзни»; а именно въ то время, какъ первыя 2 трипанозомы живутъ при извѣстныхъ условіяхъ по 6 сутокъ, трипанозома «случной болѣзни» живетъ внѣ организма не долѣе 3 сутокъ.

Въ частности, что касается вліянія средъ, въ которыхъ хранились трипанозомы, то и здѣсь оказывается разница между всѣми 3-мя видами трипанозомъ. Въ то время, какъ

токъ, а находящіяся въ физиологическомъ растворѣ и лошадиной сывороткѣ — по 1 дню.

Помимо всего вышесказаннаго, разница имѣется и въ зачаточномъ періодѣ у зараженныхъ мышей. Зачаточный періодъ при зараженіи трипанозомами, хранившимися внѣ организма, у Nagana и Mal de Caderas гораздо короче, чѣмъ при зараженіи трипанозомами «случной болѣзни» и не длиннѣе 8 дней (лишь при зараженіи трипанозомами Mal de Caderas, хранившимися въ физиологическомъ растворѣ при 20° Ц. въ теченіи 5 сутокъ, онъ равенъ 10 суткамъ); при зараженіи-же трипанозомами «случной болѣзни» онъ доходитъ до 13 сутокъ.

Сопоставляя эти изслѣдованія относительно всѣхъ 3-хъ видовъ трипанозомъ, получимъ слѣдующую таблицу:

Способъ храненія.	Названія болѣзней.	Въ дефибрированной крови.			Въ 0,6% номъ растворѣ NaCl (для «случной болѣзни» въ цитратѣ).			Въ сывороткѣ лошади.		
		Ледъ.	Комнатная.	Термостатная.	Ледъ.	Комнатная.	Термостатная.	Ледъ.	Комнатная.	Термостатная.
Продолжительность храненія.										
1 день.	Nagana	5	5	—	5	6	—	5—7	6	—
	Caderas	3	3	5	3	3	6	3	3	4
	Dourine	13	8	—	11	8	—	11	11	—
2 дня.	Nagana	5	7	—	9	8	—	—	6	—
	Caderas	4	4	9	4	4	—	4	4	—
	Dourine	11	—	—	9	10	—	—	—	—
3 дня.	Nagana	—	×	—	—	—	—	—	×	—
	Caderas	—	6	—	—	×	—	—	8	—
	Dourine	—	—	—	11	—	—	—	—	—
4 дня.	Nagana	—	7	—	—	—	—	—	8	—
	Caderas	—	6	—	—	×	—	—	8	—
	Dourine	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5 дней.	Nagana	—	×	—	—	—	—	—	7—8	—
	Caderas	—	6	—	—	10	—	—	8	—
6 дней.	Nagana	—	7	—	—	—	—	—	8	—
	Caderas	—	7	—	—	—	—	—	8	—

Цифры обозначаютъ число дней зачаточнаго періода зараженныхъ мышей; — обозначаютъ отрицательные результаты, × обозначаютъ непостоянные результаты.

для трипанозомы «случной болѣзни» наиболѣе благоприятной средой оказывается цитратъ, затѣмъ дефибрированная кровь и, наконецъ, лошадиная сыворотка, для трипанозомъ Nagana и Mal de Caderas наиболѣе благоприятна дефибрированная кровь и лошадиная сыворотка, а на второмъ мѣстѣ стоитъ физиологическій растворъ. Последній — оговариваюсь — въ своихъ опытахъ съ трипанозомами Nagana и Mal de Caderas я бралъ безъ прибавленія лимоннокислаго натрія. Быть можетъ, если хранить эти трипанозомы въ цитратѣ, результаты получились-бы нѣсколько иные.

Равнымъ образомъ, и температура, благоприятствующая всѣмъ этимъ 3-мъ видамъ трипанозомъ, различна. Для трипанозомы «случной болѣзни» наилучшая температура — холодная, а затѣмъ комнатная, термостатная-же совсѣмъ не благоприятна; для трипанозомъ Nagana и Mal de Caderas наилучшая температура комнатная, затѣмъ холодная; что же касается термостатной (36°), то для Nagana она гибельна, трипанозомы-же Mal de Caderas, находящіяся въ

Литература. 1. Bruce. Preliminary Report on the Tze-tze fly disease or Nagana in Zululand 1895 г.—2. Kanthack, Durham and Blandford. On Nagana or Tze tze fly disease, «Proceedings of the R. Society of London», 1893 г., т. 64. — 3. Plimmer and Bradford. Vorläufige Notiz über die Morphologie und Verbreitung des in der Tsetzekrankheit (fly disease oder Nagana) gefundenen Parasiten. «Centralblatt f. Bakteriologie», 1899 г., т. 26. — 4. Laveran et Mesnil. Recherches morphologiques et experimentales sur la trypanosome du Nagana ou maladie de la mouche Tze-tze. «Annales de l'Institut Pasteur», 1902 г., № 1. — 5. В. Л. Якимовъ. Къ биологій трипанозомъ. «Русский Врачъ», 1904 г. №№ 9 и 10. — 6. Онъ-же. Zur Biologie der Trypanosomen der Nagana und des Mal de Caderas. «Centralblatt f. Bakteriologie», 1904 г., т. 37. — 6. В. Л. Якимовъ и Нина Колъ. О продолжительности жизни трипанозомъ въ трупахъ. «Архивъ биологическихъ наукъ», 1906 г., вып. 4—5.

Изъ университетской клиники дѣтскихъ болезней проф. Сзегну въ Бреславль.

### Опытъ изученія овмана желѣза у дѣтей грудного возраста.

Памяти незабвеннаго моего учителя проф. **Н. И. Быстрова**.

Студ. **Н. И. Красногорскаго**.

(Продолженіе. См. № 45, стр. 1410).

**Опытъ 6** (кипяченое въ теченіи 10 мин. козье молоко). **Е. Р.**, 4½ мѣс. Взятъ въ клинику 12 недѣль съ тяжелыми явленіями со стороны кишечника. Вѣсъ 3150 грм. Со дня поступления 23 дня получалъ грудь, но въ вѣсѣ не прибывъ (на 23-й день — 3120). Затѣмъ постепенно былъ переведенъ на Milch-Schleim, которое принималъ 15 дней. Передъ началомъ опыта 4 дня давалось кипяченое 10 мин. козье молоко съ водою (¼, молока + ¾ водою). Вѣсъ до опыта 3500, послѣ 3550 грм. Въ итогѣ +50 грм. За 3 дня опыта было 6 испражнений.

Температура держалась въ предѣлахъ 36°7—37°2. Выпиль 2161 грм. смѣси, вывелъ 13,6 грм. кала (сухого) и 1065 к. стм. мочи. Анализъ молочнй смѣси и испражнений см. табл. 11, а всасываемость и усвоеніе табл. 12.

Табл. 11.

	Общее количество поученной пищи и выведенныхъ испражнений въ грм.	Анализируемое количество въ грм.	Титръ.	Количество к. стм. титровать раствора, употребл. при титрованіи.	Количество желѣза въ млгрм. въ анализируемомъ количествѣ.	Общее количество желѣза въ пищѣ и испражненіяхъ въ млгрм.	Среднее количество желѣза въ млгрм.
Молоко+ вода.	2161	300 200	8,7 8,7	2,6 1,5	0,59 0,34	4,24 3,67	3,96
Калъ.	13,6	6,06 7,12	8,7 8,7	3,8 5,8	0,87 1,33	1,92 2,54	2,23
Моча.	1065	530 535	9,2 9,2	0,7 0,9	0,15 0,19	0,30 0,38	0,34

Табл. 12.

Количество желѣза, въ млгрм. полученное ребенкомъ за опытъ.	Количество выведеннаго желѣза въ млгрм. черезъ:		Всосалось желѣза.		Усвоилось желѣза.	
	Калъ.	Мочу.	Всего относительное количество въ млгрм.	Въ % по отношенію къ желѣзу пищи.	Всего относительное количество въ млгрм.	Въ % по отношенію къ желѣзу пищи.
3,96	2,23	0,34	1,73	43,69	1,39	35,10

Слѣдующій опытъ на этомъ же ребенкѣ съ сырымъ молокомъ былъ поставленъ черезъ 2 недѣли. Въ промежуточное время онъ получалъ Milch-Schleim и прибывъ въ вѣсѣ съ 3550 до 3900 грм.

Табл. 13.

	Общее количество поученной пищи и выведенныхъ испражнений въ грм.	Анализируемое количество въ грм.	Титръ.	Количество к. стм. титровать раствора, употребл. при титрованіи.	Количество желѣза въ млгрм. въ анализируемомъ количествѣ.	Общее количество желѣза въ пищѣ и испражненіяхъ.	Среднее количество желѣза въ млгрм.
Молоко.	1067	200 200	8,3 8,3	2,9 3,1	0,69 0,75	3,75 4,08	3,29
Калъ.	14,45	8,1235 5,9695	8,3 8,3	8,2 4,7	1,97 1,13	3,50 2,80	3,15
Моча.	1225	600 600	8,3 8,3	0,7 0,3	0,17 0,07	0,35 0,14	0,25

**Опытъ 7** (сырое молоко). За 4 дня до начала собранія испражнений смѣсь Milch-Schleim была откинута, и давалось сырое козье молоко, пополамъ съ водою. Вѣсъ упалъ до 1840 грм. Вѣсъ до опыта 3840, послѣ 3860 грм. Въ итогѣ +20 грм. Имѣлъ 5 испражнений. Температура колебалась въ предѣлахъ 36°8—37°2. Анализъ см. табл. 13, всасываемость и усвоеніе—табл. 14.

Табл. 14.

Количество желѣза, полученное ребенкомъ за опытъ въ млгрм.	Количество выведеннаго желѣза въ млгрм. черезъ:		Всосалось желѣза.		Усвоилось желѣза.	
	Калъ.	Мочу.	Всего относительное количество въ млгрм.	Въ % по отношенію къ пище-вому желѣзу.	Всего относительное количество въ млгрм.	Въ % по отношенію къ пище-вому желѣзу.
3,92	3,15	0,25	0,77	19,64	0,52	13,27

**Опытъ 8** (женское молоко). **I. V.**, 6½ мѣс., былъ взятъ въ клинику съ фарингитомъ, керато-конъюнктивитомъ и острыми явленіями со стороны кишечнаго канала. Слабъ, блѣденъ. Вѣсъ 3680 грм. Черезъ 12 дней пребыванія въ клиникѣ, въ теченіи которыхъ получалъ женское молоко 5×120 грм., былъ на 3 дня помѣщенъ въ приборъ для опыта. Вѣсъ до опыта 3570, послѣ 3620 грм. Въ итогѣ +50 грм. За опытъ имѣлъ 4 испражненія. Получилъ 1730,6 грм. молока; вывелъ 5,2 грм. кала (высушеннаго), 745 к. стм. мочи. Температура колебалась въ предѣлахъ 37°—37°4. Анализъ пищи и испражнений см. табл. 15, всасываемость и усвоеніе—табл. 16.

Табл. 15.

	Общее количество поученной пищи и испражнений за опытъ въ грм.	Анализируемое количество въ грм.	Титръ.	Количество к. стм. титровать раствора, употребл. при титрованіи.	Количество желѣза въ млгрм. въ анализируемомъ количествѣ.	Общее количество желѣза въ пищѣ и испражненіяхъ.	Среднее количество желѣза въ млгрм.
Женское молоко.	1730,6	100 100	8,2 8,2	1,1 0,9	0,27 0,23	4,67 3,81	4,24
Калъ.	5,2	1,8202 0,7647	8,2 8,2	1,2 0,8	0,29 0,20	0,83 1,36	1,10
Моча.	745	350 350	8,2 8,2	0,1 0,2	0,02 0,05	0,04 0,11	0,08

Табл. 16.

Количество желѣза, полученное ребенкомъ за опытъ.	Количество выведеннаго желѣза въ млгрм. черезъ:		Всосалось желѣза.		Усвоилось желѣза.	
	Калъ.	Мочу.	Всего относительное количество въ млгрм.	Въ % по отношенію къ пище-вому желѣзу.	Всего относительное количество въ млгрм.	Въ % по отношенію къ пище-вому желѣзу.
4,24	1,10	0,08	3,14	74,06	3,06	72,17

**Опытъ 9** (материнское молоко). Опытъ былъ поставленъ на 8-мѣсячномъ, совершенно здоровомъ, крѣпкомъ, красивомъ ребенкѣ клинической кормилицы. **F. S.** на 11-й днѣ жизни былъ взятъ въ клинику. Вѣсилъ 3080 грм., 180 дней питался исключительно грудью; 50 дней получалъ грудь съ «Gries mit Brühe». Передъ опытомъ за 2 дня «Gries» былъ откинутъ, и давалось исключительно грудь. За весь періодъ вѣсъ возрасталъ почти нормально. Вѣсъ до опыта 6200, послѣ 6230 грм. Въ итогѣ +30 грм. За опытъ имѣлъ 3 испражненія. Температура колебалась въ предѣлахъ 36°8—37°4. Получилъ 2656,85 грм. молока; вывелъ 8,6848 грм. кала (высушеннаго), 1335 к. стм. мочи.

Табл. 17.

	Общее количество поученной пищи и выведенных испражнений за опытъ въ грм.	Анализируемое количество.	Титръ.	Количество к. стм. тисульфатъ раствора употреб. при титрованіи.	Количество желѣза въ млгрм. въ анализируемомъ количествѣ.	Общее количество желѣза въ млгрм. въ пищу и испражненіяхъ.	Среднее количество желѣза въ млгрм.
Женское молоко.	2656,9	100 100	8,8 8,8	1,0 1,35	0,23 0,31	6,11 8,24	7,18
Калъ.	8,6848	2,1382 2,5405	8,8 8,8	1,7 2,1	0,39 0,48	1,58 1,61	1,61
Моча.	1335	500 500	8,8 8,8	0,65 0,5	0,14 0,11	0,37 0,29	0,33

Табл. 18.

Количество желѣза въ млгрм., полученное основкомъ за опытъ.	Количество выведеннаго желѣза въ млгрм. черезъ		Всасалось желѣза		Усвоилось	
	Калъ.	Мочу.	Всотносительное количество въ млгрм.	Въ % по отношенію къ пищевому желѣзу.	Всотносительное количество въ млгрм.	Въ % по отношенію къ пищевому желѣзу.
7,18	1,61	0,33	5,57	77,58	5,24	72,98

Въ табл. 19 я сопоставилъ всѣ эти наблюденія; въ ней ясно видны результаты изслѣдованій.

Таблица 19.

№ опы- товъ.	Начальныя буквы имени и фамиліи ребенка.	Р а с п о з н а в а н і е.	П и щ а.	Измѣненіе въса за опытъ.	Всасываемость въ % по отношенію Fe пищи.	Усвоеніе въ % по отношенію Fe пищи.
1	G. E.	«Exudative diathese».	Женское молоко.	+ 90	88,09	80,28
2	»	»	10 мин. кипячен. козье молоко.	0	24,71	22,09
3	»	»	20 мин. кипяченое молоко.	-120	30,93	27,03
4	»	»	Сырое козье молоко.	+ 70	12,18	3,89
5	»	»	Женское молоко.	+100	80,64	75,67
6	E. R.	Здоровый.	10 мин. кипячен. козье молоко.	+ 50	43,69	35,10
7	»	»	Сырое козье молоко.	+ 20	19,64	13,27
8	I. V.	Фарингитъ; керато-конъюнктивитъ.	Женское молоко.	+ 50	74,06	72,17
9	F. S.	Здоровый.	Женское молоко.	+ 30	77,59	72,98

Какъ видно, 4 опыта съ естественнымъ кормленіемъ, поставленные на 3-хъ дѣтяхъ, дали почти тождественные результаты. Въ среднемъ % всасыванія желѣза женскаго молока равнялся 80,09, а % усвоенія 75,28. Само собою разумѣется, избѣжать нѣкоторыхъ колебаній въ результатахъ отдѣльныхъ опытовъ немислимо какъ вслѣдствіе чрезвычайной сложности физиологическихъ условій подвергавшихся опыту (возрастъ, степень упитанности, напряженіе роста и т. д.), такъ и чисто технического несовершенства. Въ общемъ же всѣ данныя говорили въ одномъ и томъ-же смыслѣ, а потому я считаю свое положеніе о высокой усвояемости желѣзистыхъ соединеній женскаго молока достаточно обоснованнымъ.

Степень усвояемости желѣза козьего молока оказалась по моимъ опытамъ несравненно ниже, максимумъ 35%. Блаубергъ для коровьяго молока нашелъ также сравнительно ничтожную цифру 24,49%.

Что касается вліянія кипяченія на усвояемость желѣзистыхъ соединеній козьего молока, то я, основываясь на 5 произведенныхъ съ этою цѣлью опытахъ, думаю, что кипяченіе играетъ здѣсь существенную роль, дѣлая эти соединенія болѣе доступными для усвоения.

Дѣти въ среднемъ изъ кипяченнаго козьего молока всасывали 33,11% содержащагося въ немъ желѣза и усваивали 28,07%; % же всасыванія желѣза сырого молока равнялся 15,91, а усвоенія 8,58. Высокая, легкая усвояемость желѣза женскаго молока избавляетъ питающійся имъ дѣтскій организмъ отъ опасности оказаться въ невыгодныхъ условіяхъ питанія по отношенію къ желѣзу и уравниваетъ сравнительно малое содержаніе послѣдняго въ молокѣ. Этого, конечно, нѣтъ при питаніи козьимъ молокомъ и въ особенности сырымъ, когда и содержаніе желѣза меньше, чѣмъ въ женскомъ молокѣ, и всасывается оно на 64% хуже. Недостатокъ же поступающаго въ организмъ желѣза, по моему мнѣнію, можетъ чрезвычайно губительно отразиться на дѣтяхъ не только вслѣдствіе наступленія явленій малокровія, но и въ отношеніи функцій, — т. наз. окисдирующихъ веществъ. Кроме того, тканевые пластическіе процессы, сопровождающіеся фиксаціей желѣза, какъ напр., образованіе крѣпкихъ, на подобіе гематогена, желѣзистыхъ соединеній въ вышеописанныхъ нуклеопротеидахъ, а также образованіе мною найденныхъ «Stromineisenverbindungen», представляющихъ несомнѣнно существо тканей,—не будутъ имѣть достаточно матеріала для нормальнаго развитія.

(Продолженіе слѣдуетъ).

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

Впечатлѣнія врача на передовыхъ позиціяхъ въ минувшую русско-японскую войну.

(Рѣчь на торжественномъ Собраніи Русскаго хирургическаго Общества Н. И. Пирогова 23/х 1905 г. \*).

Высокоуважаемое Собраніе сдѣлало мнѣ великую честь, разрѣшивъ подѣлиться своими впечатлѣніями на минув-

шей войнѣ въ такой знаменательный и торжественный день. Сегодня засѣданіе въ память великаго учителя Н. И. Пирогова, сегодня—праздникъ всей русской хирургіи и всѣхъ русскихъ врачей; еще болѣе этотъ день является праздникомъ для врачей, работавшихъ на войнѣ, гдѣ тѣнь великаго полевого хирурга невидимо присутствовала при ихъ работѣ и поддерживала ихъ въ ихъ тяжеломъ и отвѣтственномъ трудѣ.

Теперь, когда умолкъ громъ пушекъ и трескъ ружей, когда безславная война закончилась, настало время оглянуться назадъ, подсчитать всѣ погрѣшности и открыто повиниться въ нихъ передъ обществомъ; только при этомъ условіи можно разсчитывать на прогрессъ и улучшеніе хирургической и санитарной службы въ военное время.

Мой скромный трудъ, какъ впечатлѣнія, не можетъ

\* Рѣчь уважаемаго автора, намъ кажется, не потеряла своего интереса и теперь, и мы позволяемъ себѣ предложить ее вниманію читателей въ связи съ тѣми впечатлѣніями, какія они вынесутъ изъ торжественныхъ Собраній, которыми, безъ сомнѣнія, на текущей недѣлѣ будетъ почтена память Н. И. Пирогова въ различныхъ мѣстахъ нашего обширнаго отечества.

имѣть, конечно, серьезнаго и рѣшающаго значенія, хотя нашъ великій учитель и придавалъ громадное значеніе общему впечатлѣнію. Въ своей «Военно-полевой хирургіи» Н. И. говоритъ:

«Статистическія данныя въ медицинѣ можно сравнить съ кушаньями изъ языковъ, которыми угощалъ Эзопъ философа Ксанфа: они говорятъ и хорошее, и худое, смотря по тому, какъ и что заставить ихъ говорить. При малѣйшемъ недосмотрѣ или неточности и произволѣ на эти цифры можно менѣе положиться, чѣмъ на тѣ данныя, которыя основаны на одномъ общемъ впечатлѣніи, остающемся въ насъ послѣ простаго, но трезваго наблюденія случаевъ» (Изд. 1865 г., стр. 3).

Вотъ это общее впечатлѣніе я и кладу въ основу своего доклада, чтобы дать общую характеристику подачи помощи раненымъ на передовыхъ позиціяхъ и очертить тѣ условія, въ какихъ приходилось работать здѣсь врачамъ.

Я работалъ въ 1-мъ летучемъ отрядѣ Краснаго Креста и за 16-мѣсячный періодъ своего пребыванія на войнѣ участвовалъ въ цѣломъ рядѣ большихъ и малыхъ боевъ, начиная съ Туринчена и кончая Мукденомъ, т. е. фактически пробылъ въ арміи весь активный періодъ войны. Я не буду останавливаться на каждомъ боѣ въ отдѣльности, ни описывать всѣхъ подробностей и особенностей работы въ каждомъ изъ боевъ, а постараюсь охарактеризовать вообще работу медицинскаго персонала во время боя и въ межбоевой промежутки и объективно освѣтить тѣ условія, которыми сопровождалась работа на перевязочномъ пунктѣ, эвакуація и выносъ съ поля сраженія раненыхъ.

Понятно, каждый изъ этихъ вопросовъ долженъ быть и будетъ, надѣюсь, обстоятельно разработанъ въ особыхъ докладахъ, теперь-же, повторяю, я представляю лишь общее впечатлѣніе.

Летучіе отряды Краснаго Креста были предназначены для дѣятельности на передовыхъ позиціяхъ въ качествѣ передовыхъ перевязочныхъ пунктовъ. Весь персоналъ отряда состоялъ изъ 2 врачей, 4 студентовъ-медиковъ, 1 брата милосердія, завѣдующаго хозяйствомъ, 1 вахтера и 14 санитаровъ, изъ которыхъ 1 несъ обязанности повара.

Первые летучіе отряды были снабжены очень обильно перевязочнымъ матеріаломъ, который состоялъ изъ 2-хъ родовъ готовыхъ пакетовъ: одни—асептические—заключали 2 бинта, пластъ ваты, пластъ лигнина, кусокъ марли, восчанки и 2 булавки; другіе—антисептические—поменьше размѣромъ, заключали 1 бинтъ, кусокъ ваты и марли и булавку. Всего пакетовъ во въюкахъ было около 1000; кромѣ того, имѣлось около 600 шт. простыхъ марлевыхъ бинтовъ, асептической ваты около 20 ф. и простой ваты около 1 п.; имѣлись шины, картонъ, крахмальные бинты, словомъ, недостатка въ перевязочномъ матеріалѣ не было. Лѣкарства, хранившіяся въ особо приспособленныхъ въюкахъ, были въ таблеткахъ или зернышкахъ, за исключеніемъ такихъ, которыя не требовали строгой дозировки, напр., борная кислота, или такихъ, которыхъ нельзя было приготовить въ таблеткахъ, напр., карболовая кислота. Сверхъ того, имѣлись въюки съ бѣльемъ, съ продовольствомъ, съ вещами персонала, съ инструментами, съ фонарями и ацетиленомъ и съ палатками. Палатокъ всего было 4, для 4-хъ чел. каждая, и 1—для 8 чел.; она служила перевязочной. Палатки были очень удобны: быстро разбирались и быстро устанавливались. Общее количество въюковъ въ моемъ отрядѣ достигало 32. Кромѣ того, въ моемъ распоряженіи была 1 арба въ 4 лошади и 2 китайца погонщика при ней. Такимъ образомъ общее число лошадей и муловъ, не считая арбы, было 54 головы, да еще заводныхъ 4; всего стало быть 58, и на все это стадо животныхъ были назначены всего 13 санитаровъ, т. е. на каждого санитаря приходилось по 4, а на нѣкоторыхъ и по 5 лошадей и по 3 въюка. Такова была организація летучаго отряда. Повидимому, все было учтено, все было предусмотрено, и такъ все это въ теоріи было логично, а на смотръ било въ глаза своею кажущейся цѣлесообразностью, на дѣлѣ же оказалось совершенно иначе. Начать съ того, что такое число санитаровъ оказалось слишкомъ недостаточнымъ, и имъ почти невозможно было каждому ухаживать за 5 лошадьми, а въ походѣ вести 3—4 въюка. Весь отрядъ не могъ вслѣдствіе этого передвигаться

со всѣми своими въюками. Въюки были устроены неудобно; слишкомъ кропотливая и долгая укладка ихъ отнимала много времени и требовала множество рукъ. Сѣдла, какъ въючныя, такъ и верховыя, были приспособлены для большихъ лошадей, и маленькія китайскія лошади и мулы совсѣмъ прятались въ нихъ. Многіе въюки оказались совершенно лишними, напр., въюки съ ацетиленовыми фонарями, ибо фонари эти быстро портились и плохо служили. Отрядъ вслѣдствіе громоздкости и недостатка рабочихъ рукъ терялъ свою подвижность и не оправдывалъ своего назначенія. Первая-же проба показала всю негодность этихъ дорого стоившихъ отрядовъ; въ такомъ видѣ, въ какомъ они были проектированы, они оказались красивой, но непрактичной игрушкой. Поэтому пришлось реформировать отрядъ и разбить его на 3 части: 1) на болѣе громоздкую часть или резервъ, находившуюся отъ передовыхъ позицій въ 20—25 верст. и располагавшуюся въ фанзахъ; тамъ находились запасы; стояли больные лошади и мулы; 2) собственно лазаретъ, гдѣ помѣщались въ спокойное межбоевое время больные и случайно раненые (на развѣдкахъ или при побѣдкахъ за фуражемъ и т. п.); этотъ лазаретъ разбивался обыкновенно въ ближайшей къ передовымъ позиціямъ деревушкѣ въ китайскихъ фанзахъ, приспособляемыхъ для этого, и отстоялъ на 3—5 в. отъ передовой линіи, и, наконецъ, 3) самую подвижную, болѣе легкую часть, состоявшую всего изъ 4-хъ въюковъ: въюка съ перевязочнымъ матеріаломъ, въюка съ лѣкарствами и бѣльемъ, въюка съ пищевыми запасами и въюка съ палаткой для перевязокъ. Эта послѣдняя часть отряда всегда имѣла сношенія съ позади находившимся лазаретомъ и, въ случаѣ недостачи въ чемъ, питалась отъ него всѣмъ необходимымъ. Во время боя послѣдняя часть, представлявшая собственно летучій отрядъ, выѣзжала впередъ, разбивалась гдѣ-нибудь въ болѣе безопасномъ мѣстѣ, подъ прикрытіемъ, но вблизи отъ дороги и отъ рѣчки или колодца, перевязочный пунктъ. Обладая болѣею подвижностью, пунктъ этотъ могъ легко и быстро передвигаться. 2-ая часть или лазаретъ во время боя превращалась въ питательный пунктъ, гдѣ раненые находили чай и пищу на пути дальнѣйшей эвакуаціи. Такимъ образомъ летучій отрядъ могъ имѣть постоянную связь съ питательнымъ пунктомъ и могъ быстро пополнять израсходованный матеріалъ изъ послѣдняго. Такъ какъ питательный пунктъ располагался въ 4—5 верст., то ему не грозила серьезная опасность разстрѣла непріятельской артиллеріей, и раненые спокойно утоляли въ немъ свой голодъ.

Въ летучихъ отрядахъ подвижныхъ кухонъ не было, а были котлы, и то всего 2, а голодныхъ бывало очень много. Вслѣдствіе этого обыкновенно, придя на мѣсто, мы прежде всего добывали китайскіе котлы и въ нихъ варили супъ изъ консервовъ или кашу изъ гаолянновой или чумизной крупы, смѣшивая ее съ мясными консервами. Получалась очень питательная и вкусная пища. Только пользуясь въ широкихъ размѣрахъ китайскими котлами, можно было накормить и напоить чаемъ то множество раненыхъ и голодныхъ здоровыхъ, сколько ихъ проходило черезъ такой питательный пунктъ.

Въ облегченномъ летучемъ отрядѣ находились 2 врача, 4 студента и 8 санитаровъ; на питательномъ пунктѣ—5 санитаровъ и братъ милосердія, а въ резервѣ—только 2 санитаря и 2 китайца. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ и оба китайца съ арбой находились на питательномъ пунктѣ.

Такова была организація первой помощи раненымъ въ отрядѣ, которымъ я завѣдывалъ, во время всѣхъ боевъ, начиная съ Саймадзы и кончая Мукденомъ, за немногими исключеніями, гдѣ, на ходу боя, приходилось иногда видоизмѣнять такое распредѣленіе и соединять питательный пунктъ съ летучимъ отрядомъ.

Не говоря уже объ удобствахъ подачи помощи, такое распредѣленіе удешевляло отрядъ, давая возможность дѣлать запасы корма для лошадей и провизин для людей. Въ особенности же это было необходимо потому, что дѣятельность Краснаго Креста носила какой-то странный характеръ: дѣлались ничѣмъ неоправдываемыя закупки различныхъ матеріаловъ, а самаго необходимаго не было. Резервъ въ



этомъ случаѣ помогъ намъ, поставивъ насъ въ зависимость отъ Управленія Краснаго Креста.

Дѣятельность летучаго отряда рѣзко разнилась въ боевой и межбоевой періоды. Въ то время, какъ въ первомъ работа была преимущественно хирургическая, во второмъ она была почти исключительно терапевтическая; въ первомъ работа сосредоточивалась на перевязочномъ пунктѣ, во второмъ—въ лазаретѣ, гдѣ число мѣстъ иногда доходило до 50 (въ г. Баміентенѣ, напр.).

Лазаретъ предназначался главнымъ образомъ для обслуживания передовыхъ частей въ качествѣ лазарета этапнаго. При немъ, по собственному почину, устраивалась баня, библиотека; нижнимъ чинамъ раздавались книги и газеты; зимой выдавались валенки, теплое бѣлье; словомъ, лазаретъ старался приходить на помощь воинской части, чѣмъ могъ. Однако, такая дѣятельность была чаще случайной. Да и дѣятельность самого летучаго отряда, какъ лечебнаго учрежденія, далеко не укладывалась въ ту программу ея, которая была нормирована въ Петербургѣ. Это расширение дѣятельности всецѣло принадлежало личному почину и энергіи персонала отряда. Понятно, что проявленіе личнаго почина было мыслимо лишь въ той обстановкѣ и въ тѣхъ условіяхъ, въ какихъ, напр., находился нашъ отрядъ, состоявшій въ вѣдѣніи Краснаго Креста. Въ военномъ-же вѣдомствѣ товарищамъ приходилось работать въ такой обстановкѣ, гдѣ малѣйшее проявленіе личнаго почина подавлялось полковымъ командиромъ или медицинскимъ начальствомъ, гдѣ всякое энергичное отстаиваніе основъ даже гігіены возстановляло противъ себя. Сколько энергичныхъ работниковъ съ широкимъ размахомъ личнаго почина, только потому, что они были младшіе врачи, платились своимъ положеніемъ, ставились въ такіе условія, что приходилось поступаться во всемъ, приносить въ жертву и науку, и здоровье солдатъ и подчиняться приказанію начальства. Самые коренныя требованія гігіены не признавались и игнорировались: напр., вода не изслѣдовалась; солдаты располагались въ фанзахъ, гдѣ вся семья владѣльца до того болѣла оспой, всякій случай кроваваго поноса, а въ особенности отможенія тщательно скрывался и т. д. Для заразныхъ больныхъ не устраивалось изляціонныхъ отдѣленій, ибо было приказано всѣхъ заболѣвшихъ заразными болѣзнями немедленно эвакуировать въ спеціальныя госпитали. Несчастные больные перевозились въ эти госпитали въ двуколкахъ въ теченіи цѣлыхъ сутокъ, а иногда и дольше. Понятно, что на привалахъ они сами уже служили источникомъ заразы. Чтобы обезопасить отъ нихъ армию, не дѣлалось ничего. Когда же я по собственному почину и при содѣйствіи ген. Гершельмана открылъ этапный заразный лазаретъ, то вызвалъ этимъ неудовольствіе в.-медицинскаго начальства, и только моя неподчиненность имъ по службѣ спасла меня отъ репрессій. Честь и слава военнымъ товарищамъ, вынесшимъ на своихъ плечахъ почти всю тяжелую работу помощи раненымъ и больнымъ, не смотря на гнетъ бюрократическаго начальства, не смотря на недостаточность средствъ, которыми они располагали. Въ особенности тяжело было врачамъ на передовыхъ позиціяхъ, гдѣ они чувствовали себя совершенно отрѣзанными отъ міра, гдѣ какой-нибудь медицинскій чиновникъ для командировокъ—калифъ на часъ—давалъ чувствовать свою власть и не стѣснялся даже въ выраженіяхъ своего начальническаго гнѣва.

Что касается собственно хирургической дѣятельности летучаго отряда, т. е. дѣятельности его, какъ перевязочнаго пункта, то она сводилась къ наложенію повязокъ, въ рѣдкихъ случаяхъ—къ перевязкѣ артерій; строго проводились принципы т. наз. сохраняющаго способа леченія, почему излеченіе инородныхъ тѣлъ (пуль, шрапнели, осколковъ) производилось лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда устанавливалось занесеніе въ рану одежды или другихъ постороннихъ тѣлъ. Раненія по своему характеру раздѣлялись на огнестрѣльные (пулевые, шрапнельные, осколками гранатъ), ожоги, рѣзанные и колотые раны и ушибы. Наиболѣе благоприятны были раненія пулевыми. Зачастую съ сквознымъ пулевымъ раненіемъ въ грудь или животъ раненый самъ приходилъ на перевязочный пунктъ и послѣ перевязки шелъ дальше, не соглашаясь оставаться ждать, когда его повезутъ. При огнестрѣльных переломахъ всегда накладывалась неподвижная повязка, при чемъ въ качествѣ шинъ употреблялись надрѣзанный полосками гаюлянъ. Перевязки пулевыхъ раненій, не сопровождавшихся обширными разрушеніями мягкихъ частей или переломами, не требовали много труда; обмываніе шариковъ со спир-

томъ, смазываніе іодной настойкой и наложеніе противогнилостной повязки изъ заготовленныхъ пакетовъ—въ этомъ состояла вся перевязка; ни зондированія, ни тампонады пулевыхъ отверстій не допускалось. Но если простымъ пулевымъ раненіемъ не доставляли большихъ хлопотъ, то раненія отъ разорвавшихся пуль, шрапнелей или осколками гранатъ, напротивъ, отнимали очень много времени. Большая зіающая поверхность, загрязненная землей, сильно кровочащая требовали тщательной очистки, тампонады, остановки кровотеченія и пр.

Лѣченіе ожоговъ сводилось къ наложенію масляно-салооловой повязки (5%-й растворъ салаола въ маслѣ). Колотыхъ и рѣзанныхъ ранъ въ нашемъ отрядѣ было сравнительно мало, такъ какъ японцы вообще избѣгали рукопашныхъ схватокъ; лѣченіе подобныхъ ранъ также сводилось къ наложенію противогнилостной повязки.

Большой въ мирное время штатъ врачей во время боя оказывается далеко недостаточнымъ, и, какъ то было во времена *Н. И. Пирогова*, врачи и теперь на войнѣ бывають завалены сѣйной работой. «Война—это трагическая эпидемія», говорятъ *Н. И.* «Какъ при большихъ эпидеміяхъ всегда недостаетъ врачей, какъ и во время большихъ войнъ всегда въ нихъ недостатокъ. Что не дѣлали всѣ правительства для предупрежденія этого недостатка, все при случаѣ оказывалось ненадежнымъ» (стр. 25). «Въ военное время», говоритъ онъ въ другомъ мѣстѣ, «почти нѣтъ возможности правильно распорядиться своими пособіями. То нѣтъ довольно рукъ, то нѣтъ у рукъ головы, то встрѣчаешь, когда не нужно избытокъ, а то, когда нужно, недостатокъ лицъ, необходимыхъ для самыхъ главныхъ пособій» (стр. 7). Эти слова великаго учителя исполніи примѣнимы и къ минувшей войнѣ. Правда, благодаря строго сохраняемому способу, благодаря громаднымъ успѣхамъ хирургическаго леченія, не требовалось теперь такой затраты труда и времени, какъ во времена *Н. И.*; но все-же замѣчался недостатокъ въ медицинскомъ персоналѣ на передовыхъ позиціяхъ, недостатокъ рукъ при той массѣ раненыхъ, какія поступала въ короткій промежутокъ времени.

Если дѣло подачи первой хирургической помощи все-же было поставлено болѣе или менѣе удовлетворительно, то дѣло транспортировки раненыхъ съ перевязочнаго пункта дальше въ тылъ не удовлетворяло самымъ окроаннымъ требованіямъ. Раненые перевозились на двуколкахъ, арбахъ, конныхъ носилкахъ, а въ Красномъ Крестѣ—на рессорныхъ финляндскихъ двуколкахъ. Двуколки военного образца, безъ рессоръ, на Манджурскихъ дорогахъ прямо представляли собой одну изъ пытокъ: каждая неровность, каждая кочка заставляли ихъ подпрыгивать, и причиняли больному жестокия страданія. Тѣ приспособленія, какія внесло въ нихъ военное вѣдомство (напр., резиновыя кольца), держались лишь до тѣхъ поръ, пока двуколками не стали пользоваться и для перевозки тяжестей. Безъ приспособленій, которыя, кстати сказать, мало устраняли тряску, на двуколкѣ продолжительный переѣздъ даже для здоровыхъ дѣлался невыносимымъ. Да и такихъ двуколокъ выдали 16—на полкъ въ 4000 чел.! Въ военномъ вѣдомствѣ пользовались еще арбами. Нужно знать устройство этого архаическаго экипажа, чтобы понять всю его непригодность для перевозки раненыхъ. Конные носилки представляли наиболѣе удобный и спокойный способъ перевозки, но требовали для перевозки 1 раненаго 2-хъ лошадей или муловъ.

Въ началѣ кампаніи, до боевъ при Шахѣ, Красный Крестъ не имѣлъ транспортовъ для раненыхъ и этимъ ставилъ въ очень тяжелое положеніе свои передовыя учрежденія; между тѣмъ въ дѣлѣ транспортированія онъ могъ-бы, располагая большими средствами, принести существенную пользу: расходы на дорожно стоящіе отряды, госпитали и др. учрежденія могли-бы быть частью обращены на транспорты. Организация хорошихъ перевозочныхъ средствъ, конечно, труднѣй и хлопотливѣй, чѣмъ устройство госпиталей; здѣсь нужно затратить энергію, нуженъ личный починъ, а на устройство госпиталей имѣется уже шаблонъ, разъ навсегда установленный и испытанный.

Какъ-бы то ни было, эвакуація раненыхъ до самаго конца кампаніи была поставлена весьма нераціонально и примитивно; пользовались все тѣми-же продовольственными повозками, зарядными ящиками, патронными двуколками и т. д. Удобство раненаго, его здоровье, по прежнему, приносились въ жертву быстротѣ эвакуаціи. Лихорадочная поспѣшность замѣчалась въ особенности при отступленіи или обстрѣлахъ перевязочнаго пункта. Сами раненые, даже тяжелые, собирали послѣднія силы и лѣзли въ первую попавшуюся повозку. Счастье тому, кто попадалъ при этомъ въ повозку съ соломою: большинству приходилось ложиться прямо на голыя доски. Страшная тряска,

мучительное подбрасывание на кочках превращали легко раненого в тяжелого больного, а тяжело раненые попадали в госпитали уже в безнадежном состоянии или даже в большинстве случаев умирали по дороге. Иногда перевозочных средств не хватало вовсе, и тогда начиналось оставление проходивших, измученных, подавленных неудачей солдат, и эта несчастная «сбрасываемая скотина», не спавшая, может быть, несколько ночей, до крайности утомленная, полуголодная, босая и навьюченная, как животное, различными нужными и ненужными принадлежностями, привлекалась к переноске раненых. Наскоро из шинелей и ружей устраивались носилки, и несчастные солдаты, едва передвигая ноги, тащили через рвы и по острым камням своего раненого товарища иногда 20—30 верст. Трогательно и досадно смотреть на эту умирительную и в то же время грустную сцену, которой можно было избывать, если бы наши руководители побольше думали об организации того дела, которое им поручено.

Коснусь теперь вопроса о выносе раненых из огня и о перевязке их под огнем.

Рациональность выноса раненых из огня во время боя давно уже оспаривалась — и не без оснований — очень многими. Если такое мнение имело свой *raison d'être* в прежних войнах, то в минувшую войну она могла лишь окончательно укрепиться. Развитие огня при современных орудиях таково, что все поле битвы представляет из себя сплошную «долину смерти», каждая точка на поверхности его несет смерть, и, лишь глубоко зарывшись в землю, люди находятся в сравнительной безопасности. Понятно, что переноска раненого из траншеи в тыл представляет большую опасность как для носильщиков, так и для самого раненого. Легко раненые, если они могли еще двигаться, пускались иногда на хитрости: перекачиваясь, ползком, выбирались из-под обстрела и попадали, наконец, на перевязочный пункт. Попытка же вынести раненого часто стоила жизни одному или нескольким носильщикам, а то и самому раненому. Мне приходилось наблюдать несколько таких случаев, из которых я приведу 2 наиболее запечатлевшихся в моей памяти. 1) Под Сахэу 4 солдата бросились из-под прикрития к раненому в ногу офицеру и хотели его вынести, но неприятельские пули не дали им даже поднять его: один из солдат был убит, а 2-ое других тяжело ранено. В боях при Мукдене раненый офицер погиб при следующих обстоятельствах: будучи ранен в ногу, он упал у забора и лежал здесь в безопасности от ружейных пуль; 3 нижних чина, увидав его, сбегали из винтовок и шинелей носилки и хотели его вынести, чтобы не оставить неприятелю; только что отошли они от забора и попали в ливень обстрела, как неприятельские пули поразили офицера в голову и ранили 2-х солдат — одного в руку, другого в ногу. Таких случаев очень много. Вот почему большинство раненых усаживались где-нибудь под прикрытием и выжидали ночи, когда стихнет огонь. В некоторых частях из военных соображений до ночи совершенно не выносили раненых. Это — безчеловечно, негуманно, но жестоко логично. Зачем рисковать здоровьем и даже жизнью людей или выводить их из строя в качестве носильщиков, когда они могут быть полезны, как боевая единица? Каждый тяжело раненый требует 4-х носильщиков; 16 носильщиков ротных быстро будут израсходованы, и придется брать их из стрелковых. Что же останется из роты, если на каждого тяжело раненого или раненого в ногу будут выводить из строя 4-х чел.? Возвращаться же назад с перевязочного пункта, с места, сравнительно безопасного, опять в огонь — задача очень тяжелая и по силам лишь человеку с большой силой воли и с сильно развитым сознанием долга. Понятно, поэтому, что командиры считают всех тех, кто ушел из огня, потерявшими для части и предпочитают оставлять раненых на месте до ночи, чтобы не ослаблять своей части. Тяжело раненые большей частью оставались в руках неприятеля. Оставленные в окопах, на поле сражения, они, перерезанные своими товарищами, без воды и пищи ждали 2—3 дня неприятеля. Под Мукденом на поле сражения осталось большинство тяжело раненых: из 100000 эвакуировано лишь 54000 чел., и из них добрых  $\frac{3}{4}$  или пшкомъ, а 20000 тяжело раненых были оставлены неприятелю.

Имел ли смысл подача первой помощи под огнем? Это — вопрос, относительно которого многие спорят, а отрицательное решение его объясняют даже «особо развитым» чувством самосохранения у медицинского персонала. Так ли это? Я имел в этом отношении кое-какой опыт, так как в некоторых сражениях располагался под огнем или шел даже позади раздвинутого на 2 небольших отряда, при чем в каждом было по 1 врачу, по 2 студента и по 3 санитаров. Один отряд работал в долине, другой на горах, и ни тот, ни другой, работая под огнем, не принесли существенной пользы: тяжело раненые к ним не попадали, а легко раненые напрягали последние силы, чтобы уйти, а иногда и уползли, из этого ада, сбавив себе кое-какую повязку. В бою под Ай-Янь-Ямынем мы также

раздвинулись на 2 отряда, и один отряд с д-ром Беняшом во главе работал под артиллерийским огнем, а другой, где был я, шел позади стрелковой цепи. И тут повторилась та же история: в наши руки попадало очень мало раненых; большинство их старались пробраться подальше закоулками. В других боях, где мы стояли под выстрелами, раненые старательно обходили это место, и даже случайно попадавшие торопились уйти без всякой перевязки, боясь погибнуть на перевязочном пункте. Нужно было видеть, с какой поспешностью плелись даже тяжело раненые, как старались они, выбираясь из сил, уйти подальше от опасности.

Даже находясь вдали от места боя, в сравнительной безопасности, раненые легко подвергаются панике при всяком шуму разрыва снаряда. Помню, как в дер. Сандяпудэ, в боях при Шахе, ночью мы не могли эвакуировать всех наших раненых, и их набралось полная фаза — 200. На дворе была страшная грязь, дулолки валялись, эвакуация совершалась крайне медленно. Истомленные дневной работой лошади отказались служить. Мы не знали, как поступить с таким массовым раненым, если бы нам пришлось отступить. На рассвете японцы начали обстрел нашей деревни. Снаряды еще не долетали до фанзы, где был расположен перевязочный пункт; но шум первого же разрыва снаряда вблизи нас встревожил всех раненых, и началось нечто новое — образное. Никакие уговоры, убеждения не действовали. Раненые ползли, шли, опираясь друг на друга, падали, снова поднимались и снова шли. Вся дорога наполнилась этими несчастными искалеченными «защитниками отечества». Лишь наиболее тяжелые или раненые в обе ноги, сбавляя неудачную попытку подняться и выползти, остались и со слезами на глазах умоляли увести их. Но не было ни одной дулолки; но было даже арба! Только то обстоятельство, что мы сами оставались с ними, заставило их успокоиться. Часа через 2 прибыли арбы продовольственного транспорта, и нам удалось кое-как эвакуировать и этих несчастных. Кто пережил такую картину, тот видел, как раненые стремятся выйти из сферы огня, тот поймет, что все теоретические рассуждения о подаче помощи в огонь на практике не осуществимы. Я работал со своим отрядом в самых разнообразных условиях и долгие считал высказать, что самая производительная работа была в безопасном месте вдали от сферы огня.

Перевязочный пункт должен быть непременно расположен в безопасном месте. Во время отступления и такой пункт может очутиться в передовой линии, в особенности при отступлениях спешных, как были, напр., в Манчжурии. Во время отступления заботы о раненых вообще отходят на второй план; раненый представляет обузу для отступающей армии; заботятся об артиллерии, о продовольственных обозах, о личном своем имуществе, а раненых предоставляют вывезти врачам, не давая им однако средств для этого или очень малых. Впрочем, при отступлении раненые находятся в таком ужасном положении, что еще вопрос, что человечье, оставлять ли их до прихода неприятеля, или тащить 40—60 верст без перевязки и без врачебной помощи по ужасным дорогам? Зачастую их и складывали где-нибудь около разъездов, как ненужный «лом и брак».

Не могу не вспомнить без ужаса той картины, свидетелем которой нам пришлось быть при отступлении от Мукдена. Наш отряд был последний из отступавших. Нам приходилось пробираться между брошенными повозками, зарывшимися ящиками, артиллерией, патронными дулолками. Вокруг — трупы раздавленных людей, загнанных лошадей. Час около 12 ночи мы прибыли, наконец, на разъезд. Стуки двигавшихся обозов, шум стоявшего под парами паровоза, стон раненых, ржание лошадей и крик мулов — все слышалось в какой-то неопределенный, но ужасный, душу надрывающий шум. Все куда-то торопились, спешили, и никто не знал, куда. Покупание бдрых, загнанных лошадей, едва-едва передвигающих ноги, крики обезумевших от голода людей и все это — под аккомпанимент стонов раненых, тут же нависших вблизи дороги, около станционного здания и около поста пограничной стражи. Раненые лежали вокруг построек в пыли и без ухода. Врачей не было видно. Не было вод. Стоны все усиливались. Слышались проклятия и крики: «Воды, воды!», но ее не было. Нужно было хватать за водой за 3 версты! Внутренний мир — множество раненых, на столах, под столами на полу. Когда я хотел пройти в комнату, а не мог шаг ступить, чтобы не попасть на руку или на ногу раненого! Все эти стоны: воды, воды! Умиравшие, зацепившие губами, с сжиманием языком, с широко раскрытыми глазами, хрипя, просили едва слышно: «Воды!» Запах крови, спертый, удушливый воздух помещения, стоны — все это сразу охватило меня; я зашатался, голова у меня закружилась, и я поспешил выйти из этого ада.

Стоны раненых подбивали, однако, на нас, как удары хлыста на уставшую лошадь. Падавшая было энергия снова появлялась; исчезла усталость, и исчезло даже воспоминание о бессонных ночах, проведенных перед тем же работ. Мы достали воды и стали пить и перевязывать раненых; но, что

## ИЗ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Патологическая анатомия.** 672. Ч. пр. *L. Gliński* (Краков) сообщает случай врожденного отсутствия селезенки.

При вскрытии в патолого-анатомическом Институте проф. *Browice'a* трупа 45-летней женщины, умершей от бугорчатых легких, автор не нашел селезенки не только на ее обычном месте, но и нигде в брюшной полости; не оказалось следов ее ни в ткани органов брюшной полости, ни в складках брюшины. Об оперативном удалении селезенки нельзя было думать, так как, во 1-х, не нашлось никаких послеперационных следов на всем туловище; во 2-х, соответственно положению селезенки брюшина была гладка, тонка и блестяща. Что касается селезеночных сосудов, то как селезеночная артерия, так и вена пробегали правильно, но дойдя до конца поджелудочной железы, не шли далее, а терялись в хвосты последних и в ее соседств, при чем оба эти сосуда были меньшего калибра, чем обычно у взрослых людей. В других органах авт. никаких неправильностей не нашел, равно как и не определил разрозненных лимфатических желез.

Случай этот—далеко не частый—показывает, что селезенка является органом не необходимым для жизни (*Przegląd lekarski*, 20 октября). *С. Островский.*

**Внутренние болезни.** 673. Д-р *O. Reunert* приводит случай смерти от задушения выпавшей в дыхательное горло бронхиальной железой.

Дело идет о мальчике, 2½ л., из здоровой семьи, который последнее лето долго страдал кишечным катарром, а за 4 недели до смерти у него обнаружено было врачом укревленное припухание шейных желез. В остальном родители не замечали у ребенка ничего особенного; кашля, одышки, лихорадки не было никогда. В день смерти больной играл, был хорошо. Смерть наступила внезапно, при укладывании в постель. Итоги вскрытия: в зеве и гортани все в порядке; в дыхательном горле тотчас под кольцевидным хрящем—закупоривающая весь просвет трубки мягкая сыровидная масса; в правом бронхе около начала его—прободное отверстие и за ним полость, выполненная сыровидными бронхиальными железами; левое легкое здорово, а в правом, особенно в средней и нижней долях его, бугорчатковый процесс; брызжеечные железы и кишечник без изменений. Это ограничение процесса правым легким, ушедшее вперед далеко меньше, чем в бронхиальных железах, указывает, на взгляд автора, что прободение бронха имело уже дав. давно, а поступавшие отсюда мелкие частички сыровидного распада, втягиваясь дальше, и вызвали вторичное поражение легкого.

Подобные случаи представляют, по *R.*, большой интерес как практический, так и в отношении судебно-медицинском. При подозрении на процесс такого рода, если имеются явления угрожающего задушения, показывает, по *Petersen'u*, попытка очистить проход для воздуха введением упругого катетра. Важность же таких случаев со стороны судебно-медицинской хорошо поясняет случай *Voelker'a* (приводимый *Gaudiani* в «*Deutsche medizinische Wochenschrift*» за 1904 г., № 24), где шла уже речь о насильственной смерти, между тем как вскрытие обнаружило задушение выпавшею железой, как в описываемом случае (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 30 августа). *С. Гр—вз.*

674. Для распознавания небольших примесей крови в кале, д-ра *E. Schlesinger* и *F. Holst* особенно рекомендуют предложенную *O. R.* и *Adler'a*ми бензидиновую пробу. Для производства этой пробы готовится сначала насыщенный раствор бензидина (*Benzidin puriss. Merck*) в ледяной уксусной кислоте—растворяют это вещество, взятое на кончик ножа, в 3 к. стм. кислоты (на одну пробу), в чистой пробирке. В другую, на 1/6 наполненную водою пробирку помещают немного (с горошину) исследуемого кала при помощи стеклянной палочки и, хорошо взболтав и закупорив пробирку ватной пробкой, нагревают смесь один раз до кипения. После этого берут 3-ю пробирку и, смешав в ней 10—12 капель бензидиновой уксусной смеси с 2½—3 к. стм. 3%-ного раствора перекиси водорода, приливают сюда по стннк пробирки 1—3 капли каловой эмульсии. В присутствии крови полученная свтложелтокоричневая смесь получает окраску зеленую, синезеленую или синюю, тем более синюю, чем значительнее содержание крови. Эта переменная окраска совершается в несколько секунд и до 1/6—1/12.

больше их поили и перевязывали, тем больше их оказывалось. Комнаты наполнялись так, что уже и выбраться из них стало нельзя, ступить было негде. А раненые все прибывали и ложились друг к другу! Кошмар какой-то, тяжелый, страшный сон.

Вдруг пронесся слух, что за ранеными прибыл товарный поезд. Все всколыхнулось. Через несколько минут комнаты очистились; раненые, даже тяжелые, ползком потянулись к поезду. Остались только самые тяжелые. Я пошел искать носильщиков, но их не оказалось: поезд пришел без носильщиков и без носилок.

У поезда возмутительная картина. Человек стал звать. Все хотело попасть в поезд. Напрасно прижавший офицер и врачи уговаривают здоровых «не лезть». Нты здоровые, более сильные отнимают место у беспомощных раненых. Лезут, как обезумевшие, царапают себя лицо, руки; рвут одежду и садятся на крыши вагонов, на буфера, на оси даже; прижавшая винтовку, устраиваются под вагонами. Паровоз весь облит кровью солдатами, как мухами; и все лезут и лезут. Драка, крики, шум, гам, а рядом—стоны мучеников раненых... Поезд отошел, а раненые еще остались. Счастливы те, кто были без сознания! Ни тревога, ни голод, ни жажда их не касались. Они витали где-то далеко и, быть может, в своих грезах видели своих родных, или пили с ними в своем семейном кругу, в тепле...

Достали еще воды. Еще напоили раненых, перевязали их. Опять число их растет и растет, опять стали заполняться все комнаты. Наконец, прибыл 2-ой поезд. Мы перевязали и отправили на поезд последних раненых. Часа за 2 до развита тяжелая работа окончилась и, как убитые, мы заснули тяжелым сном на том-же полу, где перед тем лежали, стонали и мучились раненые. С развигом двинулись дальше.

Такова ужасная картина, таковы условия, в каких работали врачи на временном, случайно образовавшемся перевязочном пункте.

Чего-же можно ждать впереди, что будет в будущую войну? какова будет помощь раненым тогда?—ответить на эти вопросы я не берусь; но долгом совести считаю заявить, что теперь не раз приходилось переживать тяжелые минуты и чувствовать угрызения совести за тот самообман, который носил название подачи помощи раненому. В самом деле, разве можно признать помощь раненому рациональной, согласной с правилами современной хирургии, когда его без перевязки тащут 3—4 версты; когда множество их остаются с утра до вечера в траншеях, истекая кровью, замерзают на пол сражения в морозы или мучительно страдают от жажды в зной; когда при всем желаньи, при всем самопожертвовании вы не в состоянии помочь им; когда, наконец, раненые, которые и попадут на перевязочный пункт, рискуют быть брошенными при дальнейшей эвакуации в пути во время паники? Развитие техники в уничтожении себя подобных, изобретение орудий, бросающих на десятки верст громадную массу стали и чугуна, в связи со страшной скоростью стрельбы—все это делает подачу помощи раненым на пол битвы все меньше и меньше достигающей своей цели. Все больше и больше раненых будут загромаждать перевязочные пункты, будут требовать услуг многочисленного медицинского персонала. Уборка раненых все больше и больше затрудняется, а перевязочный пункт будет отодвигаться от поля сражения все далее и далее. Словом, совершенство хирургической помощи на пол битвы выразится обратным пропорционально техническим усовершенствованиям средств, изобретаемых для истребления человека. Слова *Н. И. Пирогова* о войне 1870 г. оказались глубоко справедливыми и относительно минувшей кампании:

«Как прежде раненые, оставшиеся после битвы, назывались у наших старых служах ломом и браком, так и теперь они все тот-же лом и брак; лежат разбросанные на пол сражения, пока их все-как не поднимут и не соберут. А быстрота и дальность выстрелов вынуждают стрелков делать то, что строевые ваялись рядами и скопление раненых достигает громадных цифр. Кто видел, хоть издали, все страдания этих жертв войны, тот верно не назовет, с повинными, миролюбивое настроение наций «мишанским счастьем»; шовинизм, вымывающий нации на распри и погубив, достоин проклятия народов, и все человечество должно благославлять царей, не ищущих кровавой славы».

*Л. Пуссен.*

минуты, а через 5—15 мин. синий цвѣтъ переходитъ въ грязный темнокраснофиолетовый. Сравнивая бензидиновую пробу съ алоиновой и гуаяковой, авторы убѣдились, что первая и проще, и чувствительнѣе. Не слѣдуетъ только упускать изъ вида, какъ и при другихъ пробахъ, что появленіе реакціи имѣетъ значеніе для распознаванія лишь въ томъ случаѣ, если изслѣдуемый предварительно выдержанъ 3-е сутокъ на свободной отъ мяса діетѣ (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 6 сентября). С. Г.—вз.

675. Д-ръ *Paterson* (Glasgow) въ предварительномъ сообщеніи приводитъ 5 случаевъ бугорчатки—2—легкихъ и 3—костей и суставовъ, *устинно пользовавшейся обезпложенными бугорчатковыми творожистыми массами*. Мысль примѣнить творожистыя массы для лѣченія бугорчатки была вызвана тѣмъ наблюденіемъ, что въ содержимомъ гнойниковъ и въ творожистыхъ массахъ встрѣчается очень мало бугорчатковыхъ палочекъ, тогда какъ условия для развѣтія ихъ, видимо, должны быть вполне благопріятны. Допустивъ въ виду этого, что въ творожистыхъ массахъ содержатся какія-то вещества, уничтожающія бугорчатковыя палочки, Р. сталъ производить впрыскиванія творожистаго вещества, убивъ предварительно заключающіяся въ немъ немногочисленныя палочки. Такъ какъ обезпложиваніе высокой температурой и химическими веществами не примѣнимо изъ-за возможности измѣненій въ составѣ творожистыхъ массъ, то Р. достигалъ обезпложиванія, выдерживая творожистыя массы 5—6 мѣсяцъ въ холодильнике, откуда препараты часто вынимались на время, такъ какъ только повторное замораживаніе убиваетъ бугорчатковыя палочки. Обезпложенное вещество смѣшивалось съ кровяной сывороткой, осадокъ хорошо отмывался холодной водой отъ растворимыхъ токсиновъ и смѣшивался затѣмъ съ соевымъ растворомъ въ такомъ отношеніи, что 1 к. стм. взвѣси содержалъ 5 мгм. плотнаго вещества. Впрыскиванія производились черезъ день по 0,1—0,5 к. стм. взвѣси, въ зависимости отъ вызываемаго (впрыскиваніемъ) подъема температуры и повышенія опсоническаго показателя; лучшіе результаты получаются, если температура понижается на 0°,5—1°,0; при этомъ опсоническій показатель поднимается до нормы. Въ случаяхъ автора рѣзкое улучшеніе получилось послѣ 1—3 мѣсяцевъ лѣченія (*The Lancet*, 25 августа). Л. Старокадомскій.

**Хирургическія болѣзни.** 676. Ч. пр. *Karl Ewald* (Вѣна) рассматриваетъ вопросъ о болѣзняхъ въ ногахъ вследствие недостаточности ясныхъ причинъ. При жалобахъ на боли въ ногахъ прежде всего слѣдуетъ обратить вниманіе на положеніе ногъ у больного, при чемъ однако необходимо отвлечь его вниманіе, такъ какъ иначе онъ часто придаетъ своимъ ногамъ несвойственное имъ положеніе. Далѣе нужно прослѣдить походку больного. Ноги должны быть обнажены по меньшей мѣрѣ до коленъ. Тщательные разпросы необходимы. Нужно выяснитъ, бывали ли поврежденія, хотя бы и маловажныя; необходимо справиться о профессіи. Если требованія, предъявляемыя къ устойчивости ноги, увеличиваются, то уже путемъ одного переутомленія могутъ создаться значительныя разстройства. Такъ, напр., у человека, много ходящаго послѣ утѣченія одной ноги, въ оставшейся ногѣ легко появляются боли, свойственныя плоской стопѣ, такъ какъ ей приходится выдерживать всю тяжесть тѣла. Нѣчто подобное наблюдается у людей, избравшихъ такое занятіе, при которомъ имъ приходится много стоять или стоя напрягать вниманіе; дѣло въ томъ, что при напряженномъ вниманіи мышцы расслабляются и тѣло приходитъ въ извѣстное состояніе пассивнаго покоя, при которомъ оно удерживается главнымъ образомъ связками. Это встрѣчается у наборщиковъ, живописцевъ, операторовъ. Если такія лица совершаютъ большую прогулку или путешествіе по горамъ, то боли въ стопахъ исчезаютъ; это объясняется тѣмъ, что мышцы возбуждаются къ дѣятельности и напряженіе связокъ замѣняется мышечнымъ. Если путемъ опроса, осмотра и сравненія исчерпаны все средства испытанія, но объясненіе жалобъ не найдено, то нужно систематически перебрать все тѣла, чтобы поставить распознаваніе. Начиная съ костей,

прежде всего нужно исключить травму. Благодаря *Röntgen*-овскимъ лучамъ выяснилось, что при т. наз. «затяжной опухоль стопы» дѣло всегда идетъ о переломѣ одной изъ плюсневыхъ костей. Не всегда легко распознается переломъ пяточной кости отъ сдавленія, происшедшаго при паденіи на ноги, прыжкѣ съ лѣстницы и т. д. При этомъ пятка сзади кажется утолщенной, стопа находится въ легкой пронаціи, особенно замѣтной, если прослѣдить ходъ Ахилловой жилы, образующей съ отвѣсной осью пяточной кости открытый наружи уголъ; пятка очень чувствительна къ давленію въ поперечномъ направленіи. Лѣченіе состоитъ въ томъ, что подъ стопу подкладываютъ стельку, идущую отъ концевъ пальцевъ до свода стопы, оставляя пятку свободною. Предшествовавшіе переломы часто причиняютъ болѣе продолжительныя разстройства, чѣмъ принято думать. На мѣстахъ переломовъ голени и стопы могутъ происходить смѣщенія отъ дѣйствія тяжести еще мѣсяцы спустя, такъ какъ мазоль еще недостаточно окостенѣла. Такъ, послѣ перелома лодыжекъ при ходьбѣ часто развивается плоская стопа или послѣ перелома голени искривленіе ея. Такъ какъ окостенѣніе заканчивается только черезъ 6 мѣс., то необходимо укрѣплять мѣсто перелома соотвѣствующими приборами. Переходя къ воспалительнымъ заболѣваніямъ костей, авт. напоминаетъ, что воспаленіе надкостницы предплюсневыхъ костей, какъ и костей запястья, можетъ повести къ болѣзненнымъ утолщеніямъ. Причиной часто бываетъ травма, еще чаще заразное заболѣваніе: гриппъ, а, быть можетъ, и переломъ. Особенно часто поражается ладьеобразная кость. Опухоль при этомъ твердая и чувствительная. Лѣченіе безсилно; слѣдуетъ испробовать сѣрую мазь. Часто такая опухоль исчезаетъ сама собой по прошествіи недѣли или мѣсяцевъ. Весьма непріятныя ощущенія можетъ вызывать образованіе остеофитовъ на пяточной кости. Надъ такимъ наростомъ можетъ образоваться слизистая сумка, которая при зараженіи также причиняетъ боли. Удаленіе нароста долотомъ устраняетъ все разстройство. Распознаваніе возможно только при помощи *Röntgen*-овскихъ лучей. Нерѣдко въ костяхъ находятъ бугорчатковыя очаги, но раннее распознаваніе ихъ очень затруднительно. Боль отъ давленія или постукиванія на небольшомъ, строго ограниченномъ мѣстѣ можетъ служить указаніемъ; но вопросъ можетъ быть рѣшенъ только путемъ повторныхъ *Röntgen*-овскихъ снимковъ. Далѣе встрѣчаются новообразованія костей; особенно часты хондромы большого пальца, приподнимающія ногу. Лѣченіе оперативное. Наибольшую роль играютъ заболѣванія суставовъ: разрывы связокъ, происходящіе при растяженіяхъ и мимолетныхъ вывихахъ, даютъ иногда длительныя разстройства отравленія, могущія повести къ обезображиваніямъ. Явленіе, встрѣчающееся чаще, чѣмъ полагаютъ, есть расхождение лодыжечной вилки вследствие разрыва связокъ между больше- и малоберцовой костями. Трещины костей, доходящія до сустава, влекутъ за собой длительныя разстройства. При раздробленіи сустава или при переломахъ вследствие перекручиванія происходятъ спиральныя переломы длиною въ 16—20 стм., и боли могутъ продолжаться мѣсяцами. Воспалительныя заболѣванія суставовъ имѣютъ наибольшее значеніе. Стоитъ вспомнить артритическую плоскую стопу рабочихъ. Тяжелая, хотя обыкновенно лишь кратковременная, разстройства причиняетъ воспалительная плоская стопа. Распознаваніе облегчается воспалительнымъ состояніемъ и своеобразнымъ положеніемъ стопы. Мѣсто извѣстнаго т. наз. болѣзни *Morton*'а, поражающая 1-ый, 3-ый, иногда 4-ый плюснево-фаланговые суставы. Причина болѣзни, ведущей къ подвывиху пальца кверху, иногда травматическая, иногда же воспалительная; стопа расширяется и становится чувствительною къ боковому давленію, какъ при ношеніи узкихъ башмаковъ. Упругія стельки не всегда устраняютъ боль при ходьбѣ. Бугорчатка суставовъ стопы составляетъ частое заболѣваніе. Распознаваніе въ началѣ трудно; на *Röntgen*-овскихъ снимкахъ иногда замѣтна атрофія губчататаго костнаго вещества. Изъ аномалій сухожилій и связокъ прежде всего слѣдуетъ упомянуть о болѣзни сухожилія длинной малоберцовой мышцы. Боли сильно



супинированную стопу насильственно привести въ правильное положеніе, удерживаясь отъ паденія, то это сухожилие, обходящее наружную лодыжку, сильно напрягается, удерживающая связка разрывается, и сухожилие выскальзываетъ изъ своего влагалища на уровень наружной лодыжки или перескакиваетъ черезъ нее. Обыкновенно сухожилие вправляется обратно само собою, но походка у такого больного становится неуверенною и онъ ощущаетъ своеобразное шелканіе у наружной лодыжки. Лѣченіе оперативное (шовъ разорванной связки или образование надкостнично-костнаго лоскута для удержанія сухожилія на мѣстѣ). Разрывъ сухожилій стопы крайне рѣдки, при чемъ имъ подвергается исключительно Ахиллова жила. Распознаваніе не трудно. Лѣченіе при болѣе значительномъ расхожденіи концовъ — оперативное (шовъ). — Изъ заболѣзней фасцій встрѣчается главнымъ образомъ поврежденіе подошвеннаго сухожильнаго растаженія вслѣдствіе травмы или воспаленія; въ первомъ случаѣ утолщеніе бываетъ узловатое, во второмъ болѣе плоскостное; иногда дѣло доходитъ до окостенѣнія и значительныхъ разстройствъ. Хирургическое лѣченіе (вырѣзываніе утолщенія) даетъ успѣшные результаты. Сходство съ *Duruytren*овскимъ сведеніемъ кисти тѣмъ большее, что и воспаленіе подошвенной фасціи ведетъ къ сведенію. Нѣкоторое значеніе имѣетъ и *воспаленіе сухожилій* и ихъ прикрѣпленій. Боли при этомъ наиболѣе сильны въ точкахъ прикрѣпленія сухожилія къ кости, чаще всего на мѣстѣ прикрѣпленія Ахиллова сухожилія къ пяткѣ. Причиной, вѣроятно, служатъ перелойные переносы или послѣдствія сочленовнаго ревматизма или мочевищаго худосочія. Воспаленіе сухожильнаго влагалища встрѣчается на сухожиліяхъ малоберцовыхъ мышцъ и соотвѣтствуютъ тендовагиниту предплечья. Наблюдается также воспаленіе Ахилловой жилы, не имѣющей влагалища; причина обыкновенно переутомленіе. Нѣчто подобное авт. наблюдалъ и на сухожиліи передней большеберцовой мышцы. — Значительную роль играютъ *слизистыя сумки*. Т. наз. «боль пятки» (*achillodynia*) зависитъ отъ воспаленія слизистой сумки, сидящей въ углу, образуемомъ Ахилловой жилой и пяточной костью; при сидѣніи боли нѣтъ, при вставаніи же и ходьбѣ, вслѣдствіе прижатія воспаленной сумки появляются отчаянные боли; опухоль при этомъ болѣею частью едва бываетъ замѣтна; при давленіи особенно чувствительна наружная сторона; причиною заболѣванія нерѣдко служитъ перелой. Въ затяжныхъ случаяхъ необходимо удалить слизистую сумку оперативнымъ путемъ. Въ другихъ мѣстахъ стопы воспаленія слизистыхъ сумокъ встрѣчаются надъ костными наростами (экзостозами), напр., на нижней поверхности пяточной кости, подъ омоволяностями и мозолями. Они не только болѣзненны, но и опасны, такъ какъ слизистыя сумки часто сообщаются съ суставами и заражаютъ послѣдніе. Смѣшеніе съ артритомъ легко. Затяжное воспаленіе сумки требуетъ выслушенія ея, острое — разрѣза и дренажа. Если гнойный буритъ сообщается съ суставомъ, то лучше всего вылушить палецъ. — *Узлы (ганглии)* на стопѣ роли не играютъ. Важнѣе *буротчатка сухожильныхъ влагалищъ и слизистыхъ сумокъ*, которая, впрочемъ, въ началѣ не причиняетъ особыхъ разстройствъ. — *Заболеванія мышцъ стопы* рѣдки; иногда бываютъ мышечныя грыжи вслѣдствіе разрыва фасціи; ушибы даютъ кровоизліянія въ мышцы и воспаленіе мышечной ткани; слѣдуетъ помнить также о возможности трихиноза. — Выдающееся значеніе при боляхъ въ ногахъ имѣютъ *сосуды*. Чаще всего боли зависятъ отъ разныхъ видовъ артеріосклероза. Кромѣ извѣстныхъ болѣй, обуславливаемыхъ эмболіей артерій, кромѣ перемежающейся хромоты вслѣдствіе воспаленія внутренней оболочки артерій, наблюдается еще слѣдующее: люди, подвергающіеся продолжительному дѣйствію холода, напр. прачки, ямщики, рабочіе красильныхъ фабрикъ и т. п., страдаютъ синюхой голени, увеличивающейся по направлению къ стопамъ; начинаются боли безъ опредѣленнаго мѣстоположенія, продолжающіяся и при покоѣ и достигаютъ высокой степени въ постельномъ теплѣ; постепенно присоединяются питательныя разстройства: кожа

щины, которыя не заживаютъ; иногда наступаетъ омертвѣніе. Лѣченіе бессильно; иногда приноситъ облегченіе холодъ, иногда влажная теплота. Причина болѣзни — преждевременный артеріосклерозъ. *Анейзматическія расширенія подошвенной артеріи* наблюдались неоднократно; біенія иногда не бываетъ вслѣдствіе свертыванія крови въ мѣшкѣ. *Воспаленіе и закупорка венъ* распознаются легко, такъ какъ обыкновенно бываютъ поверхностны; при глубокомъ же положеніи распознаваніе возможно только въ видѣ предположенія. — *Нейриты* встрѣчаются чаще, чѣмъ полагаютъ, и бываютъ не только заразнаго происхожденія, но иногда зависятъ и отъ переутомленія. Нерѣдко наблюдаются *нейромы* въ видѣ узелковъ въ булавочную головку по ходу поверхностныхъ нервовъ; прикосновеніе къ такимъ узелкамъ вызываетъ молніеобразную боль вдоль кожныхъ нервовъ; подъ микроскопомъ находятъ разроженіе нервныхъ волоконъ. Лѣченіе въ началѣ можетъ быть выжидательное, такъ какъ иногда боли прекращаются, но въ затяжныхъ случаяхъ необходимо вылушеніе нейромы. — *Кожа и подкожная клетчатка* при боляхъ также играютъ выдающуюся роль. Часто причина боли скрывается подъ толстою омоволястостью, которую слѣдуетъ срѣзать послойно. Тогда обнаруживаются либо кровоизліяніе въ сѣтчатомъ слое, либо инородное тѣло, либо небольшой нарывъ, который, однако, если не будетъ вскрытъ во время, можетъ достигнуть значительной величины и повести къ воспаленію лимфатическихъ сосудовъ и железъ. Иногда у пожилыхъ людей, много ходящихъ, бываютъ боли въ подошвѣ и пяткѣ; при изслѣдованіи находятъ кожу поразительно тонкою и совершенно лишенною подкожной клетчатки, такъ что пятка и головки плюсневыхъ костей прощупываются непосредственно подъ кожей. Лѣченіе бессильно; толстыя подошвы съ мягкими, слегка упругими стельками являются единственнымъ средствомъ. Не легко распознается *меланосаркома* въ начальномъ періодѣ, встрѣчающаяся главнымъ образомъ въ кожѣ пятки. Она начинается въ глубинѣ, иногда даже въ жировой клетчаткѣ. Достигнувъ поверхности, она засыхаетъ въ корку. Просвѣчивающія черныя части или разсѣянные вокругъ узелки наводятъ на распознаваніе (*Wiener medizinische Wochenschrift*, 21 и 28 іюля). В. Дитманъ.

677. Д-ръ *Simpson* (Sheffield) сообщаетъ случай изсѣченія селезенки послѣ разрыва органа.

Поврежденіе получено отъ ушиба при паденіи съ высоты. Операция сдѣлана черезъ 6 час. послѣ несчастія. При изслѣдованіи брюшной полости во время операціи обнаружено сильное кровотеченіе, происшедшее изъ селезенки, нижняя  $\frac{1}{2}$ , которой была глубокимъ разрывомъ почти отдѣлена отъ остальной части. Исѣченіе было сдѣлано послѣ наложенія жема на область возлѣ воротъ селезенки. Послѣ операціи въ вены влитъ солевой растворъ. Большой интересъ представляютъ результаты изслѣдованій крови больного, производившіяся въ теченіи многихъ мѣсяцевъ. Черезъ 3 дня послѣ операціи красныхъ кровяныхъ тѣлецъ было 3.376000, бѣлыхъ 10000, Нб 60%; нейтрофиловъ 75%, малыхъ одноядерныхъ 13,3%, большихъ одноядерныхъ 10,6%, эозинофиловъ 0,5%, ядерныхъ красныхъ тѣлецъ 0,6%. Черезъ мѣсяцъ красныхъ тѣлецъ было 4.920000, бѣлыхъ 8000, Нб 90%, нейтрофиловъ 65,5%, малыхъ одноядерныхъ 27,5%, большихъ одноядерныхъ 5%, эозинофиловъ 2%. Спустя 13 мѣс. послѣ операціи было: красныхъ тѣлецъ 4.762000, бѣлыхъ 6500; нейтрофиловъ 57,66%, переходныхъ 1,21%, большихъ одноядерныхъ 15,32%, малыхъ одноядерныхъ 21,14, эозинофиловъ 3,89%, базофильныхъ 0,73. Черезъ 21 мѣс. количество эозинофильныхъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ составляло 3,1%, общаго числа бѣлыхъ тѣлецъ (*The Lancet*, 11 августа). Л. Старокадомскій.

678. Примѣняемый въ настоящее время проф. *Bruns*омъ способъ коренной лѣченія рака гортани при помощи *расщепленія послѣдней* заключается въ слѣдующемъ. За  $\frac{1}{2}$  — 1 часть до начала операціи больному дѣлается впрыскиваніе скополамина съ морфіемъ; въ линію разрѣза наружныхъ мягкихъ частей впрыскивается растворъ новокаина, а послѣ вскрытія гортани смазываютъ слизистую оболочку ея растворомъ новокаина съ адреналиномъ, чтобы устранить отраженные приступы кашля съ глотательными движеніями и вмѣстѣ ограничить кровотеченіе. Если сильнаго кровотеченія не ожидаютъ, то ни горлосѣченія, ни введенія тампона-канюли не дѣлаются. Положеніе больного авт. предпочитаетъ, вмѣстѣ съ *Kocher*омъ, косое для тѣла и висячее для головы, чтобы вѣрнѣе предупредить

канія въ гортань глоточной слизи, противъ котораго иначе приходится тампонировать нижнее глоточное пространство. Расщепленіе гортани ведутъ черезъ всю ее до дыхательнаго горла, чтобы получить больше простора. Послѣ разведенія половинокъ хрящей и, если надо, при искусственномъ освѣщеніи небольшою электрическою лампочкою, опухоли обрѣзаютъ вплоть до надхрящницы и отнимаютъ ее у самаго хряща. Раневая поверхность въ случаѣ нужды прижигается гальванически и въ нее втираютъ іодоформъ. Тампона изъ іодоформной марли не вводятъ. Въ концѣ концовъ сшивають черезъ надхрящницу обѣ половинки щитовиднаго хряща и верхнюю часть наружной раны, а въ нижнюю часть послѣдней вводится рыхлый тампонъ (безъ всякой канюли). Этотъ упрощенный способъ пригоденъ, разумѣется, для удаленія только ограниченныхъ раковъ, но за то при нихъ онъ даетъ поразительно гладкое заживленіе въ самое короткое время: глотаніе возможно чаще всего уже съ перваго дня, а черезъ 10—14 дней рана оказывается вполне зажившею (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 20 сентября). С. Г—ъ.

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни:** 679. Ч. пр. К. Werner и д-ръ Lichtenberg приводятъ 3 опыта, показывающіе вредное вліяніе впрыскиваній холина на беременность.

Кроличихъ въ 2½ кил., беременной съ 25/VI 1906 г., черезъ недѣлю было впрыснуто 10 к. стм. 5%-го воднаго раствора холина, и такое впрыскиваніе повторено еще 4 раза, съ промежутками по 4 дня. На 28 ой день беременности животное выкинуло маленькій мацерированный зародышъ и послѣ этого было убито. Правый рогъ матки оказался сильно растянутымъ и содержалъ 2 плода дов. крупныхъ и еще 2 мелкихъ плодныхъ пузыря съ относительно хорошо развитыми послѣдами. Въ лѣвомъ рогѣ, толщины всего въ 1/4, правого, найденъ сильно мацерированный зародышъ и еще 4 другихъ, въ зачаточномъ состояніи.

2-ая кроличиха, прежде очень плодовитая, при впрыскиваніяхъ холина ежедневно отъ 2,5 до 10 к. стм. 0,5%-го раствора дала за 6 мѣс. только 2 помета—1-ый изъ 6 мертвыхъ плодовъ и 2-ой изъ 2 живыхъ.

Наконецъ, у 3-го животного, получавшаго впрыскиванія, какъ 2-ое, получилось полное безплодіе (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 27 сентября). С. Гр—ъ.

680. Д-ръ Richards сообщилъ случай наложенія шипцовъ при обезбоживаніи путемъ поясничнаго прокола.

Первородящая, 41 г., спустя 5 час. послѣ начала родовъ представлялась значительно истощенной. Схватки частыя, но безрезультатныя. Больная крайне блѣдная; кожа холодная; пульсъ малаго наполненія, частый. Головка вколочена; роды не подвигаются. Горячіе души, скололаминъ, морфій, кокаинъ на шейку, передняя губа которой отечна,—не дали возможности наложить шипцы безъ общаго обезбоживанія. Эфиръ и хлороформъ вызвали опасные припадки. Впрыснуто въ спинно-мозговой каналъ 10 капель 4%-го раствора кокаина. Спустя 7 мин. влагалищное изслѣдованіе было безболѣзненно. Черезъ 10 мин. послѣ впрыскиванія были наложены шипцы, и извлеченъ живой мальчикъ 7½ фунт. По извлеченіи плода матка была затампонирована; тампонъ вышелъ съ послѣдомъ черезъ 1 час. 16 мин. послѣ выпрыскиванія. Больная говорила во время операціи, что не ощущаетъ никакой боли. Послѣ родовъ пульсъ былъ 120—150, полнѣе и ровнѣе, чѣмъ раньше. Вслѣдъ за выдѣленіемъ дѣтскаго мѣста больная заснула на 2 часа. Никакихъ осложнений не было (*New Orleans Medical and Surgical Journal*, сентябрь). Л. С—скій.

681. Д-ръ W. Schülein сообщаетъ въ «*Deutsche medizinische Wochenschrift*» (26 іюля) 2 случая своеобразной женской болѣзни, известной подъ именемъ «*garrulitas vulvae*» или «*status vaginalis*» и состоящей въ выхожденіи съ шумомъ газовъ (атмосфернаго воздуха) изъ влагалища.

Въ 1-мъ случаѣ автора дѣло шло о 27-лѣтней первородящей, которая носила мѣсячныя съ 12-го года, хотя неправильно, но безъ болей. 3 года назадъ она имѣла роды и кормила ребенка, 9 мѣс., при чемъ порядочно похудѣла, а еще болѣе подалась вслѣдствіе появившейся около того же времени болѣзни желудка и кишокъ. Къ автору обратилась она впервые 16/IV 1904 г. изъ-за неправильныхъ мѣсячныхъ, блѣлой и общей нервозности; кромѣ того, жаловалась она и на тягостное чувство отхожденія газовъ изъ влагалища появившееся вскорѣ послѣ родовъ. При изслѣдованіи обнаружено общее исхуданіе, значительная вылость брюшныхъ покрововъ, зіяніе влагалища, опущеніе передней и задней стѣнокъ его, смѣщеніе матки кзади и эндометритъ съ эрозіями наружной части маточнаго рыльца. Послѣ устраненія неправильностей мѣсячныхъ обычными средствами и укрѣпленія всего организма ваннами и діетой, больная, въ 2 мѣсяца лѣченія, настолько поправилась, что могла предпринять путешествіе къ себѣ на родину, въ Америку; только отхожденіе газовъ изъ влагалища продолжалось. Осенью 1905 г. она показала автору снова, опять-таки изъ-за «влагалищныхъ вѣтровъ», будучи теперь беременна на V мѣсяцѣ. Съ постояннымъ безплодіемъ, вѣтры эти прекратились, но уже въ февралѣ, тотчасъ послѣ родовъ, появились снова. Отхожденіе ихъ случалось въ особенности, когда больная быстро садилась въ постель или изъ бокового положенія переворачивалась на спину. Ко времени сообщенія состояніе больной значительно улучшилось, но газы все еще выходили 1—2 раза въ день, хотя безъ слышнаго шума. Лѣченіе состояло за послѣднее время только въ вдуваніи сиринцовыхъ (растворомъ квасцовъ).

2-ая больная, 41 г., имѣвшая 3-ое родовъ, начала замѣчать у себя отхожденіе газовъ изъ влагалища только черезъ нѣсколько лѣтъ послѣ первыхъ родовъ, но зато весьма часто,—за послѣднее время газы не отходили только при совсѣмъ спокойномъ положеніи на спинѣ; въ концѣ концовъ она стала даже твердить о самоубійствѣ. И здѣсь лѣченіемъ, главнымъ образомъ общимъ, удалось добиться улучшенія, даже еще болѣе значительнаго, чѣмъ въ 1-мъ случаѣ: отхожденіе газовъ изъ влагалища стало замѣчаться только по разу въ день, утромъ при вставаніи. С. Гр—ъ.

**Дѣтскія болѣзни** 682. Д-ръ Hugo Goldman (Brennberg) сообщаетъ объ оспопрививаніи при красномъ светѣ. Finzen сообщаетъ, что съ давнихъ поръ въ Японіи, Китаѣ, Россіи и т. д. существуетъ обычай покрывать тѣло оспенныхъ больныхъ красными платками или завѣшивать ими окна. Viel въ 1887 г., послѣ него Unna и Wintermills стали примѣнять красный свѣтъ съ лѣчебною дѣлю. Выяснилось, что теченіе оспы при красномъ свѣтѣ бываетъ значительно болѣе благоприятное, чѣмъ подъ вліяніемъ разсѣяннаго дневнаго свѣта. Въ виду этого авторъ попыталъ дѣйствіе краснаго свѣта при оспопрививаніи. Въ 1904 г. онъ привилъ оспу 40 дѣтямъ въ темной комнатѣ, освѣщенной краснымъ фонаремъ. У части дѣтей ручки послѣ привитія оспы завязывались красными бинтами, при чемъ для провѣрки подъ повязку подкладывалось еще по кусочку свѣточувствительной бумаги. Нѣкоторымъ дѣтямъ прививка дѣлалась на обѣихъ ручкахъ, при чемъ на одной сторонѣ накладывался красный бинтъ, другая-же сторона не завязывалась и представлялась дѣйствію разсѣяннаго свѣта. Бинты оставались на 3 недѣли; мѣнялись они въ темной комнатѣ при красномъ свѣтѣ. Между оспинами той и другой стороны оказывалась значительная разница. На открытой ручкѣ оспины бывали окружены краснымъ вѣнчикомъ до 3 стм. ширины и сильно гипертрофировались; на ручкѣ-же, защищенной краснымъ бинтомъ, онѣ имѣли величину чечевицы, и вѣнчикъ достигалъ только 3 мм. ширины; железы не опухали. У дѣтей, привитыхъ только на правой ручкѣ и защищенныхъ красными бинтами (опущенными въ 10%-ный растворъ эозина), не наступало никакихъ измѣненій общаго состоянія; наибольшая температура была 37°2, между тѣмъ, какъ у правитыхъ безъ этой предосторожности она доходила до 37°9—38°1. Тотъ-же опытъ авт. повторилъ и въ 1905 г. на 45 дѣтяхъ. Вторичная прививка обыкновеннымъ способомъ у 12 дѣтей, привитыхъ въ 1904 г. подъ вліяніемъ краснаго свѣта, дала полную невосприимчивость. Въ 1905 г. былъ одѣянъ еще такой опытъ. Оспины оставались подъ краснымъ бинтомъ до яснаго нагноенія; затѣмъ бинтъ снимался; тотчасъ-же начинались сильное нагноеніе, опуханіе железъ и повышеніе температуры. Если бинтъ оставался до образованія корокъ, то уже дневной свѣтъ при снятіи бинта дѣйствія не оказывалъ. У дѣтей, привитыхъ при дневномъ свѣтѣ, во снабженныхъ красными бинтами передъ самымъ наступленіемъ нагноенія въ оспенныхъ пузырькахъ, теченіе оспы было столь-же благоприятное, какъ и у привитыхъ при красномъ свѣтѣ и тотчасъ-же завязанныхъ красными бинтами. Рубцы при употребленіи краснаго бинта получались меньше и площе. При новыхъ прививкахъ въ 1906 г. невосприимчивость привитыхъ по способу автора также оправдалась; будетъ-ли она держаться желательное число лѣтъ, покажутъ дальнѣйшіе опыты. Пока-же можно утверждать, что употребленіе красныхъ бинтовъ, начиная съ момента предшествующаго нагноенію пузырьковъ, значительно улучшаетъ теченіе прививочной оспы (*Wiener medizinische Wochenschrift*, 28 іюля).

В. Дитманъ.

## ОТЧЕТЫ

### из врачебных и других ученых Обществ и корреспонденции.

#### LXXXVII — XC. Из микробиологического Общества в Петербург.

Заседание 17-го февраля.

**С. Д. Непорожний.** О переваривании бугорчатковой палочки белыми кровяными тельцами морской свинки (с предъявлением препарата). Одним из проблов в обширной литературе по бугорчатке является вопрос о разрушении Косч'овских палочек клетками зараженного организма. Этому вопросу посвящены лишь некоторые исследования **И. И. Мечникова**. Ввиду того, что некоторые авторы склонны предполагать, что названные микробы успешно противостоят разрушительному действию клеток, докладчик поставил себе задачей выяснить этот вопрос на восприимчивых к бугорчатке животных и исследовать с этой целью зараженных бугорчаткою морских свинок. Оказалось, что в тех случаях, когда кожная язва рубцуется, белая ткань — одноядерная — поглощает и переваривает бугорчатковые палочки. Захваченные тельцами палочки распадаются внутри их на ряд зернышек, теряющих мало по малу резкость очертаний, а затем сливающихся в шарообразную ткань. Если белый шарик поглотит целую группу палочек, то внутри его образуется шарообразная масса, выполняющая иногда всю клетку. Массы эти под влиянием переваривающего действия соков клетки постепенно утрачивают способность к специфической окраске и под конец совершенно исчезают. Что касается условий, благоприятствующих захвату первичной бугорчатковой язву и сопутствующего фагоцитоза, то, как это выяснилось из опытов докладчика, таковыми является общий и местный мононуклеоз. У свинок, зараженных вирусной бугорчаткой, когда местная язва не заживает вплоть до смерти, можно легко добиться рубцевания ее через повторное подкожное введение водной вытяжки из селезенки и костного мозга здоровых животных. Исследование старых бугорчатковых очагов у рогатого скота убедило докладчика, что в данном случае Косч'овские палочки разрушаются захваченными белыми клетками крови так же, как и у свинок. Прививки животным и постымы трупам животного распада лимфатической железы коровы, зараженной человеческой бугорчаткой, остались безрезультатными, между тем как в этом распаде внутри и вне клеток наблюдались специфически окрашивающиеся шарообразные массы. Принимая последние за продукт неполного переваривания клетками Косч'овских палочек, докладчик сделал попытку вызвать невосприимчивость у морских свинок эмulsion из этого распада. Из 18 свинок, подвергавшихся такой иммунизации в течение 2 1/2 мес., 16 оказались вполне застрахованными от заражения бугорчаткой. Выводы: 1) Косч'овские палочки подвергаются внутри белых кровяных телец полному разрушению. 2) При помощи иммунизации возможно предохранить морских свинок от заражения бугорчаткой.

**Н. А. Краушкин.** Къ распознаванію бешенства. (См. выше, № 15).

Заседание 17-го марта.

**Н. А. Антонова.** Къ вопросу об образовании креатинина бактериями. (См. выше, № 19).

Заседание 21-го апреля.

**С. К. Дзержовский.** Къ теоріи дѣйствія искусственныхъ биологическихъ фильтровъ. После краткого обзора существующих теорий действия биологических фильтров докладчик привел свои опыты, направленные к испытанию главных положений этих теорий. Ближе он остановился на своих опытах определения величины поглощения различных веществ, встречающихся в сточных водах, и на выяснении значения этого процесса для очистительного действия фильтров, а также на выяснении вопроса, сколько органических веществ, в самом деле, разрушается на фильтрах в какой период действия фильтра происходит это разложение и какими процессами оно сопровождается? Подлинная работа печатается в «Архиве биологических наук».

**Н. М. Берестнев.** Понядка на чуму въ Киргизскую степь въ февраль и мартъ 1906 г. (См. выше, № 26).

Заседание 12-го мая.

**В. П. Камкадамов.** О чумѣ въ Мончжуріи. Докладчик описал эпидемию чумы, наблюдавшуюся им на станциях Джалай-Нор в Манчжуріи, первых от границы по линии Восточно-Китайской ж. дороги. Продолжалась она около месяца и закончилась в 1/2 сентября 1905 г. Всего было 12 случаев, окончившихся смертью. Из принятых мер наибольшее значение имели: обеззараживание, отделение, поголовный осмотр и предохранительные прививки. Закончил докладчик приведением отчетов об экспедициях, отправленных для определения источника эпидемии.

предположение, что эпидемия чумы была там заносная и тарбаганного происхождения. В виду недавних эпидемий подобного рода в Забайкальской области и в прилегающих частях Манчжуріи и Монголии докладчик предложил ходатайствовать об открытии там бактериологической станции, которая могла бы производить постоянные наблюдения и способствовать своевременному распознаванию болезни и принятию мер против ее распространения.

Предложение это было принято и сделано соответствующее постановление.

**М. А. Версикова.** Переходъ сифилитическихъ сморзотъ отъ матери къ плоду (съ предъявлениемъ). (См. выше, № 25).

**С. К. Дзержовский.** Къ вопросу о значеніи т. наз. септического бассейна для биологической очистки сточныхъ водъ. Докладчик привел свои опыты, произведенные на Царскосельской экспериментальной станции, касающиеся выяснения 2-х вопросов, а именно: 1) сколько органических веществ разрушается септический бассейн? и 2) насколько вода, предварительно подвергнутая гнилостному брожению в септическом бассейне, способна очищаться в последующих контактных фильтрах? Докладчик привел большой экспериментальный материал, на основании которого пришел к заключению, что септический бассейн разрушает органические вещества очень медленно, т. е. что % разложения по отношению к попадающим в него органическим веществам очень мал, а вода, подвергавшаяся гнилостному брожению, менее пригодна для дальнейшей очистки в окислителях, так что септический бассейн для окислительных фильтров, по мнению докладчика, более вреден, чем полезен.

Секретари: **В. Омелянский.**  
**Д. Заболотный.**

#### ХСІ. Из Общества русских врачей в Петербург.

Торжественное заседание 9-го ноября, посвященное памяти покойного председателя Общества проф. **Льва Васильевича Попова**.

Председательствовал товарищ председателя Общества проф. **И. П. Павлов**, который в теплой речи отметил главные этапы научно-учебной деятельности покойного **Льва Васильевича** и с особым вниманием остановился на тех особенностях его характера, которые делали его идеальным председателем ученого Общества. На первом плане он поставил обширную научную осведомленность **Л. В.**, которая давала ему возможность всегда быстро освоиться с докладами самого разнообразного характера. Затем он отметил то безпристрастие и объективность, с которыми он относился ко всякого рода прениям в Обществе, и наконец, остановился на одной ценной черте его характера, указывавшей, как чутко относился **Л. В.** к интересам Общества и как высоко он ставил положение председателя его. Покойный **Л. В.** постоянно, так сказать, экзаменовал себя в смысле подготовленности своей к роли председателя ученого Общества, что выражалось в том, что последнее время в период выборов он постоянно отказывался от обязанностей председателя и соглашался принять их снова на себя лишь после настоятельных просьб членов Общества. По предложении **И. П.** присутствовавшие почтили память **Л. В.** вставанием.

Проф. **Н. Я. Чистович.** Ученые труды **Льва Васильевича Попова**. (См. выше, № 46).

**Р. О. Сливинский.** О новообразовании кости и костного мозга из точек кролика (с предъявлением препаратов). Докладчик познакомил присутствовавших со своими экспериментальными исследованиями, касающимися данного вопроса. Методика его заключалась в том, что, перевязав сосуды почки, он затем через определенные промежутки времени — от недели до года — убивал животное и слыл за изменением ткани почки. Результаты опытов сведены в следующие положения. 1. Перевязка сосудов почки у кролика не вызывает в ней полного прекращения кровообращения. 2. Она вызывает в большей части железистых элементов некроз и некробоз. 3. Некротизированные эпителиальные элементы с конца 1-ой недели пропитываются солями извести. 4. В соединительной ткани почки наблюдается реактивное воспаление продуктивного характера. 5. Соединительная ткань оказывается более стойкой, чем железистый прибор. 6. С конца 2-ой недели в почке можно наблюдать новообразование костной ткани. 7. Новообразование кости происходит путем метаморфоз соединительной ткани, а именно 8. Клей дающая коллагенная волокна образуют основное вещество кости. 9. Фибробласты переходят в остеобласты. 10. Остеобласты — в костные клетки. 11. Остеокласты развиваются поздние остеобласты. 12. Образовавшая костная ткань увеличивается или путем постоянного роста, зависящего от деятельности остеобластов, или путем образования новых участков кости. 13. Новообразование кости, по видимому, нужно поставить в связь с обильным некрозом некротизированных масс почки. 14. Миелиновая ткань появляется к концу 7-ой недели. 15. Элементы костного мозга возникают сначала внутри кровеносных сосудов. 16. Затем они выходят из сосудов либо активно, путем эмиграции, либо вследствие разрыва сосудистой стѣнки. 17. Специфические элементы миелиновой ткани образуются из элементов костной ткани.

дает несомненной кроветворной функцией, т. е. производить бѣлыя и красныя кровяныя тѣльца.

**В. А. Андреев.** Сравнительныя наблюденія надъ дѣйствіемъ углекислота и триснитъ вапня на кожный теплообмѣнъ. Поставивъ себѣ задачей изученіе температурнаго вліянія углекислота вапня, докладчикъ, избравъ за норму въ этомъ отношеніи дѣйствіе прѣсной вапни, отмѣтилъ нѣкоторыя отличія какъ со стороны теплоотдачи, такъ и со стороны теплопроизводства, наблюдаемыя въ этомъ случаѣ.

По установившемуся обычаю пренія по поводу изложенныхъ докладовъ, въ виду характера засѣданія, перенесены на слѣдующее Собраніе Общества.

Въ томъ же засѣданіи состоялись выборы *предсѣдателя Общества* на мѣсто скончавшагося **Л. В. Попова**. По единодушному рѣшенію членовъ Общества предсѣдательство было предложено **проф. И. П. Павлову**, который послѣ неоднократныхъ отказовъ, въ виду настоячиваго желанія присутствовавшихъ, согласился взять на себя эти обязанности.

Выборы товарища предсѣдателя отложены до будущаго засѣданія Общества.

*Г. Флейшеръ.*

## ХСII. Памяти проф. И. В. Заблудовскаго.

На минувшей недѣлѣ телеграммы принесли печальную вѣсть о скоропостижной смерти проф. **И. В. Заблудовскаго** (Berlin), послѣдовавшей отъ мозгового удара.

Могъ-ли я предполагать, что послѣднее свиданіе наше, въ августѣ, будетъ послѣднимъ—въ прямомъ смыслѣ этого слова? Не смотря на нѣкоторые признаки утомленія, вполне, впрочемъ, естественнаго у столь занятаго врача-учителя, практика и писателя, покойный казался полнымъ силъ и энергіи, не дававшими ни малѣйшаго повода заподозривать близкій конецъ плодотворной его дѣятельности. Собираясь въ каникулярную поѣздку въ Норвегію, онъ наскоро ознакомилъ меня съ своею капитально отремонтировавшею поликлиникой, со всѣми усовершенствованными и нововведеніями ея, попутно давая указанія многочисленнымъ своимъ ученикамъ, врачамъ-практикантамъ, всевозможныхъ возрастовъ и національностей. Дома, куда мы зашли выпить по стакану чаю, онъ поминутно убѣгалъ къ ждущимъ его больнымъ и увлекалъ меня въ тотъ или другой свой кабинетъ, то чтобы показать интереснаго больного, то чтобы посмотреть на какой-нибудь новый приемъ массажа. Словомъ, не смотря на почтенный свой возрастъ (**И. В.** родился, если не ошибаюсь, въ 1847 г.), онъ кипѣлъ, какъ лѣтъ 25 назадъ, когда домъ его—тогдашняго ассистента проф. **Э. Ф. Бермана**—служилъ сборнымъ пунктомъ для русской интеллигентной колоніи Berlin'a.

Распространяется о научныхъ заслугахъ покойнаго не буду. Уже одно то, что лучший нѣмѣцкій Университетъ создалъ новую кафедру для скромнаго русскаго военнаго врача, достаточно показывая, какое мѣсто занималъ проф. **Заблудовскій** въ наукѣ. Необычайныя способности и своеобразная дѣловая печать, накладываемая имъ на все, за что-бы онъ ни брался, создали ему громадную популярность между врачами, десятками стекавшимися къ любимому учителю, и въ публикѣ, буквально осаждавшей его—врача-практика. Этому не мало способствовало не часто встрѣчающееся знаніе языковъ. Я стѣсняюсь назвать хотя-бы одинъ европейскій языкъ, которымъ не владѣлъ проф. **Заблудовскій**, а главными онъ владѣлъ, какъ своимъ роднымъ, чѣмъ отчасти объясняется и литературная плодотворность покойнаго.

Въ лицѣ **И. В.** русскій медицинскій міръ понесъ крупную потерю, не только лишившись блестящаго, признаннаго всѣмъ міромъ представителя, но и потерявъ добраго, отзывчиваго товарища, горячо относившагося къ интересамъ каждаго русскаго, попадавшаго въ Berlin и вуждавшагося въ помощи или совѣтъ этого гуманиста не на словахъ только, а и на дѣлѣ. Подобнымъ отношеніемъ къ отдѣльнымъ представителямъ русскаго общества покойный, казалось, какъ-бы хотѣлъ вознаградить его за то, что оно изъ-за обычной своей безпечности и безтолочи лишилось громадной научной силы, коими такъ бѣдно наше отечество. Смерть проф. **Заблудовскаго** лишила человечество не только выдающагося ученаго, но и энергичнаго борца за правду и справедливость.

Миръ праху его!

*М. Штейнбергъ.*

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФІЯ.

**В. В. Шетемидзе.** Русскіе ясли-пріюты. Отдѣльный оттискъ изъ журнала „Трудовая помощь“, июнь, 1906 г.

Въ небольшой (14 страницъ) брошюрѣ авторъ даетъ картину современной постановки вопроса объ ясляхъ въ Россіи.

Поддерживаются денежно ясли главнымъ образомъ земствами, а затѣмъ благотворительными правительственными учрежденіями. Какъ деревенскія, такъ и городскія ясли въ настоящее время дѣйствуютъ въ 44 губерніяхъ какъ Европейской, такъ и Азиат-

на 3 основныхъ типа: 1) специально деревенскія, временныя ясли, устраиваемыя на время полевыхъ работъ для ухода за дѣтми крестьянъ; 2) постоянно функционирующія для дѣтей фабричныхъ и заводскихъ рабочихъ и 3) ясли для дѣтей бѣдныхъ городскихъ жителей. Въ 92% деревенскія ясли помѣщаются въ зданіяхъ сельскихъ школъ, свободныхъ лѣтомъ отъ школы-ковъ. Завѣдуютъ деревенскими яслями въ 78%, яслиныя учительницы съ платой отъ 10—25 р. въ мѣсяцъ, въ городахъ и фабричныхъ районахъ—специально приглашенныя руководительницы. Инвентарь деревенскихъ ясель крайне простъ и ограниченъ какъ къ обыденной крестьянской обстановкѣ, такъ и къ современнымъ научнымъ требованіямъ гигиѣны ребенка. При распредѣленіи пищи дѣтей дѣлятъ на 4 группы: 1) дѣти до 5 мѣс. пища дается 6 разъ и состоитъ изъ молока (большая часть коровьяго), разбавленнаго водою соотвѣственно возрасту; 2) дѣти отъ 6 мѣс. до 1 года дается 6 разъ питьево молоко, каша, бѣлый хлѣбъ; 3) дѣти отъ 1—2 л. получаютъ 6 разъ въ день теплый бульонъ, рыбу, жарѣнаго мяса; 4) дѣти старше 2-хъ лѣтъ получаютъ пищу 4 раза въ день. Въ среднемъ на пропитаніе одного ребенка въ день расходуются 4,3 коп. Смертность дѣтей въ деревняхъ, гдѣ открыты ясли, вездѣ значительно понижена.

По собраннымъ авторомъ даннымъ въ Россіи до 1904 г. ясли были открыты въ 840 пунктахъ и въ нихъ было 34574 воспитаній.

Для лицъ, интересующихся вопросомъ о пріютахъ-ясляхъ въ Россіи, разбираемая брошюра окажется небезполезнымъ пособіемъ.

*С. Острооскій.*

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ<sup>1)</sup>

**ССХХХV.** М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующему отъ *младшей группы академическаго Союза при Одесскомъ Университетѣ* на письмо **№ 8 его профессоровъ** (см. выше, № 40).

Въ виду появившагося въ № 40 „Русскаго Врача“ и „Врачебной Газеты“ письма новой группы 8 профессоровъ, считаемъ необходимымъ дать слѣдующія разъясненія. 8 профессоровъ (**Н. Батуевъ, С. Головинъ, Д. Кишинскій, А. Коршъ, С. Лешевъ, В. Орловъ, Н. Поповъ и Н. Щеголевъ**) прежде всего отмѣчаютъ то обстоятельство, что Бюро наше не опровергло сообщенныхъ ими („Русскій Врачъ“, № 24) фактовъ. Объясняется это тѣмъ, что въ упомянутомъ письмѣ нѣтъ ни одного заслуживающаго вниманія факта, а только рядъ мелочныхъ указаній, требующихъ проверки, во 1-хъ, и не имѣющихъ прямого отношенія къ тому, о чемъ шла рѣчь въ нашемъ адресѣ проф. **А. К. Медвѣдеву**, во 2-хъ, въ чемъ легко можетъ убѣдиться всякій, кто внимательно прочтетъ оба упомянутыхъ документа. Въ самомъ дѣлѣ: группа профессоровъ, большинство которыхъ раньше съ рѣзкими осужденіемъ относилась ко всякаго рода забастовкамъ и къ университетскимъ въ особенности, сама устроила факультетскую забастовку, которую шикомъ образомъ нельзя сравнивать со студенческими: студенчество при забастовкѣ двигало широкіе общественные идеалы и несло жертвы, нѣрѣдко очень крупныя, группа-же профессоровъ произвела забастовку, не оправдываемую никакими общественными мотивами, и не только не несла при этомъ никакихъ-либо жертвъ, но даже облегчила себѣ исполненіе своихъ обязанностей. Вслѣдствіе этой забастовки факультетъ не могъ функционировать: остался неизмѣненнымъ рядъ кафедръ, что отражается на преподаваніи по нынѣ; не могли быть выданы своевременно зачетныя свидѣтельства студентамъ и свидѣтельства на званіе уѣзднаго врача; не состоялись экзамены для зубныхъ врачей, которые привуждены были такимъ образомъ терять время и деньги на переѣзды въ другіе города; не состоялись докторантскіе экзамены, защиты диссертаций, выборы чл. преподавателей; не состоялось также распредѣленіе суммъ на учебно-вспомогательныя учрежденія; не былъ данъ отвѣтъ на запросъ Министерства народнаго просвѣщенія о штатахъ преподавательскаго персонала для новаго устава и т. д. Забастовка распространилась и на государственную испытательную Комиссію: она была «сорвана» проф. **Лешевымъ, Батуевымъ и Коршемъ**; не состоялись экзамены, которыхъ давно ждали и для которыхъ съѣхались болѣе 50 чл. потерявшихъ въ время, и средства, и энергію понапрасну.

Когда дѣло было перенесено въ Совѣтъ, профессора забастовщики явились со своими обвиненіями и приняли участіе въ обсужденіи вопроса, чѣмъ взяли на себя нравственное обязательство подчиниться рѣшенію Совѣта. Когда-же это рѣшеніе оказалось для нихъ неблагоприятнымъ, они сочли возможнымъ, не считаясь съ нимъ, продолжать свою прежнюю тактику. Она оказалась такимъ образомъ инцидентъ небывалый въ исторіи Университета, попрали основныя принципы коллегиальности и нарушили существеннымъ образомъ справедливыя интересы большаго числа лицъ, совершенно не причастныхъ къ университетскимъ конфликтамъ.

<sup>1)</sup> За крайнимъ недостаткомъ мѣста мы вынуждены отложить до будущаго № печатаніе полученныхъ нами писемъ: г. **Тыранова, Шениковой, Л. Орловъ, Константинова, Доброзракова** и



Въ этомъ и состоитъ одно изъ главныхъ обвиненій, выдвину-  
тыхъ въ нашемъ адресѣ (другое обвиненіе—враждебное отно-  
шеніе къ освободительному движенію).

Видно того, чтобы опровергнуть вышеуказанные факты или  
привести въ объясненіе своего образа дѣйствій какіе-либо ува-  
жительные мотивы, авторы письма защищаются отъ обвиненій  
въ варварствѣ, ими-же придуманного, утверждаютъ, что отно-  
шенія проф. Головина къ своимъ ассистентамъ хорошия и т. п.  
Объ этомъ мы въ адресѣ ничего не говорили; мы только ука-  
зали на то, что внесены такіе предложенія, какое сдѣлалъ въ  
факультетскомъ засѣданіи 3/1 проф. Головинъ, возможно лишь  
при взглядѣ на ассистентовъ, какъ на наемниковъ<sup>1)</sup>. Послѣ-  
дующій ходъ событий въ факультетской жизни и рѣшкое измѣ-  
неніе отношеній ряда профессоровъ къ своимъ ассистентамъ по  
выясненію различія въ ихъ политическихъ и академическихъ  
взглядахъ лишь подтверждаютъ правильность нашей оцѣнки.

Далѣе идетъ совершенно неправильное освѣщеніе конфликта  
между проф. Шеголевымъ и его ассистентами, д-рами Кабыробо-  
вымъ и Лилинымъ [по этому поводу группа сдѣлала специальное  
постановленіе<sup>2)</sup>], и наконецъ, <sup>3)</sup>, письма вынаты описаніемъ  
хода засѣданія 3-го февраля и дальѣйшаго теченія факультет-  
скаго конфликта до внесенія дѣла въ Совѣтъ. Здѣсь опять мы  
находимъ только рядъ указаній на различныя детали, при чемъ  
и эти детали—вовсе не безспорные факты, а лишь утвержденія  
лицъ, подписавшихъ письмо, сопровождаемыя ихъ-же субъек-  
тивной оцѣнкой. И этимъ утвержденіямъ и этой оцѣнкѣ про-  
тиворѣчатъ какъ то, что намъ извѣстно отъ другихъ членовъ  
факультета, заслуживающихъ въ нашихъ глазахъ полного довѣ-  
рія, такъ и состоявшееся рѣшеніе Совѣта. Гдѣ же факты, опро-  
верженіе которыхъ лежало, по мнѣнію вышеупомянутыхъ про-  
фессоровъ, на обязанности нашего Бюро?

Опубликованіе протоколовъ Совѣта, несомнѣнно, поможетъ  
проявить свѣтъ на факультетскій конфликтъ, но далеко не ис-  
черпаетъ всего дѣла. Въ протоколахъ этихъ (слѣдуетъ замѣтить,  
что предложеніе опубликовать протоколы было внесено и за-  
щищено профессорами изъ группы академическаго Союза) за-  
ключаются пренія по поводу обвиненій, выдвинутыхъ данной  
группой противъ докана Медведова, вопросъ-же о борьбѣ про-  
грессивнаго и реакціоннаго теченій въ жизни Университета въ  
нахъ не затронутъ, а въ немъ—главная суть дѣла. Это мы все  
время подчеркивали и это, умышленно или нѣтъ, но упорно  
обходить молчаніемъ группа 8-ми и въ 1-мъ подробномъ пись-  
мѣ, и въ послѣдней краткой деклараціи, въ которой они, ни  
слова не говоря по поводу ихъ причисленія къ «врагамъ осво-  
бодительнаго движенія», съ негодованіемъ протестуютъ по во-  
просу о формальной принадлежности къ какимъ-либо политиче-  
скимъ партіямъ. По нашему мнѣнію, объясняется это тѣмъ,  
что, хотя послѣднее письмо 8-ми и направлено по адресу на-  
шего Бюро, истинное назначеніе его—удовлетворить желаніе  
студентовъ, которые въ концѣ своей революціи (см. «Русскій  
Врачъ», № 41, стр. 1291—1292) предлагаютъ профессорамъ пе-  
чатно заявить о непринадлежности ихъ къ реакціоннымъ пар-  
тіямъ. Заключительная фраза письма: «никто изъ насъ ни къ  
какимъ политическимъ партіямъ не принадлежитъ» едва ли мо-  
жетъ быть признана доказательствомъ, опровергающимъ выска-  
занное вами положеніе. Она и по смыслу, и по формѣ относит-  
ся только ко времени написанія письма и не имѣетъ силы ни  
по отношенію къ прошедшему, на которомъ мы основывались,  
ни по отношенію къ возможному будущему.

Утверждая, что общее направленіе группы реакціонно и что  
большинство ея членовъ принадлежитъ къ политическимъ пар-  
тіямъ, враждебнымъ освободительному движенію, мы опирались  
на длинный рядъ фактовъ; изъ нихъ мы приведемъ здѣсь лишь  
нѣсколько такихъ, которые могутъ быть доказаны докумен-  
тально.

Реакціонное теченіе существовало въ Университетѣ издавна;  
представители его дѣйствовали опредѣленнымъ образомъ въ цѣ-  
ломъ рядѣ событій университетской жизни, но дѣятельность  
эта оставалась скрытой и обнаружилась явно лишь съ оживле-  
ніемъ политической жизни всей страны. Въ началѣ 1905 г., съ  
образованіемъ академическаго Союза (записка 342-хъ) часть  
Совѣта телеграммой въ «Новое Время» открыто подчеркнула  
свое направленіе. Когда Совѣтъ разбиралъ вопросъ о положеніи  
Университетовъ въ связи съ общимъ политическимъ положе-  
ніемъ страны, таже часть Совѣта не захотѣла принять такой  
связи; она-же противодействовала Совѣту въ разрѣшеніи сту-  
дентскаго Столпа, при чемъ выразила свой протестъ массовымъ  
оставленіемъ залы засѣданій и подала заявленіе, гдѣ рѣши про-  
фессоровъ прогрессивнаго лагеря были переданы въ такомъ  
теденіи-одноисканномъ видѣ, что вызвали рѣзкій отпоръ со  
стороны Совѣта. Положеніе еще болѣе обострилось съ введе-  
ніемъ осенью 1905 г. аутономіи. Таже группа систематически  
противодействовала дѣятельности совѣтской Комиссіи и со-  
вѣтскаго большинства, при чемъ нерѣдко употребляла приемъ  
уклоненія отъ засѣданій. Такіе факты имѣли мѣсто даже въ  
тѣхъ случаяхъ, когда дѣло шло о самыхъ жизненныхъ интере-  
сахъ Университета, объ его достоинствахъ. Достаточно указать  
на массовый неприходъ правыхъ профессоровъ въ засѣданіе,  
созванное по поводу обыска въ Университетѣ.

Въ медицинскомъ факультетѣ члены этой совѣтской группы,

помимо вышеописанной забастовки, проявили себя и тѣмъ, что  
систематически не допускали въ составъ факультета лицъ,  
которые можно было заподозрить въ сочувствіи къ освободи-  
тельному движенію. Для примѣра укажемъ на исходъ конкурса  
на кафедру госпитальной терапевтической клиники, гдѣ не былъ  
избранъ ни одинъ изъ 10 выступившихъ кандидатовъ, среди ко-  
торыхъ достаточно назвать чч. преподавателей Н. А. Кабанова  
и Г. Ю. Явейна и проф. К. Н. Георгиевскаго.

Накопленіе длиннаго ряда подобныхъ фактовъ даетъ доста-  
точно основаній, чтобы квалифицировать извѣстную группу,  
какъ реакціонную. Излагая и оцѣнивая событія, мы принимали  
во вниманіе, что въ отдѣльныхъ случаяхъ возможно объяснить  
солидарность съ реакціонной группой (конечно, временную) по-  
доразумѣніями, личными столкновеніями или стеченіемъ раз-  
личныхъ, трудно поддающихся учету обстоятельствъ, а потому  
одни обвиненія относили къ группѣ въ цѣломъ, другія—къ боль-  
шинству или къ нѣкоторымъ членамъ ея. Вдвигая въ личные  
характеристики мы не считали и не считаемъ удобнымъ; но по  
вопросу о принадлежности «большинства» профессоровъ, под-  
писавшихъ 2 послѣднихъ письма, къ реакціоннымъ политиче-  
скимъ партіямъ, принуждены сдѣлать это, такъ какъ они не  
только отрицаютъ такую принадлежность, но даже позволяютъ  
себѣ прибѣгать къ такому «академическому» приему полемики,  
какъ употребленіе выраженія: «явная ложь». На самомъ дѣлѣ  
изъ 8 вышеуказанныхъ профессоровъ, составившихъ все по-  
слѣднее время одну солидарную группу въ медицинскомъ фа-  
культетѣ, только 2-ое—проф. Поповъ и проф. Орловъ, нѣсколь-  
ко намъ извѣстно, дѣйствительно, не принадлежали къ реак-  
ціоннымъ политическимъ партіямъ не только 26-го сентября  
(день, когда было написано письмо), но и ранѣе. Что же ка-  
сается прочихъ, то на принадлежность къ «Русскому Собранію»  
проф. Шеголева были указанія въ мѣстной печати, а относи-  
тельно остальныхъ имѣются данныя, такъ сказать, официаль-  
наго характера. Такъ, въ брошюрѣ «Русскій праздникъ въ Одессѣ»  
(изд. Одесскаго отдѣла Русскаго Собранія 1905 г. Харьковъ  
типосграфія губернскаго Правленія) указывается, что профф.  
Батуевъ и Кишенскій состояли членами-учредителями «Русскаго  
Собранія», при чемъ проф. Батуевъ входилъ въ составъ  
Комиссіи, вырабатывавшей уставъ этого «прогрессивнаго»  
учрежденія. При выборахъ въ 1-ую Государственную Думу  
проф. Кишенскій баллотировался по спискамъ партіи «Право-  
вого порядка» въ Херсонскомъ участкѣ, а профф. Головинъ,  
Левинъ и Корнъ отъ той же партіи по Бульварному участку  
(1-й получилъ 523, 2-ой—406 и 3-й—392 голоса, очевидно въ  
зависимости отъ степени популярности въ рядахъ партій).

Мы полагаемъ, что приведенныхъ фактовъ достаточно, чтобы  
читатели могли судить и рѣшить на чей сторонѣ «явная  
ложь».

Въ дальѣйшую полемику по этому вопросу мы вступать не  
будемъ.

М. Аганинъ, Н. Алексѣевъ, А. Баковъ, Я. Бардажъ, Ф. Бу-  
коемскій, Е. Букицкий, Д. Волковъ, В. Воробьевъ, Н. Гаври-  
ловъ, П. Гавриловъ, Г. Гелейшвили, Н. Григоровичъ-Березов-  
скій, А. Дешинъ, Б. Дробный, Л. Егуповъ, Е. Ельчаниновъ,  
А. Ермолинъ, Н. Звадскій, Н. Зеленецкій, Ивановъ, К. Ива-  
новъ, А. Изъковъ, В. Каганъ, Р. Клиничъ, Клейнъ, К. Кржиш-  
ковский, А. Коминъ, П. Казанецкій, В. Лазурскій, Н. Лам-  
неко, Липау, Э. Люткевичъ, Г. Мельниковъ, Михайловъ, Я.  
Мосешвили, П. Науменко, И. Назаровъ, Э. Немировский, П.  
Новопокровскій, В. Оболенскій, В. Образцовъ, Р. Орженіицкій,  
А. Павловъ, Петренко, Ф. Породықо, А. Самаринъ, М. Сидо-  
ренко, М. Снѣсаревъ, В. Ставраки, С. Смыкаевскій, Л. Тарас-  
вичъ, И. Тимченко, В. Творожильновъ, И. Точидловскій, Г.  
Тиктинъ, Г. Ходжапаруховъ, А. Шемяевъ, С. Щастный, И.  
Щербакъ, В. Уфтьожаниновъ, А. Янишевскій, Т. Малеванний,  
С. Шатуновскій.

Одесса. 7-го ноября 1906 г.

ССХХХХVI. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ  
строкамъ:

Комиссія по составленію медицинскаго отчета о дѣятельно-  
сти Россійскаго Общества Краснаго Креста въ минувшую Рус-  
ско-японскую войну, заканчивая сводку поступившихъ къ ней  
материаловъ, усердно проситъ всѣхъ товарищей, работавшихъ въ  
учрежденіяхъ Краснаго Креста и не представившихъ еще  
своихъ отчетовъ или книгъ съ записями больныхъ и раненыхъ,  
не отказать поспѣшить присылкою таковыхъ, чтобы цѣнныя  
свѣдѣнія о дѣятельности вѣрнѣйшихъ имъ отрядовъ не отсут-  
ствовали въ общемъ отчетѣ. Въ случаѣ утраты по военнымъ об-  
стоятельствамъ перечисленныхъ документовъ Комиссія проситъ  
прислать исторіи болѣзней, которыя, по минованіи въ нихъ  
надобности, будутъ съ благодарностью возвращены. Всѣ проси-  
мые документы должны быть направлены въ Петербургъ, По-  
текинская, 9, проф. С. С. Боткину.

С. Боткинъ.  
Н. Безродновъ.  
Е. Боткинъ.  
А. Червенцовъ.

Петербургъ. 17-го ноября 1906 г.

ССХХХХVII. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующему

<sup>1)</sup> Ясно, что это не равносильно обвиненію въ варварствѣ.  
Хорошія отношенія къ наемникамъ возможны: они бывали и у

рова, Невестерова, Панова, Зеленина, Качурова, Бабушкина и Половинкина.

1. Объявляя бойкот мѣсту старшаго ветеринара городскихъ боенъ, центральное Бюро Всероссийскаго ветеринарнаго Союза исходило изъ усвоенныхъ прогрессивными общественно-профессиональными организациями (медицинскій Союзъ, санитарно-врачебная Организация Московскаго губернскаго Земства, профессиональные Союзы и др.) положеній, въ силу которыхъ: а) за лицами, удаленными со службъ общественныхъ учреждений по распоряженію администраціи, сохраняются ихъ прежнія мѣста и б) временное замѣщеніе освобожденныхъ за уходомъ означенныхъ вакансій допускается лишь по рѣшенію компетентныхъ коллегіальныхъ органовъ.

2. Товарищъ П. Н. Андреевъ, бывшій старшимъ ветеринаромъ городскихъ боенъ, по распоряженію охраннаго отдѣленія былъ арестованъ въ декабрѣ 1905 г. и вскорѣ же послѣ этого ареста былъ уволенъ городской Управой отъ должности, согласно предложенія гредоначальника. Для исполненія обязанностей старшаго ветеринара послѣ увольненія товарища Андреева былъ назначенъ членомъ Управы г. Приклонскимъ одинъ изъ авторовъ письма, а именно г. Половинкинъ, который и принялъ на себя исполненіе функций старшаго ветеринара безъ санкции существующихъ при городской Управѣ коллегіальныхъ органовъ совѣщательной Комиссіи ветеринарныхъ врачей при IX отдѣленіи или Совѣщанія боенскихъ ветеринарныхъ врачей.

3. По освобожденіи товарища Андреева, пострадавшаго по политическимъ причинамъ, городская Управа отказала ему въ принятіи на прежнее мѣсто. Авторы письма утверждаютъ, что П. Н. Андреевъ не былъ принятъ не «за свои политическія убѣжденія или дѣйствія» и что «напротивъ, есть много указаній на то, что Управа находила его просто непригоднымъ въ качествѣ старшаго ветеринара и потому и не приняла его обратно». Признавая вполне естественной со стороны Московской городской Управы подобную мотивировку увольненія избраннаго по конкурсу городской совѣщательной ветеринарной Комиссіей и городскихъ врачбными Совѣтомъ уважаемаго товарища Андреева, центральное Бюро не могло и не можетъ рассматривать ее иначе, какъ маневръ въ цѣляхъ раздѣлаться съ непригоднымъ Управѣ лицомъ. Но, если даже всецѣло признать наличность и основательность выставляемыхъ будто-бы городской Управой и подтверждаемыхъ авторами письма мотивовъ увольненія товарища Андреева, то и въ этомъ случаѣ уважающіе себя общественные работники въ правѣ требовать, чтобы городская Управа находила болѣе приличныя, чѣмъ явное содѣйствіе охранному отдѣленію, путь для сведенія счетовъ съ кажущимися ей непригодными членами. Когда увольняютъ съ общественной службы лицъ, мотивируя такое увольненіе ихъ непригодностью, т. е. съ выдачею въ нѣкоторомъ родѣ волчьаго паспорта, то прежде всего точно устанавливаютъ тѣмъ или инымъ путемъ обстоятельства, удостоверяющія указанную непригодность, а равно предоставляютъ заинтересованнымъ лицамъ всѣ средства защиты. Ни одно изъ этихъ элементарныхъ требованій по отношенію къ товарищу Андрееву городской Управой выполнено не было, а подписавшіе письмо не ветеринары боенъ ничѣмъ не выразили своего протеста по поводу поруганныхъ правъ товарища, бывшаго члена ихъ Коллегіи. Бюро полагаетъ, что для городской Управы, при наличности создавшихся обстоятельствъ, являлся единственно возможнымъ и правильнымъ путь—принять товарища Андреева обратно на службу, передавъ владѣ за симъ вопросъ о пригодности его въ качествѣ старшаго ветеринара на разрѣшеніе того или иного компетентнаго коллегіальнаго органа. Въ виду высказанныхъ выше соображеній для Бюро представлялись совершенно безразличными мотивы непринятія товарища Андреева обратно на службу. Принимая же во вниманіе наличность отмѣченныхъ выше обстоятельствъ, а именно: а) что товарищъ Андреевъ былъ уволенъ по требованію администраціи, б) что по освобожденіи своемъ изъ-подъ ареста онъ не былъ принятъ городской Управой на прежнее мѣсто и в) что самой боенской Коллегіей не было предпринято рѣшительно ничего для восстановленія поруганныхъ правъ товарища, центральное Бюро Всероссийскаго ветеринарнаго Союза, стоя на строго принципиальной почвѣ, почитало своей гражданскою обязанностью выступить на защиту товарища, объявивъ бойкотъ мѣсту, котораго онъ лишился при обстоятельствахъ совершенно недопустимыхъ съ общественно-правовой точки зрѣнія.

4. Авторы письма выражаютъ претензію на то, что прежде объявленія о бойкотѣ, никто изъ нихъ по этому дѣлу центральнымъ Бюро Союза не былъ допрошенъ, и въ доказательство законности такой претензіи выдвигаютъ въ первую голову то положеніе, что въ большинствѣ своего состава они хорошо знали товарища Андреева, а также его отношенія къ Управѣ и Управы къ нему. Бюро заявляетъ, что его ни въ какой мѣрѣ не могли интересовать отношенія Управы къ товарищу Андрееву; но и въ томъ случаѣ, если бы въ выясненія отмѣченныхъ отношеній представилась надобность, Бюро никоимъ образомъ не могло бы обратиться за свѣдѣніями къ авторамъ письма г. г. Половинкину, Зеленину, Невестерову, Качурову и Петрову—потому, что взявъ лицамъ товарищъ П. Н. Андреевъ отказался подавать руку еще задолго до своего увольненія съ боенъ; не могло Бюро обратиться также и къ г. г. Панову и Бабушкину, ибо оба они при товарищѣ Андреевѣ на боеняхъ не служили. Да и что въ лучшемъ для нихъ случаѣ могли дать по службѣ? Комитетировать взглядъ Управы о непригодности?

отмѣчено выше, ни въ чемъ не могло замѣнить рѣшенія о бойкотѣ.

5. Авторы письма посылаютъ по адресу центрального Бюро упрекъ въ томъ, что, объявивъ бойкотъ, оно будто-бы тѣмъ самымъ гнало боенскихъ ветеринаровъ въ бой, не предпринимая ни одного шага къ тому, чтобы «убѣдить» ихъ, «почему они должны идти въ бой?» Объявивъ бойкотъ, Бюро прежде всего имѣло въ виду предостеречь товарищевъ, дорожащихъ своей общественной репутацией, отъ занятія мѣста, должностно-важнаго быть оставленнымъ за пострадавшимъ по политическимъ причинамъ товарищемъ. Эта первая и ближайшая цѣль была вполне достигнута, и Бюро можетъ съ чувствомъ полнаго удовлетворенія отмѣтить, что, къ чести нашей ветеринарной семьи, среди русскихъ ветеринаровъ не нашлось ни одного, который согласился-бы принять участіе въ объявленномъ Управой конкурсѣ. Въ задачу Бюро не входило общественно-политическое воспитаніе авторовъ письма, и оно не могло ставить своего принципиальнаго рѣшенія въ зависимость отъ того, удалось ли бы или не удалось ему убѣдить боенскихъ коллегъ не участвовать въ конкурсѣ, хватило-ли бы или не хватило у нихъ гражданского мужества на проведеніе бойкота и пр.? Исходя изъ соображеній, что разрѣшеніе поставленныхъ вопросовъ въ ту или иную сторону ни въ чемъ не могло замѣнить принятаго центральнымъ Бюро въ интересахъ охраны корпоративной чести рѣшенія, а посему представлялось совершенно излишнимъ, Бюро можетъ къ этому добавить еще, что оно не находило возможнымъ вообще вступать въ взаимотношенія съ авторами письма, общественнымъ фязіономіи которыхъ для него вполне опредѣлялась изъ проявленнаго ими отношенія къ замѣщенію должности старшаго ветеринара, къ возмущительной расправѣ Управы съ товарищемъ Андреевымъ и, наконецъ, къ вопросу о восстановленіи въ правахъ другого пострадавшаго одновременно съ П. Н. Андреевымъ товарища—Н. Е. Панова. Не смотря на то, что послѣдній былъ уволенъ Угавой тоже по политическимъ причинамъ, что по отношенію къ нему не было выдвинуто ни post factum ни отвода о непригодности, ни какого-либо другого, г. г. Зеленинъ, Половинкинъ, Качуровъ, Невестеровъ и Петровъ не было предпринято рѣшительно ничего въ цѣляхъ содѣйствія возвращенія товарища на прежнее мѣсто.

Центральное Бюро ветеринарнаго Союза.

Москва. 14 ноября 1906 г.

ССХХХVIII. М. Г. Русскій кружокъ лицъ медицинскаго званія въ Berlin'ѣ проситъ Васъ дать мѣсто настоящему извѣщенію для свѣденія врачей и другихъ лицъ медицинскаго званія, направляющихся въ Berlin для научнаго усовершенствованія.

Потребность въ учрежденіи въ Berlin'ѣ центра, вокругъ котораго могли-бы объединяться пріѣзжающіе въ Berlin врачи, назрѣла давно. 1-ая попытка къ организаціи такого кружка была предпринята дѣтѣмъ этого года, о чемъ и было сообщено на страницахъ «Русскаго Врача».

Нынѣ товарищи, собравшіеся въ Berlin'ѣ, въ виду исключительныхъ условій русской жизни, въ болѣею числѣ, вмѣстѣ съ другими лицами медицинскаго званія — фармацевтами, зубными и ветеринарными врачами и пр.—реализовали, наконецъ, общее желаніе въ видѣ правильно организованнаго Кружка. Въ настоящее время на общемъ учредительномъ Собраніи былъ принятъ уставъ, по которому уже состоялось нѣсколько Собраній Кружка. Какъ видно изъ устава <sup>1)</sup>, задача Кружка заключается во взаимопомощи и содѣйствіи товарищамъ въ дѣлѣ научнаго усовершенствованія устройствомъ рефератовъ, экскурсій для ознакомленія съ медицинскими учрежденіями Berlin'а и окрестностей, а также въ выдачѣ справокъ, для чего Кружокъ организуетъ Бюро. Дѣлами Кружка заведуетъ Правленіе изъ 7 лицъ, избираемыхъ на общемъ Собраніи.

Въ Berlin'ѣ имѣется нѣсколько медицинскихъ Институтовъ для рекомендаціи Berlin'скими врачами русскихъ болѣныхъ. До сего времени нѣкоторые изъ нихъ, за отсутствіемъ организаціи среди русскихъ врачей, занимались, между прочимъ, такимъ устройствомъ лекцій, выдачей справокъ и т. п. Въ виду того, что такое совмѣщеніе на практикѣ сводится къ рекламированію своихъ учрежденій, русскій медицинскій Кружокъ считаетъ излишнимъ добавлять, что рекомендаціи болѣныхъ на въ какомъ видѣ не входятъ въ кругъ дѣятельности Кружка.

<sup>1)</sup> Вотъ нѣкоторыя §§ устава: § 2. Членами Кружка могутъ быть только лица медицинскаго званія. Члены Кружка платятъ ежегодно 5 мар. (2 р. 50 к.). § 3. Для обсужденія текущихъ дѣлъ члены Кружка собираются развѣ въ мѣсяцъ на общее Собраніе, созываемое председателемъ. Экстренное Собраніе созывается председателемъ въ случаѣ надобности, или по письменному приглашенію 10 членовъ Кружка. § 4. Общее Собраніе избираетъ въ октябрѣ и мартѣ на 1/2-года председателя, его товарища, 3-хъ членовъ Комитета и 2-хъ изъ нихъ канцеляровъ. § 6. Бюро находится непосредственно подъ наблюденіемъ Комитета. § 11. Члены Кружка пользуются справками и визитами въ учреждения Кружка бесплатно. Не члены Кружка за письменную справку платятъ 2 мар. (1 р.) для уплаты расходовъ. § 12. Въ Бюро имѣется книга, куда члены Кружка вносятъ свои отзывы о конкурсахъ и пр. касающемся научнаго усовершенствованія. § 14. Въ случаѣ ликвидаціи Кружка имущество его передается Berlin'ской и Charlottenburg'ской русскимъ читаль-

Внро русского медицинскаго Кружка открыто ежедневно отъ 1—3 час. дня. Адресъ его: Berlin N. Oranienburgerst. 57/II. Bureau des russ. med. Verelns.

Просимъ другія периодическія изданія, сочувствующія дѣламъ Кружка, перепечатать это письмо.

Предсѣдатель Кружка д-ра В. Иосилевскій.

Секретарь д-ръ Я. Фрейбергъ.

Berlin. 24-го ноября 1906 г.

ССХХХІХ. М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующее мое Открытое письмо старшему врачу городской дѣтской больницы въ Петербургъ Б. А. Георіевскому.

М. Г., Борисъ Александровичъ!

6/хІ 1906 г. состоялось общее Собраніе младшихъ врачей городской дѣтской больницы въ Петербургѣ, поручившее мнѣ предъ- явить Вамъ и другимъ старшимъ врачамъ больницы, принятую на Собраніи резолюцію врачей, что и было мною исполнено 8/хІ. Въ отвѣтъ на это я получилъ отъ Васъ 11/хІ слѣдующее пис- мо: «М. Г., Семенъ Ивановичъ! На-дняхъ швейцаромъ Иваномъ мнѣ былъ переданъ конвертъ отъ Вашего имени съ аноним- нымъ посланіемъ — копіей засѣданія врачей. Само собою разу- мѣется, что съ этимъ анонимомъ мною было бы поступлено такъ-же, какъ и со всякимъ другимъ, т. е. безъ прочтенія онъ былъ-бы брошенъ въ корзину съ мусоромъ; но, такъ какъ кон- вертъ былъ переданъ отъ Вашего имени, то я считаю своимъ долгомъ довести объ этомъ до Вашего свѣдѣнія и доставить Вамъ анонимъ, переданный якобы отъ Вашего имени. Примите я пр. Борисъ Георіевскій. Р. С. Кстати, копія совершенно не соотвѣтствуетъ оригиналу, посланному въ больницу Ком- миссію. Б. Г.»

Собраніе младшихъ врачей отъ 13/хІ, рассмотрѣвъ это Ваше письмо, уполномочило меня огласить текстъ резолюціи общаго Собранія отъ 6/хІ, соотнесенной Вами за анонимъ, въ медицинской печати, дабы убѣдить Васъ такимъ образомъ въ ея докумен- тальности. Текстъ резолюціи, принятой на Собраніи 6/хІ, подъ моимъ предсѣдательствомъ, 20-ю врачами больницы, фамиліи коихъ извѣстны редакціи <sup>1)</sup>, слѣдующій:

«Въ городскую больницу Коммиссію общаго Собранія млад- шихъ врачей городской дѣтской больницы въ память священна- го коронованія Ихъ Императорскихъ Величествъ заявленіе. Общее Собраніе младшихъ врачей больницы въ засѣданіи 6-го ноября 1906 г., познакомившись съ заявленіемъ, поданнымъ старшими врачами больницы попечителю и объясненіями глав- наго врача и 2-хъ старшихъ врачей, находятъ, что факты, при- веденные старшими врачами въ ихъ заявленіи и лично передан- ные больницы Коммиссіи, не нарушаютъ нормальнаго теченія больницы жизни городской дѣтской больницы, а тѣмъ болѣе правъ больныхъ этой больницы. Кромѣ того, 1) Собраніе врачей считаетъ недопустимымъ подачу врачами больницы отдѣльнаго заявленія объ общемъ положеніи дѣлъ въ больницы безъ пред- варительнаго обсужденія въ общемъ Собраніи всѣхъ врачей. 2) Собраніе находитъ, что старшіе врачи поступили некоррек- то, подавъ недостаточно обоснованное заявленіе о нарушеніи интересовъ большого въ городской дѣтской больницы, не созвавъ предварительнаго общаго Собранія всѣхъ врачей, и за это вы- ражаетъ имъ свое порицаніе».

Согласно постановленію Собранія отъ 6/хІ въ больницу Коммиссію послана была часть резолюціи до пунктовъ и за подписями 19 врачей. Вся-же резолюція, включающая заявле- ніе въ больницу Коммиссію и 2 пункта, касающіеся стар- шихъ врачей больницы, согласно постановленію Собранія, по- слана была Вамъ, какъ и другимъ старшимъ врачамъ больницы.

С. Златогоровъ.

Петербургъ. 16-го ноября 1906 г.

ССХХІ. М. Г.! Не откажите огласить слѣдующій

1-й краткій отчетъ о дѣятельности Московскаго Коми- тета общественной помощи голодающимъ въ 1906—1907 г.

Въ виду повторности неурожая и ужасныхъ признаковъ го- лода въ родѣ заболѣваній на почвѣ его, устрелбленія съ авгу- ста мѣсяца лебедовой и жолудевой муки и пр., Комитету при- шлось начать свою дѣятельность очень рано — почти сейчасъ-же послѣ уборки голыхъ полей, въ сентябрѣ, но въ зависимости отъ недостатка средствъ и незначительности пожертвованій Комитетъ принужденъ ограничиться пока очень немногими мѣ- стами. Вотъ что сдѣлано Комитетомъ до 15 го ноября:

1) Въ Каванской губ. продолжаетъ дѣйствовать тотъ-же Ко- митетъ, что и въ прошломъ году; на средства Московскаго Ко- митета нѣтъ открыты 1 столовая и 7 пекарень въ Тетюшскомъ уѣздѣ на 1220 чел. и питательные пункты на 1600 чел. въ уѣздахъ Спасскомъ, Каванскомъ, Лавшевскомъ и Свіяжскомъ.

2) Какъ отдѣленіе Московскаго Комитета, образованъ мѣст- ный Комитетъ въ Самарѣ, который на средства перваго уже открылъ 3 столовыхъ на 700 чел. въ разныхъ уѣздахъ губерніи. Производится обслѣдованіе мѣстными силами Бузулукскаго уѣ- да для открытія тамъ столовыхъ.

3) Новое образованіемъ отдѣленіемъ Комитета въ Нижнемъ открыты 2 столовыхъ въ Лукояновскомъ и Васильскомъ уѣ- дахъ; въ первомъ изъ нихъ сдѣлано обслѣдованіе степени нуж-

ды и открывается еще рядъ столовыхъ. Изъ остатковъ отъ прошлагодной ассигновки Комитетъ оказываетъ продовольствен- ную помощь 2-мъ селамъ Сергачскаго уѣзда.

4) Въ Пензенской губ. при посредствѣ Кружка, образовав- шихся изъ выборныхъ крестьянъ и мѣстныхъ интеллигентныхъ лицъ, открываются столовыя въ 2-хъ большихъ селахъ Керен- скаго уѣзда.

5) При посредствѣ такого-же Кружка устраивается дѣтская столовая въ одномъ селѣ Живдринскаго уѣзда Калужской губ.

6) Въ большомъ с. Оедоровкѣ Саратовскаго уѣзда открывае- мой на средства Комитета столовой будутъ завѣдывать исклю- чительно выборные отъ крестьянъ. Необходимо отмѣтить здѣсь, что въ настоящую кампанію Комитетъ и во всѣхъ другихъ мѣстностяхъ настаиваетъ на привлеченіи выборныхъ отъ крестьянъ къ активному участию въ мѣстныхъ кружкахъ, устраивающихъ и ведущихъ дѣло помощи голодающимъ.

7—8) На остатки отъ прошлагодной ассигновки устроена столовая въ с. Калмы, Воронежской губ. и будетъ открыта столовая въ с. Мосоловкѣ, Усманскаго уѣзда, Тамбовской губ.

Кромѣ того, поступили просьбы изъ Белебеевскаго уѣзда, Уфимской губ., и теперь ведутся переговоры объ устройствѣ тамъ помощи и объ организаціи Уфимскаго Отдѣленія Коми- тета.

Итакъ, помощь оказывается Московскимъ Комитетомъ въ 8 губерніяхъ; но это капля по сравнению съ моремъ нужды въ пострадавшихъ 30 губерніяхъ. Расширить-же свою дѣятель- ность Комитетъ пока не можетъ въ виду недостатка средствъ и крайне скуднаго притока пожертвованій: послѣ прошлагод- наго отчета Комитетъ располагаетъ вмѣстѣ съ остатками, воз- вратами отъ прежнихъ ассигновокъ и пожертвованій только около 30000 р. Послѣ 1 го іюля наиболѣе крупныя пожертво- ванія поступили отъ В. А. Морозовой — 5000 р., отъ ссудо-сбе- регательной кассы чиповниковъ Черниговскаго акцізнаго упра- вленія — 1000 р. и около 800 р. отъ служащихъ Полѣвскихъ жж. дорогъ. Почти вся эта сумма уже распределена между выше- указанными мѣстностями.

Кромѣ недостатка средствъ, Комитетъ снова и снова встрѣ- чается съ препятствіями со стороны *пекущейся* о населеніи администраціи, которая не допускаетъ въ голодные деревни интеллигентныхъ работниковъ, почему сильно тормазится об- слѣдованіе пострадавшихъ селеній и открытіе въ нихъ столо- выхъ. Запрещаетъ полиція и мѣстнымъ людямъ кормить голод- ныхъ; такъ, въ с. Большой Ижморѣ Керенскаго уѣзда, полиція не разрѣшаетъ открытъ столовую мѣстному Кружку, получив- шему деньги отъ Комитета. Въ Лашевскомъ уѣздѣ — 3 дѣтскихъ столовыхъ, открыты податнымъ инспекторомъ, были также временно закрыты администраціей....

Въ заключеніе Комитетъ снова горячо проситъ русское об- щество не забывать деревни, не забывать, что *голодь вынуж- даетъ на всякія крайности* — изъ Каванской губ. уже песутся вѣсти о продажѣ дѣвушекъ на Кавказъ — и направить свои по- жертвованія деньгами и вещами по слѣдующимъ адресамъ: 1) Москва, Арбатъ, Денежный пер., д. 28 — Пироговскому Об- ществу врачей; 2) Москва, Смоленскій бульваръ, 55 — Обществу сельскаго ховяства.

Д. Жбанковъ, Г. Виленцъ, Н. Рабановъ, Н. Яковенко, Л. Ленская, М. Назаровъ.

Москва. 19-го ноября 1906 г.

ССХХІ. М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующее наше

Открытое письмо проф. Московскаго Университета В. П. Сербскому.

Глубокоуважаемый Владиміръ Петровичъ!

Мы обращаемъ къ Вамъ съ привѣтствіемъ, какъ къ человѣ- ку, которому въ настоящее время приходится переживать серьез- ное испытаніе — испытаніе, которымъ затрогивается все Ваше міросозерцаніе, весь Вашъ духовный строй.

Со стороны одной группы Московскихъ психіатровъ врачей психіатрической клиники обнаружилось стремленіе нанести ударъ Вашему научному и моральному авторитету и сдѣлана публичная попытка разрушить тотъ запасъ уваженія и довѣрія, которымъ Вы пользуетесь, какъ человѣкъ, гражданинъ и уче- ный. Мы далеки отъ мысли входить въ обсужденіе этого кон- фликта. И не для поддержки Вашего авторитета мы выступаемъ въ настоящее время. Вы среди насъ и среди того обширнаго лагеря, къ которому Вы принадлежите, не homo novus, не не- знакомецъ, о качествахъ котораго мы, хорошо Васъ знающіе, хо- тѣли бы повѣдать. Вотъ уже 20 лѣтъ, какъ Васъ знаютъ Мос- ковскіе нейропатологи и психіатры, среди которыхъ Вы явля- лись ближайшимъ сотрудникомъ нашихъ общихъ славныхъ учи- телей проф. А. Я. Кожевникова и С. С. Корсакова. 19 лѣтъ Васъ знаетъ Московская психіатрическая клиника, которая на- шла въ Васъ исполнителя для всѣхъ насъ дорогихъ завѣтовъ покойнаго С. С. Корсакова. Васъ знаютъ ученые Общества: Общества нейропатологовъ и психіатровъ и психологическое Общество, состояща при Московскомъ Университетѣ, которая оказываютъ Вамъ особое довѣріе. Васъ знаютъ нейропатологи и психіатры всей Россіи, уваженіе и довѣріе которыхъ къ Вамъ засвидѣтельствовано было избраніемъ Васъ предсѣдателемъ 2-го Съѣзда естественныхъ психіатровъ, состоявшагося въ прош- ломъ году въ Кіевѣ. Намъ хорошо извѣстны Ваши непоколеби-





**ССХІІІ. М. Г.!** Не откажите поместить следующее наше *Открытое письмо д-ру П. Θ. Горданову.*  
**М. Г., Павелъ Θεοδωριχъ!** Оскорбленные Вами въ засѣданіи Таганрогской городской Думы 20-го сентября сего года и неудовлетворенные Вашимъ письменнымъ разъясненіемъ, присланнымъ въ Общество врачей г. Таганрога и Таганрогскаго округа 26-го минувшаго октября, мы, нижеподписавшіеся, предлагаемъ Вамъ Судъ чести. Сообщаемъ Вамъ, что нами избраны судьями чести д-ра *Θεοδοσίη Γαργαλιωχъ Поповъ* и *Γεοργίη Яковлевичъ Тарабринъ*. Поэтому просимъ Васъ извѣстить ихъ объ избранныхъ съ Вашей стороны судьяхъ въ 2-недѣльный отъ нижеписаннаго числа срокъ.

Такого-же содержания письмо посылается нами одновременно и въ 2 мѣстныхъ газеты общей прессы.

Санитарный врачъ гор. Таганрога *Κ. Νικητινъ*. Бывшій председатель Таганрогской городской подготовительной санитарной Коммисіи *Φ. Γραβωскій*.

Таганрогъ. 18-го ноября 1906 г.

**ССХІІІІ. М. Г.!** Не откажите поместить слѣдующій мой *отвѣтъ на письмо служившихъ въ Валдайской земской больницѣ фельдшеровъ Курицына и Грузнова и акушерки фельдшерки Колесниковой*, напечатанное въ № 44 «Русскаго Врача».

Приписанныя мнѣ въ этомъ письмѣ фразы — сплошная ложь. По полученіи бумаги изъ Управы ко мнѣ обратился лишь ф. р. Курицынъ, которому я и указалъ, что ему, конечно, надо обратиться въ Управу за разъясненіемъ причины увольненія. Объясненій съ ф-ромъ Грузновымъ и акушеркой Колесниковой у меня не было. Приписанныя мнѣ фразы, что я могу обходиться въ больницѣ безъ фельдшеровъ и акушерки, а лишь съ сидѣлкой и дворникомъ, — въ больницѣ, гдѣ бываетъ болѣе 12000 приходящихъ больныхъ въ годъ и болѣе 600 стационарныхъ, — настолько нелѣпа, что говорить сама за себя. Авторы письма сочинили ее, повидимому, для того, чтобы оправдать свое поведение по полученіи бумаги изъ Управы, когда они рѣшили забастовать. Акушерка бросила роженницу двойнями, когда одинъ плодъ уже родился, а другой оставался въ полости матки; ф. р. Грузновъ въ 4 час. дня покинулъ больницю, будучи дежурнымъ въ этотъ день, когда въ больницѣ было нѣсколько трудно больныхъ, а одинъ — съ обильными вторичными кровотечениями (последнее кровотеченіе было въ 5 час. утра въ этотъ день). Изыскать вопросъ съ перваго дня своей службы объ увольненіи фельдшеровъ и акушерки я не могъ уже потому, что приглашеніе и увольненіе фельдшеровъ и акушерки всецѣло зависило отъ Управы; первые 2 недѣли моей службы въ больницѣ акушерка была въ отпуску, почему первые дни службы я не имѣлъ попятія ни объ акушеркѣ больницы, ни объ ея дѣятельности.

Рассказъ о сидѣлкѣ тифознаго отдѣленія, носившей сахаръ дежурнымъ въ рукахъ, и навѣнь, и совершенно не отвѣчаетъ дѣйствительности. Сидѣлка тифознаго отдѣленія живетъ въ отдѣльномъ баракѣ и въ главный корпусъ больницы, гдѣ помѣщается дежурная комната, никогда не ходитъ; для услугъ дежурнымъ назначена сидѣлка пріемнаго покоя.

Оставляя совершенно вопросъ о какихъ-то яко бы придиркахъ съ моей стороны, я категорически утверждаю, что авторы письма приписали мнѣ фразы, каковыхъ и близкихъ имъ по смыслу я никогда не произносилъ, и «безнравственная повѣсть угнетаемыхъ» есть скорѣе романъ, неудачно сочиненный авторами \*).

Врачъ Валдайской земской больницы *Ορλωγъ*.

Валдай. 16-го ноября 1906 г.

## ИРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

2211. 23-го ноября исполнилось 25-лѣтіе со дня смерти *Николая Ивановича Пирогова*. 25 лѣтъ, какъ смолкло его вѣщее слово, призывавшее къ знанію, а вмѣстѣ съ нимъ и къ правдѣ, справедливости и истинѣ. 25 лѣтъ, какъ нѣтъ среди врачей образцоваго гуманиста, среди педагоговъ — образцоваго учителя, въ человѣчествѣ — одного изъ лучшихъ его друзей. Слова и гордость Россіи, *Пироговъ* своими мыслями и дѣломъ принадлежалъ всему свѣту, и весь мыслящій міръ не могъ не сочувствовать въ потерѣ этого великаго человѣка-гражданина его несчастной родинѣ. Вѣчная ему память!... Но живое сѣмя не гложетъ. Великій духъ безсмертнаго *Пирогова* нашелъ себѣ достойнаго наслѣдника въ Пироговскомъ Обществѣ. Сколько врачей жаждо ищутъ знаній на его Сѣздахъ! Сколько ихъ руководятъ его этическими указаніями! Сколько обездоленныхъ обнимаетъ оно въ своей капучей, но не кричащей о себѣ, непрерывной просвѣтительной и исполненной человѣколюбія дѣятельности! Да здравствуетъ Пироговское Общество!

2212. Какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (16 ноября), 10 гласныхъ Московской Думы подали ей заявленіе по вопросу о *чествованіи памяти Н. И. Пирогова* по случаю предстоящаго 23-го ноября 25-лѣтія со дня его кончины. Въ заявленіи указывается, что *Пироговъ* особенно близокъ Москвѣ, гдѣ онъ родился и провелъ юность, а затѣмъ всю жизнь стремился послужить родному городу. Какъ гениальному ученому и стойкому

борцу за дѣло народнаго просвѣщенія, Московская Дума въ 1881 г. поднесла *Н. И.* дипломъ на званіе почетнаго гражданина Москвы. На это поднесеніе онъ отвѣчалъ: «Высокой нравственной наградой считаю для себя званіе почетнаго гражданина, которымъ удостоила меня моя родина, притомъ не за блестящія подвиги на брачномъ полѣ, не за матеріальныя выгоды, ей доставленныя, а за трудовую дѣятельность на поприщѣ просвѣщенія, науки и гражданственности». Теперь, говорится въ заявленіи, на зарѣ новой лучшей жизни нашей родины, для которой такъ много работалъ и страдалъ *Н. И. Пироговъ*, благодарное русское общество готовится достойнымъ образомъ почтить его память по случаю 25-лѣтія со дня его кончины, и Московское городское общественное Управленіе не можетъ не принять участія въ этомъ чествованіи. Гласные предложили Думѣ: 1) просить городского голову произнести привѣтствіе на торжественномъ соединенномъ засѣданіи медицинскихъ и педагогическихъ Обществъ въ память *Н. И. Пирогова* 23-го ноября и 2) избрать Коммисію и поручить ей представить Думѣ докладъ о способѣ чествованія Думою памяти *Н. И. Пирогова*.

2213. Въ ноябрьской книжкѣ «Вѣстника Воспитанія» — прекраснаго научно-популярнаго педагогическаго журнала, руководимаго Московскимъ училищнымъ врачомъ д-ромъ *Н. Φ. Михайловымъ*, — помѣщена статья *С. Я. Штрайха* — «Къ біографіи *Н. И. Пирогова*», къ которой присоединено не безъ труда добытое авторомъ статьи въ архивахъ попечителя Одесскаго учебнаго округа «Циркулярное предложеніе и. директорамъ училищъ Одесскаго учебнаго округа *Н. И. Пирогова*», относящееся къ 1857 г. Г. Штрайхъ мастерски очерчиваетъ воспитательное значеніе, которое имѣла новаторская педагогическая дѣятельность *Пирогова*, основанная на началахъ гуманности и авторитетѣ знанія, для тогдашняго общества вообще и педагогическаго міра въ частности, «когда казарма царяла во всѣхъ областяхъ русской жизни и когда розга считалась однимъ изъ нѣжнѣйшихъ средствъ педагогическаго воздѣйствія», «когда въ Университетахъ были уничтожены кафедры философіи и государственнаго права иностранныхъ державъ, а открыты были кафедры артиллеріи и фортификаціи», «когда на засѣданіи по случаю 100-лѣтія Московскаго Университета первая мѣста представляли бригаднымъ генераламъ и ихъ адъютантамъ, а токъ за Университетъ на юбилейномъ обѣдѣ провозглашенъ былъ седьмымъ», и приводитъ нѣсколько современныхъ *Н. И. Пирогову* отзывовъ о его знаменитыхъ «Вопросахъ жизни», произведшихъ въ умахъ тогдашнихъ педагоговъ цѣлый переворотъ. «Вопросы жизни», говоритъ *А. Филоновъ* въ мартовской книжкѣ «Журнала Министерства народнаго просвѣщенія» за 1862 г., «были вѣчевымъ колоколомъ для поднятія самаго важнаго вопроса — о воспитаніи». Слова *Пирогова* о воспитаніи, по удостовѣренію *К. Д. Ушинскаго*, пробудили спавшую у насъ до тѣхъ поръ педагогическую мысль. «Вопросы жизни» вызвали замѣчанія и сочувствіи всѣхъ органовъ печати, даже тѣхъ, которые должны были бы прекратиться изданіемъ, если-бы (за-)хотѣли признать истинной хоть одну мысль изъ этой статьи («Журналъ М. н. пр.», 1862 г., мартъ). «По свидѣтельству *В. Я. Стоюнина Пироговъ*, видѣвшій въ Севастополѣ результаты господствовавшей системы воспитанія, отнесся къ ней со всей безпощадной правдивостью и воочію показалъ всю ея несостоятельность». *Н. А. Добролюбовъ* такъ отзывался о статьѣ *Пирогова* «Вопросы жизни»: «Они поразили всѣхъ и свѣтлостью взгляда, и благороднымъ направленіемъ мыслей автора, и пламенной живой діалектикой, и художественнымъ представленіемъ затронутаго вопроса. Всѣ, читавшіе статью г. *Пирогова*, были отъ нея въ восторгѣ; всѣ о ней говорили, разсуждали, дѣлали свои соображенія и выводы». «Когда раздался этотъ могучій голосъ», говоритъ *Θ. И. Булгаковъ*, «общество какъ-бы встрепенулось, и всѣ мы стали искать сдѣлаться людьми». О циркулярѣ *Н. И. г. Штрайхъ* пишетъ слѣдующее: «Всѣ циркуляръ проникнутъ доброжелательнымъ отношеніемъ и поражаетъ необычнымъ для того времени отсутствіемъ какого-либо даже намека на начальнической тонъ. Изъ каждого слова сквозитъ отеческая любовь *Пирогова* къ учащимся и уваженіе его къ воспитателямъ и преподавателямъ, а, если иногда и встрѣчается указаніе на какие-либо недостатки въ пріемахъ преподаванія, то это сдѣлано настолько деликатно и въ такой необходимой для преподавателя формѣ, что для всякаго было ясно, — наставленіе дано челоѣкъ не потому, что онъ состоитъ въ должности IV класса, а потому, что онъ имѣетъ больше опыта и знаній, которыми хочетъ подѣлиться со своими молодыми товарищами. Содержаніе циркуляра охватываетъ всѣ явленія школьно-педагогической жизни. Въ немъ говорится о нравственномъ воспитаніи учащихся и о хорошемъ содержаніи пансіонеровъ въ интернатахъ, о пользѣ изученія новыхъ языковъ и о необходимости изученія естественныхъ наукъ, о важности для развитія сознанія учащихся веденія литературныхъ бесѣдъ и о хорошемъ содержаніи минералогическихъ кабинетовъ. *Пироговъ* говоритъ также въ своемъ посланіи о еврейскихъ школахъ округа, которыя онъ считаетъ лучше обставленными въ педагогическомъ отношеніи по сравненію съ другими низшими учебными заведениями края». Въ короткой замѣткѣ мы, къ сожалѣнію, не могли исчерпать всего содержанія в. интересной статьи г. Штрайха и позволяемъ себѣ обратиться на нее вниманіе товарищей.

2214. Ректоръ Московскаго Университета *А. А. Мануйловъ*, какъ передаютъ «Русскія Вѣдомости» (19 ноября), представилъ въ Московскую городскую Думу ходатайство медицинскаго факультета о *чествованіи* по случаю предстоящаго 25-лѣтія со дня

\*) Не возьмемъ-ли на себя трудъ Валдайскій врачебно-санитарный Совѣтъ разобратъ это дѣло и указать, на чьей-же сторонѣ правда? Д.

смерти *Н. И. Пирогова Большой Царицынской улицы* на Дѣвичьемъ полѣ въ *Пироговскую* (см. выше, № 41, стр. 1291). Факультетъ выражаетъ надежду, что Дума отнесется сочувственно къ этому ходатайству, такъ какъ настоящее наименованіе этой улицы не связано съ историческими воспоминаніями, между тѣмъ на этой улицѣ находится памятникъ *Н. И. Пирогову*, расположены хирургическія клиники, и около нея сосредоточены тѣ ученые Институты, которые воплощаютъ идеи *Пирогова* и самое возникновеніе которыхъ обязано отчасти его взглядамъ и его энергіи. Если-же Дума не найдетъ возможнымъ дѣлнить наименованіе Царицынской улицы, то факультетъ проситъ назвать именемъ *Пирогова* расположенный на Дѣвичьемъ полѣ скверъ. Ректоръ Университета, присоединяясь къ этимъ соображеніямъ, съ своей стороны, поддерживаетъ ходатайство факультета.

2215. При обсужденіи вопроса объ участіи В. Медицинской Академіи во время послѣдней закрытія ея 5 членовъ Конференціи, какъ мы уже сообщали (см. выше, № 45, стр. 1424), не согласились съ большинствомъ и остались при особомъ мнѣніи. По словамъ «Рѣчи» (19 ноября), сущность этого мнѣнія сводится къ тому, что «при настоящемъ устройствѣ Академіи нѣтъ никакой надежды на правильное и спокойное теченіе академической жизни. Изъ создававшегося ненормального положенія Академіи оставшіеся при особомъ мнѣніи видятъ 2 выхода: или превратить ее въ Академію съ чисто военнымъ режимомъ, и тогда, по ихъ мнѣнію, придется расстаться съ надеждой о процвѣтаніи науки, или, что они и предлагаютъ, превратить В. Медицинскую Академію въ медицинскій факультетъ Петербургскаго Университета».

2216. Благодаря любезности проф. *В. К. Высоковича*, мы можемъ сообщить слѣдующую *программу повторительныхъ курсовъ для врачей въ Киевскомъ Университетѣ* (см. выше, № 46, стр. 1457). Проф. *К. Э. Вагнеръ*—Клиника внутреннихъ болѣзней; 4 час. въ недѣлю. Проф. *Н. М. Волковичъ*—Лекціи по хирургической клиникѣ; 4 час. въ недѣлю. Проф. *В. Е. Высоковичъ*—Практическій курсъ патологической гистологіи съ бактериоскопіей; 12 час. въ недѣлю (при записи 30 чел.). Проф. *В. К. Линдеманъ*—Экспериментальная органо-патологія; 6 час. въ недѣлю (не менѣе 30 чел.). Проф. *Л. А. Малиновскій*—Клиническая лекція по хирургіи; 4 час. въ недѣлю (не болѣе 20 чел.). Проф. *П. И. Морозовъ*—Краткій курсъ основъ оперативной хирургіи; 4 час. въ недѣлю (не болѣе 30 и не менѣе 20 чел.). Проф. *А. А. Муратовъ*—Клиническая лекція по акушерству и гинекологіи (смотря по текущему матеріалу); 3 час. въ недѣлю. Проф. *В. П. Образцовъ*—Клиническая лекція по внутреннимъ болѣзнямъ; 6 час. въ недѣлю. Проф. *В. Д. Орловъ*—Методика санитарнаго изслѣдованія питьевой воды; 4 час. въ недѣлю (не болѣе 10 чел.). Проф. *А. Д. Павловскій*—Курсъ заразныхъ болѣзней съ методикой хирургической бактериологіи; 6 час. въ недѣлю (практическія занятія ежедневно отъ 9—5 час. Для практическихъ занятій не болѣе 10 чел.; для теоретическихъ лекцій—воограниченно). Проф. *И. А. Сикорскій*—Спеціальныя курсы клинической психіатріи; 3 час. въ недѣлю. Проф. *С. П. Томашевскій*—1) Экземы и эритемы. 2) Задачи и методы лѣченія сифилиса; 3 час. въ недѣлю. Проф. *К. Г. Триттель*—Клиническія лекціи по внутреннимъ болѣзнямъ; 4 час. въ недѣлю. Проф. *А. Ф. Шимановскій*—Офтальмологическая клиника и амбулаторія; 2 час. въ недѣлю (амбулаторія ежедневно. Курсъ только отъ 1—15 декабря). Ч. пр. *В. А. Добронравовъ*—1) Оперативное акушерство съ практическими упражненіями на фантомахъ. 2) Избранный отдѣлъ гинекологіи съ предьявленіемъ рисунковъ. 3) Курсъ діагностики съ поликлиникой женскихъ болѣзней; 8 час. въ недѣлю. Ч. пр. *А. Ивановъ*—Патологія и терапия родовъ и послеродовыхъ заболѣваній; 6 час. въ недѣлю. Ч. пр. *П. Э. Качковский*—Клиническій разборъ хирургическихъ больныхъ съ производствомъ операций; 7½ час. въ недѣлю. Ч. пр. *Б. С. Козловскій*—Курсъ неотложныхъ хирургическихъ операций съ практическими занятіями на трупахъ; 4 час. въ недѣлю. Ч. пр. *К. И. Коровицкій*—1) Клиническая гистологія съ ученіемъ о способахъ изслѣдованія крови; 2 час. 2) Практическія упражненія; 1 час. въ недѣлю. Ч. пр. *А. В. Корчакъ-Чепурковскій*—Устройство врачебно-санитарнаго дѣла и организація общественно-санитарныхъ мѣропріятій въ цѣляхъ борьбы съ заболеваемостью и смертностью населенія въ Россіи и за границей; 2 час. въ недѣлю. Ч. пр. *В. Е. Ларионовъ*—Практическія занятія по клиникѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней; 4 час. въ недѣлю. *А. Т. Леонтовичъ*—Практическія занятія на приборахъ; 2 час. въ недѣлю. Ч. пр. *Н. К. Нелловъ*—(1—20 декабря) 1) Методы изслѣдованій при женскихъ болѣзняхъ и общая терапия ихъ; 2 час. въ недѣлю. 2) О послеродовыхъ заболѣваніяхъ и ихъ лѣченіи; 1 час. въ недѣлю. Ч. пр. *П. И. Нечай*—Лекціи по клинической психіатріи; 2 час. въ недѣлю. Ч. пр. *Н. П. Трофимовъ*—1) Краткій курсъ ушныхъ болѣзней. 2) Спеціальныя курсы операций на ушѣ и въ носу съ упражненіями на трупахъ; 3 час. въ недѣлю.

2217. Ректоромъ Киевскаго Университета, какъ передаетъ «Кіевскій Голосъ» (17 ноября), получено изъ главнаго в. медицинскаго Управленія извѣщеніе о томъ, что въ настоящее время *освободились 2 пожизненные стипендіи имени бар. Вилле*, по 3000 р. въ годъ каждая. Условіи, коимъ должны удовлетворять кандидаты на эти стипендіи, слѣдующія: «Кандидатъ долженъ состоять въ рускомъ подданствѣ, причѣмъ возрастъ его не долженъ превышать 24 л. Требуется знакомство съ гуманитарными науками и знаніе практически французскаго, нѣмецкаго и англійскаго языковъ. По окончаніи курса стипендіатъ долженъ выдержать экзаменъ на степень д-ра медицины и пробыть 3 года въ заграничныхъ Университетахъ. По воз-

вращеніи изъ-за границы стипендіатъ подвергается демонстративному испытанію при В. Медицинской Академіи изъ предметовъ практической медицины. По прочтеніи затѣмъ публичной лекціи стипендіатъ обязанъ прослужить не менѣе 10 лѣтъ при военномъ госпиталѣ въ качествѣ преподавателя, пользуясь званіемъ «клиническаго профессора».

2218. «Рѣчь» (18 ноября), со словъ «Kurjer Litewski», сообщаетъ, что Государь одобрилъ резолюцію Совѣта министровъ, постановившихъ, что лекціи въ *Вирмавскомъ Университетѣ* должны читаться на русскомъ языкѣ.

2219. Экстраординарные профессора Одесскаго Университета *В. В. Завьяловъ* и *Н. А. Щеголевъ* назначены ординарными («Одесскій Листокъ», 7 ноября).

2220. По словамъ «Новой Газеты» (15 ноября), на послѣднемъ засѣданіи Совѣта профессоры Женскаго Медицинскаго Института обсуждали отвѣтъ В. Медицинской Академіи медицинскому Совѣту Министерства внутреннихъ дѣлъ по вопросу о *равномѣрномъ распредѣленіи поступающихъ изъ столичныхъ больницъ труповъ между Академіей и Институтами*. До возникновенія послѣдняго, весь трупный матеріалъ столицы являлся монопольнымъ достояніемъ Академіи. По возникновеніи Института трупы были распредѣлены между обоими учрежденіями, но весьма неравномѣрно. Въ то время какъ Академія предоставляла 720 труповъ въ годъ, Институтъ получалъ только 180 труповъ, т. е. въ 4 раза меньше, чѣмъ тѣмъ изъ учащихся въ Институтѣ въ 2½, раза больше, чѣмъ въ Академіи. Въ своемъ послѣднемъ отвѣтѣ медицинскому Совѣту Конференція В. Медицинской Академіи указываетъ на то, что она «неповинна въ возникновеніи Института» и не намерена поэтому поступаться своими правами въ его пользу. Совѣтъ Института постановилъ настаивать на своемъ требованіи предъ медицинскимъ Совѣтомъ о снабженіи Института достаточнымъ количествомъ учебнаго матеріала.

2221. Какъ сообщаетъ «Товарищъ» (21 ноября), на засѣданіи Совѣта профессоры Женскаго Медицинскаго Института 18-го ноября постановлено, между прочимъ, установить при Институтѣ производство испытаній на званіе *зубного врача* и на *фармацевтическія степени*, но лишь для лицъ женскаго пола.

2222. 16-го ноября въ В. Медицинской Академіи защитила диссертацию на степень д-ра медицины подъ заглавіемъ: «*Къ ученію о биологическомъ значеніи лучей радія*» *Л. М. Геровичъ-Власова*. Въ Россіи это — 1-й случай защиты диссертации на степень д-ра медицины ж. врачами. Г-жа *Геровичъ-Власова* окончила курсъ Одесской гимназіи въ 1895 г., медицину изучала въ Парижѣ, гдѣ окончила курсъ въ 1902 г.; государственные экзамены на лѣкаря сдала въ Харьковѣ въ томъ же году; въ 1903—4 г. служила земскимъ врачомъ въ Карловѣ, Новгородской губ.; въ слѣдующемъ году выдержала испытаніе на д-ра медицины въ В. Медицинской Академіи. Докторская диссертация написана ею въ Институтѣ экспериментальной медицины, въ лабораторіи д-ра *Е. С. Лондона*.

2223. 15-го ноября въ Одесскомъ Университетѣ защитилъ диссертацию на степень д-ра медицины подъ заглавіемъ: «*Кислотоупорныя бактерии; заболевания кожи и лимфатическихъ железъ у крысъ, сходныхъ съ проказой*» *В. К. Стефанскій*.

2224. Въ послѣднемъ засѣданіи Правленія Московскаго Университета ректоръ сообщилъ о полученіи имъ постановленія общеклинической Сходки, 13-го ноября, по вопросу о *пріисканіи устава клиническихъ служащихъ* (см. выше, № 46, стр. 1457). Правленіе отказалось слушать это постановленіе въ виду того, что отношенія Университета къ клиническимъ служащимъ не подлежатъ вѣдѣнію студенческихъ Сходокъ. Въ «Русскихъ Видомостяхъ» (18-го ноября), откуда мы заимствуемъ это извѣстіе, приводится и слѣдующій текстъ резолюціи Сходки, поданной поводъ къ означенному рѣшенію Правленія: «Общественная Сходка 13-го ноября 1906 г. доложены были объявленіе г. ректора отъ 10-го ноября с. г. (см. указанную выше стр. 1457 въ № 46. Ред.) и докладъ студенческой Комиссіи по организаціи низшихъ клиническихъ служащихъ, въ которомъ, въ числѣ другихъ, были оглашены слѣдующіе документы: 1. «Его В-д-го г. приставу Хамовнической части. Прошу В. В-д-го сообщить учредителямъ Общества низшихъ клиническихъ служащихъ, что уставъ разсмотрѣн и будетъ зарегистрированъ, если не встрѣтится препятствія со стороны Правленія Университета. Градоначальникъ Рейнбольтъ». 2. Выписи изъ журнала Правленія Московскаго Университета 26-го октября 1906 г. «Поименовавшись съ проектомъ устава профессиональнаго Общества низшихъ служащихъ Московскихъ университетскихъ клиникъ, больницъ и лѣчебницъ, Правленіе Университета пришло къ заключенію, что не считаетъ себя въ правѣ дать согласіе на утвержденіе этого устава, такъ какъ въ случаѣ его утвержденія Правленіе Университета, а также должностныя лица, которымъ подчинены низшіе служащіе, не могли-бы нести отвѣтственности по исполненію обязанностей, возложенныхъ на нихъ Высочайше утвержденнымъ уставомъ и выработанными на основаніи его правилами. Съ поданнымъ вѣрно. Секретарь Правленія Кезельманъ». Заслушавъ докладъ, Сходка постановила: 1) На основаніи даже только однихъ вышеприведенныхъ документовъ ясно, что заявленіе ректора о томъ, что постановленіе предыдущей Сходки «фактически необосновано», падаетъ само собой. 2) Находить въ объявленіи ректора лишь игру словами «утвердить» и «дать согласіе на утвержденіе». 3) Давши разъ убѣжденіе въ вѣрности той оценки отношеній ректора къ Союзу низшихъ служащихъ, которую она сдѣлала въ резолюціи

отъ 1-го ноября, и считаетъ нужнымъ распространить эту оцѣнку на все Правленіе Университета. Если-же ректоръ публично заявитъ, что онъ лично не былъ согласенъ съ постановленіемъ Правленія (чего, однако, не видно изъ выписки журнала Правленія отъ 26-го октября), то Сходка съ удовольствіемъ возьметъ обратно свой «приговоръ», направленный лично по отношенію къ нему. 4) Протестуетъ противъ выраженія ректора, что Сходка вмѣшалась въ дѣло, «которое ея не касается», во 1-хъ, потому, что основанію и возникновенію Союза низшихъ клиническихъ служащихъ было положено начало на общеклинической Сходкѣ въ октябрѣ прошлаго года, когда студентамъ было предложено однимъ изъ заведующихъ клиниками замѣстить при больныхъ могущихъ забастовать служащихъ и когда студенты, желая избѣжать подобнаго рода конфликтовъ, столь вредно отражающихся на учебномъ дѣлѣ и на больныхъ, рѣшили содѣйствовать болѣе правильной организаціи низшихъ клиническихъ служащихъ; а, во 2-хъ, потому, что Сходка считаетъ себя достаточно компетентной для рѣшенія вопроса, имѣетъ-ли она отношеніе къ тому или другому явленію общественной жизни. 5) Настоящее постановленіе сообщить ректору и просить напечатать газеты, помѣстившія объявленіе г. ректора». (Слѣдуютъ подписи предсѣдателя Сходки и курсовыхъ старостъ). Въ томъ-же засѣданіи Правленія Университета должно было представлено ректору заявленіе учредителей Общества клиническихъ служащихъ. Въ виду того, что учредители измѣнили свое предположеніе въ томъ смыслѣ, что составъ задуманнаго ими Общества долженъ ограничиваться исключительно служащими университетскихъ клиникъ, между тѣмъ какъ первоначально проектировалось образованіе Общества, въ которое могли-бы входить служащіе и другихъ больницъ и лѣчебницъ Москвы, порядокъ утвержденія представленнаго устава, по мнѣнію Правленія, опредѣляется ст. 9 временныхъ правилъ объ Обществахъ и Союзахъ отъ 4-го марта 1906 г. На основаніи этой статьи, уставъ Обществъ, образуемыхъ въ своей средѣ служащими, хотя-бы по вольному найму, въ правительственныхъ учрежденіяхъ, не подлежитъ утвержденію городскихъ по дѣламъ объ Обществахъ Присутствій. По отношенію къ такимъ Обществамъ закономъ устанавливается особый порядокъ, опредѣляемый по каждому вѣдомству соответствующимъ министромъ или главноуправляющимъ. Такъ какъ министромъ народнаго просвѣщенія до настоящаго времени порядокъ утвержденія Обществъ университетскихъ служащихъ не установленъ, то Правленіе рѣшило обратиться въ Министерство съ соответствующимъ представленіемъ по этому предмету и впредь до полученія отвѣта въ разсмотрѣніе устава не входить.

2225. По подсчету «Товарища» (21 ноября), за 7 дней—съ 13-го по 20-ое ноября включительно—по приговорамъ в.пол.суд. судовъ казнены 31 чел., всего-же съ казненными до 13-го ноября 419 чел. (1 Ред.).

2226. Въ напечатанномъ въ «Рѣчи» (18 ноября) краткомъ отчетѣ о засѣданіи Московской судебной Палаты, 17-го ноября, по дѣлу о вооруженномъ возстаніи въ Москвѣ приводится, между прочимъ, слѣдующее показаніе свидѣтеля, врача Ново-Екатерининской больницы, д-ра Кропачева (? Ред.): «Д-ръ Ново-Екатерининской больницы Кропачевъ показалъ, что онъ хорошо знаетъ студ. Кропачева и рѣшительно утверждаетъ, что въ боевой организаціи возстанія онъ не участвовалъ; онъ принималъ дѣятельное участіе въ организаціи санитарныхъ отрядовъ, которые имѣли безпартійный характеръ и одинаково являлись съ медицинской помощью, какъ къ дружинникамъ, такъ и къ раненымъ полицейскимъ и солдатамъ. Между тѣмъ, совершенно иначе поступали войска: д-ру Кропачеву извѣстенъ случай, когда студ. Богословскій, перевязывавшій раненаго солдата на Страстной площади, былъ застрѣленъ войсками; кромѣ того, констатированъ рядъ другихъ фактовъ убійства полицейскими и войсками членовъ санитарныхъ отрядовъ во время подачи послѣдними медицинской помощи».

2227. Арестованы: 15-го ноября въ Петербургѣ, по распоряженію охраннаго отдѣленія, студентъ В.-Медицинской Академіи Н. Пароманъ; 20-го ноября въ Гомелѣ—кандидатъ въ выборщики д-ръ Н. В. Шеболаевъ («Рѣчь», 16 и 21 ноября).

2228. Изъ Вятской губ. высланъ д-ръ А. В. Ивановскій («Сегодня», 16 ноября).

2229. Какъ сообщаютъ «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости», (№№ 15—16), по требованію ген.-губернатора полосы отчужденія, вновь уволенъ въ Боготолъ врачъ А. Г. Нечаевъ, уже уволенный разъ въ январѣ и затѣмъ опять принятый тамъ на службу, съ согласія названнаго губернатора.

2230. «Рѣчи» (18 ноября) телеграфируютъ изъ Смоленска, что бывшій депутатъ Г. Думы д-ръ О. А. Квисковъ былъ избранъ мѣстнымъ Обществомъ врачей вице-президентомъ, но губернаторомъ не утвержденъ. «Общество выразило глубокое негодованіе».

2231. Въ ночь на 17-ое ноября, въ зданіи Московской губернской земской Управы, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (18 ноября), произведенъ былъ обыскъ. Въ 1 часть ночи въ зданіе явились мѣстный приставъ, помощникъ его, нѣсколько околоточныхъ, городовыхъ и штатскихъ. Обыскъ производился съ 1 часа ночи до 5¼ час. утра, въ присутствіи экзекутора Управы и представителя губернской администраціи, во всѣхъ комнатахъ зданія, начиная съ подваловъ и кончая чердакомъ. Въ подвалѣ страхового Отдѣла найдено 8 винтовокъ военнаго образца въ разобранномъ видѣ и 12 штукъ. Всѣ эти вещи завернуты были въ октябрьскіе №№ газетъ текущаго года. Осколками были разбиты стекла въ окнахъ, а также въ дверяхъ.

ключами приглашеннаго слесаря. Найдено нѣсколько брошюръ, признанныхъ нелегальными, и фотографическихъ карточекъ. Всѣ эти вещи забраны полиціей. Полагаютъ, что винтовки и штаны, судя по газетамъ, въ которыхъ они были обернуты, принадлежали и положены въ подвалѣ недавно, а затѣмъ былъ сдѣланъ доносъ о храненіи ихъ въ Управѣ. Въ ту-же ночь обыски произведены у 5 служащихъ губернской земской Управы. Никто изъ нихъ арестованъ не былъ.

2232. Мы только-что сообщали о замѣщеніи вакантныхъ мѣстъ сельскихъ врачей въ Тобольской губ. ссыльными врачами (см. выше, № 45, стр. 1425). Въ Енисейской губ., по сообщенію «Сибирскихъ Врачебныхъ Вѣдомостей» (№ 15—16), дѣло обстоитъ иначе. Не смотря на недостатку врачей и хронически пустующія мѣста, представленіе Енисейскаго врачебнаго инспектора не уважено (см. выше, № 38, стр. 1196) и въ разрѣшеніи замѣщать свободныя мѣста высланными врачами отказано. Такимъ образомъ отказано д-ру Е. И. Козлову (бывшему вице-президенту Общества врачей Енисейской губ. Ред.), который даже живетъ во врачебномъ пунктѣ въ с. Яланскомъ, гдѣ нѣтъ сельскаго врача. Пунктъ пустуетъ; здѣсь-же живетъ врачъ, но онъ не можетъ взять на себя заведываніе амбулаторіей, ибо онъ—высланный!

2233. Въ № 15—16 «Сибирскихъ Врачебныхъ Вѣдомостей» напечатано слѣдующее письмо И. Е. Козлова (см. выше, № 38, стр. 1196) изъ с. Яланскаго отъ 7-го октября: «Обществу врачей Енисейской губ. Изъ напечатаннаго въ «Енисейскомъ Краѣ» отчета о засѣданіи Общества 26-го сентября с. г. я узналъ, что Общество, между прочимъ, постановило выразить сочувствіе В. М. Крутовскому и мнѣ—жертвамъ административнаго произвола. Нравственная поддержка со стороны дорогаго Общества явилась для меня наилучшимъ утѣшеніемъ въ переживаемые мною тяжелые дни и заставляетъ меня бодро переносить выпавшія на мою долю лишенія. Шлю свой привѣтъ и сердечное спасибо дорогимъ товарищамъ. Освѣдомленный о явно недобросовѣстныхъ выступленіяхъ противъ Общества врачей со стороны нѣкоторыхъ представителей городского общественнаго Самоуправленія, я надѣюсь, что Общество врачей, игнорируя пропавшія, воздвигаемая на его пути мѣстными слугами поднимающей голову реакція, будетъ продолжать столь-же плодотворно свое безкорыстное служеніе на благо ближнему».

2234. Намъ пишутъ слѣдующее о тяжѣлѣмъ дѣлѣ, переживаемомъ Пензенскимъ медицинскимъ Обществомъ. Пензенское медицинское Общество постановило бойкотировать 2 мѣста земскихъ врачей, уволенныхъ по требованію губернатора. На одно изъ этихъ мѣстъ, во 2-ой участокъ Пензенскаго уѣзда, поступилъ новый врачъ Васильевъ, у котораго сразу-же возникли обостренныя отношенія съ мѣстнымъ населеніемъ, кончившіяся тѣмъ, что крестьяне стали ему угрожать, если онъ не уйдетъ изъ участка, и даже сожгли у него сѣно. Г. Васильевъ поѣхалъ въ Пензу съ жалобой и подалъ въ отставку. Власти всполошились и отнесли дѣйствія крестьянъ на счетъ постановленія медицинскаго Общества. Вспомнили, что въ одномъ селѣ этого медицинскаго участка была эпидемія тифа, и въ мѣстныхъ «Вѣдомостяхъ» началась травля Общества. Губернаторъ, извѣстный своею дѣятельностью по «Красному Кресту» въ минувшую войну г. Александровскій, рѣшилъ, что такое Общество, которое «оставляетъ» населеніе безъ медицинской помощи во время эпидеміи (ко времени губераторскаго умозаключенія, кстаи сказать, значительно уменьшившейся), есть Общество преступное и терпимо быть не можетъ, призвалъ къ себѣ предсѣдателя Общества д-ра А. В. Генке и въ присутствіи врачебнаго инспектора прямо заявилъ ему, что его, какъ предсѣдателя преступнаго Общества, онъ немедленно высылаетъ изъ Пензенской губ. Изъ послѣдовавшихъ затѣмъ объясненій оказалось, что предсѣдатель Общества какъ разъ и былъ противъ бойкота; но это не остановило губернатора, и онъ сдѣлалъ уступку лишь въ томъ отношеніи, что потребовалъ въ 2 дня собрать Общество и предложить ему отменить свое постановленіе о бойкотѣ. Въ противномъ случаѣ на 3-ій день предсѣдатель Общества будетъ-де высланъ, а самое Общество закрыто. Собственно говоря, населеніе «оставилъ» безъ медицинской помощи самъ губернаторъ, уволивъ врача. Медицинское-же Общество, само собою, ничего не могло имѣть противъ приглашенія на время эпидеміи не только одного временнаго врача, но даже цѣлаго санитарнаго отряда. Бойкоту подвергся врачъ, занявшій постоянное мѣсто въ данномъ участкѣ. Губернаторъ сдѣлалъ видъ, что не понимаетъ этого... Нѣкоторые изъ врачей и общественныхъ дѣятелей обязали членовъ Общества и убѣждали ихъ собраться, хотя-бы и по приказу губернатора, и спасти д-ра Генке. Собраніе состоялось 28-го октября и вышло необыкновенно многочисленнымъ: явились даже такіе члены, которые по многу лѣтъ не дѣлали взносовъ и не участвовали въ Собраніяхъ. Предсѣдатель не пришелъ на засѣданіе; но его взгляды на означенное происшествіе были выяснены въ частномъ разговорѣ наканунѣ. Секретарь отказался отъ исполненія своихъ обязанностей вслѣдствіе принудительнаго характера Собранія. Цѣлый часъ никто не хотѣлъ принять на себя обязанности секретаря. Когда кое-какъ уладили это дѣло, врачебный инспекторъ, поддержанный руководившимъ Собраніемъ товарищемъ предсѣдателя, предложилъ снять бойкотъ не только съ мѣста 2-го участка, но и съ другого мѣста, указывая на то обстоятельство, что, если губернаторъ требуетъ теперь снять бойкотъ только съ мѣста 2-го участка, то это потому, что онъ не знаетъ о другомъ бойкотѣ, а, когда узнаетъ объ этомъ, то придется собираться во 2-ой разъ. Послѣ короткихъ и дов. рѣзкихъ переговоровъ, подавляющимъ большинствомъ рѣшено было говорить

только о бойкоте мѣста 2-го участка, такъ какъ на повѣсткѣ стоялъ лишь одинъ этотъ вопросъ. Занимавшій раньше это несчастное мѣсто д-ръ *Б. И. Фимманъ* заявилъ, что на предшествовавшемъ засѣданіи онъ указывалъ Обществу, что не желаетъ поступать обратно въ Пензенскій уѣздъ, и потому просилъ снять бойкотъ съ этого мѣста; но предѣлательствовавшій на томъ засѣданіи д-ръ *А. В. Генке* не позволилъ ставить его предложеніе на обсужденіе. Теперь д-ръ *Фимманъ* вновь заявляетъ, что на мѣсто своей прежней службѣ онъ не вернется; поэтому, по его мнѣнію, исчезаетъ главный мотивъ для бойкота. Изъ послѣдовавшихъ затѣмъ преній выяснилось, что въ виду категорическаго требованія губернатора и положенія, въ какое поставилъ Общество его предѣлатель, не явившійся на засѣданіе и тѣмъ лишившій Общество возможности получить необходимыя по поводу предмета обсужденія объясненія, центромъ даннаго засѣданія становится вопросъ о томъ, можетъ-ли Общество самолично жертвовать интересами своихъ членовъ? Вѣрно, что оно знало, что дѣлало, постановляя нравственный бойкотъ, что, разъ это постановленіе не было опротестовано ни предѣлательствомъ, ни кѣмъ-либо изъ членовъ, то и несогласные съ нимъ тѣмъ не менѣе принимали на себя всѣ послѣдствія, вытекающія изъ этого постановленія; но, съ другой стороны, ясно, что, настаивая на своемъ прежнемъ постановленіи, Общество рискуетъ своимъ существованіемъ, члены его—быть можетъ, только матеріальной поддержкой пострадавшему предѣлателью; на этого-же послѣдняго обрушатся всѣ послѣдствія насильственной высылки и вѣроятныхъ дальнѣйшихъ преслѣдованій администраціи. Такъ какъ Общество не имѣетъ средствъ заставить администрацію вернуть высланнаго на старое мѣсто, то большинствомъ 19 голосовъ противъ 8 оно постановило—отказаться отъ бойкота мѣста 2-го участка Пензенскаго уѣзда. Предложенія мотивировать свой отказъ и выставить его вынужденный характеръ были отвергнуты потому, что всякая мотивировка носила-бы характеръ протеста, а при переживаемыхъ странною условіяхъ такого рода протестомъ Общество все-равно погубило-бы того, кого хотѣло спасти. Въ самомъ концѣ засѣданія нѣсколько членовъ заявили, что, такъ какъ Общество собирается и отказывается отъ своихъ постановленій по приказу губернатора и подъ давленіемъ угрозъ, то оно дальше существовать не можетъ, и предложили закрыть его до лучшихъ временъ. Предѣлательствовавшій не позволилъ поднимать на этомъ засѣданіи другихъ вопросовъ, кромѣ тѣхъ, которые были означены на повѣсткѣ. Тогда 13 членовъ тотчасъ-же заявили о своемъ выходѣ изъ Общества. Въ слѣдующіе дни къ нимъ присоединилось еще нѣсколько чел. Для небольшого Общества это равносильно закрытію.

2235. «Рѣчи» (17 ноября) телеграфируютъ изъ Ростова н/Д, что въ мѣстной тюрьмѣ политическимъ еще не возвращены постели, вслѣдствіе чего они *спятъ на полу*.

2236. Г-нъ С. въ письмѣ изъ Коломенскаго уѣзда, Московской губ., въ «Русскія Вѣдомости» (19 ноября), характеризуетъ закончившееся 27-го октября въ Коломнѣ очередное земское Собрание, какъ «носившее характеръ политической борьбы» и закончившееся полнымъ «торжествомъ реакціи». Въ изданна слывущемъ за безпощадный, вслѣдствіе личной партійной борьбы, Коломенскомъ уѣздѣ «въ нынѣшнемъ году», пишетъ г. С., эта «личная партійная борьба осложнилась еще политической». Нападки были направлены обычнымъ для теперешнихъ земскихъ Собраній порядкомъ: земские служащіе де-политиканствуютъ; санитарная организація не нужна; врачебный персоналъ по преимуществу представляетъ изъ себя сплоченную корпорацию, съ которой Управѣ по-невозможности приходится считаться; служащіе по найму изъ работниковъ становятся хозяевами, подавая своимъ авторитетомъ избраннымъ Собранію—Управу и т. д. въ томъ-же родѣ. Не забыли указать и на «захватное право» со стороны т. наз. 3-го элемента. Реакціонная партія съ Ю. П. Бареневымъ въ качествѣ лидера выдвигала на должность предѣлателя Управы бывшаго старшаго полицейскаго врача въ Петербургѣ *И. В. Еремьева*, какъ человека, наиболее подходящаго для обсужденія 3-го элемента и искорененія политики. Вообще, по опредѣленію автора, «подавляющее своею численностью въ Собраніи реакціонное большинство, прикрываясь якобы необходимостью борьбы съ политиканствомъ въ земскомъ хозяйствѣ, въ сущности всѣ свои силы направляетъ на то, чтобы уничтожить своихъ политическихъ противниковъ въ Управѣ и вмѣстѣ съ тѣмъ вытравить въ средѣ служащихъ всякое проявленіе самостоятельной мысли, тѣмъ болѣе политической». «Чтобы вѣрнѣе уничтожить старую Управу», продолжаетъ г. С., «была даже образована особая Комиссія для предварительнаго разсмотрѣнія главнымъ образомъ докладовъ медицинскаго и экономическаго. Цѣль ея—«освѣтить нѣкоторыя стороны дѣятельности Управы». Отчетъ этой Комиссіи, въ которую вошли бар. А. А. Крюденеръ-Струве (бывшій членъ Государственной Думы), В. Р. Касторовъ, ген. Тихоновъ, И. Г. Соколовъ, С. Я. Скорняковъ и въ качествѣ предѣлателя *И. В. Еремьевъ* («все гласные, собравшіеся разгромить существующій порядокъ») и его обсужденіе г. С. излагаетъ слѣдующимъ образомъ: «Черезъ день Комиссія представила свой докладъ, въ которомъ по пунктамъ, со ссылками и на страницы врачебно-санитарнаго устава, и на законы, подвергла суровой критикѣ дѣятельность Управы. Комиссія признала, что большіе фактическимъ матеріаломъ, выводами, отличается своею объективностью и вдумчивостью. Далѣе, послѣ цѣлаго ряда суровыхъ указаній на якобы политиканство санитарнаго Совѣта (состоящаго почти исключительно изъ мѣстныхъ врачей и ветерина-

ровъ), Комиссія говоритъ, что вообще «подобная дѣятельность санитарнаго Совѣта совершенно подрываетъ довѣріе населенія къ земскимъ учрежденіямъ. У Земства такъ много своего мѣстнаго дѣла, что пора, наконецъ, заняться имъ серьезно, искренно и честно, покинувъ навсегда политиканство за счетъ земскаго сбора». Строкой ниже п. 1 «Общихъ выводовъ Комиссіи» гласитъ: «Больничное дѣло въ уѣздѣ поставлено прочно, исполняется честно и находится въ хорошихъ рукахъ. Комиссія полагала-бы ходатайствовать передъ земскимъ Собраніемъ выразить справедливое чувство благодарности земскому медицинскому персоналу». Благодарятъ врачей за ихъ честную службу и имъ-же предлагаютъ не политиканствовать, а честно заняться своимъ дѣломъ! Въ обстоятельной рѣчи предѣлатель Управы по пунктамъ далъ отвѣтъ на этотъ докладъ. Насколько всѣ его доводы оказались убѣдительными, можно судить потому, что всѣ предложенія Управы по медицинскому докладу Собраніемъ приняты. Комиссія не только не возражала предѣлателью, но и не «настаивала» на баллотировкѣ своихъ выводовъ, а докладъ ея «принять къ свѣдѣнію». Собраніе единогласно постановило выразить благодарность медицинскому персоналу, по общему поблагодарило и Комиссію за порядокъ. Отъ своего выраженія «пора заняться земскимъ дѣломъ искренно, честно» и пр. Комиссія отказалась. Правда, чрезъ день, слыхавшійся, она чрезъ своего предѣлателя разъяснила, что, отказавшись отъ неудачнаго выраженія, она не отказывается отъ самой мысли. Въ концѣ засѣданія предѣлатель Комиссіи заявилъ, что по экономическому докладу заключенія не будетъ, «за недостаткомъ времени». По всѣмъ другимъ докладамъ предложенія Управы оказались также принятыми. Неудачный исходъ борьбы съ Управой на почвѣ открытаго обсужденія постановки земскаго хозяйства заставилъ противниковъ Управы, по выраженію г. С., перенести эту борьбу въ баллотировочные ящики. Въ результатѣ предѣлательство Управы былъ избранъ А. Р. Касторовъ, бывшій земскій начальникъ. Членами выбраны 2 крестьянина (одинъ изъ нихъ прежній). Въ губерскіе гласные избраны все члены, рѣшительные противники губернской Управы: г. Бартевъ и 3 члена Комиссіи—*Еремьевъ*, Струве и Касторовъ. Такое положеніе дѣла, при которомъ преслѣдующіе политиканство въ земскихъ служащихъ сами руководятся тѣмъ-же политиканствомъ и, отодвигая земское хозяйство на задній планъ, преимущественно заботятся объ устраненіи несогласно мыслящихъ, г. С. признаетъ общимъ и для другихъ уѣздовъ Московской губ. «Только быстрые, рѣшительные реформы», такъ заканчиваетъ онъ свое письмо, «могутъ спасти земское дѣло отъ гибели, которой ему грозитъ узко сословное политиканство, проявившееся не только въ Коломенскомъ, но и въ другихъ уѣздахъ Московской губ.»...

2237. Состоявшій при волномъ экономическомъ Обществѣ глубокоуважаемый Комитетъ по оказанію помощи голодающимъ сообщаетъ слѣдующія свѣдѣнія о размѣрахъ постигшаго Россію несчастія и о дѣятельности губернскихъ Отдѣленій Комитета («Бюллетень» № 11, 8-го ноября 1906 г.). 1) Казанское Отдѣленіе Комитета въ письмѣ своемъ отъ 27-го октября пишетъ: «Отдѣленію пришлось приступить къ оказанію продовольственной помощи очень рано: уже съ начала сентября сего года. Къ такому рѣшенію Отдѣленіе было вынуждено крайне тяжелымъ бѣдственнымъ положеніемъ, переживаемымъ крестьянствомъ Казанской губ. Послѣ недорода 1905 г., губателю отразившагося на убогомъ крестьянскомъ хозяйствѣ, нашу губернію вновь постигъ полный неурожай: не родилось ни озимыхъ, ни яровыхъ хлѣбовъ, ни травъ. Почти повсемѣстно не собрали даже и сѣмянъ. Крестьянамъ несомнѣнно предстояла голодная зима, да при этомъ еще легла на сердце тяжелая дума, какъ засѣять свои узкія надѣльныя полоски. Вѣдь только надежда, что засѣянные поля дадутъ урожай будущимъ лѣтамъ, поддерживаетъ крестьянскую семью въ долготу, мучительно-долготу, голодную зиму. Заботы и опасенія крестьянъ усугублялись тѣмъ, что помощи ни откуда не было: казенное продовольствіе не выдавали, да и выдача сѣмянной ссуды очень запоздала. Въ Тетюшскомъ уѣздѣ, напр., 1-ую половину сѣмянъ выдали числа 15—18-го августа, а 2-ую 4—6-го сентября. При томъ далеко не всегда и качество зерна было удовлетворительное. Нерѣдко получались свѣдѣнія, что всхожесть сѣмянъ едва достигала 40%. Пришлось крестьянину засѣять надѣлы заемными хлѣбomъ, а всѣтаки часть полей осталась незасѣянной, а часть, вслѣдствіе поздняго сѣва, пошла подъ снѣгъ почти черная: озимъ едва-едва успѣла взойти. Все это, конечно, наполняло тревогой сердца крестьянъ, и еще страшнѣе и грознѣе рисовалась имъ предстоящая зима. И вотъ она пришла; пришла неожиданно рано: уже 22-го сентября вывѣшалъ снѣгъ, который, хотя и сошелъ до в. быстро, но окончательно погубилъ жалкую растительность полей, что заставляло прекратить выгонъ скота. Началась усиленная продажа скота, и онъ шелъ за безцѣнкой. Теперь деревня встречаетъ зиму и голодъ на фоне черныхъ полей, а въ раннія, быстро выходящіе сумерки даютъ полную иллюзію вымершаго селенія: не видно въ окнахъ огня, не слышно рѣчей. Деревня замерла подъ тяжестью постигшаго ея голода, передъ ужасомъ ожидающихъ ее болѣзней и мученій. Сколько сотенъ дѣтей стариковъ не досчитается весной деревня! Сколько жавей будетъ исковеркано, надломлено пережитой голодовкой! Какъ будетъ исковеркано, надломлено пережитой голодовкой! Какъ приметъ этотъ изоблѣвшаго, истощенный людъ за такую крестьянскую работу? Гдѣ, въ чемъ найдетъ онъ силы физическія и нравственныя вновь продолжать безконечно-трудную



жизнь полную безпросвѣтной тьмы и нужды? Откуда взять средства, могущія хоть отчасти возстановить разоренное крестьянское хозяйство? Такъ мало удается сдѣлать въ сравненіи съ моремъ нужды, переживаемой деревней, что снова и снова приходится просить о помощи. Она крайне необходима и, кромѣ предупрежденія голодовки, имѣетъ большое моральное значеніе для деревни. Чтобы повясть это вполне, надо видѣть, какъ свѣтлѣютъ лица, какой вздохъ облегченія вырывается изъ пересохшихъ губъ, когда прѣзжаешь въ деревню для открытія столовыхъ и пекаренъ. «Не совсѣмъ еще мы забыты, откликнулись милосердные братья и сестры!» Такъ называютъ крестьяне всѣхъ липъ, благодаря пожертвованіямъ которыхъ оказывается имъ помощь. Казанское Отдѣленіе положительно завалено просьбами о помощи, а средства такъ мало и помочь можно лишь немногимъ. Въ настоящее время Казанское Отдѣленіе начало работать въ 7 уѣздахъ: Тетюшскомъ, Спасскомъ, Чистопольскомъ, Казанскомъ, Лаишевскомъ, Свияжскомъ и Чебоксарскомъ. Относительно Тетюшскаго уѣзда уже имѣются въ Отдѣленіи полныя свѣдѣнія объ оказываемой помощи. Открыты въ 6 селеніяхъ столовые и въ 17—пекарни. Всего въ Тетюшскомъ уѣздѣ помощь оказывается въ 23 селеніяхъ 4153 чел. Что касается другихъ уѣздовъ, то пока еще точныхъ свѣдѣній отсюда не получено и число столующихся можно опредѣлить лишь приблизительно: въ Спасскомъ до 600 чел., въ Лаишевскомъ до 300, въ Казанскомъ 50, Чебоксарскомъ 100, въ Чистопольскомъ 200, и въ Свияжскомъ до 400. Такимъ образомъ ежедневно получаютъ помощь до 5800 чел. Отдѣленіе убѣдительно ходатайствуетъ объ ассигнованіи новыхъ суммъ, такъ какъ, во 1-хъ, необходимо, хотя-бы съ конца ноября, перейти во всѣхъ деревняхъ съ пекарней на столовые, а во 2-хъ, въ Отдѣленіи лежитъ масса неудовлетворенныхъ просьбъ. Прити-же на помощь крайне необходимо, чтобы предотвратить развитіе заболѣваній и хотя-бы отчасти ослабить голодъ и его тяжелыя послѣдствія». —2) Изъ полученныхъ отъ Самарской губернской земской Управы предвѣстительныхъ данныхъ объ урожаѣ хлѣбовъ въ 1906 г. у крестьянъ губернии видно, что въ цѣломъ по губерніи по сравненію съ средними величинами (за 11—12-лѣтній періодъ) урожай текущего года составилъ всего лишь  $\frac{1}{3}$ . Неурожаѣ охватилъ всю губернію. «Мизерный урожай хлѣбовъ въ текущемъ году», пишетъ Управа, «не имѣетъ въ прошломъ, доступномъ нашему наблюденію, примѣровъ. Поразительны были по ничтожности урожая хлѣбовъ въ 1891 и 1893 г.г., но сравнительно они были много выше». «Очевидно, что Самарскую губ. постигъ сильнѣйшій изъ сильнѣйшихъ голодныхъ годовъ и населенію предстоитъ пережить вопиющую продовольственную нужду». —Изъ Самарской-же губ. 26-го октября Комитетомъ получено письмо отъ д-ра Грама, въ которомъ онъ извѣщаетъ объ образованіи въ Самарѣ Отдѣленія Комитета, которое одновременно будетъ и Отдѣленіемъ Московскаго Комитета общественной помощи голодающимъ. Такое объединеніе всѣхъ мѣстныхъ силъ въ одной организаціи было признано наиболее целесообразнымъ и правильнымъ. Отдѣленіе немедленно приступаетъ къ дѣятельности. Населеніе Самарской губ. уже сейчасъ питается суррогатами, и помощь нужна немедленная. Отдѣленіе получило уже около 2000 р. отъ Московскаго Комитета и обращается въ Петербургскій Комитетъ съ просьбой выслать 5000 р. Комитетъ послалъ Самарскому Отдѣленію 3000 р. Послѣ этого отъ д-ра Грама была еще получена телеграмма съ просьбой увеличить ассигновку въ виду расширенія дѣятельности Отдѣленія, открытія новыхъ столовыхъ и обостренія нужды. —Самарскій Комитетъ общественной помощи голодающимъ Самарской губ. обнародовалъ слѣдующее воззваніе: «Въ г. Самарѣ организованъ Комитетъ общественной помощи голодающимъ, какъ мѣстный Отдѣлъ центрального Московскаго и Петербургскаго Комитета. Во главѣ послѣднихъ стоятъ Всероссийское Цирюговское, Московское сельско-хозяйственное и Петербургское вольное экономическое Общества, широко популярныя по общей своей дѣятельности и работающія по борьбѣ съ голодомъ уже въ теченіи ряда лѣтъ. По мѣстнымъ условіямъ Самарскій Комитетъ возобновляетъ лишь дѣятельность Самарскаго частнаго Кружка по оказанію помощи голодающимъ, работавшаго въ 1898—1899 г. Размѣры наступившаго голода далеко оставляютъ за собою всѣ предыдущія голодовки. Уже съ августа мѣсяца наблюдается недоѣданіе крестьянскаго населенія во многихъ мѣстахъ: поднятъ черезъ сѣнь, поднятъ по очереди, примѣняютъ систему «лежанія», какъ средство утоленія голода, поднятъ хлѣбъ съ лебедой, съ железками. Положеніе голодающаго населенія ужасно, и съ каждымъ днемъ по мѣрѣ приближенія суровой зимы оно будетъ ухудшаться. Оно тѣмъ болѣе ужасно, что условія борьбы съ настоящимъ голодомъ исключительно въ слѣдствіе переживаемыхъ нами общихъ событий. Средства помощи въ настоящую голодовку также до крайности ничтожны. Все это, вѣсть взятое, должно вызвать на помощь голодающимъ самыя широкія общественныя слои населенія. Дорога каждая копейка, ибо за 1 р. 50 коп. можно прокормить голодающаго въ теченіи мѣсяца. Самарскій Комитетъ общественной помощи голодающимъ и вызываетъ къ самымъ широкимъ общественнымъ слоямъ о помощи. Граждане! Оборотите всѣ соображенія, думы и размысленія. Прислушайтесь только къ голосу сердца и памятите объ одномъ: Вашимъ братьямъ и сестрамъ грозятъ душевныя и физическія муки, болѣзни и смерть отъ голода, и Ваше сердце Вамъ повелительно скажетъ: Придите на помощь голодающимъ! Помощь будетъ цѣнна, въ какой-бы мѣрѣ и какой-бы формѣ она ни была. Пожертвованія деньгами, пищевыми продуктами, платьемъ просить не будемъ, но адресы Самарскаго Губернскаго земскаго Управы»

казначей Комитета общественной помощи голодающимъ В. К. Ромодановскому». —3) Изъ Уфимской губ. была получена просьба дать возможность открыть столовую въ с. Митрофановкѣ, Мензелянскаго уѣзда, отъ мѣстной учительницы г-жи Дубининой. Комитетъ предполагаетъ въ Уфимской губ. организовать свое Отдѣленіе. Съ этой цѣлью начата переписка съ нѣкоторыми общественными дѣятелями. Пока Отдѣленіе еще не образовалось, постановлено послать г-жѣ Дубининой 200 р. на открытіе столовой. —4) Предсѣдатель Симбирскаго Отдѣленія А. Е. Березовскій сообщалъ Комитету, что неурожаѣ, постигшій Симбирскую губ. въ этомъ году, не менѣе, чѣмъ неурожаѣ 91—92 г., и положение Симбирской губ. въ этомъ году будетъ очень тяжелое. До сихъ поръ помощь благотворительная, правительственная и общеземской организаціи въ губерніи еще не начиналась. Въ прошломъ году Симбирское Отдѣленіе Комитета работало рука объ руку съ общеземской организаціей, и получаемыя отъ Комитета суммы распределялись между членами Отдѣленія—предсѣдателями нѣсколькихъ уѣздныхъ Управъ губерніи въ дополненіе къ средствамъ, полученнымъ ими отъ общеземской организаціи. Наиболее интенсивно помощь изъ средствъ Комитета вольнаго экономическаго Общества оказывалась въ Ардаговскомъ уѣздѣ, гдѣ была наибольшая нужда; въ другихъ-же уѣздахъ нѣкоторые суммы еще остались, и на нихъ будутъ организованы питательные пункты для больныхъ и учащихся дѣтей. Губернскаго Отдѣленія Комитета, какъ постоянно дѣйствующаго учрежденія, сформировать не удалось, и помощь, оказываемая въ уѣздахъ, распределялась отдѣльными членами Комитета, живущими въ разныхъ уѣздахъ, при чемъ къ участию въ заведываніи столовыми были приглашены мѣстные учителя, священники, управляющіе и т. п. При составленіи списковъ нуждающихся принимали участіе и крестьяне, но самостоятельной роли въ организаціи и распределеніи помощи они не принимали. Устройство столовыхъ, какъ показалъ опытъ, — наиболее целесообразная и правильная форма помощи, такъ какъ въ столовые ходятъ лишь самыя нуждающіеся.

2238. Общество больничныхъ врачей въ Петербургѣ избрало делегатомъ въ Комитетъ по оказанію помощи голодающимъ при вольно экономическомъ Обществѣ (см. выше, № 44, стр. 1388), ч. пр. Г. П. Олейникова.

2239. Думскіе врачи Петербурга пожертвовали состоящему при вольномъ экономическомъ Обществѣ Комитету по оказанію помощи голодающимъ 458 р. 16 к. на учрежденіе столовой изъ имени («Говарицы», 22 ноября).

2240. По словамъ «Рѣчи» (18 ноября), на имя министра внутреннихъ дѣлъ поступила отъ крестьянъ с. Баракотъ, Оренбургской губ., слѣдующая телеграмма: «Еще въ сентябрѣ мы просили вспоможенія. Переписка губернскаго Присутствія съ уѣзднымъ Сѣздомъ идетъ. Но помощи нѣтъ; народъ съ голоду болѣетъ. Просимъ помощи голодающимъ» (слѣдуютъ подписи довѣренныхъ).

2241. «Рѣчи» (17 ноября) сообщаютъ изъ Москвы, что кн. Львовъ и Орбелиани, по порученію общеземской организаціи, предприняли объѣздъ мѣстностей, пораженныхъ голодомъ. Кн. Львовъ обследовалъ огромный районъ, пройдя въ 1200 в. на лошадахъ. Вездѣ онъ установилъ страшную нужду. Голодъ причиняетъ ужасающіе результаты. Прямыхъ послѣдствіемъ его являются эпидемическія заболѣванія. По словамъ агентскихъ телеграммъ (отъ 18-го ноября), общеземская организація уже израсходовала всѣ имѣвшіяся у нея средства и не можетъ болѣе продолжать своей дѣятельности.

2242. Какъ передаетъ «Нижегородскій Листокъ» (13 ноября), въ Белевскомъ, Мензелинскомъ и Уфимскомъ уѣздахъ, Уфимской губ., распространяется голодный тифъ. Что творится въ деревняхъ, особенно въ Башкирскихъ, не поддается описанію. «Башкиры давно уже питаются не хлѣбомъ, а суррогатомъ его, который печется изъ скотской посылки. Хлѣбъ этотъ ѣдятъ и дѣти!» Голодный тифъ начинаетъ развиваться и среди крестьянъ. Казанскаго уѣзда, пострадавшихъ отъ неурожаѣ.

2243. «Рѣчи» (21 ноября) пишутъ изъ Воронежа, что въ мѣстную губернскую земскую Управу въ послѣднее время стали поступать изъ уѣздовъ сообщенія о возникшихъ эпидемическихъ заболѣваніяхъ съ просьбами о командированіи врачей или фельдшеровъ. Такъ, на прошлой недѣлѣ Бобровское Земство сообщило объ усилившихся и принявшихъ эпидемическій характеръ заболѣваніяхъ брюшнымъ тифомъ въ с. Березовкѣ и Ивановкѣ; надѣясь получить извѣстіе Богучарской земской Управы объ увеличивающейся эпидеміи дифтеріи въ с. Кантемировкѣ и Марковкѣ; наконецъ, особенно серьезно положеніе дѣлъ въ Задонскомъ уѣздѣ, гдѣ на 100000-ное населеніе—въ слѣдствіе административныхъ репрессій, съ одной стороны, и крайне затруднительнаго финансоваго положенія Земства, съ другой—имѣется всего 1 врачъ въ городскомъ участкѣ и гдѣ на почвѣ недоѣданія свирѣпствуетъ голодный тифъ.

2244. 1-го минувшаго октября въ Кронштадтѣ, какъ намъ сообщаютъ, состоялось 1-ое въ текущемъ акад. году засѣданіе Общества морскихъ врачей и состоялось при совершенно исключительной обстановкѣ: Общество собралось не въ помѣщеніи морскаго госпиталѣ, гдѣ оно засѣдало съ незапамятныхъ почти временъ (Кронштадское морское Общество—одно изъ старѣйшихъ въ Россіи: оно основано въ 1857 г.), а въ залѣ морскаго Собранія. Причиной этой перемѣны мѣста дѣйствія почтеннаго ученаго Общества былъ—какъ-бы Вы думали, читатель!—гнѣвъ мѣстнаго сатрапика, главнаго доктора Кронштадскаго морскаго госпиталѣ, г. Исаева, котораго Общество, состоящее въ большинствѣ изъ полковниковъ, а не полковниковъ, врачей, сѣдѣвшихъ

только о бойкотѣ мѣста 2-го участка, такъ какъ на повѣсткѣ стоялъ лишь одинъ этотъ вопросъ. Занимавшій раньше это несчастное мѣсто д-ръ *Б. И. Фимманъ* заявилъ, что на предшествовавшемъ засѣданіи онъ указывалъ Обществу, что не желаетъ поступать обратно въ Пензенскій уѣздъ, и потому просилъ снять бойкотъ съ этого мѣста; но председательствовавшій на томъ засѣданіи д-ръ *А. В. Генке* не позволилъ ставить его предложеніе на обсужденіе. Теперь д-ръ *Фимманъ* вновь заявилъ, что на мѣсто своей прежней службы онъ не вернется; поэтому, по его мнѣнію, исчезаетъ главный мотивъ для бойкота. Изъ послѣдовавшихъ затѣмъ преній выяснилось, что въ виду категорическаго требованія губернатора и положенія, въ какое поставилъ Общество его председатель, не явившійся на засѣданіе и тѣмъ лишившій Общество возможности получить необходимыя по поводу предмета обсужденія объясненія, центромъ даннаго засѣданія становится вопросъ о томъ, можетъ-ли Общество самолично жертвовать интересами своихъ членовъ? Вѣрно, что оно знало, что дѣлало, постановляя нравственный бойкотъ, что, разъ это постановленіе не было опротестовано ни председателемъ, ни кѣмъ-либо изъ членовъ, то и несогласные съ нимъ тѣмъ не менѣе принимали на себя всѣ послѣдствія, вытекающія изъ этого постановленія; но, съ другой стороны, ясно, что, настаивая на своемъ прежнемъ постановленіи, Общество рискуетъ своимъ существованіемъ, члены его—быть можетъ, только матеріальной поддержкой пострадавшему председателю; на этого-же послѣдняго обрушатся всѣ послѣдствія насильственной высылки и вѣроятныхъ дальнѣйшихъ преслѣдованій администраціи. Такъ какъ Общество не имѣетъ средствъ заставить администрацію вернуть высланнаго на старое мѣсто, то большинствомъ 19 голосовъ противъ 8 оно постановило—отказаться отъ бойкота мѣста 2-го участка Пензенскаго уѣзда. Предложенія мотивировать свой отказъ и выставить его вынужденный характеръ были отвергнуты потому, что всякая мотивировка носила-бы характеръ протеста, а при переживаемыхъ странномъ условіяхъ такого рода протестомъ Общество все-равно погубило-бы того, кого хотѣло спасти. Въ самомъ концѣ засѣданія нѣсколько членовъ заявили, что, такъ какъ Общество собирается и отказывается отъ своихъ постановленій по приказу губернатора и подъ давленіемъ угрозъ, то оно дальше существовать не можетъ, и предложили закрыть его до лучшихъ временъ. Председательствовавшій не позволилъ поднимать на этомъ засѣданіи другихъ вопросовъ, кромѣ тѣхъ, которые были означены на повѣсткѣ. Тогда 13 членовъ тотчасъ-же заявили о своемъ выходѣ изъ Общества. Въ слѣдующіе дни къ нимъ присоединилось еще нѣсколько чел. Для небольшого Общества это равносильно закрытію.

2235. «Рѣчи» (17 ноября) телеграфируютъ изъ Ростова н/Д, что въ мѣстной тюрьмѣ политическимъ еще не возвращены постели, вслѣдствіе чего они спятъ на полу.

2236. Г-нъ С. въ письмѣ изъ Коломенскаго уѣзда, Московской губ., въ «Русскія Вѣдомости» (19 ноября), характеризуетъ закончившееся 27-го октября въ Коломнѣ очередное земское Собрание, какъ «сносившее характеръ политической борьбы» и закончившееся полнымъ «торжествомъ реакціи». Въ издавна слышущемъ за безпокойный, вслѣдствіе личной партійной борьбы, Коломенскомъ уѣздѣ «въ нынѣшнемъ году», пишетъ г. С., «та личная партійная борьба осложнилась еще политической». «Нападки были направлены обычнымъ для теперешнихъ земскихъ Собраній порядкомъ: земскіе служащіе де-политиканствуютъ; санитарная организація не нужна; врачебный персоналъ по преимуществу представляетъ изъ себя сплоченную корпорацию, съ которой Управѣ по-неволѣ приходится считаться; служащіе по найму изъ работниковъ становятся хозяевами, подавляя своимъ авторитетомъ избранныхъ Собраніемъ—Управу и т. д. въ томъ-же родѣ. Не забыли указать и на «захватное право» со стороны т. наз. 3-го элемента. Реакціонная партія съ Ю. П. Бартевымъ въ качествѣ лидера выдвигала на должность председателя Управы бывшаго старшаго полицейскаго врача въ Петербургѣ *И. В. Еремьева*, какъ человѣка, наиболѣе подходящаго для обузданія 3-го элемента и искорененія политики. Вообще, по опредѣленію автора, «подавляющее своею численностью въ Собраніи реакціонное большинство, прикрываясь якобы необходимостью борьбы съ политиканствомъ въ земскомъ хозяйствѣ, въ сущности всѣ свои силы направляетъ на то, чтобы уничтожить своихъ политическихъ противниковъ въ Управѣ и вытѣснить съ тѣмъ вытравить въ средѣ служащихъ всякое проявленіе самостоятельной мысли, тѣмъ болѣе политической». «Чтобы вѣрнѣе уничтожить старую Управу», продолжаетъ г. С., «была даже образована особая Комmissія для предварительнаго разсмотрѣнія главнымъ образомъ докладовъ медицинскаго и экономическаго. Цѣль ея—«освѣтить нѣкоторыя стороны дѣятельности Управы». Отчетъ этой Комmissіи, въ которую вошли бар. А. А. Крюденеръ-Струве (бывшій членъ Государственной Думы), В. Р. Касторовъ, ген. Тихоновъ, Н. Г. Соколовъ, С. Я. Скорняковъ и въ качествѣ председателя *И. В. Еремьевъ* («все главные, собравшіеся разсматривающій порядкомъ») и его обсужденіе г. С. излагаетъ слѣдующимъ образомъ: «Черезъ день Комmissія представила свой докладъ, въ которомъ по пунктамъ, со ссылками и на страницѣ врачебно-санитарнаго устава, и на законы, подвергла суровой критикѣ дѣятельность Управы. Комmissія признала, что болѣничный отчетъ составленъ (самимъ Совѣтомъ) обстоятельно, богатъ фактическимъ матеріаломъ, выводами, отличается своею объективностью и вдумчивостью. Далѣе, послѣ цѣлаго ряда суровыхъ указаній на якобы политиканство санитарнаго Совѣта (состоящаго почти исключительно изъ мѣстныхъ врачей и ветерина-

ровъ), Комmissія говоритъ, что вообще «подобная дѣятельность санитарнаго Совѣта совершенно подрываетъ довѣріе населенія къ земскимъ учрежденіямъ. У Земства такъ много своего мѣстнаго дѣла, что пора, наконецъ, заняться имъ серьезно, искренне и честно, покинувъ навсегда политиканство за счетъ земскаго сбора». Строкой ниже п. 1 «Общихъ выводовъ Комmissіи» гласитъ: «Болѣничный дѣло въ уѣздѣ поставлено прочно, исполняется честно и находится въ хорошихъ рукахъ. Комmissія полагала-бы ходатайствовать передъ земскимъ Собраніемъ выразить справедливое чувство благодарности земскому медицинскому персоналу». Благодарятъ врачей за ихъ честную службу и имъ-же предлагаютъ не политиканствовать, а честно заняться своимъ дѣломъ! Въ обстоятельной рѣчи председатель Управы по пунктамъ далъ отвѣтъ на этотъ докладъ. Насколько всѣ его доводы оказались убѣдительными, можно судить потому, что всѣ предложенія Управы по медицинскому докладу Собраніемъ приняты. Комmissія не только не возражала председателю, но и не «настаивала» на баллотировкѣ своихъ выводовъ, и докладъ ея «принять къ свѣдѣнію». Собраніе единогласно постановило выразить благодарность медицинскому персоналу, по общему поблагодарило и Комmissію за порядокъ. Отъ своего выраженія «пора заняться земскимъ дѣломъ искренно, честно» и пр. Комmissія отказалась. Правда, чрезъ день, спохватившись, она чрезъ своего председателя разъяснила, что, отказавшись отъ неудачнаго выраженія, она не отказывается отъ самой мысли. Въ концѣ засѣданія председатель Комmissіи заявилъ, что по экономическому докладу заключенія не будетъ, «за недостаткомъ времени». По всѣмъ другимъ докладамъ предложенія Управы оказались также принятыми. Неудачный исходъ борьбы съ Управой на почвѣ открытаго обсужденія постановки земскаго хозяйства заставилъ противниковъ Управы, по выраженію г. С., перенести эту борьбу въ баллотировочные ящики. Въ результатъ председателемъ Управы былъ избранъ А. Р. Касторовъ, бывшій земскій начальникъ. Членами выбраны 2 крестьянина (одинъ изъ нихъ прежній). Въ губернскіе гласные избраны все члены, рѣшительные противники губернской Управы: г. Бартевъ и 3 члена Комmissіи — *Еремьевъ*, Струве и Расторовъ. Такое положеніе дѣла, при которомъ преслѣдующіе политиканство въ земскихъ служащихъ сами руководятся тѣмъ-же политиканствомъ и, отодвигая земское хозяйство на задній планъ, преимущественно заботятся объ устраненіи несогласно мыслящихъ, г. С. признаетъ общимъ и для другихъ уѣздовъ Московской губ. «Только быстрые, рѣшительныя реформы, такъ и канчивающія онъ свое письмо, «могутъ спасти земское дѣло отъ гибели, которой ему грозятъ узко сословное политиканство, проявившееся не только въ Коломенскомъ, но и въ другихъ уѣздахъ Московской губ.»...

2237. Состоящій при вольномъ экономическомъ Обществѣ глубокоуважаемый Комитетъ по оказанію помощи голодающимъ сообщаетъ слѣдующія свѣдѣнія о размѣрахъ постигшаго Россію несчастія и о дѣятельности губернскихъ Отдѣленій Комитета («Бюллетень № 11, 8-го ноября 1906 г.»). 1) Казанское Отдѣленіе Комитета въ письмѣ своемъ отъ 27-го октября пишетъ: «Отдѣленію пришлось приступить къ оказанію продовольственной помощи очень рано: уже съ начала сентября сего года. Къ такому рѣшенію Отдѣленіе было вынуждено крайне тяжелыми бѣдственнымъ положеніемъ, переживаемымъ крестьянствомъ Казанской губ. Послѣ недорода 1905 г., губительнаго отразившагося на убогомъ крестьянскомъ хозяйствѣ, нашу губернію вновь постигъ полный неурожай: не родилось ни овса, ни яровыхъ хлѣбовъ, ни травъ. Почти повсемѣстно не собрали даже и сѣмянъ. Крестьянамъ несомнѣнно предстояла голодная зима, да при этомъ еще легла на сердце тяжелая дума, какъ засѣять свои узкія надѣльныя полоски. Въдѣ только надежда, что засѣянные поля дадутъ урожай будущимъ лѣтамъ, поддерживаетъ крестьянскую семью въ долгу, мучительно-долгу, голодную зиму. Заботы и опасенія крестьянъ усугублялись тѣмъ, что помощи ни откуда не было: казенное продовольствіе не выдавали, да и выдача сѣмянной ссуды очень запоздала. Въ Тетюшскомъ уѣздѣ, напр., 1-ую половину сѣмянъ выдали числа 15—18-го августа, а 2-ую 4—6-го сентября. При томъ далеко не всегда и качество зерна было удовлетворительное. Нерѣдко получались свѣдѣнія, что всхожесть сѣмянъ едва достигала 40%. Пришли крестьянину засѣвать надѣлы заемными хлѣбкомъ, и остатки частей полей остались незапаханными, а часть, вслѣдствіе поздняго сѣва, пошла подъ снѣгъ почти черная: озимь едва-едва успѣла взойти. Все это, конечно, наполняло тревогой сердца крестьянъ, и еще страшнѣе и грознѣе рисовалась имъ предстоящая зима. И вотъ она пришла; пришла неожиданно рано: уже 23-го сентября выпалъ снѣгъ, который, хотя и сошелъ до в. быстро, но окончательно погубилъ жалкую растительность полей, тѣмъ заставляло прекратить выгонъ скота. Началась усиленная продажа скота, и онъ шелъ за безцѣнокъ. Теперь деревня встрѣчаетъ зиму въ ужасномъ состояніи: разоренныя крестьянскія усадьбы съ разбитыми крышами, разгороженными дворами сиротливо, угрожающе выглядываютъ на фонѣ черныхъ полей, а въ равнѣ, быстро сгущающіяся сумерки даютъ полную иллюзію вымершаго населенія: не видно въ окнахъ огня, не слышно рѣчей. Деревня замерла подъ тяжестью постигшаго ея голода, передъ ужасомъ ожидающихъ ее болѣзней и мученій. Сколько-ли сотенъ дѣтей, стариковъ не досчитается весной деревня! Сколько жизней будетъ исковеркано, надломлено пережитой голодовкой! Какъ примется этотъ изоблѣвшій, истощенный людъ за таинство крестьянскую работу? Гдѣ, въ чемъ найдеть онъ силы физическія и нравственныя вновь продолжать безконечно-трудную

жизнь полную безпросветной темноты и нужды? Откуда взять средства, могущія хоть отчасти возстановить разоренное крестьянское хозяйство? Такъ мало удастся сдѣлать въ сравненіи съ моремъ нужды, переживаемой деревней, что снова и снова приходится просить о помощи. Она крайне необходима и, кромѣ предупрежденія голодовки, имѣетъ большое моральное значеніе для деревни. Чтобы понять это вполне, надо видѣть, какъ свѣтлѣютъ лица, какой вздохъ облегченія вырывается изъ пересохшихъ устъ, когда прѣзжаешь въ деревню для открытія столовыхъ и пекаренъ. «Не совсѣмъ еще мы забыты, откликнулись милосердные братья и сестры!» Такъ называютъ крестьяне всѣхъ лицъ, благодаря пожертвованіямъ которыхъ оказывается имъ помощь. Казанское Отдѣленіе положительно завалено просьбами о помощи, а средствъ такъ мало и помочь можно лишь немногимъ. Въ настоящее время Казанское Отдѣленіе начало работать въ 7 уѣздахъ: Тетюшскомъ, Спасскомъ, Чистопольскомъ, Казанскомъ, Лаишевскомъ, Свияжскомъ и Чебоксарскомъ. Относительно Тетюшскаго уѣзда уже имѣются въ Отдѣленіи полныя свѣдѣнія объ оказываемой помощи. Открыты въ 6 селеніяхъ столовые и въ 17—пекарни. Всего въ Тетюшскомъ уѣздѣ помощь оказывается въ 23 селеніяхъ 4153 чел. Что касается другихъ уѣздовъ, то пока еще точныхъ свѣдѣній оттуда не получено и число столующихся можно опредѣлить лишь приблизительно: въ Спасскомъ до 600 чел., въ Лаишевскомъ до 300, въ Казанскомъ 50, Чебоксарскомъ 100, въ Чистопольскомъ 200, и въ Свияжскомъ до 400. Такимъ образомъ ежедневно получаютъ помощь до 5800 чел. Отдѣленіе убѣдительно ходатайствуетъ объ ассигнованіи новыхъ суммъ, такъ какъ, во 1-хъ, необходимо, хотя-бы съ конца ноября, перейти во всѣхъ деревняхъ съ пекаренъ на столовые, а, во 2-хъ, въ Отдѣленіи лежитъ масса неудовлетворенныхъ просьбъ. Прити-же на помощь крайне необходимо, чтобы предотвратить развитіе заболѣваній и хотя-бы отчасти ослабить голодъ и его тяжелыя послѣдствія». — 2) Изъ полученныхъ отъ Самарской губернской земской Управы предварительныхъ данныхъ объ урожаѣ хлѣбовъ въ 1906 г. у крестьянъ губерніи видно, что въ цѣломъ по губерніи по сравнению съ средними величинами (за 11 — 12-лѣтній періодъ) урожай текущаго года составлялъ всего лишь  $\frac{1}{4}$ . Неурожай охватилъ всю губернію. «Мизерный урожай хлѣбовъ въ текущемъ году», пишетъ Управа, «не имѣетъ въ прошломъ, доступномъ нашему наблюденію, примѣровъ. Поразительны были по ничтожности урожая хлѣбовъ въ 1891 и 1898 г.г., но сравнительно они были много выше». «Очевидно, что Самарскую губ. постигъ сильнѣйшій изъ сильнѣйшихъ голодныхъ годовъ и населенію предстоитъ пережить вопиющую продовольственную нужду». — Изъ Самарской-же губ. 26-го октября Комитетомъ получено письмо отъ д-ра Грама, въ которомъ онъ увѣдомляетъ объ образованіи въ Самарѣ Отдѣленія Комитета, которое одновременно будетъ и Отдѣленіемъ Московскаго Комитета общественной помощи голодающимъ. Такое объединеніе всѣхъ мѣстныхъ силъ въ одной организаціи было признано наиболее целесообразнымъ и правильнымъ. Отдѣленіе немедленно приступаетъ къ дѣятельности. Населеніе Самарской губ. уже сейчасъ питается суррогатами, и помощь нужна немедленная. Отдѣленіе получило уже около 2000 р. отъ Московскаго Комитета и обращается въ Петербургскій Комитетъ съ просьбой выслать 5000 р. Комитетъ послалъ Самарскому Отдѣленію 3000 р. Послѣ этого отъ д-ра Грама была еще получена телеграмма съ просьбой увеличить ассигновку въ виду расширенія дѣятельности Отдѣленія, открытія новыхъ столовыхъ и обостренія нужды. — Самарскій Комитетъ общественной помощи голодающимъ Самарской губ. обнародовалъ слѣдующее воззваніе: «Въ г. Самарѣ организованъ Комитетъ общественной помощи голодающимъ, какъ мѣстный Отдѣлъ центральнаго Московскаго и Петербургскаго Комитета. Во главѣ послѣднихъ стоятъ Всероссийское Цирюговское, Московское сельско-хозяйственное и Петербургское вольное экономическое Общества, широко популярныя по общей своей дѣятельности и работающія по борьбѣ съ голодомъ уже въ теченіи ряда лѣтъ. По мѣстнымъ условіямъ Самарскій Комитетъ возобновляетъ лишь дѣятельность Самарскаго частнаго Кружка по оказанію помощи голодающимъ, работавшаго въ 1898—1899 г. Размѣры наступившаго голода далеко оставляютъ за собою всѣ предыдущія голодовки. Уже съ августа мѣсяца наблюдается недоѣданіе крестьянскаго населенія во многихъ мѣстахъ: поднятъ черезъ день, поднят по очереди, примѣняютъ систему «лежанія», какъ средство утоленія голода, поднят хлѣбъ съ лебедой, съ железюдами. Положеніе голодающаго населенія ужасно, и съ каждымъ днемъ по мѣрѣ приближенія суровой зимы оно будетъ ухудшаться. Оно тѣмъ болѣе ужасно, что условія борьбы съ настоящимъ голодомъ исключительно вслѣдствіе переживаемыхъ нами общихъ событий. Средства помощи въ настоящую голодовку также до крайности ничтожны. Все это, выѣстъ взятое, должно вызвать на помощь голодающимъ самыя широкія общественныя слои населенія. Дорога каждая копейка, ибо за 1 р. 50 коп. можно прокормить голодающаго въ теченіи мѣсяца. Самарскій Комитетъ общественной помощи голодающимъ и вызываетъ къ самымъ широкимъ общественнымъ слоямъ о помощи. Граждане! Оборотите всѣ соображенія, думы и размышленія. Прислушайтесь только къ голосу сердца и памяуйте объ одномъ: Вашимъ братьямъ и сестрамъ грозятъ душевныя и физическія муки, болѣзни и смерть отъ голода, и Ваше сердце Вамъ повелительно скажетъ: Придите на помощь голодающимъ! Помощь будетъ цѣнна, въ какой-бы мѣрѣ и какой-бы формѣ она ни была. Пожертвованія деньгами, пищевыми продуктами, платящемъ просята, надрывающъ по адресу: Самарскій Губернская земская Управа».

казначее Комитета общественной помощи голодающимъ В. К. Ромодановскому». — 3) Изъ Уфимской губ. была получена просьба дать возможность открыть столовую въ с. Митрофановкѣ, Мензелинскаго уѣзда, отъ мѣстной учительницы г-жи Дубининой. Комитетъ предполагаетъ въ Уфимской губ. организовать свое Отдѣленіе. Съ этой цѣлью начата переписка съ нѣкоторыми общественными дѣятелями. Пока Отдѣленіе еще не образовалось, постановлено послать г-жѣ Дубининой 200 р. на открытіе столовой. — 4) Предсѣдатель Симбирскаго Отдѣленія А. Е. Березовскій сообщилъ Комитету, что неурожай, постигшій Симбирскую губ. въ этомъ году, не менѣе, чѣмъ неурожай 91—92 г., и положеніе Симбирской губ. въ этомъ году будетъ очень тяжелое. До сихъ поръ помощь благотворительная, правительственная и общеземской организаціи въ губерніи еще не начиналась. Въ прошломъ году Симбирское Отдѣленіе Комитета работало рука объ руку съ общеземской организаціей, и получаемыя отъ Комитета суммы распределялись между членами Отдѣленія—предсѣдателями нѣсколькихъ уѣздныхъ Управъ губерніи въ дополненіе къ средствамъ, полученнымъ ими отъ общеземской организаціи. Наиболее интенсивно помощь изъ средствъ Комитета вольнаго экономическаго Общества оказывалась въ Ардаговскомъ уѣздѣ, гдѣ была наибольшая нужда; въ другихъ-же уѣздахъ нѣкоторыя суммы еще остались, и на нихъ будутъ организованы питательныя пункты для больныхъ и учащихся дѣтей. Губернскаго Отдѣленія Комитета, какъ постоянно дѣйствующаго учрежденія, сформированнаго не удалось, и помощь, оказываемая въ уѣздахъ, распределялась отдѣльными членами Комитета, живущими въ разныхъ уѣздахъ, при чемъ къ участию въ завѣдываніи столовыми были приглашены мѣстные учителя, священники, управляютіе и т. п. При составленіи списковъ нуждающихся принимали участіе и крестьяне, но самостоятельной роли въ организаціи и распределеніи помощи они не принимали. Устройство столовыхъ, какъ показала опытъ, — наиболее целесообразная и правильная форма помощи, такъ какъ въ столовые ходятъ лишь самыя нуждающіеся.

2238. Общество больничныхъ врачей въ Петербургѣ избрало делегатомъ въ Комитетъ по оказанію помощи голодающимъ при вольно экономическомъ Обществѣ (см. выше, № 44, стр. 1388), ч. пр. I. П. Олейникова.

2239. Думскіе врачи Петербурга пожертвовали состоящему при вольномъ экономическомъ Обществѣ Комитету по оказанію помощи голодающимъ 458 р. 16 к. на учрежденіе столовой изъ имени («Товарищъ», 22 ноября).

2240. По словамъ «Рѣчи» (18 ноября), на имя министра внутреннихъ дѣлъ поступила отъ крестьянъ с. Бараковъ, Оренбургской губ., слѣдующая телеграмма: «Еще въ сентябрѣ мы просили вспоможенія. Переписка губернскаго Присутствія съ уѣзднымъ Съездомъ идетъ. Но помощи нѣтъ; народъ съ голоду болеетъ. Просимъ помощи голодающимъ» (слѣдуютъ подписи доверенныхъ).

2241. «Рѣчи» (17 ноября) сообщаютъ изъ Москвы, что кн. Львовъ и Орбелиани, по порученію общеземской организаціи, предприняли объѣздъ мѣстностей, пораженныхъ голодомъ. Кн. Львовъ обследовалъ огромный районъ, проѣхавъ 1200 в. на лошадахъ. Вездѣ онъ установилъ страшную нужду. Голодъ принимаетъ ужасающіе результаты. Прямые послѣдствіемъ его являются эпидемическія заболѣванія. По словамъ агентскихъ телеграммъ (отъ 18-го ноября), общеземская организація уже израсходовала всѣ имѣвшіяся у нея средства и не можетъ болѣе продолжать своей дѣятельности.

2242. Какъ передаетъ «Нижегородскій Листокъ» (13 ноября), въ Белевскомъ, Мензелинскомъ и Уфимскомъ уѣздахъ, Уфимской губ., распространяется голодный тифъ. Что творится въ деревняхъ, особенно въ Башкирскихъ, не поддается описанію. «Башкиры давно уже питаются не хлѣбомъ, а суррогатомъ его, который печется изъ скотской посылки. Хлѣбъ этотъ ѣдятъ и дѣти!» Голодный тифъ начинаетъ развиваться и среди крестьянъ. Казанскаго уѣзда, пострадавшихъ отъ неурожая.

2243. «Рѣчи» (21 ноября) пишутъ изъ Воронежа, что въ мѣстную губернскую земскую Управу въ послѣднее время стали поступать изъ уѣздовъ сообщенія о возникшихъ эпидемическихъ заболѣваніяхъ съ просьбами о командированіи врачей или фельдшеровъ. Такъ, на прошлой недѣлѣ Бобровское Земство сообщило объ усилившихся и принявшихъ эпидемическій характеръ заболѣваніяхъ брюшнымъ тифомъ въ с. Березовкѣ и Ивановкѣ; надѣясь получено извѣстіе Богучарской земской Управы объ увеличивающейся эпидеміи дифтеріи въ с. Кантемировкѣ и Марковкѣ; наконецъ, особенно серьезно положеніе дѣлъ въ Задонскомъ уѣздѣ, гдѣ на 100000-ное населеніе—вслѣдствіе административныхъ репрессій, съ одной стороны, и крайне затруднительнаго финансоваго положенія Земства, съ другой — имѣется всего 1 врачъ въ городскомъ участкѣ и гдѣ на почвѣ недоѣданія свирѣпствуетъ голодный тифъ.

2244. 1-го минувшаго октября въ Кронштадтѣ, какъ намъ сообщаютъ, состоялось 1-ое въ текущемъ акад. году засѣданіе Общества морскихъ врачей и состоялось при совершенно исключительной обстановкѣ: Общество собралось не въ помѣщеніи морскаго госпиталя, гдѣ оно засѣдало съ незапамятныхъ почти временъ (Кронштадское морское Общество—одно изъ старѣйшихъ въ Россіи: оно основано въ 1857 г.), а въ залѣ морскаго Собранія. Причиной этой перемѣны мѣста дѣйствія почтеннаго ученаго Общества былъ—какъ-бы Вы думали, читатель! — гнѣвъ мѣстнаго сатрапика, главнаго доктора Кронштадтскаго морскаго госпиталя, г. Исеева, котораго Общество, состоящее въ большинствѣ изъ полчищенныхъ ему по госпиталю врачей, осмѣ-



лось, вопреки установившимся традициям, не почитать на этот год избранимъ въ свои предѣдѣтели. Inde igitur... изгнание строптивыхъ изъ помѣщенія госпитала, «подвѣдомственного» оскорбленному въ своихъ лучшихъ чувствахъ его начальнику, своего рода Кеерикско сѣченіе разбушевавшегося моря! Наука и Татъ-Титычовское «вдраву моему не прелятству!»; автономія и властные Держиморды!... Когда-же, наконецъ, и у насъ такіа сопоставленія будутъ вызывать лишь снисходительную улыбку къ чему-то грубому, но уже давно прошедшему и поросшему быльемъ?

2245. На возбужденное нѣсколькими жителями гор. Николаева ходатайство разрѣшить имъ открыть *Общество скорой врачебной помощи* восполѣдовала, какъ намъ сообщаютъ, слѣдующая мудрая резолюція мѣстнаго начальства: «Уставъ будетъ утвержденъ лишь въ томъ случаѣ, если въ него будетъ введенъ такой §: Наличное число членовъ Правленія должно состоять изъ 1/2 евреевъ и 1/2 христианъ; число врачей, подающихъ помощь, также изъ 1/2 евреевъ и 1/2 христианъ; председатель Правленія, его товарищъ и секретарь должны быть всѣ христиане».

2246. Въ годовомъ засѣданіи хирургическаго Общества въ Москвѣ, 10-го октября, избраны *въ составъ Бюро* на предстоящій акад. годъ товарищемъ председателя — проф. П. И. Дьяконовъ, секретарями — чч. пр. Р. И. Вениковскій и Н. И. Напалковъ, казначеемъ — проф. Ф. А. Рейнъ, библиотекаремъ — В. П. Зеренинъ («Хирургія», ноябрь).

2247. *Завѣдующими отдѣлами «Медицинскаго Обзорника»* на 1907 г. въ засѣданіи Общества русскихъ врачей въ Москвѣ 20-го октября избраны: *отдѣломъ хирургіи* — проф. А. В. Мартыновъ, *внутреннихъ болѣзней* — ч. пр. Л. Е. Голубининъ, *фармакологіи и терапевтики* — проф. С. И. Чирвинскій, *врачебнаго быта* — Д. Н. Жбанковъ, *общественной медицины* — В. Ф. Смирновъ, *основныхъ медицинскіхъ наукъ* — И. М. Разманиновъ, *акушерства и гинекологіи* — Л. Н. Варнекъ, *дѣтскихъ болѣзней* — проф. Н. С. Корсаковъ, *нервныхъ и душевныхъ болѣзней* — П. А. Преображенскій («Медицинское Обозрѣніе», т. 66, № 21).

2248. Намъ сообщаютъ, что Министерство финансовъ изъявило готовность удовлетворить возбужденное еще въ прошломъ году Киевскимъ городскимъ Управленіемъ ходатайство разрѣшить ввести тамъ *больничныи сборъ* лишь на слѣдующихъ условіяхъ: 1) размѣръ сбора долженъ быть не 1 р. 25 к., а 1 р., при чемъ уплата его допускается въ 2 срока; 2) сборъ можетъ быть введенъ лишь послѣ увеличенія числа безплатныхъ кроватей въ городскихъ больницахъ до 300; 3) расходуетъ онъ можетъ быть исключительно на больничное дѣло.

2249. П. М. Петровымъ, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (16 ноября), по духовному завѣщанію отказано въ пользу гор. Москвы 36000 р. на *содержаніе хроническихъ больныхъ* въ городскихъ больницахъ. Сумма эта уже внесена въ Управу душеприказчика покойнаго.

2250. Въ статьѣ «Къ больничному вопросу» за подписью «Бывшій пациентъ» въ «Тульской Рѣчѣ» (18 ноября) описывается *постройка городской Ванькинской больницы*, «какъ образецъ того, какъ не слѣдуетъ вести дѣла». «...Много лѣтъ тому назадъ покойный Тульскій купецъ Д. Ванькинъ завѣщалъ городу капиталъ въ 300000 р. на постройку и содержаніе больницы его имени, съ условіемъ однако, что, если въ теченіи 3-хъ лѣтъ городъ не приступитъ къ постройкѣ, капиталъ отбирается и душеприказчики должны взять все дѣло въ свои руки. Время шло; годъ за годомъ уходили, а думскія Комиссіи все что-то обсуждали, входили въ какія-то сношенія съ разными персонажами медицинскаго и строительнаго міра, и къ концу рокового 3-лѣтія, чтобы не упустить капитала изъ рукъ города, городская Управа выстроила, для соблюденія условія завѣщанія, сторожку и заборъ. А между тѣмъ городъ страшно нуждался въ медицинскій помощи: единственная на 120000-ный городъ городская земская больница отказывала въ пріемѣ больныхъ вследствие чрезмѣрнаго переполненія; душу раздирающія сцены происходили въ ея амбулаторіи среди больныхъ, изгоняемыхъ, за неимѣніемъ мѣста, на улицу. Можетъ быть, по этой именно причинѣ, а, можетъ быть, и по другимъ на больницу эту и ея порядки постоянно изъ года въ годъ раздавались серьезныя жалобы: санитарное состояніе дворовъ, службъ, разныхъ приспособленій, да и самыхъ палатъ оставляло желать очень и очень многого; въ городѣ складывалось мнѣніе о больницѣ, почти какъ объ очагѣ заразы: изоляція больныхъ разныхъ категорій другъ отъ друга не достигалась; стоками своихъ отбросовъ больница, дѣйствительно, заражала рѣку; система ассенизаціи была первобытная; какъ больные, такъ и медицинскій персоналъ жаловались на хроническія желудочныя заболѣванія отъ пищи, изготовляемой въ больницѣ; плохой уходъ за больными, распышенность при- слуги и полное отсутствіе административно-хозяйственнаго надзора. Земство не могло, да и не очень желало тратить большія суммы, на которыя можно было поставить больницу въ уровень современныхъ требованій науки, мотивируя свой отказъ тѣмъ, что больницей пользуется преимущественно городское населеніе. Городская Дума все думала, а дѣло стояло. Наконецъ, постройка больницы медленно пошла впередъ, и вотъ Тула получила увѣренность, что въ текущемъ году городъ получитъ хорошо обставленную больницу съ примѣненіемъ болѣе или менѣе совершенныхъ условій какъ пребыванія въ ней больныхъ, такъ и ихъ леченія. Между прочимъ, изъ числа новинки санитаріи въ этой больницѣ предполагается впервые въ Тулѣ примѣнить биологическій способъ обеззараживанія нечистоты. Оказалось, — долго ждали, придется и еще подождать 1/2-года. Больница, хотя и почти готова, но въ состояніи будетъ открытъ

пріемъ больныхъ только къ лѣту»... Авт. совершенно правъ, приписывая подобное веденіе дѣла той «уродливой постановкѣ» городского самоуправления, каковая имѣется у насъ въ Россіи: исторія постройки Ванькинской больницы есть въ томъ же времени исторія построекъ большинства нашихъ городскихъ больницъ.

2251. По словамъ «Одесскаго Листка» (14 ноября), Одесса, какъ то явствуетъ изъ доклада завѣдующаго мѣстными городскимъ санитарнымъ Бюро д-ра Н. П. Васильевскаго о теченіи скарлатины въ этомъ городѣ, *занимаетъ по смертности отъ этой болѣзни 1-ое мѣсто*. За послѣдніи 15 лѣтъ (по 1905 г. исключительно) зарегистрировано было въ Одессѣ 20817 заболѣваній и 3793 смертныхъ случая отъ скарлатины; въ среднемъ на 1 годъ приходится 1388 заболѣваній и 253 смертныхъ случая отъ нея. Въ текущемъ году, когда болѣзнь эта получила особое развитіе, за 9 мѣсцевъ (по 30-е сентября с. г.) уже зарегистрировано 1146 заболѣваній и 193 смертныхъ случая.

2252. Киевская городская Дума, въ виду усиленія въ городѣ *эпидеміи возвратнаго тифа*, постановила ассигновать на орг- глашеніе для борьбы съ эпидеміей временнаго врачебнаго персонала 500 р. Мѣстный губернаторъ призналъ однако, по словамъ «Кіевскаго Голоса» (14 ноября), эту сумму недостаточной и предложилъ городскому головѣ внести, кромѣ того, на об- ставленіе Думы вопросъ о наймѣ помѣщенія, куда можно было-бы перевести часть больныхъ изъ городской больницы.

2253. Какъ передаетъ «Современная Мысль» (14 ноября), больница с. Александровки, Ростовскаго округа, *1/2-года остается безъ врача*. Десятки тысячъ населенія — безъ врачебной помощи.

2254. По поводу обѣтъшаго недавно всѣ общія газеты извѣстія о *фабрикаціи подложныхъ имманентныхъ свидѣтельствъ* въ 2-хъ частныхъ Кіевскихъ гимназіяхъ для поступленія на зубо-врачебные курсы «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 15-16) подчеркиваютъ *участіе «въ этихъ имманентныхъ» и врачей*: «Поставщики свидѣтельствъ, среди которыхъ главную роль играли владѣльцы мѣстныхъ гимназій — Артемьевъ и Новицкій, преподаватели духовной семинаріи Смирновъ, имѣющій право на открытіе гимназій, и администраторъ зубо-врачебной школы приватъ-доцента Жука Гольденбергъ, пользовались несомнѣннымъ покровительствомъ помощника врачебнаго инспектора Подра- зана. Компания эта имѣла большой штатъ агентовъ, которые въ поискахъ клиентов не только вступали въ переговоры со всѣми пріихавшими въ Кіевъ держащими экзамены при какой-нибудь гимназіи, но и разбѣжались для этой цѣли по провинціи. Дѣятельность ея настолько расширилась, что изъ 3000 учащихся мѣстныхъ зубо-врачебныхъ школъ и фельдшерскихъ курсовъ — большинство съ поддѣльными свидѣтельствами. Во всей этой исторіи интереснѣе всего загадочная роль врачебной инспекціи. Гимназій Артемьевой и Новицкаго не пользовались правами правительственныхъ гимназій, а, слѣд., и правами поступленія на курсы; что же касается г. Смирнова, то онъ и не открывалъ гимназій. Такимъ образомъ школы не могли не знать, съ какими свидѣтельствами онѣ имѣютъ дѣло. Боясь ответственности, онѣ при пріемѣ такихъ учащихся каждый разъ запрашивали врачебную инспекцію, хотя этого и не требовалось по уставу... Продлившись поставщиковъ учениковъ и ученицъ для зубо-врачебныхъ школъ ни для кого не были тайной. Объ этомъ не только говорили, но и писали открыто. Въ майской книжкѣ «Зубо-врачебнаго Вѣ- стника» было напечатано письмо врача Ажорскаго, въ которомъ онъ заявилъ: «Въ одномъ изъ крупнѣйшихъ городовъ Юго-За- паднаго края нашей обширной Россіи есть гимназія частная, но съ правами, гдѣ за небольшую сумму въ 100—150 р. легко по- лучить свидѣтельство за 6 классовъ, даже не экзаменуясь, съ надписью (исключеніе изъ общаго правила) «для поступленія въ зубо-врачебную школу». Несмотря на все это, врачебная инспекція скромно молчала. И только недавно началась ревизія». По словамъ «Кіевской Рѣчи» (11 ноября), въ настоящее время это прискорбное дѣло приняло слѣдующее направленіе. Дознаваніемъ мѣстной администраціи выяснено, что «никакого учебнаго за- веденія с. с. Смирнова въ Кіевѣ не существовало, въ виду чего лица, поступившія въ зубо-врачебныя школы по свидѣтельствамъ этого несуществовавшего учебнаго заведенія, подлежатъ уволь- ненію. 9-го ноября Кіевскій врачебный инспекторъ д-ръ Сулима увѣдомилъ владѣльцевъ зубо-врачебныхъ школъ, что всѣ такіа лица, согласно распоряженію Кіевскаго губернатора, должны быть безотлагательно уволены, а списки ихъ представлены въ Присутствіе по воинской повинности. За выдачу же незакон- ныхъ свидѣтельствъ изъ несуществовавшего учебнаго заведенія с. с. Смирновъ привлекается прокурорскимъ надзоромъ къ от- вѣтственности». — А участвовавшіе «въ гнусностяхъ», по указанію «Сибирскихъ Врачебныхъ Вѣдомостей» врачи — неужели отка- чаются и останутся «въ предѣлахъ досягаемости»?

2255. Для руководства въ обстоятельствахъ, тождественныхъ нижеописаннымъ, товарищамъ, полагаемъ, нелишне будетъ ознако- миться съ *истодомъ иска домохозяйки къ д-ру Петерману*, какъ онъ изложенъ въ «Новомъ Обозрѣніи» (11 ноября), по во- воду освобожденія д-ромъ П. до конца контракта квартиры вслѣдствіе командировки на Д. Востокъ. Дѣло это разбиралось 10-го ноября въ гражданскомъ отдѣленіи Одесскаго окружнаго Суда. До отъѣзда изъ Одессы д-ръ Петерманъ занималъ адресъ по контракту на 2 года большую квартиру. Не нуждаясь, вѣ- зъздѣ главы, въ такой квартирѣ, семья его вышла, и это об- стоятельство и послужило поводомъ къ предъявленію иска въ суммѣ 1680 р., недоплаченныхъ до окончанія срока найма. На Судѣ повѣренный отъѣзжача доказывалъ неправомерность иска и указалъ на то, что призывъ на службу по требованію военныхъ властей является однимъ изъ тѣхъ основаній, которыми, по за-



кову, освобождают от исполнения договора. Повѣренный домо-  
владѣльца оспаривалъ эти доводы и находилъ, что д-ръ *Петер-  
манн* могъ быть освобожденъ отъ контракта, если-бы находился  
на службѣ постоянно или былъ переведенъ въ другой городъ;  
между тѣмъ д-ръ *Петерманн* былъ въ отсутствіи короткое вре-  
мя. Кромѣ того, квартиру д-ръ *Петерманн* нанималъ не лично  
для себя, а для семьи. Окружной Судъ удовлетворилъ искъ по-  
лностью.

2256. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 15—16) приво-  
дятъ расчетъ «Сибирской Мысли», во что обходится подго-  
товка фельдшера въ Омской фельдшерской школѣ? За 15 лѣтъ  
своего существованія Омская фельдшерская школа дала То-  
больской губ. всего лишь 22 фельдшера; отпускалось-же на нее  
изъ земскихъ суммъ Тобольской губ. по 19570 р. въ годъ, итого  
за 15 лѣтъ отпущено 143550 р.; такимъ образомъ стоимость подго-  
товки 1 фельдшера Тобольской губ. равна 6525 р. Если-бы  
эти деньги тратились на стипендіатовъ врачей съ обязательной  
службой въ губерніи, то, считая по 400 р. въ годъ, въ 4 года  
1600 р.—вмѣсто 1 фельдшера, можно было-бы имѣть 4-хъ врачей.

2257. Какъ слышала «Новая Газета» (19 ноября), нѣкоторымъ  
Петербургскимъ благотворительнымъ Обществамъ *разрѣшено  
открыть аптеки*.

2258. Въ больницѣ для чернорабочихъ въ Кіевѣ *попысились* на  
спинкѣ кровати больной-старикъ, 60 л. («Кіевская Рѣчь», 13 но-  
ября).

2259. Съ 11-го по 18-ое октября на о. св. Маврикія забо-  
лѣли чумой 28 чел.; смертныхъ случаевъ было 21. («The Lan-  
cet», 27 октября).

2260. «Medical Record» (13 октября) приводитъ данныя объ  
общемъ числѣ врачей. Всѣхъ врачей насчитывается 228234; изъ  
нихъ 162333—въ Европѣ, гдѣ они распределяются такимъ обра-  
зомъ: въ Англіи 34967, въ Германіи 2518, въ Россіи 21489, во  
Франціи 20348, въ Италіи 18245. На 100000 населенія въ Англіи  
приходится 78 врачей, во Франціи 51, въ Турціи 18.

2261. «The Medical Age» (10 октября) указываетъ, что число  
изучающихъ медицину во Франціи за послѣдніе годы значи-  
тельно сокращается. Въ 1906 г. студентовъ медиковъ почти на  
1100 чел. меньше прошлагодняго; кромѣ того, число иностран-  
цевъ, изучающихъ медицину въ этой странѣ, съ 1137 въ 1905 г.  
упало до 604 въ текущемъ. Послѣднее явленіе объясняется  
предъявленіемъ болѣе строгихъ требованій, первое—скорѣе всего  
перепроизводствомъ.

2262. Въ Torino началъ издаваться подъ редакціей проф. *Gig-  
lio-Tos* новый періодическій журналъ «*Biologica*». Годовая цѣна  
его для заграничныхъ подписчиковъ 18 лиръ.

2263. Какъ сообщаетъ «Medical Record» (13 октября), д-ръ  
*Neisser* получилъ отъ Германскаго правительства 100000 мар.  
на продолженіе изысканій по сифилису въ Батавіи.

2264. «The Lancet» (20 октября) сообщаетъ о крупной суммѣ  
въ 470000 ф. ст., поступившей въ разныя врачебныя учрежде-  
нія Англіи послѣ смерти *Ad'm Lewis-Hill*, вдовы извѣстнаго  
своею благотворительностью *S. Lewis'a*.

2265. Директоръ центральнаго Управленія по общественному  
призрѣнію во Франціи г. *Messigeur* собралъ в. интересные дан-  
ныя о постепенномъ ростѣ тамъ за истекшее 19-ое столѣтіе по-  
жертвованій на нужды больницыю дѣла. Приводимъ ихъ по  
«*Gazette des hôpitaux*» (22 ноября). Съ 1804 по 1814 г. посту-  
пило пожертвованій 210658 фр.; съ 1817 по 1830 г. ежегодное  
поступленіе ихъ колебалось въ предѣлахъ 700000—800000 фр.;  
съ 1831 по 1848 г. сумма пожертвованныхъ капиталовъ соста-  
вила уже 4.130500 фр.; съ 1849 по 1865 г. она превысила  
9.000000 фр.; къ 1878 г. достигла 22.000000, а къ 1892 г. пре-  
высила 48.000000 съ ежегодными доходами въ 3.500000 фр.;  
наконецъ, съ 1892 по 1905 г. ежегодный доходъ Управленія по  
общественному призрѣнію съ пожертвованныхъ капиталовъ и  
имуществъ достигъ 4.000000 фр. при капиталѣ въ 56.000000 фр.  
За одинъ 1906 г. поступило новыхъ пожертвованій болѣе  
18.000000 фр. Цифры эти краснорѣчиво говорятъ не только объ  
увеличивающемся богатствѣ Франціи, но и о рѣзко поднявшемъ-  
ся тамъ за столѣтіе уровнѣ чувствъ общественности. У насъ, къ  
сожалѣнію, статистикъ, подобныхъ вышеприведенной, не ведется.

2266. Поднятый проф. *Poirier* въ Парижской медицинской  
Академіи вопросъ объ учрежденіи во Франціи *Лиги для борь-  
бы съ ракомъ* (см. выше, № 44, стр. 1391) приобрѣтаетъ себѣ  
все болѣе и болѣе сторонниковъ. Въ Парижѣ въ настоящее вре-  
мя образовался Комитетъ (подъ предѣлительствомъ проф.  
*Duplay*, при секретарѣ проф. *Poirier*), въ составъ котораго  
вошли всѣ наиболѣе выдающіеся французскіе ученые и врачи,  
представители всѣхъ высшихъ медицинскихъ учреждений и нѣ-  
сколько крупныхъ банкировъ съ *Rotschild'*омъ во главѣ. При та-  
кихъ условіяхъ, весьма понятно, скоро будетъ собранъ немалый  
капиталъ, и Франція въ дѣлѣ разработки означеннаго вопроса  
займетъ подобающее ей мѣсто.

2267. Еще новое средство противъ рака оказалось никуда  
негоднымъ. «The Medical Age» (10 октября) сообщаетъ, что въ  
London'ской больницѣ для раковыхъ больныхъ опыты леченія  
болѣзны трипсиномъ дали неблагоприятные результаты. По-  
добно-же результаты, повидимому, получены и въ нѣкоторыхъ  
другихъ больницахъ London'a, хотя опыты въ нихъ пока про-  
должаются.

2268. Секретарь Международной Конференціи по борьбѣ съ  
бугорчаткой проф. *Rammstedt* (Charlottenburg) проситъ обратить  
вниманіе нашихъ читателей на *Капарскіе острова* и въ особен-  
ности на о. *Тенерифъ* (не далеко отъ Марокко), какъ на одинъ  
изъ главныхъ пунктовъ распространенія бугорчатки, и

земномъ шарѣ, гдѣ въ настоящее время устроены всевозможныя  
приспособленія для зимняго пребыванія выздоравливающихъ.  
Къ сожалѣнію, отдаленность и въ особенности цѣны въ мѣст-  
номъ роскошномъ отелѣ дѣлаютъ этотъ уголокъ доступнымъ  
лишь богатымъ.

2269. «The Medical Age» (25 октября) сообщаетъ о назначеніи  
д-ра *Pollitt's'a* начальникомъ тюрьмы въ Münster'ѣ (Пруссія).  
Это—1-ое назначеніе въ такомъ родѣ въ Германіи.

2270. Въ тюрьмахъ Англіи за годъ, окончившійся 31-го марта с.  
г., пребывали 217336 чел., при чемъ въ среднемъ заключенныхъ  
было постоянно 18288—15377 мужчинъ и 2911 женщинъ. По  
извлеченію изъ отчета, помѣщенному въ «The Lancet» (27 октя-  
бря), видно, что изъ заключенныхъ умерли 112 чел., изъ кото-  
рыхъ 16 были казнены, 9 кончили самоубійствомъ, 2 умерли  
отъ случайныхъ и 85 отъ естественныхъ причинъ. Наибольшее  
число изъ послѣдней группы (16) погибли отъ бугорчатки. Ду-  
шевнобольныхъ было 129, изъ коихъ 73 были больны при по-  
ступленіи и 27 заболѣли въ 1-ый мѣсяцъ заключенія.

2271. Въ помѣщенномъ въ «L'Echo médical du Nord» (18  
ноября) отчетѣ о происходившемъ въ Saint-Gall 1-го іюня те-  
кущаго года засѣданіи Международнаго Союза судебной за-  
щиты рабочихъ («Association internationale pour la protection  
légale des travailleurs») сообщается о постановленіи назван-  
наго Собранія способствовать тѣмъ или инымъ путемъ осу-  
ществленію слѣдующихъ мѣръ въ цѣляхъ систематической борьбы  
съ опасностями отравленія промышленными ядами: 1) Обязать  
пользующихъ врачей и больничныя администраціи доводить до  
свѣдѣнія компетентныхъ властей о всѣхъ случаяхъ отравленія  
промышленными ядами. Трудъ врачей по подачѣ извѣщенія дол-  
женъ быть оплаченъ. 2) Въ странахъ, гдѣ существуютъ обяза-  
тельное страхование отъ болѣзней, обезпечить безусловную не-  
зависимость врачей, состоящихъ при сопровождающихся выдѣ-  
леніемъ ядовъ или связанныхъ съ примѣненіемъ послѣднихъ  
производствахъ и промыслахъ, отъ хозяевъ этихъ предпріятій.  
3) Наставлять, чтобы о предпріятіяхъ, связанныхъ съ производ-  
ствомъ или примѣненіемъ ядовъ, ихъ хозяевами дѣлались надѣ-  
лающія заявленія. 4) Указать Кассамъ обезпеченія на случай  
болѣзни и Обществамъ взаимопомощи, что они должны, въ соб-  
ственныхъ интересахъ, уделять особое вниманіе тѣмъ изъ своихъ  
членовъ, которые работаютъ въ предпріятіяхъ, вырабатываю-  
щихъ или примѣняющихъ яды; они должны вести особый под-  
счетъ заболѣваемости такихъ рабочихъ и итоги сообщать ин-  
спекторамъ работъ для привлеченія послѣднихъ къ энергичной  
борьбѣ съ причинами отравленій. 5) Способствовать болѣе вни-  
мательному изученію въ медицинскихъ школахъ промышленныхъ  
отравленій и организаціи особыхъ курсовъ для ознакомленія  
молодыхъ врачей съ важностью промышленной гігіены и преду-  
прежденія профессиональных болѣзней. 6) Для обезпеченія  
дѣйствительнаго надзора надъ предпріятіями, вырабатывающими  
или примѣняющими яды, настаивать на необходимости учреж-  
денія, кромѣ должностей выше упомянутыхъ пользующихъ вра-  
чей, еще должностей врачей-инспекторовъ, специально освѣдо-  
ченныхъ въ вопросахъ фабричной гігіены. 7) Озаботиться объ  
установленіи продолжительности рабочаго дня для каждого  
угрожающаго возможностью отравленія производства въ зависи-  
мости отъ ядовитости вырабатываемыхъ или примѣняемыхъ при  
этомъ ядовъ.

2272. Въ Румыніи вводится законъ, запрещающій всту-  
пать въ бракъ лицамъ, страдающимъ падуцей, бугорчат-  
кой легкихъ и невылѣченнымъ сифилисомъ («The Medical Age»,  
25 октября).

2273. Американцы по-немногу становятся сторонниками *един-  
ства мѣры*: по сообщенію «The Medical Age» (25 октября),  
съ 1-го января 1907 г. для катетеровъ, бужей и зондовъ бу-  
детъ примѣняться исключительно французская скала, о чемъ  
американское хирургическое инструментальное Общество и увѣ-  
домляетъ врачей.

2274. Развѣтіе машиннаго производства рѣзко отразилось въ  
Англіи на ветеринарныхъ врачахъ. Тогда какъ до появленія  
автомобилей въ London'ѣ находили работу 6000 ветеринаровъ,  
въ настоящее время только 300 изъ нихъ имѣютъ занятія въ  
столицѣ Англіи («The Medical Age», 25 октября).

2275. Умерли: 1) 11-го ноября, въ Одессѣ, *Михаилъ  
Павловичъ Симоновичъ*, родившійся въ 1848 г., а званіе  
врача получившій въ 1875 г. «Новое Обозрѣніе», (14-го  
ноября), откуда мы почерпнули это извѣстіе, сообщаетъ,  
что покойный былъ извѣстенъ въ Одессѣ, какъ специа-  
листъ по нервнымъ болѣзнямъ, и ранѣе состоялъ ордина-  
торомъ психіатрическаго отдѣленія Одесской городской  
больницы. — 2) 14-го ноября, въ Одессѣ, *Моисей Алек-  
сандровичъ Юзюловичъ* («Одесскія Новости», 15 нояб-  
ря), родившійся въ 1842 г., а званіе врача получившій  
въ 1871 г. Покойный прослужилъ около 35 лѣтъ ордина-  
торомъ Одесской еврейской больницы; въ послѣдніе  
годы состоялъ старшимъ врачомъ ея. Въ 1895 г. *М. А.*  
заразился во время операціи гноероіемъ, и ему уда-  
лены были 2 пальца. — 3) *Филиппъ Павловичъ Ни-  
колаевъ* («Сегодня», 13 ноября), родившійся въ 1843 г.,  
а званіе врача получившій въ 1868 г.—4) Въ Варшавѣ  
*Іосифъ Маврикевичъ Янковскій* («Хроника lekarska», 15  
ноября), родившійся въ 1838 г., а званіе врача получив-  
шій въ 1862 г.

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

## МЕСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Русские.

Обозрѣніе психіатріи, нейрологіи и экспериментальной психологіи, 1906 г., февраль. 1. А. Ф. Мальцевъ. О децентрализации психіатрической помощи вообще и для Полтавской губ. въ частности. Взглядъ автора, подтверждаемый мнѣніями 22 русскихъ психіатровъ. 2 В. М. Вехтеревъ. О своеобразіи психозовъ, развивающихся на почвѣ хроническаго порожненія обонятельнаго органа (паросмозренія) 5 случаевъ. 3. Е. П. Радивъ. Истерическій сколіозъ въслѣдствіе односторонняго ссаженія мускулатуры спины. 1 случай. 4. Д. М. Пуссепъ. Вліяніе табачнаго дыма и никотина на мозговое кровообращеніе. Исслѣдованіе на собакахъ.

Мартъ. 1. М. С. Доброворотскій и В. М. Вехтеревъ. О расторженіи брака по сумасшествію. При душевной болѣзни одного изъ супруговъ, продолжающейся не менѣе 3 лѣтъ, здоровый супругъ имѣетъ право требовать отъ суда (съ участіемъ экспертовъ психіатровъ) развода. 2. В. М. Нарбутъ. Психологическая лабораторія психіатрической клиники въ Гиссенѣ. (22 рис.). 3. В. В. Срезневскій. Объ измѣненіи колынаго рефлекса подъ вліяніемъ испуга, вызваннаго выстрѣломъ. Испугъ укорачиваетъ время рефлекса и усиливаетъ его интенсивность.

Хирургія, 1906 г., май. 1. Н. И. Кеферъ. О леченіи острыхъ гнойныхъ воспаленій венозной иннервацией по способу Bier'a. 18 случаевъ. 2. Онъ же. Къ вопросу о хирургическомъ леченіи гнойнаго плеврита. 3 случая, закончившіеся выздоровленіемъ. 3. Th. Tuffier. Лѣченіе инертности предстательной железы. Рѣчь, сказанная на международномъ съѣздѣ въ г. Лиссабонѣ. 4. С. Ф. Чижъ. Кровяное вращеніе застарѣлыхъ травматическихъ вывиховъ бедра. 3 случая удачнаго лѣченія.

Іюнь. 1. М. С. Бѣляковъ. Къ вопросу о распознаваніи и леченіи анѣризмъ сосудовъ. 3 случая. 2. В. М. Минцъ. Кровоточивость при аппендицитѣ. 5 случаевъ. 3. Н. Верезиговскій. О ракъ полового члена, распознаваніе и лѣченіе. 4. І. М. Ингалъ. О леченіи тупой и ограниченной подвижности суставовъ гимнастикой и массажемъ. 17 удачныхъ случаевъ (1 рис.).

## ЕЖЕНЕДЕЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Нѣмецкіе.

Berliner klinische Wochenschrift, № 23. 1. A. Pick. Bemerkungen zur Pathologie der Akroparästhesie. Описание случая. 2. B. Milchner und W. Wolff. Bemerkungen zur Frage der Leukotoxinbildung durch Röntgenbestrahlung. Разъясненіе. 3. E. Holländer. Zur Behandlung der Schleimhauttuberkulose. 4. A. Meyer. Zur nasalen Behandlung der Epiphora. Лѣченіе слезоточенія при помощи носовой операціи. 5. L. Kast. Experimenteller Beitrag zum Mechanismus der Magensekretion nach Probenfrühstück. (Окончаніе). 6. Praktische Ergebnisse. L. Mohr. Einiges zur Pathologie und Therapie der Arteriosklerose. (Окончаніе). 7. Levin. Zur Kenntniss der Migränvergiftung. Случай отравленія. 8. F. Kaliski. Eine Modifikation der Gerhardt'schen Eisenchloridprobe auf Acetessigsäure im Harn. 9. E. Weiss. Beitrag zur Messung der Hauttemperatur. 10. C. Pariser. Die Homburger Dälen. 11. H. Sieveking. Die Radioaktivität der Mineralquellen. (Не окончена).

№ 24. 1. H. Beitzke. Ueber Spirochaete pallida bei angeborener Syphilis. Кауинетическій матеріалъ. 2. L. Rabinowitsch. Die Beziehungen der menschlichen Tuberkulose zu der Perlaucht des Rindes. 3. M. Rheinboldt. Zur Fettsuchtbehandlung mit Schilddrüse. О лѣченіи ожирѣнія препаратами щитовидной железы. 4. I. Ipsen. Untersuchungen über primäre Tuberkulose im Verdauungskanal. Авторъ нашелъ въ 50% всѣхъ вскрытій первичную бугорчатку кишечника. 5. P. Huebschmann. Spirochaete pallida (Schaudinn) und Organerkrankung bei Syphilis congenita. Описание случая. 6. L. Loeb. Ueber Sarkomatentwicklung bei einem drüsenartigen Mäusetumor. 7. H. Sieveking. Die Radioaktivität der Mineralquellen. (Окончаніе). 8. J. v. Szabóhy. Ueber Konzentrationsveränderungen des Harnes und des Blutes nebst Darreichung verschiedener Mineralwässer. (Не окончена).

№ 25. 1. J. Orth. Das pathologische Institut zu Berlin. Рѣчь, читанная при открытіи Института. 2. F. Krause. Zur Kenntniss der Meningitis serosa spinalis. Описание случая. 3. Warnekros. Ueber die Ursachen des frühzeitigen Verlustes der Zähne. 4. Popper. Zur Behandlung der Impotenz beim Manne. Авторъ экспериментально и клинически могъ подтвердить дѣйствіе препарата Muiracithin'a на напряженіе полового члена. 5. E. Schlesinger. Der therapeutische und symptomatische Wert der Lumbalpunktion bei der tuberkulösen Meningitis der Kinder. Повторными проколами (черезъ 3—5 дней), при чемъ вытекающая значительная количественная жидкость, устраняетъ

предотвратить появленіе судорогъ. 6. Praktische Ergebnisse. L. Kuttner. Zur Diagnose des Magencarcinoms. (Не окончена). 7. J. v. Szabóhy. Ueber Konzentrationsveränderungen des Harnes und des Blutes nebst Darreichung verschiedener Mineralwässer. 8. Stemmler. Ueber den Wert der Inhalation frei veratmeter Flüssigkeit bei der Behandlung des chronischen Bronchialkatarrhs. Дѣйствіе распыленныхъ жидкостей влечается въ увеличеніи секреціи. 9. F. Kisch. Wie reagiert der normale Zirkulationsapparat auf natürliche Kohlensäurebäder? О вліяніи углекислыхъ ваннъ на кровообращеніе. 10. Tuszkai. Physiologische Versuche mit Moorbädern. Исслѣдованіе дѣйствія грязевыхъ ваннъ.

№ 26. 1. E. Lesser. Die Stellung der Dermatologie in der Medizin. Рѣчь, при открытіи новой клиники. 2. H. Oppenheim und M. Borchardt. Ueber 2 Fälle von erfolgreich operierter Rückenmarkshautgeschwulst. 3. C. A. Ewald. Leukämie ohne leukämisches Blut. Описание случая. 4. Kammann. Das Fieber und seine Serumbehandlung. Авторъ выступаетъ защитникомъ препарата проф. Dunbar'a. 5. S. Jacoby. Die Gonorrhöbehandlung mit Stauungshyperämie. 6. L. Kuttner. Zur Diagnose des Magenkarzinoms. Краткій обзоръ.

№ 27. 1. H. Leo. Ueber Hyperämiebehandlung der Lungentuberkulose. О лѣченіи легочной бугорчатки по Bier'y. 2. H. Kümmell. Ueber moderne Nierenchirurgie, ihre Diagnose und Resultate. (Не окончена). 3. M. Bernhardt. Zur Pathologie der Basedowschen Krankheit. Описание 2-хъ интересныхъ случаевъ. 4. J. Brodzki. Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten des Blutdruckes bei Urannephritis und über den Einfluss der Nahrung bei verschiedenen Nephritisarten. Экспериментальныя исслѣдованія надъ 25 кроликами. 5. C. A. Ewald. 1) Fall von geheiltem Lymphosarkom. 2) Syphilitische Pfortaderthrombose. 3) Fälle chronischer Ruhr, unter dem Bilde eines Malignenkarzinoms verlaufend. Кауинетическій матеріалъ. 6. B. Salge. Einige Bemerkungen über die Therapie der Skrofulose. Польза береговъ сѣвернаго моря при лѣченіи золотухи.

№ 28. 1. K. Bonhoeffer. Ueber die Bedeutung der Jackson'schen Epilepsie für die topische Hirndiagnostik. 2. A. Hoffa. Ueber Röntgenbilder nach Sauerstoffeinblasung in das Kniegelenk. На примѣрахъ показано, насколько вдуваніе кислорода облегчаетъ распознаваніе. 3. A. W. Alf-Eisner und A. Rosenbaum. Ueber das Verhalten von Organrezeptoren bei der Analyse, speziell der tetanusbindenden Substanz des Gehirns. Бактеріологическое исслѣдованіе. 4. L. Kast. Rückläufige Strömung in der Speiseröhre als Erklärung der belegten Zunge. 5. P. Bodari. Zur Frage der Heilbarkeit der chronischen Gastritis. Авторъ доказываетъ излѣчивость хроническаго гастрита. 6. H. Kümmell. Ueber moderne Nierenchirurgie, ihre Diagnose und Resultate. (Продолженіе). 7. Praktische Ergebnisse. Kettner. Ueber Kleinkaliberschussverletzungen. О пораненіяхъ малокалиберными пулями.

№ 29. 1. E. Martin. Die Behandlung des Puerperalfiebers mit Antistreptokokkenserum. Благоприятные результаты при примѣненіи сыворотки Menzer'a. 2. M. Hirsch. Die Einwirkung des Vierzellenbades auf den Blutdruck. 3. G. Rosenfeld. Fett und Kohlenhydrate. 4. C. A. Blume. Zur bakterioskopischen Frühdiagnose der Lungentuberkulose. 5. H. Kümmell. Ueber moderne Nierenchirurgie, ihre Diagnose und Resultate. (Окончаніе). 6. Praktische Ergebnisse. U. Friedemann. Ueber Staubbeseitigung. Объ устраненіи пыли.

№ 30. 1. T. A. Venema. Ueber Agglutination von Bakterien der Typhusgruppe durch Galle. Желчь не имѣетъ непосредственнаго вліянія на склеиваемость бактерій. 2. H. Oppenheim. Ueber einen bemerkenswerten Fall von Tumor cerebri. Описание излѣченнаго операціей случая. 3. H. Much und P. H. Römer. Ueber belichtete Perhydrasemilch. О вліяніи свѣта на обработанное по способу авторовъ перекисью водорода молоко. (Не окончена). 4. E. Weinstein. Ueber die Grundlagen und Anwendung der Wright'schen Opsonintheorie. Авторъ съ успѣхомъ лечилъ по способу Wright'a Аснѣ и чирьи. 5. I. Spraeher. Ein Beitrag zur Auffassung des Diabetes insipidus und zu seiner Behandlung mit Strychnin. Попытка теоретическаго объясненія дѣйствія стрихнина при псахарномъ мочеизнуреніи. 6. J. Heller. Ueber Syphilis der Caruncula sublingualis. Описание случая. 7. Praktische Ergebnisse. H. Beitzke. Ueber experimentelle Krebsforschung. Краткій очеркъ.

№ 31. 1. E. Friedberger und C. Moreschi. Ueber die Antiamboceptoren gegen die komplementophile Gruppe des Amboceptors. Бактеріологическое исслѣдованіе. 2. L. Kast. Zur theoretischen und praktischen Bedeutung Head'scher Zonen bei Erkrankungen der Verdauungsorgane. (Не окончена). 3. E. B. W. Frank. Ueber Arhovin. Авторъ признаетъ Arhovin полезнымъ при лѣченіи триппера. 4. H. Eckstein. Paraffinjektionen und Implantationen bei Nasen und Gesichtsplastiken. Кауинетическій матеріалъ. 5. H. Much und P. H. Römer. Ueber belichtete Perhydrasemilch. (Окончаніе).

Д-ръ С. В. Владиславлевъ.  
Редакторы Проф. В. В. Подвысоцкій.

СЛXXXVI. Изъ пропедевтической хирургической клиники проф. М. С. Сувотина въ В.-Медицинской Академии.

## Къ вопросу о раненіяхъ селезенки.

Ч. пр. Н. Н. Петрова.

Раненія селезенки по сравнению съ закрытыми поврежденіями этого органа считаются большою рѣдкостью. Въ распространенныхъ руководствахъ по частной хирургіи можно найти о нихъ лишь нѣсколько словъ, совершенно недостаточныхъ для того, чтобы опознаваться въ тѣхъ сложныхъ отношеніяхъ, которыя создаются на практикѣ раненіями глубоко-лежащаго и кровоточиваго органа. Въ русской печати имѣется, наряду съ нѣсколькими казуистическими сообщеніями, дов. обширная работа д-ра М. М. Крюкова, появившаяся въ 1901 г.; въ ней собрано 16 случаевъ раненій селезенки, подвергнутыхъ оперативному леченію. Нѣмецкія монографіи *Berger'a* и *Schaefer'a*, вышедшія въ 1902 г., дали уже матеріалъ въ 3 слишкомъ десятка такихъ случаевъ; мнѣ же удалось собрать ихъ 76. На основаніи этого матеріала и въ связи съ 2-мя собственными случаями, наблюдавшимися мною въ лѣтнихъ баракахъ клиническаго военного госпиталя я и думаю представить обзоръ вопроса о раненіяхъ селезенки.

Не смотря на сравнительную рѣдкость такихъ раненій клиническое значеніе ихъ немаловажно; дѣйствительно, это—раненія, обыкновенно тяжелыя, почти всегда сопровождающіяся раненіемъ сосѣднихъ органовъ и вскрытіемъ 2-хъ большихъ полостей—брюшной и грудной.

**Топографія.** Для правильной оцѣнки такихъ раненій, для леченія, не только избавляющаго отъ немедленной смерти, но и обезпечивающаго отъ тяжелыхъ послѣдствій въ будущемъ, необходимо прежде всего ознакомиться съ дов. сложной топографіей селезеночной области. Этой цѣли должны служить нижеприводимые рисунки, заимствованные мною изъ руководства *Merkel'a*.

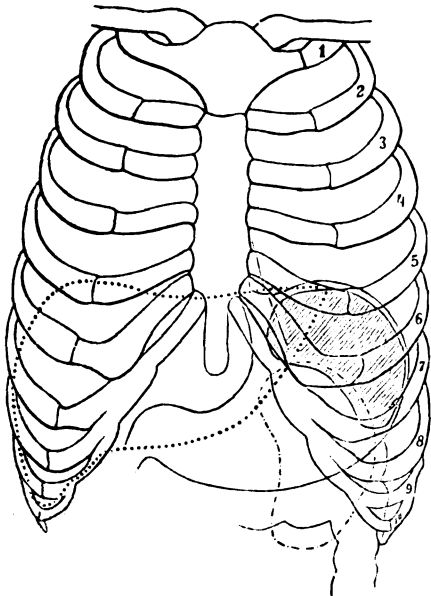


Рис. 1. Схематическое изображеніе отношенія селезенки къ передней поверхности грудной кѣтки и къ органамъ живота, по *Merkel'ю* (*Handbuch der topographischen Anatomie*, т. II. Рис. 122 и 172).

По отношенію къ скелету грудной кѣтки селезенка лежитъ такъ, что соответствуетъ пространству между 8-мъ и 10—11-мъ ребрами; при взглядѣ же на грудную кѣтку спереди она проецируется на 5—7—8-ое ребра. Направленіе продольной оси селезенки, по изслѣдованію *Picou*, почти горизонтальное; верхній полюсъ ея на живомъ человѣкѣ отстоитъ отъ средней линіи тѣла на 8 см., между тѣмъ какъ на трупѣ онъ почти вполнѣ подходит къ позвоночнику. Отношеніе селезенки къ лѣвому легкому таково, что послѣднее при наибольшомъ вдыхѣ прикрываетъ до  $\frac{2}{3}$  органа (см. рис. 2); что же касается отношенія селезенки къ лѣвой плеврѣ, то здѣсь указанія анатомовъ различны. По *Merkel'ю* селезенка не опускается ниже края т. наз. плевральной паузы (*sinus pleurae*; см. рис. 2 и 3), и поэтому всякое раненіе, проникающее въ селезенку со стороны грудной кѣтки, должно пройти черезъ лѣвую плевру; *Waldeyer* (по *Schaefer'у*) полагаетъ, что нижній край селезенки нѣсколько выдается за запасное пространство плевры. По *Picou* и *Schaefer'у* селезенка находится въ тѣхъ же отношеніяхъ къ легкому и плеврѣ, какъ и въ нормальномъ состояніи.

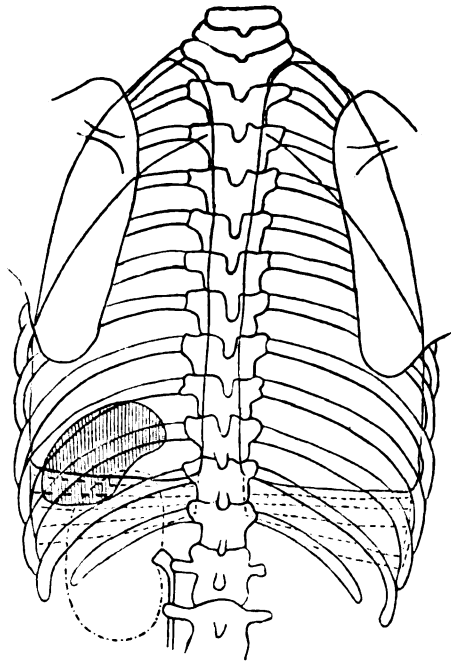


Рис. 2. Схематическое изображеніе отношенія селезенки къ задней поверхности грудной кѣтки, къ легкому и къ плеврѣ, по *Merkel'ю*. (Рис. 123 и 174).

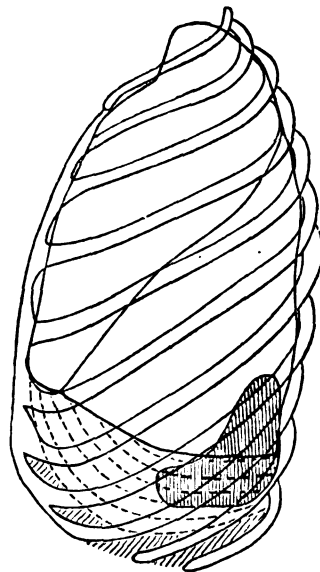


Рис. 3. Схематическое изображеніе отношенія селезенки къ боковой по верхности грудной кѣтки, къ легкому и къ плеврѣ, по *Merkel'ю*. (Рис. 125 и 175).

на всѣхъ поперечныхъ распилахъ, проходящихъ черезъ селезенку, изображена и плевра (см. ч. III, тетр. 3, табл. 3—8); наоборотъ, среди фронтальныхъ распиловъ попадаются рисунки, изображающіе нижній край селезенки за предѣлами плевральной мѣшки (см. ч. II, тетр. 2 В, табл. 2, рис. 1 и 4). Такія противорѣчія не будутъ удивлять насъ, если мы вспомнимъ, что селезенка—органъ подвижный, сжимающійся при дыханіи, при перемѣнѣ положенія тѣла, при наполненіи желудка и поперечной ободочной кишки (*Picou*). За предѣлы грудобрюшной преграды селезенка можетъ выходить только въ тѣхъ, уже патологическихъ, случаяхъ, когда край ея выдается за реберную дугу. Слѣд., при нормальномъ состояніи органа всѣ раненія его, имѣющія входное отверстіе на грудной кѣткѣ, прободаютъ грудобрюшную преграду и почти всѣ проникаютъ черезъ плевру. Эти обстоятельства существенны для вопроса о леченіи разбираемыхъ поврежденій, и мнѣ еще придется къ нимъ вернуться.

Чрезвычайно существенно отношеніе селезенки къ другимъ органамъ брюшной полости. Какъ извѣстно, на селезенкѣ различаютъ 3 поверхности: грудобрюшно-преградную, желудочную и почечную, откуда явствуетъ непосредственное прилеганіе селезенки къ грудобрюшной преградѣ, желудку, лѣвымъ почкѣ и надпочечнику. Кромѣ того, къ воротамъ селезенки подходитъ хвостъ поджелудочной железы, а впереди ея располагается селезеночный изгибъ ободочной кишки (*Plexus lienalis coli*, см. рис. 1).

Изъ этого краткаго анатомическаго обзора нельзя не усмотрѣть, что селезенка со всѣхъ сторонъ прилегаетъ къ

важнымъ для жизни органамъ и что раненіе ея, сопровождающееся раненіемъ однихъ только покрововъ живота, должно представлять исключительную рѣдкость. Дѣйствительно, какъ это будетъ видно ниже, обособленные раненія селезенки описаны въ крайне ничтожномъ числѣ случаевъ.

**Этиологія.** Среди раненій селезенки обыкновенно приходится имѣть дѣло съ огнестрѣльными и колоторѣзанными ранами ея; гораздо рѣже встрѣчаются колото-рваные раны, нанесенныя рогами жвачныхъ животныхъ (быковъ); наконецъ, особнякомъ слѣдуетъ поставить раненія селезенки, случайно наносимыя хирургами, во время производства какихъ-либо операций въ брюшной полости.

Огнестрѣльные раны селезенки главнымъ образомъ наблюдаются на театрѣ военныхъ дѣйствій (см. старыя статистики Mayer'a, Edler'a, а также болѣе новыя Berger'a и Schaefer'a); однако, повидимому, лишь въ немногихъ изъ такихъ случаевъ больные подвергаются оперативному лѣченію. Въ отчетахъ о брюшныхъ операцияхъ за послѣднюю русско-японскую войну мнѣ не удалось найти описаній случаевъ раненія селезенки (см. «В.-Медицинскій Журналъ», 1905—1906 гг.). За англо-бурскую войну описано нѣсколько такихъ случаевъ Mac-Cormac'омъ и Treves'омъ. За американскія экспедиціи на Филиппины Robinson вкратцѣ упоминаетъ о 4-хъ оперированныхъ имъ больныхъ съ поврежденіями селезенки. По всей вѣроятности, большинство селезеночныхъ раненій на войнѣ оканчивается смертью на полѣ сраженія; нѣкоторые-же раненые, получившіе поврежденіе изъ малокалибернаго ружья на значительномъ разстояніи, выздоравливаютъ безъ всякой оперативной помощи. Направленіе пулевого хода у нѣкоторыхъ выздоровѣвшихъ солдатъ (см. статью д-ра Руковица, сл. 6, 10 и др.) не оставляетъ сомнѣній въ томъ, что у нихъ была пробита и селезенка. Несомнѣнно также, что многие случаи изъ практики военного времени остаются неописанными.

Изъ огнестрѣльныхъ поврежденій селезенки въ мирное время на первомъ мѣстѣ стоятъ раненія ея при попыткахъ къ самоубійству, при чемъ выстрѣлъ, направленный въ сердце, попадаетъ ниже, и пуля ранитъ селезенку. Входное отверстіе въ этихъ случаяхъ располагается обыкновенно въ 5—6-мъ межреберьяхъ влѣво отъ грудины, выходное—въ области 9—12-го реберъ на спинѣ.

Колоторѣзанные раны селезенки считаются наиболѣе рѣдкими \*). Онѣ наносятся ножами, кинжалами, штыками и при томъ почти всегда сбоку черезъ нижнія межреберья лѣвой стороны. Извѣстенъ одинъ случай (Madelung'a), гдѣ колотая рана помѣщалась на уровнѣ 4-го межреберья и проникала въ селезенку. Ниже приводимая таблица показываетъ мѣстоположеніе входныхъ отверстій огнестрѣльныхъ и колоторѣзанныхъ ранъ, проникавшихъ въ селезенку.

**Мѣстоположеніе раны при поврежденіяхъ селезенки.**

	Всего случаевъ, гдѣ даны соотвѣтствующія указанія.	Входное отверстие на грудной клѣткѣ.	Входное отверстие на животѣ.
Огнестрѣльн. раны	34	21	13
Колоторѣзан. раны	25	23	2

**Патологическая анатомія.** Поврежденія селезенки при огнестрѣльныхъ и колото-рѣзанныхъ ранахъ чрезвычайно разнообразны—отъ простыхъ гладкихъ проколовъ и надрѣзовъ, какими представляется большинство ранъ отъ холоднаго оружія до полныхъ размозженій и отрывовъ цѣлыхъ

частей органа въ зависимости отъ огнестрѣльныхъ ранъ, нанесенныхъ на близкомъ разстояніи сильнобольшимъ оружіемъ; впрочемъ, и при огнестрѣльныхъ раненіяхъ селезенки попадаются случаи съ небольшимъ нарушеніемъ цѣлости органа въ видѣ сквозной раны (сл. Tiffany) или даже въ видѣ нетронутаго раненія съ застрѣваніемъ пули въ веществѣ селезенки (сл. Roeser'a).

Первостепенное значеніе при селезеночныхъ раненіяхъ имѣютъ сопутствующія раненія другихъ органовъ брюшной и грудной полости. На приложенной таблицѣ видна относительная частота важнѣйшихъ изъ этихъ раненій.

**Сопутствующія раненія при поврежденіяхъ селезенки.**

	всего случаевъ, гдѣ имѣются соотвѣтствующія указ.	плевры и грудобр. преграды	лѣваго легкаго	желудка и кишечника	лѣвой почки
Огнестрѣльн. раны.	37	24	5	22	4
Колоторѣзанные раны.	26	22	2	2	1

Представленные здѣсь данныя почти соответствуютъ тѣмъ, что получены Berger'омъ и Schaefer'омъ на основаніи подсчета болѣе крупныхъ цифръ, относящихся ко всѣмъ вообще описаннымъ раненіямъ селезенки, при которыхъ операціи не дѣлались. Такъ, Berger на 106 огнестрѣльныхъ ранъ селезенки опредѣляетъ раненіе грудобр. преграды въ 70%, легкаго въ 34%, печени и желудка въ 42,5%, и т. д. Schaefer на 71 случай такихъ-же ранъ нашелъ поврежденія грудобр. преграды въ 56, плевры въ 50, желудка и кишечника въ 38 и т. д.; изъ 17 колоторѣзанныхъ ранъ въ 14 были задѣты грудобр. преграда и плевры.

Такимъ образомъ почти всѣ колоторѣзанные раны селезенки сопровождаются вскрытіемъ грудобр. преграды и плевры; наоборотъ, поврежденія кишечника попадаются при этомъ рѣдко. При огнестрѣльныхъ-же раненіяхъ % поврежденій грудобр. преграды и плевры значительно ниже, но зато очень часты сопутствующія раны кишечника, и отъ этого отчасти зависитъ гораздо болѣе высокая смертность отъ огнестрѣльныхъ ранъ по сравненію съ колоторѣзанными.

Случаевъ пораненія одной только селезенки безъ сопутствующихъ поврежденій органовъ живота, грудобр. преграды и плевры мнѣ удалось найти только 5—3 огнестрѣльныхъ (Feielitz, Michaux) и 3 колоторѣзанныхъ (Заринскій, Bernhard, Рабиновичъ). Такъ какъ всѣ эти случаи окончились выздоровленіемъ, то возможность нераспознаннаго раненія какого-либо брюшного органа не вполне исключена.

**Признаки.** Описаніе клинической картины раненій селезенки приходится начать съ указанія на отсутствіе особыхъ признаковъ, характерныхъ именно для этихъ раненій. Патогномоническимъ признакомъ проникающаго раненія брюшной полости можетъ служить выпаденіе изъ раны сальника; признакъ этотъ, какъ нетрудно усмотрѣть изъ приводимыхъ ниже краткихъ исторій болѣзней, весьма рѣдко сопровождается колоторѣзанными ранами селезенки. При огнестрѣльныхъ-же ранахъ ея его почти никогда не бываетъ. Общія клиническіе признаки, развивающіеся при раненіяхъ органовъ брюшной полости и зависящіе отъ прониканія въ нее несвойственнаго ей содержимаго, сопровождаются и селезеночными ранами. Здѣсь слѣдуетъ упомянуть прежде всего о ригидности брюшныхъ мышцъ, «défense musculaire» французовъ, характеризующей начало перитонита и служащей вѣрнымъ распознавательнымъ признакомъ для ранней ступени его развитія. Само происхожденіе этого признака, зависящаго отъ повышенной чувствительности воспаленной брюшины, объясняется какъ его непостоянство при раненіяхъ селезенки. Если нѣтъ или пока еще нѣтъ раздраженія брюшины, не будетъ и ригидности брюшныхъ мышцъ. Въ казуистикѣ будутъ приведены указанія какъ на рѣзкую ригидность брюшныхъ мышцъ [Graf, Hotchkiss, Г. Ф. Пейдлеръ (огнестрѣльная рана)] такъ и на мягкость и безболѣзненность его (Weiss, Roeser, оба случая изъ нашей клиники). Однако, и въ этихъ слѣдующихъ наблюдается местная ригидность брюш-

\*) Особнякомъ слѣдуетъ поставить колоторѣзанные раны лѣваго подреберья, сопровождающіяся выпаденіемъ также раненой или нераненой селезенки. У Berger'a собрано 30 выпаденій нераненой селезенки, которыхъ всѣ окончились выздоровленіемъ (16 спленэктомій, 10 изсѣченій и 4 вправленія селезенки). Въ русской печати съ тѣхъ поръ описано еще 3 такихъ случая (Ермоловичъ, Корнъ, Желажинъ; прив. по Березнеговскому) спленэктомій съ благопріятнымъ исходомъ. Выпаденій раненой селезенки описано у Berger'a 10 съ 1 смертельнымъ исходомъ послѣ вправленія органа, рана котораго не замѣчена. 3 случая спленэктомій, 2—иссѣченій, 3—вправленій и 1—шва на селезенку сопровождались выздоровленіемъ. Новыхъ случаевъ этого рода я не нашелъ и потому останавливаться на нихъ долѣе не стану. Выпаденіе селезенки при огнестрѣльной ранѣ описано только въ 1 случаѣ Otis'a (по Berger'y).



стѣнки въ лѣвомъ подреберьѣ, и этотъ признакъ, пожалуй, наиболѣе постоянный при поврежденіяхъ селезенки, хотя, разумѣется, отнюдь не специфиченъ для нихъ. Онъ вызывается мѣстнымъ раздраженіемъ брюшины вслѣдствіе кровотеченія изъ раненой селезенки, но, конечно, такое же раздраженіе можетъ зависѣть и отъ раненія любого изъ сосѣднихъ съ селезенкой органовъ. Вздутіе живота, какъ результатъ вялости кишечныхъ стѣнокъ, слабой перистальтики и усиленія бродильныхъ процессовъ, вызывается дов. сложными причинами и прямыхъ указаній для распознаванія обыкновенно не даетъ.

Наиболѣе характернымъ признакомъ для раненій селезенки считается кровотеченіе изъ этого обильнаго кровью органа и, какъ результатъ его, — паденіе пульса, рѣзкая общая блѣдность и опредѣляемая выстукиваніемъ полоса тупого звука въ лѣвой  $\frac{1}{2}$  живота. Не слѣдуетъ, однако, думать, чтобы такая картина малокровія отъ внутреннего кровотеченія быстро развивалась во всѣхъ случаяхъ. Изъ 2-хъ больныхъ, наблюдавшихся мною, у одного (съ колоторѣзаной раной) она была рѣзко выражена уже черезъ 2 часа послѣ раненія; у другого (съ огнестрѣльной раной) и черезъ  $\frac{1}{2}$  сутокъ былъ ровный, не очень ускоренный пульсъ и окраска покрововъ мало чѣмъ отличалась отъ нормы, а между тѣмъ селезенка оказалась совершенно разорванной. Обзорніе казуистики показываетъ, что колоторѣзаныя раны болѣе постоянно сопровождаются быстрымъ развитіемъ малокровія, чѣмъ огнестрѣльныя; изъ послѣднихъ въ случаяхъ *Tiffany, Schulse, Weiss'a, Graf'a* отмѣчены, какъ и въ моемъ, удовлетворительное общее состояніе и пульсъ хорошаго наполненія въ первые часы послѣ раненія. Въ этомъ отношеніи огнестрѣльныя раны селезенки уподобляются подкожнымъ ея разрывамъ. При послѣднихъ описаны случаи сравнительно небольшой потери крови, такъ что распознаваніе не могло быть сдѣлано, и операція предпринималась лишь черезъ нѣсколько дней (см. литературу у *Hörs'a*). Во всякомъ случаѣ немедленный коллапсъ отъ обильной кровопотери вовсе не обязательнъ для раненій селезенки какъ огнестрѣльныхъ, такъ и колоторѣзанныхъ; въ моемъ случаѣ колоторѣзаной раны больной могъ еще бѣжать, могъ дов. долго обороняться палкой отъ нападавшихъ и послѣ этого самъ еще дошелъ до поѣзда и сѣлъ въ вагонъ. Появленіе тупого звука въ лѣвой  $\frac{1}{2}$  живота зависить отъ накопленія тамъ изливающейся изъ раненой селезенки крови. На это явленіе обращали вниманіе далеко не всѣ авторы, обогащавшіе казуистику селезеночныхъ раненій. Оно отмѣчено въ случаяхъ *Peyrot, Partenheimer'a, Рабиновича* и др.; наоборотъ, въ нѣкоторыхъ другихъ случаяхъ категорически указано, что селезеночная тупость не распространялась внизъ по животу (*Demoulin, Michaux, Roeser*); не было такого притупленія также ни въ одномъ изъ моихъ обохъ случаевъ. Отсутствіе этого признака можетъ зависѣть или отъ недостаточно обильнаго кровотеченія, или отъ затеканія крови въ полость таза, или отъ наблюдавшагося иногда присасыванія ея въ грудную полость черезъ сосѣднія раны грудобрюшной преграды и плейры (такъ оно, по всей вѣроятности, было и въ моемъ случаѣ огнестрѣльной раны селезенки, гдѣ на вскрытіи найдено было 1100 к. стм. крови въ плейрѣ и только 120 въ животѣ).

Кромѣ перечисленныхъ признаковъ, зависящихъ отъ вскрытія и раздраженія брюшины и отъ кровотеченія изъ раненой селезенки, при поврежденіяхъ этого органа нерѣдко наблюдаются и другіе припадки, вызываемые сопутствующимъ раненіемъ сосѣднихъ органовъ. Очень часты припадки со стороны дыхательныхъ органовъ, выражающіеся субъективно одышкой, а объективно извѣстными физическими признаками аемато- и рнепто-thorax'a. Сопутствующія раненія желудочно-кишечнаго канала зачастую не даютъ специфическихъ признаковъ, за исключеніемъ, пожалуй, кровавой рвоты, встрѣчающейся, хотя и далеко непостоянно, при раненіяхъ желудка. На основаніи этого именно признака и была распознана рана желудка въ моемъ случаѣ колотой раны селезенки; наоборотъ, въ моемъ же случаѣ огнестрѣльной раны, не смотря

къ числу позднихъ припадковъ селезеночныхъ раненій слѣдуетъ отнести вторичныя кровотеченія. По *Berger'y*, они встрѣчались на 6-ой, 14-ый, 18-ый и даже 36 ой день послѣ раненія. Изъ собранныхъ мною случаевъ кровотеченіе было на 2-ой и 4-ый день у *Mauclaira*, и черезъ 4 недѣли у *Riese*. Зависать эти позднія кровотеченія отъ зараженія и размягченія тромбовъ.

**Распознаваніе.** Только-что изложенная непостоянная клиническая картина раненій селезенки достаточно объясняетъ, почему правильное распознаваніе ихъ во многихъ случаяхъ оказывается невозможнымъ. Наиболѣе существенныя указанія можно извлечь изъ анатомическаго мѣстоположенія раны, а при наличности сквознаго раненія — изъ мысленнаго воспроизведенія раневого канала отъ входнаго къ выходному отверстию. При колоторѣзанныхъ ранахъ, какъ было уже сказано, дѣло почти всегда идетъ о раненіяхъ нижнихъ отдѣловъ грудной клѣтки обокъ. При огнестрѣльныхъ (часты самоубійства) чаще всего входное отверстіе находится на грудной клѣткѣ спереди вблизи лѣваго соска, а выходное — въ области нижнихъ реберъ сзади; иногда выходнаго отверстія нѣтъ, а пуля прощупывается сзади подъ кожей спины.

При колото-рѣзанныхъ ранахъ, проникающихъ въ селезенку, почти всегда быстро развиваются признаки внутреннего кровотеченія, и это обстоятельство въ связи съ анатомическимъ положеніемъ раны служитъ болѣе вѣрнымъ распознавательнымъ признакомъ; при ранахъ огнестрѣльныхъ, заставляющихъ по ходу своего канала подозрѣвать раненіе селезенки, не слѣдуетъ смущаться отсутствіемъ признаковъ внутреннего кровотеченія. Мѣстная ригидность брюшныхъ мышцъ и повышенная чувствительность въ лѣвомъ подреберьѣ даютъ право предполагать раненіе какаго-либо брюшнаго органа и обязываютъ къ оперативному вмѣшательству.

**Предсказаніе.** Не подлежитъ сомнѣнію, что раненіе селезенки, особенно огнестрѣльное, можетъ окончиться произвольнымъ излѣченіемъ. *Berger* насчитываетъ 9 такихъ случаевъ на 80 недѣленныхъ огнестрѣльныхъ ранъ и 3 на 14 колоторѣзанныхъ. *Schaefer* изъ 58 недѣленныхъ раненій селезенки нашелъ исходъ въ выздоровленіе всего въ 1 случаѣ; 37 разъ смерть послѣдовала отъ кровотеченія и 20 разъ отъ осложнений со стороны другихъ раненыхъ органовъ. *М. М. Крюковъ* (стр. 82) приводитъ случаи *Н. И. Пирогова* и *Areilza*, гдѣ пуля застряла въ селезенкѣ, и больные выздоровѣли. При оперативномъ лѣченіи собранные мною 45 случаевъ огнестрѣльныхъ ранъ селезенки дали 26 случаевъ смерти (около 58% смертности), а 31 случай колоторѣзанныхъ ранъ — 6 (около 19%). Такимъ образомъ предсказаніе при колотой ранѣ селезенки и неотложно сдѣланной операціи можно считать дов. благоприятнымъ; при огнестрѣльномъ раненіи смертность гораздо выше, что главнымъ образомъ зависитъ отъ частаго сопутствующаго раненія желудочно-кишечнаго канала.

**Показанія къ операціи.** Едва-ли кто станетъ возражать противъ того, что всякое распознанное раненіе селезенки составляетъ уже показаніе къ операціи, если только внѣшнія условія и силы больного позволяютъ вообще предпринять серьезное вмѣшательство. Дать, — по крайней мѣрѣ, для условій мирнаго времени — слѣдуетъ въ настоящее время считать показаніемъ къ операціи уже одно подозрѣніе на раненіе котораго либо изъ органовъ брюшной полости. Такое подозрѣніе естественно возникаетъ при каждой проникающей ранѣ живота. Правда, проникающія колоторѣзаныя раны живота въ 50% случаевъ и даже чаще не сопровождаются раненіемъ внутреннихъ органовъ (*Б. К. Финкельштейнъ, Фроловъ*), а огнестрѣльныя раны живота, почти постоянно сопровождающіяся и раненіемъ кишечника, по опыту послѣднихъ войнъ, могутъ при извѣстныхъ условіяхъ (малокалиберное ружье, значительное разстояніе) давать не малый % излѣченій при т. наз. сохраняющемъ лѣченіи; тѣмъ не менѣе эти обстоятельства не должны удерживать насъ отъ оперативнаго вмѣшательства (начиная съ простаго débridement при рѣзаноколотыхъ ранахъ) въ лѣчебныхъ учрежденіяхъ мир-

опасность пробного чревосъченія, произведеннаго при удовлетворительной обстановкѣ. Позднія операціи, при развившемся уже общемъ перитонитѣ, производимыя главнымъ образомъ для очистки совѣсти хирурга, должны окончательно уступить мѣсто раннимъ вмѣшательствамъ, спасительнымъ для больного. Нѣсколько сложнѣе обстоит дѣло въ тѣхъ весьма частыхъ случаяхъ раненія селезенки, гдѣ наружная рана помѣщается на грудной клѣткѣ. Извѣстно, что раны груди въ большинствѣ случаевъ излѣчиваются дов. гладко при сохраняющихъ пріемахъ лѣченія. Еще недавно *Haim* описалъ 17 случаевъ колотыхъ ранъ груди, изъ коихъ въ 14 примѣнено было выжидательное лѣчение и всѣ они окончились выздоровленіемъ безъ образованія эмпіемы. Только тяжелый гемо-рнеothorax со смѣщеніемъ органовъ, рѣзкой одышкой и синюхой заставлялъ прибѣгать къ немедленному проколу или изсѣченію реберъ. Если однако, судя по ходу раневого канала, является подозрѣніе на рану не только грудной, но и брюшной полости (слѣдуетъ помнить, что куполъ грудобрюшной преграды поднимается при выдохѣ до 5-го ребра), а тѣмъ паче если подозрѣніе это превращается въ достовѣрность, благодаря выпаденію сальника или появленію мышечной ригидности, боли или притупленія въ области подреберья, — тогда пробное чревосъченіе такъ-же, если еще не болѣе, обязательно, чѣмъ при раненіяхъ, непосредственно проникающихъ въ полость живота.

**Лѣченіе.** Переходя къ лѣченію селезеночныхъ раненій и имѣя въ виду только лѣчение оперативное, я остановлюсь на 2-хъ важнѣйшихъ вопросахъ — во 1-хъ, на вопросѣ о доступѣ къ селезенкѣ и, во 2-хъ, на способѣ лѣченія самой раны селезенки. Общія мѣропріятія, необходимыя для каждаго тяжело-раненаго и потерявшаго много крови, не представляютъ здѣсь чего-либо особеннаго и могутъ поэтому остаться безъ рассмотрѣнія.

Для доступа къ селезенкѣ при ея раненіяхъ производились различныя операціи, которыя можно сгруппировать въ 3 типа — чрезплевральное чревосъченіе, вскрытіе грудной и брюшной полостей (thoraco-laparotomia) и обычное чревосъченіе; иногда производились отдѣльно вскрытіе грудной полости и чревосъченіе на одномъ и томъ-же больномъ.

Разнообразіе оперативныхъ способовъ зависитъ, конечно, главнымъ образомъ отъ разнообразной картины самихъ раненій. Ясно, что небольшая колотая рана, повреждающая одну только селезенку и сквозная огнестрѣльная, пронизывающая нѣсколько органовъ брюшной и грудной полостей, не могутъ быть оперируемы изъ одинаковыхъ разрѣзовъ. Поэтому задача моя при разборѣ оперативной методики будетъ заключаться не въ томъ, чтобы выбрать одинъ способъ и доказывать, что онъ лучше другихъ; я просто постараюсь выяснитъ, какимъ потребностямъ долженъ удовлетворять разрѣзъ, производимый при раненіяхъ селезенки и, слѣд. какими соображеніями нужно руководиться при выборѣ способа операціи въ конкретномъ случаѣ.

Первая и ближайшая цѣль, которой должна достигать операція при раненіяхъ органовъ живота, это — возможность тщательнаго распознаванія всѣхъ поврежденій, нанесенныхъ ранящимъ оружіемъ или пулей; далѣе, должна быть обезпечена возможность свободнаго доступа къ поврежденнымъ органамъ для ихъ лѣченія; наконецъ, во многихъ случаяхъ существенно создать выгодныя условія для дренажа брюшной полости. Несомнѣнно, что при многихъ, особенно огнестрѣльныхъ, ранахъ срединное чревосъченіе или разрѣзъ живота по краю прямой мышцы являются избранными способами, дающими наибольшій просторъ при наименьшей траумѣ. Изъ такихъ разрѣзовъ можетъ быть хорошо опущена, а, если она имѣетъ длинную ножку, то и осмотрѣна и извлечена селезенка. Къ сожалѣнію, заранѣе нельзя знать, какой длины селезеночная ножка у даннаго больного, и казуистика операцій по поводу ранъ селезенки показываетъ, что во многихъ случаяхъ къ продольному лапаротомическому разрѣзу приходится добавлять поперечный.

Такой угловой разрѣзъ, если онъ сколько-нибудь длиненъ, уже далеко не безразличенъ для позднѣйшей проч-

ности брюшной стѣнки и поэтому его желательно избѣгать. Въ случаяхъ, гдѣ можно опредѣлить, что раневой каналъ не выходитъ изъ области лѣваго подреберья и нижней части грудной клѣтки, для опознаванія въ нѣмъ поврежденныхъ предпочтительнѣе, на мой взглядъ, разрѣзъ болѣе близкій къ мѣсту раненія и проведенный параллельно реберному краю въ его горизонтальной или восходящей части. Такие разрѣзы были одѣланы въ обоихъ случаяхъ изъ нашей клиники въ случаѣ огнестрѣльной раны — параллельно восходящей реберной дугѣ, въ случаѣ раны колоторѣзаной — параллельно горизонтальной части дуги и дали широкій доступъ къ поврежденнымъ органамъ. Въ недавнее время *Auvray* <sup>1)</sup> предложилъ присоединять къ такому разрѣзу изсѣченіе реберныхъ хрящей, чѣмъ значительно облегчается доступъ къ селезенкѣ безъ вскрытія плевры, которая, какъ извѣстно, не опускается до хрящевыхъ краевъ грудной клѣтки. (По *Luschka*, лѣвая плевра покидаетъ грудину на уровнѣ 5-го хряща, идетъ внизъ и назадъ, оставляя открытыми большія или меньшія части 6-го и 7-го хрящей, и достигаетъ 10-го ребра на задней подмышечной линіи). Способъ *Auvray*'а, впервые примѣненный имъ на лѣвой сторонѣ грудной клѣтки, представляетъ простое повтореніе аналогичнаго способа, разработаннаго для правой стороны *Samuel*, по предложенію *Lannelongue*'а, а затѣмъ подробно описаннаго *Monod* и *Vanvert*'омъ. Въ русской литературѣ способъ этотъ разработанъ на трупахъ д-ромъ *Ланюжъ*, причемъ, по предложенію проф. *П. И. Дьяконова*, испробовано и временное изсѣченіе реберныхъ хрящей. Послѣ *Auvray*'а способъ этотъ съ успѣхомъ былъ примѣненъ при раненіи селезенки д-ромъ *Рабиновичемъ*. Какъ я лично могъ убѣдиться путемъ операціи на трупѣ въ кабинетѣ оперативной хирургіи проф. *С. Н. Делицина*, способъ этотъ даетъ хорошій доступъ къ селезенкѣ и ближайшимъ частямъ грудобрюшной преграды. Вмѣсто изсѣченія реберныхъ хрящей, нѣкоторые хирурги (*Demons*, *П. И. Бугманъ* — въ своемъ случаѣ огнестрѣльной раны) изъ нашей клиники производили простое разсѣченіе этихъ хрящей, оттягивая затѣмъ реберный край широкимъ крючкомъ; при этомъ тоже получается широкое операціонное поле. *Hartmann* совѣтуетъ для лучшаго доступа къ лѣвому подреберью класть больного такъ, чтобы его ноги и поясница были ниже верхнихъ частей туловища; тогда разрѣзъ въ подреберь широко зіяетъ, и глубокіе органы приближаются къ поверхности.

Такимъ образомъ изъ бокового лапаротомическаго разрѣза съ присоединеніемъ, въ случаѣ надобности, изсѣченія или простого разрѣза реберныхъ хрящей можно получить хорошій доступъ къ органамъ, лежащимъ въ лѣвомъ подреберьѣ. Дѣло, однако, иногда осложняется сопутствующимъ раненіемъ грудобрюшной преграды и органовъ грудной полости. Какъ я уже говорилъ, раны плевры и легкаго сами по себѣ далеко не часто даютъ показанія къ оперативному вмѣшательству; нельзя сказать того-же о ранахъ грудобрюшной преграды. Опытъ послѣднихъ лѣтъ все болѣе и болѣе доказываетъ, что раненія грудобрюшной преграды не должны быть предоставляемы самимъ себѣ. Правда, они часто заживаютъ безъ видимаго въ первое время вреда; но въ послѣдствіи на этой почвѣ возникаютъ грыжи грудобрюшной преграды, чрезвычайно наклонныя къ ущемленію, а такое ущемленіе почти никогда своевременно не распознается и поэтому ведетъ къ гибели больного. Новѣйшую казуистику и литературу такихъ ущемленій, наступающихъ иногда немедленно, иногда спустя годы послѣ раненія, можно найти у *Schaefer*'а, *Neugebauer*'а, *Breht*'а, *Wieting*'а, *Suter*'а, а изъ русскихъ авторовъ — у д-ровъ *Теребинскаго*, *Синакевича*, *Тамаринова*. Въ настоящее время слѣдуетъ считать твердо установленнымъ, во 1-хъ, то, что при подозрѣніи на рану грудобрюшной преграды надо удостовѣриться, дѣйствительно-ли такая рана имѣется, и, во 2-хъ, то, что, если рана грудобрюшной преграды распознана, ее необходимо лѣчить сознательно. Сложный и далеко еще недостаточно разработанный вопросъ о раненіяхъ грудобрюшной преграды не можетъ быть подробно разобранъ въ настоящей статьѣ, посвященной другому вопросу; я коснулся его лишь въ виду частаго осложненія

селезеночныхъ ранъ ранами грудобрюшной преграды и скажу о послѣднихъ лишь нѣсколько словъ примѣнительно къ хирургіи раненій селезенки.

Schaefer первый обстоятельно развилъ мысль о необходимости обращать вниманіе на рану грудобрюшной преграды при всякомъ раненіи селезенки. Именно это соображеніе и побудило его выступить съ утвержденіемъ, что всякое раненіе селезенки, проникающее черезъ грудную кѣтку, должно быть пользуемо чрезплевральнымъ чревосѣченіемъ, ибо только при этомъ способѣ можно съ удобствомъ и надежно зашить рану грудобрюшной преграды. Не подлежитъ, однако, сомнѣнію, что чрезплевральное чревосѣченіе представляетъ много отрицательныхъ сторонъ. Оно требуетъ изсѣченія реберъ, создаетъ или увеличиваетъ пневмоторахъ и даетъ лишь ограниченный доступъ къ брюшной полости. Въ селезеночной хирургіи отмѣчены уже тяжелыя осложненія, зависѣвшія отъ широкаго раскрытія плевры при операціи. Такъ, Graf въ своемъ первомъ случаѣ замѣтилъ рѣзкое ухудшеніе въ состояніи больного послѣ появленія обусловленнаго операціей пневмотораха. Встрѣтивъ черезъ нѣкоторое время другой случай селезеночной раны, Graf сдѣлалъ въ немъ операцію черезъ брюшной разрѣзъ—въ виду дурного опыта отъ чрезплевральнаго чревосѣченія въ первомъ случаѣ—и получилъ успѣшный результатъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, особенно при колотורѣзанныхъ ранахъ, больной бываетъ раненъ въ обѣ стороны грудной кѣтки, т. е. съ обѣихъ сторонъ имѣетъ частичный пневмоторахъ (см., напр., случай ч. пр. Г. Ф. Цейдлера; колоторѣзанная рана съ исходомъ въ смерть); если при этомъ производится широкій чрезплевральный разрѣзъ и создается такимъ образомъ полный пневмоторахъ на одной сторонѣ, то это не можетъ не отразиться на больномъ въ самую тяжелую сторону. Тѣ же недостатки, какъ чрезплевральное чревосѣченіе, имѣетъ и thoraco-laparotomia, т. е. вскрытіе обѣихъ полостей разрѣзомъ, проходящимъ черезъ стѣнку груди и живота и черезъ грудобрюшную преграду; преимущество этого способа лишь въ томъ, что онъ даетъ лучший доступъ къ брюшнымъ органамъ и лучше обезпечиваетъ послѣдующій дренажъ брюшной полости.

Такимъ образомъ оба описанныхъ способа, будучи въ нѣкоторыхъ случаяхъ необходимы и удобны, не заслуживаютъ, въ виду своей значительной травматичности, принципіальнаго примѣненія во всѣхъ случаяхъ раненія селезенки черезъ грудную кѣтку. Главная цѣль этихъ способовъ—точное распознаваніе и лѣченіе раны грудобрюшной преграды—нерѣдко можетъ быть достигнута посредствомъ менѣе тяжелаго вмѣшательства. Дѣло въ томъ, что не всѣ раны грудобрюшной преграды имѣютъ одинаковое значеніе. Какъ извѣстно, грудобрюшная преграда начинается мышечными зубцами по всему нижнему краю грудной кѣтки на ея внутренней поверхности. Однако, далеко не сразу она отходитъ отъ этой поверхности; на дов. значительно протяженіи, а именно тамъ, гдѣ нѣтъ плевры, она прилежитъ къ грудной стѣнкѣ, прикрѣпляясь къ ней посредствомъ рыхлой кѣтчатки; далѣе, въ области запаснаго легочнаго пространства (sinus costo-diaphragmaticus pleurae) грудобрюшная преграда тоже идетъ почти параллельно грудной стѣнкѣ, весьма отлого отходя отъ нея, чтобы дать мѣсто легкимъ. Приложенный рис. № 4 показываетъ эти отношенія. Не подлежитъ сомнѣнію, что значеніе раны въ грудобрюшной преградѣ для возникновенія послѣдующей грыжи ея весьма неодинаково въ зависимости отъ того, располагается-ли рана въ области купола грудобрюшной преграды или въ пристѣнной ея части. Раненія грудобрюшной преграды при селезеночныхъ ранахъ чаще всего располагаются именно въ нижнихъ, пристѣнныхъ частяхъ ея, и поэтому для распознаванія и лѣченія ихъ, мнѣ кажется, правильнымъ поступать такъ, какъ это и было сдѣлано въ моемъ случаѣ колоторѣзанной раны селезенки. При помощи разрѣза, параллельнаго реберной дугѣ и широко вскрывающаго брюшную полость, въ случаѣ надобности, съ присоединеніемъ разрыва хрящей (Dumont, П. И. Бухманъ) или изсѣченія ихъ (Auvray), производится распознаваніе и примѣняется надлежащее лѣченіе къ раненымъ органамъ лѣваго подре-

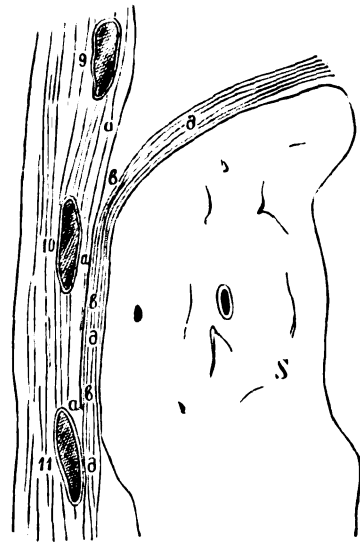


Рис. 4. Фронтальный распилъ грудной кѣтки. 9-ое, 10-ое и 11-ое ребра. S—селезенка; d d d—грудобрюшная преграда; а а а, b b b—переходъ реберной плевры въ грудобрюшную, по Липпоу (Anatomia topographica. Атласъ ч. II; тетр. 2. А. Табл. 1; рис. 2).

берья. Затѣмъ, руководясь наружной раной—я имѣю здѣсь въ виду рану холоднымъ оружіемъ, ибо почти только при нихъ и примѣнялись чрезплевральные способы,—можно безъ труда прощупать пальцемъ рану въ грудобрюшной преградѣ; если окажется, что послѣдняя поранена въ такомъ мѣстѣ, гдѣ она еще не отошла отъ грудной стѣнки, то, хотя-бы рана и проникала черезъ плевральную пазуху, будетъ вполне достаточно провести черезъ нее изнутри наружу марлевый тампонъ; никакого шва на рану въ грудобрюшной преградѣ въ такихъ случаяхъ, по моему мнѣнію, накладывать не требуется, ибо въ результатѣ тампонады 2 взаимно соприкасающихся листка плевры сrostутся, грудобрюшная преграда приростетъ къ грудной стѣнкѣ, и образованіе грыжи станетъ невозможнымъ. Именно по такому плану и была произведена операція въ моемъ случаѣ. Если въ такихъ случаяхъ идти чрезплеврально, то этимъ мы создадимъ пневмоторахъ, вслѣдствіе котораго плевральное запасное пространство наполнится воздухомъ и раненая часть грудобрюшной преграды отодвинется отъ грудной стѣнки\*; придется расширять рану въ грудобрюшной преградѣ иногда до значительныхъ размѣровъ (въ случаѣ Ferraresi—14 см.) для осмотра брюшныхъ органовъ; затѣмъ придется зашивать эту рану въ условіяхъ, не всегда благопріятныхъ въ смыслѣ асептики, когда, напр., имѣются раны кишечника или желудка, и едва-ли такой шовъ, наложенный на грудобрюшную преграду, отошедшую отъ грудной стѣнки, лучше предотвратитъ возникновеніе грыжи въ преградѣ, чѣмъ сквозной тампонъ, выведенный изъ брюшной полости наружу черезъ грудобрюшную преграду, прилегающую къ грудной стѣнкѣ. Другое дѣло, если при пальцевомъ изслѣдованіи черезъ брюшной разрѣзъ окажется, что грудобрюшная преграда ранена въ части, уже отошедшей отъ стѣнки, что палецъ, введенный въ эту рану со стороны брюшной полости, выходитъ не наружу, а въ полость плевры; тутъ необходимо будетъ зашить рану въ грудобрюшной преградѣ. Если окажется невозможнымъ или очень труднымъ наложить швы на грудобрюшную преграду черезъ имѣющуюся лапаротомическую рану, тогда можно произвести разрѣзъ грудной кѣтки подъ руководствомъ пальца, прижимающаго изнутри область раны въ грудобрюшной преградѣ къ грудной стѣнкѣ и отсюда зашить грудобрюшную преграду или же, по примѣру Г. Ф. Цейдлера (случай описанный И. И. Грековымъ), Girard'a и др., подшить края раны въ грудобрюшной преградѣ къ внутренней поверхности грудной стѣнки, обособляя такимъ образомъ плевральную полость. Мнѣ кажется, что операція, произведенная по такому плану, будетъ менѣе травматична, чѣмъ первичное чрезплевральное чревосѣ-

\* Такимъ образомъ чрезплевральный разрѣзъ можетъ превратить сравнительно невинную рану пристѣнной части грудобрюшной преграды въ гораздо болѣе тяжелую рану свода ея.

опасность пробного чревосъченія, произведеннаго при удовлетворительной обстановкѣ. Позднія операціи, при развившемся уже общемъ перитонитѣ, производимыя главнымъ образомъ для очистки совѣсти хирурга, должны окончательно уступить мѣсто раннимъ вмѣшательствамъ, спасительнымъ для больного. Нѣсколько сложнѣе обстоитъ дѣло въ тѣхъ весьма частыхъ случаяхъ раненія селезенки, гдѣ наружная рана помѣщается на грудной клѣткѣ. Известно, что раны груди въ большинствѣ случаевъ излѣчиваются дов. гладко при сохраняющихъ приемахъ лѣченія. Еще недавно *Haim* описалъ 17 случаевъ колотыхъ ранъ груди, изъ коихъ въ 14 примѣнено было выжидательное лѣченіе и всѣ они окончились выздоровленіемъ безъ образованія эмпіемъ. Только тяжелый насто-рпепноthogax со смѣщеніемъ органовъ, рѣзкой одышкой и синюхой заставляетъ прибѣгать къ немедленному проколу или изсѣченію реберъ. Если однако, судя по ходу раневого канала, является подозрѣніе на рану не только грудной, но и брюшной полости (слѣдуетъ помнить, что куполъ грудно-брюшной преграды поднимается при выдохѣ до 5-го ребра), а тѣмъ паче если подозрѣніе это превращается въ достовѣрность, благодаря выпаденію салника или появленію мышечной ригидности, боли или притупленія въ области подреберья,—тогда пробное чревосъченіе такъ-же, если еще не болѣе, обязательно, чѣмъ при раненіяхъ, непосредственно проникающихъ въ полость живота.

**Лѣченіе.** Переходя къ лѣченію селезеночныхъ раненій и имѣя въ виду только лѣченіе оперативное, я остановлюсь на 2-хъ важнѣйшихъ вопросахъ—во 1-хъ, на вопросѣ о доступѣ къ селезенкѣ и, во 2-хъ, на способѣ лѣченія самой раны селезенки. Общія мѣропріятія, необходимыя для каждаго тяжело-раненаго и потерявшаго много крови, не представляютъ здѣсь чего-либо особеннаго и могутъ повтому остаться безъ разсмотрѣнія.

Для доступа къ селезенкѣ при ея раненіяхъ производились различныя операціи, которыя можно сгруппировать въ 3 типа—чрезплевральное чревосъченіе, вскрытіе грудной и брюшной полостей (thoraco-laparotomia) и обычное чревосъченіе; иногда производились отдѣльно вскрытіе грудной полости и чревосъченіе на одномъ и томъ-же больномъ.

Разнообразіе оперативныхъ способовъ зависитъ, конечно, главнымъ образомъ отъ разнообразной картины самихъ раненій. Ясно, что небольшая колотая рана, повреждающая одну только селезенку и сквозная огнестрѣльная, пронизывающая нѣсколько органовъ брюшной и грудной полостей, не могутъ быть оперируемы изъ одинаковыхъ разрѣзовъ. Поэтому задача моя при разборѣ оперативной методики будетъ заключаться не въ томъ, чтобы выбрать одинъ способъ и доказывать, что онъ лучше другихъ; я просто постараюсь выяснитъ, какими потребностямъ должна удовлетворять разрѣзъ, производимый при раненіяхъ селезенки и, слѣд. какими соображеніями нужно руководиться при выборѣ способа операціи въ конкретномъ случаѣ.

Первая и ближайшая цѣль, которой должна достигать операція при раненіяхъ органовъ живота, это—возможность тщательнаго распознаванія всѣхъ поврежденій, нанесенныхъ ранящимъ оружіемъ или пулей; далѣе, должна быть обезпечена возможность свободнаго доступа къ поврежденнымъ органамъ для ихъ лѣченія; наконецъ, во многихъ случаяхъ существенно создать выгодныя условія для дренажа брюшной полости. Несомнѣнно, что при многихъ, особенно огнестрѣльныхъ, ранахъ срединное чревосъченіе или разрѣзъ живота по краю прямой мышцы являются избранными способами, дающими наибольшій просторъ при наименьшей траумѣ. Изъ такихъ разрѣзовъ можетъ быть хорошо опущена, а, если она имѣетъ длинную ножку, то и осмотрѣна и извлечена селезенка. Къ сожалѣнію, заранѣе нельзя знать, какой длины селезеночная ножка у даннаго больного, и казуистика операцій по поводу ранъ селезенки показываетъ, что во многихъ случаяхъ къ продольному лапаротомическому разрѣзу приходилось добавлять поперечный.

Такой угловой разрѣзъ, если онъ сколько-нибудь длиненъ, уже далеко не безразличенъ для позднѣйшей проч-

ности брюшной стѣнки и повтому его желательно избѣгать. Въ случаяхъ, гдѣ можно опредѣлитъ, что раневой каналъ не выходитъ изъ области лѣваго подреберья и нижней части грудной клѣтки, для опознаванія въ нѣмъ поврежденійхъ предпочтительнѣе, на мой взглядъ, разрѣзъ болѣе близкій къ мѣсту раненія и проведенный параллельно реберному краю въ его горизонтальной или восходящей части. Такіе разрѣзы были отдѣланы въ обоихъ случаяхъ изъ нашей клиники въ случаѣ огнестрѣльной раны—параллельно восходящей реберной дугѣ, въ случаѣ раны колоторѣзаной—параллельно горизонтальной части дуги и дали широкій доступъ къ поврежденнымъ органамъ. Въ недавнее время *Auray* <sup>1)</sup> предложилъ присоединять къ такому разрѣзу изсѣченіе реберныхъ хрящей, чѣмъ значительно облегчается доступъ къ селезенкѣ безъ вскрытія плевры, которая, какъ извѣстно, не опускается до хрящевыхъ краевъ грудной клѣтки. (По *Luschka*, лѣвая плевра покидаетъ грудину на уровнѣ 5-го хряща, идетъ внизъ и назадъ, оставляя открытыми большія или меньшія части 6-го и 7-го хрящей, и достигаетъ 10-го ребра на задней подмышечной линіи). Способъ *Auray*'а, впервые примѣненный имъ на лѣвой сторонѣ грудной клѣтки, представляетъ простое повтореніе аналогичнаго способа, разработаннаго для правой стороны *Samuel*, по предложенію *Lannelongue*'а, а затѣмъ подробно описаннаго *Monod* и *Vanvert*'омъ. Въ русской литературѣ способъ этотъ разработанъ на трупахъ д-ромъ *Ланюж*, при чемъ, по предложенію проф. *П. И. Дяконова*, испробовано и временное изсѣченіе реберныхъ хрящей. Послѣ *Auray*'а способъ этотъ съ успѣхомъ былъ примѣненъ при раненіи селезенки д-ромъ *Рабиновичемъ*. Какъ я лично могъ убѣдиться путемъ операціи на трупѣ въ кабинетѣ оперативной хирургіи проф. *С. Н. Демичина*, способъ этотъ даетъ хорошій доступъ къ селезенкѣ и ближайшимъ частямъ грудобрюшной преграды. Вмѣсто изсѣченія реберныхъ хрящей, нѣкоторые хирурги (*Demons*, *П. И. Бурманъ*—въ своемъ случаѣ огнестрѣльной раны) изъ нашей клиники производили простое разсѣченіе этихъ хрящей, оттягивая затѣмъ реберный край широкимъ крючкомъ; при этомъ тоже получается широкое операціонное поле. *Hartmann* совѣтуетъ для лучшаго доступа къ лѣвому подреберью класть больного такъ, чтобы его ноги и плечи были ниже верхнихъ частей туловища; тогда разрѣзъ въ подреберь широко вѣдетъ, и глубокіе органы приближаются къ поверхности.

Такимъ образомъ изъ бокового лапаротомическаго разрѣза съ присоединеніемъ, въ случаѣ надобности, изсѣченія или простого разрѣза реберныхъ хрящей можно получить хорошій доступъ къ органамъ, лежащимъ въ лѣвомъ подреберьѣ. Дѣло, однако, иногда осложняется сопутствующимъ раненіемъ грудобрюшной преграды и органовъ грудной полости. Какъ я уже говорилъ, раны плевры и легкаго сами по себѣ далеко не часто даютъ показанія къ оперативному вмѣшательству; нельзя сказать того-же о ранахъ грудобрюшной преграды. Опытъ послѣднихъ лѣтъ все болѣе и болѣе доказываетъ, что раненія грудобрюшной преграды не должны быть предоставляемы самимъ себѣ. Правда, они часто заживаютъ безъ видимаго въ первое время вреда; но въ послѣдствіи на этой почвѣ возникаютъ грыжи грудобрюшной преграды, чрезвычайно наклонныя къ ущемленію, а такое ущемленіе почти никогда своевременно не распознается и повтому ведетъ къ гибели больного. Новѣйшую казуистику и литературу такихъ ущемленій, наступающихъ иногда немедленно, иногда спустя годы послѣ раненія, можно найти у *Schaefer*'а, *Neugebauer*'а, *Brehm*'а, *Wieting*'а, *Suter*'а, а изъ русскихъ авторовъ—у д-ровъ *Теребинскаго*, *Синакевича*, *Татарина* и др. Въ настоящее время слѣдуетъ считать твердо установленнымъ, во 1-хъ, то, что при подозрѣніи на рану грудобрюшной преграды надо удостовѣриться, дѣйствительно-ли такая рана имѣется, и, во 2-хъ, то, что, если рана грудобрюшной преграды распознана, ее необходимо лѣчить сознательно. Сложнымъ и далеко еще недостаточно разработаннымъ вопросомъ о раненіяхъ грудобрюшной преграды не можетъ быть подробно разобранъ въ настоящей статьѣ, посвященной другому вопросу; я коснулся его лишь въ виду частаго осложне-



селезеночныхъ ранъ ранами грудобрюшной преграды и скажу о послѣднихъ лишь нѣсколько словъ примѣнительно къ хирургіи раненій селезенки.

Schaefer первый обстоятельно развитъ мысль о необходимости обращать вниманіе на рану грудобрюшной преграды при всякомъ раненіи селезенки. Именно это соображеніе и побудило его выступить съ утвержденіемъ, что всякое раненіе селезенки, проникающее черезъ грудную клѣтку, должно быть пользуемо чрезплевральнымъ чревосѣченіемъ, ибо только при этомъ способѣ можно съ удобствомъ и надежно зашить рану грудобрюшной преграды. Не подлежитъ, однако, сомнѣнію, что чрезплевральное чревосѣченіе представляетъ много отрицательныхъ сторонъ. Оно требуетъ изсѣченія реберъ, создаетъ или увеличиваетъ пневмоторахъ и даетъ лишь ограниченный доступъ къ брюшной полости. Въ селезеночной хирургіи отмѣчены уже тяжелыя осложненія, зависѣвшія отъ широкаго раскрытія плевры при операциі. Такъ, Graf въ своемъ первомъ случаѣ замѣтилъ рѣзкое ухудшеніе въ состояніи больного послѣ появленія обусловленнаго операцией пневмоторахъ. Встрѣтивъ черезъ нѣкоторое время другой случай селезеночной раны, Graf сдѣлалъ въ немъ операцию черезъ брюшной разрѣзъ—въ виду дурного опыта отъ чрезплевральнаго чревосѣченія въ первомъ случаѣ—и получилъ успѣшный результатъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, особенно при колотורізанныхъ ранахъ, больной бываетъ раненъ въ обѣ стороны грудной клѣтки, т. е. съ обѣихъ сторонъ имѣетъ частичный пневмоторахъ (см., напр., случай ч. пр. Г. Ф. Цейдлера; колоторізана рана съ исходомъ въ смерть); если при этомъ производится широкій чрезплевральный разрѣзъ и создается такимъ образомъ полный пневмоторахъ на одной сторонѣ, то это не можетъ не отразиться на больномъ въ самую тяжкую сторону. Тѣ же недостатки, какъ чрезплевральное чревосѣченіе, имѣетъ и thoraco-laparotomia, т. е. вскрытіе обѣихъ полостей разрѣзомъ, проходящимъ черезъ стѣнку груди и живота и черезъ грудобрюшную преграду; преимущество этого способа лишь въ томъ, что онъ даетъ лучший доступъ къ брюшнымъ органамъ и лучше обезпечиваетъ послѣдующій дренажъ брюшной полости.

Такимъ образомъ оба описанныхъ способа, будучи въ нѣкоторыхъ случаяхъ необходимы и удобны, не заслуживаютъ, въ виду своей значительной травматичности, принципіальнаго примѣненія во всѣхъ случаяхъ раненія селезенки черезъ грудную клѣтку. Главная цѣль этихъ способовъ—точное распознаваніе и лѣченіе раны грудобрюшной преграды—нерѣдко можетъ быть достигнута посредствомъ менѣе тяжелаго вмѣшательства. Дѣло въ томъ, что не всѣ раны грудобрюшной преграды имѣютъ одинаковое значеніе. Какъ извѣстно, грудобрюшная преграда начинается мышечными зубцами по всему нижнему краю грудной клѣтки на ея внутренней поверхности. Однако, далеко не сразу она отходитъ отъ этой поверхности; на дов. значительномъ протяженіи, а именно тамъ, гдѣ нѣтъ плевры, она прилежитъ къ грудной стѣнкѣ, прикрѣпляясь къ ней посредствомъ рыхлой клѣтчатки; далѣе, въ области запасаго легочнаго пространства (sinus costo-diaphragmaticus pleurae) грудобрюшная преграда тоже идетъ почти параллельно грудной стѣнкѣ, весьма отлого отходя отъ нея, чтобы дать мѣсто легкимъ. Приложенный рис. № 4 показываетъ эти отношенія. Не подлежитъ сомнѣнію, что значеніе раны въ грудобрюшной преградѣ для возникновенія послѣдующей грыжи ея весьма неодинаково въ зависимости отъ того, располагается-ли рана въ области купола грудобрюшной преграды или въ пристѣночной ея части. Раненія грудобрюшной преграды при селезеночныхъ ранахъ чаще всего располагаются именно въ нижнихъ, пристѣночныхъ частяхъ ея, и поэтому для распознаванія и лѣченія ихъ, мнѣ кажется, правильнымъ поступать такъ, какъ это и было сдѣлано въ моемъ случаѣ колоторізаной раны селезенки. При помощи разрѣза, параллельнаго реберной дугѣ и широко вскрывающаго брюшную полость, въ случаѣ надобности, съ присоединеніемъ разрѣза хрящей (Demons, П. И. Бухманъ) или изсѣченія ихъ (Auvray), производится распознаваніе и примѣняется надлежащее лѣченіе къ раненымъ органамъ лѣваго подре-

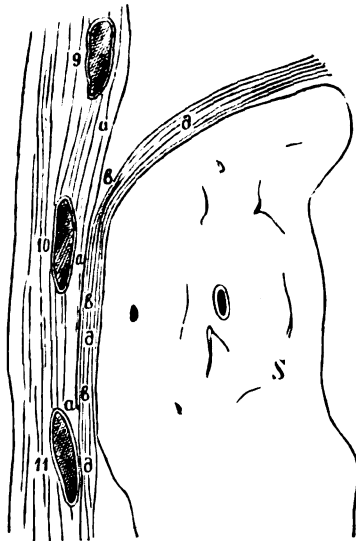


Рис. 4. Фронтальный распилъ грудной клѣтки. 9-ое, 10-ое и 11-ое ребра. S—селезенка; d d d—грудобрюшная преграда; a a a, b b b—переходъ реберной плевры въ грудобрюшную, по Широкову (Anatomia topographica. Атласъ ч. II; тетр. 2. А. Табл. 1; рис. 2).

берья. Затѣмъ, руководясь наружной раной—я имѣю здѣсь въ виду рану холоднымъ оружіемъ, ибо почти только при нихъ и примѣнялись чрезплевральные способы,—можно безъ труда прощупать пальцемъ рану въ грудобрюшной преградѣ; если окажется, что послѣдняя поранена въ такомъ мѣстѣ, гдѣ она еще не отошла отъ грудной стѣнки, то, хотя-бы рана и проникала черезъ плевральную пазуху, будетъ вполне достаточно провести черезъ нее изнутри кнаружи марлевый тампонъ; никакого шва на рану въ грудобрюшной преградѣ въ такихъ случаяхъ, по моему мнѣнію, накладывать не требуется, ибо въ результатѣ тампонады 2 взаимно соприкасающихся листка плевры сrostутся, грудобрюшная преграда приростетъ къ грудной стѣнкѣ, и образованіе грыжи станетъ невозможнымъ. Именно по такому плану и была произведена операциа въ моемъ случаѣ. Если въ такихъ случаяхъ идти чрезплеврально, то этимъ мы создадимъ пневмоторахъ, вслѣдствіе котораго плевральное запасное пространство наполнится воздухомъ и раненая часть грудобрюшной преграды отодвинется отъ грудной стѣнки \*); придется расширять рану въ грудобрюшной преградѣ иногда до значительныхъ размѣровъ (въ случаѣ Ferraresi—14 см.!) для осмотра брюшныхъ органовъ; затѣмъ придется зашивать эту рану въ условіяхъ, не всегда благоприятныхъ въ смыслѣ асептики, когда, напр., имѣются раны кишечника или желудка, и едва-ли такой шовъ, наложенный на грудобрюшную преграду, отошедшую отъ грудной стѣнки, лучше предотвратитъ возникновеніе грыжи въ преградѣ, чѣмъ сквозной тампонъ, выведенный изъ брюшной полости наружу черезъ грудобрюшную преграду, прилегающую къ грудной стѣнкѣ. Другое дѣло, если при пальцевомъ изслѣдованіи черезъ брюшной разрѣзъ окажется, что грудобрюшная преграда ранена въ части, уже отошедшей отъ стѣнки, что палецъ, введенный въ эту рану со стороны брюшной полости, выходитъ не наружу, а въ полость плевры; тутъ необходимо будетъ зашить рану въ грудобрюшной преградѣ. Если окажется невозможнымъ или очень труднымъ наложить швы на грудобрюшную преграду черезъ имѣющуюся лапаротомическую рану, тогда можно произвести разрѣзъ грудной клѣтки подъ руководствомъ пальца, прижимающаго изнутри обѣ стороны въ грудобрюшной преградѣ къ грудной стѣнкѣ и отсюда зашить грудобрюшную преграду или же, по примѣру Г. Ф. Цейдлера (случай описанный И. И. Грековымъ), Girard'a и др., подшить края раны въ грудобрюшной преградѣ къ внутренней поверхности грудной стѣнки, обособляя такимъ образомъ плевральную полость. Мнѣ кажется, что операциа, произведенная по такому плану, будетъ менѣе травматична, чѣмъ первичное чрезплевральное чревосѣ-

\* Такимъ образомъ чрезплевральный разрѣзъ можетъ превратить сравнительно невинную рану пристѣночной части грудобрюшной преграды въ гораздо болѣе тяжелую рану свода ея.

сѣчение или thoraco-laparotomia, або въ цѣломъ рядѣ случаевъ можно будетъ ограничиться однимъ лапаротомическимъ разрывомъ.

Въ нижеприводимой таблицѣ сопоставлены результаты оперативнаго лѣченія селезеночныхъ ранъ, распределенные по способамъ оперативнаго доступа къ органу. Никакихъ статистическихъ выводовъ изъ этого матеріала, въ виду его значительной разнородности, сдѣлать, разумѣется, нельзя.

*Способы обнаруженія селезенки при ея раненіяхъ.*

Чрезпечеральное чревосѣчение.	Thoraco-laparotomia и	Чревосѣчение.
	отдѣльно thoracotomia и чревосѣчение.	

Огнестрѣльные раны..	1 (выздоровленіе)	4 (умерли 2)	32 (умерли 20)
Колоторѣзанные раны.	13 (умерли 3)	3 (умерли 1)	8 (умерли 1)

Заканчивая этимъ нѣсколько затянувшееся изложеніе вопроса о доступѣ къ селезенкѣ при ея раненіяхъ, я долженъ сказать еще нѣсколько словъ о способахъ лѣченія самой селезеночной раны.

Наиболѣе кореннымъ, а часто и единственно примѣнимымъ способомъ является удаление селезенки (splenectomy). Допустимость этой операціи въ настоящее время уже не нуждается въ подтвержденіяхъ. Статистика ея по Carstens'у достигла къ 1905 г. свыше 700 случаевъ. Выяснено, что послѣ нея наступаютъ измѣненія въ кровотоке, которыя, однако, съ теченіемъ времени выравниваются (см. литературу у д-ра Березнеговскаго). Тяжелыхъ послѣдствій для организма спленектомія почти никогда не имѣетъ; лишенный селезенки организмъ можетъ жить долгое время (извѣстенъ случай Adelman'a, гдѣ больной послѣ удаленія селезенки живетъ уже 23 года; прив. по Hörs'у) и переноситъ заразные заболѣванія такъ-же, какъ и нормальный. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, однако, развиваются опухоли лимфатическихъ железъ, держится упорное малокровіе и т. п. [(Angras 2)]; поэтому дѣлать изъ спленектоміи принципиальный лѣчебный приемъ при всякомъ раненіи селезенки было-бы неосновательно. Оставляя спленектомію для обширныхъ разрывовъ и разможеній органа, столь частыхъ при огнестрѣльныхъ ранахъ и подкожныхъ разрывахъ его, современная хирургія лѣчитъ менѣе значительныя поврежденія селезенки сохраняющими способами. Въ ряду ихъ первое мѣсто принадлежитъ шву.

Шовъ селезенки прочно обоснованъ экспериментально (Крюковъ) и клинически. Какъ видно изъ нижеприводимой таблички, онъ былъ примѣненъ уже 22 раза при раненіяхъ селезенки съ весьма хорошими результатами. Главнымъ полемъ для его примѣненія и служатъ именно рѣзанные раны селезенки съ ихъ гладкими, ровными краями; при огнестрѣльныхъ ранахъ возможность наложить швы представляется рѣже. Въ послѣднее время Noetzel выступаетъ принципиальнымъ противникомъ лѣченія селезеночныхъ поврежденій швомъ, полагая, что только спленектомія даетъ надежную остановку кровотеченія. Опытъ Noetzel'a основанъ, однако, на случаяхъ обширныхъ поврежденій селезенки. При болѣе легкихъ раненіяхъ шовъ завоевалъ себѣ уже достаточно прочную репутацію. Накладывая на рану селезенки швы, слѣдуетъ тщательно осмотрѣть органъ съ цѣлью убѣдиться въ отсутствіи въ немъ другой такой-же раны; отъ недостаточной осмотрительности въ этомъ отношеніи Lamarchia (прив. по Hörs'у) потерялъ своего больного: онъ наложилъ шовъ на разрывъ селезенки, а больной погибъ отъ кровотеченія изъ другого, оставшагося незамѣченнымъ разрыва. Въ большинствѣ случаевъ швы, проведенные глубоко черезъ паренхиму селезенки самой обыкновенной иглой, держатся хорошо и тотчасъ останавливаютъ кровотеченіе; такъ оно было и въ моемъ случаѣ колото-рѣзаной раны селезенки. Однако, иногда швы прорѣзываются (случай Цейдлера, Delagenière'a, Bernhard'a, Bouglé), и тогда приходится прибѣгнуть къ спленектоміи, тампонадѣ, частичной перевязкѣ ножки и т. п. Въ случаѣ Bouglé, гдѣ селезенка была поранена при оваріотоміи и наложенные на нее швы прорѣзались, съ успѣхомъ примѣненъ способъ наложенія шва черезъ там-

понирующіе рану кусочки обособленнаго салыника («boutges épiroloïques» Loewy).

Тампонада раненой селезенки представляетъ менѣе совершенный способъ остановки кровотеченія изъ этого большого и подвижнаго органа. Послѣ нея неоднократно наблюдались вторичныя кровотеченія (случай проф. А. С. Таубера, Maucclair'e'a, Б. К. Финкельштейна). Необходимость можетъ, однако, заставить прибѣгнуть къ этому способу, напр., при обширномъ раненіи селезенки, удерживаемой брюшинными спайками и неподдающейся удаленію, или при большой кровопотерѣ для скорѣйшаго окончанія операціи. Результаты тампонады, какъ видно изъ таблицы, нельзя назвать плохими.

Прижиганіе селезенки горячимъ воздухомъ испробовано при огнестрѣльномъ раненіи ея въ случаѣ ч. пр. Г. Ф. Цейдлера; оно не достигло цѣли и было замѣнено тампонадой. Прижиганіе паромъ съ успѣхомъ произведено было проф. В. Ф. Снегиревымъ при частичномъ изсѣченіи селезенки по поводу ангиомы ея; при раненіяхъ селезенки способъ этотъ не примѣнялся. Также не примѣнялся при раненіяхъ, но экспериментально обоснованъ М. М. Крюковымъ способъ частичной перевязки селезеночной ножки. Что касается перевязки всей ножки безъ удаленія органа, то на живомъ человѣкѣ такая операція произведена была лишь однажды при разрывѣ селезенки Battie'm'a (по Berger'у) со смертельнымъ исходомъ. Опыты Balassess на собакахъ показали, что животныя обыкновенно не переносятъ этой операціи и гибнутъ отъ гнилостнаго геморрагическаго перитонита. Мнѣ самому пришлось принимать участіе въ 3-хъ опытахъ на собакахъ, произведенныхъ для другой цѣли д-ромъ С. С. Гириловымъ и состоявшихъ въ поврежденіи селезенки и перевязкѣ всей ея ножки; всѣ животныя погибли въ очень короткіе сроки съ кровянистымъ выпотомъ въ полости брюшины. Поэтому перевязку всей ножки селезенки безъ удаленія органа слѣдуетъ считать недопустимой и приступать къ перевязкѣ ножки можно лишь тогда, когда убѣдишься, что органъ можно будетъ удалить.

Результаты примѣненія различныхъ способовъ лѣченія ранъ селезенки представлены въ слѣдующей таблицѣ:

*Различные способы лѣченія селезеночныхъ ранъ.*

	Удаленіе селезенки.	Тампонада ея.	Шовъ.
Огнестрѣльные раны	17 (умерли 8)	9 (умерли 5)	4 (умерли 1)
Колоторѣзанные раны	7 (умерли 3)	5 (всѣ выздоровѣли)	19 (умерли 2)

Въ заключеніе два слова объ осложненіяхъ при лѣченіи селезеночныхъ ранъ. Кромѣ указанныхъ уже вторичныхъ кровотеченій, наблюдавшихся послѣ тампонады, слѣдуетъ упомянуть еще объ осложненіяхъ заразнаго происхожденія—гнойныхъ плейритахъ, нарывахъ подъ грудобрюшной преградой и простыхъ гнойникахъ по ходу раневого или оперативнаго канала. Эти осложненія нерѣдки, лѣчатся по обычнымъ правиламъ и чаще всего оканчиваются выздоровленіемъ. Наоборотъ, гнойные и гнилостные перитониты представляютъ самое опасное осложненіе и, наряду съ шокомъ и острой потерей крови, уносятъ наибольшее число жертвъ, гибнущихъ отъ раненія селезенки. Уменьшится число этихъ жертвъ лишь тогда, когда раннее внимательное станетъ общепризнаннымъ и практически осуществимымъ правиломъ.

Главные выводы изъ всего изложеннаго слѣдующіе:

1. Раны селезенки не такъ рѣдки, какъ можно объ этомъ думать со словъ учебниковъ частной хирургіи.
2. Онѣ почти всегда сопровождаются раненіемъ соседнихъ органовъ, при чемъ колоторѣзанные раны чаще всего поражаютъ плейру и грудобрюшную преграду, а огнестрѣльныя—желудочно-кишечный каналъ.
3. Рѣзкій колющій и большія потери крови далеко не всегда сопровождаютъ селезеночныя раны. Даже при полныхъ разрывахъ селезенки въ зависимости отъ огнестрѣльныхъ ранъ можетъ сохраняться удивительно хорошее состояніе и хорошій пульсъ. При колоторѣзанныхъ ранахъ малокровіе развивается обыкновенно скорѣе.
4. Раны селезенки далеко не всегда могутъ быть распо-

знаны; однако, уже одно подозрѣніе на нихъ, равно какъ и вообще на проникающую рану живота, даетъ показаніе къ чревостъченію съ распознавательной цѣлью. Наиболее постояннымъ признакомъ селезеночной раны является, по-видимому, мѣстная ригидность брюшныхъ мышцъ въ лѣвомъ подреберьѣ.

5. Нормальнымъ способомъ обнаженія селезенки при ея раненіяхъ является чревостъченіе изъ разрѣза по краю реберъ, при случаѣ—съ надрѣзомъ или изсѣченіемъ реберныхъ хрящей. Чрезплевральная операція можетъ быть присоединена, въ случаѣ надобности, для наложенія швовъ на грудобрюшную преграду.

6. Нормальнымъ способомъ лѣченія селезеночныхъ ранъ является наложеніе на нихъ шва, а при большихъ поврежденіяхъ—удаленіе органа (splenectomy). Остальные способы остановки кровоточенія изъ селезенки—менѣе надежны.

(Окончаніе слѣдуетъ).

## CLXXXVII. Еще къ вопросу о желудочномъ отдѣленіи при желтушныхъ заболеванияхъ.

Ч. пр. Н. Н. Кирикова.

Мнѣ приходится сдѣлать еще нѣсколько краткихъ замѣчаній по данному вопросу въ виду отвѣтной замѣтки ч. пр. С. С. Зимницкаго («Русскій Врачъ» с. г., № 34). Признавая первичное повышеніе отдѣленія желудочнаго сока съ усиленнымъ содержаніемъ соляной кислоты у желтушныхъ выраженіемъ повышенной иннерваціи желудочныхъ железъ подъ влияніемъ присутствія составныхъ частей желчи въ крови и тканяхъ и находя опору для такого взгляда въ случаяхъ желтухи, протекающихъ съ замедленіемъ пульса, я ни минуты не сомнѣваюсь, что замедленіе пульса служитъ лишь косвеннымъ показателемъ возбужденія секреторныхъ приборовъ блуждающаго нерва. Повышеніе секреторной иннерваціи желудка возможно, конечно, и безъ одновременнаго проявленія усиленной дѣятельности тормозящихъ сердце волоконъ блуждающаго нерва, хотя-бы, напр., вслѣдствіе частичнаго паралича послѣднихъ или вслѣдствіе явленій интерференціи, т. е. присоединенія какихъ-либо иныхъ влияній, дѣйствующихъ въ противоположномъ направленіи. Сколько ни приводить клиническихъ или экспериментальныхъ наблюденій повышенной дѣятельности желудочныхъ железъ безъ замедленія или съ ускореніемъ сердечнаго ритма, одно умноженіе числа такихъ случаевъ не можетъ опровергнуть, при безспорной наличности фактовъ противоположныхъ, защищаемой мною зависимости явленій. Поэтому-то я и утверждаю, что именно для даннаго круга наблюденій «отрицательные результаты не уничтожаютъ результатовъ положительныхъ». Всѣ случаи, на которые желаетъ опереться С. С. Зимницкій, могутъ показывать только, что условія возбужденія секреторныхъ для желудка и тормозящихъ сердце волоконъ блуждающаго нерва не всегда при желтухѣ совпадаютъ. Нельзя всегда «ожидать различныхъ колебаній въ дѣятельности желудочной кѣтки въ зависимости отъ состоянія пульса».

Это—въ качествѣ общаго положенія. Переходя къ частностямъ, скажу, что замѣчанія, сдѣланные С. С. Зимницкимъ, не уничтожаютъ, на мой взглядъ, убѣдительности наблюденій Weintraud'a и Arth. Schiff'a надъ влияніемъ атропинизаціи у желтушныхъ больныхъ. Что-же касается новаго клиническаго случая желтухи, приведеннаго въ «Замѣткѣ» С. С. Зимницкаго, то изъ самаго изложенія его явствуетъ, что немедленное паденіе пульса (до 50) въ теченіи первыхъ 3-хъ дней, до желтухи, а, слѣд., вѣроятно, и смѣнявшее его учащеніе (до 80) въ теченіи позднѣйшихъ дней, правильнѣе всего, казалось-бы, здѣсь приписать влиянію основнаго самоотравленія, производящаго вещества котораго остаются, конечно, неизвѣстными. Такимъ образомъ случай этотъ осложненъ именно интерферирующими влияніями и, какъ таковой, для анализа хода явленій при дѣйствіи на организмъ составныхъ частей желчи непригоденъ.

сказать, что я очень хорошо знаю (и зналъ) выводъ диссертациі проф. Г. М. Малкова, что «соотношенія между выдѣленіемъ желчныхъ кислотъ и пульсомъ не замѣчается». Но, во 1-хъ, тотъ или иной выводъ любого автора не устраняетъ необходимости анализировать наблюденія собственные или чужія, на которыя опираешься, а, во 2-хъ, я полагаю, что выведеніе желчныхъ кислотъ мочемъ не равнозначуще одновременному выдѣленію ихъ печенью, ходу ихъ обращенія въ организмъ и ходу желтухи вообще; поэтому я и не упомянулъ объ этомъ заявленіи Г. М. Малкова, какъ къ данному дѣлу прямо не относящемуся. Кромѣ того, я думаю, что, если-бы и вообще не наблюдалось замедленія пульса на животныхъ, то, при безспорной наличности подобныхъ фактовъ въ клиникѣ, не было-бы основаній этимъ смущаться въ примѣненіи къ патологіи человека, ибо здѣсь можно и должно руководиться данными экспериментальной патологіи тогда, когда таковыя не противорѣчатъ наблюденіямъ на людяхъ.

Однако, въ нашемъ случаѣ существуютъ «положительные результаты» и въ примѣненіи къ животнымъ, въ частности собакамъ, какъ я уже и привелъ въ своей статьѣ (экспериментальные наблюденія Е. А. Головина, Schneyer'a и показанія современныхъ учебниковъ по частной патологіи животныхъ объ естественныхъ заболеванияхъ желтухою послѣднихъ). Эти данныя остаются въ своей силѣ.

У собаки «Волчокъ» въ диссертациі С. С. Зимницкаго я нашелъ только одну отмѣтку пульса (стр. 128), а именно 120 въ минуту; но эта отмѣтка сдѣлана наканунѣ смерти животнаго, при температурѣ въ 39°,3, при дрожаніи, судорогахъ, тошнотныхъ движеніяхъ. Раньше (съ 9-го дня наблюденія) въ мочѣ собаки появился бѣлокъ. Опять-таки такой осложненный случай мало подходитъ для анализа соотношенія явленій въ зависимости отъ одной желтухи.

Основные опыты Röhrig'a, которыми болѣе 40 лѣтъ, не убѣдительно потому, что заключенія его измѣнены позднѣйшею разработкой ученія о влияніи на организмъ желчныхъ кислотъ, которою С. С. Зимницкій, повидимому, не заинтересовался. Опыты M. Löwit'a показали, что нервная система (и въ частности центральный конецъ блуждающаго нерва и его центры) представляетъ гораздо болѣе чувствительный реактивъ на ядовитое дѣйствіе желчи, чѣмъ система мышечная (включая сюда и сердечную мышцу). Выводъ этотъ остается не опровергнутымъ отдѣльными мнѣніями хотя-бы и авторитетныхъ авторовъ.

Что касается опытовъ С. С. Зимницкаго съ повторною ѣдой (подкармливаніе или поддразниваніе), то мнѣ трудно понять, разъ психическая фаза отдѣленія желудочнаго сока стоитъ въ зависимости отъ раздраженія блуждающаго нерва и его центровъ, а новой волны психического сока не получается, при чемъ раздраженіе черезъ блуждающій нервъ на кѣтку, безспорно, передается, какимъ образомъ это непременно доказываетъ нормальное, не особое состояніе иннерваціи со стороны приборовъ блуждающаго нерва? Скорѣе наоборотъ. Во всякомъ случаѣ «особаго состоянія» железистой кѣтки желудка при желтухѣ эти опыты не устанавливаютъ: такое первичное «особое состояніе» железистой кѣтки въ настоящее время еще именно «inveniendum est».

Не доказываетъ такого «особаго состоянія» и размноженіе и увеличеніе обкладочныхъ кѣтокъ желудочныхъ железъ, находимое анатомически при усиленной ихъ дѣятельности, ибо раздраженіе желчью можетъ вести къ этимъ явленіямъ и посредственно, путемъ повышенія секреторной иннерваціи. Но, повторяю, «все сказанное не исключаетъ возможности, что при дѣйствіи желчи со стороны крови и соковъ и желудочная кѣтка въ концѣ концовъ такъ или иначе потерпитъ, подобно тому какъ и мышечныя волокна сердца при очень большихъ дозахъ желчныхъ кислотъ (Sorrentino) или при продолжительномъ застоѣ желчи (Löwit)». Конечно, это отразится и на отдѣленіи. Если-бы при желтухѣ пришлось со временемъ дѣйствительно «найти» первично возникающее, безъ посредства измѣненной иннерваціи, особое состояніе отдѣляющей кѣтки, то это значило-бы, что эпителиальная кѣтка, въ противоположность мышечной, представляетъ собой первично-чувствительный физиологическій реактивъ на

дѣйствие въ организмѣ желчи. Пока-же, какъ мы видѣли, таковымъ приходится признавать, согласно даннымъ науки, нервную систему.

Относительно всплывающаго вопроса о приоритетѣ отмѣчу, что въ послѣдней «Замѣткѣ» С. С. Зимницкій придаетъ своимъ трудамъ въ этой области значеніе болѣе скромное, чѣмъ то сдѣлано было на его докторскомъ диспутѣ оппонентами, въ томъ числѣ и мною. Съ другой стороны, надѣюсь, что я не вызвалъ надобности напоминать о неумаленіи заслугъ и своихъ предшественниковъ, среди которыхъ С. С. Зимницкій называетъ Наетъ'а и нынѣ покойнаго акад. Л. В. Попова. Смыслаю въ томъ на свои писанія.

Изслѣдованія С. С. Зимницкаго о причинахъ, кстаті сказать довольно разнообразныхъ, моего долгаго молчанія по разбираемому вопросу можно оставить безъ отвѣта. Съ своей стороны я старался не касаться личныхъ обстоятельствъ и побужденій, а потому и теперь считаю нужнымъ вѣрить, что спѣшность отвѣтной «Замѣтки» С. С. Зимницкаго вызвана лишь однимъ стремленіемъ къ выясненію истины. А спѣшность эта была велика, разъ онъ «по недостатку времени» не коснулся остальныхъ нашихъ разногласій и оставилъ безъ объясненія указанные мною въ своемъ мѣстѣ нѣкоторые способы обращенія его съ мыслями и трудами другихъ. Если примѣнить его собственную логику, то приходится счесть, что С. С. Зимницкій въ остальныхъ возраженіяхъ не имѣетъ. Объяснять-же просто, что всѣ частности, разобранныя въ моей статьѣ текущаго года, значенія не имѣютъ, было-бы явнымъ примѣненіемъ двойной мѣры для себя и для противника: почему-же эти частности имѣли значеніе въ возраженіяхъ С. С. Зимницкаго («Русский Врачъ», 1903 г., № 1—2) и потеряли его, бывъ разобраны мною?

С. С. Зимницкій остался неудовлетвореннымъ моею статьею и отсутствіемъ въ ней новыхъ собственныхъ наблюдений. Можно съ болѣшимъ правомъ отмѣтить то-же по отношенію къ его полемикѣ, ибо желающему установить въ наукѣ новый фактъ, не опирающійся и даже въ извѣстномъ отношеніи не согласующійся съ существующими данными, еще менѣе пристало выступать безъ новыхъ подтверждающихъ изслѣдованій. Существованіе-же первичной, самостоятельной «астеніи» желудочной кѣтки при желтухѣ пока фактически не обосновано, на что, впрочемъ, указано было и помимо меня, на предварительномъ сообщеніи С. С. Зимницкаго въ Обществѣ русскихъ врачей въ Петербургѣ, проф. В. Н. Сиротининъ и д-ромъ Л. М. Пуссеномъ (см. засѣданіе 15-го мая 1901 г.) В. Н. Сиротининъ, между прочимъ, предлагалъ произвести нѣкоторыя дополнительные экспериментальныя изслѣдованія. Я, съ своей стороны, полагаю, что рѣшить дѣло экспериментально можно лишь спеціальнымъ изслѣдованіемъ, напр., съ выключеніемъ вліянія иннерваціи на желудочныя железы.

Едва-ли можно, однако, упрекнуть меня, что я не принялъ во вниманіе при своихъ выводахъ наблюдений и опытовъ другихъ, вообще не воспользовался въ должной мѣрѣ накопившимися въ наукѣ данными. И вотъ, обсуждая совокупность ихъ, я долженъ признать, что въ настоящее время наиболѣе согласно съ наличностью знаній объясненіе повышенной дѣятельности желудочныхъ железъ при желтухѣ состояніемъ иннерваціи со стороны блуждающаго нерва и его центровъ, а не предположеніе о первично возникающемъ особомъ, «астеническомъ», состояніи отдѣляющей желудочной кѣтки. Последнее еще «*inveniendum est*».

С. С. Зимницкій въ одномъ мѣстѣ своей «Замѣтки» говоритъ, что онъ «все-же хочетъ кое-что, если уже не главную часть, въ желудочной гиперсекреціи при желтухѣ отнести и на долю самой кѣтки». Если это не описка, то наши воззрѣнія на этой точкѣ, повидимому, сближаются, и, слѣд., настоящая полемика принесла извѣстную долю пользы въ выясненіи вопроса.

CLXXXVIII. Изъ клиники кожныхъ и венерическихъ болезней проф. Т. П. Павлова въ В. Медицинской Академіи.

### Случай „Xeroderma pigmentosum“ Kaposi.

В. И. Теребинскаго.

Къ числу дов. рѣдко встрѣчающихся кожныхъ заболѣваній относится т. наз. (со временъ Kaposi) «Xeroderma pigmentosum» (Melanosis lenticularis progressiva, Lioder-

mia essentielle cum melanosi et teleangiectosi, Parchment Skin, Atrophoderma pigmentosum, Dermatoses de Kaposi, Angioma pigmentosum et atrophicum, Maladie pigmentaire épithéliomateuse, Lentigo épithéliomateux, Lentigo mélanique). Уже такое обиліе названій, большинство которыхъ такъ или иначе указываетъ на характеръ клиническихъ измѣненій кожи при этомъ заболѣваніи, само по себѣ съ достаточной ясностью свидѣтельствуетъ о значительномъ разнообразіи припадковъ при немъ. Съ патолого-анатомической точки зрѣнія всю картину этой болѣзни можно разбить на слѣдующія стадіи (Löwenbach): 1) эритематозная стадія (необязательная); 2) стадія пигментныхъ пятенъ; 3) атрофическо-рубцовая стадія, сопутствующая телеангиэктазіями; 4) стадія бородавчатыхъ разрошеній, являющаяся лишь началомъ дальнѣйшей и 5) стадія опухолей.

Заболѣваніе начинается въ раннемъ дѣтствѣ, и первые признаки его выражаются развитіемъ на открытыхъ частяхъ кожи (и сосѣднихъ съ ними областяхъ) пигментныхъ пятенъ; этому иногда предшествуетъ т. наз. эритематозная стадія (erythema solare). Пятна эти—различной величины и окраски (въ общемъ напоминаютъ веснушки), лежатъ болѣе или менѣе густо. Вскорѣ къ нимъ присоединяются болѣе значительныя измѣненія: кожа становится сухой, тонкой, какъ-бы натянутой, труднѣе нормальной приподнимается въ складку, можетъ лосниться, иногда-же отрубевидно шелушится. На ряду съ этимъ появляются телеангиэктазіи и блѣны атрофическія пятна, такъ что на пораженныхъ частяхъ кожа дѣлается пестрой. Ротовое отверстіе при этомъ можетъ суживаться, вѣки—выворачиваться. Въ качествѣ послѣдовательныхъ припадковъ сюда иногда присоединяются трещины и экзематизація. На ряду съ этимъ на кожѣ могутъ развиваться узелки, иногда похожіе на бородавки, которые затѣмъ иногда разрастаются, распадаются и принимаютъ характеръ злокачественныхъ новообразованій. Эта стадія (опухолей) развивается приблизительно на 4-мъ году заболѣванія. Общее состояніе больныхъ если и ухудшается замѣтно, то по большей части именно въ послѣдней стадіи.

Заболѣваніе это, подробно и полно описанное съ клинической стороны болѣе 35 лѣтъ назадъ, у насъ въ Россіи встрѣчается, повидимому, чрезвычайно рѣдко. По крайней мѣрѣ, въ русской литературѣ, если не считать сообщенія въ Русскомъ сифилидологическомъ и дерматологическомъ Обществѣ проф. С. Я. Кульнева<sup>1)</sup>, наблюдавшаго эту форму не въ Россіи, описано всего 4 случая ея [А. П. Полтавцева<sup>2)</sup>, Г. И. Мецера<sup>3)</sup>, В. М. Кудиша<sup>4)</sup> и затѣмъ случай, наблюдавшійся въ клиникѣ покойнаго проф. Н. И. Стуковенкова<sup>5)</sup> и оставшійся неописаннымъ]. Такая рѣдкость этого заболѣванія у насъ и побуждаетъ меня сообщить о наблюдавшемся случаѣ въ клиникѣ проф. Т. П. Павлова.

25/ix 1906 г. въ амбулаторію при клиникѣ обратилась Н. И., 35 л., крестьянка Витебской губ., дѣвица, опредѣленныхъ занятій не имѣющая и живущая милостиней. Родилась въ дѣтствѣ въ деревнѣ, откуда лѣтъ 20 назадъ, послѣ смерти отца, перѣехала въ Петербургъ. Отецъ умеръ отъ неясной для болѣзней причины, а спустя 5 лѣтъ послѣ этого «скоростийно» умерла и мать. Въ настоящее время у болѣзней въ живыхъ имѣется братъ (моложе ея) и сестра (старше) — семейные, пользующіеся удовлетворительнымъ здоровьемъ какъ сами, такъ и ихъ дѣти (у брата 4 ребенка, у сестры — 5). О перенесенныхъ въ дѣтствѣ заболѣваніяхъ ничего опредѣленнаго сообщить не можетъ. Мѣсячныя появились на 14-мъ году, прекратились-же окончательно около 2-хъ лѣтъ назадъ. Приблизительно столько-же времени страдаетъ припадками падучей. Изъ болѣзней, можетъ указать лишь на ожогъ ногъ кипяткомъ (во время падучаго припадка) и на гнойникъ на кожѣ спины, при чемъ оба раза больная лежала въ Обуховской больницѣ. Заболѣваніе, заставившее больную обратиться за совѣтомъ въ клинику, по ея мнѣнію, существуетъ года 1½—2. До этого-же времени она припоминаетъ, что на лицѣ были веснушки, но, когда онѣ появились, были-ли уже въ дѣтствѣ?—ничего опредѣленнаго сказать не можетъ; одно лишь, повидимому, достоверно, что до этого времени на кожѣ лица никакихъ неяркихъ субъективныхъ ощущеній не испытывала.

Средняго роста; умѣреннаго питанія. Нѣсколько малокровна. Органы грудной и брюшной полости, равно какъ и органы таза (изслѣдованіе въ клиникѣ проф. А. И. Лебедева) безъ уклоновъ нѣтъ отъ нормъ. Падучіе припадки бывають 1—3 раза въ недѣлю, средней продолжительности въ 5—10 мин. Конвуль-



изменения сосредоточиваются на лицѣ, шеѣ, верхней части груди и спины, на кистяхъ рукъ, особенно тыльной ихъ поверхности, на предплечьяхъ и отчасти плечахъ, а также и на голенахъ. Кожа здѣсь представляется сухой, нѣсколько истонченной, слегка напряженной, хотя и безъ труда можетъ быть захвачена въ складку; при этомъ в. легко получается морщинистость и мелкая складчатость, какъ это бываетъ на кожѣ стариковъ. Кромѣ этихъ особенностей, кожа обильно покрыта пятнами, лежащими то отдѣльно, то дов. тѣсно, въ видѣ небольшихъ группъ, окрашенными въ различные цвѣта отъ желто-коричневаго (совершенно напоминаютъ веснушки), до черно-коричневаго (какъ пятно отъ прижиганія адскимъ камнемъ), величиною отъ макового до чечевичнаго зерна. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ такіе пигментированные участки кожи имѣютъ характеръ именно пятенъ, вовсе не возвышаются надъ уровнемъ окружающей кожи, и лишь иногда на сухой ихъ поверхности какъ-бы замѣчаются признаки легкаго шелушенія. Только на лицѣ (особенно вблизи наружныхъ угловъ глазной щели) они принимаютъ характеръ пигментированныхъ узелковъ темно-коричневаго цвѣта, величиною съ булавочную головку и нѣсколько покрупнѣе, лежащихъ въ самыхъ поверхностныхъ частяхъ кожи и выступающихъ надъ ея поверхностью въ видѣ образований шаровидной формы. Нѣкоторые изъ этихъ образований в. похожи на пигментированные бородавки. Расположены они по большей части маленькими группами, въ 3—5 элементовъ каждая. Кромѣ того, на кожѣ лица имѣется нѣсколько одиночныхъ, совершенно бѣлыхъ, сухихъ, круглой формы, слегка запававшихъ атрофическихъ пятенъ. Въ толщѣ кожи лица имѣются образования узелковаго характера, заложенные въ болѣе глубокихъ слояхъ кожи. Одинъ изъ этихъ узелковъ, въ косточку вишни, нѣсколько выступающій надъ поверхностью кожи, дов. плотный, окрашенъ въ красноватый цвѣтъ и покрытъ нѣсколько шелушащейся кожей. Съ одной стороны между краемъ этого узелка и здоровой кожей имѣется атрофическая каемка бѣлаго цвѣта, нѣсколько запававшая, окружающая не весь элементъ, а лишь часть его и имѣющая форму серпа или полулуія. Располагался этотъ узелокъ неподалеку отъ наружнаго угла лѣваго глаза. Въ области нижней челюсти слѣва имѣется такой-же узелокъ, отлѣкающийся отъ только-что описаннаго отсутствіемъ атрофической периферической каемки. На кожѣ, покрывающей верхнюю челюсть, у лѣваго крыла носа имѣется образование въ двугривенный, покрытое дов. плотной, кровянистой коркой, сидящее на невоспаленномъ, нѣрѣзко уплотненномъ основаніи. По снятіи этой корки обнаружилась гладкая, не возвышающаяся надъ уровнемъ кожи поверхность, лишенная общаго покрововъ, съ блестящей, красной, какъ-бы лаковой поверхностью, мѣстами имѣющей характеръ нѣкоторой зернистости, до известной степени напоминающей эту поверхность гранулирующей язвы. Края этого изъязвленія незначительно инфильтрированы, невоспалены; въ основаніи его не удается нащупать замѣтнаго уплотненія. Отдѣляемое этой язвы в. незначительно; сама она при ощупываніи безболѣзненна, не кровоточитъ. Существуетъ эта язва, по словамъ больной, около 2-хъ лѣтъ, постепенно увеличиваясь и не поддаваясь нѣстному лѣченію. Лимфатическія железы какъ въ областяхъ, ближайшихъ къ мѣсту язвеннаго процесса, такъ и въ болѣе отдаленныхъ, не поражены. Кромѣ этихъ измѣненій, на кожѣ нижнихъ частей обѣихъ голеней имѣются дов. обширныя рубцовыя поверхности отъ ожога кипяткомъ.

Въ виду того, что эта картина пораженія кожи весьма напоминала описанную Kaposi<sup>6)</sup> при «Xeroderma pigmentosum» и соответствовала позднѣйшимъ описаніямъ ея [G. Löwenbach<sup>7)</sup>, Du Castel<sup>8)</sup>], а также въ виду своеобразности самого процесса, распознаваніе было не трудно. Отмѣчу лишь, что, если больная и считаетъ себя заболѣвшей около 2-хъ лѣтъ назадъ, то это всецѣло относится къ появленію изъязвившагося въ настоящее время узла. Кромѣ того, въ настоящее время известно, что «Xeroderma pigmentosum», начинаясь обычно въ раннемъ дѣтствѣ, можетъ протекать 50—70 лѣтъ, а, съ другой стороны, и самое начало болѣзненныхъ измѣненій въ зрѣломъ возрастѣ (20—80 л.) не представляется исключительнымъ. Подобныхъ случаевъ у Löwenbach'a собрано 14. Въ послѣднее время, кромѣ того, появилась работа Joseph'a Nicolas и M. Favre'a<sup>9)</sup>, гдѣ у больной первые признаки болѣзни (эритема) развились на 63—64-мъ году. Съ другой стороны, въ самой картинѣ страданія обращало на себя вниманіе отсутствіе рѣзко выраженныхъ телеангиectазій и, вѣроятно, въ связи съ этимъ—незначительное число углубленныхъ бѣлыхъ атрофическихъ пятенъ.

Имѣя предъ собой дов. типичный случай «Xeroderma pigmentosum» въ стадіи развитія опухолей, интереснымъ конечно, представлялось установить патолого-анатомическій характеръ этихъ опухолей, тѣмъ болѣе, что по этому вопросу въ настоящее время нѣтъ единодушія: одни считаютъ развивающіяся при этомъ опухоли результатомъ воспалительнаго процесса—гранулемъ (Esmarch, Taylor);

(ulcus rodens), а также за другія разновидности кожного рака: глубокую его форму (Unna, Lesser-Bruhns), папиллярную (Tenneson-Dansey), меланокарциному (Kreibich), «trichoeptitheliom'y» (Kreibich, сл. Jarisch'a), цилиндроклеточковый ракъ (Kreibich и Greeff). Въ нѣкоторыхъ-же случаяхъ наблюдались опухоли типа саркомъ (Elsenberg, Pick, Веселовскій, Полтавцевъ) или смѣшаннаго саркоматозно-карциноматознаго характера (Kaposi, Pollitzer, Taylor, Elsenberg). Наконецъ, эти опухоли принимались то за эндотелиому и перителіому (Веселовскій, Hanke), то за ангиому (Kaposi, Matzenauer, Веселовскій), то за фиброму (Kreibich) и, наконецъ, за папиллому (Crocker, Zukasiewicz, White).

Въ наблюдавшемся мною случаѣ такое изслѣдованіе не представлялось затруднительнымъ: больная сама просила освободить ее отъ неподдававшегося лѣченію пораженія кожи на лицѣ.

Сначала съ нея были сняты муляжъ, а 8/х 1906 г. въ клиникѣ проф. М. С. Субботина, подъ кокаиновой анестезіей, удалена была вся изъязвившаяся опухоль, лежащая у лѣваго крыла носа. Постоперационное теченіе было гладкое; рана зажила первымъ натяженіемъ. Остальные узлы, удалить которые больная не пожелала, рѣшено лѣчить радіемъ, для чего она и предоставлена любезно согласившемуся на это ч. пр. В. Н. Гейнауу. Въ настоящее время сеансы эти начаты.

Вырѣзанный кусочекъ кожи послѣ промывки его въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли былъ разсѣченъ на части, которыя фиксированы: въ алкоголь (95%), насыщенномъ растворѣ сулемы въ 0,6%-мъ растворѣ поваренной соли—нѣсколько капелекъ на баночку крѣпкой уксусной кислоты (acidum aceticum glaciale) въ 10%-мъ растворѣ формалина и въ жидкости Flemming'a (крѣпкой). Затѣмъ часть кусочка была заключена въ парафинъ, другая въ целлоидинъ. Изучаемые срѣзы въ 5—15  $\mu$ . толщиной окрашивались различными способами.

Результатъ патолого-анатомическаго изслѣдованія вырѣзаннаго кусочка кожи. Если разсматривать съ небольшимъ увеличеніемъ самый периферическій край полученныхъ срѣзовъ, соответствующій сосѣдней съ вырѣзаннымъ узломъ кожѣ, не представлявшей замѣтныхъ клиническихъ измѣненій, и если отсюда начать приближаться къ болѣзненному очагу, то первое, что обращаетъ на себя вниманіе, это—постепенное утолщеніе слоевъ эпидермиса и болѣе глубокое выпячиваніе вглубь его межсосочковыхъ отростковъ. Послѣдніе гипертрофируются, глубже вдаются въ подлежащую ткань дермы и въ тоже время повсюду рѣзко отграничены отъ нижележащей ткани corium'a. Здѣсь въ сосочкахъ и подсосочковомъ слое количество круглоклеточковыхъ и веретенообразныхъ элементовъ повышено противъ нормы, при чемъ болѣе значительныя скопленія клетокъ можно обнаружить по ходу кровеносныхъ сосудовъ. Стѣнка послѣднихъ не представляетъ рѣзкихъ отклоненій отъ нормы. Среди клетокъ очень много т. наз. тучныхъ (Mastzellen) съ дов. крупной, грубой зернистостью, метакроматично окрашивающейся отъ полихромной метиленовой синьки (по Unna) и отъ тинина. На границѣ между неизмѣненной кожей и изъязвленіемъ, что соответствуетъ краямъ язвы, въ самыхъ поверхностныхъ частяхъ эпидермиса обнаруживаются явленія т. наз. паракератоза: постепенное исчезновеніе зернистаго слоя (str. granulosum) и появленіе хорошо окрашивающихся палочкообразныхъ ядеръ въ утолщенномъ роговомъ слое. Затѣмъ, соответственно самой язвѣ, роговой слой исчезаетъ, и въ покрывающей язву корочкѣ лишь кое гдѣ по сосѣдству съ краями можно обнаружить отдѣльныя роговыя чешуйки. Весь участокъ, соответствовавшій изъязвленію, занятъ разросшимся вдругъ эпителиемъ, вдающимся въ подлежащую ткань въ видѣ неправильной отростчатой массы. Эти вросанія эпителия, въ общемъ, однако, соответствующія сильно разросшимся и деформированнымъ межсосочковымъ отросткамъ (принявшимъ отростчатую иногда пальцеобразную, иногда же сложную и причудливую форму) представляются массами, состоящими изъ отдѣльныхъ эпителиальныхъ клетокъ, большая часть которыхъ окрашивается ядерными красками въ болѣе или менѣе степени хуже по сравненію съ эпителиальными клетками неизмѣненныхъ частей кожи. Среди этихъ массъ эпителия не было обнаружено ни одного сосуда. Что касается характера находящихся здѣсь клетокъ, то по краямъ эпителиальныхъ массъ, на границѣ съ частями соединительной ткани, преимущественно встрѣчаются клетки вытянутой цилиндрической формы, окрашивающіяся болѣе рѣзко ядерными красками, въ то время какъ середина этихъ массъ выполнена болѣе блѣдными клетками яйцевидной и многогранной формы, со слабо окрашеннымъ пузырьковиднымъ ядромъ. Среди клетокъ попадаются дов. много съ фигурами дѣленія ядра. По мѣрѣ приближенія къ самымъ центральнымъ частямъ пораженія, въ этихъ участкахъ разросшагося эпителия обнаруживаются измѣненія, которыхъ не было замѣтно въ болѣе периферическихъ частяхъ; прежде всего, здѣсь само пораженіе—гораздо глубже, разрошенія эпителия занимаютъ всю толщу кожи до подкожной клетчатки, не захватывая, впрочемъ, послѣдней; количество отростковъ во вросшихъ эпителиальныхъ массахъ здѣсь также рѣзко увеличено, такъ что на срѣзахъ попадаетъ много мелкихъ островковъ эпителия, лежащихъ на первый взглядъ совершенно

всегда удавалось проследить их связь с большими массами, так что на эти островки приходится смотреть, лишь как на разбросанные отростки эпителия. Затѣм, и въ характерѣ самихъ эпителиальныхъ разрошеній здѣсь имѣются свои особенности: эпителиальные клѣтки, особенно центральныхъ частей разрошеній, окрашены менѣе рѣзко; границы отдѣльныхъ эпителиальныхъ элементовъ не такъ ясно различаются, какъ въ нормальныхъ частяхъ *Malpighi*'ева слоя. Кромѣ этихъ измѣненій, мѣстами встрѣчаются и болѣе значительныя, заключающіяся то въ т. наз. пустотномъ перерожденіи клѣточныхъ элементовъ (чаще дѣло начинается съ протоплазмы—околоядерныхъ пространствъ, хотя иногда можно было обнаружить начало процесса съ ядра), то въ явленіяхъ межуточнаго отека, при чемъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ обнаруживаются островки, въ которыхъ эпителиальные клѣтки замѣнены сѣтчатой стромой. Иногда здѣсь обнаруживалось (характерная реакція при окраскѣ тининомъ, полихромной метиленовой синькой, сафраниномъ) слизистое перерожденіе какъ отдѣльныхъ клѣточныхъ элементовъ, такъ и цѣлыхъ группъ ихъ, при чемъ мѣстами на такихъ миксоматозно перерожденныхъ участкахъ нельзя было разобрать отдѣльныхъ клѣточныхъ элементовъ, и они представлялись въ видѣ сплошныхъ, неправильной формы, однородныхъ участковъ, дающихъ съ упомянутыми красками типичное для слизи окрашивание. Тамъ, гдѣ, вмѣсто клѣтокъ эпителия, замѣчались островки съ сѣтчатой стромой, петли послѣдней иногда были выполнены каплями вещества, дающаго характерное для слизи окрашивание. Рогового перерожденія въ разросшихся массахъ эпителия нигдѣ обнаружить не удалось (окраска по *Gram*'у), зато мѣстами, наряду со слизистымъ, можно было наблюдать стекловидное перерожденіе. Что касается промежутковъ между отдѣльными островками взрослого эпителия—промежутковъ, соответствующихъ оставшимся свободными частямъ *corium*'а, то они выполнены почти чистой плазмой, состоящей изъ большого числа типичныхъ «*Plasmazellen*» *Ulm*'ы, среди которыхъ въ громадномъ числѣ находятся тучныя клѣтки и въ весьма незначительномъ—круглоклѣточные одноядерные элементы. Всѣ эти клѣтки заложены въ дов. нѣжной петливстой стромѣ (*reticulum*), очень ясно видимой отъ обработки азотнокислымъ серебромъ (по *Levaditi*). Въ однихъ случаяхъ (верхняя часть сръзовъ) между островками эпителия и плазмой нѣтъ никакой посторонней границы, въ другихъ (въ нижнихъ частяхъ сръза) участки эпителия какъ-бы окружены сумкой болѣе или менѣе толстой, изъ пучковой ткани, мѣстами миксоматозно и стекловидно перерожденной.

Что касается подлежащей ткани, то въ верхнихъ частяхъ *corium*'а, находящихся между отдѣльными массами эпителия и соответствующихъ какъ-бы сильно удлинненнымъ сосочкамъ, выполненнымъ плазмой, мѣстами почти вовсе не удается замѣтить ни клейдающихъ, ни упругихъ волоконъ. Мѣстами-же упругія волокна (окраска по *Weigert*'у, *Minervini*) имѣютъ видъ дов. толстыхъ тяжей и обрывковъ, при чемъ расположеніе ихъ въ большинствѣ случаевъ соответствуетъ очертаніямъ эпителиальныхъ массъ. Значительное разрыхленіе упругой ткани замѣтно и въ болѣе глубокихъ частяхъ, занятыхъ плазмой, а также и въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ ткань дермы подверглась миксоматозному (рѣже—стекловидному) перерожденію; наоборотъ, въ сосѣднихъ съ краемъ язвы сосочкахъ, а мѣстами и въ болѣе глубокихъ слояхъ дермы, еще свободныхъ отъ вросанія эпителия (особенно въ периферическихъ частяхъ язвы), замѣтны скопленія обрывковъ упругихъ волоконъ, болѣе или менѣе значительныя, при чемъ сами обрывки въ большинствѣ случаевъ имѣютъ сходство съ обломанными пружинами самой разнообразной величины и формы.

Ткань дермы не богата сосудами. Въ глубокихъ частяхъ *corium*'а обнаружено нѣрѣзкое расширеніе венъ и болѣе рѣзкое—лимфатическихъ сосудовъ. Что касается сосудистой стѣнки, то она во многихъ мѣстахъ оказалась рѣзко измѣненной (перимезо и эндо-васкулиты). Наиболѣе рѣзкія измѣненія найдены въ дов. крупной артеріи, проходящей въ подкожной клѣтчаткѣ.

Самая поверхностная часть язвы, которая въ день операціи была покрыта тоненькой, нѣжной корочкой, при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась состоящей изъ дов. густой сѣти фибрина, петли котораго выполнены остатками клѣточныхъ элементовъ, по большей части потерявшихъ способность окрашиваться и въ силу этого едва различимыхъ, или окрашивающихся только диффузно; кромѣ того, здѣсь-же находится зернистый распадъ, очень хорошо окрашивающіяся бѣлыя кровяныя тѣльца, большая часть которыхъ—несомнѣнно многоядерныя и мѣстами красныя кровяныя шарики. Въ общемъ корочка эта соответствуетъ всей толщѣ эпидермиса, ибо точнѣе подвѣсивъ, съ одной стороны, начинаются разросшіяся эпителиальныя массы, въ общемъ соответствующія межсосочковымъ отросткамъ, а, съ другой—соответствующіе сосочкамъ и лежащіе между отдѣльными массами эпителия тяжи, занятые плазмой. Такимъ образомъ цѣлостъ и непрерывность эпителиальнаго слоя оказывается здѣсь нарушенной. Вся ткань, непосредственно прилегающая къ корочкѣ, болѣе или менѣе рѣзко измѣнена (на первомъ планѣ—явленія тканевого отека и пустотнаго перерожденія клѣточныхъ элементовъ), при чемъ жировое перерожденіе выражено в. незначительно.

Въ виду отмѣчаемаго за послѣднее время обнаруженія спирохетъ, похожихъ на бѣдные спирохеты, въ ткани кожныхъ раковъ, одинъ изъ кусочковъ опухоли былъ фиксированъ въ 10%-мъ раствѣ формалина съ послѣдовательной обработкой азотнокислымъ серебромъ (по *Levaditi*); но при микроскопическомъ изслѣдованіи никакихъ спирохетъ найдено не было.

Если разобраться въ измѣненіяхъ, полученныхъ путемъ патолого-анатомическаго изслѣдованія, то прежде всего увидимъ, что дѣло имѣется не съ простой язвой, а съ содержащей въ своихъ краяхъ и въ днѣ эпителиальнаго образованія, представляющія атипическое разрастаніе эпителия. Разрошенія эти болѣе значительны и глубоко соответствуютъ дну язвы и особенно центральныхъ его частямъ. Сами массы эпителия въ общемъ повторяютъ строеніе наружной кожи; въ нихъ не было замѣтно ни кровеносныхъ сосудовъ, ни волоконъ упругой ткани. Границы этихъ массъ всюду дов. рѣзко очерчены; нигдѣ не замѣтно инфильтраціи подлежащей ткани отдѣльными эпителиальными клѣтками. Ни одна изъ нихъ не выходитъ изъ-за границы эпителиальныхъ разрошеній, и лишь въ самыхъ верхнихъ частяхъ язвы, подъ корочкой, гдѣ дов. рѣзко выражены дегенеративные процессы ткани, трудно отличить, гдѣ кончаются клѣтки эпителия и начинаются клѣтки плазмы, ибо всѣ онѣ потерпѣли такіа рѣзкія измѣненія, что перестали различаться.

Всѣ эти измѣненія, вмѣстѣ взятые, весьма типичны для т. наз. плоскоклеточкаго рака (канкротиды) и именно той его разновидности, которая у патолого-анатомовъ называется поверхностной его формой (она развивается изъ разрастанія клѣтокъ верхней кожицы). Такимъ образомъ патолого-анатомическое изслѣдованіе ясно указало, что въ данномъ случаѣ дѣло имѣется съ той формой новообразовательныхъ процессовъ, которая наиболѣе встрѣчается при «*Xeroderma pigmentosum*».

*К. Kreibich*<sup>10)</sup>, изучая поверхностные канкротиды, развивающіеся у страдающихъ «*Xeroderma pigmentosum*», различаетъ въ нихъ 2 типа: 1) т. наз. мозговой ракъ—*Medullarkrebse* (въ значеніи *Hansmann*'а), соответствующій *ulcus rodens* и 2)—собственно канкротидъ. 1-ая разновидность происходитъ отъ разрастанія основного слоя цилиндрическаго эпителия (*Stratum germinativum*); клѣтки ея никогда не подвергаются роговому перерожденію, хорошо очерчены, вытянутой, а иногда цилиндрической формы, съ небольшимъ количествомъ протоплазмы и рѣзко окрашивающимся ядромъ. Эти клѣтки могутъ подвергаться различнымъ перерожденіямъ до жирового включительно и въ концѣ концовъ—распадаться. Что касается 2-ой разновидности—типичнаго канкротиды, то онъ, повидимому, происходитъ насчетъ размноженія клѣтокъ верхняго слоя *Malpighi*'ева слоя; у клѣтокъ опухоли хорошо выражены межклеточные мостики; онѣ богаты протоплазмой, имѣютъ большое, пузырьковидное, слабоокрашивающееся ядро и обладаютъ наклонностью подвергаться роговому перерожденію. Возвращаясь къ своему случаю, отмѣчу, что по характеру патолого-анатомическихъ измѣненій онъ ближе подходитъ къ той разновидности, которая названа *Kreibich*'омъ именемъ «*Medullarkrebse*».

Итакъ, патолого-анатомическое изслѣдованіе, выяснивъ характеръ измѣненій, свойственныхъ т. наз. *stadium tumoris* этого заболѣванія въ данномъ случаѣ, тѣмъ не менѣе не въ состояніи пролить новаго луча свѣта на патогенезъ «*Xeroderma pigmentosum*». Въ настоящее время большинство видитъ причину этого заболѣванія въ т. наз. врожденной наклонности кожи къ преждевременному отживанію (*senilitas cutis praecox Kaposi*). Сопутствующимъ же обстоятельствомъ, являющимся поводомъ для развитія всей картины припадковъ при «*Xeroderma pigmentosum*», признается наличность раздражающихъ такую кожу условій (чаще всего—вліяніе солнечныхъ лучей). Этимъ объясненіемъ, опирающимся на извѣстные патолого-анатомическія данныя (*Lesser-Bruhns, Löwenbach*), по всему вѣроятію, придется довольствоваться до тѣхъ поръ, пока ближайшая причина развитія злокачественнаго новообразованія, наконецъ, не будетъ разгадана, ибо съ этой разгадкой, несомнѣнно, связано выясненіе истинной причины и «*Xeroderma pigmentosum*».

Литература. 1. *С. Я. Куликовъ*, «Протоколы Русскаго сифилологическаго и дерматологическаго Общества», 1890 г. (29/ix).—2. *А. П. Полтавцевъ*, Случай пигментной экссудации и ринсклеромы. Протоколы засѣданій Харьковского дерматологическаго и венерологическаго Общества. «Русскій Журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней», 1901 г.—3. *Г. И. Мещеряковъ*, «Протоколы Московскаго венерологическаго и дерматологическаго Общества», 1902 г.

тологического Общества» за 1903—1904 г. (29/x 1904 г.). — 4. В. М. Кудима. Xeroderma pigmentosum *Kaposi*. «Русский Журнал кожных и венерических болезней», 1905 г., № 8. — 5. Там же. — 6. *Kaposi*. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1893 г. — 7. *Lowenbach*. Xeroderma pigmentosum *Mracek*. Handbuch der Hautkrankheiten, т. III.—8. *Du Castel*. Xeroderma pigm. «La pratique dermatologique» (*Besnier, Brocq u. Jacquet*), т. IV. — 9. *Joseph Nicolas u. M. Favre*. Deux observations pour servir de contribution à l'étude clinique et histologique du Xeroderma pigmentosum. «Annales de dermatologie et de syphiligraphie», 1906 г., № 6. — 10. *K. Kreibich*. Ueber Geschwülste bei Xeroderma pigmentosum *Kaposi*, als Beitrag zur Kenntniss des Medullarkrebses der Haut. «Archiv für Dermatologie u. Syphilis», 1901 г., т. LVII.

Из университетской клиники датских болезней проф. Czerny в Бреславле.

## Опыт изучения обмена железа у детей грудного возраста.

Памяти незабвенного моего учителя проф. Н. И. Быстрова.

Студ. Н. И. Красногорского.

(Продолжение. См. № 47, стр. 1478).

Вслед за опытами с женским и козьем молоком я нашел не безинтересным коснуться вопроса об усвоении железистых соединений различных других питательных веществ, преимущественно тех, которые ребенок обыкновенно получает по мере окончания периода кормления материнским молоком. Я остановился на яичках и шпинате, как на веществах, во 1-х, пользующихся известной популярностью, во 2-х, содержащих большие количества железа, и, во 3-х, являющихся представителями одно — животного, другое — растительного царств.

*Bunge* <sup>21)</sup>, исследуя железистые соединения яичных желтков, пришел к выводу, что железо находится в них исключительно в органическом соединении (гематоген).

С целью изучить всасываемость этого соединения организмом, *Socin* <sup>22)</sup> поставил 3 опыта на собаках. 1-ый опыт с кормлением желтками дал незначительный % всасывания (автор считает, что из 0,1807 грм. введенного железа всасалось 0,012, т. е. 6,6%). Во 2-х других кал содержал больше железа, чем его дано было в пищу. Так как у подвергавшихся опыту собак обыкновенно развивался при этом сильный понос, то данные *Socin*'а не могут претендовать на особую точность.

Что касается железистых соединений растений, то по *Bunge* <sup>23)</sup>, они также находятся в формах, похожих на распространенные в животном царстве, и могут усваиваться организмом <sup>24)</sup>.

Чтобы изучить обмен железа у детей при кормлении их яйцами и шпинатом, я поставил 4 опыта.

Опыт 10. F. G., 8-месячный, крепкий ребенок. «Exudative Diathese»; язык вида географической карты. После 2-х недель пребывания в клинике, во время которых получал  $\frac{1}{2}$  молока +  $\frac{1}{2}$  воды + 1 кофейную ложку молочного сахара и прибавился в весе на 100 грм., был поставлен опыт с кормлением шпинатом. Шпинат кипятился  $\frac{1}{2}$  часа в воде, измельчался, смешивался с небольшим количеством масла и давался ребенку. Тарелка со шпинатом и ложкой перед едой и после едой вытискивались. От каждого кормления оставалось некоторое количество для исследования. После опыта составлялась смесь из количества, равного съеденному шпинату. Смесь высушивалась на водяной бане, вытискивалась, растиралась в порошок и исследовалась. Количество съеденного шпината переводилось на сухое вещество из отношения между влажным и сухим весом шпинатной смеси. Молоко давалось и исследовалось описанным выше путем. Ребенок до опыта 2 дня получал шпинат. В вес до опыта 7460, после 7540 грм.; в итоге + 80 грм. За 3 дня 6 раз испражнялся (испражнения были окрашены в зеленый цвет). Температура колебалась в пределах 36°,4—37°,1. Получил за опыт 80,01 грм. шпината (высушенного), 2873,25 грм. молочной смеси ( $\frac{2}{3}$  молока +  $\frac{1}{3}$  воды); вывел 39,2865 грм. кала и 1485 к. стм. мочи. Определение железа см. табл. 20, всасываемость и усвоение—табл. 21.

Опыт 11 был поставлен на том же ребенке через 12 дней. За истекшее время дитя ежедневно получало 1 раз шпинат и 5 раз 120 молока, 60 воды и 1 кофейную ложку молочного сахара. За 2 дня до начала собирания испражнений шпинат был отменен, и дана смесь из 2-х куриных желтков. Способ исследования тот же, что и в опыте 10.

Табл. 20.

	Общее количество полученной пищи и выделенных испражнений в грм.	Анализируемое количество в грм.	Титр.	Количество к. стм. тиосульфата раствора, употребл. при титровании.	Количество железа в млгрм. в анализируемом количестве.	Общее количество железа в млгрм. в пище и испражнениях.	Среднее количество железа в млгрм.
Шпинат.	80,01	5,1659 3,1025 5,5463	8,8 10,0 8,8	5,5 4,0 5,8	1,25 0,8 1,32	19,36 20,63 19,04	19,68
Молоко и вода.	2873,25	150 150	8,8 8,8	1,2 1,3	0,27 0,29	5,17 5,55	5,36
Кал.	39,2865	5,4998 1,0652 2,3542	8,8 10,0 10,0	6,5 1,4 2,9	1,48 0,28 0,58	10,57 10,32 9,68	10,19
Моча.	1485	500 500	10,0 10,0	1,3 1,5	0,26 0,3	0,77 0,89	0,83

Табл. 21.

Количество железа в млгрм. полученное ребенком за опыт.	Количество выведенного железа в млгрм. через:		Всасалось железа.		Усвоилось железа.	
	Кал.	Мочу.	Безотносительное количество в млгрм.	В % по отношению к пищевому железу.	Безотносительное количество в млгрм.	В % по отношению к пищевому железу.
25,04	10,19	0,83	14,85	59,31	14,02	55,99

оставления проб для исследования и приготовления из них смеси был одинаков с описанным в предыдущем опыте относительно шпината. В вес до опыта 7570, после 7600 грм.; в итоге + 30 грм. За 3 дня имел 3 испражнения \*). Температура колебалась в пределах 36°,6—37°,2. Получил за опыт 70,32 грм. яичных желтков (высушенных) и 2952,95 грм. молочной смеси ( $\frac{2}{3}$  молока и  $\frac{1}{3}$  воды); вывел 20,6 грм. кала (сухого) и 1475 к. стм. мочи. Определение Fe см. табл. 22, всасываемость и усвоение—табл. 23.

Табл. 22.

	Общее количество полученной пищи и выделенных испражнений в грм.	Анализируемое количество в грм.	Титр.	Количество к. стм. тиосульфата раствора, употребл. при титровании.	Количество железа в млгрм. в анализируемом количестве.	Общее количество железа в млгрм. в пище и испражнениях.	Среднее количество железа в млгрм.
Яичная смесь.	70,32	1,0332 1,4875	8,6 8,6	1,4 1,7	0,33 0,39	22,45 18,43	20,44
Молоко + вода.	2952,9	150 150	8,6 8,6	1,3 1,2	0,30 0,28	5,91 5,51	5,71
Кал.	20,6	1,1521 1,5281	8,6 8,6	2,55 3,5	0,59 0,81	10,54 10,92	10,73
Моча.	1475	500 500	8,6 8,6	1,2 1,0	0,28 0,23	0,83 0,61	0,72

\*) Чтобы проверить точность способа, я в последний день опыта, за 4 часа до конца его, дал ребенку шоколад. Следующее испражнение около 9 час. вч. было уже обильно окрашено в коричневый цвет.

Табл. 23.

Количество желѣза въ мгрм., полученное бенкомъ за опытъ.	Количество выведеннаго желѣза въ мгрм. черезъ:		Всосалось желѣза.		Усвоилось желѣза.	
	Калъ.	Мочу.	Безотносительное количество въ мгрм.	Въ % по отношенію къ пищевому желѣзу.	Безотносительное количество въ мгрм.	Въ % по отношенію къ пищевому желѣзу.
26,15	10,73	0,72	15,42	58,97	14,70	56,21

По окончаніи опыта былъ назначенъ снова шпинать, а чрезъ 5 дней опытъ со шпинатомъ повторенъ.

**Опытъ 12.** Пища до опыта: 5×120 грм. молока, 60 грм. воды и 1 ложка молочнаго сахара и 1 разъ шпинать (см. опытъ 10). Время опыта—3 дня. Въсѣ до опыта 7500, послѣ 7480 грм.; въ итогѣ—20 грм. Было 3 испражненія. Температура колебалась въ предѣлахъ 36,7—37,2. Получилъ 58,05 грм. шпината и 2893,9 грм. молока+воды; вывелъ 26,2090 грм. кала и 1210 к. стм. мочи. Анализъ пищи и испражненій см. табл. 24, всасываемость и усвоеніе табл. 25.

Табл. 24.

	Общее количество по- ченной пищи и выдѣ- ленныхъ испражнений въ грм.	Анализируемое количе- ство въ грм.	Титръ.	Количество к. стм. тит- сульфатъ раствора, упо- требл. при титрованіи.	Количество желѣза въ мгрм. въ анализируе- момъ количествѣ.	Общее количество желѣ- за въ мгрм. въ пищѣ и испражненияхъ.	Среднее количество же- лѣза въ мгрм.
Шпи- нать.	58,05	1,3903 1,6178	8,9 8,9	1,8 2,0	0,40 0,45	16,69 16,15	16,42
Молоко + вода.	2893,9	150 150	8,9 8,9	1,0 1,3	0,22 0,29	4,24 5,59	4,92
Калъ.	26,2090	1,7371 1,4910	8,9 8,9	1,9 1,7	0,43 0,38	6,49 6,68	6,59
Моча.	1210	500 500	8,9 8,9	0,7 0,9	0,16 0,21	0,39 0,51	0,45

Табл. 25.

Количество желѣза въ мгрм., полученное бенкомъ за опытъ.	Количество выведеннаго желѣза въ мгрм. черезъ:		Всосалось желѣза.		Усвоилось желѣза.	
	Калъ.	Мочу.	Безотносительное количество въ мгрм.	Въ % по отношенію къ пищевому желѣзу.	Безотносительное количество въ мгрм.	Въ % по отношенію къ пищевому желѣзу.
21,34	6,59	0,45	14,75	69,12	14,30	67,01

Черезъ слѣдующіе 5 дней повторенъ опытъ съ яйцами.

**Опытъ 13.** 2 дня до опыта давалась смѣсь изъ 2-хъ желтковъ (см. опытъ 12). Въсѣ до опыта 7450, послѣ 7530 грм.; въ итогѣ +80 грм. Было 3 испражненія. Температура колебалась въ предѣлахъ 37°—37,6. Получилъ за опытъ 40,52 грм. яичныхъ желтковъ и 2755,7 грм. молока+воды; вывелъ 23,50 грм. кала и 1506 к. стм. мочи. Опредѣленіе Fe см. табл. 26, всасываемость и усвоеніе—табл. 27.

Табл. 26.

	Общее количество полу- ченной пищи и выве- денных испражнений в грм.	Анализируемое количе- ство в грм.	Титр.	Количество к. стм. тио- сульфатъ раствора, упо- требл. при титрованіи.	Количество желѣза въ млгрм. въ анализируе- момъ количествѣ.	Общее количество желѣ- за въ пищѣ и испраж- неніяхъ въ млгрм.	Среднее количество же- лѣза въ млгрм.
Яичная смѣсь.	40,52	1,9767 2,5491	9,0 9,0	1,8 2,4	0,4 0,53	8,20 8,42	8,31
Молоко+ вода.	2755,7	150 150	9,0 9,0	1,1 0,8	0,24 0,18	4,41 3,32	3,87
Калъ.	23,5	3,3901 3,1961	9,0 9,0	2,5 2,0	0,56 0,44	3,88 3,24	3,56
Моча.	1505	500 500	9,0 9,0	0,7 0,4	0,16 0,09	0,48 0,27	0,38

Табл. 27.

Количество желѣза въ мгрм., полученное бенкомъ за опытъ.	Количество выведеннаго желѣза въ мгрм. черезъ:		Всосалось желѣза.		Усвоилось желѣза.	
	Калъ.	Мочу.	Безотносительное количество въ мгрм.	Въ % по отношенію къ пищевому желѣзу.	Безотносительное количество въ мгрм.	Въ % по отношенію къ пищевому желѣзу.
12,18	3,56	0,38	8,62	70,77	8,24	67,65

Для ясности результаты послѣднихъ 4 опытовъ соединены въ табл. 28.

Табл. 28.

№ опыта.	Качество пищи.	Измѣненіе въ опытѣ.	Всосалось желѣза.		Усвоилось желѣза.	
			Безотносительное количество въ грм.	Въ % по отношенію къ желѣзу пищи.	Безотносительное количество въ грм.	Въ % по отношенію къ желѣзу пищи.
10	Шпинать, молоко, вода . . .	+80	0,01485	59,31	0,01402	55,99
12	Тоже . . . . .	-20	0,01475	69,12	0,01430	67,01
11	Яичные желтки, молоко, вода .	+30	0,01542	58,97	0,01470	56,21
13	Тоже . . . . .	+80	0,00862	70,77	0,00824	67,65

(Окончаніе слѣдуетъ).

## CLXXXIX. Объ огнестрѣльныхъ вътрѣбныхъ раненіяхъ мочевого пузыря \*)

М. Марголина.

Бой у Шахъ и Янтайскихъ копей далъ Царскосельскому госпиталю Краснаго Креста 4 случая раненій мочевого пузыря. Одинъ случай внутрѣбнаго раненія моче-

\*) Сообщено во временномъ Тельинскомъ Обществѣ.



вого пузыря съ раздробленіемъ крестцовой кости и громаднымъ поврежденіемъ кишекъ окончился смертельно непосредственно вслѣдъ за чревосеченіемъ, обнаружившимъ его безнадежность. У остальныхъ 3-хъ больныхъ были вивершинные ранения пузыря; 2-ое изъ нихъ въ настоящее время на пути къ выздоровленію, 3-ій умеръ. Не останавливаясь на случаѣ внутрибрюшиннаго ранения, опишу случаи раненій вивершинныхъ.

К. И. П., капитанъ, былъ раненъ 29/ix 1904 г. шрапнелью и привезенъ въ госпиталь 2/х вѣч. 2 сквозныхъ пораненія живота, при чемъ 2 отверстия помѣщались въ ягодичной области и 2 на брюшной стѣнкѣ между пупкомъ и лоннымъ сочлененіемъ, послѣднія—величиной немного меньше серебрянаго пятакка; въ одно изъ переднихъ отверстій вставлена дренажная трубочка, черезъ которую течетъ моча. 37° съ долями. Цвѣтъ лица землисто-сѣрый. Моченоспущеніе затруднено.

Брюшныя раневыя отверстия были мною широко раскрыты, при чемъ оказалось, что ткани вплоть до пузыря были флегмонозно инфильтрованы; запахъ гнилостный. Вставлены глубоко дренажная трубка и тампона. Катетеръ а дежуе. На одной изъ слѣдующихъ перевязокъ рана вслѣдствіе распространения флегмоны была еще болѣе расширена; но не смотря на это, гнилостный процессъ не остановился; появились икота, бредъ, и 9/х больной скончался. Вскрытія не было.

З. А. А. Х., 37 л., капитанъ, былъ раненъ 30/ix шрапнелью и привезенъ въ госпиталь 2/х вѣч. Рана въ животъ, на передней стѣнкѣ, приблизительно на срединѣ разстоянія между пупкомъ и лонномъ, нѣсколько влѣво отъ средней линіи. Изъ отверстия вытекаетъ моча. Выходное отверстие нѣтъ. Около раны—небольшой кровоподтекъ. 37°—38°. Моченоспущеніе затруднено. Изъ анамнеза оказалось, что больной вскорѣ послѣ раненія мочился съ кровью; въ поздѣ моча была выпущена катетромъ.

Раневой ходъ широко раскрытъ (д-ръ Заболотный). Флегмонозное пропитываніе тканей—мѣнѣе распространенное, чѣмъ въ сл. 1. Глубоко вставлена дренажная трубка; тампонада и катетеръ а дежуе. При изслѣдованіи зондомъ д-ру Заболотному казалось, что онъ наткнется на пулю (въ пузырь или въ окружающую кѣтку?). Попытки извлечь ее были безрезультатны. Температура скоро упала къ нормѣ, рана стала очищаться. Послѣдовательное теченіе вполне благоприятное. Въ настоящее время (докладъ былъ сдѣланъ въ ноябрѣ—декабрѣ 1904 г.) имѣется лишь узкій свищевой ходъ, и больной мочится произвольно порядочными количествами, а въ отдѣльномъ свища запаха мочи нѣтъ \*).

З. В. Ф. П., 41 г., подполковникъ, раненъ 29/ix, привезенъ въ госпиталь 2/х. Сквозное раненіе живота ружейной пулей. Переднее отверстие—между пупкомъ и лонномъ, приблизительно по срединѣ, покрыто струмомъ; заднее—вправо отъ праваго края крестца, нѣсколько выше заднепроходнаго отверстия. Внизу на животѣ, сверху и влѣво отъ лоннаго сочлененія, прощупывается инфильтратъ, не особенно болѣзненный. Температура слегка повышенная. Моченоспущеніе затруднено и нѣсколько болѣзненно. Повязка, съ которой прибылъ больной, была сухая, но промокшую повязку смѣнили въ поздѣ, и врачъ объяснилъ промоканіе истеченіемъ мочи черезъ раневое отверстие. Больной помнитъ, что передъ раненіемъ долго не мочился; послѣ же раненія мочился, какъ ему кажется, съ кровью, съ болями. Непосредственно послѣ раненія прошелъ болѣе 3 хъ верстъ пѣшкомъ; до поступления въ госпиталь мочился, хотя и не вполне свободно, но произвольно, часто и въ общемъ въ такомъ количествѣ, что ему казалось, что повязка промокла отъ мочи, выдѣлявшейся изъ моченоспущающаго канала. Такъ какъ распознаваніе раненія мочевого пузыря не было точно установлено, самочувствіе больного было хорошее, а раневое отверстие оставалось закрытымъ, рѣшено было съ оперативнымъ вмѣшательствомъ обождать. Ограничились катетромъ а дежуе.

Въ ближайшіе дни размѣры инфильтрата нѣсколько увеличились, но съ операціей все еще медлили, тѣмъ болѣе, что температура въ отдѣльные дни падала до нормы. Съ 12/х температура стала устойчиво нормальной, и одновременно съ этимъ въ мочѣ появилось большое количество гноя съ примѣсью крови; моча приобрѣла дурной запахъ; инфильтратъ почти исчезъ, и лишь при глубокомъ ощупываніи наблюдалась болѣзненная резистентность. 29/х у задняго отверстия на ягодичѣ замѣчена припухлость съ выделеніемъ и вскрыта; сначала выдѣлилось немного водянистой жидкости (моча?), а затѣмъ и гной; найти зондомъ какой-либо ходъ въ глубину не удалось. 1/х температура вдругъ поднялась до 38°, со знобомъ (до этого бывали иногда вечернія поднятія до 37° съ долями), размѣры инфильтрата стали быстро увеличиваться по обѣ стороны средней линіи, но болѣе влѣво, а къ 4/х заходили уже пальца на 2—3 выше пупка. При выступаніи нижней части живота тугой звукъ не былъ постояннымъ и иногда мѣстами смѣнялся барабаннымъ; при потряхиваніяхъ ясно прослушивался плескъ. 4/х операція (д-ръ Б. Я. Зельдовичъ \*\*). Разрѣзъ по средней линіи

живота. По разрѣзѣ кожи и апоневроза брызнула жидкость—кровяная моча въ большомъ количествѣ, а затѣмъ появился и гной. Брюшина оказалась отслоенной на большомъ пространствѣ. Катетеръ, введенный въ мочевой пузырь, прошелъ въ рану и обнаружилъ на днѣ пузыря отверстие съ неровными краями, пропускавшее палецъ. Лобковая кость съ правой стороны представлялась извѣденной. Тампонада. Рана стала хорошо очищаться. Примѣсь крови и гноя въ мочѣ значительно уменьшилась, а раневые тампоны скоро перестали пахнуть мочей. Температура опять установилась на нормѣ. Катетеръ—по прежнему а дежуе—иногда вынимался на нѣсколько часовъ. Дурной, аммиачный запахъ мочи не исчезъ вполне. Дней черезъ 10 послѣ операціи на катетрѣ стали осѣдаться крупинки солей, а вмѣстѣ съ тѣмъ въ пузырь появились дов. частыя судороги. Катетеръ а дежуе былъ вынутъ, и начаты промыванія пузыря (сначала 1/2%-нымъ растворомъ салициловой кислоты, а затѣмъ иногда 0,5—1%-нымъ растворомъ ляписа). При первомъ же промываніи (выринуто было мѣнѣе 100,0 грм. подъ слабымъ давленіемъ) жидкость появлялась и въ ранѣ. При слѣдующихъ промываніяхъ вырскивали сразу не болѣе 30,0 (больше этого не позволяли боли), и жидкости въ ранѣ не показывалось. Въ настоящее время явленія цистита ослабли, а рана хорошо гранулируетъ \*).

Въ смыслѣ распознаванія первые 2 случая вивершиннаго раненія не оставляли сомнѣній: мы имѣли патогномическій признакъ раненія мочевого пузыря—истеченіе мочи изъ раневыхъ отверстій; за вивершинность говорило отсутствіе воспалительныхъ явленій со стороны брюшины, животъ былъ не вздутъ, мало болѣзненъ, не было рвоты и т. д. Въ 3-мъ случаѣ этого патогномического признака не было; на него имѣлось лишь не вполне определенное указаніе въ анамнезѣ; когда-же мы видѣли большое, оба раневыхъ отверстия у него были уже покрыты струпами. Моченоспущеніе, хотя и частое, не вызывало особыхъ болей, да и до поступленія въ госпиталь больной мочился безъ нихъ и ему ни разу не выпускали мочи катетромъ. Правда, въ анамнезѣ было указаніе на примѣсь крови къ мочѣ, но недостаточно категорическое. Была и ограниченная припухлость подъ лоннымъ сочлененіемъ. Хотя большинство данныхъ и говорило за вивершинное раненіе мочевого пузыря, но въ виду отсутствія истеченія мочи изъ раны, высокаго ея положенія, сравнительно свободного моченоспущенія и общаго хорошаго самочувствія распознаваніе не было поставлено съ несомнѣніемъ; дуалось, между прочимъ, нѣтъ-ли раненія брюшной полости безъ поврежденія мочевого пузыря, а ограниченную припухлость не слѣдовало-ли приписать образующемуся мѣстному нарыву. Дальнѣйшее теченіе показало, что вѣрно было первое предположеніе. Отсюда слѣдуетъ допустить, что, моча, дѣйствительно, первое время поступала наружу черезъ раневое отверстие, но оно скоро закрылось и настолько прочно, что даже большое скопленіе мочи не пробило себѣ здѣсь выхода. На возможность быстрого склеиванія раны указываетъ и *Sonnenburg*. Въ данномъ случаѣ это можно объяснить небольшими размѣрами наружнаго отверстия раны и отдаленностью его отъ раны спаивающаго пузыря. Возможно, что извѣденность лобковой кости объясняется травмой отъ пули, ранившей больного сзади напередъ, на ходу ударившейся объ лобковую кость и отскочившей оттуда рикошетомъ кверху и вперед. Такимъ образомъ патогномическій признакъ раненія мочевого пузыря имѣлся во всѣхъ 3-хъ случаяхъ, а припухлость надъ лонномъ—только въ 1, гдѣ выдѣленіе мочи наружу было задержано скорымъ закрытіемъ раневого хода. Въ клиническомъ отношеніи не безинтересно и появленіе барабаннаго звука внизу живота при вторичномъ скопленіи мочи. Звукъ этотъ можно объяснить или расположеніемъ кишекъ впереди скопленія (барабанный звукъ не былъ постояннымъ—одинъ день онъ былъ, другой нѣтъ; не было постоянства и въ размѣрахъ его распространенія), что говорило-бы за внутрибрюшинное расположеніе скопленія, или попада-

\* Къ февралю явленія цистита совсѣмъ исчезли, и больной мочился свободно большими количествами. Отъ раны остался узкій свищъ, направившійся къ правой лобковой кости. Въ концѣ февраля эвакуированъ въ Харбинъ, гдѣ въ скоромъ времени въ отдѣльномъ свища обнаружилась моча. Вслѣдствіи свища произвольно закрылся, и я видѣлъ г. П. въ май 1906 г. вполне здоровымъ. Больной г. Х. (сл. 2) по эвакуаціи въ Россію былъ подвергнутъ въ клиникѣ проф. С. П. Федорова рентгено- и цистоскопическому изслѣдованію. Мѣстоположеніе пули определено внутри пузыря. Сдѣлана операція, и пуля была извлечена. Въ послѣдующее время г. Х. выздоровѣлъ.

\*) Свищъ не закрылся и до послѣднихъ чиселъ февраля, когда больной былъ эвакуированъ въ Харбинъ.

\*\*) Пользуясь случаемъ выразить ему здѣсь свою признательность за услуги, оказанныя нашему госпиталю, пользовавшемуся, въ числѣ прочихъ Тьелинскихъ госпиталей, его любез-

ніемъ воздуха въ скопленіе при посредствѣ катетризации, на каковой признакъ для въвѣрюшинныхъ раненій пузыря указываетъ *Dittrich*. Оказалось послѣднее; въ пользу этого говорили и явственно слышимый плескъ содержимаго при потряхиваніяхъ и быстрое увеличеніе въ 3—4 дня скопленія безъ воспалительныхъ явленій со стороны брюшины.

Въ теченіи описанныхъ пораненій слѣдуетъ отмѣтить, что изъ 3-хъ случаевъ въ 2-хъ (раненія прапнелю) наблюдалась мочеваѣ инфильтрація тканей съ ихорознымъ распадомъ. Случай съ обширнымъ распространеніемъ флегмоны окончился смертельно при гнилостныхъ явленіяхъ, а въ сл. 2 рана стала быстро очищаться. Сл. 1 былъ, несомнѣнно, тяжелѣе: въ немъ имѣлись 2 раненія съ большимъ поврежденіемъ мочевого пузыря и наружныхъ покрововъ, насколько можно было судить о томъ по размѣрамъ наружныхъ отверстій и по количеству вытекавшей въ рану мочи. Въ сл. 3 (ружейное раненіе), гдѣ наружныя отверстия закрылись, флегмонознаго пропитыванія тканей тѣмъ болѣе съ гнилостнымъ характеромъ, не было найдено даже при операціи, сдѣланной болѣе мѣсяца спустя послѣ пораненія. Это слѣдуетъ объяснить, мнѣ кажется, раннимъ закрытіемъ наружныхъ раневыхъ отверстій (небольшіе размѣры отверстій обуславливались тѣмъ, что пуля была ружейная; отсюда же — и меньшій ушибъ тканей на пути пули, чѣмъ при раненіяхъ пуль прапнелю), прекратившимъ доступъ воздуха, отсутствіемъ катетризации, можетъ быть, не всегда безукоризненной при боевой обстановкѣ, и доброкачественностью мочи, ибо у больного въ прошломъ не было мочеполювыхъ заболѣваній. Въ сл. 3 скопленіе образовывалось 2 раза: начальный инфильтратъ, прогрессивно увеличивавшійся, черезъ 2 недѣли (послѣ раненія) прорвался въ пузырь, и температура упала къ нормѣ; правда, и послѣ этого еще прощупывалось небольшое уплотненіе, но, въ связи съ паденіемъ температуры, думалось, что тутъ еще возможно произвольное излѣченіе. Такъ тянулось 2 недѣли; инфильтратъ не увеличивался, температура лишь изрѣдка вечерами давала 37° съ долями, какъ вдругъ размѣры скопленія снова быстро увеличились и стали много болѣе прежняго. Эту смѣну нельзя объяснить ничѣмъ въ лѣченіи, такъ какъ до операціи все время у больного былъ катетеръ à demeure, а потому и условія давленія въ пузырь оставались одинаковыми. Изъ прочихъ явленій слѣдуетъ отмѣтить упорный циститъ, вызванный, надо думать, продолжительнымъ прохожденіемъ черезъ пузырь гноя и разлагавшейся мочи, а также образование осадковъ солей, сначала отлагавшихся только на катетерѣ, а потомъ и свободно выдѣлявшихся, иногда до большихъ крупинками.

Въ первыхъ 2-хъ случаяхъ лѣченіе примѣнено было сразу же оперативное. Раневые ходы были широко и глубоко раскрыты; въ глубину ранъ вставлены дренажъ, тампоны, въ пузырь — катетеръ à demeure. Флегмонозный процессъ въ 1-мъ случаѣ не остановился, и раненый скончался при явленіяхъ гнилокровія; во 2-мъ рана быстро очистилась, и больной теперь на пути къ выздоровленію (остался лишь узкій свищъ). Въ 3-мъ случаѣ, въ виду неувѣренности въ распознаваніи, раневой ходъ раскрыть не былъ, и ограничились лишь введеніемъ катетра à demeure; въ послѣдствіи все же пришлось оперировать этого больного; думаю, что, если бы и въ этомъ случаѣ мы поступили такъ же, какъ въ первыхъ 2-хъ, болѣзнь протекла бы скорѣе и легче, вскрытія гнойно-мочевого скопленія въ пузырь съ послѣдующимъ циститомъ могло бы не послѣдовать, не было бы и такой большой отслойки брюшины. Мнѣ кажется поэтому, что при въвѣрюшинныхъ огнестрѣльныхъ раненіяхъ мочевого пузыря лѣченіе должно быть сразу же оперативное и заключаться во вскрытіи предпузырной кѣтчаткѣ по раневому ходу, хотя бы температура и была почти нормальной, а раневое отверстие совершенно закрылось, какъ это было въ 3-мъ изъ вышеописанныхъ случаевъ, и хотя нельзя было бы опредѣлить скопленія мочи въ видѣ ограниченной опухоли надъ лонномъ, какъ въ первыхъ 2-хъ случаяхъ. Свободный стокъ мочи черезъ раневое отверстие не предупреждаетъ мочевого пропитыванія тканей съ ихъ распадомъ и послѣдую-

щимъ гнилостнымъ зараженіемъ, хотя *Sonnenburg* и считаетъ истеченіе мочи изъ раневого отверстия условіемъ благоприятнымъ и отмѣчаетъ наступающее иногда произвольное излѣченіе въ подобныхъ случаяхъ. Съ другой стороны, и при закрывшихся раневыхъ отверстияхъ нельзя быть увѣреннымъ, что избѣжишь гнилостной флегмоны (въ моемъ 3-мъ случаѣ ея не наблюдалось), такъ какъ она бываетъ и при подкожныхъ разрывахъ мочевого пузыря; къ тому же и закрывшееся раневое отверстие можетъ, какъ утверждаетъ *Sonnenburg*, черезъ нѣсколько дней вскрыться и вызвать флегмону тканей. Катетеръ à demeure одинъ, безъ раскрытія раны, не обезпечиваетъ дренажа мочевого пузыря и не предупреждаетъ дальнѣйшаго поступленія мочи въ околопузырную кѣтчатку, даже въ томъ случаѣ, когда скопленіе само устроитъ себѣ свободное сообщеніе съ пузыремъ, какъ это было въ 3-мъ моемъ случаѣ, гдѣ наблюдалось громадное вторичное скопленіе. Поэтому описываемые мною случаи говорятъ противъ выжидательнаго лѣченія, проводившагося въ сообщенныхъ д-ромъ *Кютнеромъ* 2-хъ случаяхъ изъ Южно-африканской войны (правда, одинъ изъ его случаевъ возбуждаетъ сомнѣніе въ распознаваніи и, во всякомъ случаѣ, принадлежитъ къ очень легкимъ по клиническимъ признакамъ). Къ *Кютнеру* примыкаетъ и проф. *А. С. Тауберъ* и отчасти *Lühe*; нашъ же опытъ говоритъ въ пользу ранняго оперативнаго вмѣшательства, какъ этого требуетъ *Sonnenburg* и *Tillmans*. Катетеръ à demeure, по моему мнѣнію, не слѣдуетъ оставлять свыше нѣсколькихъ дней (конечно, часто его мѣняя), такъ какъ при всей асептичности онъ все же можетъ явиться источникомъ зараженія; въ особенности онъ нехорошъ тамъ, гдѣ имѣются условія для развитія цистита, какъ это было въ 3-мъ моемъ случаѣ, въ виду сообщенія мочевого пузыря съ гнойной полостью, и гдѣ катетеръ могъ сыграть роль инороднаго тѣла для выдѣленія солей.

Изъ 3-хъ случаевъ въвѣрюшиннаго раненія мочевого пузыря смерть наступила въ 1, что составляетъ смертность въ 33,3%. Возможно, что и окончившійся смертью случай имѣлъ бы другой исходъ, если бы больной былъ привезенъ скорѣе послѣ раненія, и раннее оперативное вмѣшательство предупредило бы распространеніе мочевого пропитыванія съ послѣдующимъ гнилокровіемъ.

Съ точки зрѣнія полевого хирурга описываемые мною случаи указываютъ на необходимость организаціи скорой оперативной помощи, улучшенія транспорта и эвакуаціи на войнѣ. Изъ 3-хъ больныхъ 2-ое были доставлены въ госпиталь только на 4-ый день послѣ раненія, а 1 — на 3-й. Желательно, чтобы всѣ подвижные госпитали были обезпечены хирургами, чтобы располагались они недалеко отъ мѣста боя (не далѣе 10 верстъ), но въ полной безопасности отъ непріятеля и чтобы операціи дѣлались въ этихъ госпиталяхъ не какъ исключеніе, а во всѣхъ необходимыхъ случаяхъ. Для этого необходимо увеличить въблизи боя медицинскій персоналъ и не отвлекать его въ полномъ составѣ для перевязокъ; врачи съ первыхъ перевязочныхъ пунктовъ должны помогать персоналу подвижнаго госпиталя находить больныхъ, требующихъ оперативнаго вмѣшательства, выдавая въ соотвѣтствующихъ случаяхъ особыя карточки. Не менѣе, если не болѣе, желательно, увеличеніе и улучшеніе транспортныхъ средствъ до желѣзной дороги: наши раненые были доставлены къ развѣзду желѣзной дороги, отстоявшему въ 20 верстахъ отъ боя, только на 2—3-й день, а, какъ офицеры, они были еще въ сравнительно лучшемъ положеніи. Подобныя же пожеланія объ организаціи близкой къ бою хирургической помощи въ неотложныхъ случаяхъ высказывать, если не ошибаюсь, и проф. *В. Г. Цѣе ф. Мантейфель* въ Харбинскомъ медицинскомъ Обществѣ по поводу раненія крупныхъ сосудовъ. Какъ къ идеалу, насколько вообще позволительно говорить объ идеалахъ въ такомъ противу-человѣчномъ дѣлѣ, какъ война, все же надо стремиться къ обезпеченію полной нейтральности медицинскихъ учрежденій обѣихъ непріятельскихъ сторонъ на полѣ брани съ необходимой свободой передвиженія.

# СХС. Правительственные законопроекты по реформе фабричной медицины и по страхованию от болезни \*).

Н. А. Вигдорчик.

Будущей Думѣ,—если только она соберется и будет жизнеспособной,—придется имѣть дѣло съ цѣлымъ рядомъ правительственныхъ законопроектовъ, направленныхъ къ реорганизации различныхъ сторонъ общественной и государственной жизни. Между тѣмъ, правительство выработало нѣсколько проектовъ, близко затрагивающихъ интересы врачебнаго дѣла и потому подлежащихъ специальной компетенціи врачей. Я имѣю въ виду, во 1-хъ, «Проектъ положенія объ обезпеченіи врачебною помощью рабочихъ промышленныхъ предпріятій» и во 2-хъ, «Проектъ о страхованіи рабочихъ въ случаяхъ болѣзни» \*\*). Въ нижеслѣдующемъ я намѣренъ изложить содержаніе обоихъ этихъ проектовъ и показать, насколько они отвѣчаютъ назрѣвшимъ потребностямъ текущаго момента.

1.

## Современная постановка нашей фабричной медицины.

При оцѣнкѣ правительственныхъ мѣропріятій по реформѣ нашей фабричной медицины мы должны исходить, съ одной стороны, изъ существующаго положенія дѣла, съ другой—изъ нашихъ представлений о желательныхъ и возможныхъ въ ближайшемъ будущемъ преобразованіяхъ. Мы должны посмотреть, насколько выработанные Министерствомъ торговли и промышленности законопроекты способны устранить наличные недостатки нашей фабричной медицины и насколько они въ состояніи приблизить постановку медицинскаго дѣла на фабрикахъ и заводахъ къ возможному въ настоящее время совершенству. Съ этой точки зрѣнія я долженъ начать свое изложеніе съ характеристики того положенія, въ которомъ находится нынѣ обезпеченіе фабричныхъ рабочихъ медицинской помощью.

Какъ извѣстно, все наше законодательство по фабричной медицинѣ крайне несложно. Въ основѣ его лежитъ знаменитый, достаточно уже осмѣянный, циркуляръ 1866 г. о врачебной помощи рабочимъ на фабрикахъ и заводахъ—циркуляръ, въ которомъ содержится только одно требованіе—объ устройствѣ при фабрикахъ больницъ по расчету 1 кровати на 100 чел. рабочихъ. Циркуляръ этотъ до сихъ поръ не кодифицированъ; однако, онъ на практикѣ превратился въ основную норму, на которой покоилось все развитіе фабричной медицины. Другой законодательной основой различныхъ распоряженій по устройству медицинской части на фабрикахъ служила 102 ст. уст. о промышл., которая воспрещаетъ фабрикантамъ дѣлать какіе-либо вычеты изъ заработной платы въ возмѣщеніе расходовъ по лѣченію рабочихъ. Можно себѣ представить, какое зданіе могло вырасти на основѣ такихъ неясныхъ и неполныхъ законовъ! Самые существенные вопросы фабрично-медицинской организаціи не только не разрѣшены въ этихъ законахъ, но даже и не упомянуты въ нихъ. Ничего не сказано о томъ, какъ должны быть устроены больницы, какими минимальнымъ требованіямъ должны онѣ удовлетворять, въ какихъ размѣрахъ онѣ должны обслуживаться медицинскимъ персоналомъ. Не упомянуто вовсе объ амбулаторной помощи рабочимъ, о лѣченіи семей рабочихъ, о лѣченіи рабочихъ на дому. Не указанъ даже кругъ примѣненія закона—не обозначены точно тѣ заведенія фабрично-заводской промышленности, на которыя законъ распространяется, такъ что мелкія заведенія (съ числомъ рабочихъ меньше 100) и до сихъ поръ нерѣдко считаютъ себя свободными отъ требованій закона. Наконецъ,—что особенно важно,—законъ не даетъ никакихъ указаній относительно срока, въ продолженіи котораго рабочій имѣетъ право пользоваться бесплатнымъ лѣченіемъ.

\*) Сообщено въ Обществѣ больничныхъ врачей въ Петербургѣ 17/хІ 1906 г.

\*\*) Проекты эти были впервые выработаны Министерствомъ Витте—Дурново. При Столыпинѣ они подверглись переработкѣ. Въ своемъ разборѣ я имѣю въ виду 2-ую, переработанную, редакцію проектовъ. Текстъ этихъ проектовъ выѣстъ съ объяснительной къ нимъ запиской изданъ официально въ ограниченномъ изданіи.

Къ этому надо еще прибавить, что разъясненіе основныхъ законовъ по фабричной медицинѣ и примѣненіе ихъ на практикѣ было отдано въ руки учреждений, совершенно для этой цѣли неподходящихъ. Я имѣю въ виду т. наз. «Присутствія по фабричнымъ дѣламъ». Это — не только ультра-бюрократическія учрежденія, но, кромѣ того, еще учрежденія по самому составу своему враждебно настроенныя къ интересамъ рабочихъ. Губернаторъ, вице-губернаторъ, фабричный инспекторъ, прокуроръ окружнаго суда, начальникъ жандармскаго управленія и нѣсколько представителей отъ промышленности — вотъ изъ кого состоятъ «губернскія по фабричнымъ дѣламъ Присутствія». Удивительно-ли, что подобныя учрежденія принимали близко къ сердцу интересы предпринимателей и старались возможно менѣе дать рабочимъ? Эта тенденція «Присутствія» и проявлялась во всѣхъ областяхъ фабричной жизни; проявилась она также и въ фабричной медицинѣ. Нѣкоторыя «Фабричныя Присутствія», напр.,—даже вопреки ясному смыслу закона 1866 г.,—освобождали промышленныя заведенія съ числомъ рабочихъ ниже 300 отъ обязанности устраивать больницы. Въ другихъ случаяхъ «Фабричныя Присутствія» допускали замѣну врачебной помощи фельдшерской или вполнѣ довольствовались тѣмъ, что фабрики входили въ соглашеніе съ городскими или земскими учрежденіями, совершенно не заботясь о подробностяхъ этого соглашенія и совершенно не считаясь съ тѣмъ, насколько оно обезпечиваетъ рабочихъ медицинской помощью въ случаѣ болѣзни.

Какъ однако ни скромны были въ своихъ предписаніяхъ «Фабричныя Присутствія», но и эти предписанія не исполнялись; обязательныя постановленія «Присутствій» то и дѣло нарушались фабрикантами. И къ этимъ нарушеніямъ «Присутствія» относились болѣе чѣмъ снисходительно. Приблизительное представленіе о той строгости, съ которой фабриканты поощрялись къ исполненію законовъ, могутъ дать слѣдующія цифры. Согласно отчету фабричныхъ инспекторовъ за 1905 г. \*), въ этомъ году было обнаружено 31346 нарушеній закона; протоколовъ-же составлено всего на всего 968, въ которыхъ установлено лишь 1875 правонарушеній. Такимъ образомъ лишь въ 6% всѣхъ случаевъ неисполненія закона блюстители его сочли нужнымъ привлечь фабрикантовъ къ отвѣтственности. Но это еще, конечно, не значитъ, что во всѣхъ этихъ случаяхъ привлеченіе къ отвѣтственности закончилось наказаніемъ виновныхъ и что наказаніе было пропорціонально преступленію. Практика показываетъ, что фабриканты за крупнѣйшія нарушенія фабричныхъ законовъ—даже въ случаѣ неоднократныхъ повтореній этихъ нарушеній—штрафуются на ничтожныя суммы, совершенно нечувствительныя при громадномъ фабричномъ бюджетѣ.

Чтобы закончить характеристику нашего законодательства по фабричной медицинѣ, я долженъ еще упомянуть о существованіи въ томъ-же Уставѣ о промышл. одной статьи, существенно подрывающей значеніе и того немногаго, что дается закономъ 1866 г. и обязательными постановленіями «Фабричныхъ Присутствій». Ст. 105 даетъ фабриканту право уволить рабочаго въ томъ случаѣ, если послѣдній не является на работу въ продолженіи 2-хъ недѣль, хотя-бы и по уважительной причинѣ. Такимъ образомъ въ высшей степени важный вопросъ о продолжительности бесплатнаго лѣченія безмолвно рѣшается этой статьей въ смыслъ ограниченія этого срока 2-мя недѣлями. Фабриканты, конечно, поняли, что въ этой статьѣ заключается лазейка, черезъ которую можно укрыться отъ обязательства лѣчить больныхъ рабочихъ. По свидѣтельству г. Демитьева («Врачебная помощь фабричнымъ рабочимъ») во многихъ мѣстахъ вошло въ обычай объявлять расчетъ рабочему немедленно по его заболѣваніи. Такимъ образомъ черезъ 2 недѣли больной рабочій перестаетъ быть рабочимъ и теряетъ право на лѣченіе.

При всѣхъ этихъ условіяхъ, когда законы сами по себѣ крайне несовершенны, когда исполнители ихъ изъ рукъ вонъ плохи, когда нарушеніе законовъ проходитъ безнаказанно, когда, наконецъ, самъ законодатель даетъ возмож-

\*) См. «Товарищъ» 3 апрѣля 1906 г.

ность легального обхода закона,—при всѣхъ этихъ условіяхъ совершенно естественно, что въ результатѣ получилась такая фабрично медицинская организація, которая не удовлетворяетъ даже самымъ минимальнымъ требованіямъ. Только на очень крупныхъ фабрикахъ—и при томъ далеко не на всѣхъ—медицинская помощь поставлена болѣе или менѣе сносно. На среднихъ и мелкихъ фабрикахъ либо вовсе нѣтъ никакой медицинской помощи, либо помощь эта организована крайне неудовлетворительно. Если брать только тѣ промышленныя заведенія, которыя подчинены фабричной инспекціи, то даже изъ нихъ около 82%, не имѣютъ удовлетворительной организаціи фабричной медицины. На этихъ фабрикахъ работаетъ болѣе  $\frac{1}{3}$  всѣхъ русскихъ фабричныхъ рабочихъ, подчиненныхъ надзору фабричной инспекціи. Но, вѣдь, извѣстно, что рабочіе мелкихъ фабрикъ, а также ремесленныхъ заведеній не подчинены фабричной инспекціи; число ихъ, навѣрное, равняется—если не превосходитъ его—числу рабочихъ, подчиненныхъ надзору. Какая-же масса наемныхъ рабочихъ остается вовсе въ сторонѣ отъ «благодѣтельнаго» вліянія нашей фабричной медицины?

Но одні цифры не даютъ еще полной картины дѣйствительнаго положенія дѣла. Къ количественной характеристикѣ фабричной медицины надо прибавить еще качественную. Надо знать, что такое скрывается подъ словами «неудовлетворительная организація медицинской помощи» на фабрикахъ и заводахъ. Прежде всего этимъ деликатнымъ терминомъ обозначается нерѣдко прямое и наглое мошенничество со стороны завѣдующихъ промышленными заведеніями. Фиктивные больницы очень распространены на среднихъ и мелкихъ фабрикахъ и заводахъ. Чтобы выполнить формально требованіе закона, фабричная администрація отводитъ гдѣ-нибудь небольшое помѣщеніе, ставитъ тамъ потребное число коекъ, покрываетъ ихъ одеялами, разставляетъ кой-какую мебель и затѣмъ вывѣску «Фабричная больница». Если заглянуть въ больничный журналъ, то окажется, что въ больницѣ по пѣлымъ годамъ не бываетъ ни одного больного. Больные рабочіе просто напросто отправляются въ сосѣднія земскія и городскія больницы, гдѣ и лѣчатся на счетъ фабрики до прекращенія договора найма. А это прекращеніе, какъ мы видѣли выше, наступаетъ очень быстро—черезъ 2 недѣли. По прошествіи этого срока больной долженъ лѣчиться либо на собственный счетъ, либо на счетъ земскихъ или городскихъ учреждений.

Столь-же фиктивнымъ, какъ коечное лѣченіе, нерѣдко бываетъ и амбулаторное. Въ фабричныхъ амбулаторіяхъ, согласно обязательнымъ постановленіямъ, должно быть вывѣшено объявленіе о времени приѣма больныхъ фабричнымъ врачомъ. Это требованіе закона обыкновенно добросовѣстно выполняется. Росписаніе приѣма, дѣйствительно, вывѣшивается, но самого приѣма больныхъ очень часто не бываетъ. На среднихъ и мелкихъ фабрикахъ вошло въ обычай заключать соглашеніе съ ближайшими земскими, уѣздными или вольвопрактикующими врачами, которые за минимальное вознагражденіе берутъ на себя обязанность «числиться» врачами этихъ заведеній и изрѣдка туда заглядывать. Нѣкоторые врачи имѣютъ на своемъ попеченіи нѣсколько—иногда цѣлый десятокъ—подобныхъ фабрикъ и физически не въ состояніи принимать больныхъ согласно вывѣшеннымъ на фабрикахъ росписаніямъ. Да фабричная администрація этого и не требуетъ. Напротивъ, при заключеніи условія она всячески подчеркиваетъ фиктивность возлагаемыхъ на врача обязанностей, чтобы такимъ образомъ понизить вознагражденіе врача. Врачи, грѣшные, какъ и всѣ люди, вступаютъ въ эти позорныя сдѣлки.

Отмѣчу, наконецъ, что и на многихъ изъ крупныхъ промышленныхъ заведеній, имѣющихъ дѣйствительную, а не фиктивную медицинскую организацію, послѣдняя тоже оставляетъ желать многого. Недостатокъ персонала, бѣдность, дурное продовольствіе больныхъ, тѣснота помѣщеній и т. д., словомъ—различныя проявленія стремленія фабрикантовъ къ экономіи—даютъ себя чувствовать на каждомъ шагу. Не малое зло фабричной медицины составляетъ наконецъ зависимость впадебнаго персонала

отъ фабричной администраціи. Изъ за этой зависимости врачамъ приходится нерѣдко замалчивать такіе явленія, противъ которыхъ они должны-бы были громко протестовать. Эта зависимость заставляетъ ихъ не только мириться со многими недостатками фабрично-медицинскаго дѣла, но иногда—выступать даже въ роли защитниковъ хозяевъ и становиться въ оппозицію къ рабочимъ. Фабричныя забастовки послѣднихъ 2-хъ лѣтъ показали, что рабочіе не всегда бывають довольны своими фабричными врачами.

## 2.

*Желательная постановка фабричной медицины.*

Такова постановка медицинской помощи рабочимъ въ нашей промышленности. Посмотримъ теперь, что собственно должна была-бы давать рабочему фабричная медицина, будь она организована рационально. При этомъ я имѣю въ виду не какія-либо идеальныя условія, а только то, что осуществимо въ предѣлахъ нынѣшняго хозяйственнаго строя и что вошло уже себѣ приложеніе въ западно-европейской практикѣ.

Прежде всего медицинская помощь рабочему должна быть не фиктивной, а дѣйствительной и при томъ должна исполнять отвѣчать научнымъ требованіямъ. Это одинаково относится какъ къ амбулаторному, такъ и къ стационарному лѣченію. Заболѣвшій рабочій долженъ имѣть возможность немедленно получить врачебный совѣтъ и соответствующее лѣченіе. Амбулаторная помощь не должна сводиться къ поверхностному осмотру больного врачомъ и къ назначенію перваго попавшагося припадочнаго лѣкарства. Для этого нужно, чтобы врачи не были обременены большимъ числомъ амбулаторныхъ больныхъ и чтобы они, по возможности, были специалистами по той или иной отрасли медицины. Помощь врача-энциклопедиста не можетъ быть рациональной во всѣхъ случаяхъ. Коечное лѣченіе должно быть также обставлено согласно требованіямъ науки. Фабричныя больницы должны удовлетворять всѣмъ тѣмъ требованіямъ, какія предъявляются къ больницамъ общинъ. Больной долженъ быть обезпеченъ не только лѣченіемъ, но и достаточнымъ уходомъ и не долженъ терпѣть лишений или вреда отъ какихъ-нибудь недостатковъ больничнаго устройства. Но этого мало. Желательна специализація больничнаго лѣченія,—и не только въ томъ смыслѣ, что каждая специальность должна находиться въ рукахъ врача-специалиста, а еще и въ смыслѣ созданія специальныхъ больницъ для извѣстнаго рода болѣзней. Нельзя помѣщать больныхъ бугорчаткою въ общія больницы; вредно держать выздоравливающихъ вмѣстѣ съ тяжелыми больными; желательны спеціальныя лѣчебницы для алкоголиковъ. Необходимы водолѣбницы, механо-терапевтическіе институты для лѣченія нервныхъ или ортопедическихъ больныхъ. Наконецъ, больному въ случаѣ надобности должны быть предоставлены всѣ необходимыя лѣчебныя приспособленія—какъ бы дороги они не были,—какъ-то: очки, бинты, бандажы, искусственные зубы и т. д. Всѣ эти требованія въ совокупности можно формулировать слѣдующимъ образомъ: *медицинская помощь рабочимъ должна быть не только экстенсивна, но и возможности и интенсивна.*

Далѣе, рабочему должно быть въ извѣстной степени доступно и лѣченіе на дому. Подъ этимъ не разумѣется право рабочаго отказываться отъ больничнаго лѣченія въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ это послѣднее необходимо. Но нельзя также требовать, чтобы въ каждомъ случаѣ остро-наступающей тяжелой болѣзни больной былъ немедленно доставленъ въ больницу безъ предварительнаго осмотра его врачомъ на квартирѣ. Въ иныхъ случаяхъ это бываетъ просто невозможно, въ виду крайне тяжелатаго состоянія больного; укажу хотя-бы на случаи кровотеченій, отравленій, обширныхъ травмъ и т. д. Иногда совѣтъ врача необходимъ для того, чтобы рѣшить, въ какую больницу направить больного, или же требуются указанія врача относительно способа перевозки больного. Словомъ, бываетъ цѣлый рядъ случаевъ, когда необходимо посѣщеніе больного врачомъ на дому. И возможность такого посѣщенія должна быть предоставлена рабочему.

Желательна также постановка, которая представляется къ ра-



ционально организованной фабричной медицине, — это лечебная помощь семьям рабочих. Легко понять, что рабочий не может довольствоваться тем, что сам он пользуется всеми благами научного лечения, в то время как его жена и дети не пользуются никакой врачебной помощью. Мало того. Лечение семьи рабочего должно стоять на той же высоте, на какой стоит лечение и самого рабочего. Человек с развитыми потребностями, с пониманием того, что такое рациональное, научно обставленное лечение, не может допустить, чтобы его жена или ребенок пользовались каким-нибудь суррогатом медицины. Если Вы привыкли лечиться у хорошего специалиста, то Вы не пошлете жену в бесплатную городскую амбулаторию. Поэтому указанные выше требования относительно интенсивности медицинской помощи и относительно возможности домашнего лечения должны быть распространены и на семьи рабочих.

Но одного лечения — как-бы оно хорошо ни было организовано — недостаточно для больного рабочего. Если болезнь связана с потерей трудоспособности, то она неизбежно вносит в семью рабочего крайнюю нужду. Даже в том случае, когда сам рабочий, находясь в больнице, обеспечен всеми необходимыми, он не может быть спокоен, ибо семья его в это время постепенно опускается в бездну нищеты. И, если болезнь продолжается долгое время, то это в корень подрывает все благосостояние рабочего и ведет его к полному разорению. Такое положение дела, конечно, очень вредно отражается на здоровье рабочих масс. Боясь голода и нужды, рабочие не бросают работы до последней возможности и таким образом запускают болезнь. Особенно это относится к хроническим профессиональным болезням, как, напр., чахотка. Тяжелая бугорчатка, когда рабочие принуждены уже отказаться от обычного труда, — по большей части неизлечима. Опыт Западной Европы показывает, насколько уменьшается смертность от чахотки, при возможности своевременно начать правильное лечение, связанное с полным покоем. Но особенно безвыходным бывает положение рабочего, когда он по свойству своей болезни не подлежит больничному лечению и когда он все-таки неспособен к труду. Никакая больница не может неопределенно долгое время держать напр., паралитика или человека, потерявшего зрение и т. д. Такие несчастные превращаются в нищих или умирают с голоду. Из всего этого следует, что лечебная помощь заболевшим рабочим должна идти рука об руку с помощью материальной. Больной рабочий должен с первых же дней заболевания получать известную часть заработка для содержания себя и своей семьи.

Наконец, последнее условие, которому должна удовлетворять нормальная постановка медицинского дела в промышленных заведениях, это — достаточная продолжительность как лечебной, так и материальной помощи заболевшему рабочему. Больной должен иметь возможность лечиться именно столько времени, сколько того требует его болезнь, и должен получать пособие в продолжение всего времени, пока он лишен трудоспособности. Ограничить продолжительность лечения и пособия заранее определенным сроком значит отказаться от полного разрешения задачи и, вместо всех больных, обеспечить на случай болезни только некоторых, и при том как раз тех, кто находится в сравнительно более благоприятных условиях, ибо легче обойтись без материальной помощи тому рабочему, который лишен трудоспособности в продолжении месяца, чем тому, которого болезнь отрывает от обычного труда на многие месяцы или даже годы.

Итак, обеспечение рабочих на случай болезни должно быть при нормальных условиях таково: всем рабочим без исключения должна быть доступна лечебная помощь; эта последняя должна быть возможно интенсивной, т. е. отвечать современным научным требованиям; кроме амбулаторного и коечного лечения, в известных случаях больной рабочий должен иметь возможность лечиться у себя на дому; семья рабочих должна пользоваться таким же лечением, как и сами рабочие; дайте,

во время болезни рабочий должен получать известное материальное пособие; наконец лечебная и материальная помощь должна прекращаться не ранее полного выздоровления и полного восстановления трудоспособности рабочего.

Набросанная картина желательной организации медицинского дела на фабриках и заводах — не утопия; повторяю — элементы ее взяты из реальной действительности. Частями или даже целиком она уже осуществлена в некоторых западно-европейских странах. Поэтому при реформе нашего фабрично-медицинского строя именно эта картина и должна служить для нас образцом.

Если сопоставить теперь образец с действительностью, существующую с желательным, то будет видно, какая глубокая пропасть отделяет одно от другого. Вместо обеспечения лечебной помощью всех без исключения рабочих, в действительности таковой пользуется лишь 1/2, их, а, может быть, и меньшая часть. Вместо интенсивного, рационального, научного лечения, наш рабочий получает крайне несовершенную, фельдшерскую, а то и вовсе фиктивную лечебную помощь. Вместо благоустроенных больниц, мы видим голые койки, покрытые для вида одеялами. Вместо правильного амбулаторного лечения, наш рабочий должен довольствоваться чтением вывешенных в амбулаториях рецептов. Семья рабочих не имеет права на пользование фабричной медициной, и, если иногда пользуются ею, то лишь в вид особой милости со стороны фабриканта. О лечении на дому нашему рабочему не приходится и думать. О получении пособия во время болезни он не смеет и мечтать. Наконец, вместо того, чтобы иметь возможность лечиться до полного выздоровления, он выбрасывается на улицу через 2 недели после заболевания.

И вот эту-то глубокую пропасть между существующим положением дела и желательной организацией фабричной медицины и призваны заполнить новые правительственные законопроекты. Посмотрим, насколько удовлетворительно разрешают они стоящую перед ними задачу.

### 3.

#### *Проект по реформе фабричной медицины.*

Пытаясь реформировать нашу фабричную медицину, правительство не рѣшается сразу перейти к такой ее организации, которая, как показывает опыт других стран, является наиболее совершенной и которая, действительно, удовлетворяет всем указанным выше требованиям. Правительство не рѣшается ввести у нас страхования от болезней и от инвалидности в том виде, как это осуществлено, напр., в Германии. Воспитанная вѣками в уважении ко всему старому, традиционному, наша бюрократия органически неспособна на коренную ломку каких-бы то ни было учреждений, даже в том случае, когда она сама признает их полную негодность. Вместо того, чтобы окончательно упразднить нашу фабричную медицину и заменить ее страхованием, бюрократия создает страхование рядом с фабричной медициной, и эту последнюю старается только улучшить в некоторых отношениях. Отсюда возникновение 2-х проектов — одного по реформе фабричной медицины, другого по страхованию от болезней. Таким образом еще раньше, чем мы заглянем в текст правительственных предположений, — уже из самого факта существования 2-х параллельных проектов мы видим, что правительство не разрешает коренным образом задачи, а, по своему обыкновению, выдумывает лишь более или менее удачные паллиативы.

1-ый проект, направленный к реорганизации фабричной медицины, носит название «Проект положения об обеспечении врачебной помощью рабочих промышленных предприятий». Содержание этого проекта вкратце таково.

1-ая статья подтверждает существующее и в действующем законодательстве требование, чтобы врачебная помощь рабочим оказывалась за счет предпринимателей. 2-ая статья является новостью и заполняет один из самых существенных пробелов нашей фабричной ме-

дицины: она устанавливаетъ опредѣленный срокъ, продолженіе котораго рабочій имѣетъ право на бесплатное лѣченіе. Срокъ этотъ равняется 3-мъ мѣсяцамъ, а въ исключительныхъ случаяхъ—по рѣшенію пользующаго врача—онъ можетъ быть продолженъ до 6 мѣс. Такимъ образомъ при дѣйствіи новаго закона дѣлается невозможнымъ обычное ухищреніе предпринимателей увольнять больныхъ рабочихъ и ограничивать такимъ образомъ время лѣченія 2-ми недѣлями.

Но что слѣдуетъ понимать подъ врачебной помощью? На это отвѣчаетъ 3-ья статья проекта. «Подъ врачебною помощью», говорится въ проектѣ, «понимается врачебный уходъ съ бесплатною выдачею лѣкарствъ, перевязочныхъ средствъ и другихъ медицинскихъ принадлежностей, каковы: шины, биндажи и т. п. Смотря по свойству и роду болѣзни, врачебная помощь подается въ видѣ: а) первоначальной помощи при внезапныхъ заболѣваніяхъ и несчастныхъ случаяхъ; б) амбулаторнаго лѣченія; в) больничнаго лѣченія съ полнымъ содержаніемъ больныхъ и г) родовспоможенія работницамъ. По желанію больного рабочаго, но не иначе какъ съ особаго на то разрѣшенія пользующаго врача, больничное лѣченіе можетъ быть замѣняемо лѣченіемъ на дому».

Чтобы имѣть возможность выполнить всѣ эти требованія закона, фабриканты должны входить въ соглашеніе съ соотвѣствующими городскими или земскими учрежденіями. Согласно проекту, общественныя управленія не имѣютъ права отказываться отъ подобныхъ соглашеній, если фабрикантъ этого требуетъ. И въ этомъ случаѣ всѣ обязательства по выполненію требованій закона относительно обезпеченія рабочихъ медицинской помощью переходятъ съ фабриканта на общественныя учрежденія. Но, съ другой стороны, и фабрикантъ ставится въ зависимость отъ общественныхъ учрежденій: только въ томъ случаѣ онъ можетъ организовать самостоятельно врачебную помощь рабочимъ, если онъ получитъ на это разрѣшеніе отъ соотвѣствующаго земскаго или городского общественнаго Управленія; не оправдываетъ онъ довѣрія,—и разрѣшеніе у него можетъ быть отнято. Такимъ образомъ на земскія и городскія учрежденія косвенно возлагается надзоръ за состояніемъ фабричной медицины.

Если фабриканты сами организуютъ врачебное дѣло, то они должны считаться съ извѣстными нормами, которыя, впрочемъ, въ проектѣ не указаны, но которыя, какъ гласитъ статья 9-ая, будутъ изданы Медицинскимъ Совѣтомъ Министерства внутреннихъ дѣлъ и будутъ обнародованы черезъ Правительствующій Сенатъ.

Статьи 10-ая, 11-ая и 12-ая устанавливаютъ размѣры денежныхъ взносовъ, которые должны дѣлать фабриканты въ случаѣ передачи всего врачебнаго дѣла въ руки земскихъ или городскихъ учрежденій. «При установленіи размѣровъ денежныхъ сборовъ»,—говорится въ статьѣ 10-ой, «надлежитъ принимать въ соображеніе вѣроятное количество больныхъ рабочихъ по даннымъ заболѣваемости мѣстнаго населенія, условія производства, усиливающія заболѣваемость рабочихъ фабрикъ по сравненію съ общей заболѣваемостью мѣстнаго населенія, равно какъ прочія мѣстныя условія, могущія вліять на количество больныхъ и стоимость лѣченія».

Существенной частью всякаго законодательнаго акта является указаніе на тѣ органы, которые будутъ проводить законъ въ жизнь и наблюдать за его исполненіемъ. Въ разбираемомъ законопроектѣ эти указанія имѣются лишь отчасти. Въ немъ указаны лишь тѣ органы, которые будутъ утверждать размѣры сборовъ съ промышленныхъ заведеній и разсматривать всѣ постановленія общественныхъ учрежденій, касающіяся предоставленія фабрикантамъ права устраивать врачебную помощь самостоятельно. Для этой цѣли разбираемый законопроектъ указываетъ 2 инстанции. 1-ая—это соединенныя засѣданія 2-хъ административныхъ органовъ, а именно, съ одной стороны, «Присутствій по городскимъ и земскимъ дѣламъ», съ другой—«Присутствій по фабричнымъ дѣламъ». На эти соединенныя засѣданія, для усиленія ихъ компетентности, приглашаются губернский врачебный инспекторъ или другой соотвѣствующій чинъ (губернский медицинскій инспекторъ, ин-

спекторъ врачебнаго управленія и т. д.); затѣмъ можетъ быть приглашенъ предсѣдатель уѣздной земской Управы и тѣ изъ заведующихъ промышленными заведеніями, интересы которыхъ затрагиваются въ данномъ засѣданіи. Наконецъ, высшей инстанціей для разрѣшенія указанныхъ вопросовъ является министръ торговли и промышленности, который, конечно, по соглашенію съ министромъ внутреннихъ дѣлъ, постановляетъ окончательныя рѣшенія.

Этимъ исчерпывается содержаніе правительственнаго законопроекта по реформѣ нашей фабричной медицины. (Продолженіе слѣдуетъ).

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

**Бугорчатка, какъ народное бѣдствіе, и мѣры борьбы съ ней.**

Горькій жизненный опытъ, научившій человѣка несчастіямъ, заставилъ его познать, что въ заразныхъ болѣзняхъ онъ имѣетъ дѣло съ 2-ми видами бѣдствій далеко неодинаковаго свойства: съ одной стороны, повальныя болѣзни, стремительно заносимыя и быстро уносящія въ ужасающихъ цифрахъ захваченныя жертвы, съ другой—повальныя-же болѣзни, хотя и не бьющія въ глаза, какъ первыя, быстротой наступающей смерти и видимымъ высокимъ % смертности, за то постепенно, но основательно подтачивающія жизнь и благосостояніе населенія, ведя его нерѣдко къ вырожденію. 2 недуга послѣдней группы лежатъ особенно тяжелымъ бременемъ на человѣческой роли:—сифилисъ и бугорчатка. Но, если бросить хотя-бы самый поверхностный взглядъ на социальное значеніе этихъ 2-хъ общественныхъ недуговъ, то увидимъ, что, если сифилисъ до послѣдняго времени, т. е. до обнаруженія столь частаго вѣяполового зараженія имъ, считался у всѣхъ народовъ и во всѣ времена болѣзью, связанной съ однимъ изъ могущественнѣйшихъ влеченій человѣческой природы, болѣзью любострастной, недугомъ стыда, грѣха и излишества, то бугорчатка, напротивъ, какъ болѣзь истощеннаго организма, всегда признавалась результатомъ лишеній, угнетеннаго духа, болѣзью бѣдоты съ недостаточнымъ питаніемъ и испорченнымъ воздухомъ въ жилищахъ. Такимъ образомъ въ этихъ 2-хъ общественныхъ недугахъ, мы, какъ будто, имѣемъ дѣло съ 2-ми совершенно противоположными полюсами одной патологической и моральной оси, вокругъ которой вращается соматическая и духовная жизнь человѣка. Полюсы эти: лишенія и излишества. Дѣйствительно, излишества и лишенія—вотъ главные разрушители человѣческаго организма; и кто можетъ рѣшить, что изъ нихъ страшнѣе? Излишества, съ одной стороны, усиленной тратой жизненныхъ силъ ведутъ къ переутомленію и истощенію организма, а, съ другой—отложеніемъ поступающаго матеріала, излишняго для дѣятельности важныхъ для жизни органовъ, нарушаютъ общій обмѣтъ веществъ. Лишенія вслѣдствіе недостатка поступающаго питательнаго матеріала заставляютъ организмъ жить на собственный счетъ. Если, однако, принять вниманіе, что при лишеніяхъ цѣлый рядъ органовъ все-же получаетъ хотя-бы относительный покой, то пальма первенства въ смыслѣ разрушительнаго дѣйствія должна остаться за излишествами. А если къ этому добавить, что зараженіе сифилисомъ до нѣкоторой степени можетъ быть связано съ излишествами въ то время, какъ зараженіе бугорчаткой обыкновенно говорить о нуждѣ, то станетъ яснымъ, какая обширная пропасть лежитъ въ основѣ этихъ 2-хъ общественныхъ недуговъ.

Въ неравенствѣ социальныхъ условій, среди которыхъ та и другая болѣзь вербуетъ себѣ въ населеніи жертвы, кроется причина и того, почему сифилисъ сталъ раньше на очередь, какъ народное бѣдствіе, противъ котораго писались даже декреты. Дальнѣйшее сравненіе этихъ 2-хъ общественныхъ не-

дугъвъ показывается, что въ то время, какъ напряженность болѣзни во всѣ ея періоды, равно какъ очевидность клинической картины всегда были главными особенностями сифилиса, скрытность болѣзни, медленное развитіе ея и постепенное подавленіе организма, напоминающее естественное угасаніе его, всегда были главными особенностями бугорчатки. Тоже подтверждаетъ и историческое значеніе этихъ 2-хъ общественныхъ недуговъ. Сифилисъ, какъ извѣстно, совсѣмъ былъ незнакомъ обитателямъ Европы до конца XV столѣтія и похода Карла VIII въ Италію, хотя нѣкоторые допускаютъ занесеніе его изъ Америки матросами Колумба. Затѣмъ въ западной и южной Европѣ сразу вспыхнула жестокая эпидемія его, не падшійшая ни бѣдныхъ, ни богатыхъ; сифилитиками дѣлались короли и лица, стоявшія во главѣ духовенства.

Заразительность болѣзни — она была тогда гораздо острѣе, а сама болѣзнь жесточе — стала извѣстна какъ врачамъ, такъ и обществу чуть-ли не съ самаго появленія болѣзни. Половое-же зараженіе всегда играло роль пробнаго камня въ историческомъ развитіи ея. Напротивъ, исторія бугорчатки учитъ, что знакомство народовъ съ ней также старо, какъ старъ самъ родъ человѣческій. Съ поразительной ясностью картину этого страданія излагаютъ уже древніе врачи — *Гиппократъ*, *Галенъ*, *Аретей*, также представители арабской медицины — *Разесъ*, *Авиценна*, затѣмъ врачи среднихъ вѣковъ — *Franciscus Sylvius*, *Morton*. Тоже относится и къ борьбѣ съ недугомъ: во всѣ времена, начиная съ древнихъ, найдемъ уже раціональный взглядъ на нее, конечно, какъ на борьбу личную, въ видѣ различныхъ гигиеническихъ мѣръ, какъ перемѣна воздуха, морскія купанья, путешествія, отправленія на горы, на острова, на югъ и т. п. Вся исторія бугорчатки и развитіе ученія о ней до послѣдняго времени принадлежали главнымъ образомъ одной только патологической анатоміи. Бьющее въ глаза затяжное теченіе болѣзни, надо полагать, мѣшало врачамъ признать ее заразной. Во всякомъ случаѣ, заразительность не играла здѣсь той роли, что при сифилисѣ, хотя многіе и боялись вскрывать трупы чахоточныхъ. Наконецъ, возможность излѣченія бугорчатки доказана лишь въ сравнительно недавнее время: *Carlswoell*, а за нимъ *Brouardel* и др. заявили, что «патологическая анатомія никогда еще не представляла болѣе очевиднаго доказательства въ пользу излѣченія какого-нибудь недуга, какъ по отношенію къ бугорчаткѣ», и что «едва-ли еще имѣется столь излѣчимая хроническая болѣзнь, какъ бугорчатка». Пробнымъ камнемъ этого недуга всегда продолжали быть: бѣдность, лишенія, угнетенное состояніе духа, недостатокъ питанія, дурной воздухъ.

Когда такимъ образомъ представишь себѣ весь контрастъ въ природѣ этихъ 2-хъ общественныхъ недуговъ, невольно задаешься вопросомъ, не долженъ-ли этому соответствовать и контрастъ въ борьбѣ съ ними? Если имѣть въ виду, что каждый общественный недугъ, подтачивающій жизнь и благосостояніе народа, каждое общественное бѣдствіе, выросшее и окрѣпшее на почвѣ физической и духовной немощи его, представляетъ свои особенности, въ которыхъ всегда отражаются болѣе или менѣе важныя духовныя стороны народа; что улучшеніе этихъ недуговъ достигается вѣрнѣе всего воспитаніемъ болѣе мощнаго духомъ и тѣломъ новаго подросткающаго поколѣнія, равно какъ внесеніемъ въ населеніе болѣе здравыхъ взглядовъ на жизнь, на характеръ болѣзни и борьбу съ ними, то становится яснымъ то значеніе, какое имѣетъ знаніе бытовыхъ условій жизни народа и его міросозерцанія въ борьбѣ съ повальными среди него болѣзнями.

Н. И. Пироговъ въ своихъ «Вопросахъ жизни», Н. А. Чистовичъ въ своихъ «Медицинскихъ школахъ», затѣмъ Шильдереръ, Змеевъ, Эккерманъ, Германъ и др. достаточно обрисовали намъ міросозерцаніе русскаго народа, всего рельефнѣе проглядывавшее въ дѣлѣ борьбы съ повальными болѣзнями, съ одной стороны, и подготовку врачей, равно какъ значеніе ихъ и лѣчебныхъ учреждений въ этомъ дѣлѣ за послѣднія столѣтія, съ другой. Достаточно вспомнить хотя-бы взглядъ русскаго общества XVIII-вѣка на больныхъ съ «френъцгой» или «чипучинной болѣзнью», какъ называли тогда сифилисъ, на пред-

писанія «кошками съчь» «сумнительныхъ женокъ» и «особъ изъ домовъ похабства»; далѣе, положеніе тогдашнихъ «чипучинныхъ дѣлъ мастеровъ» — лѣкарей, равно какъ госпиталей «съ покоемъ отдыха послѣ саливаціи и большой круглой дырой для выпуска худого духа» и, наконецъ, міологию, преподававшуюся даже Н. И. Пирогову «нерѣдко на платкахъ», «анатомическіе музеи, которые такъ благочестиво хоронились на кладбищахъ съ отпѣваніемъ», «науку о дѣторожденіи и женскихъ болѣзняхъ, совсѣмъ нечитавшуюся въ Великомъ посту» и многое другое такое-же, чтобы составить себѣ понятіе о томъ, гдѣ заложены корни бытовыхъ условій жизни и міросозерцанія русскаго народа, такъ рѣзко еще и въ наше время проявляющихся въ борьбѣ съ заразными болѣзнями, гдѣ врачей постигаетъ иногда такая-же участь, какая постигла 3—4 вѣка тому назадъ «нѣмчина Антона и жидовина Лео-на» — первого за неудачное лѣченіе царевича Дарьярова, а второго за таковое-же — сына Великаго Князя Ивана Васильева. Русскій народъ только въ послѣднее время сталъ вступать въ нѣкоторое духовное общеніе со своими лѣкарями, мыслить ихъ мыслями и смотрѣть на болѣзни ихъ глазами; до того-же врачевать и колдовать — составляло почти синонимы въ народѣ.

Исключительно нѣмецкіе врачи, лѣчившіе Русь почти до начала XIX вѣка и незнавшіе даже языка своихъ больныхъ, съ которыми они переговаривались черезъ толмачей, а до XVIII столѣтія пребывающіе только «про Осударя», мало воспитали въ русскомъ народѣ сознаніе разумной врачебной помощи. Врачи съ громкими именами тѣхъ временъ, какъ *Арескинъ*, *Гидлоо*, *Блюментростъ* и др. были достояніемъ самыхъ высшихъ сферъ русскаго общества и о настоящемъ міросозерцаніи русскаго народа не могли имѣть и представленія. Русскій народъ, ни откуда не получая такимъ образомъ импульса въ своихъ взглядахъ на врачеваніе своихъ недуговъ, изъ поколѣнія въ поколѣніе продолжалъ мистически видѣть въ нихъ злого духа, забравшагося въ нѣдра его организма, считалъ болѣзни Божиимъ попушеніемъ за грѣхи и для своего исцѣленія принимался молиться разнымъ святымъ, считая собственно лѣченіе грѣховнымъ сопротивленіемъ наказанію, ниспосланному отъ Бога.

Такое міросозерцаніе русскаго народа играетъ, конечно, важную роль, какъ бытовая основа, на которой должна вестись борьба съ общественными недугами вообще и съ бугорчаткой въ частности, такъ какъ въ немъ и заключаются первыя 2 условія успѣшности борьбы, какъ сознательное отношеніе населенія къ предлагаемымъ мѣрамъ и довѣріе къ лицамъ, проводящимъ эти мѣры въ жизнь; что же касается 3-го условія, — разумности и полезности самихъ мѣръ, то такія должны исходить изъ научныхъ основъ, отражающихъ уровень современной медицинской науки.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Г. Колянъ.

Коптево, Тамбовской губ.

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

Физиологія и общая патологія. 683. Проф. А. Wassermann и д-ръ F. Plaut изслѣдовали на присутствіе сифилитическихъ противнѣль спинномозговую жидкость 41 прогрессивнаго паралитика, главнымъ образомъ изъ München'ской психиатрической клиники.

Способъ изслѣдованія былъ тотъ самый, какой выработанъ Wassermann'омъ и Bruck'омъ на основаніи работъ Bordet, Gengou, Moreschi, Neisser'a и Sachs'a. Для производства опытовъ авторами изготовлены были вытяжки изъ печени и селезенки плодовъ, съ одной стороны, сифилитическихъ (изъ клиники Neisser'a), а съ другой — несифилитическихъ. Вырѣзанный возможно скорѣе и чисто органъ, послѣ обмыванія его въ обезпложенномъ растворѣ поваренной соли, размельчался ножницами на куски и затѣмъ настанавался, при постоянномъ встряхиваніи въ особомъ приборѣ, въ теченіи 24 час. въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли съ 0.5% карболовой кислоты, по 4—5 к. стм. этого раствора на каждый грм. органа. Послѣ этого образовавшуюся мелкую кашку центрифугировали въ электрическомъ приборѣ до полнаго просвѣтленія жидкости и

сливъ послѣднюю, хранили въ ледяномъ шкафу. Спинномозговая жидкость также разбавлялась прибавкою 0,5% карболовой кислоты, центрифугировалась и затѣмъ подогревалась въ теченіи  $\frac{1}{2}$ -часа до 56°. Предварительными опытами было сначала установлено, въ какихъ количествахъ вытяжка изъ сифилитическихъ и изъ нормальныхъ органовъ сама по себѣ, т. е. безъ прибавки спинномозговой жидкости, останавливаетъ раствореніе красныхъ тѣлецъ (гемолизъ). Въ качествѣ гемолитической системы примѣнялась всегда инактивированная при 56° сыворотка кроликовъ, получавшихъ выпрыскиваніе бараньей крови. При этомъ авторы употребляли только такую сыворотку, которая по меньшей мѣрѣ въ разведеніи 1:1500 съ прибавкою 1 к. стм. нормальной сыворотки морской свинки въ разведеніи 1:10 (т. е. 0,1) совершенно растворяла въ теченіи 2-хъ час. при 37° 1 к. стм. 5%-ной взвѣси бараньихъ кровавыхъ тѣлецъ. Для самыхъ опытовъ бралось вдвое-растворяющее количество гемолитической амбодептоты, т. е., напр., сыворотки, которой титръ былъ 1:1800, 1 к. стм. разведеніи 1:900, съ 0,1 (1 к. стм. разведеніи 1:10) свѣжей свиной сыворотки какъ компонента. Для полученія бараньихъ кровавыхъ тѣлецъ кровь барана дефибрировали и, отцентрифугировавъ кровавыми тѣльцами, промывали ихъ нѣсколько разъ (для удаленія приставшей сыворотки) 0,85%-нымъ растворомъ поваренной соли. Въ каждомъ опытѣ брался 1 к. стм. 5%-ной взвѣси такихъ промытыхъ кровавыхъ тѣлецъ въ только-что упомянутомъ растворѣ поваренной соли. Во всѣхъ пробиркахъ, включая и пробирочнымъ, жидкость доводилась прибавкою того-же соляного раствора до одинаковаго объема—5 к. стм. Въ видахъ связыванія послѣ прибавки компонента пробирки всегда оставались на 1 часъ при 37°, затѣмъ прибавлялась гемолитическій амбодептотъ съ кровавыми тѣльцами, послѣ чего пробирки опять ставились въ температуру 37°, уже на 2 часа, затѣмъ на 24 часа въ ледяной шкафъ, по истеченіи какового времени только и отгибались итоги опыта.

Итоги эти сводятся къ тому, что изъ 41 образца спинномозговой жидкости паралитиковъ 32 дали при смѣшеніи съ вытяжкою сифилитическихъ органовъ ясное ослабленіе гемолиза, а въ количествѣ отъ 0,2 до 0,1 вытяжки часто и полное прекращеніе послѣдняго, между тѣмъ какъ сами по себѣ ни названныя вытяжки, ни спинномозговые жидкости не производили такого дѣйствія. Въ 4 случаяхъ получалось только неясное ослабленіе, а въ 5—никакого. Эти послѣднія жидкости съ вытяжками органовъ не сифилитическихъ плодовъ не дали никакого ослабленія, точно также, какъ 19 спинномозговыхъ жидкостей отъ лицъ, не имѣвшихъ сифилиса, не дали его съ вытяжками сифилитическихъ органовъ, съ которыми жидкости паралитиковъ значительно ослабляли гемолизъ. Такимъ образомъ эта реакція рѣзко отличаетъ специфически большинство спинномозговыхъ жидкостей паралитиковъ отъ таковыхъ-же жидкостей людей, не имѣвшихъ сифилиса, resp. не страдавшихъ общимъ параличемъ (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1 ноября). С. Гр—въ.

**Общая терапія.** 684. Д-ръ *P. Pregowski* (München) говоритъ о *снотворномъ дѣйствіи согрѣтыхъ кроватей*. Въ опытахъ автора кровать согрѣвалась при помощи горячаго водяного пара, проводимаго изъ общаго резервуара Института физической терапіи проф. *Rieder*'а черезъ изогнутую, толщиной въ 1 см., мѣдную трубу, уложенную на матрацахъ кровати. Труба прикрывалась 2-мя оловянными плитами и нѣсколькими сложенными простынями, дабы лежащему не было слишкомъ твердо и неудобно. Опыты были произведены надъ 7 лицами (въ томъ числѣ и самъ авторъ). Изъ 25 наблюденій на самомъ авторѣ первые 3 были неуспѣшны вълѣдствіе несовершенства техники (кровать была слишкомъ горяча). Изъ остальныхъ 22 наблюденій въ 18 полученъ успѣхъ: авт. спалъ  $\frac{1}{2}$ —2 $\frac{1}{2}$  час. безъ перерыва, засыпая черезъ 15—45 мин., послѣ того какъ легъ; послѣ каждаго опыта онъ чувствовалъ себя очень хорошо. У 1 лица не во всѣхъ опытахъ появлялся крѣпкій сонъ. Остальные 5 лицъ засыпали быстро и крѣпко: сонъ наступалъ черезъ 15 мин. и продолжался 1—2 $\frac{1}{2}$  часа. Послѣ опыта они чувствовали себя прекрасно. Важна степень нагрѣванія кровати: въ началѣ опыта—40—45° Ц. и послѣ засыпанія 35°. Благодаря этой, такъ сказать, дневной дремотѣ въ особенности хорошо себя чувствовали лица ослабленные и выздоравливающія послѣ тяжкихъ болѣзней (Nowiny lekarskie, ноябрь). С. О.

**Внутреннія болѣзни.** 685. Перебирая признаки, которыми принято руководиться при *отличительномъ распознаваніи почечной колики и аппендицита*, д-ръ *A. Schlesinger* находитъ ихъ весьма шаткими. Извѣстно,

съ одной стороны, что во многихъ случаяхъ хроническаго аппендицита не прощупывается никакой опухоли, и только на операци, когда боли принудить рѣшиться на нее, обнаруживаются срощенія въ области придатка, гнойники и т. д. Съ другой стороны, чувствительность въ точкѣ *Mc. Burney* встрѣчается при нервныхъ страданіяхъ и даже при камняхъ въ почкѣ или мочеточникѣ. Равнымъ образомъ и разстройства со стороны мочевого пузыря наблюдались при всѣхъ этихъ страданіяхъ, включая аппендицитъ. При такихъ обстоятельствахъ одно время стали придавать большое значеніе, въ смыслѣ указанія на почечные камни, обнаруженію красныхъ кровавыхъ тѣлецъ, особенно т. наз. тѣней ихъ, въ мочевомъ осадкѣ. Но клиническія наблюденія послѣднихъ лѣтъ показали, что и этотъ признакъ ненадеженъ, что тѣни красныхъ тѣлецъ бывають въ мочѣ и при перитифлитѣ (хроническомъ), какъ это подтверждаетъ авт. исторію одного собственнаго случая. Въ концѣ концовъ рядъ наблюденій привелъ д-ра *Schlesinger*'а къ выводу, что самымъ сравнительно надежнымъ признакомъ надо считать рапространеніе болей въ ягодицы и бедра, указывающее на вибрюшинную причину болей, хотя, впрочемъ, и червеобразный отростокъ лежитъ иногда вибрюшинно («Deutsche medizinische Wochenschrift», 1 ноября). С. Гр—въ.

686. Д-ръ *Tileston* на основаніи изученія 68 случаевъ *брюшного тифа* пришелъ къ заключенію, что *кишечныя кровотеченія* при этой болѣзни встрѣчаются несравненно чаще, чѣмъ обычно предполагаютъ, а именно въ 25%, всѣхъ случаевъ. Но только въ рѣдкихъ случаяхъ удается наблюдать явное кровотеченіе; въ остальныхъ кровотеченіе остается нераспознаннымъ вълѣдствіе небольшой лишь примѣси крови къ калу. Для обнаруженія малыхъ кровотоковъ черезъ кипечникъ *T.* пользуется слѣдующимъ приемомъ. Къ 5 к. стм. жидкаго кала или размѣшаннаго съ водой до полужидкаго состоянія небольшого куска плотныхъ испражнений прибавляется 20 к. стм. эфира для извлеченія жира; осадокъ смѣшивается съ половиннымъ объемомъ ледяной уксусной кислоты и оставляется на 5 мин. Далѣе слѣдуетъ извлеченіе эфиромъ (8—10 к. стм.) въ теченіи 15 мин. Эфирная вытяжка раздѣляется на 2 части, къ одной прибавляется нѣсколько гранъ порошка гуаяковой смолы и старый скипидаръ; въ положительномъ случаѣ жидкость принимаетъ фиолетовый или синій цвѣтъ черезъ нѣсколько минутъ. Ко 2-ой половинѣ эфирной вытяжки прибавляется 2—3 к. стм. свѣжеприготовленнаго раствора алоина въ 70° спиртѣ и 20 капель стараго скипидара; жидкость—въ случаѣ присутствія крови—должна принять въ теченіи 15 мин. розовый—вишнево-красный цвѣтъ. Чаще всего скрытое кровотеченіе появляется во время 4-ой недѣли болѣзни (Boston Medical and Surgical Journal, 12 июля—реф. The Medicine, октябрь). Д. С.

**Хирургическія болѣзни.** 687. Въ медицинско-поликлиникѣ *Leipzig*'скаго Университета *бубоны и чирьи успѣшно лѣчатся*, какъ сообщаетъ въ «Deutsche medizinische Wochenschrift» (8 ноября) кандидатъ мед. *W. Wolf*, *крѣпкою карболовою кислотой*. Если бубонъ еще твердъ, то на всю опухоль намазываютъ при помощи обернутой ватой палочки карболовую кислоту (9 чч. кристаллической кислоты и 1 ч. очищеннаго или безводнаго спирта), полосую въ 0,5—1 см. ширины и затѣмъ повторяютъ такое смазываніе ежедневно; когда кожа начнетъ лупиться, дѣлають перерывъ на нѣсколько дней, послѣ чего, если бубонъ не исчезъ, продолжаютъ смазыванія снова. При наличности зыбленія смазываніе производится лишь 2—3 дня, а на 4-ый, если зыбленіе не исчезло, дѣлають надрѣзъ стм. въ 2 длины и, выпустивъ гной, вытирають полость смоченною въ карболовой кислотѣ ватой и перевязываютъ, что повторяется черезъ 1—2 дня, пока полость не начнетъ гранулировать; послѣ появленія грануляцій прибинѣвается вплоть до заживленія раны безразличная повязка (мазь или іодоформная марля). Точно такъ-же лѣчатъ и такіе бубоны, которые уже прорвались. Что касается чирьевъ, то они лѣчатся также неодинаково въ зависимо-сти отъ величины и отъ наличности размягченія. При неразмѣгчавшихся небольшихъ чирьяхъ обыкновенно бываетъ достаточно смазать ихъ верхушку карболовой ки-



слотой. При больших излѣченіе наступаетъ скорѣе, если кислоту вводятъ глубже, при помощи тонкой иглы или зонда, въ центральную часть чирья. Наконецъ, если послѣдній уже размягчился, то его вскрываютъ уколкомъ и дѣлаютъ смазыванія карболовой кислотой по разу въ день. Помимо этого, въ первые 1—2 дня, особенно при значительномъ опуханіи, дѣлаются примочки изъ раствора укусунокислого глинозема (liquor aluminis acetici) съ 4% борной кислоты, а затѣмъ прикладываютъ какую-нибудь безразличную мазь. С. Гр—въ.

688. Д-ръ Cockle предлагаетъ особый приборъ для хлороформирования больныхъ послѣ горлоушибленія. Приборъ состоитъ изъ рамки въ 1½ кв. дюйма, обтянутой какою-либо тканью, на которую накапывается жидкость, и длинной, въ 15 д., проволоочной ручки съ болѣе толстой рукояткой на концѣ. Проволока изгибается такимъ образомъ, что рукоятка приходится возлѣ уха больного, противоположный же конецъ опирается на грудину и оттуда направляется къ отверстию въ дыхательной трубкѣ. Такой способъ доставленія обезболивающего вещества имѣетъ тѣ преимущества передъ другими способами усыпленія больныхъ, подвергавшихся горлоушибленію, что онъ безопаснѣе, легко выполнимъ и оставляетъ хирургу возможно большее пространство, при чемъ лицо, ведущее обезболиваніе, можетъ находиться въ любомъ положеніи относительно хирурга. Для прибавленія новыхъ порцій хлороформа можно предварительно принимать приборъ и, приливъ хлороформъ, ставить опять на мѣсто, или-же накапывать жидкость непосредственно (The Lancet, 15 сентября). Л. С.

689. Д-ръ Clairmont приводитъ изъ клиники проф. Eiselsberg'a 76 случаевъ операций при различныхъ заболѣваніяхъ почекъ. У 24 больныхъ была опухоль почекъ, у 1 — саркома околопочечной кѣтъчатки. Операции подверглось 23; изъ нихъ умерли 9. Въ 6 случаяхъ были камни почки и мочеточника (умерли 2), въ 3 — гидронефрозъ, въ 12 — піонефрозъ, въ 3 — почечный свищъ, въ 5 — прекращеніе мочеотдѣленія (анурия, умерли 3), въ 2 — гнойное переносное воспаленіе почки (умеръ 1), въ 7 — кровотеченіе и боли въ области почекъ (нефралгія), въ 8 — бугорчатка (умерли 2), въ 1 — круглая глиста, въ 4 — подвижная почка. Всего умерли 17 (21%). Причины смерти: колѣпсъ (7 сл.), мочеокровіе (4), зараженіе (4), закупорка легочной артерій (2). Выводы: Кріоскопія имѣетъ значеніе лишь при томъ условіи, если получаютъ одинаковые результаты отъ повторныхъ изслѣдованій. Единичное опредѣленіе точки замерзанія мочи еще не даетъ никакихъ указаній относительно недостаточности изслѣдуемой почки. При долгомъ оставленіи катетера въ мочеточникѣ можетъ выдѣляться моча, молекулярный составъ которой меньше, чѣмъ первыхъ порцій, вслѣдствіе чего получается кажущаяся недостаточность. Нормальная точка замерзанія мочи можетъ получаться даже при большихъ опухоляхъ, разрушившихъ почти всю почечную ткань. Поэтому, какъ средство для ранняго распознаванія, кріоскопія значенія не имѣетъ. Проба съ флоридзиномъ болѣе надежна. Замедленіе въ образованіи сахара можетъ быть единственнымъ признакомъ разстройства отравленій почки. Опытъ автора показываетъ, впрочемъ, что для отличительнаго распознаванія опухолей почекъ отъ опухолей праваго подреберья флоридзиновая проба ненадежна, такъ какъ замедленіе въ образованіи сахара наступаетъ и при пораженіяхъ желчнаго пузыря. — Наболѣе часто встрѣчаются гипернефромъ (17 сл. автора), наболѣе рѣдко — раковыя опухоли. Для гипернефромъ можетъ служить отличительнымъ признакомъ наблюдающееся иногда отложеніе въ кожѣ бураго красящаго вещества. При сильно кровоточащихъ опухоляхъ катетеризація мочеточника больной почки противопоказана. Подвижность опухоли не всегда говоритъ за то, что опухоль можно удалить. Изсѣченіе частичное почки, даже при хорошо ограниченныхъ опухоляхъ, должно быть отвергнуто. Изсѣченіе почки чрезбрюшиннымъ путемъ сопряжено съ большою опасностью зараженія и преимуществъ не имѣетъ. Eiselsbergъ пользуется сочетаннымъ способомъ: поясничный разрѣзъ со вскрытіемъ брюшной полости въ передней части для лучшаго опредѣленія границы опухоли и осмотра правой почки. Въбрюшинное отбѣженіе моче-

точника должно быть соединяемо съ изслѣдованіемъ лоханки и самой почки, даже если Röntgen'овскіе лучи указываютъ на мѣстоположеніе камня лишь въ мочеточникѣ. При гидронефрозѣ сѣченіе почки слѣдуетъ дѣлать лишь въ крайнихъ случаяхъ. Необходимо или устранить причину (перегибъ мочеточника, камень) или, если это невозможно, удалить почку. Въ единичныхъ случаяхъ піонефроза (если зараженіе свѣжее) сѣченіе почки можетъ привести къ полному выздоровленію. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно, кромѣ нагноенія, подозрѣвать бугорчатку, показано непременно первичное изсѣченіе почки. При образованіи свища дополнительныя операции съ сохраненіемъ органа (выскабливаніе, частичное изсѣченіе) могутъ дать полное выздоровленіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣ сѣченія гнойной почки другая почка, бывшая до операции недостаточной, настолько оправляется, что становится возможнымъ вторичное изсѣченіе почки. Родъ операции: полное изсѣченіе почки (40 разъ), частичное изсѣченіе (1 разъ), выскабливаніе (3 раза), сѣченіе почки (25 разъ; оно производилось также при анурии, нефралгіи), сѣченіе почки со швыиваніемъ въ наружную рану (2 раза), пришиваніе подвижной почки (4 раза), пробный разрѣзъ (1 разъ) и сѣченіе мочеточника (1 разъ). Смертность при изсѣченіи почки — 27,5%, при простомъ сѣченіи — 16%. 32 раза почка изсѣчена была въбрюшинно, 8 разъ чрезбрюшинно (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXIX). Б. Финкельштейнъ.

Глазныя болѣзни. 690. Д-ръ И. Гинзбургъ наблюдалъ твердый шанкръ на нижнемъ вѣкъ у 65-лѣтней акушерки.

7 недѣль назадъ больная принимала у родильницы, и во время родовъ околоплодная жидкость и кровь брызнули ей въ лѣвый глазъ, который она потомъ забыла промыть (вслѣдствіе паралича лѣваго лицевого нерва глазъ этотъ не закрывался съ самаго ранняго дѣтства). Имѣлся-ли у родильницы сифилисъ, было неизвѣстно; женщина эта производила впечатлѣніе здоровой, но изъ 5 ея дѣтей 1-ый ребенокъ умеръ 6 лѣтъ отъ какой-то опухоли почекъ, 2-ой ограниченъ въ умственномъ отношеніи, 3-й родился недоношеннымъ съ открытой брюшной полостью, 4-ый жилъ только 4 дня, послѣдній же родился въ срокъ и видимыхъ уклоненій отъ нормы не представлялъ. Черезъ 4 недѣли послѣ означеннаго случая лѣвый глазъ покраснѣлъ, нижнее его вѣко припухло, и по серединѣ вѣка образовалось возвышеніе въ родѣ ячменя, съ бѣловато-сѣрымъ пятнышкомъ на верхушкѣ. Въ то-же время впереди уха появлялся паковъ болѣзненныхъ железъ. Затѣмъ возвышеніе стало постепенно увеличиваться, и сѣрый налетъ распространялся по поверхности возвышенія. При осмотрѣ была обнаружена по серединѣ рѣсничнаго края нижняго вѣка небольшая площадка хрящевой плотности, покрытая желтовато-сѣрымъ, салынымъ налетомъ; поперечникъ площадки по свободному краю вѣка равнялся 1 см., а по нижнему краю — 5 мм. Такой-же салыный налетъ найденъ былъ соответственно мѣстоположенію опухоли и на соединительной оболочкѣ нижняго вѣка. Кромѣ того, небольшой желтовато-сѣрый налетъ обнаруженъ былъ и у внутренняго угла глаза, на полулунной складкѣ и слезномъ мясцѣ (этотъ налетъ появился лишь въ день изслѣдованія). Увеличенныя железы найдены были впереди лѣваго уха, позади него и въ лѣвой подчелюстной области. Черезъ ½ мѣсяца обнаружены были вторичныя явленія въ видѣ розеолезной сыпи на груди и нѣсколькихъ папулъ. Къ этимъ явленіямъ авт. относитъ и налетъ во внутреннемъ углу лѣваго глаза, рассматривая его, какъ раннее появленіе слизистой папулы вблизи мѣста первоначальнаго зараженія (Вѣстникъ офталмологіи, июль и августъ).

691. Д-ръ Казисъ сообщаетъ единственный въ своемъ родѣ случай чешуйчатого лишая на соединительной оболочкѣ глаза.

25-лѣтній солдатъ явился съ жалобой на небольшой зудъ въ правомъ глазу, продолжавшійся уже съ недѣлю. Изслѣдованіе обнаружило на спокойномъ, въ общемъ, глазу 3 возвышенія, располагавшіяся въ видѣ растянутого полукруга на соединительной оболочкѣ глазного яблока, недалеко отъ нижней переходной складки. Основанія этихъ возвышеній были красны и пронизаны мелкими сосудами, подходившими къ нимъ въ видѣ небольшихъ слезеній, а верхушки были покрыты бѣлыми, блестящими, серебристыми чешуйками. Размѣры возвышеній равнялись 5×4, 3×2 и 2½×3 мм. Кромѣ того, на слезистой оболочкѣ нижняго вѣка, по направленію отъ слезнаго мясца къ переходной складкѣ, проходила узкая полоска серебристобѣлаго цвѣта, длиной въ 10 и шириной въ 1 мм. Черезъ 3 мѣс. лишай сталъ исчезать, при чемъ основанія возвышеній блѣднѣли, а чешуйки на верхушкахъ теряли свой блескъ, принимая розоватобѣлый цвѣтъ. Разсасываніе лишая подвигалось, однако, очень медленно, такъ что и черезъ ½ года еще видѣлись его остатки (Вѣстникъ офталмологіи, июль и августъ). Р. Казисъ.

692. Д-ръ Guizmann (изъ Вѣнской глазной клиники проф. Fuchs'a) сообщаетъ 2 случая катаракты отъ удара

Въ 1-мъ случаѣ молнія ударила въ 42-лѣтнюю женщину въ то время, какъ она читала съ рѣс-пез на носу. Отъ стальной оправы рѣс-пез получилась ожога вокругъ глазъ; такія-же ожоги оказались и на другихъ частяхъ тѣла отъ бывшихъ на ней металлическихъ предметовъ. Послѣ 20 минутъ безсознательнаго состоянія больная пришла въ себя и тогда-же почувствовала боли въ обѣихъ глазахъ. Лишь черезъ 4—6 недѣль она замѣтила ухудшеніе зрѣнія и черные клочья передъ глазами. Исследование, произведенное болѣе года спустя, обнаружило въ правомъ глазу паутиннообразное помутнѣніе всей толщи хрусталика, въ передне-корковыхъ слояхъ котораго оно слухалось въ 2 концентрическихъ круга, на лѣвомъ-же глазу найдены были легкія мутности лишь въ передней коркѣ хрусталика. Зрѣніе понижено было на правомъ глазу до  $\frac{1}{14}$ , а на лѣвомъ до  $\frac{1}{12}$ . Глазное дно и поле зрѣнія оказались нормальными.

Во 2-мъ случаѣ молнія ударила въ 19-лѣтнюю дѣвушку, послѣ чего она цѣлый часъ оставалась безъ сознания. У нея оказались ожоги на лицѣ, шеѣ и ногахъ и параличъ лѣвой  $\frac{1}{2}$  тѣла съ произвольнымъ испусканіемъ мочи и кала. Черезъ 4—6 недѣль подвижность восстановилась, зрѣніе-же, ухудшившееся на лѣвомъ глазу тотчасъ-же послѣ несчастнаго случая, съ теченіемъ времени продолжало понижаться. Исследование, предпринятое черезъ 9 мѣс., показало почти вполне созрѣвшую катаракту на лѣвомъ глазу, различавшемъ лишь движеніе руки, и легкое помутнѣніе переднихъ слоевъ хрусталика на правомъ глазу, сохранившемъ еще нормальную остроту зрѣнія. По извлеченіи катаракты изъ лѣваго глаза оказалась атрофія зрительнаго нерва (Woch. f. Ther. u. Hyg. des Auges, 10 мая).

Р. Кацъ.

693. Для защиты глаза послѣ операціи катаракты д-ръ Westhoff (Bandoeng, Ява) съ успѣхомъ пользуется скорлупой кокосоваго орѣха, взаимѣнъ целлюлоидныхъ чашечекъ и проволоочной сѣтки. Для обмѣна воздуха, въ скорлупѣ просверливаются нѣсколько отверстій. Кокосовыя чашки очень легки, могутъ вывариваться и сохраняться въ любой противугнистой жидкости (Woch. f. Ther. u. Hyg. des Auges, 14 июня).

Р. Кацъ.

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 694. I. Л. Яворскій (Варшава) говоритъ о примѣненіи обезпложенныхъ дрожжей въ гинекологіи. Наибольшимъ бактерициднымъ дѣйствіемъ обладаетъ зиминъ—препаратъ дрожжей, обработанный ацетономъ. Авт. пользовался зиминомъ д-ра Albert'a, а именно т. наз. Uterus-Zyminstäbchen, длиною въ 8 см. и 4 мм. въ поперечникѣ, и Ure hral-Zyminstäbchen, длиною въ 4 см. и 4 мм. въ поперечникѣ. Влагицищныя палочки имѣютъ длину въ 7,5 см. и поперечникъ въ 0,7 см.; вѣсъ ихъ—4 грм., и онѣ содержатъ по 1,6 грм. зимина и тростниковаго сахара. Палочки эти растворимы въ водѣ и упруги; кромѣ того, онѣ покрыты безразличнымъ веществомъ, растворимымъ въ водѣ. Авт. примѣнилъ зиминъ у 34 больныхъ, изъ коихъ у 26 отмѣтилъ выздоровленіе либо значительное улучшеніе. Изъ 16 случаевъ перелоя мочеиспускательнаго протока въ 13 уже послѣ двукратнаго примѣненія зиминовыхъ палочекъ учащенные позывы къ мочеиспусканію и жженіе при послѣднемъ прошли совершенно. Изъ 11 сл. катарра маточной шейки въ 2-хъ были примѣнены влагицищныя палочки, а въ остальныхъ при помощи корипанга палочки вводились въ шейку. У 9 больныхъ уже послѣ 6—8-кратнаго введенія въ каналъ зиминовой палочки выдѣленія, вмѣсто слизисто-гнойныхъ, сдѣлались водянистыми, слизистыми. Ссадины на влагицищной части матки подъ вліяніемъ зимина очищались, гранулировали и совершенно заживали. Въ 3 случаяхъ перелойнаго кольпита и пруритинознаго вульвита у беременныхъ при примѣненіи зиминовыхъ палочекъ во влагище и зиминовой пудры на срамныя части наступило значительное улучшеніе: отдѣляемое потеряло свойство гноя, сдѣлалось скуднымъ; зудъ исчезъ. Въ заключеніе авт. полагаетъ, что зиминъ является безусловно полезнымъ средствомъ при лѣченіи нѣкоторыхъ воспалительныхъ состояній, преимущественно при перелѣ женскихъ половыхъ органовъ (Gazeta lekarska, 20 октября).

695. Д-ръ G. Steinitz сообщаетъ въ «Deutsche medizinische Wochenschrift» (30 августа) случай послеродовою столбняка, въ которомъ имъ безуспѣшно примѣнены были впрыскиванія антитоксина.

Утр. 28/iv авт. былъ позванъ къ 32-лѣтней женщинѣ, о которой мужъ ея сообщилъ, что она съ вечера не можетъ широко открыть ротъ. За 3 недѣли до этого д-ръ S. опредѣлилъ у больной retroversio uteri gravis fixata, около 2-го мѣсяца. 18/iv она имѣла произвольный выкидышъ, незадолго передъ которымъ занималась садовыми работами. Послѣ выкидыша дѣлалась промыванія влагища. Кровотеченіе вскорѣ-же остановилось, и больная чувствовала себя хорошо, вплоть до вечера 28/iv, когда

появились первые признаки судороги челюстей. При осмотрѣ на слѣдующій день больная жаловалась главнымъ образомъ на боли въ мышцахъ жевательныхъ и затылочныхъ, а также на сильное стѣсненіе въ груди. Жевательныя мышцы были сильно сокращены, зубы стиснуты, затылокъ умѣренно напряженъ, глотаніе затруднено; мышцы спины и конечностей были свободны, чувствительность съ температурою и пульсомъ нормальны, кожные рефлексы слегка повышены, чувствительность не затронуто; поврежденій никакихъ на тѣлѣ не найдено. Вечеромъ всѣ явленія стихли, но на утро ожесточились, не смотря на назначенные накануне морфіи и хлоралгидратъ, до крайности; особенно ухудшилось глотаніе, и появился risus sardoniacus и opisthotonus; 37/iv, п. 80. Въ полдень, приблизительно черезъ 40 час. послѣ появления первыхъ признаковъ тризма, впрыснуто подъ кожу живота 100 единицъ антитоксина (Höschel'sкой фабрики). Къ вечеру тугость затылка еще болѣе усилилась. 30/iv: Ночь проведена очень плохо. Т. 37°/6; п. 90. Судороги чаще, жестокія боли. Впрыснуто подъ кожу бедра еще 100 единицъ. Веч. 38°/5, п. 100. 1/v: Ночью безпрестанныя судороги, 38°/7. Впрыснуто 50 единицъ въ позвоночный каналъ. Большіе приемы морфіа. Веч. 40°/8, п. 140. Судороги каждыя 5 мин. Бредъ. 2/v утромъ смерть. Температура послѣ смерти поднялась выше 42°.

C. Гр—в.

Кожныя и венерическія болѣзни. 696. Въ лекціи своей о предупрежденіи и лѣченіи плышавости проф. O. Lassar отводитъ главное мѣсто мѣрамъ предупредительнымъ, которыя въ сущности очень просты и сводятся къ содержанію волосъ въ чистотѣ. Чистаго содержанія волосъ требуютъ для своего сохраненія точно также, какъ зубы, а для этого достаточно частаго мытья ихъ съ мыломъ, набѣгая всякихъ не-безразличныхъ прибавокъ, да безгигиеннаго содержанія гребня и щетки (сулема, марганцево-кислосое кали). Въ случаяхъ-же начавшагося выпаденія волосъ авт. совѣтуетъ примѣнять слѣдующій способъ лѣченія, которымъ онъ пользуется уже 25 лѣтъ. Прежде всего нужны обмыванія волосъ горячею мыльною водою, сначала ежедневно, а съ улучшеніемъ недуга рѣже. Длинные женскія волосы при этомъ надо раздѣлять на нѣсколько прядей, придерживая ихъ на задней части шеи во избѣжаніе спутыванія; за каждымъ такимъ обмываніемъ слѣдуетъ обливаніе теплотою и потомъ холодною водою при помощи резиновой трубки, душа или просто чайника. Мыло можно брать разное, но въ особенности пригодными авт. считаетъ дегтярныя мыла Berger'a и Sohering'a (жидкое дегтярное мыло) и мыло Krankenheller. Для бѣлокрыхъ женскихъ волосъ онъ предлагаетъ растворъ 70 грм. домашняго мыла (въ порошокъ) съ содою и поташемъ по 15 грм. въ 100 грм. розовой воды. Послѣ мытья волосы обсушиваются нагрѣтымъ полотенцемъ, токомъ воздуха или электрическимъ приспособленіемъ. Затѣмъ необходимо смочить корни волосъ обеззараживающею жидкостью, лучше всего сулемою 0,3—0,5 на 300 воды, съ прибавкою глицерина и розовой воды (а при зудѣ 2°/о карболовой кислоты). Когда растворъ этотъ испарится, слѣдуетъ втираніе до суха раствора 0,5 тимоло или β-нафтола въ 200,0 спирта и, наконецъ, легкое смазываніе мазью изъ 1,0 салциоловой кислоты и 2,0 бензойной настойки съ прованскимъ масломъ или желтымъ американскимъ вазелиномъ (ad 50,0) и 15 каплями бергамотнаго масла. Въ упорныхъ случаяхъ иногда полезно (а при alopecia areata и необходимо) начинать процедуру смазываніемъ дегтярною мазью, которая мнѣ черезъ 10 смывается мыломъ, а также смазываніе волосъ на ночь 10°/о-ною смѣсью терпентиннаго масла съ лавлиномъ или карболово-сѣрною помадою: карболовой кислоты 1,0, сѣры взогнанной 10,0, бергамотнаго масла 15 капель, перуанскаго бальзама 2,0 и безводнаго лаволина ad 50,0 (разводитъ водою) (Deutsche medizinische Wochenschrift, 5 іюня).

C. Гр—в.

## ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

ХСШ. Изъ Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи.

Протоколъ товарищеской бесѣды 18-го ноября 1906 г.

Прис. пов. II. Е. Рейнбольтъ, извинившись за краткость предыдущаго доклада, началъ съ сообщенія о результатахъ работы

занимаетъ д-ра Г. И. Дембо о почти полномъ отсутствіи законоположеній, нормирующихъ права и обязанности тюремныхъ врачей. Единственные источники, изъ которыхъ онъ могъ кое-что извлечь, это—II и XIII томы С. З. Р. И., но и приведенныя тамъ отсюда краткія статьи истиннаго положенія тюремныхъ врачей нисколько не опредѣляютъ. Изъ отчетовъ тюремныхъ Комитетовъ и изъ личныхъ наблюдений, докладчикъ вынесъ убѣжденіе, что въ обществѣ въ Россіи не мало дѣлается для того, чтобы тюрьмы удовлетворяли санитарнымъ требованіямъ, и что тюремная администрація въ большинствѣ случаевъ идетъ на встрѣчу заботамъ врачей о заключенныхъ, положеніе которыхъ у насъ гораздо лучше, чѣмъ заграницей, особенно благодаря свойственной русскому человеку гуманности по отношенію къ караемымъ. Представители прокуратуры у насъ также относятся съ полнымъ вниманіемъ къ нуждамъ заключенныхъ. Кромѣ того, на помощь лицамъ, лишеннымъ свободы, приходятъ существующія при тюрьмахъ Попечительства, къ которымъ, однако, интересъ общества за послѣднее время, къ сожалѣнію, очень упалъ. Между тѣмъ общее число мѣстъ заключенія во всей Россіи доходитъ до 700, и въ нихъ содержится одновременно, судя по отчету за 1901 г., до 100000 чел., при общемъ годовомъ оборотѣ въ 600000—700000 заключенныхъ; въ настоящее время ихъ, по всѣмъ вѣроятіямъ, значительно больше. 400 изъ этихъ мѣстъ заключенія имѣютъ при себѣ больницы; зато уѣздныя и губернскія тюрьмы не имѣютъ даже штатныхъ врачей, а обязанности ихъ несутъ уѣздные врачи, и безъ того заваленные чрезвычайно сложной работой. Въ заключеніе докладчикъ, указавъ, что на общее число заключенныхъ приходится 1350 душевно-больныхъ, подчеркнул настоятельную необходимость улучшенія и расширенія медицинскаго наблюденія за лицами, находящимися въ мѣстахъ заключенія.

Изъ послѣдовавшихъ за докладомъ преній выяснилось, что, кромѣ мѣстъ заключенія, поименованныхъ докладчикомъ и представляющихъ болѣе или менѣе благоприятныя санитарныя условія, на окраинахъ Россіи имѣются и такія, пребываніе въ которыхъ можетъ быть прямо гибельнымъ: переполненіе въ нихъ доходитъ до невообразимыхъ размѣровъ (вмѣсто 420—1700; вмѣсто 60—340); въ такомъ-же несоотвѣстствіи съ положеннымъ числомъ мѣстъ находится и переполненіе нѣкоторыхъ тюремныхъ больницъ (вмѣсто 35—267 чел.). При этомъ оказалось, что эти ужасныя условія нисколько не измѣнились за послѣднія 30 лѣтъ и что только въ настоящее время нѣкоторыя тюрьмы перестраиваются (напр., въ Челябинскѣ). Такому недостатку мѣстъ соотвѣтствуетъ и недостатокъ матеріальныхъ средствъ и лѣкарствъ. При такихъ условіяхъ врачъ оказывается совершенно бессильнымъ чѣмъ-нибудь помочь какъ здоровымъ, такъ и больнымъ, и остается безпомощнымъ свидѣтелемъ ихъ, по истинѣ, ужаснаго положенія, возбуждаетъ къ себѣ недоверіе и недоброжелательство со стороны лицъ, о которыхъ онъ обязанъ и желалъ-бы позаботиться.

Съ другой стороны, было указано, что существуютъ законоположенія, по которымъ уѣздные и губернскіе врачи являются полновластными членами тюремныхъ Попечительствъ, а врачъ, предлагающій свой безплатный трудъ на пользу заключенныхъ, тѣмъ самымъ дѣлается однимъ изъ директоровъ означеннаго Комитета. Однако, законъ этотъ не распространяется на столицы; въ провинціи-же голосъ врача, повидимому, нерѣдко заглушается представителями мѣстнаго общества, понимающихъ иногда свое значеніе членовъ Комитета съ точки зрѣнія только исправительной.

Предсѣдатель Е. С. Боткинъ, резюмировавъ все высказанное на бесѣдѣ, указавъ, что вопросъ о тюремныхъ врачахъ—вопросъ очень болной для врачебнаго сословія—какъ относительно товарищей, вынужденныхъ служить въ мѣстахъ заключенія, такъ и съ чисто гуманитарной точки зрѣнія—относительно лицъ, вѣрнѣе ихъ попеченію. Подчеркнувъ большое разнообразіе въ состояніи тюремъ на всемъ пространствѣ Россіи, которое и объясняетъ совершенно иногда противоположныя взгляды на эту сторону дѣла, предсѣдатель высказалъ надежду, что особенно вопіющіе случаи изъ тюремной жизни являются все-же, хотя и прискорбными и тяжелыми, но исключеніями. Не все къ тому-же, что доходитъ до насъ черезъ печать, можно принимать прямо на вѣру; такъ, напр., и данному Собранію приходится быть свидѣтелемъ совершенно невѣрной передачи выводовъ изъ предшествующей товарищеской бесѣды, а именно въ № 44 «Практическаго Врача» имѣется рефератъ о ней, перепечатанный изъ газеты «Товарищъ», съ заключительными словами, какъ будто составляющими резолюцію Собранія, въ которыхъ высказано предположеніе подвергать въ будущемъ дѣйствія тюремныхъ врачей товарищескому Суду. Между тѣмъ ни о какомъ Судѣ на бесѣдѣ и рѣчи не было, а, напротивъ, Правленіе старалось совершенно устранить такую точку зрѣнія въ разбираемомъ вопросѣ, желая прежде всего выяснитъ положеніе тюремныхъ врачей. Теперь ясно, въ какой мѣрѣ оно тяжело и подчасъ безвыходно. Если на прошлой бесѣдѣ можно было придти къ заключенію, что какъ бы ни былъ стѣсненъ врачъ въ своемъ желаніи облегчить участь заключенныхъ, онъ все-же всегда можетъ скрасить ихъ положеніе своимъ душевнымъ къ нимъ отношеніемъ, то на сегодняшней оказывается, что и это далеко не всегда ему доступно, такъ какъ при условіяхъ, когда онъ лишенъ всякой возможности быть имъ полезнымъ, онъ не въ силахъ даже пріобрѣсти въ нихъ необходимое ко себѣ довѣріе. Нельзя, впрочемъ, не отмѣтить, что и тамъ, гдѣ сложное отношеніе врача

тоже не всегда, къ сожалѣнію, встрѣчается, въ зависимости отъ особыхъ личныхъ свойствъ даннаго врача. Товарищескія бесѣды, не имѣющія полномочій постановить какія-бы то ни было резолюціи, даютъ, однако, Правленію Общества цѣнныя директивы для внесенія тѣхъ или другихъ предложеній въ общее Собраніе членовъ, и, если можно вывести практическій полезный результатъ изъ разобраннаго вопроса, то единственно возможнымъ и целесообразнымъ представляется—ходатайствовать объ увеличеніи числа тюремныхъ врачей по всей Россіи, особенно въ губернскихъ и уѣздныхъ мѣстахъ заключенія.

Послѣ этого Собранія, по предложенію предсѣдателя, выразило уважаемому своему гостю и докладчику П. Е. Рейнботу благодарность за его любезное содѣйствіе въ освѣщеніи поднятаго Правленіемъ вопроса.

Предсѣдатель Правленія Е. Боткинъ.

Помощникъ секретаря В. Мамонтовъ.

## XCIV. Изъ Обуховской городской больницы въ Петербургъ.

Протоколъ научнаго Совѣщанія врачей больницы

13-го октября 1906 г.

1. Я. Б. Эйзеръ. Случай произвольной затрени ручныхъ пальцевъ (сирингомизія типа Morvan'a) (съ предьявленіемъ больною). У представленнаго больнаго почти 20 лѣтъ назадъ стали образовываться на ладонной поверхности пальцевъ обихъ рукъ трещины и язвочки, сопровождавшіяся сильной болью. По истеченіи 10 лѣтъ нагноительный процессъ перешелъ на кости пальцевъ, и почти всѣ пальцевыя фаланги отвалились (кромѣ концевой и средней фалангъ указательнаго пальца лѣвой руки, которые были удалены оперативнымъ путемъ). Некротическій процессъ продолжался 4 года. Въ настоящее время у больнаго на рукахъ обширныя рубцы—послѣдствіе ожога и флегмонъ. Исслѣдованіе чувствительности обнаружило полную анестезію въ области правой ручной кисти, анестезію (неполную) на остальномъ протяженіи конечностей, въ области затылка, лѣвой щеки и плечевого пояса (до сосковъ) и термоанестезію на верхнихъ конечностяхъ, затылкѣ, теменіи и лѣвой щекѣ (диссоціація расстройствъ чувствительности). Давѣ установлены атрофія мышцъ лѣвой руки, плечевого пояса и спины, полная реакція перерожденія, пониженіе электрокожной чувствительности (на рукахъ), повышеніе механической возбудимости мышцъ, фибриллярныя мышечныя сокращенія, непроизвольныя движенія пальцевъ, пониженіе глоточнаго рефлекса, отклоненіе языка влѣво, повышеніе кожного рефлекса, стопный феноменъ и сколіозъ. На основаніи описанныхъ признаковъ была распознана «сирингомизія типа Morvan'a». Распознаваніе это обосновывается: 1) частичнымъ и диссоцированнымъ нарушеніемъ чувствительности, 2) атрофіей мышцъ 3) сегментнымъ распространеніемъ расстройства чувствительности и 4) симметрическимъ трофическимъ пораженіемъ пальцевъ обихъ рукъ. Пониженіе глоточнаго рефлекса и отклоненіе языка влѣво указываетъ на участіе въ процессѣ продолговатаго мозга. Остановившись на отличительномъ распознаваніи между указаннымъ страданіемъ и нервной проказой, характеризующейся разсѣянностью и множественностью расстройствъ чувствительности и кожными явленіями, болѣзью Raynaud (меньшее распространеніе анестезіи и отсутствіе диссоціаціи ея) и гипертрофическимъ пахиингитомъ въ шейной части позвоночнаго канала (rachismeningitis cervicalis hypertrophica) (корешковые явленія, боль въ области позвоночника, отсутствіе бульбарныхъ явленій), докладчикъ коснулся патогенеза сирингомизіи. Въ данномъ случаѣ въ анамнезѣ имѣются траума головы, заразное заболѣваніе (брюшной тифъ) и отравленіе свинцомъ. Возможно, что всѣ эти условія дали толчекъ развитію патологическаго процесса, предсуществовавшаго въ спинномъ мозгу, согласно теоріи авторовъ о наследственномъ предрасположеніи, въ видѣ аномаліи развитія. (Въ передачѣ докладчика).

А. Д. Сапачъ-Сапачинскій: 8 лѣтъ назадъ я видѣлъ этого больнаго въ амбулаторіи Александровской больницы, гдѣ мнѣ показали его, какъ представлявшего интересную форму кожнаго заболѣванія. Уже тогда при изслѣдованіи я нашелъ анестезію и предположилъ сирингомизію. Топографически пораженіе занимаетъ въ настоящее время нижнюю часть продолговатаго мозга и шейную часть спинного до 2-го грудного позвонка.

Ч. пр. Г. Ф. Цейдлеръ: Я не вполне согласенъ съ тѣмъ, чтобы назвать Вашъ случай произвольнымъ омертвѣніемъ, ибо подѣ послѣднимъ наименованіемъ мы подразумеваемъ омертвѣніе периферическихъ частей конечностей, развивающееся на почвѣ артеріосклероза и эндоартерита. Показаннаго-же больнаго надо отнести къ случаямъ сирингомизіи, при которой, вслѣдствіе анестезіи, траума часто приводитъ къ послѣдовательному омертвѣнію дермиферическихъ частей конечностей.

Докладчикъ: Назвалъ я этотъ случай такъ, имѣя въ виду возможность существованія болѣзни Raynaud.

А. А. Нечаевъ: Болѣзнь Raynaud характеризуется главнымъ образомъ измѣненіями со стороны сосудистой системы, при чемъ на первый планъ выступаетъ асфиксія съ сине-багровымъ

неизменными и температура нормальной, а со стороны пальцев конечностей наблюдаются разнообразные уродства.

2. *Э. А. Гизе* показал больную с поражением сочувственной нервной системы. У больной, 33 л., еще в раннем детстве бывали частые вздутия кишок, сопровождавшиеся болезненными ощущениями в животе. Из заразных болезней в детстве она перенесла лишь болотную лихорадку. 11 лет назад, без всякой видимой причины, появилась болезненная точка в правой  $\frac{1}{2}$  живота, ниже реберной дуги, «в области печени», как говорили больная. Эта болезненная точка с годами все расширялась, как вглубь, так и в ширину, и в настоящее время больная ощущает боли не только во всей правой  $\frac{1}{2}$  живота, но и в правом подреберье. Вскорь по появлению вышеупомянутой болезненной точки у больной случился приступ жесточайших болей в области печени, который пользовавшаяся ее тогда врачами был принят за желчно-каменную колику. Колюобразные боли повторялись 2—3 раза в год; 3 года назад они прекратились, но за то в значительной степени усилились те постоянные боли, которые охватывают всю правую  $\frac{1}{2}$  живота и все правое подреберье. Следует заметить, что с появлением болезненной точки 11 лет назад больная начала заметно худеть, и цвет кожи ее стал болотным, приняв в некоторых местах даже бронзовый оттенок. Особенно темной, по словам больной, кожа была 3 года назад; за последние же 2 года она несколько побледила. Одновременно с появлением болезненных расстройств больная заметила, что глаза у нее стали западать, склеры желтеть, а зрачки суживаться. Вскорь вслед за появлением болей в правой  $\frac{1}{2}$  живота начались боли и в области прямой кишки, при чем они имели как-бы зажимающий характер в том смысле, что значительно ослабляли, раз усиливались боли в правой  $\frac{1}{2}$  живота, и наоборот. За последние 4 года больная стала несколько хуже видеть, особенно по вечерам. За последнее время часто темнеет в глазах в связи с появлением чувства общей слабости. Давно страдает сильной жаждой. Несмотря на хороший позыв на еду, общее исхудание у больной все нарастает. После принятия пищи боль в правой  $\frac{1}{2}$  живота усиливается, «как будто растягивается кожа», говорит больная. Отрыжки, изжоги и рвоты никогда не бывают. Давно страдает запорами. Мясечки за последние 5 лет стали очень скудными, совершенно почти безболезненными; бледны и туги. При испражнении каждый раз чувствует сильнейшие боли в прямой кишке. Мочеиспускание учащено, совершенно безболезненно. За последние 3 года изредка чувствует стеснение в гортани и ощущает сухость в носу. Одышка, сердцебиение и кашель нет. Никогда не потевает. Часто чувствует озноб во всем теле, особенно перед тем, как испражняться. Шума в голове и ухах, а также чувства прилива крови к голове нет. Спит хорошо. Иногда бывает чувство жжения в ногах. Истерических припадков никогда не было. Остановившись в частности на постоянных болях в правой  $\frac{1}{2}$  живота и в правом подреберье, следует отметить, что они бывают самого разнообразного характера («что-то сжимает», «натягивает кожу», «ломит внутри», «покалывает», «жжет», «холодит», «бьется» и т. д.). Боли эти отдаются в область поясницы и крестца. Чтобы избавиться от болей, больная обращалась за советом последовательно ко многим весьма компетентным врачам; но, к сожалению, ни один из предложенных ими самых разнообразных способов лечения не дал сколько-нибудь ощутительных результатов. Были сделаны попытки и более коренного излечения болезни, с каковой целью у больной было произведено в общей сложности за все время ее болезни 5 хирургических операций: 1) выскабливание матки, 2) удаление геморроидальных шишек, 3) удаление червеобразного отростка, 4) пришивание правой почки и 5) пробное чревосечение с целью осмотра желчных пузырей и солнечное сплетение сочувственной нервной системы. После каждой из этих операций боли в правой  $\frac{1}{2}$  живота и в правом подреберье исчезали совершенно на 2—3 дня, чтобы вслед затем возобновиться с еще большей силой; к тому же непосредственно после операций исчезавших болей в правой  $\frac{1}{2}$  живота и в правом подреберье, появлялись не менее жестокие боли в прямой кишке, которые повергали больную, ожидавшую от операции окончательного уничтожения болей, в полнейшее отчаяние. Больная—среднего роста, правильного сложения. Кожа смуглая, особенно на верхней части тела, т. е. на лице, на руках и на туловище; на ногах она более светлая. Видимая слизистая оболочка не претерпела изменений в окраске. Склеры слегка желтушны. Границы сердца в пределах нормы, звуки его чисты. Печень значительно увеличена, выстоит по сосковой линии пальца на 3 ниже края ребер, средней плотности; опухание ее болезненно, особенно в правой  $\frac{1}{2}$ , край ее довольно острый; поверхность гладкая. Селезенка также увеличена, ясно прощупывается, плотная; край ее острый. Общ почки, особенно правая опухшие. Живот несколько вздут. Пульс около 80, правильного ритма, среднего наполнения. Зрачки несколько сужены, особенно правый; на свет совершенно не реагируют, на приспособление же реагируют; имеется т. наз. парадоксальная реакция зрачков *Pilz-Westphal's*, состоящая в том, что при открывании всех зрачки, не смотря на влияние света, не только не суживаются, а, наоборот, расширяются; особенно заметно расширение на правом зрачке. Левая носогубная складка чуть-чуть сглажена. Глоточный рефлекс весьма ослаблен. Правая глазная щель немного уже левой. В общем, объективное исследование не дает никаких данных, которые бы могли объяснить характер страдания.

Физ. Поле зрения нормально. Рефлексы как мышечные и сухожильные, так и кожные без изменений. Имеется ослабление всех видов чувствительности в области обоих грудных желез, более обширное на правой. В коже правого подреберья и в правой  $\frac{1}{2}$  ери-и mesogastrii повышение болевой и понижение тактильной и температурной чувствительности. Из всего изложенного видно, какие трудности представляет собой для распознавания ее болезнь. Увеличение печени и селезенки можно объяснить бывшей у больной много лет подряд болотной лихорадкой, а опухание почек ослаблением брышного стенок. Но всеми этими изменениями внутренних органов никоим образом нельзя объяснить всей совокупности являющихся у больной болезненных явлений, в частности—стойких болей, начало которых относится в сущности к самому раннему детству. То обстоятельство, давшее, что при изменении постоянных болей в правой  $\frac{1}{2}$  живота и в правом подреберье сейчас же появляются как-бы зажимающие их боли непременно в прямой кишке, также не является с представлением о том, что постоянные боли в правой  $\frac{1}{2}$  живота и в правом подреберье зависят от изменений самих внутренних органов брюшной полости, как таковых. Представляется более чем вероятным, что в основе жестоких болей лежит расстройство нервной системы; во всяком случае если даже и предположить, что основой болезни служат какие-либо изменения в самом существе внутренних органов брюшной полости, т. е. в их паренхиме, в кровеносных сосудах, лимфатических пространствах или, наконец, в тех путях, по которым происходит в них секреты или экскреции специфических для каждого органа продуктов, то все же без изменений в тех нервах, которые заложены в данных органах, или в тех нервных центрах, с которыми данные нервы стоят в связи, никакие изменения во внутренних органах брюшной полости не могли бы вызвать тех болей, которыми страдает больная. Происхождение их, вероятно всего, можно объяснить поражением сочувственной нервной системы, которой по преимуществу и иннервируются органы брюшной полости. В пользу такого предположения говорят следующие изменения, найденные при исследовании больной: служение зрачков с отсутствием реакции их на свет, заведение глаз в глазницах, трофические изменения в коже и вид изменений ее окраски и, наконец, изменения чувствительности кожи, которые с достаточным степенем вероятности можно объяснить поражением спинного мозга в виду отсутствия других каких-либо данных в пользу спинномозгового страдания. (Вь передача докладчика).

*В. М. Керниц:* Лета 5 назад я уже имел случай видеть эту больную. Не могу теперь в точности припомнить, что я тогда у нее нашел; в настоящее же время определенно явления опущения печени. В пользу этого предположения говорят как отсутствие обычно наблюдаемого при опущении зуда сзади справа внизу, а также и тот факт, что по правой сосковой линии край печени выходит на 3 пальца аль-под реберной дуги. Кроме того, имеются указания, что боли развиваются после прыжка с высоты. Возможно, что имеется также и хронический перигепатит, который, в свою очередь, может вызывать боли. Мне пришлось наблюдать несколько случаев опущения печени; больные при этом заболели часто страдают периодическими болями в животе. Особенно запечатлелся в моей памяти случай, где опущенная печень была принята одним заграничным клиницистом за новообразование. Только врачу, пользовавшему раньше больную, удалось выяснить характер страдания.

*А. Д. Сапач Сапочинский:* Вследствие косоного положения опущенной печени в воротной вены могут произойти расстройства кровообращения, которые, в свою очередь, могут вызвать застой в селезеночной вене и в результате дать увеличение селезенки. В данном случае увеличение селезенки косвенно говорит как-бы в пользу предположения об опущении печени. Боли можно объяснить натяжением нервов в зависимости от опущения печени. Что сочувственная нервная система в данном случае поражена, об этом свидетельствует имеющееся у больной явное служение зрачков.

*А. Ф. Экхерт:* Для опущения печени характерно изменение силы боли в зависимости от положения тела; известно, что в лежащем положении боли обыкновенно ослабевают. Этому признаку у данной больной нет. Объективное исследование не дает данных, которыми можно было вполне объяснить боли, а потому, полагаю, последние могут быть признаками истерическими.

*Докладчик:* Явления, наблюдаемые у больной, одной истерией не объясняются. Имеющаяся на лицо картина припадков говорит в пользу поражения сочувственной нервной системы.

4. *пр. Г. Фейдлер:* Больная несколько раз обращалась к ко мне с просьбой—избавить ее при помощи операции от мучительных болей. Прежде чем высказаться определенно о ее состоянии, я направил ее к нейропатологу, а также справился у товарища, который делал ей операцию, относительно того, что он нашел при последнем пробном чревосечении. Выяснилось, что у больной во время операции ничего особенного не было найдено; явлений перигепатита, а также поражения желчных путей не обнаружено. О результатах исследования нервной системы нам только что было сообщено.



только в том смысле, что она подверглась целому ряду больших операций, а главным образом с точки зрения этиологии более в правой  $\frac{1}{2}$  живота без явных к тому причин. Из анамнеза известно, что у больной имела целый ряд условий, раздражавших нервную систему. Затянувшись у нее наблюдались послеродовый fluor albus и геморрой. От этих заболеваний больная избавилась при помощи операций. Так как боли в животе продолжались, то явилась, очевидно, мысль, что они исходят от червеобразного отростка. Червеобразный отросток был затят удален, боли же не прекратились. Старались объяснить их опущением почки. Печка была пришта, — боли продолжались. Тогда больной было произведено пробное чревосечение, которое (как мне известно со слов оператора) ничего особенного не выяснило. Сам же я увидел больную впервые на днях. Жалобы ее сводятся на боли в правой  $\frac{1}{2}$  живота, которая держится уже около 10 лет. Раньше она страдала болевой лихорадкой. За последнее время значительно похудела, а теперь имеет калектический вид; кожа местами с бронзоватым оттенком. Аппетит сохранен. Печень увеличена, плотна, болезненна; поверхность ее гладкая. Селезенка ясно прощупывается. Анализ мочи, произведенный повторно, кроме низкого уд. веса, ничего особенного не показывает. Эти немногочисленные данные дают некоторое основание предполагать у больной межоточный (интерстициальный) процесс в печени, селезенки, почках, а также, вероятно, и в надпочечниках. Это, так сказать, общий межоточный процесс, быть может, затронув и сочувственную нервную систему. Причиной, повлекшей за собой поражение, могла служить как болевая лихорадка, так и отравление из кишечника; указаний на сифилис не имеется. Подробное исследование обмена веществ у больной могло бы дать весьма ценные данные. Что касается истерии, то картина болезни ею одной не исчерпывается.

3. И. И. Греков. К казуистике сужений тонких кишок (с предвзвешением больных). 1) Полипы в прямой и толстой кишках у женщины, 53 л., страдавшей явлениями колита и сужения кишок. Полипы в значительном числе распространены были по толстым кишкам до Вагнеровой заслонки. Больная оперирована в 2 сеанса. В 1-ый сделана ileo-S-стомия с пуговкой Murphy и удален червеобразный отросток, сильно обезображенный и вызвавший сращения в малом тазу. Сращения эти и были причиной копростазов, способствовавших развитию катарра и полипов в толстых кишках. Во 2-ой прием через месяц удалены геморроидальные шишки и произведено систематическое выскабливание длинной острой ложкой, под контролем зеркала проф. Д. О. Отта (в 35 см. длины) полипов со всей доступной части слизистой оболочки толстой кишки. Больная значительно поправилась. Интересно, что после выположения толстых кишок явления катарра в них и число полипов в течение уже 1 месяца после операции значительно и резко уменьшились. Докладчик обращает на это внимание и считает, что в случаях, подобных приведенному, необходимо бороться с имеющимися катарром более коренными способами, а именно в форме выположения всего пораженного участка. Удаление полипов только из прямой кишки не обезпечивает от возврата и не устраняет причины катарра. 2) Бугорчатка подвздошной и слепой кишок, бугорчаточный перитонит, инфантилизм у девушки, 18 л., крайне истощенной, имевшей вид 11—12-летней и вставшей всего 52 ф. Опухоль, походившая на бугорчаточную опухоль подвижной почки, оказалась бугорчатково-перерожденной кишкой (конец подвздошной кишки, слепой и большей части восходящей ободочной). Пораженная кишка выключена с помощью т. наз. exclusio unilatensis, а именно конец подвздошной кишки перерезан, оба просвета зашиты наглухо, а приводящий конец ее соединен с пуговкой Murphy с серединой поперечной ободочной кишки. Операция производилась под эфирным наркозом. Больная поправилась и через 9 мес. встала уже 83 ф., т. е. прибыла в вес на 31 ф. Она имеет цветущий вид; тем не менее и теперь, не смотря на свои 19 лет, производит впечатление ребенка. Докладчик указывал на благотворность примененной им паллиативной операции, дающей шанс на успех даже у таких ослабленных больных. В виду того, что опухоль исчезла у больной не совсем, у нее предполагается вторичное изъятие выключенной кишки. 3) Множественные сифилитические сужения подвздошной кишки у женщины, 63 л., страдавшей поносами, чередовавшимися с явлениями непроходимости кишок. Приступы колики были очень сильны и наступали обыкновенно ночью. Кроме того, имелись все признаки сифилиса и резкое малокровие. При операции в подвздошной кишке оказалось 7 сужений на протяжении в 1—1,5 м., в расстоянии друг от друга на 10—40 см. Сужения — полукольцевидные, большею же частью кольцевидные — имели в ширину 0,5—1,5 см., были плотны на ощупь, и некоторые суживали кишку почти до потери просвета. Характер их воспалительно-рубцевый; располагались они, по видимому, в подсыровоточном и мышечном слоях кишки (указаний на язву в кишках не было). Брызжей вследствие значительного увеличения всех ее желез была превращена в неподатливую, плотную, бугристую пластинку. Имелась небольшая брюшная водянка. Распознавание колебалось между раком и бугорчаткой; в виду этого ограничили наложением соустья с пуговкой Murphy выше и ниже сужения (ileo-ileostomia). Больная поправилась. Вскоре у нее появились типичный гумозный перитонит левой большеберцовой кости, и тогда только стала очевидна истинная картина ее заболевания.

ских множественных сужений кишок. (В передаче докладчика).

Д. Р. Кревер: 3-ья из показанных больных долгое время находилась под моим наблюдением с явлениями хронического сужения кишок, при чем сифилитический характер поражения мною не был предположен. Больная страдала поносами; живот ее был равномерно болезнен; левая подвздошная область представлялась несколько более выпяченной, чем правая; при поглаживании брюшных покровов была замечена ясная перистальтика кишок, при чем содержимое переливалось то назад, то вперед; это переливание было слышно на расстоянии. Больной предложена была операция, которая и наружила множественные сужения в подвздошной кишке, при чем характер этих сужений выяснить не удалось. Вскоре однако у больной появилась гумма на нижней конечности, и тогда только выяснился характер поражения кишок. Я припоминаю еще один такой же случай множественного сужения тощей кишки, в котором операцию делал тоже докладчик; в этом случае характер сужения остался невыясненным.

Ч. пр. Г. Ф. Цейдлер: Множественные сужения тонких кишок бывают чаще бугорчаткового происхождения, между тем как сифилитическое поражение дает обыкновенно одиночное сужение.

Докладчик: По статистическим данным множественные сужения кишечника в 42% бывают бугорчатковыми и лишь в 17% сифилитическими; еще реже они развиваются на почве катарральных явлений кишечника. 2-ой случай, о котором только что упомянул Д. Р. Кревер, имеет, по всей вероятности, такое происхождение. Сифилитические сужения кишок характеризуются рубцевым стягиванием подслизистой ткани.

4. В. Д. Соколов. О лечении переломов голени по способу проф. Н. М. Волковича (с предвзвешением больных и Ресидентовских снимков). При применении повязки проф. Н. М. Волковича для лечения переломов голени на ходу переломы срастаются скоро, при чем предотвращаются неблагоприятные последствия долгого лежания в постели у пожилых больных и вообще избегается неподвижность голеностопного и коленного суставов. Тяжесть тела переносится на часть конечности, лежащую выше перелома, что достигается наложением картоногипсового стремени, основание которого лежит ниже подошвы пальца на 2, а ветви упираются в естественные выступы голени: головку малоберцовой и бугристость большеберцовой кости. Стремя накладывается в мокром состоянии, фиксируется же голень мягкими бинтами. По высыхании повязки (на следующий день) больной начинает ходить с палкой при переломах в средней  $\frac{1}{3}$  голени. Поверх мягких бинтов по средине голени добавляются гипсовые. Повязка получается не тяжелая, легко снимаемая, так что в случае надобности ее можно пользоваться, как съемно-неподвижной, для массажа. Всех проведенных случаев перелома голени в различных местах было 18. Если исключить 2 случая затянувшегося лечения вследствие особенностей больных, то средняя цифра для заживания перелома получается в 28 дней. (В передаче докладчика).

Ч. пр. Г. Ф. Цейдлер: При больничном лечении переломов голени, в противоположность амбулаторному, способу Н. М. Волковича каких-либо преимуществ иметь не может. Недостаток этого способа, на мой взгляд, заключается в том, что больные лишаются такой важной целебной силы, как массаж. По наблюдениям, произведенным у нас доктором Н. И. Гуревичем, лечение переломов массажем дает превосходные результаты. Не могу также не указать на одну неблагоприятную сторону способа проф. Волковича, а именно на то, что при нем опасность получить смещение костей очень большая. Общее впечатление таково, что этот способ в больничной практике особых преимуществ не представляет. Разумеется, дело обстоит совсем иначе при амбулаторном лечении переломов костей голени и тут пользу этого способа оспаривать нельзя.

И. И. Греков: Я не вполне согласен с доводами, приведенными Г. Ф. Цейдлером. В начале я критически отнесся к этому новому способу, но, убедившись в удобстве и простоте его, а также в том, что переломы срастаются быстро, сдался его сторонником. Разумеется, для случаев с большим смещением отломков и кровозлиянием способ проф. Волковича непригоден. Нельзя, однако, умолчать о том, что массаж не редко производится неудовлетворительно, а потому и результаты от него не всегда бывают вполне хорошие. При способе же проф. Волковича, мы не находимся в зависимости от таких случайностей.

Ч. пр. Г. Ф. Цейдлер: Этот довод нельзя относить к общему способу. В пользу применения массажа говорить то, что расстройства кровообращения при нем исчезают скорее и отравления конечностей восстанавливаются быстрее.

Докладчик: Способ проф. Волковича не исключает применения массажа; у некоторых из наших больных он и производился. В большинстве же случаев мы нарочно воздерживались от массажа, чтобы в точности изучить получаемые результаты.

Ч. пр. Г. Ф. Цейдлер: При больших смещениях отломков одновременное применение и массажа, и способа проф. Волковича должно представлять, на мой взгляд, очень большие затруднения.

голенн по способу *Krause*, гдѣ больные вслѣдъ за наложеніемъ повязки уже ходятъ, результаты получаются весьма удовлетворительные. По прошествіи 3—4-хъ недѣль обыкновенно получается хорошая костная мозоль. Передъ этимъ способомъ способъ проф. *Волковича* имѣетъ то преимущество, что его можно соединять съ примѣненіемъ ваннъ и массажа. Полагаю однако, что все-же эти способы не могутъ вытѣснить изъ практики лѣчение переломовъ массажемъ. Къ тому-же больные нѣрѣдко отказываются пользоваться больною конечностью вслѣдъ за наложеніемъ повязки.

*А. А. Александровъ* показалъ больного съ переломомъ голени въ *гипсовой ажурной повязкѣ*. Сущность послѣдней заключается въ томъ, что она накладывается безъ ваты, прямо на конечность, смазанную вазелиномъ, при чемъ для примѣненія массажа вырѣзываются большія окна. Будучи наложена по всѣмъ правиламъ, повязка эта оказывается имѣющей много преимуществъ предъ глухими повязками съ ватой (гипсовыя, крахмальные), а также и предъ приборомъ проф. *Н. М. Волковича*, при которомъ главнымъ образомъ обращается вниманіе на возможность ходить, массажъ же отходитъ на второй планъ. Въ ажурной повязкѣ больной начинаетъ ходить съ первыхъ-же дней и одновременно пользуется массажемъ. Наложившая въ 1-й же день перелома при самыхъ обширныхъ кровоизліяніяхъ, повязка эта, равномерно охватывая больную конечность, способствуетъ рассасыванію кровоизліянія, и болеутоляющее дѣйствіе ея не могутъ замѣнить ни ледъ, ни согревающей компрессъ. Срокъ больничнаго лѣченія подобнаго рода повязками значительно сокращается.

За позднѣмъ временемъ докладъ *Р. Р. Кинаста*—«Случай ущемленія кисти въ дивертикулу *Meskelii*» и представленія ч. пр. *А. Н. Соколова* 1) Случай аномалии сердца и 2) Непочечниковъ при *Addison'овой* болѣзни» были отложены до слѣдующаго засѣданія.

Предсѣдатель *А. Нечаевъ*.  
Секретари: *В. Штюлеръ*.  
*Г. Цейдлеръ* 2.

ХСV. Памяти *К. С. Иванова*.



Въ ночь съ 15-го на 16-ое октября въ *Marburg'a* а/Л. трагически покончилъ свои счеты съ жизнью командированный за границу Конференціей *В. Медицинской Академіи* для научнаго усовершенствованія д-ръ мед. *Константинъ Семеновичъ Ивановъ*. Внезапная кончина этого выдающагося, талантливаго, широко образованнаго, жизнерадостнаго и весьма симпатичнаго для всѣхъ знавшихъ его человѣка въ моментъ самой кипучей дѣятельности, при полномъ разцвѣтѣ силъ и, казалось, здоровья сильно поразила родныхъ, знакомыхъ и товарищей покойнаго. Хорошо зная покойнаго, я считаю своимъ долгомъ сказать объ этой безвременной угасшей вдали отъ родныхъ и друзей, такъ много обшавшей, жизни нѣсколько словъ.

*К. С.* родился въ Петербургѣ въ 1879 г. Съ первыхъ дней появления покойнаго на свѣтъ судьба для него была суровой мачихой: рахитъ и водянка мозга мало давали надеждъ на жизнеспособность ребенка. Едва успѣваемаго окрѣпнуть физически и поступившаго въ Петербургское 2-ое реальное училище, *К. С.* ждалъ новый ударъ: смерть отца, оставившаго семью безъ всякихъ средствъ. Воспитываясь, благодаря своимъ выдающимся способностямъ, въ реальномъ училищѣ на казенный счетъ, *К. С.* принужденъ былъ самъ быть матеріальной поддержкой матери и брату, бѣгая по урокамъ, дни и ночи просиживая за переводами, а на первыхъ курсахъ Академіи и за самостоятельными статьями для «Энциклопедическаго словаря сельскаго хозяйства» (по болѣзнямъ растений), конхъ написано имъ болѣе 20.

въ этомъ человѣкѣ безпредѣльной любви къ знанію, къ наукѣ... Окончивъ реальное училище и сдавъ весной 1897 г. дополнительные испытанія по латинскому и греческому языкамъ, *К. С.* въ томъ-же году поступилъ на 1-ый курсъ *В. Медицинской Академіи*. На первыхъ 2-хъ курсахъ Академіи *К. С.*, въ свободное отъ лекцій время, всею душою отдавался работѣ по ботаникѣ въ лабораторіи ботаническаго кабинета проф. *Н. П. Бородинъ*. Къ этому времени относятся его печатные труды: «О паразитныхъ грибахъ въ окрестностяхъ Петербурга лѣтомъ 1898 г.» («Труды Петербургскаго Общества естествоиспытателей», т. XXIX, вып. 1; сокращенно: *Die in Sommer 1898 bei Petersburg beobachteten Krankheiten. «Zeitschrift für Pflanzenkrankheiten», т. X, тетр. 2*) и «Картофельная болѣзнь въ окрестностяхъ Петербурга лѣтомъ 1898 г.» («Труды Петербургскаго Общества естествоиспытателей», т. XXX, вып. 1; тоже: «Ueber die Kartoffelbacteriosis in der Umgegend von St. Petersburg im Jahre 1898». *Zeitschrift für Pflanzenkrankheiten», т. X*). Съ 3-го курса *К. С.* перешелъ въ фармакологическую лабораторію проф. *Н. П. Краковъ*, гдѣ въ результатъ 2-лѣтней работы появился его трудъ: «Ueber die Zusammensetzung der Eiweissstoffe und Zellmembranen bei Bacterien und Pilzen» (Beiträge zur chemisch. Physiologie und Pathologie, 1902 г., т. I, тетр. 10—12). Лѣтомъ 1899 г. *К. С.* былъ командированъ ученымъ Комитетомъ Министерства земледѣлія и государственныхъ имуществъ и Обществомъ естествоиспытателей при Петербургскомъ Университетѣ въ Закавказье для изученія туземныхъ грибовъ. Результатомъ поѣздки явилась работа: «Phytopathologisches aus Transkaukasien» («Zeitschrift für Pflanzenkrankheiten», 1903 г., т. XIII, тетр. 4). Въ канicularное время, не смотря на крайне ограниченныя средства, онъ предпринялъ экскурсію въ Крымъ, на Кавказъ, на Новую Землю, Соловецкіе острова и отовсюду вывезъ богатый матеріалъ для своихъ будущихъ работъ. По окончаніи курса въ Академіи въ 1902 г. *К. С.* по конкурсу (первымъ по числу избирательныхъ шаровъ) былъ оставленъ при Академіи на 3 года для научнаго усовершенствованія (на казенный счетъ). Для занятій онъ избралъ лабораторію при кафедрѣ фармакологіи проф. *Н. П. Краковъ*. Экзамены на степень д-ра медицины имъ были сданы въ 1903—1904 г.г. За этотъ періодъ, помимо блестяще защищенной имъ диссертации на тему «Образованіе сахара въ изолированной печени», были напечатаны слѣдующія работы: 1) «Ueber Trichothecium roseum Link, als Ursache der Bitterfäule von Früchten». («Zeitschrift für Pflanzenkrankheiten», 1904 г., т. XIV, тетр. 1), 2) «Ueber die Wirkung einiger Metallsalze und einathomiger Alkohole auf die Entwicklung von Schimmelpilzen» («Centralblatt f. Bakteriologie», 1904 г., отд. II, т. XIII, № 5/7), 3) Обзоръ литературы по фармакологіи за 1903 г. («Извѣстія *В. Медицинской Академіи*», 1904 г., т. IX, № 4) и 4) «О дѣйствиіи солей никеля, кобальта и мѣди на изолированное сердце» («Русскій Врачъ», 1906 г., № 7). Къ этому-же времени относится поступленіе *К. С.* дѣйствительнымъ членомъ въ то-ко-что (въ 1902 г.) основанный Международный Союзъ ботаниковъ, при чемъ онъ сдѣлался сотрудникомъ журнала «Botanisches Centralblatt». Съ 1904 г. онъ состоялъ дѣйствительнымъ членомъ Петербургскаго Общества естествоиспытателей по отдѣлу ботаники.

Въ мартѣ 1906 г. *К. С.* былъ посланъ за границу. Казалось, заветная цѣль была достигнута. Впереди, послѣ длиннаго ряда усилій и лишеній, развернулось обширное поприще для самаго широкаго удовлетворенія той ненасытной любознательности, для приложенія той удивительной и продуктивной работоспособности, которыми отличался покойный, но рокъ судилъ иначе... Первымъ избраннымъ и, по волѣ судьбы, послѣднимъ мѣстомъ былъ фармацевтический Институтъ проф. *Ernst'a Schmid'a* въ *Marburg'a*. Одновременно работалъ онъ и у проф. *Rupp'a* и *Meyer'a*. По окончаніи работъ у этихъ профессоровъ, *К. С.* намѣревался ѣхать къ физіку проф. *Drude* (недавно застрѣльшемуся) и къ фармакологу проф. *Tappeiner'u* въ *München*. Въ *Marburg'a* былъ начатъ цѣлый рядъ работъ: по изученію газоваго анализа, по изоляціи алкалоидовъ, при чемъ краткая записка «Къ вопросу о полученіи кристаллизованнаго строфантина» была напечатана въ «Фармацевтическомъ Журналѣ» (1906 г., № 37) и работа «Объ алкогольномъ наркозѣ», окончательно разстроившая нервную систему *К. С.*, ибо большая часть опытовъ производилась имъ на самомъ себѣ. Кромѣ того, задуманъ и частью написанъ цѣльный трудъ, частью даже напечатанъ въ видѣ 2-хъ предварительныхъ замѣтокъ «Zur Physiologie und Physik des menschlichen Auges» («Centralblatt für Physiologie», т. XX, № 14) и «Ueber ein experimentelles Brocken-Gespenst» («Sitzungsberichte der Gesellschaft zur Beförderung der gesammten Naturwissenschaften zu Marburg», № 7, 1906 г., июль), рядъ работъ по вопросу «О теоріи свѣта», числомъ до 30, названій конхъ не привожу, такъ какъ на нихъ лежитъ явный отпечатокъ переутомившагося и больнаго мозга. Тяжелый недугъ незаметно подкрадывался, подтачивая его умственные силы, надорванные непомѣрными трудомъ. Какъ человѣкъ въ высшей степени наблюдательный, *К. С.* замѣчалъ, что его нервная система слишкомъ переутомлена, что съ нимъ происходитъ что-то неладное, но продолжалъ попрежнему лихорадочно работать дни и ночи, не смотря на уговоры и совѣты профессоровъ и товарищей. Въ концѣ концовъ—ясное сознаніе ужасной дѣятельности, подтвержденное случайно услышаннымъ расхолаживающимъ профессора-специалиста, и твердое рѣшеніе на логичный, хотя и трагическій, исходъ. Костенной рукой, въ полнотренированномъ, неутом-

последняя указание, и с перомъ въ рукахъ отошелъ въ вѣчность.

Заканчивая этотъ краткій и поверхностный очеркъ, я долженъ указать на одну выдающуюся черту характера покойнаго: на его готовность каждому, во всякій моментъ, помочь, чѣмъ только онъ могъ и былъ въ состояніи, и совѣты этого широко образованнаго, талантливаго, обладавшаго огромной памятью человѣка и замѣчательнаго лингвиста не пропадали даромъ. Маръ! праху твоему, дорогой товарищъ!

Е. Судзиловскій.

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФІЯ.

Н. Новомбергскій. *Колдовство въ Московской Руси XVII-го столѣтія (Матеріалы по исторіи медицины въ Россіи, т. III. ч. I). СПб. 1906. стр. XXXII+134.*

Какъ и многія другія сочиненія автора по исторіи медицины, настоящая книга составлена по официальнымъ документамъ, извлеченнымъ изъ различныхъ архивовъ. Перепечатка этихъ документовъ занимаетъ большую часть книги, обработка же и освѣщеніе ихъ дано въ предисловіи. Основной выводъ, какой дѣлаетъ авт. изъ своего изслѣдованія, заключается въ томъ, что Россія далеко не была чужда изувѣрскихъ процессовъ о колдовствѣ, какъ это принято думать. По мнѣнію нѣкоторыхъ историковъ культуры, процессы о вѣдмахъ и о вѣдствахъ являлись принадлежностью лишь передовыхъ странъ христіанскаго міра; задержанный же въ развитіи Востокъ Европы оставался свободнымъ отъ этихъ ужасовъ. Однако, и въ этомъ случаѣ, какъ и во многихъ другихъ, преимущества нашей самобытности оказываются фиктивными. На рядъ документовъ авт. доказываетъ, что въ XV—XVII столѣтіяхъ у насъ шли непрерывныя преслѣдованія вѣдмъ и колдуновъ, сопровождавшіяся повальнымъ сыскомъ, обисками, допросами съ пристрастіемъ, затѣмъ ужаснѣйшими пытками и, наконецъ, казнями. Процессы о колдовствѣ начинались какъ по требованію частныхъ лицъ, считавшихъ себя пострадавшими, такъ и по почину самого правительства, видѣвшаго въ колдовствѣ серьезную и дѣйствительную опасность для блага государства. Не слѣдуетъ однако съ излишнимъ высокомеріемъ относиться къ жестокости нашихъ предковъ. Мы ушли не далеко отъ нихъ. По этому поводу авт. справедливо говоритъ: «Безопасною жестокостью вѣсть отъ затронутаго нами времени; но, если возникнуть въ текущую дѣйствительность съ разстрѣлами сотенъ людей безъ суда и слѣдствія, то... предпочтеніе нужно отдать XVII-му столѣтію. Въ самомъ дѣлѣ, какимъ именемъ называть кровавые подвиги современныхъ карателей, если вспомнить, что въ 1647 г. воевода Григорій Семеновичъ Хитрово, имѣя подъ руками неисполненный указъ на имя своего предшественника о сожженіи мужика Терешки съ женой Агафьицей, не рѣшился сжечь людей и попросилъ новаго указа? Что можно сказать вообще о нашихъ дняхъ, когда мѣстными сатрапами отвергаются кассационныя жалобы и ходатайства о Высочайшемъ смягченіи участи осужденныхъ къ смертной казни даже не доводятся до государя, между тѣмъ какъ въ 1668 г. Алексѣю Михайловичу подана была челобитная на то, что женщина «безъ государева указу и безъ розыску пытана?»

Если сами матеріалы, приводимые въ книгѣ Н. Новомбергскаго, представляютъ въ извѣстной степени спеціальныя интересы, то предисловіе автора, заключающее ихъ обработку, прочтется съ интересомъ всякимъ образованнымъ человѣкомъ.

Н. Видорчикъ.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ

ССXLV. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Въ августѣ 1902 г. въ «Одесскихъ Новостяхъ» появилась статья подъ заглавіемъ «Въ городѣ Елизаветградѣ (Провинціальныя картинки)», въ которой приводятся факты и приписываются мнѣ дѣйствія, поворяція меня, какъ человѣка, врача и общественнаго дѣятеля. Выдержки изъ этой статьи были перепечатаны въ медицинскихъ газетахъ, въ томъ числѣ и въ «Русскомъ Врачѣ». Авторомъ статьи, подписанной псевдонимомъ «Иже Люди», оказался Елизаветградскій корреспондентъ «Одесскихъ Новостей» Исаакъ Линцеръ, котораго я привлекаю къ уголовной отвѣтственности за клевету.

Елизаветградскій окружный Судъ, разобравъ дѣло въ мартѣ 1904 г., приговорилъ г. Линцера къ тюремному заключенію, но послѣдній на это рѣшеніе подалъ апелляціонную жалобу, и 18-го сего ноября дѣло вновь разбиралось выѣздной сессіей Одесской судебной Палаты. Результатъ вторичнаго разбирательства дѣла изложенъ въ нижеслѣдующей вырѣзкѣ изъ «Новостей Провинціи» (№ 54 отъ 19-го ноября 1906 г.), издаваемыхъ въ Елизаветградѣ: «Судебная Палата послѣ короткаго совѣщанія признала Линцера виновнымъ въ клеветѣ, назначивъ ему 2-хъ года тюремнаго заключенія».

Судъ, т. е. 4 мѣсяца тюремнаго заключенія, но за силой манифеста, уменьшающаго наказаніе на  $\frac{1}{3}$ ,—срокъ тюремнаго заключенія уменьшенъ до 2 мѣс. и 20 дней».

Всѣ газеты и журналы, помѣстившіе выдержки изъ вышеупомянутой статьи «Одесскихъ Новостей», покорнѣйше прошу напечатать и настоящее мое письмо.

Старшій врачъ Елизаветградской городской больницы

И. Симоновичъ.

Елизаветградъ. 22-го ноября 1906 г.

ССXLVI. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Въ № 20 «Русскаго Врача» было помѣщено мое письмо съ изложеніемъ исторіи моего устраненія отъ должности лаборанта Петербургскаго родовспомогательнаго заведенія, замѣщенной во время моего пребыванія на театрѣ военныхъ дѣйствій другимъ врачомъ, и моихъ тщетныхъ усилій добиться восстановленія въ правахъ, разбившихся о несокрушимую твердыню совѣстительства въ одномъ лицѣ должностей директора Родовспомогательнаго заведенія и инспектора медицинскихъ учреждений въ домства Императрицы Маріи. Поданная въ это вѣдомство жалоба на директора была препровождена для дачи заключенія инспектору и, понятно, имъ отклонена: въ самомъ дѣлѣ, у кого же хватило-бы гражданскаго мужества вынести себѣ обвинительный приговоръ, если бы ему выпала рѣдкая доля быть судьей надъ самимъ собою?...

Письмо заканчивалось предложеніемъ обращеннымъ къ г. директору Родовспомогательнаго заведенія «на страницѣхъ вѣщальной печати указать истинныя причины принятаго по отношенію ко мнѣ образа дѣйствія». Съ тѣхъ поръ прошло 6 мѣс...  $\frac{1}{2}$  года я терпѣливо ждалъ отвѣта, но отвѣта до сихъ поръ не послѣдовало; очевидно, его и не будетъ.

Не находя другого объясненія столь продолжительнаго уклоненія отъ всякаго отвѣта на ясно поставленный вопросъ, я вынужденъ предположить одно изъ 2-хъ: либо 1) соображенія, по которымъ состоялось мое увольненіе, такого свойства, что передать ихъ гласности г. директоръ находитъ для себя неудобнымъ,—и тогда, конечно, никакимъ настояніямъ съ моей стороны не суждено увѣнчаться успѣхомъ; либо 2) г. директоръ считаетъ несомнѣннымъ со своими взглядами на задачи печати воспользоваться для требуемаго разъясненія какимъ-либо печатнымъ органомъ,—и въ такомъ случаѣ я жду отъ него указанія другого, болѣе подходящаго, способа для разъясненія дѣла. Если же такого указанія не послѣдуетъ, то это послужитъ явнымъ подтвержденіемъ справедливости перваго изъ допущенныхъ мною предположеній.

Е. Талъ.

Петербургъ. 21-го ноября 1906 г.

ССXLVII. М. Г.! Въ № 40 «Русскаго Врача» было помѣщено письмо г. А. Теръ-Григорянца по поводу коллекціоннаго ухода медицинскаго персонала изъ Александропольской городской лѣчебницы.

Не считая возможнымъ детально разбирать сообщеніе г. Теръ-Григорянца, считаю необходимымъ, дабы правильно освѣтить вопросъ, такъ или иначе попавшій въ печать, просить Васъ не откажать напечатать это мое письмо вмѣстѣ съ прилагаемыми въ копіи революціямъ Совѣщанія мѣстныхъ врачей и провинзоровъ по этому дѣлу.

И. Тирановъ.

Александрополь. 7-го ноября 1906 г.

Резолюція Совѣщанія мѣстныхъ врачей и провинзоровъ по поводу конфликта между Александропольской городской Управой и врачомъ А. Теръ-Григорянцемъ.

а) Имѣла-ли основаніе Управа, развѣсивъ мѣсячный отпускъ г-жѣ Тимофѣевой, отказать ей въ содержаніи за время отпуска? 10 голосовъ—Да, имѣла. 4 голоса—Нѣтъ, не имѣла.

б) На основаніи предъявленнаго матеріала объ отношеніи Управы къ лѣчебницѣ и къ завѣдующему врачу,—имѣла-ли врачъ Теръ-Григорянецъ данныя отказать отъ должности врача и въ такой рѣзкой формѣ? 13 голосовъ—Не имѣлъ данныхъ. 1 голосъ—Да, имѣлъ.

в) Принимая во вниманіе, что врачъ Теръ-Григорянецъ въ своихъ дѣйствіяхъ по отношенію къ Управѣ руководился исключительно искреннимъ желаніемъ погасить вновь открытую и еще не устроенную лѣчебницу на должную высоту, собравшіеся товарищи находятъ очень много смягчающихъ вину обстоятельствъ. Весь конфликтъ съ городской Управой обусловленъ горячностью его темперамента. Резолюція эта принята единогласно.

Съ подлиннымъ вѣрно И. Тирановъ.

ССXLVIII. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующему моему письму, въ которомъ я излагаю фактъ, глубоко меня возмущившій.

Съ 3-го августа этого года я лежу въ Марининской больницѣ. Когда меня принесли сюда, дневной палатной сестрой была у насъ сестра Т. Всѣ больные любили ее за внимательное и ласковое обращеніе. Однажды въ концѣ сентября входитъ ко мнѣ Т. съ выраженіемъ муки на лицѣ. «Что съ Вами?» спрашиваю я ее. «Болитъ безумно подъ ложкой; все горитъ до самаго горла». Я спускаюсь къ ней, беру ее за руку, и вижу, что она

дальнего молока, предложила ей выпить несколько глотков, и ей стало легче. Съ тѣхъ поръ она часто забѣгала ко мнѣ. Такъ прошла недѣля. Сестрѣ дѣлалось все хуже, а за эту недѣлю ей пришлось дежурить у насъ 2 тяжелыхъ, бессонныхъ ночи съ массой слабыхъ оперированныхъ больныхъ. Наконецъ, ее отправили въ Георгіевскую Общину. Тамъ ее положили въ баракъ, а болѣзнь опредѣлили — авія желудка. Мѣсяцъ пролежала она въ лечебницѣ, а затѣмъ пошла въ свою Общину. Но начальница объявила ей, что Общинѣ больныхъ сестеръ совсѣмъ не нужно и что она можетъ отправляться на всѣ четыре стороны.

Не возмутительны-ли это факты? Значитъ, принципы Общины: сестра есть доходная статья, машина; испортилась машина, стерлись отъ работы нѣкоторыя части, ее даже не считаютъ нужнымъ отдать въ починку, а просто равнодушно выбрасываютъ за негодностью вонъ и берутъ новую. А казалося-бы, Община должна быть роднымъ домомъ для сестеръ. Устала-ли сестра, захворала-ли, устарѣла-ли настолько, что не въ силахъ больше работать, она возвращается въ родной свой домъ, и въ немъ находятъ себѣ пріютъ до конца дней своихъ.

Т. пріѣхала изъ Вологодской губ. Отъ Вологды ей нужно ѣхать на лошадахъ 250 в. Дорога стоитъ денегъ, а у ней въ карманѣ 1 р.

Сестрѣ Т. былъ брошенъ упрекъ, что она больная, должно быть, и пришла уже въ Общину, упрекъ, до крайности грубый и безсердечный, тѣмъ болѣе, что Община при пріемѣ сестеръ подвергаетъ ихъ медицинскому осмотру.

Возмущенная всѣмъ этимъ до глубины души, я обращаюсь къ врачамъ съ такой просьбой: станьте Вы на явиту Вашихъ помощницъ! Откавъ Т.—не единственный фактъ въ скорбномъ пути сестеръ милосердія. Я, больной человекъ, 4-ый разъ лежу въ больницахъ Москвы и Петербурга и хорошо знаю, какъ сестеръ заслуженныхъ, съ крестами на груди, выгоняютъ безъ гроша денегъ изъ Общины за то только, что онѣ на бессонныхъ ночахъ и трудной работѣ износили свои силы и не могутъ уже приносить дохода Общинѣ. На Васъ однихъ ихъ надежда. Въ то время, когда на Руси считаются всѣ устои нравственности, Вы одни остаетесь на высотѣ своего назначенія и продолжаете проводить въ жизни принципы справедливости и милосердія<sup>1)</sup>.

А. Шенинова.

Петербургъ. 12-го ноября 1906 г.

ССХLIX. М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующее мое Открытое письмо директору Карамзинской колоніи В. А. Романову и д-ру А. С. Шоломовичу.

Интересы Карамзинской колоніи, подвергнутой рѣзкой и, можетъ быть, мало обоснованной критикѣ въ мѣстной печати («Симбирскіе Вѣстакъ»), интересы товарищей, поступающихъ на службу въ Симбирское губернское Земство, и мое собственное положеніе, какъ преемника ординатора, уволеннаго Управой по предложенію директора колоніи, заставляютъ меня обратиться къ Вамъ съ просьбой посѣлшить практическимъ осуществленіемъ разбора происшедшаго между Вами инцидента въ какомъ-либо Обществѣ врачей. Съ одной стороны, увольненіе врача врачомъ-же, можетъ быть, и возможное при исключительныхъ обстоятельствахъ, должно быть обсуждено представителями врачебной корпораціи; какъ фактъ, не лишенный значенія съ врачебно-этической точки зрѣнія. Съ другой стороны, разсѣлованіе сложныхъ и запутанныхъ частныхъ инцидентовъ прольетъ свѣтъ на положительные и отрицательные стороны единоличнаго управленія больными—вопросъ громадной важности въ развитіи больничнаго дѣла въ Россіи, въ успѣхахъ котораго заинтересованы и Вы, и всякій врачъ-практикъ, служащій въ больницахъ. По моему мнѣнію, если отвѣчаться отъ обильныхъ наслоевъ личнаго характера, осью инцидента, несомнѣнно, явится борьба 2-хъ началъ: единоличности и автономности, наблюдающаяся въ переживаемое время не только въ стѣнахъ больничныхъ учрежденій, но и на всемъ широкое пространство Россіи. Не замалчиваніе подобнаго рода случаевъ больничной жизни, а безпристрастный разборъ ихъ во врачебныхъ Обществахъ съ широкой оглаской постановленій предохранитъ больницы отъ характерныхъ для нашей эпохи всплесковъ и потрясеній (Сабурова дача, больница Николая Чудотворца), укажетъ среднюю равнодѣйствующую между 2-мя противоположными теченіями и направитъ больничную жизнь въ такую пристань мирной эволюціи, столь желательную въ цѣляхъ, преслѣдуемыхъ больничными учрежденіями.

Написать это открытое письмо, помимо всего вышесказаннаго, побуждалъ меня и мнѣнія отдѣльных лицъ врачебной корпораціи о необходимости нравственнаго бойкота мѣста ординатора въ Карамзинской колоніи. Считаю въ данномъ случаѣ и съ мнѣніемъ отдѣльных лицъ, я заявляю о полной своей готовности подчиниться рѣшенію врачебнаго Общества, которое,

<sup>1)</sup> Охотно помѣщаемъ это письмо, продиктованное, несомнѣнно, очень добрымъ сердцемъ. На затрогиваемый въ немъ вопросъ, дѣйствительно, пора обратить самое серьезное вниманіе. Пора, наконецъ, высказать, въ какой-же мѣрѣ основная рабочая сила Общинъ—сестры—принимаетъ участіе въ матеріальныхъ выгодахъ этихъ «благотворительныхъ» учрежденій, вѣрждо воедвигающихъ для своихъ нуждъ цѣлые дворцы? Нельзя-же, въ самомъ дѣлѣ благотворить не только за чужой счетъ (ж.-дорожный сборъ), но и за чужой трудъ.—Ред.

разобравшись въ подробностяхъ Вашего инцидента, установить то или другое отношеніе къ занимаемому мною мѣсту.

Е. Романовскій.

Симбирская Карамзинская колонія. 23-го ноября 1906 г.

ССL. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

По поводу письма, помѣщеннаго въ № 31 «Русскаго Врача» за подписью части Астраханскихъ врачей (къ сожалѣнію, письмо это стало мнѣ извѣстно уже много спустя послѣ его появленія вследствие того, что, по особымъ условіямъ жизни послѣднего времени, а не имѣлъ возможности читать «Русскаго Врача») считаю долгомъ заявить печатно, что оно совершенно не отражаетъ истинѣ и по существу исключительно на личныхъ интересахъ однихъ изъ подписавшихъ его и на необдуманномъ и легкомъ отношеніи другикъ.

Фактическая сторона дѣла такова. Покидая въ апрѣлѣ с. г. (вслѣдствіе увольненія меня по распоряженію Министерства внутреннихъ дѣлъ изъ-за политическихъ мотивовъ) должность заведующаго Астраханской бактериологической лабораторіей этого Министерства, я вошелъ съ письменнымъ заявленіемъ въ Астраханскую городскую Управу объ оставленіи за мной заведыванія устроенной лично мною при лабораторіи на городской средства Pasteur'овской станціи. Эта станція со дня ее открытія все время находилась въ моемъ заведываніи: я получалъ кредиты на содержаніе ея изъ Управы и отчитывался въ нихъ, я устроилъ въ ней порядкомъ веденія прививокъ и я же обучалъ персоналъ, начиная со служителей и кончая врачами—многими помощниками, которымъ я и поручалъ, за время моего отсутствія изъ Астрахани по командировкамъ, веденіе прививокъ; въ остальное время я велъ ихъ самъ. Въ своемъ заявленіи въ Управу я говорилъ, между прочимъ, о возможности въ будущемъ совмѣщенія заведыванія станціей съ нѣмощей открытій должностью провектора при городской больницѣ (но никакъ не съ должностью заведующаго городской санитарной лабораторіей, каковую въ то время занимала ж.-в.р. Холевинская). Управа согласилась съ моимъ предложеніемъ—оставить за мной заведываніе Pasteur'овской станціей, и я, уважая изъ Астрахани, передалъ отъ себя и съ вѣдома Управы временно веденіе прививокъ д-ру Б. Л. Халбишкосу, выражавшему товарищескую готовность замѣнить меня. Черезъ 1½ мѣсяца по выѣздѣ изъ Астрахани, а именно въ концѣ мая, будучи въ Петербургѣ, я получилъ отъ городской Управы телеграмму слѣдующаго содержанія: «Телеграфируйте городскому голове, когда пріѣдете (въ) Астрахань, примете-ли заведываніе городской лабораторіей вмѣстѣ (съ) бактериологической станціей? Преимущество (на) вашей сторонѣ». Получивъ такую телеграмму совершенно неожиданно и лишь догадываясь, что здѣсь идетъ рѣчь о Pasteur'овской станціи и санитарной лабораторіи, я послѣ нѣкотораго колебанія далъ по телеграфу-же отвѣтъ: «Принципиально согласенъ». Такимъ отвѣтомъ—въ виду совершенной невѣдѣнности для меня условій, на какихъ я приглашенъ городскимъ головой, я старался сохранить за собой право на свободу дѣйствій въ конкретномъ случаѣ. Спустя нѣкоторое время, не получая никакихъ дальнѣйшихъ свѣдѣній отъ Управы и предполагая выѣхать изъ Петербурга, я телеграфировалъ городскому голове—нуженъ-ли въ данное время мой пріѣздъ въ Астрахань? на что я получилъ отъ него (28-го мая) слѣдующій отвѣтъ: «Отвѣчу по разрѣшенію вопроса Думой. Вскорѣ доложу». Больше я ничего не посылая по этому поводу въ городскую Управу и ничего не получая и отсюда. Этимъ и исчерпываются всѣ мои переговоры съ городскимъ головой и все мое участіе въ вопросѣ о приглашеніи меня. Такова фактическая сторона дѣла: полагаю, что при сколько-нибудь безпристрастномъ взглядѣ на вещи въ ней трудно усмотрѣть какія-либо «домогательства» съ моей стороны или что-либо подобное.

Я не считаю возможнымъ входить здѣсь въ подробный анализъ сложнаго вопроса, хотя и представляющаго нѣкоторый общественный и врачебно-бытовой интересъ,—вопросъ о внутреннихъ пружинахъ, вызвавшихъ указанное письмо Астраханскихъ врачей; и повторю въ заключеніе лишь то, что считалъ выше: письмо это построено на личныхъ корыстныхъ цѣляхъ однихъ и на легкомъ, необдуманномъ отношеніи другикъ.

Въ виду, однако, извѣстнаго общественнаго интереса, представляемаго нѣкоторыми современными врачебно-бытовыми отношеніями, оказавшимися въ настоящемъ дѣлѣ и заслуживающими, по моему мнѣнію, общественнаго вниманія, а также въ виду того, что указанное письмо при его фактической голословности расчитано, очевидно, на импонирующую силу массы подписей, которой я не могу противопоставить свою единичную подпись, хотя-бы и подъ чисто фактическими данными—я вижу себя вынужденнымъ привлечь всѣхъ подписавшихъ письмо врачей къ судебной ответственности за клевету, каковой съ юридической стороны является указанное письмо Астраханскихъ врачей.

С. Константиновъ.

Москва. 19-го ноября 1906 г.

ССLII. М. Г.! Позвольте чрезъ посредство «Русскаго Врача» оповѣстить страдающихъ бугорчаткою больныхъ, а также и врачей, посылающихъ таковыхъ въ здравницы, о тѣхъ порядкахъ, какіе существуютъ въ санаторіи «Халила» въ Финляндіи. Думаю, что это имѣетъ и нѣкоторое общественное значеніе, ибо еще лишній разъ указываетъ на непригодность бюрократическаго строя при веденіи больничнаго дѣла.

Санаторіи «Халила» существуютъ въ Финляндіи, считавшейся



нѣкоторыми образцовою, вовсе не представляет изъ себя такого рая для больныхъ, какъ это можно думать на основаніи ихъ отчетовъ.

Санаторія «Халила», имѣющая бюджетъ отъ 150000 до 180000 р. въ годъ, представляетъ изъ себя большое помѣщеніе съ 3-мя зданіями для больныхъ и рядомъ зданій для служащихъ и администраціи \*); въ послѣднее время въ ней воздвигаются еще новыя постройки для администраціи. Главный врачъ санаторіи д-ръ Габриловичъ, всецѣло поглощенный постройками, не интересуется, повидимому, бытомъ находящихся здѣсь больныхъ, а быть этотъ сталъ значительно ухудшаться.

Я не стану останавливаться на всѣхъ недостаткахъ; для этого, можетъ быть, мнѣ представится и другой случай. Обращу здѣсь вниманіе главнымъ образомъ на пищу и административный произволъ.

Хорошая пища, какъ извѣстно, представляетъ одно изъ необходимыхъ условій успѣшнаго лѣченія бугорчатки въ здравницахъ; извѣстно также, что, чѣмъ больше больныхъ, тѣмъ лучше можно ихъ и кормить при соответствующемъ увеличеніи ассигновки. Въ «Халилѣ» число больныхъ въ мужскомъ отдѣленіи съ 30 чел. увеличено почти до 50; пужно было, слѣд., ожидать, если ужъ не улучшеннаго стола, то, по крайней мѣрѣ, такого-же; но больные, живущіе здѣсь долго, передаютъ, что столъ сталъ портиться на ихъ глазахъ; что раньше онъ былъ и разнообразнѣе, и обильнѣе, а, главное, свѣжій; въ настоящее-же время, не говоря уже объ урѣзываніи его, объ отсутствіи разнообразія, сплошь и рядомъ онъ бываетъ и недоброкачественнымъ, что могу засвидѣтельствовать и я; сплошь и рядомъ ветчина, рыба, дичь, колбасы подаются далеко не свѣжія; яйца, выписывавшіяся раньше всѣмъ больнымъ, въ послѣднее время стали давать только нѣкоторымъ, по выпискѣ врача, по 2 яйца въ день; и  $\frac{1}{2}$  этихъ яицъ выдѣлялась больнымъ, такъ какъ они были тузлыя; супы и бульоны стали жиже и безвкуснѣе; фрукты, подаваемые въ видѣ компота, сплошь и рядомъ были гнилыя.

О недостаткахъ стола больные нѣсколько разъ заявляли главному врачу, который выслушивалъ ихъ, находилъ предъявляемыя ему требованія в. скромными, обѣщалъ сдѣлать все, что въ его силахъ, и... удовольнѣя экономомъ, который долженъ былъ умѣть изъ дурного матеріала, выдаваемого имъ смотрительницей зданій, приготовить хорошую пищу! Результатомъ этихъ-же бесѣдъ больныхъ съ главнымъ врачомъ, д-ромъ Габриловичемъ, было и то, что онъ заимѣлъ вступавшихъ съ нимъ чаще другихъ въ переговоры, а на другой день послѣ послѣдняго разговора на наружной стѣнѣ его кабинета появилось объявленіе, что такіе-то предназначаются къ выпискѣ тогда-то, хотя состояніе ихъ здоровья далеко не было такимъ, чтобы можно было ихъ выписывать; такимъ образомъ въ число предназначенныхъ къ выпискѣ попало большинство вступавшихъ съ нимъ въ переговоры. Всѣмъ, а также и мнѣ, это рѣзко бросилось въ глаза; но будемъ думать что это—простое совпаденіе. Если-же это не совпаденіе, то такое дѣяніе д-ра Габриловича носить названіе административнаго произвола. И, дѣйствительно, произволъ д-ра Габриловича виситъ надъ всѣми больными здравницы, какъ Дамокловъ мечъ, заставляетъ многихъ изъ нихъ молчать и терпѣть, особенно бесплатныхъ: онъ имѣетъ право въ 24 часа выписать больного изъ санаторіи, въ какомъ-бы положеніи онъ ни былъ, примѣръ чего и произвошелъ 22/х с. г. Больной, бывший на примѣтѣ у д-ра Габриловича (можетъ быть, опять совпаденіе?), былъ выписанъ въ 24 часа д-ромъ *Всесоюзскимъ* за то, что во время обѣда, въ раздраженіи на прислугу, не подавшую ему ножа, стукнулъ по столу, всталъ и самъ пошелъ за ножомъ. Произведенный имъ шумъ былъ такой незначительный, что рѣшительно никто не обратилъ на него вниманія, за исключеніемъ д-ра *Всесоюзскаго*, сидѣвшаго почти въ противоположномъ концѣ длиннаго стола. Послѣ обѣда д-ръ *Всесоюзскій* повалъ больного въ кабинетъ и грубымъ тономъ заявилъ ему, чтобы онъ завтра уѣзжалъ изъ санаторіи, такъ какъ онъ не умѣетъ вести себя за столомъ. Д-ръ Габриловичъ санкціонировалъ подобную выписку. Такое отношеніе врача къ больному возмущало меня, и я за ужиномъ въ присутствіи этого врача называлъ его поступокъ возмутительнымъ, за что на другой-же день былъ выписанъ главнымъ врачомъ! По поводу выписки вышеупомянутаго больного, всѣми больными была послана главноуправляющему вѣдомствомъ Императрицы Маріи телеграмма съ просьбой разслѣдовать дѣло. Черезъ нѣсколько дней былъ присланъ юристъ-консулъ вѣдомства, которому и былъ изложенъ инцидентъ, а кстати указано и на неурядицы въ столѣ. Онъ уѣхалъ, и съ тѣхъ поръ никакихъ результатовъ мы не видали; дѣло, повидимому, застряло въ канцелярскихъ дебряхъ.

Теперь я буду говорить только о себѣ, о той «травлѣ», которой я подвергся со стороны д-ра Габриловича и которой можетъ подвергнуться отъ него всякій другой больной въ здравницѣ. Черезъ нѣсколько дней послѣ вышеописаннаго инцидента я переѣхалъ въ казенныя номера, чтобы подыскать себѣ гдѣ-либо въ этой мѣстности комнату и продолжать лѣчиться уже въ частномъ пансіонѣ. На 3-й день прислуга номеровъ говоритъ мнѣ, что д-ръ Габриловичъ велѣлъ мнѣ выѣхать въ 11 час.

\*) Позволю себѣ привести годовые оклады, получаемые высшей администраціей: главный врачъ 6000 р., старшій ассистентъ 3000 р., младшій 2500 р., заведующій лабораторіей 1200 р.; всѣ имѣютъ квартиры, отопленіе и освѣщеніе казенныя; смотрительница зданій получаетъ 1920 р. при квартирѣ, отопленіи и освѣщеніи казенномъ, а экономка и казеннымъ столомъ.

дня. Я пошелъ къ нему объясниться, но, не дойдя еще до него, узналъ отъ швейцара, что д-ръ Габриловичъ не велѣлъ пускать меня въ гостинную и что мнѣ придется подождать его въ прихожей. Я потребовалъ вызвать ко мнѣ д-ра Лебедева (младшій ассистентъ), который явился и сказалъ, что такое правило существуетъ, но въ послѣднее время оно не исполнялось, а что теперь его будутъ исполнять, такъ что первымъ, на комъ стали его исполнять, оказался я (какое совпаденіе?!). Дѣло, однако, въ томъ, что такого правила нигдѣ въ инструкціи и не существовало и примѣнено оно было лишь ко мнѣ одному, ибо другихъ посетителей въ тотъ-же день выпускали совершенно свободно. Какъ-бы то ни было, но д-ръ Лебедевъ «разрѣшилъ» мнѣ ждать въ гостинной. Когда явился д-ръ Габриловичъ, то въ разговорѣ со мной по поводу высылки изъ номеровъ онъ заявилъ, что распоряженія выѣзжать мнѣ въ 11 час. онъ не давалъ, а сказалъ только, чтобы я выѣхалъ въ этотъ-же день, что онъ имѣетъ право выслать меня изъ номеровъ, такъ какъ онъ—хозяйинъ дома, и что ему нѣтъ никакого дѣла до того, что мнѣ, больному, придется быть на улицѣ, пока я не найду себѣ помѣщенія. Была даже пущена въ ходъ угроза, что онъ выслетъ меня черезъ полицію (другимъ-же можно было жить въ номерахъ и по 2 недѣли). По поводу-же непусканія меня въ гостинную онъ заявилъ, что, кромѣ писанной инструкціи, существуютъ и не писанныя, которыми онъ и руководится. Дня черезъ 2 я пришелъ въ санаторію навѣстить знакомыхъ больныхъ въ 4 час. дня, въ пріемные часы. Швейцаръ при свидѣтелствѣ заявилъ мнѣ, что д-ръ Габриловичъ приказалъ ему не пускать меня въ санаторію, а когда я, удивившись столь беззаконному приказанію, переспросилъ его, онъ подтвердилъ это. Опять мнѣ, къ моему сожалѣнію, пришлось идти объясняться съ г. Габриловичемъ, и онъ сталъ отрицать такое распоряженіе.

Того, что я говорилъ о режимѣ санаторіи и произволѣ д-ра Габриловича, достаточно, мнѣ кажется, для того, чтобы судить, какова здѣсь атмосфера, охватывающая больныхъ, а, вѣдь, это—только то, что мнѣ пришлось замѣтить и испытать на себѣ въ продолженіе только мѣсячнаго пребыванія; а сколько фактовъ остается неизвѣстными вслѣдствіе того, что больные не хотятъ «заводить исторіи», что имъ «здоровье и покой дороже всего».

Если бы г. Габриловичъ вздумалъ писать мнѣ возраженія, то да будетъ ему вѣдомо, что мнѣ вовсе не желательно поступать съ нимъ въ газетную полеміку. Я предлагаю ему лучше вызвать меня къ третьейскому Суду.

Врачъ Сокольнической городской больницы въ Москвѣ  
Евгеній Доброзраковъ.

ССЛII. М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующее мое письмо

Въ Таганрогскомъ Вѣстникѣ появилось письмо д-ровъ Ф. С. Грабоваго и К. Н. Никитина, призывающихъ меня къ Суду чести. Такъ какъ въ этомъ письмѣ сказано, что оно препровождается и въ «Русскій Врачъ», то передавать его содержанія я не буду, такъ какъ, по всей вѣроятности, оно уже будетъ напечатано, когда Вы получите это письмо <sup>1)</sup>. Нисколько не колеблясь принять вызовъ, сдѣланный гг. Грабоваго и Никитинамъ, я, тѣмъ не менѣе, не могу не высказать своего недоумѣнія по поводу того, при какихъ обстоятельствахъ мнѣ приходится принять этотъ вызовъ. Послѣ постановленія Думы 20-го сентября сего года д-ръ Никитинъ обратился по поводу этого постановленія съ 3-мя жалобами одновременно: одной—къ войсковому наказанному атаману, гдѣ просилъ постановленіе Думы отмѣнить, а меня отдать подъ судъ (жалоба эта еще не рассмотрѣна); другой личной—къ областному врачебному инспектору, вызвавшей, пока, частное письмо г. инспектора ко мнѣ съ напоминаніемъ о 13 ст. Устава Врачебнаго, и третьей—во 2-ое Таганрогское Общество врачей. Содержаніе послѣдней жалобы мнѣ неизвѣстно, результатомъ-же обсужденія ея было письмо, перепечатанное въ № 42 «Русскаго Врача» (стр. 1324), которое заканчивалось слѣдующимъ пунктомъ (4) «Подробно мотивированную резолюцію для напечатанія въ медицинской прессѣ Общество выработаетъ въ одномъ изъ ближайшихъ засѣданій», а также письмо, адресованное Обществомъ мнѣ, слѣдующаго содержанія: «Его В—дію врачу П. О. Горданову. Общество врачей г. Таганрога и Таганрогскаго округа въ засѣданіи своемъ 7-го октября сего года, обсудивъ заявленіе членовъ Общества Ф. С. Грабоваго и К. Н. Никитина о некорректномъ отношеніи Вашемъ, какъ врача, къ нимъ въ засѣданіи Таганрогской городской Думы 20-го сентября с. г., постановило извѣстить Васъ, М. Г., объ этомъ и вмѣстѣ съ тѣмъ просить, не найдете-ли Вы возможнымъ дать объясненія по этому предмету въ засѣданіи Общества, имѣющемъ быть 19-го октября с. г. въ 8 $\frac{1}{2}$  ч. веч. въ помѣщеніи Общины сестеръ милосердія Краснаго Креста (Греческая ул. № 90). Примите и пр. Предсѣдатель Общества врачей г. Таганрога и Таганрогскаго Округа О. Поповъ, Секретарь Ф. Самохинъ».

На 1-ое письмо я отвѣтилъ письмомъ въ редакцію «Русскаго Врача», напечатаннымъ въ томъ-же № 42 (стр. 1322), а на 2-ое препроводилъ въ Общество слѣдующій отвѣтъ... <sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> См. выше, № 47, стр. 1493.

<sup>2)</sup> Отвѣтъ этотъ помѣщенъ въ заявленіи Общества врачей гор. Таганрога и Таганрогскаго округа (см. сноску\*\*) въ № 47, стр. 1492), а потому мы позволяемъ себѣ здѣсь его выпустить. *Ред.*

Закончить так свое письмо <sup>1)</sup> и считать себя в праву потому, что в № 255 мѣстной газеты «Приазовскій Край» в хроникѣ была напечатана замѣтка о томъ, что 2-ое Общество разсматривало инцидентъ съ врачомъ *Никитинимъ*. Замѣтка эта оканчивалась словами: «Въ заключеніе Общество врачей, по предложенію врачей *Гривовскаго* и *Никитина*, постановило предложить городскому голове *П. О. Горданову*, пошедшему званіе врача, передать весь инцидентъ на Судъ чести. Между прочимъ, въ засѣданіи возбуждался вопросъ о томъ, чтобы никто изъ членовъ Общества врачей Таганрога и Таганрогскаго округа не подавалъ г. *Горданову* руки, и, хотя рѣшеніе этого вопроса не внесено въ протоколъ засѣданія, тѣмъ не менѣе Общество рѣшило бойкотировать г. *Горданова*». На эту замѣтку Общество откликнулось опроверженіемъ, напечатаннымъ въ № 277 «Приазовскій Край», характернымъ по примѣчанію Редакціи. Вотъ содержаніе письма и примѣчанія. «Письмо въ редакцію. М. Г. В № 255 редактируемой Вами газеты въ отдѣлѣ «Таганрогъ» напечатана замѣтка о засѣданіи Общества врачей гор. Таганрога и Таганрогскаго округа 25-го сентября с. г., въ которой неправильно переданы постановленія Общества, сдѣланныя по поводу увольненія члена Общества врачомъ *К. Н. Никитина* отъ должности городского санитарнаго врача. Кроме постановленій, напечатанныхъ въ мѣстной газетѣ «Таганрогскій Вѣстникъ» въ № отъ 27-го сентября с. г., Общество врачей никакихъ другихъ постановленій и рѣшеній не дѣлало. Примите и пр. Предсѣдатель Общества врачей гор. Таганрога и Таганрогскаго округа *О. Поповъ*». Примѣчаніе Таганрогскаго отдѣла редакціи. Помѣщенный въ № 255 газеты «Приазовскій Край» свѣдѣнія о засѣданіи Общества врачей гор. Таганрога и Таганрогскаго округа получены нашимъ сотрудникомъ отъ врача *Ф. С. Гривовскаго*, принимающаго, какъ известно, весьма близкое участіе въ дѣлахъ этого врачебнаго Общества и присутствовавшего въ засѣданіи 25-го сентября».

Общанной Обществомъ, какъ указано выше, мотивированной резолюціи въ медицинской печати до сихъ поръ не появилось <sup>2)</sup>; на свое письмо въ Общество я отвѣта до сихъ поръ не получилъ, а потому и не знаю, въ чемъ заключается предъявленное мнѣ обвиненіе. А, такъ какъ въ то-же время я уже получилъ вызовъ на Судъ чести, то я считаю долгомъ огласить настоящимъ письмомъ обстоятельство дѣла и тѣмъ, съ одной стороны, освѣтить всѣ детали этого дѣла, а, съ другой—варанѣ извиниться предъ тѣми моими товарищами, которые согласятся быть со моей стороны судьями чести, не зная обвиненія, которое ко мнѣ представляють.

*П. Гордановъ.*

Таганрогъ. 25-го ноября 1906 г.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

2276. Комитетъ Главной вспомогательной медицинской Кассы, учрежденной *Я. А. Чистовичемъ*, покорнѣе проситъ гг. участниковъ Главной Кассы пожаловать въ *общее Собраніе*, имѣющее быть во вторникъ, 5-ю декабря 1906 г., въ 8 час. веч., въ помѣщеніи Петербургскаго Собранія врачей (Новскій пр., 47). *Предметы занятій*: 1) Разсмотрѣніе журналовъ Комитета. 2) Докладъ ревизіонной Комиссіи. 3) Текущія дѣла.

2277. 22-го ноября въ Москвѣ получено извѣщеніе, что Министерство внутреннихъ дѣлъ не нашло возможнымъ разрѣшить въ 1907 г. очередную Сѣзды врачей въ память *Н. И. Пирогова*. Извѣстіе это, какъ намъ пишутъ изъ Москвы, никого тамъ не удивило, ибо отъ нынѣшняго Министерства ничего другого и не ожидалось.

2278. Совѣтъ министровъ—сообщаетъ «Освѣдомительное Бюро» въ общихъ газетахъ (отъ 28-го ноября)—постановилъ *оставить Варшавскій Университетъ въ Варшавѣ*. «Только пока продолжается его вынужденное бездѣйствіе, силы и средства этого Университета могутъ быть временно использованы для нуждъ высшаго просвѣщенія въ другомъ мѣстѣ Россіи». Это заключеніе Совѣта министровъ 6-го ноября было Высочайше утверждено.

2279. Ректоръ Томскаго Университета проф. *М. Г. Курловъ*, согласно прошенію, уволенъ отъ этой должности («Правительственный Вѣстникъ», 25 ноября).

2280. Медицинскій факультетъ Одесскаго Университета 20-го ноября далъ 1-ый выпускъ врачей. Испытательная медицинская Комиссія, какъ сообщаетъ «Новое Обозрѣніе» (21 ноября), постановила признать выдержавшими испытаніе изъ 96 экзаменованныхъ (78 студентовъ и 18 экстерновъ, въ томъ числѣ 8 женщинъ) лишь 93, при чемъ 59 признаны выдержавшими съ отличіемъ, а остальные—со степенью лѣкаря. На медицинскій факультетъ поступили уже просьбы со стороны нѣкоторыхъ

Земствъ и др. учреждений о рекомендаціи врачей. Съ такими просьбами обратились: посадъ Тузлы, Измаильскаго уѣзда, Бессарабской губ., Архангельское Земство, жители ст. Малороссійская Владикавказской ж. дороги и др.

2281. «Современное Обозрѣніе» (21 ноября) сообщаетъ, что 20-го ноября состоялось Собраніе студентовъ 5-го курса медицинскаго факультета Харьковскаго Университета, на которомъ единогласно было рѣшено подвергнуться *государственнымъ экзаменамъ* весною 1907 г. Кроме этого, на томъ-же Собраніи было единогласно постановлено употребить всѣ мѣры къ тому, чтобы изъ числа подлежащихъ сдачѣ при государственныхъ экзаменахъ предметовъ были исключены тѣ, по которымъ студенты сдавали уже экзамены при переходѣ со 2-го на 3-й и съ 3-го на 4-ый курсы. Такое постановленіе вполнѣ согласуется съ вводимой въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ предметной системой. На рождественскихъ каникулахъ рѣшено собраться въ Москвѣ представителямъ 5-хъ курсовъ всѣхъ Университетовъ и тогда предъявить это постановленіе по назначенію.

2282. Какъ слышалъ «Кіевскій Голосъ» (22 ноября), вопросъ объ *учрежденіи въ Кіевѣ Женскаго Медицинскаго Курса* стоитъ въ связи съ переустройствомъ и расширеніемъ Карловской больницы, которую имѣется въ виду преобразовать въ клинику для Курсовъ.

2283. «Итакъ, прощайте! Служите вѣрно наукѣ и правдѣ и живите такъ, чтобы, состарѣвшись, могли безупречно вспомнить Вашу и уважать чужую молодость» (Изъ прощальнаго обращенія *Пирогова* къ студентамъ Кіевского Университета въ 1861 г.)—такой эпиграммой начинается г. *С. Кулабко* свою прекрасную замѣтку, озаглавленную «Памяти *Н. И. Пирогова*» («Товарищъ», 23 ноября). Въ замѣткѣ этой почтенный авторъ присваиваетъ слову и дѣлу *Пирогова* атрибутъ «вѣчности изъ значенія» и даетъ, между прочимъ, такую характеристику *Н. И.* съ точки зрѣнія задачъ, предъявляемыхъ жизнью къ современному общественному дѣятелю: «Особенно характеръ личности *Пирогова*, какъ общественного дѣятеля, какъ повелителя во всѣхъ областяхъ, которыхъ касалась его общественная дѣятельность, какъ борца словомъ и дѣломъ во имя истины и правды, во имя свободы и уваженія къ личности человека, во имя признанія въ каждомъ человѣкѣ нравственнаго достоинства, какъ борца съ *рутиной крѣпостнически-бюрократическою строю* Россіи, мертвой петлей затанувшаго всякое ея дальнѣйшее развитіе,—такой характеръ личности, слова и общественной дѣятельности *Пирогова* особенно, говорю, соответствуетъ требованіямъ, предъявляемымъ общественному дѣятелю общественными задачами теперешняго времени». «Рутиня», говоритъ онъ дальше, «устранила грозного ей новатора отъ официальной дѣятельности, но не могла осилить идей *Пирогова*: онѣ остались въ его статьяхъ, въ рѣчахъ въ исторіи общественно-воспитательнаго дѣла въ Россіи. Въ 1861 году, по поводу устраненія *Пирогова* отъ должности попечителя, онъ вызвалъ немалый еще въ Россіи взрывъ общественнаго сочувствія *Пирогову*, а, такъ какъ значеніе ихъ не *преодолило*, то онъ всегда служилъ, служить и будетъ служить общественно-народному прогрессу».

2284. Харьковское медицинское Общество, какъ сообщаетъ «Современное Обозрѣніе» (21 ноября), въ засѣданіи 18-го ноября, постановивъ отложить торжественное *чествованіе* въ Харьковѣ *памяти Н. И. Пирогова* до декабря, уполномочило д-ровъ *П. А. Сергіевскаго* и *Н. П. Андіона* принять личное участіе въ Московскомъ торжествѣ и отъ имени Общества прочесть адресъ, текстъ котораго былъ выработанъ и утверждёнъ на этомъ засѣданіи. Кроме того, Общество постановило ассигновать 5000 р. для ежегодной выдачи изъ этой суммы по 1000 р. Московскому *Пироговскому дому* и поручило Правленію обратиться въ мѣстную городскую Думу и др. общественныя учрежденія съ предложеніемъ ассигновать средства на устройство въ Москвѣ этого дома.

2285. Какъ сообщаетъ «Новое Обозрѣніе» (23 ноября), въ вѣственномъ засѣданіи профессоровъ Одесскаго Университета по вопросу о *чествованіи памяти Н. И. Пирогова* рѣшено послать телеграмму въ Москву *Пироговскому Обществу*, установить въ вѣстибюлѣ главнаго медицинскаго зданія *бюстъ Н. И.* и устроить при Университетѣ *Музей его имени*. Для разработки вопроса объ учрежденіи этого Музея избрана Комиссія въ составѣ проф. *К. М. Спѣльско*, *Н. К. Лисенкова*, *Н. А. Батуева* и *В. Н. Орлова*.

2286. Приводимъ текстъ *телеграммы*, которая 23-го ноября отправлена была изъ Одессы *Правленію Пироговскаго Общества* въ Москвѣ. Отъ *медицинскаго Общества при Университетѣ*: «Медицинское Общество при Новороссійскомъ Университетѣ, который многими обязанъ дѣятельности *Пирогова*, въ день 25-лѣтія смерти великаго ученаго, шлетъ пріятъ Обществу русскихъ врачей съ пожеланіями, чтобы въ чествованіи славы памяти *Николая Ивановича Пирогова* Общество почерпнуло новыя силы для борьбы съ мракомъ». Отъ *Общества Одесскихъ врачей*: «Сегодня Общество Одесскихъ врачей въ торжественномъ засѣданіи чувствуетъ память великаго русскаго врача-творца научной хирургіи, гражданина, всю жизнь боровшагося за святыя права человека, всю жизнь отдававшего на служеніе высокимъ идеаламъ истины и добра. Пріятствуя *Пироговское Общество*, Общество Одесскихъ врачей горячо вѣритъ, что на зарѣ новой жизни нашей родины дружная врачебная семья, объединенная великимъ *именемъ Пирогова*, свято выполнитъ высокіе заветы нашего общаго учителя». Отъ 2-ой группы *академическаго Союза*: «2-ой Отдѣлъ академическаго Союза, чество-

<sup>1)</sup> Заключительныя строки письма д-ра *Горданова* въ Обществѣ слѣдующія: «Такое отношеніе Общества ко мнѣ даетъ мнѣ право считать инцидентъ настоящимъ письмомъ исчерпаннымъ, а себя отъ дальнѣйшихъ объясненій свободнымъ». *Ред.*

<sup>2)</sup> № 47 «Русскаго Врача» (отъ 25-го ноября), гдѣ напечатана эта революція, авторъ, разумеется, получать еще не могъ. *Ред.*

вѣя память *Николая Ивановича Пирогова*, выдающагося врача, педагога и ученаго, шлетъ привѣтъ Пироговскому Обществу, много и плодотворно потрудившемуся для проведения въ жизнь идеаловъ свѣта и свободы. Пока общія усилія разсвѣтляютъ невѣжества и произвола, потребуются еще не мало трудовъ и жертвъ. Мы вѣримъ, что энергія Пироговскаго Общества не ослабнѣетъ и голосъ его не разъ прозвучитъ, какъ на послѣднихъ Сѣздахъ.

2287. Какъ передаетъ «Одесскій Листокъ» (21 ноября), въ экстренномъ засѣданіи Керченской Думы было единогласно рѣшено послать *привѣтствіе Обществу русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова* по случаю 25-лѣтія со дня кончины Н. И.

2288. 23-го ноября въ Ригѣ состоялось засѣданіе Общества русскихъ врачей *по случаю 25-лѣтія со дня смерти Н. И. Пирогова* («Сегодня», 24 ноября).

2289. 23-го ноября въ Кіевѣ въ актовомъ залѣ Университета предполагалось торжественное Собраніе, на которомъ проф. П. И. Морозовъ и И. А. Сикорскій должны были произнести рѣчи въ память Н. И. Пирогова. Разрѣшенія на устройство этого Собранія, по словамъ «Кіевской Рѣчи» (24 ноября), однако, получено не было, и *Собраніе не состоялось*. Совѣтъ Университета постановилъ издать посвященный памяти Н. И. Пирогова «Сборникъ», въ который, между прочимъ, войдутъ рѣчи, приготовленные для этого торжественнаго Собранія.

2290. «Рѣчи» (24 ноября) телеграфируютъ изъ Казани, что назначенное на 23-е ноября Собраніе медицинскаго факультета и мѣстнаго медицинскаго Общества для *чествованія памяти Н. И. Пирогова* по случаю 25-лѣтія его смерти *не могло состояться въ силу административнаго усмотрѣнія*.

2291. Общій газетамъ (отъ 25-го ноября) телеграфируютъ изъ Одессы, что 23-го ноября во время *чествованія* въ Университетѣ *памяти Н. И. Пирогова* въ зданіи Университета неожиданно *введены были войска и полиція*. Совѣтъ профессоръ совмѣстно съ центральнымъ студенческимъ органомъ рѣшили прервать засѣданіе и разошлись. 24-го ноября общестуденческая Сходка постановила прекратить занятія до возвращенія ректора изъ Петербурга. По позднѣйшимъ свѣдѣніямъ (общія газеты отъ 28-го ноября), Одесская администрація объясняетъ эти дѣйствія полиціи «недоразумѣніемъ» (не недомыслиемъ-ли? *Ред.*).

2292. «Рѣчи» (23 ноября) телеграфируютъ изъ Казани, что тамъ 22-го ноября, въ 3 часа ночи, произведенъ былъ *обмыскъ въ Университетѣ* въ присутствіи ректора, участковаго пристава и полиціеинспектора. Обмыскивалась аудиторія, въ которой происходила засѣданія студенческаго Совѣта. Арестовано все дѣлопроизводство послѣдняго, печать и документы для печатанія отчетовъ. Студенты сильно взволнованы вторженіемъ полиціи въ аутономный Университетъ и, какъ сообщаютъ той-же газетѣ (26 ноября), на общестуденческой Сходкѣ постановили выразить ректору протестъ за непріятіе имъ всѣхъ зависящихъ отъ него мѣръ къ недопущенію полиціи.

2293. 19-го ноября, какъ сообщаетъ «Рѣчь» (23 ноября), состоялось засѣданіе Бюро академическаго Союза, на которомъ обсуждалась возможность распространенія извѣстнаго циркуляра Совѣта министровъ о неучастіи въ политическихъ партіяхъ и на преподавательскій персоналъ высшихъ учебныхъ заведеній. Центральное Бюро единогласно пришло къ слѣдующему рѣшенію: «Бюро академическаго Союза не допускаетъ и мысли, чтобы профессоръ и преподаватель, тѣмъ болѣе члены академическаго Союза, могли въ чемъ-либо измѣнить свое отношеніе къ политической жизни страны и къ участию въ политическихъ партіяхъ подъ вліяніемъ извѣстнаго циркуляра Совѣта министровъ. Бюро признаетъ самый циркуляръ противорѣчащимъ основнымъ положеніямъ конституціоннаго строя, а *подчиненіе циркуляру несовмѣстимымъ съ нравственнымъ достоинствомъ преподавателя*».

2294. Бывшій членъ Государственной Думы д-ръ С. Р. Френкель обвиняемый, по словамъ агентскихъ телеграммъ (отъ 23-го ноября), въ распространеніи нелегальной литературы, Кіевскимъ губернаторомъ *устраненъ отъ должности зазывающаго Уманской еврейской больницы*.

2295. «Кощмарные итоги», пишетъ «Свобода и Жизнь» (27 ноября) о смертныхъ казняхъ, «остаются на прежней высотѣ: за недѣлю съ 18-го по 25-ое ноября казнено по приговорамъ в.-полковъ судовъ 36 чел., при чемъ наибольшее число казенныхъ приходится на Царство польское и Прибалтійскій край».

2296. Агентскія телеграммы (отъ 23-го ноября) сообщаютъ, что временнымъ Калишскимъ ген.-губернаторомъ издано обязательное постановленіе о томъ, что всѣ врачи и фельдшера, состоящіе на казенной и частной службѣ и вольнопрактикующіе, въ случаѣ поступленія въ больницы и пріемные покои раненыхъ огнестрѣльными оружіемъ или взрывчатыми веществами и снарядами, *обязуются немедленно сообщать о томъ полиціи*. Тоже правило устанавливается и при вызовѣ врачей на домъ къ пострадавшимъ. Виновные въ неисполненіи постановленія будутъ привлекаться къ отвѣтственности, какъ укрыватели преступленія (! *Ред.*), если таковое окажется, по законамъ военнаго времени, или въ административномъ порядкѣ аресту до 3 мѣс. или штрафу до 3000 р.

2297. Какъ передаетъ «Крымскій Курьеръ» (19 ноября), по постановленію главнаго начальствующаго г. Ялты и уѣзда д-ръ В. И. Сатимовскій *подлежитъ выселенію* изъ г. Ялты и уѣзда на все время чрезвычайной охраны, какъ лицо, признанное неблагонадежнымъ въ политическомъ отношеніи.

2298. Какъ сообщаетъ «Тулъская Рѣчь» (23 ноября), Богородицкая уѣздная полиція 19-го ноября произвела *обмыскъ въ квартиру* земскаго врача К. Н. Дьякова, въ с. Криковѣ, при чемъ было конфисковано много популярныхъ брошюръ политическаго содержанія, но ничего «нецензурнаго» не найдено. К. Н. уже 2 мѣс. находится въ Петербургѣ въ научной командировкѣ; замѣшавшій-же его товарищъ за нѣсколько дней до обмыска уѣхалъ въ Москву и тамъ, по слухамъ, арестованъ 18-го ноября.

2299. «Товарищъ» (23 ноября) печатаетъ копію слѣдующей телеграммы, посланной председателю Совѣта министровъ *Вятскимъ губернскимъ земскимъ ветеринаромъ И. Л. Братчиковымъ*. «Безъ всякаго съ моей стороны повода губернаторъ на основаніи усиленной охраны предложилъ губернской Управѣ уволить меня со службы и на основаніи п. 4 ст. 16 объ усиленной охранѣ высылаетъ меня въ 3 дневный срокъ изъ предѣловъ губерніи. Я—человѣкъ семейный, прожилъ въ Вятской губ. 45 л., въ Земствѣ служилъ 19 л. при 6 губернаторахъ, никогда ни въ какихъ дѣлахъ замѣшанъ не былъ, ни разу не нарушалъ не только общественнаго порядка и спокойствія, но даже личнаго спокойствія кого-либо изъ чиновъ администраціи; всю жизнь велъ себя, какъ говорится, тише воды, ниже травы—ни я къ кому, ни ко мнѣ никто, и полагалъ, что, если я ничего не сдѣлаю, такъ мнѣ и бояться нечего. Однако, внезапно наступила меня, и Богъ не привелъ умереть своею смертію. Но, мало того; губернаторъ не ограничился наказаніемъ меня властью въ мѣрѣ, предоставленной ему усиленной охраной; онъ еще и превратилъ свою власть, отобравъ у меня документы о личности, обязавъ указать мѣсто жительства и выдавъ проходное свидѣтельство, чѣмъ стѣснилъ уже свыше мѣры, указанной въ законѣ. Прошу приказать губернатору возвратить немедленно отобранные документы».

2300. Сообщая о давленіи, оказанномъ *мѣстными властями на Пензенское медицинское Общество* и заставившемъ его перерѣшить разъ принятое рѣшеніе (см. выше, № 47, стр. 1495), мы указывали, что такой образъ дѣйствій самовластной администраціи грозитъ самому существованію Общества и что нѣсколько наиболее стойкихъ членовъ послѣдняго уже отвѣтили на него, какъ и нужно было ожидать, уходомъ изъ Общества. Благодаря любезности глубокоуважаемаго И. Е. Маркова, мы можемъ сообщить самый текстъ резолюціи, принятой по этому поводу товарищами: «На экстренномъ Собраніи Пензенскаго медицинскаго Общества 28-го октября 1906 г. былъ снятъ бойкотъ съ мѣста врача 2-го уч. Пензенскаго уѣзда, объявленный, какъ протестъ противъ произвола администраціи, нисколько не считающейся ни съ интересами населенія, ни съ интересами лицъ врачебной корпораціи. Снятие бойкота произошло подъ давленіемъ губернатора, угрожавшаго выслать изъ предѣловъ губерніи председателя Общества въ томъ случаѣ, если бойкотъ не будетъ снятъ. Вмѣстательство администраціи въ жизнь Общества дѣлаетъ невозможной научную и общественно-медицинскую дѣятельность его. Въ виду этого мы заявляемъ о своемъ выходѣ изъ Общества, тѣмъ болѣе, что послѣднее, перерѣшая вопросъ о бойкотѣ, подчеркнуло свое полное безсиліе проводить въ жизнь свои постановленія. И. Марковъ, Е. Колытинскій, С. Олейниковъ, Н. Ершовъ, М. Змигродская, И. Розенбергъ, С. Гурвичъ, Ю. Ракъева, Е. Масловская, Н. Геликоновъ, Н. Мошкова, Б. Фишманъ».—Въ самомъ дѣлѣ, не лучше-ли вовсе прекратить дѣятельность ученаго Общества, чѣмъ вести ее по полицейской указкѣ?

2301. Въ «Крымскомъ Курьерѣ» (14 ноября) намъ попалась слѣдующая замѣтка: «Назначенное на субботу, 11-го ноября, засѣданіе врачебной секціи не могло состояться, такъ какъ *не было разрѣшено администраціей*».

2302. «Рѣчи» (23 ноября) телеграфируютъ изъ Екатеринослава, что въ хирургическую палату, гдѣ лежалъ политическій, вошли мужчина и женщина и, пригрозивъ сидѣлку револьверомъ, одѣли больного и *вмѣстѣ съ нимъ беззлочно скрылись*.

2303. Позволимъ себѣ заимствовать изъ «Русскихъ Вѣдомостей» (21 ноября) 2 *выдержки изъ писемъ R. Virchow'a* къ его родителямъ за время съ 1839 по 1864 г., изданныхъ теперь дочерью покойнаго. Изъ одного письма Virchow'a, объѣзжавшаго въ 1847 г., по порученію прусскаго правительства, Верхнюю Силезію, въ которой тогда свирѣпствовала эпидемія тифа, видно, что силезская деревня наканунѣ прусской революціи 1848 г. немного отличалась отъ нынѣшней голодающей русской деревни: «Нипета здѣсь», пишетъ Virchow, прямо ужасающая. Здѣсь вполнѣ ясно можно наблюдать, что могутъ сдѣлать изъ поработѣннаго населенія католическое духовенство и прусская бюрократія. Тупоуміе и животная заботливость населенія могутъ привести въ отчаяніе. Города еще до извѣстной степени приличны; но деревни, иногда растянутыя на цѣлыя мили, производятъ отвратительное впечатлѣніе. Дома напоминаютъ блокаузы,—они сложены изъ бревенъ; комнаты очень малы; скотъ помѣщается вмѣстѣ съ людьми; окна, которыхъ нельзя раскрыть, совсѣмъ маленькія; большая часть комнатъ занята печью и кроватью. Жители—какія-то плачевныя фигуры. Они ходятъ босикомъ по снѣгу; ноги болѣею частью распухли, какъ у страдающихъ водяной; лица блѣдныя; глаза мутныя. Вмѣстѣ съ тѣмъ у нихъ какая-то рабская приниженность: они цѣлуютъ руки, полу сюртука, кофты. Словомъ, все отвратительно. Не подлежитъ сомнѣнію, что голодъ и тифъ не возникли независимо другъ отъ друга, но что послѣдній является слѣдствіемъ перваго. Размѣры эпидеміи чрезвычайно большіе: по офиціальнымъ даннымъ, число сиротъ въ рыбинскомомъ и плеескомомъ округахъ доходитъ

до 300.... Каждый голодающий получает теперь ежедневно фунт муки и немного соли; но, так как мясное бднее население привыкло питаться только картофелем, то оно даже не в состоянии приготовить, как следует, пищу из муки». В другом письме к своему отцу от 19-го марта 1848 г. *Verschow* описывает революционные дни в Берлине и участие, которое он в них принимал: «Когда я, — рассказывает *Verschow*, — приехал сюда неделю назад, возбуждение было чрезвычайно сильное. Народные Собрания, которые были далеко не так незначительны, как писали в газетах, произвели на меня сильное впечатление. Сопротивление правительства и нерешительное поведение гласных городской Думы все более и более возбуждали население. Вызывающий язык короля и его рескрипты о печати и воззвания к народу, равно как и сосредоточение больших масс войска, еще более способствовали подъему настроения. Дворец и цейхауз были буквально битком набиты солдатами. Последние же, постоянно раздражаемые продолжительным усиленным несением службы, приказами офицеров и поведением толпы, скоро перешли, под влиянием отданных к тому же не во время распоряжений, к нападениям на совершенно безоружный народ. Наносились равны людям ни в чем неповинным и всеми уважаемым. Это могло быть объяснено только крайним озлоблением или крайним злостью». *Verschow* рассказывает дальше, как король, наконец, согласился на уступки и издал многообещающее воззвание к населению. Когда же народ потребовал удаления войска, король «сказал» ген. Mellendorffу, что необходимо восстановить порядок. Наследный принц прусский дал приказ солдатам перейти в наступление, и на ничего не подозревавший народ бросились драгуны, которые разогнали Берлинцев саблями ударами.... С этого момента началась революция.... Бой завязался около 5 час. В 1-ый раз после Великой французской революции, в 1-ый раз с самого начала германской истории глава немецкого государства показав из орудий в своих подданных. Ружейного огня ему показалось мало, и он велел действовать картечью и гранатами.... В течение 12 час. непрерывно раздавались выстрелы, а между тем до 4-х час. утра войска ввели только 4 баррикады. Перед баррикадой, на которой находился я, отбывавший Friedrich-от Tauben-Strasse стоял полк солдат с 2-мя орудиями; у защитников баррикады было только 12 ружей, а тем не менее нападения войска отбивались в течение 2-х час.... Около 4-х час. утра ген. Mellendorff был взят в плен. Его заставили подписать приказ 2-м полкам, которыми он командовал, прекратить огонь и вернуться в казармы. Вместе с тем дали знать королю, что, если не перестанут стрелять в граждан, генерал будет убит. Огонь был приостановлен, и утром уже появились королевские приказы об отставке министров, амнистии, созыве Landtag'a на 2-ое апреля и т. д.... Мое личное участие в восстании было сравнительно незначительно. Я помогал при постройке некоторых баррикад, но, так как мог достать только пистолет, то больше пользы приносить не мог, ввиду того, что солдаты стреляли с оч. дальнего расстояния, рукопашный же бой был, по крайней мере на баррикадах, на которой находился я, невозможен вследствие незначительного числа защищавших ее граждан. На сколько мы еще будем участвовать в дальнейших событиях, решим завтра на Собрании у т. с. Mayer'a. Теперь уже ршено вооружить всех граждан и образовать стрелковое Общество. Вследствие назначения гр. Schweig'a министром народного просвещения, этот пост неожиданно приобрел новое значение, и мы приложим все старания, чтобы извлечь из него как можно больше выгоды для научной и практической медицины. Можешь, впрочем, быть уверен в том, что я не пожертвую собою без цели и без основания».

2304. Нам прислан экземпляр доклада *Н. А. Вырубова*, заслушанного в годовом заседании Воронежского Отдела русского Общества охранения народного здоровья 18/IV 1906 г. Доклад носит название «Правовое положение врачей-евреев». Авт. перечисляет все те ограничения, которым подвергаются врачи-евреи и которые составляют одно из самых позорных пятен нашего и без того достаточно позорного законодательства. Врачи-евреи не могут жить в области войска донского (за исключением докторов медицины), не принимаются на государственную службу в обоих столицах и их губерниях, почти вовсе не допускаются на военную службу (конечно, за исключением военного времени). Самое приобретение медицинского образования оставлено для евреев, как известно, большими трудностями. Семьи врачей-евреев имеют право повсеместного жительства только при глав. семьи. Ужасает или умирает глава семьи, — и вся семья выселяется в черту оседлости. «В минувшую русско-японскую войну, говорит д-р *Вырубов*, в то время, как врачи-евреи на полях Манчжурии под неприятельским огнем перевязывали раненых, их семьи подвергались выселению из внутренней России, как неминуемая самостоятельная права жительства вне черты оседлости». Что касается мотивировки этих ограничений, то она порою еще возмутительнее самих ограничений. Напр., ограничение по военной службе мотивируется «потребностью устранения постепенного увеличения в военном ведомстве числа врачей Моисеева закона в виду не вполне добросовестного исполнения ими обязанностей и вследствие их неблагоприятного влияния на санитарную службу в войсках». По поводу этих слов д-р *Вырубов* говорит: «Я дословно цитирую эту позорную мотивировку. Здесь нет места доказательствам; здесь не нужно

опровержений; на нее остается ответить только вопросом, — можно ли идти дальше в том же направлении над человеческой личностью, жертвой которого стали наши почтенные товарищи врачи-евреи, всегда самоотверженно и с высокими сознанием врачебного долга несшие свои силы и даже свою жизнь на пользу страждущим?».

2305. В последней (октябрьской) книжке «Журнала Общества русских врачей в память *Н. И. Пирогова*» помещена статья *Г. И. Ростовцева* «О значении мелкой земской единицы для общественной врачебно-санитарной дела». Глубокоуважаемый автор защищает идею мелкой земской единицы с точки зрения интересов врачебно-санитарного дела и опровергает те возражения, которые часто высказываются против этого института. Главными возражениями сводятся к 2-м пунктам: указывают, во 1-х, что мелкая земская единица будет бднее культурными силами и не в состоянии будет окупить значение рациональной санитарии и медицины; а, во 2-х, опасаются за недостаток материальных средств в руках мелкой земской единицы. Отсюда — предположения, что заправками будущей мелкой единицы сократят число врачебных участков, заберут врачей фельдшерами, упразднят санитарные Советы и пр. Авт. подробно разбирает все эти предположения и описания и показывает их несостоятельность. Нет никаких доказательств в пользу того, что крестьяне не понимают преимуществ врачебного лечения перед фельдшерским; нельзя судить о настроении всего крестьянства по голосу кулаков, попадающих в земские Собрания и лакействующих там перед земскими начальниками. Истинные представители крестьян, близко стоящие к нуждам населения, будут ратовать не за уничтожение, а за развитие и процветание санитарного дела. Из будут интересоваться такие вопросы, которые мало трогают земцев и дворян — вопросы питания населения, ухода за детьми, охрана труда и т. д. Положение медицинского персонала на службе у мелкой земской единицы будет не хуже, а много лучше, чем теперь. Зависимость от «сильных мира» отойдет в область преданий, ибо эти «сильные» будут сами находиться под непосредственным и постоянным контролем населения. Симпатии населения будут для медицинского работника наилучшей гарантией от всяких притеснений со стороны различных воротил. Что касается недостатка материальных средств у будущей мелкой земской единицы, то в сущности здесь может идти речь только о неравномерном распределении средств между отдельными единицами. Будут единицы богаты и бедны. Вопрос разрешается просто: уездные Земства будут приходить на помощь мелким земским единицам, подобно тому, как теперь губернские Земства оказывают материальную поддержку наиболее бедным уездным Земствам.

2306. В той же книжке «Журнала» помещена обширная статья *Д. П. Никольского* — «Рабочее движение в связи с врачебно-санитарными условиями на фабриках и заводах». Глубокоуважаемый автор приводит многочисленные примеры из рабочего движения последних 2-х лет, когда рабочими в числе других требований выставлялись и требования врачебно-санитарного характера. Рабочие требовали усиления медицинского персонала, быстрого обращения с больными, выдачи лекарств по рецептам частных врачей, оказания первой помощи больным на дому, устройства родильных притонов при фабриках, устройства яслей, улучшения санитарных условий работы, что: улучшения проветривания помещений, снабжения рабочих доброкачественной водой, введения санитарного надзора за мастерскими и т. д. Авт. отвечает по обстоятельствам, что выставленные санитарные требования во время забастовок есть явление сравнительно новое, характеризующее подъем культурного уровня рабочих масс за последнее время. Статья д-ра *Никольского* очень богата фактическим материалом.

2307. На должность окружного в-медицинского инспектора Иркутского военного округа назначен корпусной врач 7-го армейского корпуса *В. А. Солнцева*.

2308. В № 11 «Свидетель о заразных болезнях и санитарно-врачебной организации Московской губ.» помещен отчет о 2-м заседании 20-го минувшего октября (см. выше, № 46, стр. 1460). Комиссия по вопросу о предохранительных прививках от скарлатинной вакцины и о своевременном лечении скарлатины. *И. В. Поповым* был наметчен ряд вопросов, подлежавших разрешению Комиссии, по возможности, тогда же, в виду желания многих земских врачей приступить к предохранительным от скарлатины прививкам. Предстояло выяснить: а) Каково предохранительное значение вакцины? б) Следует ли рекомендовать ее применение в широких размерах в земской практике? в) Следует ли делать прививки во время разгара эпидемии? г) Вопрос о вакцинации в школах и д) О техниках и дозировке выписываний. *Д. В. Никольский* сделал дополнительное сообщение по поводу своих наблюдений над скарлатинной вакциной во Венггородском уезде. Теперь уже произведено более 800 вакцинаций, из них около 300 — ученикам городской школы; в этом последнем случае почти все прививки были 2—3-кратными, и наблюдения произведены тщательно. Удалось более подробно изучить картину вызываемого прививками заболевания. Получилось приблизительно 12,5% случаев сильно выраженной реакции (с высокой температурой и общей сыпью). В 17 случаях наблюдалось последовательное шелушение кожи. Заболевание скарлатинной у вакцинированных не было. *Н. И. Дачовой*, не наблюдавшей ни одного заболевания скарлатинной в 120 случаях вакцинации в детской больнице Св. Владимира,



ны у некоторых из вакцинированных исследовании крови на сыворотку: послѣ 1-го впрыскивания его обыкновенно не получалось, а появлялось оно лишь послѣ 2-ой и 3-ей прививокъ, что служитъ какъ-бы косвеннымъ доказательствомъ необходимости прививокъ повторныхъ. Г. Н. Габричевскій указалъ на непочатый уже наблюденья Ж. Г. Добровольской въ Смоленской губ. (132 вакцинации) и М. И. Протасова и М. В. Оедороскаго (52 прививки) въ Курской, въ общемъ подтвердившія действительность вакцинации: у первой никто изъ привитыхъ не заболѣлъ; у послѣднихъ заболѣлъ 2-ой, но изъ заболѣвшихъ у одного можно было предположить совпаденіе прививки съ зачаточнымъ періодомъ scarlatinny, а у другого, повидимому, была только scarlatino-подобная сыпь. На поставленные И. В. Поповымъ вопросы: Можно-ли признать scarlatinny прививки безопасными для широкое практическое примѣненіе? Каково предохранительное значеніе вакцинъ? На сколько времени сохраняется невосприимчивость отъ вакцинаціи? Ослабляетъ-ли вакцинація могущее быть заболѣваніе? и въ какихъ случаяхъ слѣдуетъ принимать прививки въ пораженныхъ эпидеміей селеніяхъ и домахъ?—Г. Н. Габричевскій изложилъ слѣдующій взглядъ. «Прививки предохранительной scarlatinny вакцинъ обоснованы научно. Вредныхъ послѣдствій отъ прививокъ пока не обнаружено; однако, широкаго примѣненія ихъ рекомендовать еще нельзя, а слѣдовало-бы въ нѣсколькихъ пунктахъ вести тщательныя наблюденія надъ вакцинаціей и точно регистрировать всѣ случаи. Не надо гоняться за широкой постановкой опытовъ, а слѣдуетъ обстоятельно изучить опыты въ небольшомъ масштабѣ. Наблюденія надъ дѣйствіемъ вакцинъ въ разгаръ эпидеміи даютъ неясности: можно смѣшать настоящую scarlatinny и вакцинальное заболѣваніе. Лучшіе результаты должны дать наблюденія надъ вакцинаціей послѣ появленія первыхъ случаевъ scarlatinny въ селеніи (желательны поголовныя прививки всѣмъ дѣтямъ). Долго-ли длится невосприимчивость послѣ вакцинаціи?—сказать трудно. Если опираться на аналогіи съ другими вакцинными (чума, брюшная тифъ, холера), то она должна длиться недолго—около года; но опредѣленно отвѣтить на этотъ вопросъ нельзя, ибо тутъ не можетъ быть шаблона; только дальнѣйшія наблюденія могутъ опредѣлить продолжительность невосприимчивости. Что касается вопроса, какъ вакцинировать во время разгара эпидеміи: дѣлать-ли только прививку вакцинъ или одновременно прививать и Moser'овскую сыворотку?, то наблюденія надъ примѣненіемъ чумной вакцинъ въ Индіи показали, что при массовыхъ прививкахъ опасенія относительно возможности заболѣваній вслѣдствіе временнаго пониженія невосприимчивости оказались неосновательными. Поэтому можно обходиться одной вакцинной безъ Moser'овской сыворотки; при наличности же эпидеміи въ семьѣ и невозможности выдѣлить заболѣвшихъ другимъ дѣтямъ въ той-же семьѣ должна быть сдѣлана прививка одновременно съ Moser'овской сывороткой. Противопоказаніемъ къ вакцинаціи должны считаться: *повышенная температура и заболѣваніе почек* (нефритъ и альбуминурия). На вопросъ В. А. Левицкаго, не можетъ ли быть при одновременномъ введеніи въ организмъ вакцинъ и Moser'овской сыворотки нейтрализація токсина антикоксинномъ?, Г. Н. Габричевскій отвѣтилъ, что при впрыскиваніяхъ въ различныя части тѣла нейтрализація не происходитъ. Вполнѣ точнаго отвѣта на вопросъ И. В. Попова о теченіи scarlatinny въ случаяхъ заболѣванія ея однократно вакцинированныхъ не могло быть дано. Г. Н. Габричевскій высказалъ только, на основаніи теоретическихъ данныхъ, предположеніе, что вакцинація за 1—3 сутокъ до заболѣванія можетъ растянуть болѣзненный процессъ. Ожидаемые пренія возбуждали вопросъ, какъ поступать съ прививками въ селеніяхъ въ разгаръ эпидеміи, въ семьяхъ, гдѣ не выдѣлены больные, въ фабричныхъ казармахъ и школахъ? Поставлено: признать прививки желательными при наличности эпидеміи въ домѣ, фабричной казармѣ, или при сильно развившейся эпидеміи въ селеніи, одновременно съ прививкой Moser'овской сыворотки, поскольку то позволяютъ земскія средства. Относительно техники прививокъ было указано, что лучше всего впрыскиванія дѣлать подъ кожу живота, спины или груди подъ ключицами. Доза при первомъ впрыскиваніи—столько дѣленій, сколько ребенку дѣтъ; въ школахъ и семьяхъ, гдѣ есть больные, дозу, сообразно личнымъ особенностямъ каждаго ребенка, уменьшаютъ. Доировка при повторныхъ прививкахъ должна стоять въ зависимости отъ реакціи на первую: если реакція была бурная, дозу не увеличивать; если спокойная,—увеличить. Комиссіей постановлено, чтобы наблюденія надъ вакцинированными велись непремѣнно врачами.

2309. Въ Рязанской губ. также надо ожидать введенія въ земскую практику прививокъ scarlatinny вакцинъ Г. Н. Габричевскаго [см. статью его въ № 16 «Русскаго Врача», стр. 469, и отчетъ о прививкахъ въ № 46, стр. 1460 1)]. Въ № 9 (сентябрь) «Врачебно-санитарной Хроники Рязанской губ.» въ отдѣлѣ подъ общимъ заглавіемъ «Материалы по вопросу о примѣненіи scarlatinny вакцинъ» перепечатаны изъ № 9 «Слѣдствій о заразныхъ болѣзняхъ и санитарно-врачебной организаціи Московской губ.» за текущій годъ обѣ упоминавшіяся нами въ № 46 (стр. 1460) посвященные этому вопросу статьи Д. В. Никитина и П. П. Дрейлина, какъ и выдержки изъ журнала засѣданія 6-го сентября «Комиссіи при Московской губернской земской Управѣ по вопросу о предохранительныхъ

прививкахъ scarlatinny вакцинъ и о сывороточномъ леченіи scarlatinny», при чемъ санитарное Бюро въ отдѣльной запискѣ «обращаетъ особенное вниманіе товарищей—земскихъ врачей Рязанской губ.» на эти «материалы» въ виду неуклоннаго распространенія scarlatinny за послѣдніе мѣсяцы въ большей части уѣздовъ и малой надежды на скорое ея прекращеніе. Въѣстъ съ тѣмъ Бюро уведомляетъ, что, благодаря любезности Г. Н. Габричевскаго, оно уже располагаетъ нѣкоторыми запасомъ вакцинъ и приступитъ къ разсылкѣ ея врачамъ въ самомъ непродолжительномъ времени, какъ только будетъ получена картонка для регистраціи привитыхъ, выработанная при участіи Г. Н. Габричевскаго.

2310. Въ выпускѣ X (октябрь) «Врачебно-санитарнаго Обзора Вологодской губ.» въ статьѣ «предохранительныя прививки при scarlatinny въ земской деревенской практикѣ» передано содержаніе упомянутыхъ нами выше работъ Н. И. Лангенова, Д. В. Никитина, П. П. Дрейлина, Ж. Г. Добровольскаго и отчетъ о засѣданіи 6-го сентября специальной Комиссіи при Московской губернской земской Управѣ. Статья оканчивается выраженіемъ надежды, что и врачи Вологодской губ., особенно санитарно-эпидемическіе губернскаго Земства, примѣнятъ новый способъ борьбы съ scarlatinny, эпидеміи которой не переводится въ Вологодской губ. по уѣздамъ и въ городахъ.

2311. При разборѣ дѣла о сдачѣ Небогатской эскадры подъ Цусимой свидѣлѣ д-ръ Л. А. Юмкевичъ далъ о спасательныхъ средствахъ эскадры слѣдующее показаніе (приводимъ его, какъ оно передано въ «Рѣчи» (26 ноября)): Свидѣтель устанавливаетъ полную негодность спасательныхъ средствъ. Много утопленниковъ найдены были въ спасательныхъ кругахъ, но всѣ они при этомъ плавали внизъ головою (1 Ред.). Другой свидѣтель (шкиперъ съ одного изъ броненосцевъ) показалъ, что спасательныхъ приборовъ на судахъ было очень мало, и всѣ они были въ плохомъ состояніи; предъ отплытіемъ изъ Ливавы эскадра просила снабдить ее новыми приборами, но ей отвѣтили, что можно «подправить» и эти...

2312. По словамъ общихъ газетъ (отъ 24-го ноября), Петербургскими санитарными врачами установлено, что морское ведомство продаетъ въ Кронштадтѣ Петербургскимъ торговцамъ огромныя партіи забранныхъ, негодныхъ къ употребленію продуктовъ, которые тѣ и распродаютъ затѣмъ на рынкахъ и въ лавкахъ обывателямъ столицы. Послѣдняя партія такихъ негодныхъ продуктовъ, проданныхъ морскимъ ведомствомъ, состояла, напр., изъ 1100 пуд. овсяной крупы, 1700 п. прогорклаго масла, 300 п. риса и 300 п. ржаной муки. Санитарные врачи предложили городскому Управленію обратиться къ морскому ведомству съ соответствующимъ требованіемъ. — Цусима и сбытъ отравляющаго гнилья—недурные лавры въ вѣнкѣ морского ведомства!

2313. Какъ передаетъ «Новая Газета» (24 ноября), въ ведомствѣ учрежденій Императрицы Маріи въ скоромъ времени будутъ закончены работы по реорганизаціи воспитательныхъ Домовъ. Между прочимъ проектировано: упразднить вниманіе 25-рублевой платы съ матерей, приносящихъ младенцевъ для помѣщенія въ Домѣ. Реорганизуется порядокъ отдачи дѣтей на воспитаніе и воспитаніе въ крестьянскія семьи, равно какъ и врачебный за дѣтьми надзоръ, въ цѣляхъ сокращенія значительнаго въ настоящее время % смертности ихъ. Обращено также вниманіе на улучшеніе матеріальнаго положенія кормилицъ младенцевъ, находящихся въ воспитательномъ Домѣ, до отдачи ихъ въ деревенскія семьи, и матерей, получающихъ пособие отъ Управленія Дома и воспитывающихъ младенцевъ у себя на квартирахъ.

2314. Въ Варшавѣ по починуд-ра А. М. Визеля основалось Общество попеченія о нервно- и душевно-больныхъ еврейхъ («Gazeta lekarska», 1 декабря).

2315. «Нижегородскій Листокъ» (15 ноября) передаетъ, что въ Нижнемъ-Новгородѣ состоялось предварительное Совѣщаніе врачей губернской земской больницы по вопросу о замѣщеніи свободной должности старшаго врача. Однимъ врачомъ было внесено предложеніе объ упраздненіи должности старшаго врача и замѣнѣ таковой особой выборной Коллегіей съ расpredѣленіемъ между членами ея обязанностей по заведыванію хозяйствомъ, медицинскою частью и пр. Рѣшено докладъ въ этомъ смыслѣ представить на обсужденіе предстоящаго губернскаго земскаго Собранія.

2316. Какъ сообщаетъ «Врачебная Хроника Харьковской губ.» (№ 9), на Совѣщаніи фельдшеровъ Ахтырскаго уѣзда 10-го минувшаго апрѣля Собраніемъ были выражены сочувствіе и благодарность устроенному Харьковскимъ ген.-губернаторомъ отъ должности санитарнаго врача С. Е. Корженевскому, какъ много сдѣлавшему въ постановкѣ медицинскаго дѣла въ уѣздѣ вообще и въ частности много способствовавшаго улучшенію положенія фельдшеровъ и вообще младшаго медицинскаго персонала какъ въ матеріальномъ, такъ и въ духовномъ отношеніи. Постановлено поднести С. Е. соответствующій адресъ.

2317. Позволимъ себѣ воспроизвести здѣсь рѣчь д-ра И. Я. Симоновича, сказанную имъ на разбирательствѣ его дѣла въ Одесской судебной Палатѣ (см. выше, стр. 1527), и заключительный эпизодъ этого разбирательства, какъ они переданы въ «Новостяхъ Провинціи» (21 ноября): «Я прошу Васъ, гг. судьи, обратить вниманіе на то, что долженъ испытывать общественный дѣятель, когда онъ систематически подвергается травлѣ въ печати. Представьте себѣ на одну минуту, что это—юрисъ и что о немъ сегодня появляется записка: «Такой-то повѣренный

1) Въ послѣднемъ просимъ исправить опечатку на строкѣ 8 (§ 2189), добавивъ къ союзу «и» (и проведенныхъ) частицу «не» (и не проведенныхъ).

мѣтка: «Такой-то юрист проигралъ дѣло»; «такимъ-то повѣреннымъ недовольны кліенты» и т. д. Что долженъ онъ испытывать? Какъ онъ будетъ чувствовать себя? А вѣдь положеніе врача не монѣ острое, чѣмъ положеніе юриста. И въ такомъ положеніи былъ я. Меня травилъ, травилъ методически, съ жестокой расчитанностью и съ явнымъ нескрываемымъ желаніемъ согнать съ того мѣста, которое я занялъ. Я прибылъ сюда въ 1898 г. изъ Черниговской губ. съ чистой репутаціей земскаго врача и сразу встрѣтилъ цѣлую кляву людей, которыми я не пришелъ по вкусу. Противъ меня поднята была война, война на разныхъ позиціяхъ и главнымъ образомъ въ печати. Орудіемъ ея былъ избранъ этотъ корреспондентъ. Но они напали на человѣка съ характеромъ. Меня издергали, меня измучили этой травлей; но честь моя для меня дороже всего, и я не уступилъ. Я призвалъ Судъ въ свою защиту и затѣялъ процессъ. Теперь говорятъ, что онъ невиновенъ. Человѣкъ, который 5 лѣтъ меня травилъ и вивчивалъ въ душу, какъ раскаленные винты, жгучія и лживыя замѣтки, статьи, корреспонденціи,—этотъ человѣкъ, говорятъ теперь, чистъ и безпороченъ, ибо онъ не имѣлъ никакой цѣли. Онъ стоялъ на стражѣ общественныхъ интересовъ и обличалъ «язвы». Я вспоминаю тотъ день, когда въ Елисаветградѣ появился фельетонъ: «Въ Елисаветградѣ», и мальчишки оглашали улицы криками: «О д-ръ Симоновичъ!» Фельетонъ о Симоновичѣ! Тогда номеръ разошелся въ тысячахъ экземпляровъ. И розница была поднята. Потомъ эту розницу подогрѣвали дальнѣйшими замѣтками все о томъ-же Симоновичѣ, и «Одесскія Новости» пошли въ ходъ. Я самъ сдѣлалъ поневолѣ подписчикомъ этой газеты, чтобы знать во время все, что обо мнѣ пишутъ. Такъ вотъ какое безкорыстіе руководило корреспондентомъ. Его интересовала розница, тиражъ!—Онъ не только корреспондентъ, но и агентъ по розничной продажѣ Одесскихъ газетъ. Вы, Линцеръ, своимъ походомъ и травлей противъ меня хорошо знали, что Вы дѣлаете, и знали тѣхъ людей, ради которыхъ Вы это дѣлаете! Вы меня тиранили, пытали.... Обратимся къ фактамъ. Во всей этой нагроможденной кучѣ клеветъ и дикихъ вымысловъ особенно интересенъ эпизодъ съ мальчикомъ, котораго я, будто-бы, не хотѣлъ принять въ больницу, но котораго заставила меня принять Управа, а я потомъ насильно выписалъ его. Вы слышали здѣсь показаніе раввина Темкина. Оказывается, что я самъ направилъ въ Управу и просилъ, чтобы разрѣшили принять этого мальчика. И когда разрѣшеніе пришло, я тотчасъ принималъ его, сдѣлалъ ему операцію и передалъ его въ отдѣленіе д-ра *Мигалевича*, такъ какъ гнойный плейритъ у него былъ на туберкулезной почвѣ. Вотъ какъ обстоитъ дѣло, а не такъ, какъ рисуется въ корреспонденціи. И такъ во всемъ. Подхватываются фактики, извращаются, и наславается клевета на клевету, и образуются цѣлые пласты, цѣлые сдвиги этой клеветы, съ тѣмъ, чтобы и меня сдвинуть. Я заболѣлъ уже, гг. судьи, я изстрадался; нервы мои расшатаны; но одна надежда на возстановленіе Судомъ моей чести. Просту помнить, что оправдательный приговоръ Линцера для меня обвинительный. Здѣсь вопросъ стоитъ очень остро. Вопросъ о жизни и... Или я, или Линцеръ. Но я обвинительнаго приговора не заслужилъ. Клевета обнаружена теперь, и я прошу обвинить и наказать его. Послѣ слова подсудимаго председатель заявилъ: «Пренія закончены. Но прежде чѣмъ Палата удалится въ совѣдательную комнату, я считаю необходимымъ еще разъ предложить сторонамъ, не желаютъ-ли они помириться?» «Я согласенъ», сказалъ *И. А. Симоновичъ*. Пусть только г. Линцеръ признаетъ, что онъ былъ введенъ въ заблужденіе слухами». «Я не согласенъ, раздался голосъ Линцера. Я убѣжденно писалъ, я говорилъ правду!» Приговоръ Палаты см. выше.

2318. Намъ пишутъ изъ Пензы, что тамъ открыта *бесплатная лѣчебница* для приходскихъ съ 10 кроватями для коечныхъ больныхъ, учрежденная г-жею *А. Ф. Гельпой* съ намѣтой ея покойнаго мужа, оптика *А. Н. Гельпей*, пользовавшегося въ Пензѣ и ея округѣ большою извѣстностью. Тотчасъ по открытіи этой лѣчебницы нѣсколько врачей рѣшили устроить при ней *амбулаторію по вѣсѣмъ болѣзнямъ*. Пензенскій Комитетъ общеземскихъ организацій постановилъ выдавать этой амбулаторіи ежемѣсячно по 100 р.; общало свою помощь и городское Самоуправленіе. Въ Пензѣ давно уже ощущалась большая нужда въ бесплатной подачѣ помощи, ибо на почти 70000-ное населеніе имѣется всего 1 бесплатная амбулаторія съ 1 городскимъ врачомъ. Губернская земская больница взимаетъ за совѣтъ 20 коп., Община Краснаго Креста—25 коп., правда, и та, и другая съ выдачей при этомъ лѣкарства.

2319. «Приазовскій Край» (21 ноября) слѣдующимъ образомъ описываетъ *организацию врачебной помощи въ Ростовскомъ округѣ*. «Въ настоящее время въ селеніяхъ Ростовскаго округа стали усиливаться заразные заболѣванія. Населеніе не въ силахъ бороться съ развивающимися недугами, такъ какъ врачебная помощь почти отсутствуетъ. На все населеніе округа (около 300000 чел.) имѣется всего лишь 1 врачъ, заведующій Кочальницкой лѣчебницей и, какъ таковой, обязанный почти безвыѣздно проживать въ Кочальникѣ. Окружной врачъ никакой помощи населенію оказывать не можетъ, ибо заваленъ работою по судебно-полицейскимъ вскрытіямъ и по другимъ обязанностямъ, связаннымъ съ занимаемой имъ должностью. Больше врачей нѣтъ, и даже Александровская больница въ продолженіи года находится безъ врача и *управляется фельдшеромъ* (курсивъ нашъ. *Ред.*). «Населеніе, за отсутствіемъ врачебной помощи, вынуждено обращаться къ содѣйствію заварей и коноваловъ. Областной распорядительный Комитетъ ничего не предпринимаетъ для улучшенія вра-

чебной помощи въ округѣ. Между тѣмъ Комитетъ послѣ упраздненія Земства получилъ 2 прекрасно оборудованныхъ больницы, каждая на 20 кроватей, съ хирургическими палатами, павильонами и пр., и 300000 р. наличныхъ денегъ, которыя и предполагалось тратить на поддержаніе больницы и организаціи врачебной помощи. Предполагеніе не сбылось, такъ какъ Комитетъ земскія суммы *обратилъ подъ ссуду*» (1 *Ред.*). «Кромѣ того, онъ ежегодно высылаетъ земскій сборъ въ тѣхъ-же почти размѣрахъ, что и при земскихъ учрежденіяхъ, и уже накопилъ огромныя деньги».

2320. Давно уже сказано: «quod licet Jovi, non licet bovi». Поэтому всякія попытки гг. «bovi» подражать Юпитеру всегда принимаются крайне комичнымъ характеръ. Одну изъ такихъ попытокъ мы видимъ въ появившейся недавно книжкѣ *Г. П. Задѣры Л. Н. Толстой о медицинѣ и врачахъ*. Авт. давно уже извѣстенъ, какъ одинъ изъ самыхъ равнанныхъ застрѣльщиковъ того фельдшеризма дурного тона, который считаетъ своей миссіей подрываніе авторитета врачей, а заодно ужъ и всей медицины. Психологическія основы этой вражды къ врачамъ и медицинѣ лежатъ, конечно, въ ненормальномъ правовомъ и бытовомъ положеніи фельдшеровъ, и на обязанности наиболѣе сознательныхъ представителей фельдшерскаго сословія лежатъ выясненіе этого положенія и борьба за его улучшеніе, а никакъ не срываніе своей злобы на врачей, а тѣмъ болѣе на медицинскую науку, прикосновенностью къ которой сами фельдшеры любятъ такъ хвастаться. Г. Задѣра надергалъ изъ произведеній Л. Н. Толстого массу мѣстъ, характеризующихъ съ дурной стороны врачей и развивающихъ медицину. Но въ этомъ нѣтъ ровно ничего новаго. Кто не знаетъ мнѣнія Толстого о всей современной наукѣ и о всей современной культурѣ? Его взгляды на медицину составляютъ только маленькую часть его мировоззрѣнія. Но по истинѣ смѣшно видѣть, какъ вслѣдъ за мощнымъ голосомъ великаго писателя—великаго даже въ своихъ заблужденіяхъ—раздается комаринный пискъ г. Задѣры, пытающагося понасъ своимъ маленькимъ жаломъ въ то самое мѣсто, которое причесть Толстой. Повидимому, г. Задѣра искренне убѣжденъ, что Толстой, критикуя врачей и медицину, стоитъ на точкѣ зрѣнія фродирующихъ русскихъ фельдшеровъ. Онъ, вѣроятно, думаетъ, что о фельдшерахъ Толстой несправедливо болѣе высоко мнѣнія, чѣмъ о врачахъ, а что такихъ фельдшеровъ, которые пишутъ книги по мало доступнымъ ихъ понятіямъ вопросамъ, онъ считаетъ прямо призванными возродить нашу гнилую культуру.

2321. Съѣзду врачей Изюмскаго уѣзда, Харьковской губ., на засѣданіи 24-го минувшаго августа пришлось, какъ сообщать «Врачебная Хроника Харьковской губ.» (№ 9), обсуждать сообщенный д-ромъ *С. Ф. Дарескимъ* Верною фактъ, что въ с. Петровской въ мѣстной лавкѣ продаются *конфеты* «Раковая шейка» изъ Харькова, которыя оказываются завернутыми въ *куски старыя регистраціонныя карточки*, бывшихъ въ амбулаторіи и достаточно загрязненныхъ. Постановлено: Выразить удивленіе, какимъ образомъ старья, вышедшія въ пріемномъ покоѣ и бывшія въ соприкосновеніи съ разными заразными началами регистраціонныя карточки могли попасть на конфектную фабрику изъ санитарнаго Бюро? Сообщить объ этомъ послѣднему, представивъ туда полученные образцы конфектъ, съ просьбой обратить вниманіе на прекращеніе дальнѣйшаго употребленія карточекъ для подобныхъ цѣлей.

2322. Главное врачебное Управленіе, какъ мы слышали, предложило бывшему помощнику Кіевскаго врачебнаго инспектора *Н. Н. Подрызану* представить подробное объясненіе по поводу незаконнаго зачисленія слушателей въ мѣстныя зубоврачебныя школы (см. выше, № 47. стр. 1498).

2323. *Дѣло студ. Дроботова* (см. выше, № 37, стр. 1166), какъ передаетъ «Врачебная Хроника Харьковской губ.» (№ 9), снова обсуждалось на засѣданіи Старобѣльскаго уѣзднаго санитарнаго Совѣта, 30-го мая, вслѣдствіе заявленія санитарнаго врача *С. Т. Тесля*, что отъ Комиссіи студентовъ по разсѣдованію этого дѣла получено увѣдомленіе о томъ, что состоявшееся 8-го минувшаго мая Собораніе студентовъ выпускаго курса Харьковскаго Ветеринарнаго Института, въ виду замѣчанія *Дроботова* о несоотвѣстствіи постановленія Старобѣльскаго санитарнаго Совѣта съ истиннымъ положеніемъ дѣла и о томъ, что онъ, *Дроботовъ*, можетъ представить въ ближайшемъ будущемъ документы, опровергающіе постановленіе санитарнаго Совѣта, не могло придти къ опредѣленному мнѣнію о поведеніи г. *Дроботова* при исполненіи имъ обязанностей ветеринарнаго врача въ Старобѣльскомъ уѣздѣ, вслѣдствіе чего и постановлено—просить уѣздную Управу передать все дѣло на «разсмотрѣніе Совѣщанія врачей, которое, протѣрвавъ на мѣстѣ всѣ замѣчанія и представленные *Дроботовымъ* документы, будетъ компетентнымъ сдѣлать надлежащую оцѣнку поведенія г. *Дроботова* и свое постановленіе обязано опубликовать въ печати для свѣдѣнія всѣхъ товарищей». Познакомивъ Собораніе съ заявленіемъ Комиссіи студентовъ, *С. Т. Тесля* добавилъ, что отъ студ. *Дроботова* до сихъ поръ не поступало въ уѣздную Управу не только никакихъ документовъ, которые-бы оправдывали его дѣятельность въ уѣздѣ, но даже и заявленія о пересмотрѣ его дѣла, и въ настоящее время надо рѣшить, слѣдуетъ-ли ожидать отъ г. *Дроботова* какихъ-либо документовъ для новаго обсужденія его дѣла, или-же санитарному Совѣту слѣдуетъ остаться при своемъ первоначальномъ постановленіи? Обиравъ мнѣнія по возбужденному вопросу, закончили слѣдующимъ постановленіемъ: а) До полученія оправдательныхъ документовъ отъ студ. *Дроботова* (въ настоящее время врача) остается при первомъ

чальном постановлении санитарного Совета. 6) Напечатать в газетах «Накануне» и «Вестник общественной ветеринарии» письмо от Дроботомову с просьбой о присылке в Старобильскую земскую Управу документов по возбужденному им делу, с предупреждением, что молчание его в течении 2-месячного срока со дня появления письма в печати оставит первоначальное постановление Старобильского санитарного Совета в окончательном виде.

2324. Д-р Марсон, поместивший в «Archives générales de médecine» за последние годы целый ряд правдивых очерков о различных сторонах врачебной быта, равно как о выдающихся в каком-либо отношении врачебных учреждений Петербурга, напечатать в этом журнале за текущий год 2 новых статьи, касающихся России: в одной (7 августа) о знакомстве французских врачей с деятельностью Института экспериментальной медицины, при чем отмечает широкий доступ к научным занятиям в лаборатории Института женщин, в другой (14 августа) останавливается на том громадном значении, которое имели врачи в состав 1-ой, безвременной погибшей, Государственной Думы. Нельзя не присоединиться к пожеланию автора, чтобы в новой Думе врачей-депутатов было еще больше, ибо несомненно, что в силу начал, лежащих в основе работы врача, и по ширине своего образования «современный врач должен быть одним из наиболее деятельных элементов общественного организма и должен быть привлечен к политической работе».

2325. Д-р Follenfant, член французской миссии при русской армии в Манчжурин, в обстоятельной статье, напечатанной в «Archives de médecine et de pharmacie militaires», (№ 7), передает свои впечатления на счет хирургической помощи в русской армии в минувшую войну. Заключение, к которым он пришел, в общем для нас благоприятны. Статья д-ра F. содержит много интересных наблюдений относительно поражений отдельных органов. Между прочим, он отмечает тот факт, что одной из очень частых причин плохого течения ран на череп были меховые шапки-папахи, служившие источниками заражения их.

2326. 30-го сентября при торжественной обстановке, подробно описанной «The Lancet» (20 октября), было совершенно открытие памятника отцу антисептики Semmelweis'u в Budapest'и.

2327. 25-го ноября в госпиталь Saint-Antoine в Париже происходило торжество открытия памятника д-ру Hanot («La Presse médicale», 1 декабря).

2328. В Венгрии учреждена премия в 1000 крон за лучшую работу по этиологии тифа. Работы на венгерском, немецком, французском и английском языках должны быть доставлены не позже 31-го декабря 1908 г. по адресу: Ofen Pest I. Var, Belügyministerium. Премия будет присуждена на 16-м Международном Съезде врачей в сентябре 1909 г. («Medical Record», 13 октября).

2329. Нам сообщают, что в Парижском медицинском факультете будет вскоре учреждена на средства г-на Парижа новая кафедра по носовым, ушным и горловым болезням. Это—3-ья кафедра, содержание которой берет на себя городское Управление Парижа (первая 2-по хирургии и детским болезням—учреждены несколько лет назад). В связи с учреждением новой кафедры стоят студенческие волнения на факультете, принявшие такое бурное направление (бросание гнилых яиц в некоторых профессоров, свистки на лекциях и пр.), что министр народного просвещения утвердил постановление факультета о временном закрытии его до 10-го декабря. Причина беспорядков, по словам «Bulletin médical» (1 декабря),—распространившиеся среди студентов слухи, будто на вновь открываемую кафедру будет назначено лицо, не имеющее степени agrégé (соответствующей нашей доцентуре), а пользующееся покровительством городского Управления и некоторых профессоров.

2330. По «Medical Record» (27 октября), издержки, необходимые студенту-медику в Лондоне, составляют за 5 лет изрядную сумму в 900 ф. ст. За одно слушание лекций взимается 170 ф. ст.; если-же включить плату за специальные курсы, необходимые пособия, за экзамены, то составит сумма в 450 ф. ст.

2331. На Международном Съезде ларинго-ринологов в Визе, 21—25 апреля 1908 г., в память основателей научной ларинго-ринологии Türk'a и Czeghan'a, объявлены, как сообщают «Ежемесячник ушных, горловых и носовых болезней» (ноябрь), следующие доклады: 1) F. Semon'a (London) и проф. Spiess'a (Frankfurt a/M).—Общее лечение местных заболеваний верхних дыхательных путей; 2) проф. B. Fraenkel'a (Berlin) и д-ра Lermoyes — Ларингология и ринология с общей медицинской точки зрения. Преподавание и испытание по этим специальностям в разных государствах; 3) д-ров Gleitsman'a (New-York) и О. Э. Гермина (Варшава)—Лечение оторитиса верхних дыхательных путей; 4) проф. Burger'a (Amsterdam) и Gradenigo (Torino)—Распознавательное и лечебное значение Röntgen'овских лучей и радия в ларингологии и ринологии; 5) проф. Jursze'a (Heidelberg) — Международные ларингологические и ринологические Съезды; 6) проф. Onodi (Budapest) и Kuhn'a (Königsberg).—Отношение между заболеваниями носа и носоглотки и таковыми же глазами. Доклады или положения их (на немецком, английском и французском языках) должны быть доставлены секретарю Съезда (проф. M. Grossmann, Wien, IX, Garnisonstrasse, 10) не позже 31-го декабря 1907 г. Членский взнос 25 кр. (20 мар.) высылаются

казначейу Съезда (д-р Gottfried Scheff, Wien, I, Hoher Mark, 4) или может быть передан делегату отдельных ларинго-ринологических Обществ.

2332. «The Lancet» (3 ноября) считает своим старейшим предшественником английский журнал «Medicina Curiosa», 1-ый и, кажется, единственный № которого появился 17-го июня 1684 г. В нем помещены были работы английских и французских ученых на латинском языке по физике, анатомии и хирургии. Следующим по времени был выходивший в Edinburgh's с 1733 по 1744 г. журнал «Medical Essays and Observations».

2333. В New-York'a на средства г-жи Ziegler основывается 2-ой в мире журнал для слепых. По словам «Medical Record» (27 октября), журнал будет содержать статьи о новостях дня, рассказы, специальные статьи, касающиеся быта слепых, промышленный отдел и отдел корреспонденции. Будет применена метода Braille'a и New-York'sкая.

2334. В октябрьском заседании Парижской Академии наук д-р Levarditi и Sauvage сообщили о том, что они нашли блдную спирохету Schaudinn'a в лимфиче новорожденной, страдавшей наследственным сифилисом. В связи с этим, чрезвычайно интересное наблюдение стоить сообщить, сделанное д-ром Fouquet в той же Академии 19-го ноября: F. удалось обнаружить многочисленных спирохет в слюнной железе ребенка, пораженного наследственным сифилисом.

2335. На закрывшейся на днях в Budapest'и венгерской Конференции по изучению рака проф. Dollinger представил интересные статистические данные относительно распространения рака в Венгрии. Статистика раковых заболеваний в этой стране установлена была с 15/х 1904 г. %ное отношение раковых больных в городах гораздо большее, чем в деревнях. В Budapest'и на 10000 жителей приходится 12,1 таких больных. Особенно изобилует раковыми больными гор. Pressburg.

2336. В Париже вновь выплывает на сцену г. Doyen со своей противораковой смесью: на заседании Société de l'Internat des hôpitaux de Paris (22 ноября) он представил около 15 раковых больных, пользовавшихся в течении более 2-х лет его смесью. По заявлению докладчика, многие из этих больных были уже 5—6 раз названы неизлечимыми, а теперь состояние их здоровья в удовлетворительно, и опухоли у них либо подверглись обратному развитию, либо остановились в росте. Несколько присутствовавших на заседании врачей подтвердили заявление Doyen'a.—Остается пожалеть, что г. Doyen, так сильно подорвавший свою репутацию целым рядом реклам, не представил своих больных той специальной Комиссии, которая год назад была назначена хирургическим Обществом для рассмотрения его способа лечения рака. Как известно, докладчик этой Комиссии д-р Delbet 12-го июля 1905 г. представил заключение, в неблагоприятное для способа Doyen'a.

2337. По сведениям «Medical Record» (27 октября), в New-York'a 18-го октября был освящен новый отдел госпиталя Св. Луки, выстроенный на пожертвованные для этой цели Margaret Plant 500000 долларов.

2338. В «Edinburgh Medical Journal» (ноябрь) сообщаются сведения о стоимости содержания английских убийц для душевно-больных. Ежегодный расход на больницы и приюты этого рода составляет громадную сумму в 3.500000 ф. ст. Шотландские приюты обходятся ежегодно в 450000 ф. ст., тогда как устройство их стоило 4.500000 ф. ст. При устройстве каждая кровать обходится от 300 до 900 ф. ст.

2339. Дело призрака душевно-больных на Кубе в настоящее время едва-ли обстоит лучше, чем во времена Испанского владычества. При посещении национального убийца для душевно-больных в Havana'и губернатору Magoon, по словам «Medical Record» (27 октября), нашел 1660 больных обоим пола являвшихся в запущенных и полуразвалившихся строениях, рассчитанных только на 400 чел.

2340. В «New Orleans Medical and Surgical Journal» (ноябрь) приведена справка о давности применения красной селитры при лечении оспы. Ambroise Paré в 1641 г. предписывал покрывать больных оспою (и корью) тканями красного цвета. Напротив, д-р Nicolas Andry, декан медицинской школы в Париже с 1724 г. по 1726 г., не признавал, что можно избегнуть образования безобразных рубцов у оспенных, если их держать в красном освещении. Красный свет вновь получил право гражданства в 1893 г., когда был предложен проф. Finsen'ом.

2341. Умерли: 1) 23-го ноября, в Одессе, Михаил Иванович Разумовский («Одесские Новости», 24 ноября), родившийся в 1850 г., а звание врача получивший в 1875 г. Покойный 24 года был университетским врачом и много лет заведывал родильным отделением Одесской городской больницы. Товарищи покойного по болезни ршили, вместо обычного вѣнка, повѣсить портрет М. И. в новом здании родильного отделения.—2) 24-го ноября, в Москвѣ, Алексѣй Тимофеевич Ерофеев («Русскія Вѣдомости», 25 ноября), родившійся в 1863 г., а званіе врача получившій в 1891 г.—3) Леонтій Игнатьевич Колманцев («Сегодня», 23 ноября), родившійся в 1869 г., а званіе врача получившій в 1893 г.

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

## ЕЖЕНЕДЕЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Нѣмецкіе.

Münchener medizinische Wochenschrift, № 6. 1. Gruber und Futaki. Seroaktivität und Phagocytose. 2. Fischer. Die Bekämpfung der Diphtherie mit Berücksichtigung der bei einer Epidemie in einem Automatenrestaurant gemachten Erfahrungen. (Не окончена). 3. Ruppner. Ueber Pylonephritis in der Schwangerschaft. Клинический очерк. 4. Colley. Beobachtungen und Betrachtungen über die Behandlung akuteitriger Prozesse mit Bierscher Stauungshyperämie. Автор предполагает, что способ Bier'a должен стать общепотребительным. 5. Herhold. Anwendung der Stauungshyperämie bei akuten eiterigen Prozessen im Garnisonslazarett Altona. Благоприятный отзыв. 6. Minde. Zur Technik des Bierschen Verfahrens mit Stauungshyperämie. Описание приспособления к бинту. 7. Groedel II. Linksseitige Trommelschlagelfinger bei Aneurysma arcus aortae. Описание случая. 8. Bittort. Zur Pathogenese der angeborenen Stuhlverstopfung. (Hirschsprung'sche Krankheit). Описание случая со вскрытием. 9. Schiff. Röntgenstrahlen und Radium bei Epitheliom. 3 случая излечения. 10. Schilling. Operativ geheiltes Nebennierenkystom. Описание случая. 11. Sommer. Zur Kenntnis der intrauterinen Totenstarre. Внутриматочное трупное окончание встречается часто. 12. Hofmann. Umsetzung der Längsrichtung bei Extensionsverbänden im queren Zug. Описание способа вытяжения. 13. Zippel. Lagerung von unreinen Kranken auf Torfmoor. Больных недержавших мочи и кала, слѣдует помѣщать на торфяной подстилке.

№ 7. 1. Zweifel. Das Gift der Eklampsie und die Konsequenzen für die Behandlung. 2. Lockemann. Ueber den Nachweis von Fleischmilchsäure in Blut, Urin und Cerebrospinalflüssigkeit eklamptischer Frauen. Описание способов исследования. 3. Hempel. Ueber die Gewinnung einwandfreier Milch für Säuglinge, Kinder und Kranke. Описание образцового молочного хозяйства. 4. Manteufel. Statistische Erhebungen über die Bedeutung der sterilisierten Milch für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Вліяніе питанія обезжиреннымъ молокомъ на смертность дѣтей въ г. Halle. 5. Zaubzer. Die Kuhmilch. Soll und Haben dieses Nahrungsmittels für die Stadt München und deren Umgebung im Jahre 1904. Статистическія данныя о снабженіи молокомъ города Мюнхена. 6. Hecht. Eine klinische Fettprobe für die Fäzes. Описание новаго упрощеннаго способа опредѣленія жира въ испражненияхъ. 7. Herxheimer und Opificius. Weitere Mitteilungen über die Spirochaete pallida. Нѣкоторыя новыя наблюденія надъ микроорганизмомъ Schaudinn'a. 8. Helbing. Instrumententisch mit elektrischem Anschlussapparat für Hals, Nasen- und Ohrenärzte. Описание инструментарія. 9. Veiel. Ueber die Beziehungen von seelischen Empfindungen zu Herzerkrankungen. Краткое описание случая. 10. Daxenberger. Ein Fall von Zwerchfellhernie mit Magenruptur. Описание случая. 11. Kaure. Ikterus im Verlauf von Scharlach. Описание случая. 12. Fischer. Die Bekämpfung der Diphtherie mit Berücksichtigung der bei einer Epidemie in einem Automatenrestaurant gemachten Erfahrungen. Описание небольшой эпидеміи дифтерита. 13. v. Oettingen. Kriegschirurgische Erfahrungen im Russisch-Japanischen Kriege. Результаты наблюденій во время русско-японской войны.

№ 8. 1. Spiess. Die Bedeutung der Anästhesie in der Entzündungstherapie. 2. Schäfer. Beitrag zur Technik der Knie-scheideamnie. Описание шва коленной чашки. 3. Pfeiffer. Ueber die Röntgenuntersuchung der Trachea bei Tumoren und Exudat im Thorax. 4. Berndt. Zur Radikaloperation des Schenkelbruchs. Описание способа операціи бедренной грыжи. 5. Dreyfus. Ueber traumatische Pupillenstarre. При всѣхъ заболѣваніяхъ, сопровождающихся отсутствіемъ рефлекса зрачка, имѣется заболѣваніе спинного мозга. 6. May. Eine neue Methode der Romanowsky-Färbung. 7. Tomaszewski und Erdmann. Ueber neue Haarfärbemittel. Новое средство для окраски волосъ — Engalol. 8. Adam. Ein Fall von Abduzenslähmung nach Lumbalanästhesierung. Описание случая. 9. v. Hueber. Eine seltene Ursache innerer Einklemmung. Ущемленіе части двудвздошной кишки въ петлю, образованную правой трубкой и ея сращениями. 10. Knauer. Progressive Paralyse? Случай сомнамбулизма у сифилитика. 11. Bracco sen. Orthopädie des Bauches. Описание брюшныхъ повязокъ. 12. Neupauer, Werner. Photoaktivität der Gewebe als Faktor der biologischen Strahlenwirkung. Полемиическая замѣтка.

№ 9. 1. Gierke. Das Verhältniss zwischen Spirochaeten und dem Organen congenital syphilitischer Kinder. Авторъ нашелъ въ 5 случаяхъ врожденнаго сифилиса спирохеты Schaudinn'a. 2. Finkelnburg. Neurologische Beobachtungen und Untersuchungen bei der Rückenmarksanästhesie mittels Kokain und Stovain. Дѣйствія кокаина и стовина при спинномозговомъ обезболеніи. 3. Pith. Ueber die hohe Mortalität der Perityphlitis

während der Schwangerschaft. 4. Waldvogel und Mette. Die Autolyse in menschlichen fettig degenerierten Organen. При аутолизѣ и при жировомъ перерожденіи происходитъ уменьшеніе лецитиновъ и увеличеніе количества жировъ и холестерина. 5. Koellreutter. Die Erfolge der Desauillischen Operation des Kieferhöhlenempyems. Операція Desauill признается цѣлесообразной. 6. Vörner. Ueber Lymphangiektomia auriculi. Описание случая. 7. Peters. Die Behandlung nervöser Leiden mit Boryval. Препаратъ безвреденъ и хорошо дѣйствуетъ какъ успокаивающее средство. 8. Giese. Ueber isolierte, subkutane Fissuren der langen Röhrenknochen. Описание случая. 9. Riedel. Zur weiteren Kasuistik der Bauchkontusion. Описание случая. 10. Burgl. Ueber tödliche innere Bismutvergiftung und insbesondere den Sektionsbefund bei derselben. Случай отравленія бисмутомъ со смертельнымъ исходомъ. 11. Gernsheimer. Eine neue Inhalationsvorrichtung. Приспособленіе для вдыханія. 12. Hertka. Fingerfreies Einfädeln. Пинцетъ для введенія нитки въ глазъ. 13. Stüve. Behrings Diphtherie-Serum und Homöopathie. Случай небрежнаго лѣченія дифтеріа гомеопатомъ. 14. Fischer. Zur Behandlung des Schwachfusses in der Armee. Полемиическая статья о лѣченіи потливости. 15. Goldschmidt. Die Pest auf Madeira. Eine epidemiologisch-kulturhistorische Skizze.

№ 10. 1. Mangold. Die neurogene und myogene Theorie des Herschlags. (Не окончена). 2. Lichtenstein. Das Wasser als Feind der Röntgenaufnahme. 3. Biegler. Neuere Reaktionen auf Azetessigsäure. Видомѣненіе реакціи Arnold'a (довольно сложное). 4. Hoffmann. Ueber Aktinomykose des Kehlkopfes und des Kopfnickers. Описание случая. 5. Kümmell. Beitrag zur Kenntnis der tuberkulösen Erkrankung des Oesophagus. Описание случая. 6. Doerfler. Ein weiterer Fall von Pubiotomie. Описание случая примѣненія F лоннаго сѣченія. 7. Dörner. Probefrühstück oder Probemittelsagen. 8. Gnosig. Zur Kenntnis der Tetanie intestinalen Ursprungs. Описание случая. 9. Schütz. Bemerkung zu dem Aufsatz: «Ein neues Sieb für Fäzesuntersuchungen. Небольшая замѣтка. 10. Berghaus. Entgegnung auf die Notiz von Dr. Conrad über Typhusbacillus und Bacillus faecalis alcaligenes. Полемиическая статья. 11. Altschüller. Bemerkungen zu derselben Arbeit. Полемиическая статья. 12. Conrad. Schlusswort zu obigen Bemerkungen. Полемиическая статья. 13. Kreuzfuhs. Ueber traumatische Pupillenstarre. 14. Oppenheimer. Ueber die Errichtung von Beratungsstellen für Mütter von Säuglingen in München. О необходимости устройства особаго амбулаторія для подачи совѣта матерямъ грудныхъ дѣтей.

№ 11. 1. Graeffner. Einige Studien über Reflexe besonders an Hemiplegikern. Клиническія наблюденія надъ вытѣненіемъ рефлексовъ у гемиплегиковъ. 2. Ehrlich. Die Behandlung akuter und chronischer Rötterungen mit Phenolkampfer. 3. Schwalbe. Ueber Extremitätenmissbildung. Описание нѣсколькихъ случаевъ уродства конечностей. 4. Krokiewicz. Eine sehr empfindliche Reaktion auf Gallenfarbstoffe. 5. Glas. Milzbrand des Kehlkopfes. Описание случая сибирской язвы гортани. 6. Lichtenstein. Zur Diagnose der Extrateringravidität durch Röntgenstrahlen. 7. Zenschwitz. Ueber einen Fall geheilter Magenperforation. Описание случая. 8. Alexander. Ueber Vakzinerkrankung des Auges. Описание случая. 9. Sommer. Kritisches und neues zur Therapie des Tonsillen-Abcesses. 10. Rühl. Ueber den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt nach vorausgegangenem vaginalem Kaiserschnitt. 3 случая влагалищнаго кесарева сѣченія, при которыхъ операція не оказала неблагоприятнаго дѣйствія на послѣдующіе роды. 11. Wild. Ein Beitrag zum Raffinement der Masturbation. Оваизмъ съ помощью сосновой вѣтви. 12. Szaplewski. Blutpufferrohrechen zur Erleichterung der Gruber-Widmischen Reaktion. Описание прибора для собиранія крови. 13. Mangold. Die neurogene und myogene Theorie des Herschlags. Разборъ теорій. 14. Martin. Historisches zur Frage des Einzelkelches beim Abendmahl. Къ вопросу о возможности зараженія при питьѣ изъ общей чаши во время религиозныхъ обрядовъ.

№ 12. 1. Posselt. Die Stellung des Alveolarechinokokkus. (Не окончена). 2. Trommsdorff. Die Milchsaureprobe. 3. Schütz. Mitteilungen über Spirochaete pallida (Schaudinn) und Cystorhynchus. 4. Hecker. Ueber Verbreitung und Wirkung des Alkoholkonsums bei Volks- und Mittelschülern. Исследование о дѣйствіи употребленія алкоголя на учениковъ народной и средней школы. 5. Thienger. Die neuesten Erfahrungen über Theophyllin. 6. Welsch. Beitrag zur Prophylaxe und Therapie der Appendicitis. О предупрежденіи и лѣченіи аппендицита. 7. Federschiedt. Zur Kasuistik und Therapie der Darmrupturen durch stumpfe Gewalt. Клинический очеркъ. 8. Vörner. Ueber Prurigo haemorrhagica. Описание случая. 9. Steim. Ein Fall von Koinokokkus der Leber, perforiert in die Lunge, ausgeheilt durch Rippentektion. Описание случая. 10. Ehrlich. Selbstmord durch Veronal. Случай самоубійства 15 грм. веронала. 11. Hatzler. Ein neues Kinderspitalbett. Описание кровати. 12. Wittek. Das Wasser als Feind der Röntgenaufnahme. Полемиическая замѣтка. 13. Max Nitze. Nekrolog. 14. Sutterland. Einiges über das Alltagsleben und die Volksmedizin unter den Bauern Britisch-Indiens. (Не окончена).



СХСІ. Изъ акушерской клиники проф. А. М. Макаева въ Московскомъ Университетѣ.

## Къ вопросу о разсѣченіи лонной кости \*).

Ч. пр. Н. И. Побѣдинскаго.

Мм. Гг.! 4 года назадъ въ здѣшнемъ Обществѣ я имѣлъ честь сдѣлать сообщеніе «Къ терапіи при узкомъ тазѣ». Въ настоящемъ засѣданіи я позволю себѣ опять по поводу узкаго таза остановить Ваше вниманіе на операциі, предложенной съ цѣлью расширенія его.

Операциа бокового разрѣза лонной кости носитъ названіе «pubiotomia» или, этимологически болѣе правильное, «hebotomia» (по гречески лонная кость называется τὸ τῆς ἡβῆς ὀστόν).

Въ 1894 г. *Gigli* <sup>1)</sup>, полагая, что классическая техника симфизеотоміи—не самая лучшая, предложилъ, вмѣсто нея, дѣлать разрѣзъ лонной кости сбоку отъ лоннаго соединенія. Такимъ образомъ, по его словамъ, онъ желалъ примѣнить на практикѣ старое предложеніе, которое еще въ началѣ прошлаго столѣтія сдѣлалъ *Campion de Bar-le-Duc* и которые *Stoltz* считаетъ простымъ и удобоисполнимымъ. Для производства этой операциі *Gigli* далъ соответствующій инструментъ. По мнѣнію *Van de Velde* <sup>2)</sup>, пубіотомія имѣетъ слѣдующія преимущества передъ симфизеотоміей: 1) Плоскость распила не совпадаетъ съ срединной линіей; поэтому сохраняется естественная поддержка для мочевого пузыря и мочепускательного канала. 2) Вслѣдствіе большей толщины мягкихъ частей по бокамъ труднѣе происходитъ разрывъ раны до влагалища. 3) Опасныя для жизни кровотеченія случаются рѣже, благодаря тому, что при этой операциі падаетъ похотникъ. 4) Напряженіе мышцъ—длинной приводящей и тонкой бедра (m. m. adductor longus и gracilis) мѣшаетъ чрезмерному расхожденію костей таза. 5) При существованіи 2-хъ гладкихъ поверхностей быстрое заживленіе скорѣе возможно, чѣмъ при операциі надъ суставомъ, и опасность зараженія меньше.

Только въ 1897 г. впервые на живой эту операцию произвелъ *Basilio Bonardi* <sup>3)</sup> (Lugano) въ горной хижинѣ, съ хорошимъ, не смотря на плохую обстановку, исходомъ. Въ 1899 г. операциа эта была произведена *Calderini* <sup>3)</sup> (Bologna), въ 1901 г.—*Van de Velde* <sup>2)</sup> (Haarlem) и въ 1902 г.—*Gigli* <sup>3)</sup>. Съ тѣхъ поръ пубіотомія стала быстро распространяться и, по сообщенію *Kannegieser's* <sup>4)</sup>, напечатанному въ 1906 г., въ настоящее время насчитывается 148 случаевъ ея. Въ Россіи, насколько мнѣ извѣстно, пубіотомія произведена 11 разъ [3 случая *О. І. Кутнера* <sup>5)</sup>, 1—проф. *Н. Н. Феноменова* <sup>6)</sup>, 1—*А. Л. Саалова* <sup>7)</sup>, 4—проф. *В. В. Строганова* <sup>8)</sup> и 2—*А. Р. Венера* <sup>9)</sup>].

Всякая операциа въ историческомъ своемъ развитіи большею частью переживаетъ 3 стадіи. Въ 1-ой предложенная операциа вызываетъ недовѣріе; во 2-ой она приобретаетъ все больше сторонниковъ, примѣняющихъ ее въ широкихъ размѣрахъ и нерѣдко считающихъ, что она можетъ замѣнить и вытѣснить нѣкоторыя старыя; наконецъ, въ 3-ей окончательно вырабатывается способъ ея производства, техника, показанія и противопоказанія, и тогда она занимаетъ подобающее ей мѣсто среди другихъ операций. Я полагаю, что пубіотомія въ настоящее время заканчивается 2-ую стадію развитія. Въ періодъ увлеченія ею пубіотомія считалась простой, совершенно безопасной операцией, удобной для производства не только въ клиникѣ, но и въ частной практикѣ и сохраняющей жизнь и здоровье матери и плода. Нѣкоторые еще и до сихъ поръ держатся этого мнѣнія. Однако, въ послѣднее время среди хвалебныхъ гимновъ раздаются и другіе болѣе осторожные голоса, указывающіе на различныя осложненія и даже опасности отъ этой операциі для матери и на неблагоприятные результаты ея для ребенка.

Способы производства операциі, а также ея техника

и инструменты все еще видоизмѣняются. Вмѣсто открытаго разсѣченія кости, какъ это дѣлалъ *Gigli* и *Van de Velde*, *Döderlein* <sup>10)</sup> предложилъ не разсѣкать мягкихъ частей на передней стѣнкѣ таза и производить операцию подкожнымъ путемъ. Онъ дѣлалъ горизонтальный разрѣзъ до кости у лѣваго лоннаго бугорка (tuberculum pubicum), длиной въ 2 см., вводилъ въ него по задней стѣнкѣ лонной кости указательный палецъ и выводилъ его у нижняго края низходящей лонной вѣтви въ большой губѣ; затѣмъ между пальцемъ и костью вводилъ предложенную имъ иглу, съ ея помощью проводилъ пилу *Gigli* и дѣлалъ распилъ кости.

Другіе операторы [*Walcher* <sup>11)</sup>, *Bumm* <sup>12)</sup>, *Leopold* <sup>4)</sup>] предложили дѣлать пубіотомію совершенно подкожно. Такъ, *Bumm* не разрѣзаетъ скальпелемъ мягкихъ частей, а вкалываетъ острую иглу, описанную *Stoeckel* <sup>13)</sup>, между большой и малой губой у нижняго края лонной дуги и затѣмъ, постепенно опуская рукоятку, заводитъ иглу за нижній край на заднюю поверхность кости, при чемъ указательнымъ пальцемъ со стороны влагалища слѣдитъ за концомъ иглы. Когда верхушка иглы подойдетъ къ верхнему краю лонной кости, рукоятка сильно опускается внизъ, и конецъ иглы выкалывается наружу черезъ кожу. Послѣ этого пила *Gigli* вдвѣвается въ ушко иглы и выводится въ нижнее отверстіе. Способъ этотъ, по словамъ *Bumm*'а, по простотѣ, надежности и безопасности не оставляетъ желать ничего лучшаго. Однако, противъ совершенно подкожнаго способа высказываются *Tandler* <sup>14)</sup>, *Seeligmann* <sup>15)</sup>, *Henkel* <sup>16)</sup>. Дѣйствительно, кромѣ поврежденій пузыря, которые произошли при этомъ способѣ у *Bumm*'а, а также и въ *Dresden*'ской клиникѣ, самое расширеніе таза оказывается при немъ недостаточнымъ вслѣдствіе того, что связки остаются цѣлыми и представляютъ препятствіе для расхожденія концовъ костей. Особыхъ преимуществъ подкожный способъ не имѣетъ, ибо во время распила кости на мѣстѣ вкола и выкола получаются большія отверстія съ разорванными краями.

*Tandler* во избѣжаніе кровотеченій изъ пещеристыхъ тѣлъ предложилъ разсѣкать мягкія части у нижней вѣтви лонной кости, перерѣзать ножку похотника между лигатурами или зажимами и вводить иглу подъ надкостницей. *Zweifel* <sup>17)</sup> во избѣжаніе артеріальнаго кровотеченія предложилъ замѣнить подкожную пубіотомію подкожной симфизеотоміей.

*Frank* <sup>18)</sup> при подкожномъ способѣ получилъ поврежденіе мочевого пузыря. Въ послѣднемъ своемъ случаѣ онъ разрѣзалъ мягкія части параллельно лонному соединенію и распилъ кость спереди назадъ.

Такимъ образомъ подкожное примѣненіе операциі далеко нельзя признать совершенно простымъ, безопаснымъ и надежнымъ. Для проведенія пилы изобрѣтено нѣсколько проводниковъ, что также указываетъ на несовершенство предложенныхъ до сихъ поръ инструментовъ.

Показанія къ пубіотоміи также еще не разработаны. Въ большинствѣ случаевъ операциа производилась при тазѣхъ съ истинной конъюгатой отъ 7 до 8,5 см. Въ клиникѣ *Bumm*'а нижней границей для подкожной пубіотоміи считался размѣръ въ 8 см. для плоскаго рахитическаго таза и въ 8,5—для обшесъуженнаго (*Stoeckel*, «Zeitschrift f. Gynaekologie», 1906, № 3); впрочемъ, изъ послѣдняго сообщенія *Bumm*'а (тамъ-же, № 32) видно, что даже при суженіи въ 7 см. онъ могъ, благодаря усовершенствованію способа, достигнуть хорошаго расширенія таза. *Henkel* <sup>16)</sup> считаетъ при небольшой и не очень плотной головкѣ нижнюю границу для плоскаго таза въ 6,75 см., а при обшесъуженномъ тазѣ въ 7,5 см. Въ отдѣльныхъ случаяхъ [*Rühl* <sup>19)</sup>, *Seeligmann* <sup>15)</sup>] операциа производилась при 6,5 и даже 6 см.

Чтобы рѣшить вопросъ, насколько можетъ расширяться тазъ при пубіотоміи, были произведены опыты на трупахъ. Такъ, *Van Canvenbergh* <sup>20)</sup> получилъ слѣдующіе результаты: 1) При расхожденіи концовъ костей на 3 см. истинная конъюгата увеличивается на 1, поперечный размѣръ входа на 1,4, а оба косыхъ на 1,3 см. 2) При расхожденіи на 6 см. истинная конъюгата увеличивается отъ 1,8 до 2 см.; однако при этомъ часто получается разрывъ сумки въ крестцово-подвздошномъ сочлененіи. Лишь въ нѣкоторыхъ тазѣхъ разрыва не бываетъ даже при

\* Сообщено въ головномъ засѣданіи Московскаго акушерско-

3) Нижнюю границу для пубіотоміи можно считать нѣсколько меньше, чѣмъ для симфизеотоміи, а именно 6,5 см.

*Sellheim* <sup>21)</sup> полагаетъ, что послѣ пубіотоміи получается такое же расширение таза, какъ и послѣ симфизеотоміи, если расстояние между концами костей одинаково; однако, при пубіотоміи для этого необходима сила втрое большая, чѣмъ при симфизеотоміи.

*Reifferscheid* <sup>22)</sup> изъ опытовъ на трупахъ пришелъ къ заключенію, что небольшое расхождение концовъ костей зависитъ отъ пѣлости арковой связки (lig arcuatum), а также мышцъ, прикрѣпляющихся на передней поверхности лонной кости.

Относительно *противопоказанія* въ литературѣ имѣется очень мало данныхъ. *Henkel* <sup>23)</sup> полагаетъ, что при ригидности мягкихъ частей, главнымъ образомъ влагалища, пубіотоміа можетъ вести къ опаснымъ разрывамъ послѣдняго. Онъ также противъ примѣненія пубіотоміи у тѣхъ роженицъ, у которыхъ роды очень продолжительные, часто производилось изслѣдованіе или даже наступало повышение температуры.

*Осложненія* при пубіотоміи встрѣчаются довольно часто и иногда бываютъ чрезвычайно серьезными.

У *Krömer*'а <sup>24)</sup> и *Jessen*'а <sup>25)</sup> пила *Gigli* переломилась во время операціи. *Jessen* послѣ перелома пилы произвелъ симфизеотомію.

Въ *Dresden*'ской клиникѣ кость 2 раза не была вполне распиlena и 2 раза распилъ доходилъ до овальнаго отверстія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдались болѣе или менѣе значительныя кровоточенія, происходящія частью изъ пещеристыхъ тѣлъ похотника, частью изъ внутренней срамной артеріи (*Zweifel*). *Tandler* собралъ нѣсколько случаевъ, когда для остановки кровоточенія оказалось недостаточно тампонады, и пришлось прибѣгнуть къ обкалыванію. *Zweifel* въ 2-хъ первыхъ своихъ случаяхъ при подкожной симфизеотоміи получилъ такое сильное кровоточеніе, что долженъ былъ перерѣзать мягкія части и перевязать сосуды. Нерѣдко также получались довольно большія гематомы.

Къ болѣе тяжелымъ осложненіямъ надо отнести поврежденія пузыря и разрывы влагалища, сообщающіеся съ костной раной. Поврежденія пузыря могутъ произойти: 1) вслѣдствіе пораненія пузыря иглой во время проведенія ея около лонной кости, что особенно возможно при исполнѣннѣ подкожномъ способѣ; 2) вслѣдствіе ненормально плотнаго сращенія пузыря съ ригидной и неподатливой стѣнкой влагалища, при чемъ во время расхожденія концовъ костей вмѣстѣ съ разрывомъ влагалища разрывается и пузырь; 3) вслѣдствіе ненормально плотнаго и обширнаго сращенія пузыря съ низходящей вѣтвью лонной кости и 4) вслѣдствіе непосредственнаго поврежденія стѣнки пузыря острыми краями перепиленной кости (*Rühl*).

Сообщеніе костной раны съ влагалищемъ вслѣдствіе разрыва его стѣнки надо признать осложненіемъ чрезвычайно серьезнымъ. Особенно неблагоприятны разрывы влагалища, направляющіеся къ прямой кишкѣ. Въ случаяхъ *Frank*'а получился очень глубокой разрывъ, проникавшій въ брюшину. *Rühl* описываетъ большое разрушеніе влагалища, въ рану котораго выступили концы костей, при чемъ произошелъ полный разрывъ пузыря съ обнаженіемъ внутренней поверхности.

Такимъ образомъ при пубіотоміи, какъ и при симфизеотоміи, получаютъ и кровоточенія, и поврежденія пузыря, и сквозныя раны влагалища.

Послѣ пубіотоміи почти всѣ роды заканчивались или наложеніемъ шипцовъ, или поворотомъ на ножку съ послѣдующимъ извлеченіемъ. Однако, раздаются уже голоса, что послѣ пубіотоміи слѣдуетъ выжидать произвольнаго окончанія родовъ, ибо отъ родоразрѣшающихъ операцій происходятъ тяжелыя поврежденія влагалища, а также довольно много дѣтей рождаются въ асфиксѣ.

Послѣоперационное теченіе также нерѣдко осложняется болѣе или менѣе продолжительнымъ лихорадочнымъ состояніемъ, нагноеніемъ раны и тромбозомъ венъ. Полное выздоровленіе наступаетъ не скоро: по даннымъ *Kannegiesser*'а—между 19 и 58 днями, въ среднемъ черезъ 31 день послѣ операціи.

Въ *Dresden*'ской клиникѣ лишь въ  $\frac{1}{3}$  случаевъ не было

было 8 смертныхъ исходовъ, т. е. 5,48%. *Kannegiesser* считаетъ, что только 5 умерли въ зависимости отъ операціи; такимъ образомъ получается 3,42% смертности. Однако, эту статистику нельзя признать точною, ибо известно, что о неблагоприятныхъ случаяхъ обыкновенно умалчиваютъ. Такъ, *Reeb* <sup>26)</sup> пишетъ, что въ 2-хъ клиникахъ было еще по 1 смертному случаю, но сообщеній о нихъ до сихъ поръ нѣтъ.

Смертность дѣтей у *Kannegiesser*'а нѣсколько больше 17%, при чемъ въ 1 случай послѣ пубіотоміи было произведено прободеніе.

И такъ, полученные до сихъ поръ результаты послѣ пубіотоміи вовсе не настолько благоприятны, чтобы можно было вычеркнуть изъ числа акушерскихъ операцій преждевременные роды, кесарское сѣченіе и даже прободеніе. Нельзя совѣтовать роженицъ, желающей непремѣнно имѣть живого ребенка, подвергнуться пубіотоміи, какъ исполнѣ безопасной для ея здоровья операціи и исполнѣ надежной, чтобы получить живого ребенка, такъ какъ дѣти въ нѣкоторыхъ случаяхъ рождаются мертвыми.

Въ случаяхъ, гдѣ суженіе таза ниже 7 см., а все еще примѣняю кесарское сѣченіе, при которомъ жизнь плода совершенно не подвергается опасности. Такъ, въ 1 случай рѣзкаго суженія таза я не рѣшился одѣлать пубіотомію, а произвелъ кесарское сѣченіе.

Въ 1905 г. въ клинику обратилась беременная въ 5-й разъ, 35 л., (№ 428) съ желаніемъ имѣть непременно живого ребенка, такъ какъ до сихъ поръ всѣ дѣти у нея рожались мертвыми. Изъ разспроса оказалось, что ходить она начала только съ 5 лѣтъ. 1-е и 2-е роды окончены прободеніемъ, 3-я беременность—выкидышемъ, а при 4-й—преждевременными родами, при чемъ 7-мѣсячный ребенокъ былъ извлеченъ съ большимъ трудомъ послѣ поворота на ножку. Размѣры таза: 30, 26, 27, 15; диагональная конъюгата 7,5 см. При такомъ суженіи я могъ предложить роженицѣ только кесарское сѣченіе, которое и выполнялъ съ успѣхомъ. Послѣоперационное теченіе было безукоризненное. Черезъ 3 недѣли роженица выписалась вполне здоровой съ здоровымъ ребенкомъ.

Въ слѣдующемъ представившемся мнѣ случаѣ при суженіи 2-й степени я произвелъ пубіотомію.

16/IV 1906 г. въ 6 час. 45 мин. утра въ клинику поступила роженица, 24 л. (№ 438), беременная во 2-й разъ. Въ дѣтствѣ она была слабымъ ребенкомъ; ходить начала 3-хъ л. Мѣсяцы съ 19 лѣтъ, неправильно и несильно, часто запаздывали. 21-го года вышла замужъ. Въ маѣ 1904 г. родила въ 1-й разъ. Роды были трудные и окончены подъ наркозомъ операціей (какой, не знаю), при чемъ ребенокъ родился мертвымъ. Последнія мѣсяцы были 8/IX 1905 г.

Ростъ 146 см. Размѣры таза: межъ вертѣловъ 29, остей 21, гребней 24, наружная конъюгата 18, диагональная 9,5 см. Окружность живота на уровнѣ пупка 92 см. Сильныя родовыя боли начались 16/IV въ 3 часа утра. При поступленіи въ больницу была почти исполнѣ открыта; надъ входомъ въ тазъ предлежала головка въ 1-мъ затылочномъ положеніи. Въ 9 час. 40 мин. утра того-же дня прошли воды, послѣ чего головка плода, не смотря на сильныя схватки, не вступала въ тазъ. Къ 11 час. колымо сокращенія подыались очень высоко. Съ согласіемъ роженицы, въ 11 час. 30 мин. утра я приступилъ подъ наркозомъ къ пубіотоміи.

Разрѣзъ до кости, длиной въ 5 см., отступя отъ лоннаго соединенія на 2 см., по верхнему краю лѣвой горизонтальной лонной вѣтви (лоннаго бугорка опухать не удалось). Въ рану по задней поверхности лонной кости введенъ указательный палецъ, и между нимъ и костью проведена игла *Döderlein*'а. Въ мѣстѣ выхода между верхней и средней  $\frac{1}{3}$  большой губы сдѣланъ небольшой надрѣзъ, и конецъ иглы выведенъ наружу. Затылъ надѣта пила *Gigli* и выведена въ верхній разрѣзъ. Распиливъ большую часть кости, пила переломилась и была замѣнена новой, вложенной въ первый распилъ. Концы перепиленной кости разошлись на 1,5—2 см. Кровоточеніе было очень незначительное. Послѣ распила головка оставалась надъ входомъ въ тазъ. Тогда д-ромъ *I. А. Соловьевымъ* были наложены щипцы *Simpson*'а въ правомъ косомъ размѣрѣ, и дов. легко, въ 11 час. 50 мин. извлеченъ ребенокъ въ асфиксѣ. Во время извлеченія концы костей разошлись на 4 см.; во избѣжаніе очень большого расхожденія тазъ сдавливался помощниками съ обѣихъ сторонъ. Родившійся мальчикъ скорѣ оживленъ. Вѣсъ его 3680 гр., длина 55, окружность головы 36, размѣры ея 14, 11 и 10 см. Послѣ выхожденія послѣда надкостница зашита 2-мя, а кожа 5-ю швами. Въ верхній конецъ разрѣза вложенъ марлевый ватникъ, заведенный въ лонную кость; такой-же выводитъ вонъ и въ нижнюю рану. На тазъ наложена ватная повязка; по бокамъ—мѣшки съ пескомъ.

Въ первые дни дов. значительныя боли. Швы сняты на 6-й день; въ верхнемъ разрѣзѣ получился нагноеніе.

Послѣродовой періодъ осложнился двустороннимъ параметритомъ, скорѣ, впрочемъ, уступившимъ обычному теченію. На 19-й день оперированная начала сидѣть, на 27-й встала, а на 29-й вышла изъ клиники съ ребенкомъ, котораго она сама

кормила, при чемъ еще немного хромала на лѣвую ногу. При изслѣдованіи на мѣстѣ распила—костная мозоль.

Я видѣлъ оперированную чрезъ 5 мѣс. послѣ операціи: она была вполне здорова. Мѣсто распила опредѣлить было нельзя. Никакого измѣненія въ размѣрахъ таза въ смыслъ его расширения я не нашелъ.

Позволю себѣ въ заключеніе высказать нѣсколько соображеній по поводу пубіотоміи, какъ она мнѣ представляется въ настоящее время.

Чисто подкожный способъ нельзя считать вполне безопаснымъ и вполне пригоднымъ для достаточнаго расширения таза. Способъ *Döderlein*'а надо признать болѣе надежнымъ, ибо при немъ непосредственныя пораненія мочевого пузыря и неправильное направленіе распила менѣе вѣроятны.

Пубіотомія даетъ наилучшіе результаты для матери и плода при суженіяхъ не ниже 7 см. Операція эта, имѣющая въ виду сохраненіе жизни плода, можетъ замѣнить прободеніе живого плода, при чемъ матери долженъ быть представленъ выборъ между пубіотоміей, небезразличной для здоровья матери, и прободеніемъ—операціей, вполне безопасной.

Преждевременные роды нельзя исключить изъ числа акушерскихъ операцій, ибо при нихъ здоровье матери подвергается наименьшей опасности, хотя для жизни плода пубіотомія и представляется операціей болѣе надежной.

Кесарское сѣченіе, произведенное при благопріятныхъ условіяхъ, все еще должно считаться наилучшей операціей, при которой женщина съ наименьшимъ рискомъ для себя можетъ вполне разсчитывать родить живого ребенка. (Это мнѣніе я высказалъ еще 4 года назадъ).

Пубіотомія, при которой нерѣдко получаютъ серьезныя поврежденія матери, могла-бы получить полное признаніе лишь въ томъ случаѣ, если-бы неизмѣннымъ результатомъ ея было рожденіе живого ребенка. До тѣхъ поръ, пока еще не выработаны техника и способъ производства этой операціи, слѣдуетъ подождать вводить ее въ частную практику.

**Литература.** 1. *Gigli*. Lateralchnitt durch das Os pubis. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1902 г., № 48.—2. *Van de Velde*. Die Hebomie. Тамъ-же, 1902 г., № 37.—3. *См. Van de Velde*.—4. *Kannegiesser*. Beitrag zur Hebomie auf Grund von 21 Fällen. «Archiv f. Gynaekologie», т. 78, стр. 52.—5. *О. I. Куммеръ*. Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней, 1905 г., № № 9—10, стр. 1095 и 1116.—6. Проф. *Н. Н. Феноменовъ и Л. А. Кривоскій*. Тамъ-же, стр. 1155.—7. *А. Л. Сааловъ*. Случай пубіотоміи по *Tandler*у при кифотическомъ поперечно-суженіи таза. Тамъ-же, 1906 г., № 7, стр. 688.—8. Проф. *В. В. Строгановъ*. 4 случая пубіотоміи. Тамъ-же, 1906 г., № № 8—9, стр. 832.—9. *А. Р. Венеръ*. Сообщение въ Московскомъ акушерско-гинекологическомъ Обществѣ.—10. *Döderlein*. Ueber alte und neue beckenenerweiternde Operationen. «Archiv f. Gynaekologie», т. 72, стр. 275.—11. *Walcher*. Vollkommen subkutan ausgeführte Pubiotomie. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1905 г., № 36, стр. 1102.—12. *Bumm*. Die Pubiotomie mit der Nadel. Тамъ-же, 1906 г., № 32, стр. 897.—13. *Stoeket*. Symphyseotomie oder Pubiotomie. Тамъ-же, 1906 г., № 3.—14. *Tandler*. Zur Anatomie und Technik der Pubiotomie. Тамъ-же.—15. *Seeligmann*. Zur Hebomie. Тамъ-же, № 8.—16. *Henkel*. Einiges über die Pubiotomie. Тамъ-же, стр. 236.—17. *Zweifel*. Die subkutane Symphyseotomie. Тамъ-же, 1906 г., № 26.—18. *Frank*. Beitrag zur Pubiotomiefrage. «Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie», 1906 г., июль, стр. 44.—19. *Rühl*. Ueber Gefahren der Pubiotomie und Vorschläge zu deren Verhütung. Тамъ-же, 1906 г., сентябрь, стр. 299.—20. *Van Canvenberghe*. Elargissement du bassin par la pubiotomie. «L'obstétrique», 1905 г., январь, стр. 1.—21. *Sellheim*. Die Beckenerweiterung nach Hebomie u. Symphyseotomie. «Verhandlung d. deutschen Gesellschaft f. Gynaekologie», 1905 г. 11 Versammlung, стр. 643.—22. *Reifferscheid*. Zur Indication und Technik der Pubiotomie. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1906 г., № 12, стр. 351.—23. *Henkel*. Ueber die Pubiotomie. «Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie», т. 57, стр. 113.—24. *Krömer*. Zur Frage der Beckenerweiterung bei d. Hebomie. «Centralblatt f. Gynaekologie», № 8.—25. *Jessen*. Missglückte Pubiotomie. Тамъ-же.—26. *Reeb*. Zur subkutanen Pubiotomie. Тамъ-же, № 12.

СХСII. Изъ Московскаго родовспомогательнаго Заведенія.

## О пубіотоміи.

Директора Заведенія С. С. Холмогорова.

Пубіотомія принадлежитъ къ числу новѣйшихъ операцій. Она стала замѣнять собою симфизеотомію, которая за послѣднее время все болѣе и болѣе выходитъ изъ употребленія. Симфизеотомія имѣетъ несомнѣнные достоинства въ смыслъ значительнаго увеличенія размѣровъ таза; въ особенности это касается увеличенія прямого размѣра. *Morisani* нашелъ, что истинная конъюгата съ 7 см. при расхожденіи концовъ костей на 6 см. увеличивается до 9 см., чѣмъ дается полная возможность нормальной головкѣ родиться силами природы. *Pinard*, съ своей стороны, доказалъ, что истинная конъюгата съ 6 см. увеличивается до 8,4 см., съ 8 до 9,8 см. и съ 10,8 до 12,4 см. Но при этихъ выгодахъ она даетъ слишкомъ много заболѣваний и смертельныхъ случаевъ. Такъ, у *Pinard*'а и *Bar*'а на 85 симфизеотомій болѣзнь лихорадили въ около 60%, а на 176 случаевъ *Zweifel*'а, *Küstner*'а, *Bar*'а и *Pinard*'а умерли 15 матерей—8,5%. Кроме того, при этой операціи очень часто наблюдаются пораненія мочевого пузыря и влагалища. Во избѣжаніе этого предлагали предварительно отдѣлять пузырь отъ лоннаго соединенія; но это, въ свою очередь, можетъ имѣть худыя послѣдствія для пузыря. Далѣе при этой операціи бываютъ сильныя кровотеченія, обширныя гематомы, которыя нерѣдко переходятъ въ нагноенія и влекутъ за собою тромбозъ и эмболию. Рана также далеко не всегда хорошо заживаетъ. Нерѣдко полная способность ходить восстанавливается не ранѣе 10 мѣс., а въ нѣкоторыхъ случаяхъ навсегда осталась утиная походка. Одни авторы указывали, что расширение таза, остающееся послѣ симфизеотоміи, представляетъ собою большія выгоды для слѣдующихъ родовъ. Другіе-же фиброзное соединеніе концовъ перепиленной кости, вмѣсто костнаго сращенія ея, считаютъ скорѣе недостаткомъ, а не преимуществомъ операціи.

Въ виду указанныхъ недостатковъ симфизеотоміи, замѣнивъ ея, стали прибѣгать къ другой операціи—распилю лобковой кости, ишюпубіотоміи или геботоміи, или, какъ называютъ ее въ настоящее время, пубіотоміи. Первые произвели эту операцію на трупѣ *Champion* и *Bar-le-duc* и *Stoll* 1), а *Van de Velde* 2) испыталъ ее на живой. Операція онъ дѣлалъ слѣдующимъ образомъ: проводится кожный разрѣзъ отъ лѣваго лоннаго бугорка въ слегка косомъ направленіи внутрь и внизъ и оканчивается въ кожѣ большой губы на высотѣ входа во влагалище (vestibulum vaginae). Пальцемъ отдѣляются мягкія ткани, пока не будетъ достигнутъ нижній край лобковой кости. Тогда вводится изогнутая игла, кривизна которой соответствуетъ ширинѣ лобковой кости, и концомъ плотно обводится по задней поверхности кости въ направленіи кожного разрѣза, пока остріе иглы не покажется на верхнемъ краю кости. Тогда къ ушку пилы, находящемуся на ея концѣ, привязывается пила *Gigli* и вмѣстѣ съ иглой протягивается по задней поверхности кости въ нижній уголъ раны. Затѣмъ перепиливается кость. Мышцы и фасции, которыя не были разрѣзаны ножомъ, не раздѣляются и пилюю. Послѣ перепиливанія кости обыкновенно появляется небольшая струя крови, которая тотчасъ-же останавливается тампонами изъ іодоформной марли. Отведеніемъ и поворачиваніемъ ногъ кнаружи концы костей расходятся до 4,5 см. Послѣ извлеченія ребенка концы костей сшиваются нѣсколькими узловатыми швами, которые захватываютъ надкостницу и лежація надъ ней мягкія ткани. Въ такомъ видѣ совершалась операція въ началѣ. Затѣмъ въ ней сдѣлали существенныя измѣненія.

*Döderlein* 3) совершенно отбросилъ продольный разрѣзъ. Онъ дѣлаетъ только сверху надъ лобковымъ бугоркомъ поперечное отверстіе для введенія пальца, которымъ онъ раздѣляетъ ткани, лежація на пути иглы, до кости и проводитъ иглу между пальцемъ и костью сверху внизъ по задней поверхности кости. Конечъ иглы выпячивается въ

маленькій разрывъ кожи, чтобы вывести конецъ иглы. Въ выемку на концѣ иглы надѣвается пила *Gigli*, которая выдѣтъ съ иглой протаскивается назадъ въ верхнюю рану. На оба конца пилы надѣваются рукоятки, и кость перепиливается.

Преимущества этой операціи передъ симфизеотоміей слѣдующія: 1) Распилъ лежитъ не по средней линіи; въ слѣдствіе этого естественное укрѣпленіе мочеиспускательнаго канала и мочевого пузыря остается нетронутымъ. А въ виду того, что мягкія части сбоку плотнѣе, чѣмъ въ срединѣ, разрывъ влагалища до полости раны происходитъ далеко не такъ легко, какъ при симфизеотоміи. 2) Опасныя кровотеченія происходятъ гораздо рѣже, такъ какъ лещеристыя тѣла похотника, по мнѣнію *Döderlein*<sup>3)</sup>, не ранятся. 3) Мышцы длинная отводящая и тонкая (*m. m. adductor longus* и *gracilis*) мѣшаютъ слишкомъ сильному расхожденію обѣихъ половинъ таза.

Таковы достоинства операціи, но у нея есть и извѣстные недостатки. Прежде всего обратимся къ способу заживленія костной раны.

Для выясненія вопроса относительно срастанія концовъ костей *Sellheim*<sup>4)</sup> дѣлалъ опыты надъ способами заживленія подкожныхъ костныхъ ранъ тазового кольца у беременныхъ суекъ. Результатъ этихъ опытовъ былъ слѣдующій. Черезъ 6 недѣль ткани, лежащая на задней поверхности лобковой кости, остается безъ измѣненій. Сама рана представляется зажившей съ расхожденіемъ концовъ костей на 1 см. Мѣсто между поверхностями распила оказывается выполненнымъ плотной соединительной тканью. На передней поверхности перепиленной лобковой кости находится чрезвычайно плотная, въ 2 см. шириной и 1 см. толщиной, новообразованная мозолистая ткань, скрипящая подъ ножомъ. Ткань эта такъ плотно окружаетъ концы костей, что при прощупываніи при жизни, а также на вскрытіи производитъ впечатлѣніе выюли крѣпкаго соединенія. При примѣненіи большой силы на вырванномъ препаратѣ возможны смѣщенія въ смыслѣ расширенія и суженія костнаго кольца, а также и смѣщенія параллельно поверхности распила.

То, что получено при опытахъ на животныхъ, подтверждается и на человѣкѣ, потому что *Döderlein*<sup>3)</sup>, *Krönig*<sup>5)</sup> и *Kannegiesser*<sup>6)</sup> на снимкахъ *Roentgen*'овскими лучами не могли установить появленія костной мозоли на мѣстѣ распила, хотя у послѣдняго оперированныя могли ходить и стоять на одной ногѣ уже на 14-й день.

Здѣсь интересно отмѣтить, какъ текутъ слѣдующіе роды у женщинъ, у которыхъ при предыдущихъ родахъ была сдѣлана пубіотомія. Повторные роды послѣ пубіотоміи описаны до сихъ поръ только одинъ разъ [*K. Reifferscheid*<sup>7)</sup>].

Роженица беременная въ 3-й разъ. Размѣры таза: между остей 29, между гребней 29,5, наружная конъюгата 16,5, диагональная 9,5, истинная 8 см. При 2-хъ родахъ была сдѣлана подкожная двѣсторонняя пубіотомія, внутренній поворотъ на ножку и извлеченіе. При изслѣдованіи при 3-хъ родахъ оказалось, что прямой размѣръ увеличился: наружная конъюгата 17, истинная 8,5 см. Концы костей на мѣстѣ бывшаго распила нѣсколько сдвинулись и не совпадаютъ. Замѣчается узкая перпендикулярная борозда на задней поверхности тѣла лѣвой лобковой кости. При полномъ открытіи, цѣлыхъ водахъ и головкѣ, стоящей надъ входомъ, сдѣланъ поворотъ на ножку, и плодъ извлеченъ безъ всякихъ затрудненій. Вѣсъ плода 3000 грм., окружность головки 34,5, межбрюшной размѣръ 9,5, межвисочный 7,5 см. По рожденіи плода на мѣстѣ бывшаго распила наблюдалось расхожденіе концовъ костей на ширину поперечнаго пальца. Послѣродовой періодъ—гладкій.

Такимъ образомъ на мѣстѣ распила образовался фиброзный рубецъ, который размягчился во время беременности, и концы костей разошлись. Случай этотъ показываетъ, что послѣ подкожной пубіотоміи, какъ и послѣ симфизеотоміи, слѣдующіе роды могутъ окончиться силами природы, если образуется фиброзный рубецъ, а не костная ткань.

Теперь надо рѣшить вопросъ относительно увеличенія размѣровъ таза послѣ пубіотоміи, такъ какъ нѣкоторые указываютъ, что при этой операціи тазъ не увеличивается въ своихъ размѣрахъ настолько, насколько онъ увеличивается при симфизеотоміи.

Для рѣшенія этого вопроса *Sellheim*<sup>4)</sup> дѣлалъ сравнительныя измѣренія на трупахъ и доказалъ, что приростъ мѣста при одинаковомъ расхожденіи расширенныхъ концовъ кости какъ при симфизеотоміи, такъ и при пубіотоміи одинаковъ. Для расширения таза довольно безразлично, разойдется-ли костное кольцо именно въ лонномъ соединеніи или на 1—2 см. въ сторонѣ отъ него. Особенно сильной асимметріи послѣ пубіотоміи не на-

ступаетъ. Но при измѣреніи динамометромъ доказано, что при подкожной пубіотоміи для полученія такого-же расширенія, какъ при симфизеотоміи, нужна вътрое большая сила.

Съ своей стороны, *Stöckel*<sup>8)</sup> въ опытахъ на трупахъ опредѣлилъ расхожденіе костей при подкожной пубіотоміи въ 2—2,5 см. При разрывѣ мягкихъ частей расхожденіе увеличивается на 0,5 см. Изъ этого онъ заключаетъ, что при пубіотоміи получается меньшее увеличеніе пространства, чѣмъ при симфизеотоміи.

*Rosenfeld*<sup>9)</sup> на основаніи опытовъ съ тазами, взятыми изъ свѣжихъ труповъ, пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Каждый тазъ обнаруживаетъ извѣстную (истинная конъюгата до 6 мм.) способность къ расширенію въ слѣдствіе естественной упругости костей и подвижности сочлененій, и это расширеніе увеличивается еще болѣе при пубіотоміи и симфизеотоміи. 2) Нѣтъ особой разницы въ расширеніи таза при пубіотоміи и симфизеотоміи. 3) Расширеніе таза бываетъ различнымъ, смотря по формѣ узкаго таза: при плоскомъ тазѣ увеличеніе происходитъ на счетъ истинной конъюгаты и обѣихъ косыхъ размѣровъ; при общеравномѣрно суженномъ и общесуженномъ плоскомъ—силнѣе увеличивается косою раздѣръ, противоположный пубіотомированной сторонѣ. 4) При общеравномѣрно суженномъ тазѣ расширеніе происходитъ болѣею частью на счетъ крестцово-подзвездного сочлененія пубіотомированной стороны.

*Kroemer*<sup>10)</sup> опытами на трупахъ показалъ, что степень расхожденія концовъ распиленной кости зависитъ и отъ положенія ногъ роженицы: при наибольшемъ отведеніи и поворотѣ наружи согнутыхъ въ коленномъ суставѣ ногъ расхожденіе костей достигаетъ 3 см.; при наибольшемъ расхожденіи концовъ перепиленной кости рука, введенная во влагалище, обнаруживаетъ суженіе въ выходѣ, которое исчезаетъ при приведеніи ногъ къ животу. Такимъ образомъ при пубіотоміи всего полезнѣе такое положеніе ногъ роженицы, при которомъ бедра находятся въ состояніи среднемъ между отведеніемъ и поворотомъ наружи, а во время выхожденія головки надо ноги роженицы нѣсколько свести.

Изъ этого видно, что увеличеніе размѣровъ таза при пубіотоміи можетъ быть приблизительно такимъ-же, какъ и при симфизеотоміи; но для этого требуется прибѣгать къ значительно болѣе сильнѣ, чѣмъ при симфизеотоміи. А это далеко не всегда желательно, и многіе предпочитаютъ отъ примѣненія значительной силы, между тѣмъ какъ безъ употребленія ея часто не достигается та цѣль, для которой и дѣлается пубіотомія, а именно полученіе живого ребенка.

Какъ на недостатокъ пубіотоміи сравнительно съ симфизеотоміей, указываютъ на то обстоятельство, что при первой операціи почти всегда роды оканчиваются искусственно, а при симфизеотоміи нѣрѣдко и силами природы. Описаны попытки предоставить роды произвольному теченію.

Такъ, *Döderlein*<sup>3)</sup> въ одномъ случаѣ по окончаніи пубіотоміи предоставилъ дальнѣйшее теченіе родовъ силамъ природы. При этомъ было сдѣлано слѣдующее наблюденіе. Не смотря на сильныя схватки, головка долго не опускалась въ тазъ, пока не была разрѣзана повязка изъ пластыря съ одной стороны, наложенная послѣ пубіотоміи. Тогда головка тотчасъ-же опустилась, при чемъ край разрѣзанной пластырной повязки разошелся на 3 пальца. Произвольные роды наступили черезъ 6 час. послѣ операціи. Ребенокъ родился живой, вѣсомъ въ 3600 грм., длиною въ 50 см. У роженицы былъ общесуженный рхитическій тазъ съ истинной конъюгатой въ 8 см.

*Henkel*<sup>11)</sup> предлагаетъ при узкомъ тазѣ дѣлать пубіотомію въ самомъ раннемъ періодѣ родовъ—въ періодѣ открытія. Если распилъ кости прошелъ гладко, то можно ждать произвольнаго окончанія родовъ, пока не возникнутъ какія-либо осложненія, требующія искусственнаго родоразрѣшенія. *Bumt*<sup>12)</sup> совѣтуетъ, въ особенности у первородящихъ, по возможности, дожидаться произвольнаго окончанія родовъ во избѣжаніе травмы мягкихъ частей. *Kannegiesser*<sup>6)</sup> считаетъ нецѣлесообразнымъ ожидать произвольнаго родоразрѣшенія. Онъ даже сомнѣвается, могутъ-ли схватки и жимы послѣ пробужденія изъ наркоза имѣть столько силы, чтобы во всѣхъ случаяхъ сдѣлать расширеніе таза достаточнымъ. *Seeligmann*<sup>13)</sup> высказывается противъ того, чтобы предоставлять родамъ произвольное теченіе: послѣ совершенной операціи роженица должна быть разбужена для новыхъ родовыхъ мукъ, чтобы потомъ опять подвергнуться новой операціи. Кроме того, во время ожиданія плодъ можетъ умереть, такъ что при подготовленныхъ родовыхъ путяхъ у многоплодныхъ лучше сейчасъ-же кончать роды. Какъ на курьезъ, можно указать на случай *Вангерсен*'а<sup>14)</sup>, который черезъ 30 часовъ послѣ пубіотоміи долженъ былъ наложить щипцы на головку.



Такимъ образомъ послѣ пубіотоміи въ огромномъ большинствѣ случаевъ роды оканчиваются операцией.

Изъ другихъ недостатковъ пубіотоміи отмѣчаютъ, между прочимъ, то, что рана находится не на срединѣ и проводится невдалекѣ отъ большихъ сосудовъ бедра, которые при неловкомъ веденіи иглы или пилы, будто-бы, могутъ быть поранены. Мнѣ думается, что этого осложненія всегда можно избѣжать, если только быть мало-мальски осторожнымъ.

Далѣе, указываютъ на частое пораненіе при пубіотоміи пещеристыхъ тѣлъ похотника, изъ которыхъ бываютъ кровотечения. *Tandler* <sup>15)</sup> считаетъ эти кровотечения даже неизбежными. Онъ нашелъ, что пещеристыя тѣла похотника такъ тѣсно соединены съ надкостницей и передней поверхностью лобковой кости, что игла не можетъ пройти около послѣдней, не поранивъ ихъ. Распиленные части кости также не могутъ разойтись безъ дальнѣйшаго поврежденія пещеристыхъ тѣлъ. Поэтому кровотечение въ каждомъ случаѣ должно быть, но бываетъ или сильнымъ, или слабымъ, смотря по развитію пещеристыхъ тѣлъ у данной больной. Особенно сильное кровотечение получается тогда, когда случайно ранится венное сплетеніе или луковича преддверія. Во избѣжаніе сильнаго кровотечения *Tandler* совѣтуетъ предварительно отдѣлать ножку похотника (*crus clitoridis*) и проводить иглу поднадкостнично. *Seeligmann* <sup>13)</sup> дѣлаетъ 2 разреза сверху и снизу кости и во избѣжаніе кровотечения изъ нижней раны тупымъ путемъ отдѣлаетъ пещеристое тѣло отъ кости, послѣ чего уже проводитъ иглу. Но вообще сильныхъ, угрожающихъ жизни кровотеченій не наблюдалось. Такъ, въ клиникѣ *Olschhausen'a* [*Henkel* <sup>11)</sup>] было сдѣлано 9 пубіотомій, и ни въ одномъ случаѣ не наблюдалось кровотечения, которое-бы не уступило прижатію. Болѣе значительныя кровотечения чаще бываютъ отъ случайныхъ осложненій—поврежденія пузыря, разрыва влагалища и т. д.

Иногда послѣ этой операціи наблюдаются гематомы. У *Kannegiesser'a* <sup>6)</sup> на 23 случая пубіотоміи въ 4-хъ образовалась гематома, ни въ одномъ изъ нихъ не перешедшая въ нагноеніе.

Гематомы текутъ сравнительно не важно; но гораздо хуже теченіе тромбоза венъ; при немъ замедляется выздоровленіе и появляется опасность эмболии легкихъ [*Blumenreich* <sup>16)</sup>]. У *Kannegiesser'a* <sup>6)</sup> 1 разъ наблюдался тромбозъ бедренной вены.

Наблюдалось и разрывъ влагалища, сообщавшіеся съ костной раной. У *Kannegiesser'a* <sup>6)</sup> на 23 пубіотоміи было 3 случая разрыва влагалища. Это осложненіе происходитъ не отъ пораненія инструментами, а отъ употребленія сравнительно большой силы при проведеніи головки щипцами: ткани растягиваются далѣе предѣла своей упругости и рвутся.

Пораненіе пузыря наблюдалось и при этой операціи, но сравнительно рѣдко. Такъ, у *Kannegiesser'a* <sup>6)</sup> на 23 случая пубіотоміи это осложненіе отмѣчено 4 раза. Причина—таже, т. е., повидимому, значительное и быстрое расхождение концовъ кости.

Заболѣваемость послѣ этой операціи очень значительная; напр., у *Kannegiesser'a* изъ 23 случаевъ безлихорадочно протекали только 7, т. е. въ 69,56% оперированныя лихорадили.

Смертность также при этой операціи не мала: изъ 13 оперированныхъ *Bumm'*омъ 1 погибла отъ гнилокровія, остальные выздоровѣли [см. у *Stoeckel'a* <sup>21)</sup>]. *O. I. Kumer* <sup>17)</sup> опредѣляетъ смертность на 46 собранныхъ имъ случаевъ въ 4,3%. *Kannegiesser* <sup>6)</sup> нашелъ въ литературѣ 146 случаевъ пубіотоміи, изъ коихъ 8 окончились смертью, т. е. смертность 5,8%.

Смертность дѣтей при этой операціи также не мала. У *Döderlein'a* <sup>18)</sup> въ 16 случаяхъ произведенной имъ пубіотоміи 15 разъ дѣти родились живыми, 16-ый ребенокъ былъ извлеченъ щипцами *Tarnier* въ асфиксіи и не оживленъ. Изъ 23 дѣтей *Kannegiesser'a* всего 19 получены и выписаны живыми (82,61% живыхъ и 17,39% мертвыхъ). Одинъ ребенокъ погибъ во время родовъ (лицевое положеніе, старая первородящая, истинная конъюгата 7,5 см.; шипцы были введены въ малую тазовую полость, но не могли пройти).

Другой вслѣдствіе тугаго обвитія пуповины извлеченъ въ глубокой асфиксіи и не оживленъ. Двое родились въ асфиксіи и умерли вскорѣ послѣ родовъ.

Скажу теперь нѣсколько словъ объ условіяхъ для производства этой операціи. Первымъ условіемъ должна быть несомнѣнно доказанная жизнь плода, далѣе—желаніе матери имѣть живого ребенка. Но надо замѣтить при этомъ, что, какъ то видно изъ приведенной литературы, не всегда можно быть увѣреннымъ, что ребенокъ получится живымъ. Непременное условіе также—полное открытіе матки. Желательно, но необязательно, чтобы случай былъ асептическимъ. Многие требуютъ предварительнаго наложенія щипцовъ и только въ случаѣ неудачи этой операціи рекомендуютъ переходить къ пубіотоміи. Я не могу съ этимъ согласиться, такъ какъ подобныя попытки могутъ лишь ухудшить предсказаніе при этой операціи. Другіе, напр. *Döderlein*, совѣтуютъ дѣлать поворотъ при малѣйшей возможности и потомъ присоединять извлеченіе, указывая, что этимъ облегчается прохожденіе головки плода черезъ тазъ. Но это далеко не всегда возможно, напр., при кольцѣ сокращенія, раннемъ излитіи водъ и другихъ противопоказаній къ повороту.

Показаніемъ къ производству пубіотоміи служить узкій тазъ. При этомъ размѣры истинной конъюгаты колеблются у разныхъ авторовъ въ очень широкихъ предѣлахъ. Такъ, нѣкоторые, напр. *Franqué* <sup>19)</sup>, *Henkel* <sup>11)</sup> принимаютъ за наименьшій размѣръ 6,75 см., другіе—значительно выше. Въ виду того, что операція совершается исключительно въ интересахъ плода и, если получить при ней ребенка мертвымъ, теряетъ всякій смыслъ, мнѣ думается, что ее не слѣдуетъ дѣлать при слишкомъ узкихъ тазахъ. Чтобы получить живого ребенка, *Flenkel* <sup>20)</sup>, прибѣгающій къ пубіотоміи при 6,75 см. истинной конъюгаты, ставитъ условіемъ, чтобы головка плода была невелика и нетверда. Соблюсти это условіе, какъ всякому понятно, очень трудно. Мнѣ кажется, правильнѣе взгляды *Stoeckel'a* <sup>21)</sup>, который считаетъ при плоскорахитическомъ тазѣ истинную конъюгату въ 8 см., а при общесуженномъ въ 8,5 см. за низшія границы для подкожной пубіотоміи.

Прежде дѣлали пубіотомію исключительно у многородящихъ, у которыхъ прежніе роды были тяжелые, оканчивались оперативно и сопровождалась смертью плода, если при томъ теченіе настоящихъ родовъ указывало на необходимость окончить роды прободеніемъ живого ребенка. Въ настоящее время пубіотомію дѣлаютъ и у первородящихъ.

Перехожу теперь къ описанію моего случая.

№ 2293 журнала за 1906 г. Московскаго родовспомогательнаго Заведенія, А. К. Ф., 26 л., двѣца, крестьянка, средняго сложенія, ростомъ въ 155 см., беременная въ 6-ой разъ. 4 раза родила очень трудно мертвыхъ дѣтей, 1 разъ—живого недоношеннаго ребенка, который вскорѣ умеръ. Первые мѣсячныя на 14-мъ году; затѣмъ приходили черезъ 4 недѣли и длились по 4 дня. Послѣднихъ мѣсячныхъ и перваго движенія плода не помнить. Поступила въ родовспомогательное Заведеніе 13/ix 1906 г. въ 5 час. утра. Роды начались наканунѣ, 12/ix, въ 8 час. веч. Воды прошли до прибытія. Поступила съ открытіемъ матки на 3 пальца. Предложить головку. Полное открытіе матки 13/ix въ 12 час. 40 мин. пополудни. Судорожныя боли. Вырскиваніе  $\frac{1}{4}$  грама солянокислаго морфія. Размѣры таза: 30, 26, 28, 18, 10, истинная конъюгата 8—8,5 см. Окружность живота 94 см.

Въ виду неподвижнаго стоянія головки въ переднетемянномъ вставленіи, съ большой родовой опухолью, при совершенно ясномъ сердцебиеніи плода, черезъ 6 час. послѣ полного открытія матки рѣшено было окончить роды щипцами, сдѣлавъ предварительно пубіотомію. На операціонномъ столѣ, подъ хлороформомъ, послѣ тщательнаго обеззараживанія сдѣланъ скальпелемъ разрезъ, длиною въ 1,5—2 см., въ поперечномъ направленіи надъ лѣвыми лобковыми бугоркомъ почти до кости. Затѣмъ пальцемъ отдѣлены мягкія части, и по задней поверхности лобковой кости тотчасъ внутри отъ лобкового бугорка, введена подъ руководствомъ пальца игла *Döderlein'a*. Конецъ иглы направленъ между большой и малой лѣвыми губами. Здѣсь онъ выведенъ наружу однимъ проколомъ кожи изнутри безъ разреза. Направленіе хода иглы—сверху внизъ и слегка кънутри близъ подлобкового бугорка (*tuberculum subpubicum*) (по *Van de Velde*). На выведенный изъ нижней раны конецъ иглы, на выемку ея, надѣта пила *Gigli*, которая съ иглою за рукоятку извлечена черезъ рану надъ лобковой костью. Тогда одинъ конецъ пилы выходилъ изъ отверстія надъ лобковой костью, другой—изъ отверстія между большой и малой губами. На концы пилы наложены щипцы, которыми производилось извлеченіе.

узнать по тому, что прекратилось сопротивление кости. Пила удалена. Изъ верхней и нижней раны показалось дов. много крови. Зажатіемъ пальцами равн. кровотечение остановлено. Концы кости разошлись не болѣе, чѣмъ на 0,5 см. Тогда на головку, стоящую во входѣ таза, наложены дежурнымъ врачомъ д-ромъ *Биллемъ* щипцы *Tarnier*, которые обнаруживали наклонность къ сдвигу, а между тѣмъ головка не сдвигалась. Въ виду этого щипцы *Tarnier* были замѣнены щипцами *Busch's*. 8—9 сильными влеченіями головка была сдвинута къ выходу. Здѣсь она перешла въ задній видъ темяного положенія. Щипцы сняты. Головка выведена ручными приемами. Сначала вышелъ лобъ изъ-подъ лоннаго соединенія, потомъ затылокъ изъ-за промежности, наконецъ лицо изъ-подъ лоннаго соединенія. Ребенокъ по рожденію тотчасъ вздохнулъ, но для полнаго оживленія его, появленія перваго крика пришлось прибѣгнуть къ способу *Schultze* и погружать его въ теплую и холодную воду въ теченіи 15 мин. Послѣдъ вышелъ самъ собою черезъ 15 мин. Выполаскиваніе матки лизоломъ. Во время влеченій концы кости расходились болѣе, чѣмъ на 2 пальца, а послѣ сблизились сами собой до 0,5 см. Во время извлеченія головки щипцами произошелъ продольный разрывъ слизистой оболочки влагалища отъ мѣста выкола иглы между большой и малой губами, приблизительно на  $\frac{1}{2}$  высоты влагалища. Разрывъ этотъ сообщался съ костной раной; на нижній отдѣлъ его и на малую губу наложено 5 шелковыхъ швовъ; въ верхній отдѣлъ разрыва введена до костной раны полоска іодоформной марли. Сжимающая повязка на тазъ. Ледъ на животъ.

Ребенокъ—мужского пола, хорошо развитой, вѣсомъ въ 4400 грм. Длина всего тѣла его 56 см. Окружность головки 42 см. Прямой размѣръ головки 11, малый косой 9, большой косой 13, вертикальный 10, большой поперечный 9, малый поперечный 8 см. Поперечникъ плечиковъ 11, ягодницъ 10 см. Окружность груди 33 см.

Въ послѣродовомъ періодѣ больная перенесла дов. значительный эндометритъ. Температура поднялась со 2-го дня и держалась на лихорадочныхъ цифрахъ до 16-го дня, при чемъ нѣсколько вечеровъ была выше 39°; затѣмъ съ 17-го дня она стала нормальной. Лѣченіе эндометрита состояло главнымъ образомъ въ выполаскиваніи матки лизоломъ.

Ставящая повязка была перемотана въ первый разъ на 5-ый день. Подниманіе и перекладываніе больной вызывало у нея сильную боль въ тазу и въ особенности въ лѣвой ногѣ. Слѣдующая перемотка повязки, на 8-ой день, была уже гораздо менѣе болѣзненна, а на 12-ый день и совершенно безболѣзненна.

Первые дни боль въ нижней части живота и въ лобковой кости была такая сильная, что до 5-го дня включительно мы были вынуждены ежедневно впрыскивать по разу по  $\frac{1}{6}$  гр. солянокислаго морфия; въ слѣдующіе 2 дня боль значительно уменьшилась, а затѣмъ и совершенно исчезла.

Выпускать мочу пришлось первые 8 дней; послѣ этого оперированная стала мочиться сама.

На 3-й день поставлено промывательное. Прослабило очень мало; отошли лишь газы. На 5-ый день дали кастороваго масла. Прослабило обильно. Затѣмъ промывательныя ставили черезъ день.

На 19-ый день оперированной разрѣшено сидѣть. На 21-ый она встала. Первое время чувствовала слабость въ ногахъ, но потомъ стала свободно ходить, и походка ея ничѣмъ не отличалась отъ нормальной.

14-х она выписалась здоровой съ здоровымъ ребенкомъ, котораго она сама кормитъ. При изслѣдованіи найдено: матка хорошо сокращена, лежитъ правильно, нечувствительна, подвижна; во влагалищѣ рубцовъ нѣтъ; лѣвая стѣнка влагалища на небольшомъ протяженіи припаяна къ стѣнкѣ таза; во входѣ во влагалищѣ—надрывъ лѣвой малой губы; на мѣстѣ разрыва надъ лѣвыми лобковыми бугоркомъ—рубецъ, припаянный къ кости.

Подводя итоги, я-бы могъ сказать, что пубіотомія—операция въ техническомъ отношеніи нетрудная, но по часто сопровождающимъ ее осложненіямъ очень и очень серьезная и должна находиться въ рукахъ специалистовъ и производиться въ благоустроенныхъ заведеніяхъ. Осложненія, и при томъ очень тяжелыя, могутъ нерѣдко случаться даже у опытныхъ операторовъ, производящихъ эту операцию не въ первый разъ. Остановка сильныхъ кровотеченій въ частномъ домѣ—всегда дѣло трудное. Далѣе, эта операция требуетъ довольно значительнаго числа опытныхъ помощниковъ, въ особенности при осложненіяхъ.

Можно думать, что пубіотомія едва-ли скоро совсѣмъ изгонитъ изъ употребленія, какъ это многіе думаютъ, прободеніе живого ребенка, кесарское сѣченіе при относительныхъ показаніяхъ и искусственные преждевременные роды. На это можно рассчитывать лишь тогда, когда удастся значительно сократить смертность матерей. Въ настоящее-же время, не говоря уже о массѣ осложненій при пубіотоміи, когда заботѣемость послѣ нея равна 60,56%, а смертность—5,80%, и когда въ то-же время

заботѣемость послѣ прободеній, напр. у *Karnegiesser's*, даже въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ, чѣмъ взяты для пубіотоміи, равна нулю, трудно отказаться отъ прободенія: всегда найдутся роженцы, которымъ, въ виду ихъ тяжелого состоянія, можно предложить только такую легкую операцию, какъ прободеніе живого ребенка.

Искусственные преждевременные роды также будутъ примѣняться у женщинъ, обращающихся за помощью заблаговременно, особенно въ виду прекрасныхъ результатовъ для матерей и сравнительно удовлетворительныхъ для дѣтей. Смертность матерей по статистикѣ *Wider's* <sup>22)</sup>, выведенной изъ 2200 случаевъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, равна только 1,4%, при этомъ дѣти выпианы живыми изъ родильныхъ домовъ въ 80,20%.

Относительно вѣтѣсенія этой операціей кесарскаго сѣченія при относительныхъ показаніяхъ высказать окончательное сужденіе крайне трудно. Опасность для жизни женщины при пубіотоміи значительная, даже, пожалуй, болѣе значительная, чѣмъ при кесарскомъ сѣченіи. По теперешнимъ статистикамъ смертность послѣ пубіотоміи равна 5,80% [*Karnegiesser's* <sup>6)</sup>], а послѣ кесарскаго сѣченія равна 5 для чистыхъ случаевъ [*Bumm* <sup>23)</sup>]. Относительно смертности дѣтей сравненіе клонится еще болѣе не въ пользу пубіотоміи: при кесарскомъ сѣченіи, за рѣдкими исключеніями, дѣти рождаются живыми, а при пубіотоміи ихъ гибнетъ 17,39%. Такимъ образомъ, если женщина желаетъ непременно получить живого ребенка, то и сейчасъ многіе оклонятся въ пользу кесарскаго сѣченія.

Всѣ эти ограниченія не должны, однако, ронять достоинства операціи, но дѣйствовать какъ разъ въ обратномъ смыслѣ. Каждому желающему произвести пубіотомію надо точно взвѣсить показанія, чтобы неудача даннаго случая не была поставлена въ вину самой операціи.

Не произнося окончательнаго сужденія о пубіотоміи, я могу лишь высказаться, что операция эта составляетъ цѣнное приобрѣтеніе акушерства, но должна производиться лишь при очень строгихъ показаніяхъ.

**Литература.** 1. Прив. по *Winckel's Handbuch der Geburtshilfe*, т. 3, ч. 1, стр. 360.—2. *Van de Velde*. Ein Fall von Pubiotomie. «Monatschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie», 1902, мартъ, стр. 373.—3. *Döderlein*. «Archiv f. Gynaekologie», т. 73, стр. 275.—4. *Sellheim*. Die Erweiterung des Beckens nach H-botomie und Symphyseotomie. Verhandlung der deutsch. Gesellschaft f. Gynaekologie. Kiel, 1905 г.—5. *Krönig*. Die Therapie bei engem Becken. Leipzig (Georgi), 1901 г.—6. *Karnegiesser*. «Archiv f. Gynaekologie», т. 78, тетр. 1.—7. *Reifferscheid*. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1906 г., № 18.—8. *Stöckel*. Тамъ-же, 1906 г., № 3.—9. *Rosenfeld*. Тамъ-же, 1906 г., № 3.—10. *Kroemer*. Тамъ-же, 1906 г., № 8.—11. *Henkel*. Тамъ-же, 1906 г., № 6.—12. *Bumm*. Тамъ-же, 1906 г., № 32.—13. *Seeligmann*. Тамъ-же, 1906 г., № 8.—14. *Bauereisen*. «Münchener medic. Wochenschrift», 1905 г., № 51.—15. *Tandler*. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1906 г., № 3.—16. *Blumenreich*. «Deutsche medic. Wochenschrift», 1906 г., № 8.—17. *O. I. Kummer*. «Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней», 1905 г., № 9—10, стр. 1103.—18. *Döderlein*. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1906 г., № 3.—19. *Franqué*. Weitere Bemerkungen zum Schambeinschnitte nach *Gigli*. «Prager med. Wochenschrift», 1906 г., № 14.—20. *Flenkel*. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1906 г., стр. 237.—21. *Hoeckel*. Тамъ-же, 1906 г., № 3.—22. *Wider*. *Winckel's Handbuch der Geburtshilfe*, т. 3, ч. 1. Wiesbaden. 1906 г., стр. 146.—23. *Bumm*. Grundriss zum Studium der Geburtshilfe. Wiesbaden. 1902 г., стр. 752.

Изъ пропедевтической хирургической клиники проф. М. С. Суввотина въ В.-Медицинской Академіи.

### Къ вопросу о раненіяхъ селезенки.

Ч. пр. Н. Н. Петрова.

(Окончаніе. См. № 48, стр. 1501).

### Казуистика раненій селезенки.

#### Огнестрѣльные раненія.

##### 1. Спленэтомія.

##### а) Случай, окончившійся выздоровленіемъ.

1. *Sodo* (Прив. по *Schaefer's*. «Beiträge z. klin. Chirurgie», 1902 г., т. 36). Огнестрѣльное раненіе. Входное отверстіе по сре-

ней подмышковой линіи на 9-мъ ребрѣ; пуля прощупывается у остающаго отростка 3-го поясничнаго позвонка. Признаки внутреннего кровотечения. Черезъ 12 час.—изсѣченіе 9-го ребра; найдена рана въ грудобрюшной преградѣ. Тогда сдѣлано чревосѣченіе; найдены раны въ селезенкѣ и лѣвой почкѣ. Спленэктомія и нефрэктомія; шовъ на грудобрюшную преграду. Выздоровленіе, осложненное развившимися на 20-й день признаками кишечнаго непроходимости. Новое чревосѣченіе; устраненіе кишечнаго вѣнтрива. Полное выздоровленіе. Каналъ: 9-ое ребро, плевра, грудобрюшная преграда, селезенка, лѣвая почка.

2. Terrier («Progrès médical», 1898 г., № 11). Проникающая огнестрѣльная рана живота; рана селезенки и желудка. Спленэктомія. Выздоровленіе.

3. Hartmann («Société de chirurgie», 1900 г., стр. 277). Оружіе—револьверъ. Входное отверстіе въ лѣвомъ подреберьѣ. Признаки внутреннего кровотечения. Черезъ 2 часа—чревосѣченіе. Сквозная рана селезенки. Спленэктомія. Постепенное выздоровленіе, осложненное образованіемъ гнояника и истеченіемъ желудочнаго содержимаго изъ раны, по всей вѣроятности, вслѣдствіе отпаденія струпа съ незамѣченной раны желудка. Каналъ: желудокъ, селезенка.

4. Brennfleck («Münchener mediz. Wochenschrift», 1903 г., № 14). Оружіе—револьверъ; самоубійство. Входное отверстіе по лѣвой сосковой линіи на 8-мъ ребрѣ; пуля прощупывается по лѣвой лопаточной линіи въ 11-мъ межреберьѣ. Пульсъ и дыханіе учащенные. Чревосѣченіе разрывомъ по краю лѣвой правой мышцы живота съ добавочнымъ разрывомъ параллельно реберному краю. Селезенка оказалась почти совсѣмъ разорванной на двое. Кишечникъ и желудокъ не были задѣты. Въ грудобрюшной преградѣ 2 отверстія. Спленэктомія; тампоны къ ранамъ въ грудобрюшную преграду. Выздоровленіе. Каналъ: плевра, грудобрюшная преграда, селезенка, грудобрюшная преграда.

5. Pels-Leusden («Centralblatt f. Chirurgie», 1904 г., № 16, стр. 500—501). Выстрѣлъ крупной дробью изъ ружья на разстояніи 1/2 м. Отрывъ грудобрюшной преграды отъ сосковой до лопаточной линіи. Размозженіе селезенки, выпаденіе сальника и смѣщеніе желудка, ободочной кишки и сальника въ грудную полость. Чревосѣченіе съ изсѣченіемъ реберъ (тораколаротомія); вправленіе смѣщенныхъ органовъ, спленэктомія, пришиваніе грудобрюшной преграды на всемъ протяженіи отрыва. Выздоровленіе, осложненное образованіемъ лѣвосторонней эмпіемъ, потребовавшей еще 2 операціи. Каналъ: плевра, грудобрюшная преграда, селезенка.

6. Brehm («Archiv f. klinische Chirurgie», 1904 г., т. 73). Оружіе—револьверъ. Входное отверстіе по лѣвой сосковой линіи въ 8-мъ межреберьѣ; пуля прощупывается сзади слѣва у 7-го груднаго позвонка. Черезъ 2 1/2 часа—общее состояніе тяжелое, малокровіе, жажда, боли умеренныя; рвоты нѣтъ. Въ лѣвомъ подреберьѣ мышцы напряжены. Чревосѣченіе срединнымъ разрывомъ съ добавкой поперечнаго. Животъ оказался полнымъ крови. Сквозная рана желудка; шовъ. Желобообразная рана печени и селезенки; послѣдняя вовсе не кровоточила. Рана селезеночной артерій; лигатура ея, спленэктомія. Выздоровленіе, осложненное образованіемъ нарыва подъ грудобрюшной преградой. Каналъ: желудокъ, печень, селезенка и ея артерія.

7. Michaux (Lebreton. Contribution à l'étude des plaies de la rate. Парижская диссертация, 1904 г.). Оружіе—револьверъ. Самоубійство. Входное отверстіе подъ ложными ребрами слѣва; пуля прощупывается сзади слѣва въ 10-мъ межреберьѣ. Черезъ 2 часа шокъ, нитевидный пульсъ. Животъ вздутъ; притупленія нигдѣ нѣтъ; рвоты тоже нѣтъ. Выжидательное лѣченіе. Черезъ 18 час. общее состояніе лучше, животъ мягче, но малокровіе рѣзче. Чревосѣченіе по срединѣ линіи съ добавкой поперечнаго разреза. Въ животѣ много крови; рана селезенки. Спленэктомія. Выздоровленіе, осложненное глубокимъ нагноеніемъ. Каналъ: одна селезенка.

8. Graf («Münchener mediz. Wochenschrift», 1905 г., № 44). (Револьверъ?) Самоубійство. Входное отверстіе надъ 6-мъ ребромъ по лѣвой сосковой линіи; пуля прощупывается слѣва сзади подъ 12-мъ ребромъ. Черезъ нѣсколько часовъ—хорошій пульсъ, ровное дыханіе; легкія и животъ объективно нормальны. Еще черезъ нѣсколько часовъ 37°9; рвота. Заподозрѣна рана брюшныхъ органовъ. Чревосѣченіе по краю прямой мышцы съ правбавкой разрыва по краю реберъ и изсѣченіемъ 11-го и 12-го реберъ. Образовавшаяся при этомъ рана плевры тотчасъ же зашита. Животъ полнымъ крови; рана селезенки; спленэктомія; ушитъ желудка обшитъ. Гладкое заживленіе. Каналъ: (плевра, грудобрюшная преграда?), желудокъ, селезенка.

9. Noelsel («Beiträge zur klin. Chirurgie», 1906 г., т. 48, сл. 6). Оружіе—револьверъ. Самоубійство. Входное отверстіе ниже и лѣвѣ лѣваго соска, выходнаго нѣтъ. Черезъ 1/2 часа колющій. Барабанный звукъ въ пространствѣ Traube. Животъ твердый, болѣзненный; заглушеніе въ лѣвой 1/2 его. Чревосѣченіе черезъ лѣвую прямую мышцу живота. Раны тонкой кишки, селезенки и почки. Спленэктомія. Медленное выздоровленіе, осложненное гнойнымъ плевритомъ и гангрой легкаго. Каналъ: плевра, легкое, грудобрюшная преграда, тонкая кишка, селезенка, почка.

#### б) Случаи, окончившіеся смертельно.

10. Peyrot (Société de chirurgie, 1895 г., стр. 721). Оружіе—револьверъ. 5 ранъ (3 въ руки, 1 въ голову и 1 въ животъ); входное отверстіе, брюшная рана по подмышковой линіи ниже

вздутъ, едва болѣзненъ и то только у самой раны. Ясная тупость въ лѣвомъ боку отъ ребернаго края до таза. Чревосѣченіе. Разрывъ продольный и поперечный. Въ животѣ масса крови. Рана селезенки; спленэктомія; желобовая рана желудка, перитонизация ея. Смерть черезъ 2 сутокъ отъ невыясненной причины. Каналъ: селезенка, желудокъ.

11. Schulze (1895 г., по Schaefer'y). Оружіе—револьверъ. Самоубійство. 2 выстрѣла. Входная отверстія—одно по краю правой мышцы живота подъ ребернымъ краемъ, другой—надъ ней и слегка кнаружи; выходныхъ нѣтъ. Въ теченіи 10 час. послѣ катастрофы ходили; самочувствіе было удовлетворительное; 1 разъ была кровавая рвота. Надъ легкими притупленія нѣтъ. Черезъ 12 час. чревосѣченіе срединнымъ и поперечнымъ разрывами. Въ животѣ много крови. 2 раны селезенки близъ воротъ. Спленэктомія. Сквозная рана желудка; шовъ на нее. Смерть черезъ 12 час. отъ колющаго. Вскрытіе. Каналы: 1-ой раны—печень, желудокъ, селезенка, грудобрюшная преграда, плевра, легкое; 2-ой—печень, желудокъ, селезенка.

12. Partenheimer (1898 г.; по Крюкову. Петербургская диссертация, 1901 г.). Оружіе—револьверъ. Самоубійство. Входное отверстіе на 5-мъ ребрѣ между лѣвыми сосковой и окологрудной линіями; выходнаго нѣтъ. Сердечная тупость увеличена, толчокъ неощутимъ; надъ лѣвыми легкимъ и лѣвой 1/2 живота притупленіе. Состояніе тяжелое. Черезъ 5 час. операція. Расширена входная рана; пневmothorax; рана зашита. Чревосѣченіе подъ ребернымъ краемъ; найдены: рана грудобрюшной преграды и желудка; шовъ на рану послѣдняго; рана селезенки; спленэктомія. Смерть черезъ 38 час. Каналъ: плевра, легкое, грудобрюшная преграда, желудокъ, селезенка.

13. Weir («Medical Record», 1898 г., т. 53, стр. 601—603). Оружіе—револьверъ. Самоубійство. Входное отверстіе подъ лѣвымъ соскомъ; пуля прощупывается сзади слѣва подъ 12-мъ ребромъ. Признаки внутреннего кровотечения. Черезъ 8 час. операція. Срединное чревосѣченіе. Рана селезенки. Спленэктомія. 4 раны въ селезеночномъ изгибѣ ободочной кишки; вѣбрюшная фиксация кишечныхъ ранъ. Смерть отъ потери крови. Каналъ: плевра, грудобрюшная преграда, ободочная кишка, селезенка.

14. «Deutscher Armeesanitätsbericht» 99/900 (по Schaefer'y). Оружіе—германская винтовка. Самоубійство. Выстрѣлъ въ упоръ. Входное отверстіе по лѣвой сосковой линіи у ребернаго края, выходное на 9-мъ ребрѣ между лѣвыми задней подмышковой и лопаточной линіями. Малокровіе, одышка. Черезъ 3 часа—чревосѣченіе вертикальнымъ (черезъ рану) и поперечнымъ разрывами. Размозженіе селезенки. Спленэктомія. Отрывъ сальника и желудочно-селезеночной связки (lig. gastro-lienale). Кишечникъ не задѣтъ. Грудобрюшная преграда разорвана на протяженіи 10 см.; haemothorax, спаденіе легкаго. Шовъ на грудобрюшную преграду. Дренажъ плевры. Смерть черезъ 1/2 часа. Вскрытіе. Каналъ: плевра, грудобрюшная преграда, ободочная кишка, селезенка, грудобрюшная преграда, плевра.

15. Morestin («Bulletin de la société anatômique», 1898 г., 5 серия, т. 12, стр. 573). Оружіе—револьверъ. Самоубійство. Входное отверстіе въ 6-мъ межреберьѣ, подъ лѣвымъ соскомъ; пуля прощупывается сзади слѣва подъ ложными ребрами. Черезъ 1 1/2 часа состояніе тяжелое. Торакотомія черезъ рану; найдена рана въ грудобрюшной преградѣ съ выпаденіемъ сальника. Чревосѣченіе подъ ребернымъ краемъ. Селезенка разорвана пополамъ. Спленэктомія. Уморъ не приходи въ сознание, отъ потери крови. Каналъ: плевра, грудобрюшная преграда, селезенка.

16. Graf («Münchener mediz. Wochenschrift», 1905 г., № 44). Оружіе—револьверъ. Самоубійство. Входное отверстіе въ 9-мъ межреберьѣ по лѣвой сосковой линіи (?); выходнаго нѣтъ. Черезъ 1 1/2 часа общее состояніе хорошее, пульсъ удовлетворительный, животъ мягкій и безболѣзненный, но слѣва мышцы ригидны. Тораколаротомія черезъ рану. Съ наступленіемъ пневmothorax'a состояніе рѣзко ухудшилось. Рана селезенки. Спленэктомія и тампонада; шовъ на грудобрюшную преграду. Смерть черезъ 15 дней; кровавистый плевритъ. Каналъ: плевральная пазуха, грудобрюшная преграда, селезенка.

17. Hotchkiss («Annals of Surgery», 1905 г., т. 42). Оружіе—револьверъ. Входное отверстіе у хряща 10-го лѣваго ребра; выходнаго нѣтъ, но сзади гематома на 11-мъ ребрѣ. Общее состояніе хорошее. Черезъ 2 часа боли въ животѣ. Ригидность мышц, паденіе пульса. Чревосѣченіе черезъ прямую мышцу; обширные раненія брюшныхъ органовъ. Спленэктомія; шовъ на грудобрюшную преграду. Черезъ 3 дня смерть. Сыворотно-кровавистый выпотъ въ плеврѣ и брюшинѣ. Каналъ: грудобрюшная преграда, ободочная кишка, поджелудочная железа, селезенка, грудобрюшная преграда, плевра, 11-ое ребро.

#### 2. Тампонада селезенки.

##### а) Случаи, окончившіеся выздоровленіемъ.

18. Fielitz (по Edler'y «Archiv f. klin. Chirurgie», 1886 г. т. 34, стр. 589). Пулевая рана. Входное отверстіе на 2 дюйма влѣво отъ пупка, выходное—сзади слѣва подъ ложными ребрами. Изъ задней раны извлечены кусокъ фланели, пыжъ и кусокъ селезенки. Пальцевое изслѣдованіе обнаружило сквозную рану селезенки. Сильное кровотеченіе. Тампонада смоченнымъ въ спиртѣ «plumaseaux». Выздоровленіе, осложненное нагноеніемъ. Каналъ: одна селезенка (?).

19. Г. Ф. Пейдлеръ (Крюковъ, Петербургская диссертация, 1901 г., стр. 15). Оружіе—револьверъ. Входное отверстіе на

7-мъ ребромъ внутри отъ лѣвой сосковой линіи, выходного нѣтъ. Черезъ 3 часа — малокровіе, одышка, рѣзкія боли въ животѣ; мышцы живота ригидны; п. 90, удельствительный. Торакотомія черезъ рану. Найдена рана въ грудобрюшной преградѣ и плевральной пазухѣ. Шовъ. Чревосѣченіе срединнымъ и поперечнымъ разрѣзами. Въ животѣ найдено много крови. Сквозная рана селезенки; попытка остановить селезеночное кровотеченіе горячимъ воздухомъ изъ прибора *Holländer'a* не удалась. Тампонада селезеночной раны. Выздоровленіе, осложненное образованиемъ нарыва подъ грудобрюшной преградой. Каналь: *плевральной пазухи, грудобрюшная преграда, селезенка*.

20. *Demoulin* (Société de chirurgie, 1900 г. стр. 273). Оружіе — револьверъ. Самоубійство. Входное отверстіе подъ ребрами по краю прямой мышцы; выходного нѣтъ. Черезъ  $1\frac{1}{2}$  часа крайне слабъ, блѣденъ; п. 132; рвота съ кровью. Припухленія нигдѣ по животу нѣтъ. Срединное чревосѣченіе; въ животѣ много крови. Рана желудка; шовъ ей; рана селезенки съ ровными краями; шовъ селезенки прорѣзался. Тампонада селезенки іодоформной марлей; тампонъ удаленъ на 5-й день; кровотеченіе не повторилось. Выздоровленіе. Каналь: *желудокъ, селезенка*.

21. *Weiss* (Congrès de chirurgie. Paris, 1901 г.). Оружіе — револьверъ. Входное отверстіе по подмышковой линіи надъ ребернымъ краемъ; пуля пропущивается подъ мечевиднымъ отросткомъ. Черезъ нѣсколько часовъ состояніе хорошее, пульсъ полный, лицо красное, животъ мягкій, безболѣзненный. 2 раза рвота. Черезъ 6 час. пульсъ хуже, жажда, боли, контрактура мышцъ живота. Черезъ 12 час. срединное чревосѣченіе съ добавкой разрѣза по реберному краю. Масса крови въ животѣ. Рана селезенки; тугая тампонада ей. Рана сальника и печени. Медленное выздоровленіе. Каналь: *селезенка, сальникъ, печень*.

#### б) Случай, окончившійся смертельно.

22. *Deutscher Armeesanitätsbericht 1899/900* (по *Schaefer'u*). Оружіе—германская винтовка. Входное отверстіе по передней подмышковой линіи въ 9-мъ межреберьѣ; выходного нѣтъ. Животъ не вздутъ; въ лѣвой  $\frac{1}{2}$  его заглуженіе. Рана расширена; найдены разрывъ въ грудобрюшной преградѣ и выпаденіе сальника. Чревосѣченіе по сосковой линіи до *Roupart'овой* связки. Въ животѣ крови нѣтъ. Рана селезенки; тампонада ей. Смерть черезъ 5 дней отъ пневмоніи. Каналь: *10-ое ребро, плейра, грудобрюшная преграда, селезенка*.

23. *Westcott* (*Mac-Cormac*, «The Lancet», 1900 г., 21 апрѣля, стр. 1157). Ружейная пуля. Входное отверстіе подъ 7-мъ ребромъ слѣва, выходное по лѣвой задней подмышковой линіи въ 9-мъ межреберьѣ. Признаки внутреннего кровотеченія. Эксплоративная операція (чревосѣченіе?). Животъ наполненъ кровью. Селезенка прострѣлена насквозь; тампонада ей. Смерть черезъ 4 часа отъ потери крови. Каналь: *(плевра, грудобрюшная преграда?), селезенка*.

24. *Mauclaire* (Bulletin de la société anatomique 1901 г., стр. 305). Оружіе—револьверъ. Самоубійство. Входное отверстіе на уровнѣ пространства *Traube*. Признаки внутреннего кровотеченія. Чревосѣченіе по краю прямой мышцѣ живота. Селезенка была ранена, но окружена спайками и неподвижна; тампонада ей. Черезъ 2 и 4 сутокъ новыя кровотеченія, изъ коихъ послѣднее — смертельное. Каналь: *(плевра, грудобрюшная преграда?), селезенка*.

25. *Roeser* («Beiträge zur klin. Chirurgie», 1902 г. т. 36). Оружіе—револьверъ, неосторожность. Входное отверстіе на 3 пальца вправо отъ мечевидного отростка. Коляпсы. Чревосѣченіе очень скоро по раненію. Рана печени затампонирована; рана желудка зашита; рана селезенки затампонирована. Смерть отъ перитонита. Каналь: *печень, желудокъ, селезенка*.

26. *П. И. Бухманъ* (Случай) изъ клиническаго военнаго госпиталя, не сообщенъ). Оружіе—револьверъ *Browning'a*. Самоубійство. Поступилъ въ госпиталь 23/VI 1905 г. Входное отверстіе въ 5-мъ межреберьѣ на палецъ внутри отъ лѣваго соска; выходное на 10-мъ ребрѣ по лѣвой задней подмышковой линіи. Доставленъ черезъ 6 час. послѣ раненія. Блѣденъ; дых. 24; п. 92, хорошаго наполненія. Животъ мягкій; ригидность только въ лѣвомъ подреберьѣ. Надъ лѣвымъ легкимъ сзади признаки *haemothorax'a*. Боли въ животѣ, сначала дов. сильныя, затѣмъ уменьшились. Выжидательное лѣченіе. Еще черезъ 16 час. состояніе хуже, животъ ригидный, 39°, 4. Чревосѣченіе параллельно реберному краю. Въ брюшной полости крови мало, но есть мутная, желтоватая жидкость, безъ каловаго запаха. Рана желудка; шовъ на нее. Надрѣзаны 8-ой и 9-ый хрящи; грудная стѣнка поднята широкими крючками, и обнаружена разможженная, не кровотокавшая рана селезенки; кусокъ органа, не менѣе  $\frac{1}{4}$  его, оторванъ совершенно и былъ извлеченъ. Тампонада селезенки; отгораживающіе тампоны въ брюшную полость. Смерть черезъ 12 час. послѣ операціи. Вскрытіе: *haemothorax* (1100 к. стм. крови); спаденіе лѣваго легкаго; рана въ грудобрюшной преградѣ; въ желудкѣ еще одна незашитая рана, діаметромъ въ 2 мм.; въ животѣ 120 к. стм. крови; разлитой перитонитъ. Каналь: *плевра, грудобрюшная преграда, желудокъ, селезенка, грудобрюшная преграда*.

#### 3. Шовъ селезенки.

##### а) Случай, окончившійся выздоровленіемъ.

27. *Tiffany* («Medical News», 1894 г., 17 ноября). Оружіе—малокалиберное ружье. Выстрѣлъ на разстояніи 20 фут. Входное отверстіе подъ послѣднимъ ребромъ на 3 д. влѣво отъ сре-

ней линіи; выходного нѣтъ. Черезъ 2 часа пульсъ, температура и дыханіе нормальны. Рана расширена, обнаружено поврежденіе почки; тампонада. Еще черезъ 3 часа дыханіе нѣсколько участилось; животъ, по прежнему, мягкій и безболѣзненный. Чревосѣченіе по краю прямой мышцы. Въ животѣ много крови. Селезенка прострѣлена насквозь на 3 д. надъ нижнимъ ее краемъ. Шовъ селезенки, промываніе брюшной полости. Гладкое заживленіе. Каналь: *лѣвая почка, селезенка*.

28. *Souligoux* (Société de chirurgie, 1902, стр. 54). Огнестрѣльное раненіе. Рана селезенки; шовъ ей. Выздоровленіе.

29. *Zimmermann* (*Shaefer, Bruns Beiträge*, 1902, т. 36, сл. 18). Оружіе—револьверъ. Разстояніе 5 м. Входное отверстіе надъ угломъ 10-го ребра. Пуля пропущивается по лѣвой передней подмышковой линіи на 9-мъ ребрѣ. Черезъ 7 час. хорошее самочувствіе, рѣзкій пульсъ, животъ мягкій, безболѣзненный; заглуженіе надъ лѣвой  $\frac{1}{2}$  его. Легкія нормальны. Черезъ 8 час. операція. Кожный разрѣзъ отъ входного отверстія до мѣстоахожденія пули, т. е. на 25 стм. вокругъ грудной кѣтки. Изсѣченіе 9-го ребра. Вскрытіе плейры. Найдена рана въ грудобрюшной преградѣ съ выпаденіемъ брызжовки. Прибавленъ вертикальный разрѣзъ черезъ 10, 11, 12-ое ребра; лоскутъ отвернуть кзади. Разрѣзъ грудобрюшной преграды на 8 стм.; на выпукой поверхности селезенки оказалась огнестрѣльная борозда. Шовъ селезенки, подкрѣпленный сальникомъ. Шовъ на грудобрюшную преграду. Дренажъ плейры. Гладкое заживленіе. Каналь: *плевра, грудобрюшная преграда, селезенка*.

#### б) Случай, окончившійся смертельно.

30. *Stern* (Словесное сообщеніе *Berger'u* «Archiv f. klin. Chirurgie», 1902 г., т. 68). Револьверная рана. Чревосѣченіе. Рана селезенки зашита и покрыта сальникомъ. Въ началѣ гладкое теченіе, но затѣмъ развился столбнякъ, и больной погибъ на 9-й день.

#### 4. Прижиганіе селезенки.

Прижиганіе горячимъ воздухомъ не достигло цѣли и было замѣнено тампонадой въ вышеприведенномъ случаѣ ч. пр. Г. Ф. *Цейдлера* (№ 19). Случай окончился выздоровленіемъ.

#### Случай, окончившійся смертельно.

31. *Ohage* (*Schaefer. «Bruns Beiträge»*, 1902 г., т. 36). Огнестрѣльная рана. Входное отверстіе въ лѣвомъ подреберьѣ; выходного нѣтъ. Состояніе хорошее. Кровавая рвота. Черезъ 7 час. чревосѣченіе. Въ животѣ много крови. Большой раневой каналь въ селезенкѣ, 2 раны въ желудкѣ. Рана въ грудобрюшной преградѣ. Шовъ на желудокъ и грудобрюшную преграду. Катеризація селезеночной раны. Смерть черезъ нѣсколько часовъ. Каналь: *желудокъ, селезенка, грудобрюшная преграда, плевра*.

#### 5. Случай, гдѣ рана селезенки осталась незамѣченной, или способъ лѣченія ей не указанъ.

##### а) Съ исходомъ въ выздоровленіе.

32. *König* («Berliner klin. Wochenschrift», 1899 г., № 11). Оружіе—револьверъ. Входное отверстіе надъ пупкомъ и вправо отъ него; выходного нѣтъ. Черезъ 2 часа животъ мягкій, мало болѣзненный: была рвота. Чревосѣченіе. Раны желудка и ободочной кишки зашиты. Обнаружено кровотеченіе надъ селезенкой и рана брюшины возлѣ этого органа. Селезеночная рана оставлена безъ особаго лѣченія. Черезъ 11 дней больная была на пути къ выздоровленію. Каналь: *ободочная кишка, желудокъ, селезенка*.

33. *Riese* (23-й Сѣздъ германскихъ хирургическихъ Обществъ «Centralblatt f. Chirurgie», 1904 г., № 27). Оружіе—револьверъ. Выстрѣлъ въ животъ. Черезъ 3 часа операція (чревосѣченіе?). Раны печени, желудка, грудобрюшной преграды. Швы на нихъ. 2-ой разрѣзъ сзади; изсѣченіе 12-го ребра слѣва; извлеченіе пули изъ 11-го межреберья. Найдена рана почки; тампонада. Черезъ 11 дней повышеніе температуры; образовался нарывъ подъ грудобрюшной преградой слѣва. Черезъ 4 недѣли вскрытіе этого нарыва чрезплевральнымъ путемъ, съ изсѣченіемъ 8-го и 9-го реберъ. По вскрытіи нарыва появились кровотеченія изъ старой раны селезенки, незамѣченной при 1-ой операціи, имѣвшей звѣздообразную форму и выполненной фибриномъ. Постепенное выздоровленіе. Каналь: *печень, желудокъ, селезенка, почка, грудобрюшная преграда*.

34. *Robinson* («Annals of Surgery», 1901 г., т. 33). Кратко упомянутъ одинъ случай (изъ 4-хъ) огнестрѣльнаго раненія селезенки, излѣченнаго оперативнымъ вмѣшательствомъ [во время американской экспедиціи на Филиппины].

#### б) Со смертельнымъ исходомъ.

35. *Postempski* (8-ой Сѣздъ Итальянскаго хирургическаго Общества. По передачѣ въ «Centralblatt f. Chirurgie», 1892 г., стр. 66). Огнестрѣльное раненіе селезенки. Чревосѣченіе. Смерть.

36. *С. Н. Калиновскій* («Врачъ», 1894 г., № 5). Самоубійство. (Револьверъ?). Входное отверстіе на  $1\frac{1}{2}$  пальца кнаружи отъ околорудинной линіи, надъ краемъ реберъ; выходное по подмышковой въ 7-мъ межреберьѣ. Черезъ  $1\frac{1}{2}$  часа чревосѣченіе. Раны печени, желудка; контузія селезенки; рана грудобрюшной преграды и плейры. Наеморпхоthorax. Промываніе плейры; швы по грудобрюшную преграду, печень и желудокъ. Смерть черезъ



сутки отъ перитонита. Каналъ: печень, желудокъ, селезенка, грудобрюшная преграда, плейра.

37. Г. А. Свѣжениновъ («Больничная Газета Боткина», 1895 г., № 28). Огнестрѣльная рана. Входное отверстие въ 7-мъ межреберьяхъ внутри отъ лѣвой сосковой линіи; пуля прошупись подлѣ уголка лѣвой лопатки. Черезъ 3 часа вздутіе живота, боли подлѣ ложечки. Чревостѣненіе. Раны печени и желудка. Швы по нимъ. Смерть черезъ сутки. Перитонитъ. Наемоторахъ. Въ животѣ 300, въ лѣвой плейрѣ 700 к. стм. крови. Рана селезенки. Каналъ: печень, желудокъ, селезенка, грудобрюшная преграда, плейра, легкое.

38. Zimmer («Beiträge zur klinischen Chirurgie», 1892 г., т. VIII). Оружіе—пистолетъ (дуаль). Входное отверстие на палецъ подлѣ ребрами въ области желудка; выходное въ 7-мъ межреберьяхъ по лѣвой передней подмышковой линіи. Животъ мягкій, но близъ ранъ болѣзненный и немного вздутъ. Черезъ 7 час. дыханіе стало учащенное, пульсъ 92, малый. Чревостѣненіе параллельно реберной дугѣ черезъ входное отверстие. Рана желудка зашита. Внезапная смерть черезъ 5 сутокъ отъ кровотечения изъ незамѣченной раны селезенки. Каналъ: желудокъ, селезенка, грудобрюшная преграда, плейра.

39. Ziegler («Münchener medizin. Wochenschrift», 1898 г., № 10). Ст. 1. Оружіе—револьверъ. Самоубійство. Входное отверстие на 3 пальца вправо отъ средней линіи чуть надъ правымъ ребернымъ краемъ; выходное нѣтъ. Животъ вздутъ. Чревостѣненіе по краю правой прямой мышцы живота; масса крови въ животѣ. Рана печени зашита. Смерть черезъ 24 часа; найдены еще раны желудка, селезенки, грудобрюшной преграды, плейры и легкого.

40. Ст. 2 ею-же. Оружіе—револьверъ. Самоубійство. 3 раны. Входныя отверстия—1-ое въ 6-мъ межреберьяхъ на палецъ внутри отъ сосковой линіи, 2-ое рядомъ съ нимъ, 3-ье на лбу. Размѣненіе селезенки (какая операція?). Смерть черезъ 48 часовъ. На вскрытіи найдены: раны желудка и легкого. Каналъ: желудокъ, селезенка, грудобрюшная преграда, плейра, легкое.

41—43. Robinson («Annals of Surgery», 1901 г., т. 33). Кратко упомянуто о 3-хъ больныхъ, оперированныхъ послѣ раненія селезенки изъ ружья Mauser'a или Krag'a въ филиппино-американскую войну,—со смертельнымъ исходомъ.

44. Treves («British Medical Journal», 1900 г., ч. I. стр. 599). Оружіе—ружье Mauser'a. Входное отверстие по подмышковой линіи въ 9-мъ межреберьяхъ. Пуля подлѣ кожей на уровнѣ 12-го праваго ребра сзади. Черезъ 5 час. малый пульсъ; рвота. Чревостѣненіе по средней линіи. Въ животѣ много крови. Рваная рана селезенки; раны тощей кишки и печени. Кишечныя раны зашиты; раны паренхиматозныхъ органовъ уже не кровоточили; по отношенію къ нимъ ничего не предпринято. Смерть вскорѣ послѣ операціи (отъ потери крови?). Каналъ: селезенка, печень, тощая кишка.

45. Treves (по Sick'y, «Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie», 1900, т. 55). Оружіе—малокалиберное ружье. Рана въ животѣ. Чревостѣненіе. Шовъ 4-хъ кишечныхъ протѣковъ. Вскорѣ смерть отъ кровотечения изъ незамѣченной раны селезенки.

## Колото-рѣзанные раненія.

### 1. Спленэктомія.

#### а) Случаи, окончившіеся выздоровленіемъ.

1. Witzel («Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie», 1886 г., т. 24). Раненіе селезенки при операціи вылушенія забрюшинной саркомы. Спленэктомія. Выздоровленіе.

2. Brohl («Centralblatt f. Chirurgie», 1896 г., стр. 409). Раненіе селезенки при операціи нефрэктоміи. Спленэктомія. Выздоровленіе.

3. Р. В. Бутинъ («Больничная Газета Боткина», 1897 г., № 39). Оружіе—финскій ножъ. Рана въ 10-мъ межреберьяхъ по лѣвой задней подмышковой линіи съ выпаденіемъ салника. Черезъ часъ рѣзкое малокровіе, нитевидный пульсъ, учащенное дыханіе; животъ вздутъ. Чрез-плеиральное чревостѣненіе. Изсѣченіе 9-го и 10-го реберъ; найдены раны въ плейрѣ и грудобрюшной преградѣ; изъ послѣдней при дыханіи выбрасывается кровь. Рана въ грудобрюшной преградѣ расширена до 7 стм. Обнаружена сквозная рана селезенки. Спленэктомія по извлеченіи селезенки черезъ рану въ грудобрюшной преградѣ. Тампоны въ брюшную полость. Края раны въ грудобрюшной преградѣ пришиты къ кожѣ. Заживленіе, осложненное плейритомъ и нарывомъ подлѣ грудобрюшной преградой. Стойкое выздоровленіе, послѣдующее 10 мѣс. Каналъ: плейра, грудобрюшная преграда, селезенка.

4. Bernhard («Correspondenzblatt f. Schweizer-Aerzte», 1902 г., № 16). 7 ножевыхъ ранъ. Одна изъ нихъ на высотѣ 9—10-го реберъ по лѣвой передней подмышковой линіи съ выпаденіемъ салника. 3 раны на грудной клѣткѣ справа и 3 на конечностяхъ. Чревостѣненіе по средней линіи. Найдены проколы селезенки. Сначала попытка наложить швы, но они прорѣзались; тогда произведена спленэктомія. Тампонада ранъ почки. Выздоровленіе. Каналъ: одна селезенка.

#### б) Случаи, окончившіеся смертельно.

5. Deaver (Mac-Cormac. «Sammlung klin. Vorträge», № 316, Chirurgie, № 99). Проникающая ножевая рана живота. Чревостѣненіе. Въ животѣ много крови; рана селезенки, спленэктомія. Смерть. На вскрытіи найдена еще почечная рана.

6. Г. Ф. Цейдлеръ (Крюковъ. Диссертация, 1901 г., стр. 23).

слѣва по передней подмышковой линіи съ выпаденіемъ салника и 1 на грудной клѣткѣ справа. Черезъ 2½ час.—боли въ груди и животѣ. Животъ вздутый, болѣзненный. Общее состояніе тяжелое. Черезъ 3¼ час. торако-лапаротомія. Разрѣзъ отъ раны въ лѣвомъ боку до края лѣвой прямой мышцы живота и далѣе внизъ по этому краю. Разсѣченіе хрящей 7—9-го. Разсѣченіе грудобрюшной преграды до ея раны. Изсѣченіе выпавшаго черезъ нее салника. Обширные раны селезенки. Попытка зашить ихъ оставлена, въ виду плотныхъ сросшихся селезенки съ грудобрюшной преградой и трудности шва. Спленэктомія; шовъ на грудобрюшную преграду. Расширеніе раны на груди справа. Двусторонній пневмоторахъ; очень тяжелое состояніе. Смерть черезъ 1½ сутокъ въ глубокомъ шококровіи. Каналъ: плейра, грудобрюшная преграда, селезенка.

7. Demons («Revue de chirurgie», 1901 г., т. 24, стр. 522). Ножевая рана плейры и селезенки. Вертикальное разсѣченіе 9—11-го реберъ, широкое растагиваніе краевъ раны. Источникъ кровотеченія сталъ легко доступенъ. Спленэктомія. Смерть на 5-ую сутки отъ бѣлой горячки. Каналъ: плейра, грудобрюшная преграда, селезенка.

### 2. Тампонада селезенки.

#### Случаи съ исходомъ въ выздоровленіе.

8. Brandstetter (по Berger'y, «Archiv f. klin. Chirurgie», 1902 г., т. 68, стр. 913). Раненіе селезенки при попыткахъ удалить ее изъ-за малярійной спленомегалии. Срошенія мѣшали удалить органъ. Тампонада. Выздоровленіе съ послѣдующимъ уменьшеніемъ гипертрофированнаго органа.

9. М. П. Заринскій (протоколы Общества Подольскихъ врачей за 1895—96 г. по Крюкову. Диссертация 1901 г.). Ножевая рана въ животѣ на 5 стм. влѣво отъ средней линіи и повыше пупка. Выпаденіе салника. Большое наружное кровотеченіе. Черезъ 10 час. слабость, малокровіе; животъ вздутъ, болѣзненъ. Операція черезъ 14 час. Брюшная рана расширена; найдена рана въ селезенкѣ; тампонада ея. Сшита тампона на 3-ій день безъ повторнаго кровотеченія. Выздоровленіе безъ осложнений. Каналъ: одна селезенка.

10. Проф. А. С. Тауберъ\*) (устное сообщеніе и исторія болѣзни Варшавскаго университетской клиники за 1897 г. № 4106). Ножевая рана по лѣвой средней подмышковой линіи въ 8-мъ межреберьяхъ съ выпаденіемъ салника. Изсѣченіе 9—10-го реберъ. Чрезплеиральное чревостѣненіе; тампонада селезеночной раны. Черезъ нѣсколько дней сильное вторичное кровотеченіе. Рана раскрыта; шовъ селезеночной раны и фиксация селезенки у грудной стѣнки. Постепенное выздоровленіе, осложненное глубокимъ нагноеніемъ. Каналъ: плейра, грудобрюшная преграда и селезенка.

11. Б. К. Финкельштейнъ («Русскій Врачъ», 1902 г. № 21). Ножевая рана въ спину на 4 пальца влѣво отъ позвоночника на высотѣ 10—11-го реберъ. Черезъ 10 час. животъ мягкій, не вздутъ; подкожная эмфизема; п. 112. Кожная рана расширена, изсѣченіе 12-го ребра, послѣ чего показался надсѣченный край селезенки. Рана селезенки затампонирана. Сшита тампона на 2-ой день сопровождалась сильнымъ кровотеченіемъ. Новая тампонада. Выздоровленіе. Каналъ: 12-ое ребро, плейра, грудобрюшная преграда, селезенка.

12. Brehm («Archiv f. klinische Chirurgie» 1904 г., т. 73). Ножевая рана въ 8-мъ межреберьяхъ по лѣвой передней подмышковой линіи. Черезъ ¼-часа умѣренные боли, рвоты нѣтъ, малокровіе, пульсъ плохой, животъ вздутый, болѣзненный. Чревостѣненіе поперечнымъ разрѣзомъ подлѣ ребернымъ краемъ съ изсѣченіемъ 12-го ребра. Рана въ грудобрюшной преградѣ зашита. Сквозная рана селезенки. Тампонада селезеночной раны. Заживленіе, осложненное смертвеніемъ фасціи. Выздоровленіе. Каналъ: (плейра?), грудобрюшная преграда, селезенка. Случаевъ этой категоріи со смертельнымъ исходомъ въ печати мнѣ не попадалось.

### 3. Шовъ селезенки.

#### а) Случаи, окончившіеся выздоровленіемъ.

13. Impallomeni (по Berger'y и Schaefer'y). Колотая рана въ 10-мъ межреберьяхъ по лѣвой задней подмышковой линіи. Чрезплеиральная операція; образованъ доскутъ на грудной клѣткѣ; рана въ грудобрюшной преградѣ расширена. Найдена рана въ селезенкѣ. Шовъ на селезенку и грудобрюшную преграду. Выздоровленіе безъ осложнений. Каналъ: плейра, грудобрюшная преграда, селезенка.

14. Ferracini (по Berger'y и Schaefer'y). Колотая рана въ 10-мъ межреберьяхъ по лѣвой средней подмышковой линіи. Сильное кровотеченіе. Чрезплеиральная операція; образованъ доскутъ съ изсѣченіемъ 10-го ребра. Найдена рана въ грудобрюшной преградѣ и въ селезенкѣ. Шовъ на эти раны. Гладкое заживленіе. Каналъ: плейра, грудобрюшная преграда, селезенка.

15. Онъ-же (по Berger'y и Schaefer'y). Колотая рана черезъ 8-ое ребро по лѣвой средней подмышковой линіи. Тяжелое кровотеченіе. Чрезплеиральная операція; образованъ доскутъ съ изсѣченіемъ 8-го ребра. Найдена рана въ грудобрюшной преградѣ и селезенкѣ. Шовъ на эти раны послѣ расширенія раны въ грудобрюшной преградѣ до 14 стм.; селезеночная рана имѣла 6 стм. длины. Гладкое заживленіе. Каналъ: плейра, легкое, грудобрюшная преграда, селезенка.

\*) За любезное сообщеніе исторіи этого случая считаю долгомъ выражать глубокую благодарность многоуважаемому проф. А. С. Тауберу.

16. *Guidone* (по *Berger*'у). Ножевая рана въ 11-мъ межреберьяхъ слева. Сильное малокровіе. Чревостѣченіе по краю лѣвой прямой мышцы живота съ добавкою разрыва по реберному краю. Истѣченіе 11-го ребра. Шовъ на селезенку и грудобрюшную преграду. На 10-й день — признаки кишечной непроходимости. Выздоровленіе. Каналъ: *плевры*?, *грудобрюшная преграда*, *селезенка*.

17. *Окс-же* (по *Berger*'у). Ножевая рана въ 10-мъ межреберьяхъ слева. Сильное кровотечение. Разрывъ съ истѣченіемъ 10-го ребра. Шовъ на селезенку. Выздоровленіе.

18. ?Привед. у *Guidone*: (по *Berger*'у). Колотая рана лѣваго бока. Торако-диафрагматомія. Шовъ селезенки. Выздоровленіе, окончательное образованіемъ упорнаго свища.

19. *Körte* («Centralblatt f. chirurgie», 1901 г., № 14). Колотая рана въ 7-мъ промежуткѣ по подмышковой линіи. Пневмоторакс; коллапс. Выжидательное лѣченіе. На слѣдующій день 38°4; напряжение брюшной стѣнки. Чрезплевральныи разрывъ съ истѣченіемъ ребра. Найдены раны въ легкомъ, грудобрюшной преградѣ и селезенкѣ. Шовъ на селезенку и грудобрюшную преграду. Выздоровленіе. Каналъ: *плевры*, *легкое*, *грудобрюшная преграда*, *селезенка*.

20. *Г. Ф. Цейдлеръ* (по *Крюкову*). 5 ножевыхъ ранъ: 1 на голову, 2 на рукахъ и 2 въ лѣвомъ боку по подмышковой линіи въ 7-мъ и 8-мъ межреберьяхъ съ выпаденіемъ салъника. Черезъ 3 часа малокровіе, пульсъ малый, животъ болѣзненный, дыханіе затруднено. Торако-диафрагматомія. Разрывъ черезъ раны до края правой мышцы и отсюда внизъ по животу; истѣченіе 9-го ребра; перестѣченіе 10-го хряща. Вскрытіе плевры и брюшины; соединеніе ранъ грудобрюшной преграды. Рана поперечной ободочной кишки зашита; свищевая рана селезенки, слегка еще кровоточившая, затянута швами. Шовъ на грудобрюшную преграду. Дренажъ брюшной полости. Выздоровленіе; осложненіе только сывороточнымъ плевритомъ. Каналъ: *плевры*, *грудобрюшная преграда*, *селезенка*, *поперечная ободочная кишка*.

21. *Delagenière* (Congrès français de chirurgie, 1901 г.). 3 ножевыхъ ранъ: 1-ая на 6-мъ ребрѣ по лѣвой задней подмышковой линіи, 2-ая на 6 см. взади отъ 1-ой на 8-мъ ребрѣ; 3-ья на краю поясничныхъ мышцъ. Пульсъ малый; дых. учащенное. Черезъ часъ операція. Чрезплевральныи разрывъ черезъ 2-ую рану безъ истѣченія реберъ; они были раздвинуты крючками. Обнаружены раны въ грудобрюшной преградѣ; съ трудомъ найдена среди массы крови раневая селезенка; фиксированіе ея у краевъ брюшной раны; шовъ на селезенку, при чемъ изъ 2-хъ швовъ 1 прорѣзался. Дренажъ плевры и брюшины. Операція закончена при тяжеломъ состояніи больного. Выздоровленіе. Каналъ: *плевры*, *грудобрюшная преграда*, *селезенка*.

22. *Madelung* (*Schaefer*, 1. с.). Кинжальная рана въ 4-мъ межреберьяхъ слева по средней подмышковой линіи. Черезъ 10 час. пневмоторакс; малокровіе; животъ мягкій. Чрезплевральныи разрывъ отъ раны внизъ почти до ости подвздошной кости; истѣченіе 7-го и 8-го, разрывъ 9-го, 10-го и 11-го реберъ. Салъникъ выпалъ черезъ 7-ое межреберье; истѣченіе салъника. Расширеніе раны въ грудобрюшную преграду; шовъ на рану въ селезенкѣ, обшиваніе ея салъникомъ. Заживленіе безъ осложненій, но все же затянулось на 3 мѣс. Каналъ: *плевры*, *грудобрюшная преграда*, *селезенка*.

23. *Williams* («Annals of Surgery», 1904 г., т. 40). Колотая рана въ 8-мъ межреберьяхъ. Одышка, снѣжка, паденіе пульса. Торакотомія. Истѣченіе 8-го и 9-го реберъ. Шовъ на рану въ грудобрюшную преграду (черезъ нее выпалъ салъникъ). Чревостѣченіе по краю правой мышцы. Шовъ на рану въ селезенкѣ. Выздоровленіе. Каналъ: *плевры*, *грудобрюшная преграда*, *селезенка*.

24. *Bouglé* (по *Lebreton*'у. *Plaies de la rate*. Парижская диссертация, 1904 г.). Раненіе селезенки при истѣченіи кисты яичника. Селезенка была окружена спайками; шовъ прорѣзался; тогда наложено 4 шва, захватывавшихъ салъникъ и селезенку (*bouge épiploïque Loewy*); эти швы удержались; кровотечение прекратилось. Выздоровленіе.

25. *Ludlow* («Annals of Surgery», 1905 г., т. 41). 2 ножевыхъ ранъ въ 9-мъ и 11-мъ межреберьяхъ по средней подмышковой линіи. Черезъ 1/2 часа пульсъ малый, дых. ускоренное. Раны расширены; верхняя проникла чрезъ плевру и грудобрюшную преграду, отрывая послѣднюю отъ реберъ на протяженіи 6 дюймовъ. Грудобрюшная преграда пришта къ своему мѣсту. Изъ нижняго разрыва извлечена селезенка, при чемъ обнаружено раненіе ея длиною въ 4 см. Матрачные швы на селезеночную рану. Гладкое заживленіе. Каналъ: 1) *плевры*, *грудобрюшная преграда*; 2) *грудобрюшная преграда*, *селезенка*.

26. Д-ръ *Габинювичъ* («Хирургія», 1905 г., ноябрь). Ножевая рана въ лѣвомъ подреберьяхъ по передней подмышковой линіи. Немедленно коллапс, нитевидный пульсъ; притупленіе звука при выстукиваніи живота слева. Чревостѣченіе чрезъ рану параллельно ребрамъ въ 15 см. длины. Найдена рана въ селезенкѣ. Достать органъ черезъ этотъ разрывъ не удалось; тогда истѣчены были реберные хрящи по *Auvray*'у. Селезенка стала доступной. На ея рану наложено тупой иглой 6 глубокихъ и 6 поверхностныхъ швовъ. Гладкое заживленіе. Каналъ: *одна селезенка*.

27. *Н. Н. Петровъ* (случай изъ клиническаго военнаго госпиталя; не сообщенъ; исторія болѣзни № 1831). Больной—21 г. Ножевая рана въ 8-мъ межреберьяхъ по лѣвой средней подмышковой линіи. Послѣ раненія побѣжалъ, преслѣдуемый нападавшими, споткнулся, упалъ, снова поднялся и, вставъ къ забору, оборонялся желѣзной палкой. Затѣмъ безъ сторонней помощи

дошелъ до вокзала (5 мин. хода) и сѣлъ въ вагонъ. Здѣсь больному стало худо, появилась слабость и кровавая рвота. Черезъ 2 1/2 часа доставленъ въ госпиталь въ ночь съ 11/VI на 12/VI 1906 г. Пульсъ слабый, едва ощутимый. Малокровіе рѣзкое. Животъ вздутый, мягкій вездѣ, кромѣ лѣваго подреберья, гдѣ есть ригидность; заглушенія нигдѣ нѣтъ. Рана въ 8-мъ межреберьяхъ слева длиною въ 2 см.; изъ нея торчатъ салъники. Распознава рана желудка, а, вѣроятно, и селезенки. Сдѣлано подкожное введеніе физиологическаго раствора соли, а затѣмъ чрезъ часъ—операція. Разрывъ подъ реберной дугой почти поперечный, длиною около 12—14 см. Въ брюшной полости кровь скопилась, повидному, главнымъ образомъ въ тазу. Предлежитъ большая кривизна желудка. Потягиваніемъ за нее извлечена селезенка; на ея поверхности полостью найдена рана, длиною въ 4 и глубиною въ 1—1,5 см. Кровотеченіе изъ этой раны незначительное. Шовъ на селезенку обыкновенной иглой катгуттомъ—2 матрачныхъ и 3 узловыхъ; кровотечение прекратилось; сверху подшить салъникъ. Такъ какъ на передней стѣнкѣ желудка раны не было видно, то пальцами раздѣленъ салъникъ и извлечена задняя стѣнка желудка. Здѣсь найдена рана въ 1,5 см. длиною. *Lembert*'овскій шовъ. Лигатура кровотокающаго сосуда въ желудочно-селезеночной связкѣ (*lig. gastro-lienale*). Тампоны въ раненыхъ органахъ. Шовъ брюшной стѣнки за исключеніемъ задняго угла. Палецъ введенный въ брюшную полость руки определено, что грудобрюшная преграда ранена въ той ея части, которая еще прилежитъ къ грудной стѣнкѣ; палецъ, введенный въ эту рану со стороны брюшной полости, непосредственно вышелъ наружу, не попадая въ плевру (можетъ быть, онъ проходилъ чрезъ плевральную пазуху); тогда чрезъ эту рану проведенъ изнутри наружу марлевый тампонъ. Заживленіе осложнилось образованіемъ лишь небольшого нарыва въ толстѣ кожного рубца. Выписался 15/VII—20/VII, былъ показанъ въ хирургическомъ Обществѣ: вполне здоровъ; исполняетъ свою прежнюю работу чистильщика паровозовъ. Каналъ: (*плевры*?), *грудобрюшная преграда*, *селезенка*, *желудокъ*.

#### б) Случаи со смертельнымъ исходомъ.

28. *Paralvecchio* («Riforma medica», 1893 г., и устное сообщеніе *Schaefer*'у «*Bruns Beiträge*», 1902 г., т. 36). 2 раненія въ 8-мъ и 9-мъ межреберьяхъ по средней лѣвой подмышковой линіи. Колотая рана въ правомъ подреберьяхъ чрезъ печень и желудокъ; выпаденіе кишки; тяжелое внутреннее кровотеченіе. Чрезплевральная операція. Разрывъ въ 7-мъ межреберьяхъ отъ шейки ребра до задней подмышковой линіи, а отсюда внизъ черезъ 8-е, 9-ое и 10-е ребра; грудной лоскутъ оторванъ (способъ *Rudygier*'а-*Paralvecchio*). Рана въ грудобрюшную преграду расширена. Шовъ на 2 раны въ селезенкѣ; шовъ на грудобрюшную преграду. Правосторонняя рана оставлена безъ лѣченія въ виду слабости больного. Вскорѣ смерть отъ потери крови. Каналъ: *плевры*, *грудобрюшная преграда*, *селезенка*, *почка*.

29. *Shaefer* («*Bruns Beiträge*», 1902 г., т. 36). Колотая рана въ 9-мъ межреберьяхъ слева по задней подмышковой линіи. Сильное кровотеченіе; обморокъ, затѣмъ улучшеніе. Большой штыкъ въ каретѣ и поѣздѣ и попалъ въ клинику черезъ 12 час. съ хорошимъ пульсомъ; животъ безболѣзненный. Рана расширена чрезплевральнымъ разрывомъ съ истѣченіемъ 9-го и 10-го реберныхъ хрящей; при этомъ поранена грудобрюшная преграда; образовался пневмоторакс. Рана селезенки—у нижняго ея полюса. Истѣченіе выпавшей части салъника. Шовъ на селезенку и грудобрюшную преграду. Смерть черезъ 3 дня отъ перитонита (Внѣ клиники кѣмъ-то было сдѣлано промываніе раны). Каналъ: *плевры*, *грудобрюшная преграда*, *селезенка*.

#### 4. Случаи съ нераспознаннымъ или нелѣченнымъ раненіемъ селезенки.

##### а) Съ исходомъ въ выздоровленіе.

30. *Girard* («Bulletins et memoires de la société de chirurgie», 1901 г.). Ножевая рана въ 7-мъ межреберьяхъ между сосковой и средней подмышковой линіями съ выпаденіемъ салъника. Пневмоторакс. Животъ безъ видимыхъ измѣненій. Чрезплевральныи разрывъ въ 8-мъ межреберьяхъ въ 11 см. длины. Истѣченіе 8-го ребра. Руководясь выпавшимъ салъникомъ, вошли до раны въ грудобрюшную преграду; края этой раны расширены и подшиты къ краямъ кожной раны, чтобы обособить плевральную полость. Обнаружена небольшая ссадина (*écaillage*) селезенки, покрытая кровяными сгустками; она оставлена безъ лѣченія. Брюшная полость закрыта. Выздоровленіе. Каналъ: *плевры*, *грудобрюшная преграда*, *селезенка*.

##### б) Со смертельнымъ исходомъ.

31. *Roeser* («*Beiträge zur klin. Chirurgie*», 1902 г., т. 36, сл. 31). Рана мясницкимъ ножомъ въ 10-ое межреберье слева по задней подмышковой линіи. Селезеночная тугопуть не увеличена; болѣ въ груди при вдыхѣ; надъ лѣвымъ легкимъ снизу слышны заглушенія. Животъ мягкій и вездѣ безболѣзненный. Выжидательное лѣченіе. Черезъ 9 дней подъ грудобрюшной преградой образовался нарывъ. Рана расширена; истѣчено 10-ое ребро; найдены раны въ грудобрюшной преградѣ и плеврѣ; рана въ селезенкѣ, покрытая кровяными сгустками. Дренажъ гнойной полости; тампонада селезенки. Смерть черезъ 7 дней отъ пнеймоніи. Каналъ: *плевры*, *грудобрюшная преграда*, *селезенка*.

Печатные источники. *Auvray*. Société de chirurgie, 1904 г. докладъ *Demoulin*'а. — *Окс-же*. «Gazette des hôpitaux», 1901 г. № 46. — *Balacescu*. «Münchener mediz. Wochenschrift», 1901 г. № 35. — *Бережневскій*. «Русскій Хирургическій Архивъ».

1906 г., кн. 2.—*Berger*. «Archiv f. klinische Chirurgie», 1903 г., т. 68.—*Breht*. Тамъ-же, 1904 г., т. 73.—*Canniot*. Парижская диссертация, 1891 г.—*Carstens*. По передачѣ въ «Centralblatt f. Chirurgie», 1906 г., № 15.—*Demons*. Société de chirurgie, 1904 г.—*Edler*. «Archiv f. klinische Chirurgie», 1887 г., т. 34.—*Б. К. Финкельштейнъ*. «Русский Врачъ», 1902 г., № 21.—*Фроловъ*. «В. Медицинскій Журналъ», 1906 г., кн. 1.—3.—*Graf*. «Münchener mediz. Wochenschrift», 1905 г., т. 44.—*И. И. Грековъ*. «Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie», 1902 г., т. 63.—*Haim*. Тамъ-же, 1905 г., т. 79.—*Hartmann*. Société de chirurgie, 1904 г., стр. 1032.—*Hörz*. «Beiträge zur klinischen Chirurgie», 1906 г., т. 50.—*М. М. Крюковъ*. Къ вопросу объ оперативномъ леченіи травматическихъ поврежденій селезенки. Петербургская диссертация, 1901 г.—*Ланцъ*. Поддиафрагмальные нарывы. Московская диссертация, 1895 г.—*Locwy*. Парижская диссертация, 1901 г.—*Luschka*. Die Anatomie des Menschen. Tübingen, 1863 г., т. 1, стр. 257.—*Mac Cormac*. «The Lancet», 1900 г., стр. 1157.—*Mayer*. Прав. по *Edler*у, *Крюкову*, *Berger*у и др.—*Merkel*. Handbuch der topographischen Anatomie, т. II. Braunschweig, 1899 г.—*Monod et Vanvert*. «Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale», 1897 г.—*Neugebauer*. «Archiv f. klinische Chirurgie», 1904 г., т. 73.—*Noetzel*. «Beiträge zur klinischen Chirurgie», 1906 г., т. 48.—*Picou*. Парижская диссертация, 1896 г.—*Robinson*. «Annals of Surgery», 1901 г., т. 33.—*И. К. Руховичъ*. «В. Медицинскій Журналъ», 1905 г.—*Schaefer*. «Beiträge zur klinischen Chirurgie», 1902 г., т. 36.—*Н. А. Симаковичъ*. «Русскій Хирургическій Архивъ», 1906 г., кн. 2.—*В. О. Снегиревъ*. «Archiv f. klin. Chirurgie», 1903 г., т. 65.—*Suter*. «Beiträge zur klin. Chirurgie», 1905 г., т. 46.—*Tamari-novъ*. «Хирургія», 1906 г., т. 20.—*Теребинскій*. Тамъ-же, 1906 г., т. 19.—*Treves*. «The British Medical Journal», 1900 г., стр. 599.—*Weeling*. «Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie», 1906 г., т. 82.—Остальные источники указаны въ отдѣлѣ: «Казуистика ранъ селезенки».

СХСIII. Изъ пропедевтической терапевтической клиники проф. *Θ. Г. Яновскаго* въ Кіевскомъ Университетѣ.

Къ клинической картинѣ припадковъ и къ вопросу о распознаваніи грыжъ грудобрюшной преграды.

В. В. Виноградова.

Грыжи грудобрюшной преграды встрѣчаются сравнительно очень рѣдко. При жизни онѣ были распознаваемы лишь въ единичныхъ случаяхъ, и большинство ихъ какъ прежде, такъ и теперь составляютъ находку вскрытій. *Leichtenstern* въ 1874 г. во всей литературѣ собралъ ихъ всего 254 случаевъ, *Lacher* въ 1880 г. насчиталъ уже 276, *Thoma* въ 1882 г.—290, а *Grosser* въ 1899 г.—440. Въ послѣднее время не проходитъ ни одного года, чтобы не было сообщенія о 2—3-хъ случаяхъ грыжъ грудобрюшной преграды. Таковы случаи *Benda* и *Fraenkel*'а, *v. Hanse-mann*'а, *W. Moser*'а, проф. *Devio*, *Plücker*'а, *Th. Strüppel*'а и др., такъ что общее число ихъ въ настоящее время значительно превышаетъ вышеприведенную цифру *Grosser*'а. Въ доступной-же мнѣ русской литературѣ мнѣ не удалось встрѣтить ни одного подробно описаннаго случая такой грыжи, и только ч. пр. *В. П. Жуковский* въ акушерско-гинекологическомъ Обществѣ въ Петербургѣ дважды показывалъ органы отъ труповъ новорожденныхъ дѣтей, гдѣ грыжа грудобрюшной преграды представляла собой зародышевый порокъ развитія.

Въ строгомъ смыслѣ слова только незначительная часть грыжъ грудобрюшной преграды можетъ быть названа этимъ именемъ, такъ какъ только немногія изъ нихъ имѣютъ грыжевой мѣшокъ, который образуется или пристѣлочнымъ листкомъ брюшины, или-же плеврою, выстилающею грудобрюшную преграду, чаще-же тѣмъ и другимъ вмѣстѣ; при этомъ плебра и брюшина по краямъ недостачи въ грудобрюшной преградѣ срастаются между собою и въ такомъ видѣ участвуютъ въ образованіи грыжевого мѣшка. Но громадное большинство грыжъ грудобрюшной преграды не имѣетъ мѣшка и, въ отличіе отъ истинныхъ, называются «ложными». Вѣрнѣе было-бы назвать ихъ, по *Hueter*у, выпаденіемъ (prolapsus) или эктопией внутреннихъ брюшной полости. По статистикѣ *Lacher*'а изъ 276 случаевъ грыжъ грудобрюшной преграды только 28 было истинныхъ и 248 ложныхъ.

Грыжевое отверстіе чаще всего помѣщается въ лѣвой 1/2 грудобрюшной преграды и именно въ задней мышечной

ея части. Правостороннія грыжи встрѣчаются гораздо рѣже, ибо даже въ случаѣ нарушенія цѣлости этой 1/2 грудобрюшной преграды выступленію внутренностей мѣшаетъ печень. Для правостороннихъ грыжъ считается очень характерной большая величина отверстія, при чемъ нѣрѣдко дѣло доходитъ до полного отсутствія этой 1/2 преграды. Наконецъ, описанъ—правда, только 1—случай *Spessa*, относящійся къ мертворожденному плоду, гдѣ не было совсѣмъ грудобрюшной преграды и органы грудной и брюшной полостей лежали въ одномъ общемъ мѣшкѣ. По даннымъ *Lacher*'а общее число правостороннихъ грыжъ грудобрюшной преграды обнимаеъ 42 случая, а лѣвостороннихъ 225.

По этиологіи различаютъ врожденные и приобрѣтенныя грыжи грудобрюшной преграды. Послѣднія составляютъ большинство, и почти всѣ—травматическаго происхожденія, при чемъ здѣсь играютъ роль не только проникающія раны грудной кѣтки (огнестрѣльныя, ножевыя и др.), но и ушибы, сотрясенія, сильныя мышечныя напряженія и т. п. травмы, не связанныя съ нарушеніемъ цѣлости наружныхъ покрововъ. Интересно отмѣтить, что эмпиемы грудной кѣтки и нарывы легкаго, вскрывающіеся черезъ грудобрюшную преграду въ полость брюшины (единичные случаи подобнаго рода приводятся въ литературѣ), обыкновенно не ведутъ за собой образованія грудобрюшно-преградной грыжи.

По теченію принято различать острые и хроническіе случаи грыжъ грудобрюшной преграды. Первые это—тѣ, которые очень быстро ведутъ къ смертельному исходу, вторые-же послѣ образованія грыжи; вторые могутъ тянуться мѣсяцами, годами и даже десятками лѣтъ, при чемъ или совершенно ничѣмъ не даютъ о себѣ знать, или-же отъ поры до времени проявляются то сравнительно легкими, то очень дурными и опасными расстройствами въ отправленіи органовъ пищеваренія, дыханія и кровообращенія. Какъ примѣръ хроническаго теченія разбираемыхъ грыжъ, можно привести случаи *I. W. G. Farwell*'а, гдѣ отъ момента травмы до смерти прошло 16 лѣтъ. Больной все время работалъ, много ходилъ и т. д. и лишь изрѣдка испытывалъ легкія расстройства отъ неваренія.

Помимо врожденныхъ и приобрѣтенныхъ травматическимъ путемъ недостатъ въ грудобрюшной преградѣ, органы брюшной полости могутъ проникать въ полость плевральную и чрезъ естественныя предобразованныя отверстія въ ней, какъ-то: 1) отверстіе для пищевода (foramen oesophageum), 2) *Morgagni*'ево отверстіе (въ передней части грудобрюшной преграды между грудиною и 7-мъ ребернымъ хрящемъ съ той и другой стороны); 3) отверстіе *Bochdalek*'а (сзади между поясничной и реберной частями преграды) и 4) мѣсто прохожденія сочувственнаго нерва (между наружной и средней ножками ея).

Число входящихъ въ составъ грыжи органовъ бываетъ чрезвычайно различно; большею частью, однако, при этомъ наблюдается множественность, и лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ дѣло ограничивается какимъ-либо однимъ органомъ (см. *Paul Gutmann*). Какъ велико бываетъ иной разъ содержимое грыжи, показываетъ случай *C. Rein-haud*, гдѣ въ лѣвой плевральной полости было найдено: 1) много петель тонкихъ кишокъ, 2) большой и малый сальникъ, 3) вся поперечная ободочная кишка, 4) большая часть восходящей и нисходящей части послѣдней и 5) большая часть желудка. По частотѣ 1-ое мѣсто въ этомъ отношеніи принадлежитъ желудку (онъ былъ найденъ въ такой грыжѣ 161 разъ); за нимъ слѣдуютъ: ободочная кишка (145 разъ), сальникъ (96), тонкія кишки (83), печень (45), 12-перстная кишка (35), поджелудочная железа (27), слѣпая кишка (20) и, наконецъ, почки (всего 2 раза; см. *Lacher*).

Что касается вліянія пола, то въ этомъ отношеніи замѣтно рѣзкое преобладаніе среди такихъ больныхъ мужчинъ (81,5%) надъ женщинами (18,5%), несомнѣнно, въ зависимости отъ образа жизни, сопряженнаго съ болѣе частыми тѣлесными напряженіями, а также вслѣдствіе вообще большей частоты у нихъ раненій.

Возрастъ, повидимому, также играетъ извѣстную роль, ибо больше всего разбираемыхъ грыжъ описано у дѣтей

до 1-го года (врожденные грыжи) и здесь чаще у девочек, чем у мальчиков. Впрочем, грыжи грудобрюшной преграды встречаются и в преклонном возрасте; больная, напр., *Hausemann*'а была 66 л.

В острых случаях грыж грудобрюшной преграды смерть большею частью наступает от шока, вследствие быстрого вхождения органов живота в плевральную полость. Иногда при этом играют роль и механические условия: так, в случае *Leichtenstern*'а смерть последовала от сдавления сердца и вызванной этим полной остановки кровообращения.

На вскрытии в этом случае оба желудка сердца оказались пустыми, и лишь в правом предсердии найдено было скудное количество свернувшейся крови. Верхняя полая вена была почти пуста, а нижняя, равно как и все сосуды брюшной полости, наоборот, были переполнены кровью.

В хронических случаях смертельный исход обуславливается или ущемлением, или даже прободением входящих в состав грыжи органов и вызванным этим общим перитонитом. Для последнего, впрочем, и не требуется непременно прободения, ибо известно, что под влиянием продолжительного застоя крови в кишках бактерии (чаще всего — кишечная палочка) могут проникать через стѣнку кишки до сывороточного ее покрова и в результате дать общий перитонит.

Перехожу к описанию своего случая.

Н. Г., 23 л., легковой извозчик, по виду очень здоровый и крепкий, 6/хп 1905 г. в драке получил удар ножом в левую  $\frac{1}{2}$  грудной клетки и в тот же день был доставлен в Киевскую городскую Александровскую больницу, где у него были найдены рпешотогав и подкожная эмфизема. На следующий день он чувствовал себя вполне здоровым, через 2—3 дня выписался и стал продолжать свои занятия, не испытывая при этом никаких болезненных признаков. Спустя 3 недели, 27/хп, один вкатывая большой парный экипаж в сарай, он внезапно почувствовал острую, рѣжущую боль в животѣ. Всю ночь затѣм кричал и метался и лишь к утру, под влиянием выпитой перцовки, заснул. На следующий день при испражнении замѣтил примѣсь свѣжей крови в калѣ, что его удивило и испугало. Боль в животѣ, однако, уже утратила острый характер, и больной вернулся к своим обычным занятиям. Лишь при сильных сотрясениях во время ѣзды по ухабам он чувствовал схваткообразную боль в животѣ, больше же ни на что не жаловался. 10/1 1906 г. вч. был в гостях у товарищей, где очень много смѣялся и, вернувшись домой, снова почувствовал острую боль в животѣ в области пупка, еще более жестокою, чем прежде. Ночь совсем не спал. Утром появились сильная тошнота, без рвоты, и очень мучительная икота, повторявшаяся за день раза 4—5 и сопровождавшаяся такими сильными болями («как будто внутри все переворачивалось»), что больной со страхом ожидал ее повторения. На низ не было. Такое мучительное состояние держалось, то ослабывая, то снова усиливаясь, еще 2 дня. 14/1 вч. больной поступил в клинику. Здѣсь жалобы его сводились к постоянной боли во всем животѣ, временами усиливающейся до невозможности, до того, что он кричал. Точно определить мѣсто боли он не мог, но указывал, что главным образом она сосредоточивается внизу живота в области паховых областей, преимущественно же в лѣвой. Позыва на ѣду нѣтъ. Постоянная тошнота. Мочиться больно. Капля нѣтъ; одышка тоже не замѣтна. Все время лежать на спинѣ или на правом боку; при попытках повернуться на лѣвую сторону появляются сильные боли в животѣ. Из здоровой семьи. До послѣдняго времени не помнит, чтобы когда нибудь болѣл. Дов. часто выпивал, иногда сильно. Указывает также на половые излишества. Сифилис отрицает.

15/1: Сложение и питание очень хорошее. Цвѣтъ лица и видимых слизистых оболочек розовый. На кожѣ груди и живота много пятен отрубевидного разноцвѣтнаго лишая (*pityriasis versicolor*). Язык обложен бѣловатым налетом, сухой. Животъ значительно вздутъ: стѣнки его рѣзко напряжены. Печень и селезенка не прощупываются. В правом подреберѣ — барабанный звук, по сосковой линии распространяющийся на 3 пальца вверху. В нижней части живота, особенно слѣва, вырываются кишечные петли, в которых временами хорошо видны червеобразные движения. Ошупывание живота почти невозможно из-за очень большого напряжения брюшных мышц. Наиболее рѣзко выступающія петли кишек замѣтны в слѣдующих мѣстах: а) в лѣвой подвздошной области, соответственно ходу S-образной кишки; б) на уровнѣ пупка съ правой стороны въ разстояніи 2—3 стм. от него и в) в правой подвздошной области, соответственно положенію слѣпой и восходящей ободочной кишек. Границы сердца нормальны; тоны его чисты. Пульс среднего наполненія и величины, 108 в 1 мин. Одышка и кашля нѣтъ. Легкія сзади изслѣдовать не удалось за невозможностью, из-за сильных болей, повернуть больного. Все время сильнѣе тошнота. Утром была не особенно обильная рвота темнозелеными массами, горькаго вкуса, без примѣси крови. Частая икота; въ жалобах она занимает первое

мѣсто; во время нея больной весь судорожно сжимается, а послѣ безсильно лежит и слабо стонет; приходитъ въ себя спустя 2—3 мин. Въ виду того, что больной 4 дня не ходил на низъ, ему дважды сдѣлано высокое промывательное, но безъ результата. На ночь дана чайная ложка сложнаго порошка ла-крипи. Подъ утро обильно прослѣдило 4 раза, полушажками испражнениями.

16/1: Слизь въ калѣ въ умеренномъ количествѣ; крови въ немъ на глазъ не замѣтно, но подъ микроскопомъ дов. часто попадаются красные кровяные шарики, а изрѣдка и бѣлые. Мочи за сутки 750 к. стм., насыщенно-желтаго цвѣта, съ большимъ содержаніемъ индикана; другихъ патологическихъ примѣсей въ ней нѣтъ. Вдутье живота меньше, но кишечныя петли въ обѣихъ подвздошныхъ областяхъ выступаютъ по прежнему ясно. Субъективно — значительное улучшеніе: боли въ животѣ гораздо меньше; послѣ 4-хъ безсонныхъ ночей спалъ цѣлый день, временами лишь просыпаясь отъ «схватокъ» въ животѣ.

17/1: Боли снова приняли бурный характеръ. Пальцевое изслѣдованіе прямой кишки обнаружило, что расширеніе ея (ampulla), какъ будто, заполнено нависшими сверху складками слизистой оболочки, похожими на тѣ, что бывають при кишечномъ вѣдреніи. При изслѣдованіи зеркалами былъ ясно виденъ надвигавшійся сверху участокъ кишки съ каналомъ въ центрѣ, изъ котораго выдѣлялись жидко-слизистыя каловые массы. Больному была предложена операція, но онъ отъ нея отказался. Назначены опій и компрессы на животъ.

18/1: Повторенное утромъ изслѣдованіе прямой кишки дало совершенно тѣ же результаты. Животъ сильно вздутъ. По ходу S-образной и слѣпой кишекъ, а также съ правой стороны пупка ясно выступаютъ кишечныя петли. Въ жалобахъ, по прежнему, преобладаетъ икота. На низъ не было съ 16/1. Общее состояніе гораздо болѣе угнетено, чемъ въ предыдущіе дни. П. 112, удолетворительный. На этотъ разъ на операцію больной согласился. При изслѣдованіи органовъ груди найдено: грудная кѣтка правильной формы; при дыханіи лѣвая ея  $\frac{1}{2}$  замѣтно отстаетъ отъ правой; у нижней угла лѣвой лопатки, соответственно 8-му межреберью, замѣтенъ вполне замѣтный рубецъ отъ бывшей здѣсь раны; при выстукиваніи по всей лѣвой  $\frac{1}{2}$  — очень полный барабанный звукъ; при выслушиваніи, особенно въ нижнихъ отдѣлахъ, — слабое амфорическое дыханіе и дов. громкіе кишечныя шумы; очень отчетливый металлическій звонъ при «Stäbchen - plessimeter - perkussion»: т. наз. *succusio Hyppocratis* получить не удалось; впрочемъ, и не добивались получить его во что бы то ни стало, въ виду тяжелого состоянія больного; по всему протяженію праваго легкаго нѣсколько жесткое везикулярное дыханіе; хриповъ нѣтъ не слышно; верхняя граница сердечной тупости — съ 4-го ребра; толчокъ на глазъ не замѣтенъ и не прощупывается; правая граница полной тупости — на 3 пальца вправо отъ правой грудной линіи; звуки лучше слышны съ правой стороны, чемъ съ лѣвой; шумовъ нѣтъ; 2-ой звукъ на легочной артеріи съ легкимъ удареніемъ.

Въ 7 час. вч. И. А. Бондаревымъ сдѣлана операція, имѣющая ходъ которой я не буду, такъ какъ это послужитъ предметомъ особаго сообщенія товарища-хирурга. Замѣчу лишь, что по вскрытіи полости брюшины слѣвая, спускающаяся ободочная кишка и т. наз. flexura coli dextra оказались сильно раздутыми, что вполне соответствовало отмѣченнымъ раньше выпячиваніямъ въ указанныхъ областяхъ. S-образная кишка найдена въ спавшемся состояніи, но непосредственно надъ ней и соответственно ея ходу лежала раздутая петля тонкой кишки, которая до операціи и была принята за S-образную. Поперечной ободочной кишки найти въ брюшной полости не удалось: она почти цѣликомъ лежала въ полости плевры вмѣстѣ съ болѣею частью сальника и проникла туда черезъ отверстіе въ лѣвой  $\frac{1}{2}$  грудобрюшной преграды, лежавшее въ центрѣ сухожильной ея части и свободно пропускавшее 2 пальца. Вправить обратно поперечную ободочную кишку — въ грыжевыхъ воротахъ оказались сращения — не удалось до тѣхъ поръ, пока не была надѣлана грудобрюшная преграда и сращения не отдѣлены тулѣи путемъ. Затѣмъ на грудобрюшную преграду наложены были швы, и брюшная рана зашита. Во время операціи, особенно къ концу ея, наблюдалось рѣзкое паденіе сердечной дѣятельности, потребовавшее неоднократныхъ вырсыкиваній кофеина и камфоры и вливанія подъ кожу физиологическаго раствора поваренной соли.

19/1: Утр. въ 9 час. нѣсколько разъ была дов. обильная кровавая рвота. Пульсъ нитевидный, частый. Сильныя боли въ животѣ. Страхъ смерти. Камфора съ эвромъ подъ кожу и вливаніе физиологическаго раствора. Въ 3 часа — холодный клѣвкій потъ, коллапсъ и смерть.

Судебно-медицинское вскрытіе было произведено 25/1 А. П. Бѣляевскимъ. Изъ протокола его приведу лишь выдержки, имѣющія непосредственное отношеніе къ данному заблужденію.

А. Наружный осмотръ. «На лѣвой сторонѣ груди на уровнѣ угла лопатки, въ разстояніи 5 стм. отъ позвоночника, замѣчается поперечный продолговато-овальной формы рубецъ, длиною въ 1,7 и шириною въ 0,5 стм., блѣдно-краснаго цвѣта, съ ровными линейными краями и острыми концами... В. Внутренний осмотръ. «2) Грудная полость. Грудина цѣла. Правое легкое свободно, хорошо выполняетъ правую  $\frac{1}{2}$  грудной кѣтки; лѣвое легкое спавшееся и плаваетъ въ видѣ небольшого комка въ наполняющей лѣвую  $\frac{1}{2}$  груди жидкости бурокрасноватаго цвѣта. Въ околосердечной сумкѣ съ  $\frac{1}{2}$  столовой



ложки прозрачной сывороточной жидкости. Сердце не увеличено, жато; въ лѣвой  $\frac{1}{2}$  его незначительные темные свертки крови; правая  $\frac{1}{2}$ , въ особенности правое предсердіе, переполнены такими-же свертками; заслонки и мышца сердца безъ измѣненій. Лѣвое легкое представляетъ собой мягкій, мясистый, совершенно безвоздушный комокъ; ткань его на разрѣзѣ почти безкровная. Правое легкое нормальнаго объема, по краямъ вѣсколько вздуто, пушисто, на разрѣзѣ полнокровно. Въ самой серединѣ лѣваго купола грудобрюшной преграды замѣчается отверстие, въ растянутомъ состояніи почти круглой формы, около 4 см. въ диаметръ; лѣвая сторона его представляетъ какъ-бы отгибленіе кнаружи, спитое нѣсколькими швами; чрезъ это отверстие въ грудную полость выпала часть желудка, при чемъ конецъ выпавшей части представляется почернѣвшимъ, и въ немъ замѣтно небольшое отверстие, около 1 см. въ диаметръ, съ неровными, омертвѣвшими краями, чрезъ которое выливается, при надавливаніи на желудокъ, въ небольшомъ количествѣ буро-красноватая, мутная жидкость; вокругъ отверстия, по краямъ его, съ грудной стороны мѣстами плотно припаяны кусочки омертвѣлой ткани, повидимому, сальника. На уровнѣ отверстия, соответственно промежутку между 7-мъ и 8-мъ ребромъ, замѣчается дов. плотный, слегка втянутый, продолговатоовальной формы, рубецъ, идущій въ косопоперечномъ направленіи къ 8-му ребру, у верхняго края котораго онъ и оканчивается; рубецъ этотъ точно соответствуетъ рубцу, описанному въ наружномъ осмотрѣ на спинѣ. 3) *Брюшная полость*.... «Въ желудкѣ содержится около унціи буро-красноватой, мутной, клочковатой жидкости; слизистая оболочка его блѣдна, сложена въ мелкія складки; въ области его, на 3 пальца, впереди и влѣво, замѣчается почернѣвшій, омертвѣвшій участокъ съ отверстиемъ, которое было описано при осмотрѣ грудной полости; участокъ этотъ легко разрывается. Большой сальникъ скомканный, мѣстами какъ-бы омертвѣлый; часть его притянута къ отверстию въ грудобрюшной преградѣ, гдѣ и припаяна рыхлыми спайками. Петли кишечника спаяны между собой и отчасти съ разрывомъ брюшной стѣнки посредствомъ рыхлыхъ фибринозныхъ наслоевъ; мѣстами отдѣльными петли тонкихъ кишокъ представляются сильно покраснѣвшими, съ рѣзкимъ налитіемъ мелкихъ сосудовъ. Брюшина въ общемъ слегка помутнѣла. Толстая кишка, а именно лѣвая  $\frac{1}{2}$  поперечной ея части, сильно вздута газами; сывороточный покровъ ея покраснѣвшій, съ небольшими, густо сидящими кровоизлияніями, мѣстами—съ фибринознымъ налетомъ; на ней 3 поперечныхъ шва, расположенныхъ въ разныхъ мѣстахъ и наложенныхъ на сывороточный покровъ. Тонкія кишки содержатъ буро-красноватую жидкость; въ толстыхъ, а именно въ восходящей и поперечной, плотный, желтоватого цвѣта калъ, мѣстами въ видѣ очень плотныхъ комковъ, а далѣе книзу—такой-же калъ жидкій, въ небольшомъ количествѣ. Слизистая оболочка прямой кишки разрыхлена, налита кровью, съ обильными нависающими другъ на друга складками. Въ мочевоомъ пузырь съ  $\frac{1}{2}$  унціи мутноватой мочи. Въ маломъ тазу и въ глубинѣ между кишечными петлями небольшое количество мутной сывороточной жидкости съ мелкими фибринозными клочьями».

Какъ видно изъ этого описанія, мы имѣли здѣсь дѣло съ грыжей грудобрюшной преграды травматическаго происхожденія. Содержимое ея составляли: 1) большая часть большого сальника, 2) почти вся поперечная ободочная кишка и 3) небольшая часть желудка (лежащій вблизи дна участка передней его поверхности).

Постараемся теперь, по мѣрѣ возможности, выяснитъ механизмъ входенія брюшныхъ органовъ въ полость плевры. Внимательное изученіе анамнестическихъ данныхъ позволяетъ думать, что не сразу всѣ органы, найденные при операціи и на вскрытіи, проникли въ плевральную полость. Въ самомъ дѣлѣ, въ исторіи болѣзни ярко выдѣляются 3 періода. 1-ый—это раненіе 6/хп, при чемъ хирургами, какъ это оказалось по справкамъ, былъ установленъ пневмоторакъ съ подкожной эмфиземой. Состояніе больного при этомъ ничѣмъ особымъ не отличалось отъ обычнаго при пневмоторакѣ, вызванномъ травмою груди, а одновременное развитіе подкожной эмфиземы съ большою степенью вѣроятія указывало на входеніе воздуха снаружи. Отрицательное давленіе въ лѣвой плевральной полости тѣмъ самымъ было уничтожено и не могло оказывать присасывающаго дѣйствія на органы живота. Въ этотъ разъ, повидимому, была нанесена лишь рана въ грудобрюшную преграду. Затѣмъ, 27/хп, послѣ чрезмѣрнаго тѣлеснаго напряженія (вкатываніе большого экипажа въ сарай) развилась бурная картина рѣжущихъ болей въ животѣ съ выдѣленіемъ на слѣдующій день кровавистыхъ испражнений. Но эта тяжелая картина такъ скоро исчезла и смѣнилась чувствомъ благосостоянія съ возможностью продолжать работу, что, можно думать, выступившіе сквозь щель въ грудобрюшную преграду органы живота совсѣмъ, или почти совсѣмъ, вошли назадъ въ брюшную полость.

Далѣе, 10/1, послѣ усиленнаго смѣха, который съ физиологической точки зрѣнія представляетъ собою рядъ короткихъ судорожныхъ движеній грудобрюшной преграды (вдыханій и выдыханій), описанная картина повторилась въ еще болѣе сильной степени и въ концѣ концовъ привела больного къ смерти. Очень возможно, что въ этотъ именно разъ и началось втягиваніе содержимаго брюшной полости, а подъ конецъ оно пошло уже быстрымъ темпомъ. Само собою разумѣется, что изображенный здѣсь порядокъ выпаденія брюшныхъ внутренностей есть только предположеніе, находящее себѣ подтвержденіе въ исторіи болѣзни. Въ литературѣ описано довольно много случаевъ, гдѣ въ плевральную полость входило сразу большое количество органовъ и оставалось тамъ неопредѣленно долгое время, не вызывая никакихъ субъективныхъ расстройствъ.

(Окончаніе слѣдуетъ).

Изъ университетской клиники цѣтскихъ волыней проф. Czerny въ Бреславлѣ.

## Опытъ изученія обмѣна желѣза у дѣтей грудного возраста.

Памяти незабвеннаго моего учителя проф. Н. И. Быстрова.

Студ. Н. И. Красногорского.

(Окончаніе. См. № 48, стр. 1511).

Въ общемъ въ моихъ опытахъ всасываемость и усвоеніе желѣзистыхъ соединений шпината и яичныхъ желтковъ дѣтскимъ организмъ весьма мало отличаются другъ отъ друга. Въ среднемъ изъ шпината всасывалось 64,2% и усваивалось 61,5% желѣза; изъ яичныхъ желтковъ—64,9% и 61,9%. Сравнительно высокая всасываемость желѣзистыхъ соединений изслѣдованныхъ мною пищевыхъ продуктовъ имѣетъ безусловный интересъ вообще и для нѣкоторыхъ врачей, желающихъ лѣчить малокровіе, блѣдную немочь и т. д. назначеніемъ желѣзистыхъ препаратовъ въ частности. Дать научное объясненіе найденной мною высокой, почти одинаковой, всасываемости дѣтскимъ естественныхъ растительныхъ и животныхъ соединений желѣза пока весьма затруднительно. Остается открытымъ и вопросъ о мѣстонахожденіи всосаннаго желѣза. Конечно, нѣтъ никакого сомнѣнія, что такія большія количества желѣза, какія, напр., у изслѣдованнаго мною ребенка вошли въ кровообращеніе, не могли быть использованы имъ въ пластическихъ процессахъ.

Такъ какъ шпинатъ вообще очень хорошо переносится дѣтскими <sup>25)</sup>, то его можно совѣтовать употреблять не только въ случаяхъ, когда показывается растительная пища <sup>26)</sup>, но и при желаніи ввести въ организмъ легко всасываемыя желѣзистыя соединения, послѣднее—ежели, напр., имѣется предположеніе, что при данномъ пищевомъ режимѣ ребенокъ не получаетъ достаточнаго количества желѣза для нормальной дѣятельности органовъ и тканей (сырое козье молоко).

Высокія всасываемость и усвоеніе желѣза яичныхъ желтковъ дѣлаютъ употребленіе ихъ съ цѣлью обогатить организмъ желѣзомъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ также весьма рациональнымъ.

Въ заключеніе приведу одно наблюденіе, произведенное мною сравненія ради, надъ всасываемостью желѣза Ferratin'a, какъ препарата наиболѣе употребительнаго во врачебной практикѣ, съ которымъ особенно часто связываются радужныя надежды.

Опытъ 14. Опытъ этотъ былъ произведенъ на Г. Е. (см. опытъ 1) въ промежуткѣ между 4-мъ и 5-мъ опытами. За 2 дня до опыта ребенокъ получалъ  $3 \times 0.2$  Ferratin'a и  $5 \times 60$  молока + 60 воды. Во время опыта каждая порція Ferratin'a отгибалась на бумажномъ кружкѣ на точныхъ вѣсахъ до 4-го знака. Передъ кормленіемъ порошокъ всыпался въ стеклянку съ молокомъ, молоко взбалтывалось и послѣ этого давалось ребенку. Бумажный кружокъ взвѣшивался вторично и такимъ образомъ опредѣлялось всыпанное въ банку количество Ferratin'a. Остатокъ Ferratin'a, который могъ пристать къ стѣнкамъ стеклянки, растворялся въ горячемъ соляной кислотѣ, и въ полученномъ растворѣ также опредѣлялось количество желѣза. Въс ребенка до опыта 3950, послѣ—4020 грм.; въ итогѣ + 70 грм.

За опытъ было 4 испражнения. Температура колебалась въ предѣлахъ 37°—37°4. Получилъ за опытъ 2062,9 грм. молока + воды и 1,7544 грм. Ferratin'a; вывелъ 12,3695 грм. кала и 1125 к. стм. мочи. Опрежденія Fe см. табл. 29, всасываемость и усвоение—табл. 30.

Табл. 29.

	Общее количество полученной пищи и испражнений за опытъ въ грм.	Анализируемое количество въ грм.	Титръ.	Количество к. стм. титровать раствора, употреб. при титрованіи.	Количество желѣза въ мгмр. въ анализируемомъ количествѣ.	Общее количество желѣза въ мгмр. въ пищѣ и испражненияхъ.	Среднее количество желѣза въ мгмр.
Молоко + вода.	2062,9	200 200	10,3 10,3	0,9 1,3	0,17 0,25	1,75 2,58	2,17
Ferratin.	1,7544	0,07 0,05	10,8 10,3	16,3 12,0	3,02 2,33	75,69 81,75	78,72
Остатокъ.	200	50,0	10,3	14,9	2,89	11,56	11,56
Калъ.	12,3695	0,6545 0,5102 0,6488	10,8 10,8 10,8	15,4 11,1 15,1	2,85 2,06 2,79	53,86 49,94 54,72	52,84
Моча.	1125	500 500	10,8 10,8	0,5 0,85	0,09 0,15	0,20 0,34	0,7

Табл. 30.

Количество желѣза, въ мгмр., полученное съ пищей за опытъ.	Количество выведеннаго желѣза въ мгмр. черезъ.		Всосалось желѣза.		Усвоилось желѣза.	
	Калъ.	Мочу.	Безотносительное количество въ мгмр.	Въ % по отношенію къ пище-вому желѣзу.	Безотносительное количество въ мгмр.	Въ % по отношенію къ пище-вому желѣзу.
69,33	52,84	0,27	16,49	23,78	16,22	23,39

Такимъ образомъ желѣзо Ferratin'a всасывалось сравнительно съ желѣзомъ шпината и яичныхъ желтковъ на 40% хуже. Слѣд., лучший желѣзистый препаратъ, приготовляемый фабрикантами, въ смыслѣ всасыванія его организмомъ ни въ какомъ случаѣ не можетъ соперничать съ естественными пищевыми соединениями желѣза. Конечно, безотносительное количество введеннаго желѣза при назначеніи, напр., Ferratin'a можетъ быть и больше вслѣдствіе колоссальныхъ количествъ желѣза, попадающихъ при этомъ въ пищеварительный каналъ, но само собою разумѣется, что наводнить организмъ желѣзомъ не значитъ еще исправлять функциональную аномалію тканей. Подобное переполненіе не имѣетъ за собой рѣшительно никакихъ основаній. Кромѣ того, слѣдуетъ замѣтить, что, хотя вопросъ о формѣ, въ какой желѣзо всасывается и обрабатывается въ организмѣ при кормленіи естественными и фабричными желѣзистыми соединениями, а также и о ея удобствахъ для использованія въ созидательныхъ процессахъ тѣла еще и остается пока открытымъ, но, надо думать, разрѣшится въ будущемъ не въ пользу фабричныхъ издѣлій.

На основаніи приведеннаго матеріала я считаю себя въ правѣ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1. Соединенія желѣза женскаго молока несравненно лучше всасываются и усваиваются грудными дѣтьми, чѣмъ таковыя молока козьяго.

2. Всасываемость и усвоение дѣтьми грудного возраста желѣзистыхъ соединений сырого молока значительно ниже, чѣмъ кипяченаго.

3. Высокій %, всасыванія желѣза женскаго молока является обстоятельствомъ, уравнивающимъ незначительное количество желѣза, заключеннаго въ молоко.

4. Кормленіе грудныхъ дѣтей исключительно сырымъ козьимъ молокомъ угрожаетъ опасностью поставить организмъ въ условія недостаточнаго для его совершеннаго развитія притока желѣза.

5. Желѣзистыя соединенія шпината и яичныхъ желтковъ въ смыслѣ всасыванія ихъ дѣтскимъ организмомъ особаго различія не представляютъ, но уступаютъ таковымъ женскаго молока.

6. Естественныя соединенія желѣза въ пищѣ несравненно полнѣе и, вѣроятно, въ лучшей формѣ всасываются дѣтьми, чѣмъ желѣзо фабричныхъ препаратовъ.

7. Недостаточное поступленіе желѣза въ дѣтскій организмъ съ пищей можетъ повлечь рядъ разстройствъ не только въ образованіи и функциональной дѣятельности гемоглобина, но и вообще въ тканевыхъ, окислительныхъ и пластическихъ процессахъ.

Въ заключеніе позволю себѣ принести здѣсь горячую признательность глубокоуважаемому проф. *Czerny* какъ за постоянное руководство и проявленный имъ интересъ къ моей работѣ, такъ и за теплое, сердечное отношеніе.

**Литература.** 1. *Bertrand*. «Archive de physiologie», т. 28, стр. 23.—2. *Б. И. Словцовъ*. Къ ученію объ окислѣхъ животнаго тѣла. Петербургская диссертация, 1899 г.—3. *V. Spizer*. Die Bedeutung gewisser Nucleoproteide für die oxydative Leistung der Zelle. *Pflüger's Archiv*, т. 67, стр. 615.—4. *Zeitschrift für physiologische Chemie* т. 31, стр. 227.—5. «Journal de pharmacie et de chimie», т. 9, стр. 4952.—6. Тамъ-же, т. 3, стр. 17.—7. *Н. Красногорскій*. Антипепсинъ въ низшихъ растительныхъ организмахъ и его биологическое значеніе для человека. «Извѣстія В.-Медицинской Академіи», т. XII, 1906 г., мартъ.—8. *Bunge*. Ueber die Aufnahme des Eisens in den Organismus des Säuglings. «Zeitschrift f. physiolog. Chemie», т. XIII, стр. 402.—9. Тамъ-же, т. XVII, стр. 63.—10. *С. I. Замескій*. Studien über die Leber. Тамъ-же, т. X, стр. 470.—11. *Lapicque*. «Comptes rendus de la société de biologie», 1889 г.—12. *Krüger*. «Zeitschrift für Biologie», т. XXVII.—13. *P. Philippson*. Über den Eisengehalt der Leberzellen bei Neugeborenen und Kindern im ersten Lebensjahr. Breslau'sкая диссертация, 1904 г.—14. «Zeitschrift für Biologie», т. 40, стр. 9, 14, 19, 37.—15. *Steinitz*. Über Versuche mit künstlicher Ernährung. Breslau'sкая диссертация, 1900 г.—16. *Rubner*. «Zeitschrift für Biologie», т. 36, стр. 60—61.—17. Прив. по *Czerny* и *Keller*'у. Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie, т. I, стр. 446.—18. *J. Arndt*. Über das Verhalten der Kalksalze in den Faeces und im Harn von Säuglingen bei Darreichung gekochter und ungekochter Milch. Breslau'sкая диссертация, 1901 г.—19. *Cronheim-Müller*. «Jahrbuch für Kinderheilkunde», т. 57, стр. 45.—20. «Zeitschrift für physiolog. Chemie», т. XXXVII, стр. 116.—21. *Bunge*. Тамъ-же, т. IX, стр. 49.—22. *Socin*. Тамъ-же, т. XV, стр. 93.—23. *Bunge*. Тамъ-же, т. XVI, стр. 179.—24. Тамъ-же, т. XXV, стр. 40.—25. *Czerny* и *Keller*. Handbuch, т. II, стр. 98.—26. *Czerny*. Kräftige Kost. «Jahrbuch für Kinderheilkunde», т. 51, стр. 18.

## Правительственные законопроекты по реформѣ фабричной медицины и по страхованію отъ болѣзни.

Н. А. Вигдорчика.

(Продолженіе. См. № 48, стр. 1515).

4.

### Критика проекта.

Если-бы изложенный мною выше законопроектъ по реформѣ фабричной медицины былъ созданъ 40 лѣтъ назадъ, когда закладывалось зданіе нашей фабричной медицины, онъ, навѣрное, былъ-бы встрѣченъ сочувственно. Въ сравненіи съ циркуляромъ 1866-го года, на которомъ столько времени зиждилось все зданіе фабрично-медицинскаго дѣла, новый проектъ могъ-бы показаться крупнымъ законодательнымъ актомъ. Но, какъ извѣстно, правительство всегда опаздываетъ со своими реформами. Опоздало оно и съ своимъ проектомъ по фабричной медицинѣ. За послѣдніе годы общественное мнѣніе настолько ушло впередъ, недовольство существующимъ положеніемъ дѣла настолько обострилось, и требованія къ правительству настолько возрасли, что выработанный Министерствомъ проектъ не

только не может никого удовлетворить, но может показаться скорѣе насмѣшкой надъ общественнымъ мнѣніемъ и требованіями страны.

Въ самомъ дѣлѣ, что даетъ министерскій проектъ въ смыслѣ улучшенія существующаго строя фабричной медицины? Единственной положительной стороной его является статья 2-ая, въ которой время безплатнаго лѣченія рабочаго удлинняется до 3-хъ мѣсяцевъ, а въ особо важныхъ случаяхъ—до 6. Существующее положеніе дѣлѣ, когда фабрикантъ можетъ свести всю фабричную медицину къ нулю вслѣдствіе отсутствія въ законѣ точныхъ указаній о продолжительности обязательнаго лѣченія, представляеть изъ себя настолько вопіющую безсмыслицу, что даже правительство въ своемъ проектѣ не сочло возможнымъ оставить все по прежнему и внесло въ этотъ пунктъ давно необходимую опредѣленность. Другой вопросъ, насколько 3-мѣсячный срокъ обязательнаго лѣченія достаточенъ.

Въ этомъ позволительно усомниться. Срокъ этотъ разсчитанъ лишь для большинства острыхъ болѣзней. Но и острые болѣзни не всегда заканчиваются въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ. Тифъ, протекающій съ осложнениями или возвратами, суставной ревматизмъ или сѣдалищная невралгія тянутся нерѣдко гораздо дольше 3-хъ мѣсяцевъ. Но особенно срокъ этотъ недостаточенъ для хроническихъ болѣзней, а между тѣмъ большинство профессиональныхъ болѣзней принадлежитъ именно къ хроническимъ. Спрашивается, справедливо-ли выбрасывать на улицу больного рабочаго, потерявшаго свое здоровье на фабричной работѣ, только потому, что вызванное работой расстройство здоровья оказалось слишкомъ серьезнымъ, и не могло быть устранено въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ? Не значить-ли это наказывать рабочаго за грѣхи промышленности? Правда, въ правительственномъ законопроектѣ есть оговорка, что въ особо важныхъ случаяхъ срокъ лѣченія, съ согласія пользующаго врача, можетъ быть продолженъ до 6 мѣсяцевъ.

Однако мы цѣнимъ въ каждомъ законѣ только то, что заключаетъ въ себѣ категорическія требованія, а не то, въ чемъ выражены лишь благія пожеланія. Благія пожеланія закона ни для кого не обязательны, а, съ другой стороны, если фабрикантъ захочетъ лѣчить рабочаго 6 мѣсяцевъ, вмѣсто 3-хъ, то для этого ему не нужно вовсе соизволенія начальства. Поэтому оговорка о томъ, что срокъ «можетъ быть продолженъ», есть пустая фраза, разсчитанная на то, чтобы кого-то обмануть, чтобы пустить кому-то пыль въ глаза. Ясно, что на практикѣ рабочихъ будутъ лѣчить 3 мѣсяца, а не 6, ибо фабрикантъ склоненъ исполнять лишь minimumъ требованій закона. Согласіе или разрѣшеніе врача тоже мало можетъ помочь, ибо съ мнѣніемъ врача, да еще врача, находящагося въ зависимомъ положеніи, фабрикантъ можетъ смѣло не считаться.

Если-бы правительство не принимало такъ близко къ сердцу интересы фабрикантовъ, оно не побоялось-бы назначать для обязательнаго лѣченія 6-мѣсячный срокъ, вмѣсто 3-мѣсячнаго. Это было-бы, конечно, гораздо справедливѣе и болѣе подходило-бы къ западно-европейскимъ образцамъ. Нѣмецкія больничныя кассы пользуют своихъ больныхъ членовъ 26 недѣль. Въ Австріи этотъ срокъ равняется 20 недѣлямъ. Конечно, можно сказать, что и въ 1/2-года не каждый больной выздоравливаетъ. Но вопросъ о лѣченіи рабочихъ за предѣлами этого срока выходитъ уже изъ сферы фабричной медицины и переноситъ насъ въ область страхового законодательства. Къ этому я еще вернусь въ дальнѣйшемъ изложеніи.

Какъ-бы то ни было, но 2-ая статья разсматриваемаго правительственнаго законопроекта представляетъ несомнѣнный шагъ впередъ сравнительно съ дѣйствующимъ законодательствомъ. Зато во всѣхъ остальныхъ своихъ частяхъ законопроектъ либо не даетъ ничего новаго, либо дѣлаетъ даже шагъ назадъ. Несомнѣнный регрессъ, напр. въ томъ, что проектъ не устанавливаетъ никакихъ опредѣленныхъ нормъ врачебной помощи. Вѣдь, мало сказать, что больные рабочіе должны быть обезпечены коечными лѣченіемъ, надо еще установить точно, какимъ требованіямъ это коечное лѣченіе должно удовлетворять, а, главное, въ какомъ отношеніи должно находиться число коекъ

къ числу рабочихъ, занятыхъ въ данномъ промышленномъ заведеніи. Какъ ни плохъ циркуляръ 1866-го года, но все-же въ немъ есть цифровая норма, не допускающая никакихъ превратныхъ толкованій. Тамъ опредѣленно сказано, что на 100 рабочихъ полагается 1 койка. Въ новомъ проектѣ такихъ указаній нѣтъ. И, если-бы проектъ этотъ превратился въ законъ, то фабриканты могли-бы смѣло упразднить 1/2 всѣхъ мѣстъ въ фабричныхъ больницахъ, оставаясь при этомъ вполне на почвѣ закона. Вѣдь при 1 койкѣ на 100 рабочихъ и при 1 койкѣ на 200 рабочихъ—все равно осуществимо коечное лѣченіе. Точно также и амбулаторное лѣченіе можетъ вестись 1 врачомъ на 1000 рабочихъ и 1—на 5000. Эту явную несправедливость проекта правительство пытается скрыть обычнымъ путемъ—путемъ обѣщаній. Статья 9-ая обѣщаетъ, что нормы по лѣченію рабочихъ будутъ изданы медицинскимъ Совѣтомъ Министерства внутреннихъ дѣлъ. Но, если все будетъ зависѣть отъ административныхъ распоряженій, то спрашивается, зачѣмъ было огорождать городить и создавать новые законы? И теперь Министерство внутреннихъ дѣлъ не лишено права издавать циркуляры, имѣющие силу законовъ. И до сихъ поръ никто не мѣшалъ ему путемъ циркуляровъ поднять нашу фабричную медицину на блестящую высоту. Однако въ продолженіе 40 лѣтъ оно не обнаружало ни малѣйшей къ этому склонности. Или, можетъ быть, теперь Министерство преобразовалось и начало пользоваться довѣріемъ общества? Въ такое довѣріе не вѣрятъ, конечно, и авторы законопроекта.

И развѣ не ясно, въ самомъ дѣлѣ, что скрывается за этими недомолвками и обѣщаніями проекта? Правительство приступило къ выработкѣ законопроектовъ по реформѣ различныхъ сторонъ русской жизни не по собственному побужденію, а подъ давленіемъ горькой необходимости. Каждое отступленіе отъ господствовавшихъ до сихъ поръ порядковъ оно дѣлало съ величайшей неохотой, почти со скрежетомъ зубнымъ. Надежда на лучшія времена, когда можно будетъ всѣ эти ненавистныя реформы выбросить за окно и вернуться къ добрымъ старымъ порядкамъ, не покидала его ни на минуту. Могло-ли оно при такихъ условіяхъ давать въ своихъ проектахъ ясныя и опредѣленные положенія? А вдругъ времена измѣнятся, и тогда всѣ эти ясныя и опредѣленные пункты закона будутъ связывать его по рукамъ и ногамъ! Поэтому лучше не договаривать до конца и сослаться на будущія разъясненія и дополненія.

Вотъ почему и въ разбираемомъ законопроектѣ правительство благоразумно воздерживается отъ точныхъ нормъ и киваетъ на медицинскій Департаментъ. А медицинскій Департаментъ будетъ, конечно, дѣйствовать «примѣнительно къ обстоятельствамъ».

И такъ, если статья 2-ая проекта, устанавливающая продолжительность обязательнаго лѣченія, есть шагъ впередъ, то статья 3-я, уничтожающая даже существующія нормы лѣчебной помощи, есть, несомнѣнно, шагъ назадъ въ нашемъ фабричномъ законодательствѣ. Остальная часть законопроекта въ сущности оставляетъ всю фабричную медицину въ такомъ видѣ, въ какомъ она существуетъ въ настоящее время, придавая ей лишь нѣсколько иную организацію.

## 5.

*Вопросъ о переходѣ фабричной медицины въ руки общественныхъ учреждений.*

Существеннымъ нововведеніемъ можетъ показаться на первый взглядъ передача фабричной медицины въ руки земствъ и городовъ. Но такъ можетъ показаться только на первый взглядъ; при ближайшемъ-же анализѣ этой части проекта выясняется, что фабричная медицина отъ этого перехода къ общественнымъ учрежденіямъ выиграетъ очень мало.

Было время, когда требованіе о передачѣ фабрично-медицинскаго дѣла въ руки общественныхъ учреждений выдвигалось и врачами и общественными дѣятелями какъ на Сѣздахъ, такъ и въ печати. Но съ тѣхъ поръ уткло много воды, и правительство со своимъ проектомъ опять-таки опоздало. Теперь требованія уже иныя и отношеніе къ правительственному проекту тоже должно быть инымъ.

За опытъ было 4 испражнения. Температура колебалась въ предѣлахъ 37° — 37,4. Получилъ за опытъ 2062,9 грм. молока + воды и 1,7544 грм. Ferratin'a; вывелъ 12,3695 грм. кала и 1125 в. стм. мочи. Опредѣленія Fe см. табл. 29, всасываемость и усвоеніе—табл. 30.

Табл. 29.

	Общее количество по- лученной пищи и испраж- неній за опытъ въ грм.	Анализируемое количе- ство въ грм.	Титръ.	Количество в. стм. по- сульфатъ раствора, упо- требл. при титрованіи.	Количество желѣза въ мгмр. въ анализируе- момъ количествѣ.	Общее количество желѣ- за въ мгмр. въ пищѣ и испражненияхъ.	Среднее количество же- лѣза въ мгмр.
Молоко + вода.	2062,9	200 200	10,3 10,3	0,9 1,3	0,17 0,25	1,75 2,58	2,17
Ferratin.	1,7544	0,07 0,05	10,8 10,3	16,3 12,0	3,02 2,33	75,69 81,75	78,72
Остатокъ.	200	50,0	10,3	14,9	2,89	11,56	11,56
Калъ.	12,3695	0,6545 0,5102 0,6488	10,8 10,8 10,8	15,4 11,1 15,1	2,85 2,06 2,79	53,86 49,94 54,72	52,84
Моча.	1125	500 500	10,8 10,8	0,5 0,85	0,09 0,15	0,20 0,34	0,7

Табл. 30.

Количество желѣза, въ мгмр., полученное ре- бенкомъ въ пищѣ за опытъ.	Количество выве- деннаго желѣза въ мгмр. черевъ.		Всосалось желѣза.		Усвоилось желѣза.	
	Калъ.	Мочу.	Безотносительное количество въ мгмр.	Въ % по отно- шенію къ пище- вому желѣзу.	Безотносительное количество въ мгмр.	Въ % по отно- шенію къ пище- вому желѣзу.
69,33	52,84	0,27	16,49	23,78	16,22	23,39

Такимъ образомъ желѣзо Ferratin'a всасывалось сравни-  
тельно съ желѣзомъ шпината и яичныхъ желтковъ на 40%  
хуже. Слѣд., лучший желѣзистый препаратъ, приготовляе-  
мый фабрикантами, въ смыслѣ всасыванія его органи-  
змомъ ни въ коемъ случаѣ не можетъ соперничать съ есте-  
ственными пищевыми соединениями желѣза. Конечно, без-  
относительное количество введеннаго желѣза при назна-  
ченіи, напр., Ferratin'a можетъ быть и больше вслѣдствіе  
колоссальныхъ количествъ желѣза, попадающихъ при  
этомъ въ пищеварительный каналъ, но само собою раз-  
умѣется, что наводнить организмъ желѣзомъ не значить  
еще исправлять функциональную аномалію тканей. По-  
добное переполненіе не имѣетъ за собой рѣшительно ни-  
какихъ основаній. Кромѣ того, слѣдуетъ замѣтить, что, хо-  
тя вопросъ о формѣ, въ какой желѣзо всасывается и об-  
рабатывается въ организмѣ при кормленіи естественными и  
фабричными желѣзистыми соединениями, а также и о ея  
удобствѣ для использованія въ созидательныхъ процессахъ  
тѣла еще и остается пока открытымъ, но, надо думать,  
разрѣшится въ будущемъ не въ пользу фабричныхъ из-  
дѣлій.

На основаніи приведеннаго матеріала я считаю себя въ  
правѣ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1. Соединенія желѣза женскаго молока несравненно  
лучше всасываются и усваиваются грудными дѣтьми, чѣмъ  
таковыя молока козьяго.

2. Всасываемость и усвоеніе дѣтьми грудного возраста  
желѣзистыхъ соединеній сырого молока значительно ниже,  
чѣмъ кипяченнаго.

3. Высокій % всасыванія желѣза женскаго молока  
является обстоятельствомъ, уравнивающимъ незначи-  
тельное количество желѣза, заключеннаго въ молоко.

4. Кормленіе грудныхъ дѣтей исключительно сырымъ  
козьимъ молокомъ угрожаетъ опасностью поставитъ орга-  
низмъ въ условія недостаточнаго для его совершеннаго  
развитія притока желѣза.

5. Желѣзистыя соединенія шпината и яичныхъ жел-  
тковъ въ смыслѣ всасыванія ихъ дѣтскимъ организмомъ  
особаго различія не представляютъ, но уступаютъ тако-  
вымъ женскаго молока.

6. Естественныя соединенія желѣза въ пищѣ несравнен-  
но полнѣе и, вѣроятно, въ лучшей формѣ всасываются  
дѣтьми, чѣмъ желѣзо фабричныхъ препаратовъ.

7. Недостаточное поступленіе желѣза въ дѣтскій ор-  
ганизмъ съ пищей можетъ повлечь рядъ разстройствъ не  
только въ образованіи и функциональной дѣятельности ге-  
моглобина, но и вообще въ тканевыхъ, окислительныхъ и  
пластическихъ процессахъ.

Въ заключеніе позволю себѣ принести здѣсь горячую  
признательность глубокоуважаемому проф. *Сзерны* какъ  
за постоянное руководство и проявленный имъ интересъ  
къ моей работѣ, такъ и за теплое, сердечное отно-  
шеніе.

**Литература.** 1. *Bertrand*. «Archive de physiologie», т. 28,  
стр. 23.—2. *Б. И. Словоцъ*. Къ ученію объ окислительн. живот-  
наго тѣла. Петербургская диссертация, 1899 г.—3. *V. Spitzer*.  
Die Bedeutung gewisser Nucleoproteide für die oxydative Leis-  
tung der Zelle. *Pflüger's Archiv*, т. 67, стр. 615.—4. *Zeitschrift*  
für physiologische Chemie т. 31, стр. 227.—5. «Journal de phar-  
macie et de chimie», т. 9, стр. 4952.—6. Тамъ-же, т. 3, стр.  
17.—7. *Н. Красногорскій*. Антипепсинъ въ низшихъ раститель-  
ныхъ организмахъ и его биологическое значеніе для человека.  
«Извѣстія В. Медицинской Академіи», т. XII, 1906 г., мартъ.—  
8. *Bunge*. Ueber die Aufnahme des Eisens in den Organismus  
des Säuglings. «Zeitschrift f. physiolog. Chemie», т. XIII, стр.  
402.—9. *Онъ-же*. Тамъ-же, т. XVII, стр. 63.—10. *С. И. Зам-  
скій*. Studien über die Leber. Тамъ-же, т. X, стр. 470.—11. *La-  
picque*. «Comptes rendus de la société de biologie», 1889 г.—12.  
*Kruger*. «Zeitschrift für Biologie», т. XXVII.—13. *P. Philippson*.  
Über den Eisengehalt der Leberzellen bei Neugeborenen und  
Kindern im ersten Lebensjahr. Breslau'sкая диссертация, 1904 г.—  
14. «Zeitschrift für Biologie», т. 40, стр. 9, 14, 19, 37.—15. *Steinle*.  
Über Versuche mit künstlicher Ernährung. Breslau'sкая диссертация,  
1900 г.—16. *Rubner*. «Zeitschrift für Biologie», т. 36, стр.  
60—61.—17. Прив. по *Czerny* и *Keller*'у. Des Kindes Ernäh-  
rung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie, т. I, стр.  
446.—18. *J. Arndt*. Über das Verhalten der Kalksalze in den  
Faeces und im Harn von Säuglingen bei Darreichung gekochter  
und ungekochter Milch. Breslau'sкая диссертация, 1901 г.—19.  
*Cronheim-Müller*. «Jahrbuch für Kinderheilkunde», т. 57, стр. 45.—  
20. «Zeitschrift für physiolog. Chemie», т. XXXVII, стр. 116.—  
21. *Bunge*. Тамъ-же, т. IX, стр. 49.—22. *Socin*. Тамъ-же, т. XV,  
стр. 93.—23. *Bunge*. Тамъ-же, т. XVI, стр. 179.—24. Тамъ-же,  
т. XXV, стр. 40.—25. *Czerny* и *Keller*. Handbuch, т. II, стр.  
98.—26. *Czerny*. Kräftige Kost. «Jahrbuch für Kinderheilkunde»,  
т. 51, стр. 18.

## Правительственные законопроекты по реформѣ фабричной медицины и по страхованію отъ болѣзни.

Н. А. Вигдорчикъ.

(Продолженіе. См. № 48, стр. 1515).

4.

### Критика проекта.

Если-бы изложенный мною выше законопроектъ по ре-  
формѣ фабричной медицины былъ созданъ 40 лѣтъ назадъ,  
когда закладывалось зданіе нашей фабричной медицины,  
онъ, навѣрное, былъ-бы встрѣченъ сочувственно. Въ срав-  
неніи съ циркуляромъ 1866-го года, на которомъ столько  
времени зиждилось все зданіе фабрично-медицинскаго  
дѣла, новый проектъ могъ-бы показаться крупнымъ за-  
конодательнымъ актомъ. Но, какъ извѣстно, правительство  
всегда опаздываетъ со своими реформами. Опоздало оно и  
съ своимъ проектомъ по фабричной медицинѣ. За послѣд-  
ніе годы общественное мнѣніе настолько ушло впередъ,  
недовольство существующимъ положеніемъ дѣла настолько  
обострилось, и требованія къ правительству настолько  
возрасли, что выработанный Министратствомъ проектъ не



только не может никого удовлетворить, но может показаться скорѣе насмѣшкой надъ общественнымъ мнѣніемъ и требованіями страны.

Въ самомъ дѣлѣ, что даетъ министерскій проектъ въ смыслѣ улучшенія существующаго строя фабричной медицины? Единственной положительной стороной его является статья 2-ая, въ которой время безплатнаго лѣченія рабочаго удлинняется до 3-хъ мѣсяцевъ, а въ особо важныхъ случаяхъ—до 6. Существующее положеніе дѣлѣ, когда фабрикантъ можетъ свести всю фабричную медицину къ нулю вслѣдствіе отсутствія въ законѣ точныхъ указаній о продолжительности обязательнаго лѣченія, представляется изъ себя настолько вопіющую безсмыслицу, что даже правительство въ своемъ проектѣ не сочло возможнымъ оставить все по прежнему и внесло въ этотъ пунктъ давно необходимую опредѣленность. Другой вопросъ, насколько 3-мѣсячный срокъ обязательнаго лѣченія достаточенъ.

Въ этомъ позволительно усомниться. Срокъ этотъ разсчитанъ лишь для большинства острыхъ болѣзней. Но и острые болѣзни не всегда заканчиваются въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ. Тифъ, протекающій съ осложненіями или возратами, суставной ревматизмъ или сѣдалищная невралгія тянутся нерѣдко гораздо дольше 3-хъ мѣсяцевъ. Но особенно срокъ этотъ недостаточенъ для хроническихъ болѣзней, а между тѣмъ большинство профессиональныхъ болѣзней принадлежитъ именно къ хроническимъ. Спрашивается, справедливо-ли выбрасывать на улицу больного рабочаго, потерявшаго свое здоровье на фабричной работѣ, только потому, что вызванное работой расстройство здоровья оказалось слишкомъ серьезнымъ, и не могло быть устранено въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ? Не значитъ-ли это наказывать рабочаго за грѣхи промышленности? Правда, въ правительственномъ законопроектѣ есть оговорка, что въ особо важныхъ случаяхъ срокъ лѣченія, съ согласія пользующаго врача, можетъ быть продолженъ до 6 мѣсяцевъ.

Однако мы цѣнимъ въ каждомъ законѣ только то, что заключаетъ въ себѣ категорическія требованія, а не то, въ чемъ выражены лишь благія пожеланія. Благія пожеланія закона ни для кого не обязательны, а съ другой стороны, если фабрикантъ захочетъ лѣчить рабочаго 6 мѣсяцевъ, вмѣсто 3-хъ, то для этого ему не нужно вовсе созволенія начальства. Поэтому оговорка о томъ, что срокъ «можетъ быть продолженъ», есть пустая фраза, разсчитанная на то, чтобы кого-то обмануть, чтобы пустить кому-то пыль въ глаза. Ясно, что на практикѣ рабочихъ будутъ лѣчить 3 мѣсяца, а не 6, ибо фабрикантъ склоненъ исполнять лишь minimumъ требованій закона. Согласіе или разрѣшеніе врача тоже мало можетъ помочь, ибо съ мнѣніемъ врача, да еще врача, находящагося въ зависимомъ положеніи, фабрикантъ можетъ смѣло не считаться.

Если-бы правительство не принимало такъ близко къ сердцу интересы фабрикантовъ, оно не побоялось-бы назначить для обязательнаго лѣченія 6-мѣсячный срокъ, вмѣсто 3-мѣсячнаго. Это было-бы, конечно, гораздо справедливѣе и болѣе подходило-бы къ западно-европейскимъ образцамъ. Нѣмецкія больничныя кассы пользуют своихъ больныхъ членовъ 26 недѣль. Въ Австріи этотъ срокъ равняется 20 недѣлямъ. Конечно, можно сказать, что и въ 1/2-года не каждый больной выздоравливаетъ. Но вопросъ о лѣченіи рабочихъ за предѣлами этого срока выходитъ уже изъ сферы фабричной медицины и переноситъ насъ въ область страхового законодательства. Къ этому я еще вернусь въ дальнѣйшемъ изложеніи.

Какъ-бы то ни было, но 2-ая статья разсматриваемаго правительственнаго законопроекта представляетъ несомнѣнный шагъ впередъ сравнительно съ дѣйствующимъ законодательствомъ. Зато во всѣхъ остальныхъ своихъ частяхъ законопроектъ либо не даетъ ничего новаго, либо дѣлаетъ даже шагъ назадъ. Несомнѣнный регрессъ, напр. въ томъ, что проектъ не устанавливаетъ никакихъ опредѣленныхъ нормъ врачебной помощи. Вѣдь, мало сказать, что больные рабочіе должны быть обеспечены коечнымъ лѣченіемъ, надо еще установить точно, какимъ требованіямъ это коечное лѣченіе должно удовлетворять, а, главное, въ какомъ отношеніи должно находиться число коекъ

къ числу рабочихъ, занятыхъ въ данномъ промышленномъ заведеніи. Какъ ни плохъ циркуляръ 1866-го года, но все-же въ немъ есть цифровая норма, не допускающая никакихъ превратныхъ толкованій. Тамъ опредѣленно, сказано, что на 100 рабочихъ полагается 1 койка. Въ новомъ проектѣ такихъ указаній нѣтъ. И, если-бы проектъ этотъ превратился въ законъ, то фабриканты могли-бы смѣло упразднить 1/2 всѣхъ мѣстъ въ фабричныхъ больницахъ, оставаясь при этомъ вполне на почвѣ закона. Вѣдь при 1 койкѣ на 100 рабочихъ и при 1 койкѣ на 200 рабочихъ—все равно осуществимо коечное лѣченіе. Точно также и амбулаторное лѣченіе можетъ вестись 1 врачомъ на 1000 рабочихъ и 1—на 5000. Эту явную негѣпость проекта правительство пытается скрыть обычнымъ путемъ—путемъ обѣщаній. Статья 9-ая обѣщаетъ, что нормы по лѣченію рабочихъ будутъ изданы медицинскимъ Совѣтомъ Министерства внутреннихъ дѣлъ. Но, если все будетъ зависѣть отъ административныхъ распоряженій, то спрашивается, зачѣмъ было огорождать городить и создавать новые законы? И теперь Министерство внутреннихъ дѣлъ не лишено права издавать циркуляры, имѣющие силу законовъ. И до сихъ поръ никто не мѣшалъ ему путемъ циркуляровъ поднять нашу фабричную медицину на блестящую высоту. Однако въ продолженіе 40 лѣтъ оно не обнаружало ни малѣйшей къ этому охотности. Или, можетъ быть, теперь Министерство преобразовалось и начало пользоваться довѣріемъ общества? Въ такое довѣріе не вѣрятъ, конечно, и авторы законопроекта.

И развѣ не ясно, въ самомъ дѣлѣ, что скрывается за этими недомолвками и обѣщаніями проекта? Правительство приступило къ выработкѣ законопроектовъ по реформѣ различныхъ сторонъ русской жизни не по собственному побужденію, а подъ давленіемъ горькой необходимости. Каждое отступленіе отъ господствовавшихъ до сихъ поръ порядковъ оно дѣлало съ величайшей неохотой, почти со скрежетомъ зубнымъ. Надежда на лучшія времена, когда можно будетъ всѣ эти ненавистныя реформы выбросить за окно и вернуться къ добрымъ старымъ порядкамъ, не покидала его ни на минуту. Могло-ли оно при такихъ условіяхъ давать въ своихъ проектахъ ясныя и опредѣленные положенія? А вдругъ времена измѣнятся, и тогда всѣ эти ясные и опредѣленные пункты закона будутъ связывать его по рукамъ и ногамъ! Поэтому лучше не договаривать до конца и сослаться на будущія разъясненія и дополненія.

Вотъ почему и въ разбираемомъ законопроектѣ правительство благоразумно воздерживается отъ точныхъ нормъ и киваетъ на медицинскій Департаментъ. А медицинскій Департаментъ будетъ, конечно, дѣйствовать «примѣнительно къ обстоятельствамъ».

И такъ, если статья 2-ая проекта, устанавливающая продолжительность обязательнаго лѣченія, есть шагъ впередъ, то статья 3-я, уничтожающая даже существующія нормы лѣчебной помощи, есть, несомнѣнно, шагъ назадъ въ нашемъ фабричномъ законодательствѣ. Остальная часть законопроекта въ сущности оставляетъ всю фабричную медицину въ такомъ видѣ, въ какомъ она существуетъ въ настоящее время, придавая ей лишь нѣсколько иную организацию.

## 5.

*Вопросъ о переходѣ фабричной медицины въ руки общественныхъ учреждений.*

Существеннымъ нововведеніемъ можетъ показаться на первый взглядъ передача фабричной медицины въ руки земствъ и городовъ. Но такъ можетъ показаться только на первый взглядъ; при ближайшемъ-же анализѣ этой части проекта выясняется, что фабричная медицина отъ этого перехода къ общественнымъ учреждениямъ выиграетъ очень мало.

Было время, когда требованіе о передачѣ фабрично-медицинскаго дѣла въ руки общественныхъ учреждений выдвигалось и врачами и общественными дѣятелями какъ на Съѣздахъ, такъ и въ печати. Но съ тѣхъ поръ уткло много воды, и правительство со своимъ проектомъ опять-таки опоздало. Теперь требованія уже иныя и отношеніе къ правительственному проекту тоже должно быть инымъ.

Прежде всего наше отношеніе къ современнымъ общественнымъ учрежденіямъ, т.-е. къ земскимъ и городскимъ Самоуправленіямъ, значительно измѣнилось за послѣднее время. Въ черную ночь реакціи какое-нибудь Петербургское городское Самоуправленіе могло казаться звѣздой первой величины. Теперь, когда надъ нами маячила заря свободы, подобныя звѣзды померкли, и мы совершенно освободились отъ того священнаго трепета, съ которымъ когда-то произносили самыя слова «общественное Самоуправленіе». Вотъ почему переходъ фабричной медицины въ руки теперешнихъ общественныхъ учреждений не можетъ вызвать въ насъ ровно никакихъ радостныхъ ощущений.

Въ самомъ дѣлѣ, что выиграла-бы, напр., фабричная медицина въ Петербургѣ при переходѣ ея къ Петербургскому городскому Самоуправленію? Мы знаемъ всѣ, въ какомъ печальномъ положеніи находится лѣчебное дѣло въ Петербургѣ. Кому незнакомы эти ужасныя картины переполненныхъ Петербургскихъ больницъ, грязныхъ, тѣсныхъ и холодныхъ, — этихъ свалочныхъ мѣстъ для несчастныхъ страдалцевъ, которые, вмѣсто лѣченія, получаютъ здѣсь лишь плохой уходъ и недостаточное питаніе. Улучшилось-ли бы положеніе Петербургскихъ рабочихъ, если-бы они должны были промѣнять свои фабричныя больницы на городскія? Въ этомъ, конечно, вполнѣ позволительно усомниться.

Но, если въ столицѣ, такъ сказать у самаго окна въ Европу, городская медицина стоитъ на такомъ низкомъ уровнѣ, то что сказать о постановкѣ лѣчебнаго дѣла въ остальныхъ городахъ Россіи? Тамъ, конечно, дѣло обстоитъ еще хуже. Въ Петербургѣ, напр., имѣется Институтъ думскихъ врачей, дающій возможность бѣдному люду въ известной степени пользоваться домашнимъ лѣченіемъ. Имѣются здѣсь также амбулаторныя приемы специалистовъ. Въ подавляющемъ большинствѣ российскихъ городовъ ни о думскихъ врачахъ, ни о приемахъ специалистовъ не имѣютъ ни малѣйшаго представленія. О больничномъ дѣлѣ и говорить нечего. Оно вездѣ поставлено ниже всякой критики. Какой-же прогрессъ знаменуетъ собой переходъ фабричной медицины въ руки городскихъ Самоуправленій?

Мы могутъ замѣтить, что, если законопроектъ осуществится, то городскія Управленія получатъ въ свои руки новыя суммы, которыя и дадутъ имъ возможность улучшить постановку медицинскаго дѣла. Но это возраженіе было-бы справедливо лишь тогда, если-бы плохая постановка городской медицины зависѣла отъ недостатка средствъ у городовъ. Но это — невѣрно. Зло не въ томъ, что доходы городовъ недостаточны, а въ томъ, что имѣющимися доходами распоряжаются неумѣло, недобросовѣстно и не въ интересахъ большинства населенія. Петербургъ собираетъ ежегодно громадныя суммы больничнаго сбора, — что-же помогаетъ это сколько-нибудь дѣлу? Развѣ постройка и ремонтъ періодически проваливающихся мостовъ, устройство раутовъ и пр. полезныя предпріятія не въ состояніи поглотить добрую долю будущихъ поступленийъ отъ фабрикантовъ и заводчиковъ? Гдѣ гарантія, что денежные сборы съ фабрикъ будутъ городскими Самоуправленіями употреблены съ пользою? Гарантій нѣтъ; напротивъ, все прошлое нашихъ городскихъ Самоуправленій говорить за то, что будущія поступления потонутъ въ городскихъ бюджетахъ совершенно безслѣдно.

Земская медицина стоитъ у насъ на болѣе высокомъ уровнѣ, чѣмъ городская; однако тоже далеко не вездѣ. Въ остальныхъ, реакціонныхъ Земствахъ и посейчасъ медицинское дѣло оставляетъ желать многого. Но, что слѣдуетъ особенно принимать во вниманіе, такъ это тотъ переворотъ, который происходитъ на нашихъ глазахъ въ земскомъ Самоуправленіи. Каждый день приноситъ извѣстіе о побѣдѣ въ Земствѣ реакціонныхъ элементовъ и о вытѣсненіи земскаго либерализма со всѣхъ его позицій. Этотъ процессъ, въ сущности говоря, совершенно естествененъ и наивны тѣ, кто ему удивляется. Скорѣе удивительно, что до сихъ поръ Земство было очагомъ либерализма. Вѣдь земское положеніе настолько обезпечиваетъ перевѣсъ крупнаго дворянскаго землевладѣнія, что о либерализмѣ

тамъ и рѣчи-бы не могло быть. Однако, пока правительство было сильно, реакціонеры сидѣли по своимъ угламъ и не интересовались земскими дѣлами. Благодаря этому, земское хозяйство оказалось въ рукахъ передового меньшинства. Теперь сила правительства пошатнулась, и интересамъ гг. дворянъ стала грозить опасность. Это вывело ихъ изъ блаженной дремоты. И какъ только они удосужились подойти къ избирательнымъ урнамъ, большинство оказалось немедленно на ихъ сторонѣ.

Дѣло, однако, не въ причинахъ этого явленія. Фактъ на лицо — Земство быстро «правѣетъ». И результаты также не заставляютъ себя ждать. Закрываются школы, участки; увольняются неблагонадежные служащіе; вычеркиваются цѣлыя учрежденія, какъ статистическія, санитарныя и т. д. Словомъ, земское дѣло идетъ быстрыми шагами назадъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ регрессируетъ и земская медицина. И вотъ въ такое-то время правительство является со своимъ проэктомъ и во имя *прогресса* фабричной медицины предлагаетъ слить ее съ *регрессирующей* земской медициной. Развѣ это не насмѣшка надъ требованіями русскаго народа? Земское положеніе далеко не охватываетъ всей Россіи. Въ Юго-Западномъ краѣ, въ Северо-Западномъ краѣ, въ Польшѣ, на Кавказѣ, въ Прибалтійскихъ губерніяхъ Земства нѣтъ. А между тѣмъ значительная часть нашихъ промышленныхъ заведеній находится именно въ этихъ частяхъ Россіи. Кому-же будетъ передана тамъ фабричная медицина? Проектъ отвѣчаетъ: «въ руки учреждений, соотвѣствующихъ земскимъ». Другими словами, въ руки тѣхъ бюрократическихъ органовъ, которые введены тамъ въ видѣ, яко-бы, упрощеннаго земскаго устройства. Нужно-ли говорить, что тутъ нѣтъ никакого прогресса и что фабричная медицина скорѣе ухудшится при этомъ, чѣмъ улучшится.

Естественный выводъ, какой напрашивается изъ всѣхъ этихъ разсужденій, — тотъ, что безъ реформы мѣстнаго Самоуправленія, безъ распространенія избирательныхъ правъ какъ въ городахъ, такъ и въ земствахъ на всѣхъ взрослыхъ гражданъ, наконецъ, безъ распространенія самаго земскаго и городского самоуправления на всѣ безъ исключенія части Россіи, — безъ этихъ реформъ переходъ фабричной медицины къ городамъ и земствамъ не только не знаменуетъ собою улучшенія современнаго положенія дѣла, но, скорѣе, способенъ ухудшить его. Между тѣмъ и въ самомъ проектѣ, ни въ объяснительной запискѣ къ нему ничего не говорится объ этихъ необходимыхъ предпосылкахъ къ реформѣ фабричной медицины. Ясно, что не одиозительныхъ коренныхъ преобразованій фабрично-медицинскаго дѣла заботилось правительство, а о томъ, чтобы налѣпить на одну изъ наиболѣе зияющихъ ранъ кусочекъ пластыря, чтобы скрыть эту рану, хотя бы на время, отъ глазъ наблюдателя.

## 6.

*Дальнѣйшая критика проекта.*

Въ сущности говоря, въ такомъ отношеніи правительства къ серьезнѣйшимъ вопросамъ нашей жизни нѣтъ ничего новаго. Правительство наше никогда не было способно на что-нибудь большее, чѣмъ накладываніе заплатъ. Но, что удивительно, такъ это тѣ чисто техническія погрѣшности, которыя оно сдѣлало въ этой новой попыткѣ заштопать нашу дырявую фабричную медицину. Мы кажется, что правительство никогда еще не создавало столь безсвязныхъ, столь непродуманныхъ и столь неосуществимыхъ проэктовъ, какъ тотъ, который занимается въ настоящее время наше вниманіе. Тѣ части проекта, въ которыхъ говорится о взаимномъ отношеніи заведующихъ промышленными заведеніями къ земствамъ и городамъ, дышатъ удивительною туманностью. Какъ представляютъ себѣ эти отношенія составители проекта, совершенно не видно. Возьмемъ конкретный случай. Въ какую-нибудь городскую Управу поступаетъ отъ того или иного фабриканта заявленіе о томъ, что онъ желаетъ самъ организовать при своей фабрикѣ лѣчебную помощь рабочимъ. Согласно проекту, городская Дума должна рѣшить вопросъ, можно-ли ему предоставить право самостоятельной организаціи фабричной медицины или нѣтъ. Теперь спраши-

дети Дума рѣшать этотъ вопросъ? Объ этомъ въ проектѣ ни слова. Надо-же дать для практики какія-нибудь директивы, установить какія-нибудь нормы. Иначе это значитъ внести въ осуществленіе закона не только произволъ, но уже явную бессмыслицу. Но пойдѣмъ далѣе. Допустимъ, что на основаніи какихъ-нибудь соображеній Дума дала фабриканту требуемое разрѣшеніе, и онъ организовалъ у себя медицинское дѣло.

Какъ мы видѣли выше, проектъ предполагаетъ, что, если фабрикантъ не оправдаетъ довѣрія общественнаго учрежденія, то послѣднее можетъ взять свое разрѣшеніе обратно. Слѣд., городское Самоуправленіе должно надзирать за постановкой фабричнаго дѣла на фабрикахъ. Другими словами, на общественныя Самоуправленія возлагаются функции фабричныхъ инспекторовъ. Чтобы убѣдиться, такова ли скрытая мысль составителей проекта, обратимся къ другому проекту, который касается реорганизации дѣятельности фабричныхъ инспекторовъ. И, къ удивленію своему, мы, дѣйствительно, здѣсь найдемъ, что среди всѣхъ функций фабричныхъ инспекторовъ не упоминается вовсе объ обязанности ихъ слѣдить за постановкой медицинскаго дѣла на фабрикахъ. Значитъ, дѣйствительно, къ общественнымъ учрежденіямъ переходитъ новая функция—надзоръ за промышленными заведеніями въ отношеніи исполненія ими законовъ объ обезпеченіи рабочихъ медицинской помощью. Хорошо это или дурно,—это вопросъ другой; но во всякомъ случаѣ объ этомъ надо было ясно и опредѣленно сказать, и не заставлять читателя проекта производить изслѣдованія о скрытыхъ мысляхъ законодателя. А главное нужно-бы опять-таки разработать практически вопросъ объ отношеніи между общественными учрежденіями и другими органами въ дѣлѣ надзора за промышленными заведеніями.

Чтобы закончить критику проекта, мнѣ остается еще добавить немного. Кому предоставлено право высшаго надзора за исполненіемъ проекта? Право это предоставлено такому административному органу, одно названіе котораго даетъ уже представленіе о его работоспособности. Его названіе занимаетъ больше 2-хъ строчекъ: это—«соединенное засѣданіе губернскихъ Присутствій по городскимъ и земскимъ дѣламъ съ губернскими Присутствіями по фабричнымъ дѣламъ». 2 архи-бюрократическихъ учрежденія, изъ которыхъ одно отличается отъ другого главнымъ образомъ присутствіемъ начальника жандармскаго управленія, соединяются воедино, при чемъ предполагается, что такимъ образомъ создается какое-то 3-е очень компетентное и жизнеспособное учрежденіе. Оба эти учрежденія въ отдѣльности достаточно зарекомендовали себя своей предыдущей дѣятельностью. Присутствія по городскимъ и земскимъ дѣламъ играли роль церберовъ, которые душили всякое прогрессивное начинаніе, возникавшее въ нѣдрахъ общественныхъ учрежденій. Присутствія по фабричнымъ дѣламъ систематически подрывали насущнѣйшіе интересы рабочихъ во имя обогащенія предпринимателей. Изъ 2-хъ реакціонныхъ, канцелярски бездушныхъ, бюрократически неподвижныхъ учреждений не можетъ родиться что-либо путное. Приглашеніе на соединенныя засѣданія врача-инспектора нисколько не помогаетъ дѣлу, ибо врачевный инспекторъ тотъ-же чиновникъ. Хоть-бы проектъ допускалъ возможность приглашенія экспертовъ врачей или представителей отъ рабочихъ, хоть-бы какую-нибудь уступку дѣлалъ онъ духу времени! Ничего! Вся реформа сводится къ созданію новыхъ сочетаній изъ стараго бюрократическаго хлама. Но, вѣдь, русскій народъ въ лицѣ прошлой Думы опредѣленно сказалъ правительству: «какъ, друзья, Вы не садитесь, а въ музыканты не годитесь». И на «соединенныя», и «разъединенныя» и никакія другія засѣданія отжившихъ административныхъ органовъ не могутъ удовлетворить современныхъ общественныхъ требованій.

(Окончаніе слѣдуетъ).

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

Бугорчатка, какъ народное бѣдствіе, и мѣры борьбы съ ней.

(Продолженіе. См. № 48, стр. 1518).

Посмотримъ теперь, какъ слѣдуетъ представлять себѣ борьбу съ эпидеміями среди народа вообще, быть и міросозерцаніе котораго играютъ въ этомъ дѣлѣ такую важную роль. Если городъ, цѣлая область или селеніе охватываются какой-нибудь повальной болѣзнью, напр., холерой, чумой, оспой, дифтеріей, то требующая тогда поспѣшности и энергичность заставляютъ ограничиваться въ примѣняемыхъ мѣрахъ лишь основными и наиболѣе существенными принципами, почти не допускающими компромиссовъ съ бытовыми условіями и міросозерцаніемъ населенія: отъ него требуется лишь послушаніе. Отдѣленіе больныхъ, поспѣшное зарываніе умершихъ, усиленное обеззараживаніе жилищъ, сжиганіе всего, бывшаго въ соприкосновеніи съ больными, затѣмъ питаніе здоровыхъ и выздоравливающихъ, карантинныя и пр. мѣры сосредоточиваютъ на себѣ все наше вниманіе. Совсѣмъ другое дѣло, когда приходится бороться съ заразными болѣзнями хроническаго теченія, напр., съ сифилисомъ или бугорчаткой. Тутъ поспѣшность и энергичность не играютъ уже особой роли. Здѣсь, съ одной стороны, одного послушанія оказывается недостаточно, а, съ другой—депрессивность принимаемыхъ мѣръ можетъ принести лишь вредъ: недугъ, глубоко пустившій корни въ бытовыя условія населенія, безъ сомнѣнія, выросъ и окрѣпъ на почвѣ его духовной и физической, моральной и экономической немощи. Ясно, что тутъ требуется уже выработка въ населеніи яснаго пониманія всей зловредности недуга, разумнаго сознанія цѣлесообразности проводимыхъ мѣръ; требуется воспитаніе населенія путемъ чтеній, бесѣдъ, брошюръ и пр. Время, потраченное на все это, всегда вознаграждается въ послѣдствіи и безусловно усугубляетъ успѣхъ. Далѣе, въ борьбѣ съ острозаразными повальными болѣзнями движеніе больныхъ выражается валовыми цифрами, указывающими числа лицъ, пребывающихъ въ данномъ зараженномъ мѣстѣ въ данный моментъ. Здѣсь онѣ такого интереса имѣть не могутъ; здѣсь важно состояніе цѣлыхъ семей поколѣній съ ихъ образомъ жизни, бытомъ, семейными, генеалогическими, наследственными особенностями въ восходящихъ, нисходящихъ и даже боковыхъ линіяхъ; получаетъ, наконецъ, самостоятельное и социальное значеніе инвалидность, допускающая почти математическую оцѣнку ослабѣвшей или и вовсе утраченной отъ недуга трудоспособности съ экономической точки зрѣнія. Все больше и яснѣе начинаютъ такимъ образомъ выступать бытовыя условія жизни и міросозерцаніе населенія.

Богатство и благосостояніе народа измѣряется совокупностью богатства и благосостоянія каждаго гражданина. Трудоспособность и культъ каждаго гражданина есть то приращеніе, которое доставляетъ государству капиталъ, выражающійся жизнью каждаго члена его. А потому преждевременная смерть и связанная съ нею потеря челоука, даже инвалидность послѣдняго, есть для государства, между прочимъ, и потеря экономическая. Эпидемія и общественныя недуги, гдѣ смерть или заболѣваніе одного влечетъ за собой смерть или заболѣваніе другихъ, могутъ по справедливости требовать борьбы со стороны всего общества, государства.

Посмотримъ, каково историческое значеніе 2-хъ общественныхъ недуговъ русскаго народа—сифилиса и бугорчатки? Въ чемъ выразился параллелизмъ между ними, и чѣмъ отвѣчалъ общественный строй на Руси на каждый изъ нихъ, какъ на народное зло?

Въ началѣ 60-хъ годовъ истекшаго столѣтія, когда Земство только еще зарождалось на Руси, когда даже лучшіе представители русскаго общества затруднялись предугадать планъ дѣятельности этого новаго учрежденія, великій русскій врачъ и гуманистъ Н. И. Пироговъ, съ именемъ коего связано Общество врачей, начертавшее на своемъ

знамени борьбу с бугорчаткой, так определил круг деятельности земской медицины: «Земство исполнить свой долг, если привьет всем оспу и поведет борьбу с сифилисом!» и «Земству придется раньше всего бороться с невежеством народа путем открытия школ». Направив, таким образом, все силы земской медицины против 2-х главнейших врагов народного здоровья—оспы и сифилиса, Н. И. почему-то обошел молчаньем бугорчатку. Между тем, против нея объявлена теперь борьба во всех цивилизованных странах Европы и Нового материка, а нынѣ, между прочим, и в России.

Какия-же особенности, чисто бытовые присущи бугорчаткѣ? Каково ея социальное значеніе в русскомъ народѣ? Какия имѣются историческія данныя о борьбѣ с ней? Что, наконецъ, положено въ основу этой борьбы русскимъ народомъ, правительствомъ, печатью?

Начну съ того, что, если жертвы «грѣха и стыда», какъ прежде называли сифилисъ, всегда считались отверженными; если для борьбы съ нимъ писались декреты, опредѣлявшіе кару за скрываніе болѣзни, то въ отношеніи больныхъ бугорчаткой ничего подобнаго встрѣтить нельзя: чахоточный всегда охотно лѣчился, не скрывалъ своей болѣзни, вызывая въ окружающихъ глубокое сочувствіе. Другой оттънокъ, не менѣе важный въ борьбѣ с бугорчаткой,—это свойство ея, какъ болѣзни почти исключительно пролетаріата. Имѣя въ виду главный контингентъ ея жертвъ, сразу становится яснымъ, что борьба съ ней должна имѣть скорѣе благотворительный характеръ, требуя со стороны общества тратъ, на первый взглядъ, какъ будто, и ничѣмъ не возмѣщаемыхъ. Но главная особенность этого недуга, по сравненію съ сифилисомъ, представляющая чрезвычайныя затрудненія въ дѣлѣ лѣченія и въ дѣлѣ борьбы съ распространеніемъ, это—то, что бугорчатка начинается со скрытаго періода. При сифилисѣ и больной, и врачъ осведомлены уже о болѣзни и наступившемъ зараженіи, могутъ и обязаны быть на сторожѣ послѣдовательныхъ явленій; при бугорчаткѣ недугъ подкрадывается къ больному и овладѣваетъ имъ тогда, когда о доступныхъ нашему изслѣдованію измѣненіяхъ еще и рѣчи быть не можетъ.

Г. Коганъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).

## Лѣтнія впечатлѣнія.

### 2.

#### 78-ой Съѣздъ нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей въ Stuttgart'ѣ.

Помимо интереса, представляемаго такимъ крупнымъ научно-общественнымъ явленіемъ, какъ Съѣздъ естествоиспытателей и врачей, я рѣшилъ принять въ немъ участіе заграницей, руководясь еще 2 мя соображеніями. Во 1-хъ, въ Stuttgart'ѣ—мѣстѣ пребыванія этого Съѣзда—я не былъ уже очень давно; а всякій, мало мальски знакомый съ прогрессомъ общественной гигіены и санитаріи во всехъ нѣмецкихъ городахъ въ теченіи послѣднихъ 10-лѣтій, пойметъ, какъ поучительно de visu ознакомиться съ прогрессомъ въ этомъ направленіи одного изъ выдающихся южно-германскихъ центровъ. Во 2-хъ, хотѣлось, и опять-таки путемъ личнаго наблюденія, разобраться въ степени основательности разныхъ мнѣній и взглядовъ, высказанныхъ въ послѣднее время на значеніе и будущія судьбы общемедицинскихъ Съѣздовъ вообще. Последнее требуетъ нѣкоторыхъ поясненій. По мѣрѣ все болѣе и болѣе рѣзкаго отграниченія разныхъ медицинскихъ специальностей другъ отъ друга, повлекшаго за собою не только созданіе цѣлаго ряда періодическихъ органовъ, посвященныхъ той или другой специальности медицинскіхъ наукъ, но и призваннаго къ жизни народныя и международныя медицинскія Съѣзды по отдѣльнымъ специальностямъ, у очень многихъ врачей зародилось сомнѣніе въ цѣлесообразности и будущности общемедицинскихъ Съѣздовъ, какъ учрежденія уже пережитаго, не удовлетворяющаго условіямъ современности. Общемедицинскія Съѣзды, въ виду Съѣздовъ специальныхъ, по мнѣнію ихъ, представляютъ собою не органическое цѣлое, а конгломе-

ратъ искусственно связанныхъ между собою отдѣльныхъ медицинскихъ группъ, соединенныхъ чисто вишнимъ образомъ:—общностью бюро, времени и мѣста, но лишенной внутренней связи и лишь отвлекающей силы отъ Съѣздовъ специальныхъ, работа которыхъ гораздо производительнѣе. Этотъ дов. распространенный взглядъ раздѣляется, однако, далеко не всеми. Нашлись крупныя дѣтели науки—изъ числа ихъ назову, напр., Virchow'a, всѣми силами оспаривавшіе подобный взглядъ, какъ крайне вредный для дальнѣйшаго прогресса науки. Не отрицая вѣснаго значенія частныхъ Съѣздовъ по специальностямъ, они настаивали на томъ, что, какъ-бы ни были самостоятельны отдѣльныя дисциплины медицинскихъ наукъ, всѣ онѣ связаны между собою одною связью біологическаго мышленія, съ разрушеніемъ которой отдѣльнымъ дисциплинамъ грозитъ опасность потерять научный характеръ и понизиться до уровня ремесла. Согласно ихъ мнѣнію, оба вида медицинскихъ Съѣздовъ не только не исключаютъ другъ друга, а, напротивъ, содѣйствуютъ достиженію цѣли каждаго изъ нихъ: задача Съѣздовъ по специальностямъ, сводящаяся къ разработкѣ частныхъ вопросовъ, интересующихъ данную дисциплину, освободить общемедицинскія Съѣзды отъ трудовъ по частнымъ вопросамъ и сосредоточить работу ихъ на вопросахъ общенаучныхъ или на такихъ, рѣшеніе которыхъ непосильно представителямъ одной лишь медицинской специальности. И, если частныя Съѣзды вызовутъ нѣкоторую атрофію работъ отдѣльныхъ секцій Съѣздовъ общихъ, то это будетъ лишь содѣйствовать концентраціи трудовъ послѣднихъ въ области общихъ вопросовъ,—послѣдуетъ эволюція общихъ Съѣздовъ въ консультативномъ, такъ сказать, направленіи.

Что касается прогресса общественной гигіены и санитаріи, то Stuttgart, какъ и подобаетъ видному центру естествознанія, гдѣ родился Kepler и выросъ Cuvier, не отсталъ въ этомъ отношеніи отъ другихъ нѣмецкихъ городовъ. Ему, какъ и всѣмъ стариннымъ городамъ, присущи нѣкоторыя условія, болѣе или менѣе затрудняющія полное осуществленіе требованій гигіены. Условія эти заставили городскую власть ограничиться въ старыхъ тѣсныхъ кварталахъ съ узкими улицами улучшеніемъ мостовыхъ, упорядоченіемъ водоснабженія, канализаціи, освѣщенія и способа очистки улицъ, усовершенствованіемъ средствъ сообщенія и т. д.; кореннымъ-же образомъ поведено дѣло въ многочисленныхъ новыхъ частяхъ города, производящихъ самое благоприятное впечатлѣніе обиліемъ воздуха и свѣта, многочисленными садами и скверами, красотой и изяществомъ построекъ. Давнишняя мечта короля Карла провести русло Neckar'a ближе къ городу, оставленная имъ изъ-за опасности наводненій, осуществилась другимъ путемъ: не рѣка подошла къ городу, а городъ къ рѣкѣ, и разграниченіе пригорода Canstadt'a съ его парками отъ города—чисто искусственное: они давно уже слились въ одно цѣлое.

Общественныя зданія Stuttgart'a изысканы по стилю и безукоризненны по плановѣрности. Достойны обозрѣнія городской Katharinhospital (операционный корпусъ построенъ въ 1903 г.) и Garnisonlazarett (построенъ въ 1904 г.). Но особенно хороши зданія Высшаго Техническаго Училища и Строительной Школы—мѣста засѣданій Отдѣловъ Съѣзда. За нѣсколько дней до открытія Съѣзда скончался извѣстный офтальмологъ проф. Соли (Breslau), сдѣлавшій такъ много для школьной гигіены. Никогда не забуду, съ какимъ энтузіазмомъ онъ показывалъ мнѣ въ 80-хъ годахъ прошлаго столѣтія свои планы и проекты школъ и классныхъ комнатъ. Если-бы покойный могъ видѣть классныя комнаты этихъ 2-хъ училищъ, онъ убѣдился-бы, что труды его не погибли даромъ.

Воздержусь отъ описанія выставки Съѣзда. Она была не велика, но на ней было сосредоточено все, что только могли дать германскія фирмы. Отдѣлъ Zeiss'a, само собой понятно, былъ представленъ въ полномъ блескѣ. Не останавливаясь точно также на вишней сторонѣ жизни Съѣзда, на празднествахъ, приѣмахъ и т. п., устроенныхъ городомъ и властями въ честь Съѣзда, перейду прямо къ докладамъ на 2-хъ общихъ Собраніяхъ, а изъ нихъ буду говорить лишь о тѣхъ, которые имѣютъ значеніе для рѣшенія вышеназваннаго мною вопроса.

На 1-мъ Собраніи проф. Gutzmer (Halle) прочиталъ отчетъ Комиссіи нѣмецкихъ врачей и естествоиспытателей по преобразованію средней школы.

Упомянувъ о достигнутыхъ уже результатахъ, докладчикъ перешелъ къ намѣченному Комиссіей пути дѣйствій. Вся она сводится къ еще большому расширенію курса біологическихъ наукъ въ средней школѣ, начиная съ высшихъ 3-хъ классовъ классическихъ гимназій и кончая школами народными. Навѣрное видное мѣсто для этихъ наукъ Комиссія отводитъ въ



программахъ 6-классныхъ реальныхъ училищъ, даже хотя-бы съ ущербомъ для языкованія, въ виду того, что большинство воспитанниковъ ихъ посвящаетъ себя индустріи и торговлѣ, въ которыхъ именно эти науки и имѣютъ выдающееся значеніе. Комиссія требуетъ—и это я подчеркиваю въ трудѣ нѣмецкихъ ученыхъ—особенно privilegiрованное положеніе этихъ наукъ въ *югенскихъ* гимназіяхъ и училищахъ, «считаясь съ громаднымъ значеніемъ естествознанія въ гигиенѣ дома и семьи». Не касаясь многихъ болѣе или менѣе интересныхъ частныхъ, упомяну объ отношеніи Комиссіи къ вопросу о переутомленіи учащихся. Не знаю, что скажутъ наши педагоги, воспитанные на системѣ гр. Толстого, но Комиссія не только признаетъ фактъ существованія переутомленія, но предлагаетъ и мѣры борьбы съ нимъ. Она требуетъ, во 1-хъ, сокращенія времени каждаго урока до 40 мин. и отбѣны всѣхъ внѣклассныхъ занятій; послѣднія, по ея мнѣнію, не только лишни, но подчасъ и вредны, какъ, напр., чтеніе дома безъ надлежащаго выбора и надзора; такое чтеніе, впрочемъ, выходитъ изъ сферы школьныхъ программъ, и Комиссія обращаетъ на него вниманіе родителей. Дальнѣйшіе труды Комиссіи зависятъ отъ результатовъ анкеты, сдѣланной ею по соглашенію съ Министерствомъ народнаго просвѣщенія.

Докладъ этотъ, конечно, могъ-бы быть заслушанъ и на Съѣздѣ, скажу, напр., гигиенистовъ; но едва-ли онъ могъ-бы при этомъ разсчитывать на такіе реальные послѣдствія, какія достигнуты уже трудами вышеупомянутой Комиссіи въ Германіи—этой бывшей представительницы классицизма *par excellence* (права классическихъ гимназій и реальныхъ сравнены въ ней лишь въ 1900 г.), школьные программы которой послужили образцомъ для нашихъ руководителей школьнаго дѣла, якобы, въ интересахъ науки. Авторитетъ болѣе чѣмъ 2000 естествоиспытателей и врачей представляетъ собой внушительную силу, борьба съ которой оказалась непосильной даже и нѣмецкимъ классикамъ.

Затрудняюсь высказаться о докладѣ проф. философіи *Lipp's* (München) «*Естествознание и міросозерцаніе*» и, если упомяну о немъ, то только чтобы высказать сомнѣніе въ умѣстности подобныхъ натуръ-философическихъ докладовъ въ Собраніи врачей и естествоиспытателей. Выслушать докладъ до конца я не былъ въ состояніи. Я вышелъ изъ залы, когда докладчикъ излагалъ, что современное естествознаніе познаетъ не дѣйствительное, а лишь законы дѣйствительнаго, что понятіе о массѣ, силѣ, энергіи—ни что иное, какъ антропоморфизмы и т. д., и т. д. Я слышалъ, словомъ, знакомыя слова, но понять лектора не могъ. Что докладъ этотъ не мнѣ лишь пришлось не по зубамъ, въ этомъ убѣдилъ меня быстро пустѣвшій залъ....

Несравненно болѣйшій интересъ для врачей представляли сообщенія, заслушанныя на 2-мъ общемъ Собраніи.

Проф. *Bälz* (Stuttgart), одинъ изъ организаторовъ японскихъ Университетовъ, сообщилъ: «Объ одержимости и родственныхъ ей состояніяхъ».

«Одержимостью» (*Besessenheit*, *Obsession du démon*) называется такое состояніе, при которомъ наблюдаются раздвоеніе душевной жизни вслѣдствіе того, что, рядомъ съ прежнимъ душевнымъ «я», у больного обнаруживается новая патологическая особь. Состояніе это споконъ вѣка объяснялось народомъ поселеніемъ въ челоука злого духа (Не такъ давно я и товарищи мои по лазарету въ теченіи продолжительнаго времени наблюдали старика-священника, объяснявшаго всѣ наблюдавшіеся у него болѣзненные—соматическія и душевныя—явленія дѣйствіемъ 3-хъ демоновъ, которыхъ вселили въ него его враги «колдуны»). Въ тѣлѣ заключены 2 взаимноборящіяся души. Роль дѣвола японцы отводятъ лисицѣ, почитаемой ими, какъ божество.

Заболѣваютъ этою формою люди, предрасположенные подъ вліяніемъ самовнушенія или внѣшнихъ причинъ, вызывающихъ въ нихъ истерію или гипнозъ съ полнымъ или частичнымъ паденіемъ нѣкоторыхъ нервныхъ и душевныхъ областей, при одновременномъ повышеніи дѣятельности другихъ. Замѣчательна степень интеллигенціи патологическаго «я», часто значительно превышающая интеллигенцію одержимаго.

Для объясненія этого явленія докладчикъ прибѣгаетъ къ т. наз. «полусознательности» (*Unterbewusstsein*), которой онъ приписываетъ гораздо болѣе значеніе въ душевной жизни, чѣмъ объ этомъ думаютъ. При паденіи задерживающихся вліяній и усиленіи извѣстныхъ раздраженій, полусознательность внезапно вторгается въ область сознанія и, вліяя—по всѣмъ вѣроятіямъ, преимущественно—на находящуюся въ состояніи покоя мозговую гемисферу, вызываетъ приступъ одержимости.

Лѣченіе посредствомъ внушенія даетъ хорошіе результаты, но не всегда.

Сообщеніе проф. *Lehman's* (Karlsruhe) «О жидкостяхъ и какъ-бы живыхъ кристаллахъ», съ многочисленными интересными предьявленіями, не смотря на кажущуюся спеціальность, весьма важно съ биологической точки зрѣнія.

Слѣдя за процессомъ образованія кристалловъ, возможность чего дана спеціальными микроскопами *Zeiss's*, можно убѣдиться въ аналогіи между ними и низшими микроорганизмами. Въ числѣ этихъ аналогій мы находимъ и способность кристалловъ расти, тогда какъ аморфныя тѣла—стекло, смола—этой способностью не обладаютъ. Далѣе, кристаллы обладаютъ способностью возрождаться. Если разрушить, напр., разогрѣваніемъ въ водѣ кристаллы нафтоксиднаго натрія, до того, чтобы отъ нихъ остались однѣ лишь немногочисленные круглыя образованія, то при охлажденіи жидкости остатки эти начинаютъ вновь кристаллизоваться въ видѣ таблицъ съ острыми краями. Каждый минимальный остатокъ кристалла превращается въ зерно кристаллизаціи, аналогичное ядру организмовъ. Продолжая нагреваніе до полного разрушенія этихъ круглыхъ остатковъ, мы не наблюдаемъ уже кристаллизаціи и при охлажденіи жидкости—жидкость дѣлается, какъ-бы, стерилизованной. Но, если въ такую пресыщенную жидкость попадутъ зародыши, то опять начнется процессъ кристаллизаціи. Кристаллы могутъ пожирать другъ друга; они способны воспринимать въ себя постороннія вещества. Такъ, напр., кристаллы нашатыря, поглощая хлористое желѣзо, окрашиваются въ бурый цвѣтъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ значительно уменьшаются и кристаллизационная способность ихъ,—получается какъ-бы отравленіе кристалловъ.

Существуютъ, конечно, и различія между кристаллами и живыми микроорганизмами. Въ числѣ ихъ, между прочимъ, считали твердую консистенцію первыхъ и совершенно неправильно, ибо существуютъ и жидкіе кристаллы. Докладчикъ еще въ 1876 г. показалъ, что при 146° иодистое серебро не переходитъ, какъ то думали, въ жидкое состояніе, а—въ жидкіе, текучіе кристаллы. В. поучительны также наблюденія *Gatterman's* надъ Раагу-зохурфентолемъ, кристаллизующимся въ круглыя капли съ темными пятнами въ центрѣ. При соприкосновеніи 2-хъ такихъ кристалловъ они сливаются въ одинъ болѣйшій, а видимыя въ немъ первоначально 2 темныя пятна превращаются въ одно центральное.

Докладчикъ пришелъ къ заключенію, что окончательный результатъ дѣйствія силы и матеріи на мертвыя тѣла намъ неизвѣстенъ настолько-же, насколько мы при современномъ состояніи науки не въ состояніи провести границы между мертвымъ и живымъ—указать границу, съ которой начинается жизнь вообще.

На общихъ Собраніяхъ чисто медицинскія науки были представлены въ общемъ весьма слабо. Случайность-ли это, зависящая отъ случайнаго состава Бюро? Припоминаю себѣ доклады на общихъ Собраніяхъ предшествовавшихъ Съѣздовъ, я склоненъ отрицательно отвѣтить на этотъ вопросъ. Это явленіе не случайное, а вполне естественное, вытекающее изъ характера Съѣздовъ,—Съѣздовъ не однихъ лишь врачей, а и естествоиспытателей.

Работа врачей гораздо рѣзче выражалась на соединенныхъ засѣданіяхъ обѣихъ главныхъ группъ (естествоиспытателей и врачей) медицинской группы и различныхъ отдѣловъ ея, къ описанію которыхъ и перехожу.

Соединенное засѣданіе обѣихъ главныхъ группъ было посвящено вопросу о возрожденіи и трансплантаціи.

Проф. *Korschelt* (Marburg) говорилъ «О возрожденіи и трансплантаціи въ мірѣ животныхъ».

Подъ возрожденіемъ (*regeneration*) понимается способность организма возстановлять потеряныя части. У одноклѣточныхъ процессъ этотъ крайне простъ, и способность ихъ къ возрожденію прямо поразительная. У простѣйшихъ сохраненіе 1/100 части всего начальнаго тѣла достаточно для полного возстановленія потерянныхъ частей. Нѣкоторые выше стоящіе организмы могутъ возстановлять потеряныя части образованіями, исходящими изъ другихъ частей тѣла. Подъ вліяніемъ внѣшнихъ раздражителей дождевой червь, напр., распадается на отдѣльные куски, отдѣляетъ хвостовой конецъ, и части эти вполне возстановляются въ послѣдствіи.

Процессы этого рода слѣдуетъ отличать отъ способности органовъ и тканей образовывать новыя органы и ткани, совершенно на нихъ не похожіе. Этому образованію новыхъ органовъ предшествуетъ цѣлый рядъ измѣненій въ образовательныхъ органахъ и тканяхъ, такъ что новообразованные органы являются уже заключительнымъ актомъ ряда предшествовавшихъ ему процессовъ. У животныхъ, слѣдъ, наблюдается такая-же уравновѣшивающая регуляція, какъ и у растений.

Обоимъ царствамъ—животному и растенію—общъ, далѣе, т. наз. законъ полярности, заключающійся въ томъ, что каждый полюсъ организма способенъ производить только извѣстные, ему свойственные органы. Но законъ этотъ допускаетъ исключенія. Экспериментальный гетероморфизмъ даетъ возможность вырастить головы изъ задней части животнаго или хвосты изъ передней, точно также какъ ростки изъ корневой части растенія. Опыты, однако, не остановились на этомъ. Они показали, что можно срощать отдѣльныя части 2-хъ животныхъ одного вида, при чемъ эти части такъ сливаются другъ съ другомъ, что нельзя уже распознать мѣста, въ которомъ послѣдовало это соединеніе.

Не могу, къ сожалѣнію, подробно передать ни этого объемистаго доклада, ни слѣдующаго — проф. *Spremann's* (Würzburg) «О зародышевой трансплантации», а ограничусь краткимъ его изложениемъ.

Вотъ, 10 лѣтъ назадъ, описалъ подъ этимъ заглавіемъ переносъ, экспериментальнымъ путемъ, скопленій зародышевыхъ клѣтокъ съ мѣста нахождения ихъ на другое мѣсто того-же зародыша или другаго зародыша того-же вида. Этимъ способомъ пользуются для рѣшенія многихъ важныхъ вопросовъ, рѣшить которые описательная эмбріологія не въ состояніи, ибо она лишена возможности непосредственно изучать взаимоотношеніе данныхъ зародышевыхъ клѣтокъ съ образованными ими органами. При изученіи готоваго органа она не только не можетъ установить, какіе процессы произошли въ производящихъ клѣткахъ, но и опредѣлить, пошли-ли на образованіе органа только клѣтки данной группы, или-же къ этому привлечены были и клѣтки изъ другихъ болѣе отдаленныхъ областей. Зародышевая трансплантация, какъ наука, пользуется 2-мя способами: или обособляетъ группу зародышевыхъ клѣтокъ, изъ которой долженъ развиваться данный органъ, отъ той области, клѣтки которой, по предположенію, могутъ принять участіе въ его развитіи, и изучаетъ, какъ отразилось это обособленіе на развитіи органа, или-же переноситъ въ изучаемую область подходящія части зародыша родственнаго вида, но отличающіяся своимъ цвѣтомъ. Такимъ образомъ *Harrison* для рѣшенія вопроса, происходятъ-ли органы чувствъ, тянущіеся у головастика непрерывной линіей отъ головы до хвоста, изъ мѣстныхъ зародышевыхъ клѣтокъ или только изъ клѣтокъ головного конца, срочалъ переднюю  $\frac{1}{2}$  темнаго головастика съ заднею близко стоящаго къ нему свѣтлаго, и темная линія, отчетливо видимая на живомъ животномъ, доказала, что она вросла въ заднюю  $\frac{1}{2}$ , изъ передней.

Изъ того факта, что скопленіе зародышевыхъ клѣтокъ, образующихъ конечность у земноводныхъ, трансплантированное на головной конецъ, производитъ на немъ нормальную конечность съ нормальными-же нервами. *Braus* заключилъ, что нервы конечности развиваются изъ мѣстныхъ элементовъ.

Докладчикъ, а за нимъ и *Lewis*, такимъ-же образомъ изучали развитіе хрусталика у позвоночныхъ. Хрусталикъ у нихъ образуется изъ разрозненій эпидермиса на мѣстѣ соприкосновенія его съ зародышевою сѣтчаткою, вырастающею изъ головного мозга. Эту часть мозга *Lewis* переносилъ на кожу живота и получилъ тамъ хрусталикъ, точно также какъ получалъ его при противуположномъ опытѣ, при которомъ приводилъ въ соприкосновеніе съ оставленною на мѣстѣ зародышевою сѣтчаткою трансплантированную кожу изъ области живота.

*Spremann* посредствомъ дальнѣйшаго ряда опытовъ искусственно производилъ извращенное положеніе органовъ (*situs viscerum inversus*), выращивалъ 2-головыхъ уродовъ съ 4-мя глазами, 1-головыхъ съ 4-мя глазами, заставлялъ расти въ обратномъ направленіи органы статическаго чувства у головастика, обнаружившаго вслѣдствіе этого маневры движенія и т. д.

Эти 2 сообщенія, выяснившія современное состояніе ученія о возрожденіи и трансплантации, служили введеніемъ къ докладу проф. *Garré* (Breslau): «О трансплантации въ хирургіи».

Т. наз. противогнилостный и безгнилостный способы расширили первоначальную область трансплантации, ограничивавшуюся кожей, не только на другія ткани, но и на цѣлые органы. Но одно лишь приживленіе перенесенныхъ тканей не ведетъ къ цѣли; необходимо, чтобы онѣ сохранили и функциональную способность, для чего необходимо наличие 4-хъ условій: 1) хорошее питаніе; 2) обязательно считаться съ разнѣрами трансплантируемаго куска; 3) онъ долженъ сохранить жизнненность и способность къ возрожденію, и, наконецъ, 4) строгая асептика, ибо антисептика повреждаетъ ткани.

Лучше всего удается т. наз. ауто-трансплантация тканей, за симъ трансплантация съ кровныхъ родственниковъ и, наконецъ, съ особой одного вида. Какъ хорошо приспособляются къ новому организму ткани въ послѣднемъ случаѣ, доказываютъ опыты *Tirsch's* съ пересадкою кожи бѣлаго негра и обратно-черная кожа негра побѣдила у бѣлаго, а кожа послѣдняго потерѣла у негра.

Способъ *Krause* далъ возможность пересаживать большіе куски кожи, чувствительность которыхъ мало по малу восстанавливается, благодаря проростанію ихъ содѣйными нервами.

Къ пересадкѣ хрящей съ успѣхомъ прибѣгаютъ офтальмологи, пользуясь хрящемъ ушной раковины для восстановленія хряща века. Жировая ткань трансплантируется съ косметическою цѣлью. Удачная пересадка мышцъ зависитъ отъ сохраненія кровообращенія и иннервации въ нихъ. Пересадка сухожилій не имѣетъ смысла: она замѣнена трансплантациею соединительной ткани.

За то пересадка костей играетъ видную роль въ т. наз. сохраняющей хирургіи конечностей, ибо кость не только легко приживается, но сохраняетъ способность роста, если сохранена только надкостница. Проф. *Э. ф. Берманъ* съ успѣхомъ употребилъ кусокъ малоберцовой кости въ 12 см. длиною для выполненія недостающа въ большеберцовой кости. Она даетъ также хорошие результаты при лѣченіи локныхъ суставовъ.

Точно также хорошіе результаты достигнуты и посредствомъ пересадки цѣлыхъ органовъ. *Payr* 8 мѣс. назадъ перенесъ кусокъ щитовидной железы женщины въ селезенку ея сына, кре-

тина. Мальчикъ сталъ хорошо развиваться, онъ учится уже ходить и говорить.

Для пересадки железъ, выделяющихъ свой секретъ наружу, требуется очень тонкая техника сосудистаго шва, чтобы избѣжать свертыванія крови и образованія пробки на мѣстѣ шва. *Garré* удалось сшить сосуды съ поверечникомъ въ 1,25 мм. не вызывая свертыванія крови. Ему удавалось переносить кровеносные сосуды съ одного животнаго на другое, — даже взятыя съ мертваго животнаго, черезъ 1½ часа послѣ его смерти. Онъ сшивалъ толстостѣнную артерію съ тонкостѣнною веной безъ нарушенія кровообращенія въ нихъ. Онъ трансплантировалъ, далѣе, почки; прежде всего онъ перенесъ почку собаки на шею ея, сшивъ почечную артерію съ сонною, а почечную вену — съ безымянною; почка продолжала функционировать. Въ дальнѣйшихъ опытахъ онъ вынулъ почку у собаки и пересаживалъ ее другой собакѣ съ удаленной почкой, сшивая для этого соответствующіе сосуды, мочеточникъ-же вшивалъ въ пупырь и тоже не получалъ нарушенія почечной функціи.

Опыты *Garré*, правда, пока еще не имѣютъ практическаго значенія; но какіе горизонты открываютъ они въ будущемъ, — это понятно само собою, тѣмъ болѣе, что, какъ то показываютъ предшествовавшіе 2 доклада, опыты *Garré* стоятъ на твердомъ біологическомъ основаніи.

Засѣданіе главной медицинской группы посвящено было вопросу «О химическомъ взаимоотношеніи (*colleration*) въ животномъ организмѣ».

Проф. *Starling* (London): Взаимодѣйствіе всѣхъ частей организма составляетъ *conditio sine qua* поп органической жизни. Въ случаѣ потери какой-либо части дальнѣйшая правильная жизнь организма немислима безъ покрытія этой потери. Покрывается-же она химическими веществами, дѣйствіе которыхъ, подобно дѣйствию лѣкарственныхъ веществъ, заключается въ раздраженіи органовъ, съ которыми они стоятъ въ известномъ химическомъ взаимоотношеніи. Пріобрѣтъ этихъ веществъ — «Нормонъ» (Normon), по номенклатурѣ докладчика — служитъ напряженіе  $CO_2$  въ крови, обуславливающее процессъ дыханія и мышечную работу и усиленіе отдѣлительной дѣятельности печени и поджелудочной железы, вызванное введеніемъ въ 12-перстную кишку извѣстныхъ раздражителей. Рѣче всего скажемъ и болѣе всего изучено дѣйствіе Нормонъ въ взаимоотношеніи половыхъ и грудныхъ железъ. Ростъ послѣднихъ совпадаетъ съ началомъ функціи яичниковъ и прекращается съ кастраціей женщины. Дальнѣйшій ростъ грудныхъ железъ и начало секреторной дѣятельности ихъ — образованіе молока — обусловлено беременностью, а прекращеніе роста и полная выдѣлительная дѣятельность — опорожненіемъ полости матки — рожденіемъ плода. Исходнымъ пунктомъ, мѣстомъ происхожденія вещества-раздражителя является не послѣдъ, а плодъ. Это доказываютъ тѣмъ, что впрыскиваніе вытяжки плода самки кролика вызываетъ у нея не только ростъ грудныхъ железъ, но и образованіе молока. Современныя познанія наши о химическомъ взаимоотношеніи различныхъ органовъ еще недостаточны для того, чтобы мы могли ясно представить себѣ результаты, къ которымъ поведутъ дальнѣйшіе успѣхи его въ будущемъ.

Проф. *v. Krehl* (Strassburg): Взаимодѣйствіе отдѣльныхъ органовъ происходитъ не только при посредствѣ нервовъ, но и посредствомъ химическихъ веществъ. Послѣднее в. важно съ точки зрѣнія наблюдателя, изучающаго химическіе процессы, происходящіе при вліаніи жизнедѣятельности одного органа на функциональную способность другаго. Чтобы разобраться въ этомъ вопросѣ, прибѣгаютъ къ 2-мъ способамъ — опыту надъ животными и клиническому наблюденію. Лучше всего изучены вліанія, вызываемыя выпаденіемъ функціи половыхъ железъ. Вліаніе физиологическаго процесса — мѣсячныхъ — на тѣлесную и душевную жизнь обусловлено химическими веществами, образующимися въ половыхъ железахъ. Эклимпсія — результатъ отравленія бродилообразными веществами, исходящими изъ тканей плода и т. д. Введеніе большихъ количествъ щитовидной железы здоровому человеку вызываетъ ускореніе пульса, усиленіе потливости и сильное возбужденіе — припадки, свойственные *Basedow's* болѣзни, причиной которой мы считаемъ увеличеніе отдѣлительной функціи этой железы, аналогично тому, какъ причину тѣмъ, мы видимъ въ заболѣваніи добавочныхъ щитовидныхъ железъ. Секретъ, выдѣляемый надпочечными железами, повышаетъ кровяное давленіе; имъ же, можетъ быть, обусловленъ, и постоянный тонусъ сосудовъ; въ настоящее время мы уже знаемъ, что *Addison's* болѣзни есть слѣдствіе заболѣванія не всей массы надпочечной железы, а извѣстной только части ея — хромофильной системы. Упомянувъ затѣмъ сколько о далеко еще не выясненной связи акромегаліи съ заболѣваніемъ мозгового придатка, докладчикъ подчеркнул то обстоятельство, что всѣ эти железы стоятъ въ какомъ-то отношеніи съ сахарными обмѣномъ; во не только связь эта далеко еще не выяснена, но и во всемъ, добытомъ экспериментальнымъ путемъ, знаніи нашемъ о физиологическомъ и патологическомъ значеніи этихъ железъ имѣется еще такая масса прорѣхъ, что говорить о немъ, какъ о чемъ-то законченномъ, мы не имѣемъ никакого права. Тѣмъ болѣе осторожно приходится пользоваться результатами 2-го способа — клиническаго наблюденія. Мы не должны, прежде всего, упускать изъ вида, что, наблюдая заболѣваніе какого-нибудь органа, мы сплошь и рядомъ, особенно вначалѣ, имѣемъ дѣло съ выпаденіемъ функціи не цѣлаго органа, а болѣе извѣстной его части. А, вѣдь, возможно, что раздраженіе, исходящее изъ заболѣвшей

части усиливает отделятельную функцию части уплывшей, клиническая картина, след., затеняется уравнивающимся действительностью этой последней. Далее, надо считаться с личными особенностями каждого организма, ибо, при всем сходстве процессов образования и распада клеток и промежуточных стадий обмена веществ, говорить о полном тождестве их у всех людей мы не имеем права: каждому человеку присущ его собственный, ему одному лишь свойственный процесс. Прежде на это склонны были смотреть гораздо проще, вроде того, как на процесс образования гликогена печенью и превращения его в мышечную энергию. Мы знаем теперь, однако, что рассматриваемые явления далеко не так просты, что мы обязаны считаться при них с цѣлым рядом приводящих условий, имѣющих рѣшающее значение и стоящих при томъ весьма часто въ прямомъ противорѣчии другъ къ другу. Ясно поэтому, какъ осторожны мы должны быть въ своихъ заключеніяхъ, покоющихся на основаніи клиническихъ наблюдений.

Окончательный выводъ, къ которому приходитъ авт. этого въ высшей степени цѣльнаго и поучительнаго доклада, таковъ: современные познанія наши о химическомъ взаимоотношеніи недостаточны, и пользоваться ими мы должны осторожно. Съ другой стороны, въ виду запутанности и сложности взаимоотношеній различныхъ органовъ мы, имѣя дѣло съ заболѣваніемъ какого-нибудь органа, поступимъ не рационально, если все вниманіе наше посвятимъ ему одному. Напротивъ, прежде всего слѣдуетъ имѣть въ виду, какъ отражается это заболѣваніе на весь организмъ, какъ оно сказывается на общемъ состояніи больного.

Изъ сообщеній, сдѣланныхъ на соединенныхъ засѣданіяхъ нѣсколькихъ медицинскихъ Отдѣловъ, остановлюсь лишь на такихъ, которые обсуждали или наиболее интересующіе большинство врачей вопросы, или имѣющіе общественное значеніе. Къ числу первыхъ принадлежатъ новѣйшія изобрѣтенія въ сифилидологіи и въ ученіи объ эпидемическомъ церебро-спинальномъ менингитѣ.

Докладъ проф. Neisser'a (Breslau) «О новѣйшихъ изслѣдованіяхъ сифилиса» указываетъ на толчекъ, полученный наукой о сифилисѣ работами И. И. Мечникова и Roux, давшими возможность экспериментально изучать сифилисъ на обезьянахъ. 2-мъ и не менѣе важнымъ пріобрѣтеніемъ этой науки является открытіе Schaudinn'омъ возбудителя сифилиса—блѣдной спирохеты (*Spirochaete pallida*), болѣзнетворное значеніе которой онъ считаетъ вѣдь всякаго сомнѣнія.

Лучшимъ, если не единственнымъ, объектомъ для такихъ опытовъ служатъ высшіе виды обезьянъ, ибо только у нихъ наблюдаются вторичныя формы сифилиса, между тѣмъ какъ у низшихъ прививка первичнаго сифилиса удается лишь на нѣкоторыхъ областяхъ, напр., на губахъ, а вторичными явлениями онъ не заболѣваютъ вовсе. Различій въ силѣ заразительности продуктовъ первичнаго и вторичнаго сифилиса нѣтъ. Опыты зараженія обезьянъ подкожно или внутривенно прививкою дали отрицательные результаты, что ставитъ изслѣдователей въ затруднительное положеніе въ вопросѣ о наследственности сифилиса.

Какъ ни важны эти пріобрѣтенія для ученія о сифилисѣ и для научнаго отличительнаго распознаванія его, для практики она значенія не имѣютъ, ибо, хотя опыты и доказали, что мы можемъ предотвратить общій сифилисъ, если вырѣжемъ первичную язву до истеченія 6 час. послѣ прививки ея, то, вѣдь, это возможно лишь при опытахъ, въ действительности-же первичный сифилисъ такъ скоро не обнаруживается на мѣстѣ прививки. Химические агенты, согласно наблюденіямъ И. И. Мечникова, могутъ предотвратить зараженіе, но далеко не всегда. Докладчикъ сожалѣетъ, что этотъ далеко не подтвержденный еще способъ, проникъ уже въ публику; это можетъ повлечь къ далеко нежелательнымъ послѣдствіямъ. Продолжительность невосприимчивости не установлена, а о пожизненной невосприимчивости говорить нельзя, потому что мы не можемъ доказать, что въ тѣлѣ человѣка, перенесшаго сифилисъ, не осталось скрытыхъ гнѣздъ его. Такъ какъ всѣ попытки добыть лечебную сыворотку остались до сихъ поръ безплодными, то эти пріобрѣтенія не оказали никакого вліянія и на леченіе сифилиса. Большое значеніе докладчикъ придаетъ разумной профилактикѣ, и главнымъ образомъ одному изъ средствъ ея—популяризаціи свѣдѣній о сифилисѣ среди широкихъ массъ.

Д-ръ Hoffman (Berlin)—сотрудникъ покойнаго Schaudinn'a—говорилъ объ исторіи открытія блѣдной спирохеты, о техникахъ приготовленія препаратовъ, объ отличительномъ распознаваніи ея. Докладъ его сопровождался многочисленными въ высшей степени поучительными представленіями.

Д-ръ Westenhoeffer (Fridenau-Berlin). «Современное положеніе нашихъ знаній объ эпидемическомъ воспаленіи оболочекъ спинного и головного мозга». Докладчику были поручены патолого-анатомическія изслѣдованія во время послѣдней Силезской эпидеміи, давшей 3102 случая заболѣваній съ 1789 смертными исходами. Обширный докладъ его посвященъ этиологіи, патологической анатоміи, эпидемиологіи и клиникѣ этой болѣзни. Единственнымъ возбудителемъ этой болѣзни докладчикъ счита-

етъ описанный въ 1887 г. Weichselbaum'омъ внутриклеточный диплококкъ (*diplococcus intracellularis*), называемый теперь менингококкомъ (v. *Lingelsheim*). Всѣ прочія (10 видовъ) бактерии, найденныя на ряду или вмѣстѣ съ менингококкомъ, не болѣзнетворны, не исключая и диплококка, описаннаго Jaeger'омъ въ 1895 г. Хотя этотъ диплококкъ—*diplococcus stassius*, по номенклатурѣ *Lingelsheim*'а—и играетъ какую-то роль въ этиологіи церебро-спинальнаго менингита, но выяснять ее теперь еще нельзя. Во всякомъ случаѣ, со времени открытія переносчиковъ болѣзнетворной бактерии въ лицѣ здоровыхъ людей, большая устойчивость этой бактерии (она не боится высыхания) никакого значенія для эпидемиологіи не имѣетъ. Способность сыворотки Jaeger'овскаго диплококка склеивать менингококки и обратно, приводимая Jaeger'омъ, какъ доказательство близкаго родства обоихъ кокковъ, опровергается наблюденіемъ *Lingelsheim*'а, по которымъ менингококковая сыворотка при разведеніи 1:800 склеиваетъ оба вида диплококка, между тѣмъ какъ сыворотка d. stassius при разведеніи 1:1200 склеиваетъ Jaeger'овскій диплококкъ, но никогда не склеиваетъ настоящихъ менингококковъ. Изъ приводимыхъ докладчикомъ биологическихъ свойствъ этой весьма устойчивой бактерии, упомяну лишь о томъ, что она быстро—черезъ 4—6 час.—погибаетъ отъ дѣйствія прямого солнечнаго свѣта, не выдерживаетъ высокой температуры, даже въ 50°, въ теченіи 1 часа (при 80° погибаетъ въ теченіи 2 мин.) и быстро высыхаетъ (на стеклышкѣ черезъ 24 часа), ибо свойства эти важны для эпидемиологіи.

Изъ всей патолого-анатомической картины заимствую лишь, что во всѣхъ случаяхъ наблюдалось нѣрѣдко выраженное и скоро проходившее воспаленіе глотки, преимущественно глоточной миндалины; отсюда оно распространялось вверхъ на задній отрѣзокъ носовой полости и на носоглоточное пространство и внизъ—на заднюю стѣнку глотки и на миндалины дужекъ мягкаго неба. Воспаленіе это установлено во всѣхъ свѣжихъ случаяхъ, а при улучшенной технике собиранія слизи изъ глотки—въ 93,8% всѣхъ изслѣдованныхъ случаевъ. Докладчикъ ставитъ положеніемъ, что въ началѣ церебро-спинальнаго менингита всегда наблюдается менингококковое воспаленіе язва.

Что касается эпидемиологіи, то нѣкоторыя особенности хода эпидеміи, ея неожиданные скачки, появленіе болѣзни въ отдаленныхъ мѣстностяхъ, при погасаніи ея въ первоначально пораженныхъ—все это, при отсутствіи стойкихъ формъ менингококка, сильно затрудняло наблюдателей. Въ настоящее время, когда для этой заразной болѣзни, какъ и для другихъ, доказанъ переносъ здоровыми «носителями бактерий», затрудненіе это пало. Наблюденія Jehle въ каменноугольныхъ копяхъ австрійской Силезіи и Ура объяснили, далѣе, не только то, почему болѣзнь эта такъ упорно держится въ подобныхъ мѣстностяхъ, но и выдвинули значеніе каменно-угольныхъ копей вообще въ эпидемиологіи церебро-спинальнаго менингита: рабочіе заражаются въ копяхъ. Откуда-же попадаетъ туда менингококкъ? Прямого отвѣта на это нѣтъ; но, если сопоставить условія, особенно болѣе глубокихъ каменноугольныхъ шахтъ,—отсутствіе свѣта, температура и влажность ихъ—съ вышеупомянутыми биологическими свойствами менингококковъ, то вѣроятно предположеніе, что въ каменноугольныхъ копяхъ имѣются данныя, благоприятствующія сапрофитному росту менингококковъ.

Докладчикъ установилъ 4 пути, по которымъ менингококки проникаютъ изъ полости глотки въ мозгъ: 1) первично—путемъ эмболии; 2) вторично—посредствомъ вѣнныхъ пробокъ; 3) по лимфатическимъ сосудамъ и 4) per continuitatem. Распространеніе менингококковъ по ходу нервовъ докладчикъ отрицаетъ потому, что вскрытія показали, что периферическіе отрѣзки нервовъ не заболѣваютъ, но это, конечно, не исключаетъ возможности переноса менингококковъ содержащими ихъ бѣлыми кровяными тѣльцами по нервамъ; наиболѣе-же частый путь переноса, по всѣмъ вѣроятіямъ,—гематогенный.

Какъ во всѣхъ заразныхъ болѣзняхъ, и въ эпидемическомъ церебро-спинальномъ менингитѣ предрасположеніе играетъ большую роль. Изъ нѣсколькихъ дѣтей одной семьи заболѣваютъ лишь дѣти «лимфатическія» съ большими миндалинами и гипертрофированными лимфатическими железами, чѣмъ, можетъ быть, и объясняется, почему болѣзнь эта поражаетъ почти исключительно дѣтей. Вскрытія взрослыхъ, умершихъ отъ этой болѣзни, во всѣхъ случаяхъ обнаружили увеличеніе глоточной миндалины; люди эти представляли, слѣд., дѣтскій habitus. Миндалины эта такимъ образомъ служатъ такими-же входными воротами для менингококка, какъ миндалины небныхъ дужекъ для стрептококка, или Peyer'овы бляшки для бактерий брюшного тифа и бугорчатки.

Во главѣ многообразныхъ врачебныхъ средствъ, употреблявшихся въ послѣдней эпидеміи, стоятъ ванны и поясничныя проколы. Большая смертность (50—70%) доказываетъ ихъ нестойкость. Поясничныя проколы даютъ временное улучшеніе, ибо онъ удовлетворяетъ лишь одному показанію—уменьшаетъ давленіе на мозгъ. Вслѣдствіе анатомическихъ условій—извилистости хода между рогами и желудочками, поясничныя проколы не могутъ извлечь жидкость и гной изъ полости нижняго рога. Опорожнить посредствомъ него задній рогъ легче, если сдѣлать проколъ въ сидячемъ положеніи больного со свѣшенною впередъ головою. Впрочемъ, Radman и др. прокалывали задній рогъ непосредственно, но тоже безъ результата, потому что такой проколъ не устраниваетъ водянки мозга, образующейся вслѣдствіе задержки патологическаго секрета въ полости нижняго рога. Westenhoeffer предложилъ разрывъ и дренированіе атланто-затылочной связки. Это—единственное мѣсто, вскры-

вая въ которомъ черепную полость, мы одновременно вскрываемъ и подпаутинное пространство и непосредственно опорожняемъ 3-й и 4-й желудочки. Операция эта была выполнена всего 4 раза съ 1 выздоровленіемъ и 3 смертными исходами. Теперь докладчикъ предлагаетъ не проколъ, а долговременный дренажъ съ промываніемъ нижняго рога. Ходъ операции таковъ: трепанация черепа непосредственно надъ прикрѣпленіемъ скулового отростка къ височной кости; вколотый въ горизонтальномъ направленіи троакаръ на глубинѣ 3 см. у дѣтей и 4 см. у взрослыхъ попадаетъ въ полость нижняго рога. Въ виду того, что водянка мозга почти неизбѣжно ведетъ или къ смерти, или къ слабоумію, докладчикъ считаетъ операцию эту показанною.

Сообщеніе д-ра *Jehle* «О происхожденіи эпидемій цереброспинального менингита» касалось эпидемій въ каменноугольныхъ копяхъ. Онъ показалъ диаграммы хода эпидемій въ 2-хъ копахъ и доказывалъ, что коли эти играютъ главную роль въ происхожденіи такихъ эпидемій. Профилактика, по его мнѣнію, заключается въ отдѣленіи не только больныхъ, но и всѣхъ рабочихъ, носителей менингококковъ въ глоточной слизи. Обезвредить послѣднихъ антисептикой не удалось.

Д-ръ *Jaeger* старался отстранять болѣзнетворность описанныхъ имъ бактерій, но не встрѣтилъ поддержки со стороны присутствовавшихъ бактериологовъ и изслѣдователей послѣднихъ эпидемій.

М. Штейнбергъ.

(Окончаніе слѣдуетъ.)

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физиологія и общая патологія 697.** Д-ръ *В. Гросса* задался цѣлью выяснитъ механизмъ отдѣленія желудочнаго сока, а именно найти ту поверхность, ту часть пищеварительнаго канала, раздраженіе которой при дѣйствіи на нее пищевыхъ веществъ вызываетъ отдѣленіе желудочнаго сока.

Онъ производилъ опыты на собакѣ, имѣвшей отдѣленный по *Heidenhain-Павлову* желудочекъ и свищи желудка и 12-перстной кишки. Кромѣ того, у этой собаки полость желудка была наглухо отгорожена отъ полости кишечника посредствомъ особой перегородки, заранее устроенной въ желудкѣ оперативнымъ путемъ на границѣ между дномъ и привратниковой его частью; такимъ образомъ привратниковый отдѣлъ желудка находился въ непосредственной связи съ кишкой и былъ совершенно отдѣленъ отъ дна его. Опыты автора составляютъ непосредственное продолженіе изслѣдованій *А. П. Соколова* и *Б. А. Ленкивиста* (приведенныхъ въ той же лабораторіи), при чемъ оба они пользовались такимъ-же образомъ оперированными собаками съ тою лишь разницей, что перегородка, раздѣлявшая желудокъ и кишку, находилась у этихъ собакъ на границѣ между привратниковой частью и кишкой, такъ что дно и привратниковая часть составляли одну общую полость, отдѣленную наглухо отъ кишки.

Опыты на такихъ собакахъ доказали, что вещества, вызывающія отдѣленіе желудочнаго сока (вытяжки веществъ мяса, продукты перевариванія его, алкоголь, вода) дѣйствуютъ главнымъ образомъ, если не исключительно, при введеніи ихъ въ желудокъ, а не въ кишку. Всасываніе этихъ-же веществъ изъ кишки, послѣ введенія ихъ въ нее, почти не вызывало отдѣленія желудочнаго сока. При введеніи же ихъ въ общую полость желудка, сокъ этотъ отдѣлялся въ обиліи. Благодаря опытамъ д-ра *Гросса*, выяснилось, что изъ 2-хъ отдѣловъ желудка—дна и привратниковой части—лишь раздраженіе послѣдней вышеупомянутыхъ веществъ (мясной вытяжкой, продуктами перевариванія бѣлковъ, водой) производить отдѣленіе желудочнаго сока и что только алкоголь оказываетъ сокогонное дѣйствіе при введеніи его на дно желудка. Такимъ образомъ выясняется важная роль привратниковой части въ дѣлѣ желудочнаго пищеваренія, именно въ отношеніи къ отдѣленію желудочнаго сока. Недавно *Edkins* открылъ въ слизистой оболочкѣ привратниковой части желудка особое вещество—секретинъ, который, поступая въ кровь (что происходитъ во время пищеваренія при всасываніи переваренныхъ частей пищи), вызываетъ отдѣленіе желудочнаго сока. Такимъ образомъ работы обоихъ авторовъ, *Edkins*'а и *Гросса*, исполненные при совершенно различной методикѣ, приводятъ къ одному и тому-же выводу о значеніи привратниковой части желудка для отдѣленія сока, выделяемаго дномъ его (Труды Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ, февраль).

В. Болдыревъ.

**Фармакологія 698.** Какъ извѣстно, теоретическое объясненіе благотворнаго вліянія горькихъ веществъ при нѣкоторыхъ желудочныхъ заболѣваніяхъ до сихъ поръ

крайне неудовлетворительно. Предположенія разныхъ авторовъ, искавшихъ причину дѣйствія горечей въ повышеніи общаго кровяного давленія, въ возбужденіи дѣятельности железъ желудочно-кишечнаго канала, въ усиленіи лейкоцитоза, перистальтики и т. д., или не могли быть вовсе подтверждены дальнѣйшими экспериментальными изслѣдованіями, или-же вліяніе ихъ оказывалось малозначительнымъ и сомнительнымъ. Окончательная невозможность вызвать экспериментальнымъ путемъ усиленіе отдѣленія желудочнаго сока была доказана д-ромъ *Котляромъ*, который, работая съ собакой, имѣвшей малый желудочекъ, образованный по способу проф. *И. П. Павлова*, и свищу большого желудка, могъ убѣдиться, что введеніе горечей въ большой желудокъ какъ вмѣстѣ съ пищей, такъ и до или вскорѣ послѣ принятія ея, не оказываютъ никакого вліянія на количество желудочнаго сока, измѣряемаго посредствомъ выдѣленія изъ малаго желудочка. Когда проф. *И. П. Павловымъ* было доказано то важное значеніе, какое имѣетъ въ дѣлѣ выдѣленія желудочнаго сока психическое вліяніе—позывъ на ѣду или удовольствіе, испытываемое животнымъ при принятіи пищи, имъ было высказано также предположеніе, что горечи вліяютъ именно на этотъ психическій механизмъ выдѣленія желудочнаго сока, повышая путемъ контраста пріятныя ощущенія, вызываемыя пищей. Первые наблюденія въ этомъ направленіи были сдѣланы въ лабораторіи *И. П. Павлова* голландскимъ врачомъ *Steensma*, который замѣтилъ, что у бывшей у него собаки количество желудочнаго сока увеличивалось, если передъ кормленіемъ ее заставляли пожевать корешокъ горечавки (*radix gentianae*). Въ 1903 г. появилась работа проф. *П. Я. Борисова* по тому-же предмету. Проф. *Борисовъ*, работая съ эзофаготомированной собакой, нашелъ, что количество сока, выделяющагося изъ желудочнаго свища при мнимомъ кормленіи, увеличивается, если предварительно вкладывалась собакѣ въ ротъ вата, смоченная настойкой горечавки (*t-ga gentianae*). Недавно тоже самое было найдено *Н. Д. Стражеско*, при дѣйствительномъ кормленіи на собакѣ, имѣвшей малый желудочекъ: и здѣсь предварительная дача горечи вызывала гиперсекрецію. *В. Ю. Чаювецъ* задался цѣлью проверить опыты проф. *Борисова* относительно вліянія горечей на отдѣленіе желудочнаго сока какъ съ фактической стороны, такъ и съ точки зрѣнія даваемого проф. *Борисовымъ* объясненія; послѣдній видитъ причину повышеннаго выдѣленія сока въ данномъ случаѣ въ чисто мѣстномъ тонизирующемъ дѣйствіи горечи на вкусовую органъ, благодаря чему вкусовой рефлексъ со слизистой оболочки рта становится сильнѣе.

Свои опыты авторъ производилъ, подобно *П. Я. Борисову*, на эзофаготомированныхъ собакахъ съ желудочными свищами. Опытъ ставился такимъ образомъ, что предварительно собакѣ вкладывалась въ ротъ горечь (0,1—0,25 водной вытяжки квасца, такъ какъ опыты съ настойкой горечавки не дали положительнаго результата), а затѣмъ производилось «мнимое кормленіе» сырымъ мясомъ въ теченіи 1—1½ мин. Затѣмъ количество выделяющагося сока отмѣчалось за каждыя 10 минутъ до полнаго прекращенія сокоотдѣленія, что наступало черезъ 2—3 часа. Эти опыты чередовались съ простыми мнимыми кормленіями безъ предварительной дачи горечи. Количество сока въ послѣднемъ случаѣ оказывалось въ среднемъ у одной собаки на 13%, а у другой на 25% меньше, чѣмъ послѣ горечи.

При этомъ можно было убѣдиться, что увеличеніе сокоотдѣленія послѣ дачи горечи падаетъ на послѣдующія стadiи выдѣленія сока (начиная со 2-ой ¼, перваго часа), тогда какъ въ первые ¼ часа въ опытахъ съ горечью количество сока было одинаково или даже меньше, чѣмъ въ опытахъ безъ горечи. Этотъ фактъ говоритъ противъ предположенія проф. *Борисова* о чисто мѣстномъ тонизирующемъ дѣйствіи горечи на вкусовую органъ. Поэтому д-ръ *Чаювецъ* считаетъ болѣе правильнымъ предположеніе проф. *И. П. Павлова* о чисто психическомъ механизмѣ дѣйствія горечей (собаки въ опытахъ, когда была дана предварительно горечь, все время ведутъ себя гораздо безпокойнѣе, облизываются, глотаютъ слюну, облизываютъ воздухъ и т. п.,—этого совершенно достаточно, чтобы вызвать усиленіе отдѣленія «психическаго» сока) (Труды Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ, мартъ). *В. Б.*

699. *С. Hudovernig* на основаніи своихъ наблюденій надъ болеетолерантными дѣйствіями бромистаго метила-



*тропина* (*Metiylatropinum bromatum S. Atropinum methylbromatum*) при нервныхъ болѣзняхъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Бромистый метилатропинъ слѣдуетъ признавать цѣннымъ болеутоляющимъ средствомъ, которое можно примѣнить съ успѣхомъ при стрѣляющихъ боляхъ у больныхъ со спинной сухоткой, при головныхъ боляхъ различнаго рода, при боляхъ спинномозговыхъ корешковъ и при различныхъ болѣзненныхъ опушеніяхъ истеричныхъ. 2) Онъ оказываетъ хорошія услуги при усиленныхъ отдѣленіяхъ желѣзъ нервного происхожденія. 3) При нейралгияхъ и нейралгическихъ боляхъ дѣйствіе его не только болеутоляющее, но и непосредственно излѣчивающее. 4) При падучей дѣйствіе препарата не велико; оно сводится къ нулю при состояніяхъ двигательнаго раздраженія (*Paralysis agitans, Tic convulsif*). 5) Привыканія къ препарату, равно какъ токсическихъ побочныхъ и послѣдовательныхъ дѣйствій авт. не видѣлъ. 6) Для отдѣльнаго приема достаточно 1—2 до 4 милгрм. Самой цѣлесообразной формой назначенія авт. считаетъ порошки или растворы. 7) Путемъ сочетанія съ противонейралгическими или противорейматическими средствами дѣйствіе метилатропина можетъ быть усилено (*Berliner klinische Wochenschrift, № 42*).  
*А. Коварскій.*

**Внутреннія болѣзни.** 700. Д-ра *Pierce* и *Thresh* сообщаютъ случай заболѣванія брюшнымъ тифомъ вследствие питья зараженной переманной воды.

Больной, 30 л., жившій въ мѣстности, гдѣ давно уже не было заболѣваній брюшнымъ тифомъ, заболѣлъ тифозной горячкой. Распознаваніе было подтверждено *Widal*'евской пробой, которая получалась во время 3-ей недѣли болѣзни въ разведеніи 1:200. Такъ какъ случай этотъ былъ единичнымъ, то обратили тщательное вниманіе на открытіе источника зараженія, при чемъ выяснилось, что больной ежедневно по утрамъ пилъ около бутылки переманной воды, доставлявшейся исключительно для него въ глиняномъ сосудѣ, закрытомъ деревянной пробкой. Напоминался сосудъ въ сосѣднемъ городѣ, гдѣ были заболѣванія тифомъ. Пробы воды были засѣяны на питательную среду, содержащую желчь и виноградный сахаръ, откуда сдѣланы пересѣвы на другія среды. Удалось получить разводку микроба, оказавшагося брюшнотифозной палочкой, склеивавшейся симвороткой тифознаго больного (*The Lancet, 8 сентября*). *Л. С.*

701. Д-ръ *Hess* (*New-York*) для опредѣленія достаточности содержанія соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ пользуется слѣдующимъ приемомъ. Больные получаютъ въ теченіи 3-хъ дней по  $\frac{1}{4}$  ф. рубленнаго мяса, поджареннаго такъ, что внутри оно остается полусырымъ. Кромѣ этого, больные получаютъ любое количество молока, яицъ, супа, масла, хлѣба и пр. Собранныя послѣ 3-го дня испраженія перемѣшиваются, и кусочекъ въ лѣсной орѣхъ тщательно растирается въ ступкѣ съ постепеннымъ прибавленіемъ воды; затѣмъ жидкая масса выливается на тарелку съ чернымъ дномъ и разсматривается. Опытами проф. *Schmidt*'а доказано, что нормальный желудочный сокъ способенъ нацѣло переварить соединительную ткань, содержащуюся въ  $\frac{1}{4}$  ф. жаренаго мяса. Поэтому въ случаѣ недостаточнаго выдѣленія соляной кислоты въ жидкой массѣ будутъ встрѣчаться бѣлые и желтоватыя пленочки, легко отличаеыя отъ примѣшанныхъ комочковъ жира и кусочковъ клетчатки—послѣдніе сильно окрашены желчью; въ сомнительныхъ случаяхъ подозрительныя пленочки подвергаются расщипыванію для обнаруженія волокнистаго строенія ихъ. Лишь изрѣдка можетъ встрѣтиться необходимость микроскопическаго изслѣдованія. Способъ особенно примѣнимъ у нервныхъ больныхъ и у лицъ, отказывающихся отъ промыванія желудка (*Medical Record, 28 апрѣля*).  
*Л. Старокадомскій.*

702. Бугорчатковыя палочки въ мокротѣ встрѣчаются разнообразной величины и формы и неодинаково окрашиваются. *Craig*'омъ, *Goggia* и нѣкоторыми другими итальянскими врачами было высказано предположеніе о зависимости между тяжестью заболѣванія и видомъ палочекъ въ мокротѣ. Д-ръ *Rosenberger* (*Philadelphia*) на основаніи 611 изслѣдованій мокроты 146 больныхъ бугорчаткой пришелъ къ заключенію, что въ случаѣ обнаруженія въ мокротѣ палочекъ, рѣзко окрашивающихся, длинныхъ, среднихъ или короткихъ, часто состоящихъ изъ мелкихъ кусочковъ,—предсказаніе неблагоприятно. Количество палочекъ можетъ быть при этомъ большимъ или даже незначительнымъ. Благоприятное предсказаніе возможно слѣдуетъ,

если микробы окрашиваются блѣдно, если они тонки, средней длины, вѣтвисты или имѣютъ утолщенія. Авт. окрашивалъ мокроту своихъ больныхъ черезъ каждыя 7—10 дней, примѣняя всегда одинъ и тотъ-же способъ: мазки окрашивались карболовымъ фуксиномъ на холоду 15 мин., затѣмъ обрабатывались растворомъ *Gabbet*. Время наблюденія—15 мѣс. Предсказанія, сдѣланныя на основаніи изслѣдованія мокроты были таковы: въ 109 случаяхъ—неблагоприятное; изъ этихъ больныхъ 74 умерли ранѣе вторичнаго изслѣдованія мокроты, 26 умерли въ первые 6 мѣсяцевъ, 6 были живы при окончаніи работы, 3 выписались въ плохомъ состояніи. Сомнительными были признаны 7 больныхъ; изъ нихъ 3 умерли, 2 ушли изъ подѣ наблюденья, 2 лѣчатся уже 9 мѣс. Изъ 30 благоприятныхъ случаевъ 8 окончились смертью, 7 больныхъ находятся въ больницѣ, остальные выписаны. Въ нѣсколькихъ случаяхъ палочки исчезали изъ мокроты и не были находимы при рядѣ позднѣйшихъ изслѣдованій. Какъ извѣстно, длина бугорчатковой палочки въ мокротѣ колеблется отъ 1,5—6 и даже 10  $\mu$  при толщинѣ отъ 0,2—0,5  $\mu$  (*The Medicine, июль*).  
*Л. Старокадомскій.*

**Хирургическія болѣзни.** 703. Д-ръ *J. Lynn Thomas* сдѣлалъ на 72-мъ годовомъ съѣздѣ *British Medical Association* въ *Toronto* докладъ о вылученіи предстательной железы, основываясь на 31 собственномъ случаѣ и 1229 собранныхъ въ литературѣ. Изъ этихъ 1260 случаевъ въ 677 операція была произведена промежностнымъ путемъ и въ 583 надлобковымъ способомъ, при чемъ первый далъ 10,2% смертности (изъ нихъ 6,8% непосредственно отъ операціи), а второй—11,1% (7,7%); что же касается выздоровленій, то при промежностномъ способѣ въ 81,4% получилось выздоровленіе полное и въ 18,6% неполное, а для надлобковаго способа соотвѣтствующія цифры будутъ 95,6% и 4,4%. Безотносительныя цифры для обоихъ способовъ получились такіа, съ добавленіемъ 29 случаевъ «сочетанной» операціи изъ литературы:

	Оперированы.	Умерли.	Выздоровѣли.	
			Частичныя.	Вполнѣ.
Надлобковая операція . .	583	65	23	495
Промежностная операція .	677	69	113	495
Сочетанный способъ . .	29	7	9	13

Выводы автора: 1) Оба способа вылученія предстательной железы, надлобковый и промежностный, даютъ смертность приблизительно одинаковую. 2) На выздоровленіе полное болѣе шансовъ даетъ надлобковый способъ. 3) Въ тяжелыхъ гнилостныхъ случаяхъ операцію слѣдуетъ производить въ 2 приема. 4) Надлобковый путь болѣе подходит для опухолей средней доли, для удаленія камней и для устраненія кровотеченій. 5) Зато путь этотъ неудобенъ для хирурговъ съ короткими пальцами и съ гибкими тонкими ногтями. 6) Посмертныя данныя случаевъ, въ которыхъ произведена была операція, показываютъ, что полного удаленія железы не было произведено ни разу. 7) Анатомически нѣтъ возможности изсѣчь всю массу предстательной железы безъ одновременнаго удаленія предстательной части мочеиспускательнаго канала (*The British Medical Journal, 10 ноября*).  
*С. Гр—въ.*

704. Д-ръ *Robert Abbe* (*New York*) сообщаетъ слѣдующее о радіи въ хирургіи. Опытъ автора основывается на 3-лѣтнемъ примѣненіи радія въ 125 случаяхъ различныхъ заболѣваній. Препараты, которыми онъ пользовался, были: 15 стрм. радія *Curie* силою въ 300000; 21 млгрм. германскаго бромида силою въ 1000000 и 100 млгрм. германскаго бромида силою въ 1800000. Рабочую единицу наиболѣе дѣйствительнаго и чистаго радія составляютъ 10 млгрм. бромида радія силою въ 1800000, и лучше всего пользоваться имъ въ маленькой коробочкѣ, покрытой тонкимъ слоемъ слюды. Такъ какъ такая коробочка не можетъ быть обезпложена для введенія въ опухоли, то авт. вышпалъ 6 такихъ коробочекъ въ тоненькую стеклянную трубочку, длиною приблизительно въ 1 дюймъ и шириною немного толще спички, а еще 2 такихъ коробочки—въ подобную же трубочку, нѣсколько вздутую на одномъ концѣ и запаиванную герметически. Остальныя 2 коробочки были оставлены для примѣненія на поверхности. Хлоридъ радія

*Curie* силою въ 300000 авт. распредѣлилъ на 2 трубочки, въ одну—10, въ другую—5 стрм. Изъ лѣченныхъ заболѣваній наибольшаго интереса заслуживаютъ новообразования, волчанка, эпителиомы, раки и саркомы. Обыкновенныя бородавки, представляющія изъ себя ничто иное, какъ разросшіяся нормальныя кѣтки кожи, исчезали каждый разъ отъ дѣйствія лучей радія, путемъ обратнаго развитія кѣтокъ, ихъ составлявшихъ. Волчанка, эпителиома и карцинома имѣютъ то общее, что съ теченіемъ времени становятся распадающимися и выдѣряющимся вглубь. Изъ 35 случаевъ волчанки и эпителиомы 20 окончились полнымъ излѣченіемъ; по мѣстоположенію они занимали голову, лицо и плечи; нѣкоторые представляли изъ себя явно злокачественныя эпителиомы; 9 больныхъ еще лѣчатся; въ 12 случаяхъ были обширныя пораженія носа, въ 4—уха, въ 5—лба, въ 4—вѣкъ, въ 5—щеку и въ 4—волосистой части головы; продолжительность заболѣванія колебалась отъ 2 до 20 лѣтъ; нѣкоторые опухоли представляли изъ себя т. наз. основно-кѣточковыя (*baso-cellular*) эпителиомы, другія отличались весьма дѣятельными митотическими фигурами, но всѣ излѣчивались одинаково хорошо, не взирая на микроскопическія разновидности. Однимъ изъ наиболѣе упорныхъ случаевъ былъ эпителиальный ракъ губы и крыла носа у 74-лѣтней женщины, развивавшійся въ теченіи 7 лѣтъ и разрушившій ноздрю, перегородку и часть губы; болѣзнь въ этомъ случаѣ не уступала никакому способу лѣченія, не исключая и *Röntgen*'овскихъ лучей, примѣнявшихся нѣсколько мѣсяцевъ; на операцію больная не соглашалась; тогда стали прикладывать трубку съ радіемъ, подкладывая резиновую ткань; сеансы дѣлались ежедневно въ теченіи 7 дней по 1 часу; наступила легкая реакція; черезъ 2 недѣли лѣченіе повторено, и наступило излѣченіе; въ теченіи 5 недѣль всѣ проявленія пораженія исчезли, и язва, уменьшившаяся до  $\frac{1}{4}$  начальной величины, вполне зажила; съ тѣхъ поръ прошло болѣе 10 мѣс. Въ другомъ подобномъ-же случаѣ для излѣченія потребовалось 3 примѣненія трубки съ радіемъ, по 5, 10 и 20 мин. каждое. 5 разросшихся и распадавшихся раковыхъ опухолей вѣкъ также уступили лѣченію радіемъ: 2 излѣчены окончательно, остальные близки къ излѣченію. Нѣкоторые эпителиальные раки происходили изъ старческихъ ороговѣній на лбу, носу и щекахъ; подъ вліяніемъ одного или двухъ примѣненій радія всѣ они исчезали. Меньше благоприятные результаты давали болѣе тяжелые виды рака. Изъ 40 такихъ больныхъ у 28 были т. наз. неоперабельныхъ формъ, а 11 могли бы быть оперированы, но были подвергнуты лѣченію радіемъ въ видѣ опыта; 6 изъ нихъ были оперированы впоследствии, а у 5 наступило такое улучшеніе, что они, вѣроятно, не будутъ подлежать операціи. Изъ этихъ 40 раковъ 3 были на щеку, 6 на языкѣ, 1 на миндалинѣ, 2 въ околоушной железнѣ, 3 на шеѣ, 1 въ щитовидной железнѣ, 2 въ пищеводѣ, 2 въ пузырьѣ, 4 въ прямой кишкѣ, 5 въ маткѣ, 1 на челюсти, 2 на головкѣ члена, 1 на губѣ и 7 на груди. Въ большинствѣ этихъ злокачественныхъ опухолей, хотя онѣ и дали болѣе или меньше благоприятные результаты въ смыслъ обратнаго развитія, въ общемъ все-же получалось ухудшеніе. Во многихъ случаяхъ раковъ, расположенныхъ на слизистыхъ оболочкахъ (языкъ, щека, миндалина), дѣйствіе было слишкомъ сильное и вызывало временное раздраженіе. Быть можетъ, иной способъ примѣненія радія, чѣмъ въ стеклянной трубкѣ, дастъ лучшіе результаты. Изъ тяжелыхъ формъ рака хорошіе результаты въ свѣжихъ случаяхъ общааетъ скирръ грудной железы. Далеко болѣе ободряющіе результаты давали саркомы: больной съ исполниско-кѣточковой саркомой нижней челюсти съ разрушеніемъ кости былъ излѣченъ авторомъ  $2\frac{1}{2}$  года назадъ однимъ только дѣйствіемъ радія, и до сихъ поръ возврата у него нѣтъ; въ другомъ такомъ-же случаѣ наступило быстрое излѣченіе 1 годъ и 3 мѣсяца назадъ; у 3-го больного, у котораго исполниско-кѣточковая саркома была удалена изъ челюстной полости, черезъ 6 мѣс. появилась саркома нижней челюсти, которая была выскоблена ложечкой, послѣ чего въ теченіи нѣсколькихъ дней былъ примѣненъ радій; прошло 6 мѣс. безъ возврата. Въ 1 случаѣ кругло-кѣточковой саркомы нижняго вѣка было сдѣлано 4 примѣненія радія

по 1 часу, послѣ чего стали выжидать: черезъ 4 недѣли опухоль уменьшилась на  $\frac{1}{2}$ , черезъ 6—на  $\frac{3}{4}$ , а черезъ 8 недѣль она совершенно исчезла и въ теченіи года не возвращается. Въ другомъ случаѣ сосудистой саркомы носа наступило излѣченіе въ 2 мѣс. послѣ 4-хъ примѣненій сильнаго радія. Въ 2-хъ случаяхъ веретенообразно-кѣточковыхъ саркомъ большеберцовой и клиновидной костей ростъ остановился, но обратнаго развитія не получалось; этотъ видъ, по мнѣнію автора, не поддается лѣченію радіемъ. 2 года назадъ авт. вставилъ трубку съ сильнымъ радіемъ въ вещество большого зоба въ одномъ безнадѣжномъ случаѣ пучеглазого зоба и получилъ быстрое излѣченіе, что побудило его испытать этотъ способъ еще въ 7 случаяхъ, но не во всѣхъ получилось столь благоприятное дѣйствіе. Родимыя пятна отъ радія подвергаются сухой омертвѣнію съ образованіемъ нѣжнаго рубца. Заключение *Abbe* таково: 1. Дѣйствіе радія походитъ на дѣйствіе *Röntgen*'овскихъ лучей. 2. Оно отличается отъ него нѣкоторыми особенностями и излѣчиваетъ нѣкоторые заболѣванія, не уступающія *Röntgen*'овскимъ лучамъ. 3. Оно примѣнимо внутри полостей носа и рта, недоступныхъ для *Röntgen*'овскихъ лучей. 4. Оно излѣчиваетъ большинство поверхностныхъ эпителиальныхъ раковъ и волчанку. 5. Въ 40 случаяхъ тяжелаго рака внутреннихъ органовъ оно успѣха до сихъ поръ не дало. 6. Оно общааетъ интересные результаты въ другихъ изучаемыхъ хирургическихъ случаяхъ (*The Journal of the American Medical Association*, 21 іюля). *В. Дитманъ.*

705. Проф. *Stubenrauch* говоритъ объ образованіи пластическаго соустья между желчными путями и желудочнокишечнымъ каналомъ при наружномъ полномъ желчномъ свищѣ.

Въ случаѣ автора дѣло шло о 46-лѣтнемъ больномъ, въ теченіи года страдавшемъ болями въ области желчнаго пузыря и желтухой, съ повышеніемъ температуры. При 1-ой операціи найдено сморщиваніе желчнаго пузыря, расщепленіе общаго желчнаго протока и значительное утолщеніе и утолщеніе головки поджелудочной железы, настолько сдавливавшей протокъ, что шпиль не проходилъ въ кишку. Дренажъ протока и, отдѣльно, желчнаго пузыря. Значительное облегченіе; паденіе температуры. Наружный свищъ не закрылся; вся желчь выдѣлялась наружу. 2-ая операція (черезъ 2 мѣс.). Общирная срощеніе вокругъ желчнаго протока. Выдѣлить протокъ не удалось. Наружный свищъ очерченъ разрезами, выдѣленъ до мѣста впаденія въ желчный протокъ и шпиль въ разрѣзъ привратника. Въ виду суженія отъ этого привратника образовано переднее желудочно-кишечное соустье. Отдѣльный дренажъ въ желчный пузырь. Вслѣдствіе омертвѣнія пересаженного свища опять вся желчь стала выливаться наружу. 3-ая операція (черезъ 3 недѣли послѣ 2-ой): обнаженіе обоихъ отверстій—въ желчномъ пузырьѣ и желчномъ протокѣ. Изъ стѣнки 12-перстной кишки и желудка выкроены лоскутъ, длиною въ 6 и шириною въ 2 см., основаніемъ обращеннымъ вверхъ. Лоскутъ повернутъ вверхъ такъ, что его сывороточный покровъ закрылъ недостатокъ въ желчномъ протокѣ, а слизистая оболочка сшита съ слизистой оболочкой желчнаго пузыря. Отверстіе въ желудкѣ закрыто швами. Черезъ небольшое отверстіе у основанія лоскута введенъ въ отводящій конецъ и укрѣпленъ швомъ дренажъ; другой его конецъ введенъ въ желчный пузырь. Въ началѣ черезъ рану выдѣлялась часть пищи и желчь. Мало по малу наружная рана почти совершенно закрылась (дренажъ, соединившій пузырь съ кишкой, удаленъ на 12-ый день). Спустя 8 мѣс. остался наружный свищъ, пропускавшій въ теченіи 8—10 дней нѣсколько капель желчной жидкости; вся-же остальная желчь проходила въ кишку. Общее состояніе прекрасное.

Авт. останавливается и на другихъ способахъ пластическаго соустья, испробованныхъ имъ на животныхъ, и приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. При непроходимости желчнаго протока отъ сдавленія поджелудочной железой показано образованіе соустья между желчнымъ пузыремъ и кишкою или вшиваніе желчнаго протока въ кишку resp. желудокъ. Наложеніе временнаго желчнаго свища съ цѣлью добиться обратнаго развитія воспаленія поджелудочной железы не всегда даетъ желанный результатъ. Тамъ, гдѣ первая операція невозможна (сильное сморщиваніе пузыря, срощеніе кишекъ), необходимо прибѣгнуть къ тому или иному пластическому способу (*Archiv f. klinische Chirurgie*, т. LXXIX). *Б. Финкельштейнъ.*

Физиотерапія. 706. Проф. *Mc Guire* (Washington) общааетъ 2 случая успѣшнаго лѣченія расиршенія оныхъ х-лучами.

1. Больная, 45 л., страдала экземой обѣихъ голени, изволъ

расширениемъ венъ на правой голени. Экзема прошла послѣ нѣсколькихъ мѣсяцевъ соответственнаго лѣченія, но язва не заживала, будучи больше серебрянаго рубля величиной. Примѣнены х-лучи; трубка средней жесткости, въ разстояніи 8 д. отъ язвы, 5 мин., черезъ день. Послѣ 6 сеансовъ лѣчение прекращено на 4 дня вслѣдствіе сильнаго жжения и значительнаго развитія воспалительныхъ явленій. Черезъ 4 дня х-лучи примѣнены 1 разъ. Появилось обильное шелушеніе кожи; язва зарубцовалась; расширенныя вены ниже и вокругъ язвы исчезли.

2. 50-лѣтній мужчина имѣлъ на срединѣ правой голени большой пучекъ расширенныхъ венъ, въ 2—3 д. въ поперечникѣ, выдававшійся на 1 д. надъ поверхностью кожи. Х-лучи 2 раза въ недѣлю, по 10 мин.; разстояніе отъ трубки 12 д. Послѣ 10 сеансовъ опухоль значительно уменьшилась. Дальнѣйшее лѣчение состояло въ примѣненіи х-лучей черезъ день, съ постепеннымъ увеличеніемъ времени сеансовъ и укороченіемъ разстоянія отъ трубки до ноги больного. Сколько-нибудь значительнаго раздраженія тканей не замѣчалось. Въ 2 мѣсяца опухоль уменьшилась до  $\frac{1}{2}$  прежней величины.

Авт. указываетъ, что ему не приходилось слышать о благопріятномъ дѣйствіи лучей Roentgen'a въ случаяхъ расширенія вѣннхъ сосудовъ (Medical Record, 1 сентября). Л. Старокадомскій.

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни.** 707. Д-ръ J. R. Keith сообщаетъ вкратцѣ о случаѣ *тяжелого послеродового кровотеченія*, въ которомъ имъ примѣненъ былъ съ блестящимъ успѣхомъ *амилъ-нитритъ*.

15-й авторъ позванъ былъ къ 33-лѣтней 4-родящей для подачи акушерской помощи. Предшествовавшіе роды сопровождались сильнымъ кровотеченіемъ. За послѣднюю беременность больная питалась весьма плохо, изъ-за безработицы мужа. Роды протекали нормально; но, когда д-ръ К. извлекъ послѣдъ, началось проливное кровотеченіе, которое прекратилось мгновенно послѣ приема одной капсулы амилъ-нитрита (точного указанія о величинѣ приема авт. не даетъ). Затѣмъ было сдѣлано вливаніе въ прямую кишку 2 пинты солевого раствора, и пульсъ, поднявшійся было до 120, менѣе чѣмъ въ 1 часъ упалъ до 86. Послѣродовый періодъ протекалъ правильно (The British Medical Journal, 27 октября). С. Гр—въ.

**Дѣтскія болѣзни.** 708. Д-ръ Arthur Keller (Magdeburg) обращаетъ вниманіе на вредное дѣйствіе *исключительно питанія дѣтей мучнистыми веществами и слизистыми отварами*. Очень часто врачи при лѣченіи острыхъ кишечныхъ припадковъ у дѣтей назначаютъ мучнистые и слизистые отвары при совершенномъ устраненіи изъ пищи молока. При этомъ врачъ нерѣдко забываетъ заявить, что назначенное имъ пищевое довольствіе имѣетъ значеніе лишь временное, т. е., до тѣхъ поръ, пока не прекратятся болѣзненные явленія, послѣ чего необходимо перейти къ обычному кормленію молокомъ. Такъ какъ въ бѣдной практикѣ врача болѣею частью повторно не приглашаютъ, то матери, видя хорошее дѣйствіе назначеннаго врачомъ питанія, продолжаютъ его и по прекращеніи острыхъ признаковъ болѣзни. Результаты получаются при этомъ очень печальныя: дѣти, и безъ того истощенныя болѣзною, вмѣсто пищи, содержащей всѣ необходимыя для роста организма составныя части, получаютъ таковую, очень бѣдную бѣлками и совершенно не содержащую ни жировъ, ни солей; въ итогѣ развивается сильное истощеніе, которое нерѣдко бываетъ уже непоправимымъ. Изъ сказаннаго слѣдуетъ, что при назначеніи мучного режима никогда не слѣдуетъ забывать строго установить срокъ его продолжительности. Лѣченіе дѣтей, истощенныхъ путемъ такого режима, разумѣется, должно заключаться въ возвращеніи къ правильному молочному питанію. Дѣти при этомъ медленно поправляются; къ сожалѣнію, очень нерѣдко они дѣлаются жертвами пнеймоніи или другой заразной болѣзни (Berliner klinische Wochenschrift, № 36). А. К.

709. Д-ръ Schütte описываетъ *новую форму истеріи у дѣтей школьнаго возраста*, наблюдавшуюся въ 2-хъ школахъ гор. Meissen'a, возлѣ Dresden'a. По всей клинической картинѣ и этиологіи болѣзни эта, которую авт. называетъ «дрожательной болѣзною» (Zitterkrankheit), чисто школьная, т. е. обуславливается нездоровыми условіями жизни современной школы, при чемъ проявляется она болѣею частью во время школьных занятій. Выражается болѣзнь сначала въ томъ, что дѣти обнаруживаютъ нервное безпокойство, которое отвлекаетъ ихъ отъ внимательнаго отношенія къ занятіямъ и значительно ослабляетъ

ихъ прилежаніе. Вслѣдъ за этими предварительными припадками наступаютъ характерныя для болѣзни явленія дрожанія, начинающіяся съ дрожанія кисти правой руки. Дрожаніе это происходитъ всегда въ направленіи отъ лучевой стороны къ локтевой и можетъ перейти и на предплечье, а въ тяжелыхъ случаяхъ и на лѣвую руку. Другихъ какихъ-либо болѣзненныхъ признаковъ при этомъ не наблюдается, и общее состояніе больныхъ дѣтей болѣею частью не страдаетъ. Явленія дрожанія наступаютъ безъ всякой правильности, иногда даже ночью, и длятся отъ нѣсколькихъ минутъ до  $\frac{1}{2}$  часа. Въ промежуткахъ между припадками, помимо нѣкотораго общаго нервнаго возбужденія, ничего ненормальнаго не наблюдается. Болѣзнь можетъ тянуться недѣлями и мѣсяцами. Въ Meissen'ѣ она была распространена главнымъ образомъ среди дѣвочекъ въ возрастѣ отъ 9—13 лѣтъ, и развитіе ея имѣло характеръ эпидеміи, такъ какъ дѣти заражали другъ друга чисто нервнымъ путемъ: находясь долго въ обществѣ припадочныхъ, здоровые повсюду начинали имъ подражать. Лучшее средство для излѣченія это—временное удаленіе заболѣвшихъ изъ школы и общее укрѣпляющее лѣченіе. Изъ мѣстныхъ средствъ оказались дѣйствительными: электричество въ видѣ постояннаго тока, массажъ и пассивная гимнастика (Münchener medicinische Wochenschrift, № 36).

## ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

**ХСVI. Изъ Русскаго хирургическаго Общества Пирогова.**

(Засѣданіе 20-го сентября).

К. А. Вальтеръ показалъ больного, оперированнаго имъ въ Рождественскихъ баракахъ по поводу *кошто-рѣзанной раны сердца* (см. выше, № 43, стр. 1352).

Ч. пр. Н. Н. Петровъ. Къ вопросу о *раненіяхъ селезенки*. (См. выше).

Ч. пр. И. Э. Гагенъ-Торнъ. Изъ области *хирургіи почки и надпочечныхъ железъ*. Предпославъ подробный обзоръ литературы вопроса объ опухоляхъ почекъ, надпочечниковъ и о забрюшинныхъ новообразованіяхъ, докладчикъ изложилъ наблюдавшіеся имъ 2 случая. Въ 1-мъ онъ удалил забрюшинную опухоль, вѣсомъ около 10 фунт., тѣсно связанную какъ съ почкой, такъ и съ надпочечникомъ; она удалена была вмѣстѣ съ этими органами. Удаленіе опухоли произведено было чрезбрюшино: по вскрытіи брюшной полости разсѣченъ задній листокъ брюшины, и опухоль удалена цѣликомъ; затѣмъ зашитъ сначала задній листокъ брюшины, а послѣ—наглухо брюшная полость. Живленіе первымъ натяженіемъ. Выздоровленіе черезъ 3 недѣли. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась состоящей сплошь изъ жировой ткани; въ верхнемъ ея отдѣлѣ, лежавшемъ подъ куполомъ грудобрюшной преграды, найдена ткань надпочечника. Почка, казавшаяся на видъ нормальной, оказалась пронизанной внутрипочечными жировиками. По мнѣнію докладчика, описанную опухоль нельзя считать происшедшей изъ жировой сумки почки или изъ клѣтчатки, окружающей надпочечную железу; по всей вѣроятности, она разрослась изъ эмбриональных зачатковъ жировой ткани, давшихъ и внутри самой почки начало развитію небольшихъ жировиковъ. (Опухоль и микроскопическіе препараты были показаны). — Во 2-мъ случаѣ опухоль почки была удалена поясничнымъ разрѣзомъ. Въ этомъ случаѣ опухоль, величиной съ дѣтскую голову, исходила, повидимому, изъ почечной сумки. При микроскопическомъ изслѣдованіи она оказалась миксомой. Больная поправилась.

Проф. С. П. Федоровъ: Въ Московской факультетской клиникѣ былъ оперированъ больной съ миксоматознымъ жировикомъ, расположеннымъ въ забрюшинномъ пространствѣ. Больной погибъ черезъ нѣсколько дней послѣ операціи отъ паралича сердца.

Проф. М. И. Ростовцевъ. Объ *асептическомъ кишечномъ швѣ*. Докладчикъ сообщилъ о выработанномъ имъ способѣ наложенія асептическаго кишечнаго шва и показалъ *положеніе его на кишечникѣ*. При выработкѣ способа докладчикъ производитъ операцію на кишечникѣ при вполнѣ условіяхъ. Какъ извѣстно, наложеніе кишечныхъ швовъ—лишь кишокъ, при образованіи-ли соустія просвѣта кишечника, что ведетъ къ загрязненію содержимымъ рукъ оператора, инструментовъ, операционнаго поля, и требуется большая опытность оператора и помогающихъ ему, чтобы среди этого ки оставались стерильными. Докладчикъ задается производить раннее наложеніе кишечныхъ швовъ, не дожидаясь, пока кишечникъ не наполнится содержимымъ, и не допустить въ него микробовъ, находящихся въ содержимомъ, и не допустить въ него микробовъ, находящихся въ содержимомъ, и не допустить въ него микробовъ, находящихся въ содержимомъ.

вскрыть просвѣтъ кишечника. Для этого вначалѣ своихъ опытовъ онъ употреблялъ особо приспособленные пуговки и кольца и обшивалъ ихъ, вскрывая кишечникъ при помощи гальванокау-стическихъ петель или прабора *Raquelin'a*. Въ послѣдующихъ опытахъ онъ значительно упростилъ весь способъ. Онъ замѣтилъ, что кишечныя стѣнки, сдвинутыя энтеротрибомъ и сваренныя въ немъ, слипаются другъ съ другомъ такъ, что противостоятъ дов. значительному внутреннему давленію. Свариваніе зажатыхъ стѣнокъ производится такъ: сдвинувъ кишку энтеротрибомъ, отрѣзываютъ изсѣкаемую часть кишечника приборомъ *Raquelin'a* и затѣмъ проводятъ нѣсколько разъ имъ по щечкамъ энтеротриба, такъ, чтобы зажатые части сварились въ немъ. Этимъ-же приемомъ получается, кромѣ того, и вполне асептический край кишки. Приготовивъ такимъ образомъ одинъ конецъ, такъ-же поступаютъ и съ другимъ. Теперь оба конца, остающіеся закрытыми, сближаютъ другъ съ другомъ и накладываютъ швы сначала на одной сторонѣ, а затѣмъ на другой. Концы кишки послѣ этого оказываются соединенными со всѣхъ сторонъ, но просвѣтъ ея остается закрытымъ, ибо сдвинутые и сварившіеся края отбѣза остаются слипшимися. Однако, стѣны лишь потянуть за наложенные швы, какъ слипшіеся края расходятся и просвѣтъ оказывается восстановленнымъ на всю ширину кишки. Это—при круговомъ изсѣченіи. При боковомъ соустьи берется сегментъ кишки на краю, противоположномъ мѣсту прикрѣпленія брызжейки, также сдвигается въ энтеротрибъ и выдающаяся надъ щечками часть отрѣзается термокаутеромъ, а зажатая часть сваривается тѣмъ-же приемомъ, какъ сказано выше. Такимъ же образомъ поступаютъ и съ другой петлей. Затѣмъ вокругъ сдвинутыхъ и сваренныхъ краевъ накладываютъ швы и разрываютъ слипшіеся края. При всѣхъ этихъ манипуляцияхъ работа производится въ обстановкѣ, вполне асептической. Техника операціи проста. Въ дальнѣйшемъ докладчикъ еще болѣе упростилъ ее. При круговомъ изсѣченіи онъ беретъ удаляемый кусокъ кишки и складываетъ его пополамъ. Затѣмъ приступаетъ къ перевязкѣ и перерѣзкѣ брызжейки, для чего накладываютъ особо устроенные брызжеечные зажимы, и сшиваетъ брызжейку одиночнымъ непрерывнымъ швомъ. На оба конца удаляемаго куска кишки накладываются особо устроенные кишечные жомы, а по ту сторону ихъ, сразу на оба конца кишки, кладется также особо устроенный энтеротрибъ. Затѣмъ между жомами и энтеротрибомъ пережигается приборомъ *Raquelin'a* кишка, а зажатые въ энтеротрибъ края кишки свариваются вышеописаннымъ образомъ. Тогда приступаютъ къ наложенію швовъ, при чемъ энтеротрибъ не снимается, а закидывается на другую сторону, концы-же кишки раскидываются въ стороны, и накладываются швы. Послѣ этого разжимается энтеротрибъ, но концы кишки остаются сжатыми въ особыхъ пластинкахъ, помѣщенныхъ въ щечкахъ энтеротриба. Теперь накладываютъ швы, не снимая названныхъ пластинокъ, но швы затагиваются лишь послѣ того, какъ они наложены всѣ и когда сняты пластинки. Здѣсь такимъ образомъ кишечникъ остается незаматымъ лишь самое короткое время—мин. 2—3. Аналогичнымъ-же образомъ поступаютъ и при наложеніи кишечнаго бокового соустья, т. е. сразу захватываютъ обѣ кишки и отдвигаютъ вмѣстѣ. Предлагаемый способъ наложенія кишечнаго шва не только гарантируетъ полную асептичность, которая можетъ удовлетворить даже строгаго бактериолога, но и дѣлаетъ самую операцію наложенія кишечнаго шва весьма простой въ технич. отношении, несравненно проще, чѣмъ обыкновенное наложеніе кишечныхъ швовъ или соединеніе кишки при помощи пуговки *Murphy*; вмѣстѣ съ тѣмъ операція отличается, такъ сказать, чистотой отдѣлки, а кромѣ того, время производства ея значительно сокращается даже по сравненію съ наложеніемъ кишечнаго шва при помощи пуговки *Murphy*. При примѣненіи способа докладчика тяжелая и грязная операція изсѣченія кишки изводится на степень пробнаго чревосѣченія (Въ передачѣ докладчика).

Въ происшедшемъ обмѣнѣ мыслей приняли участіе: проф. С. П. Федорова, чч. пр. В. А. Отпель и А. Р. Войничъ-Сяноженскій. Я. Зельдовичъ.

**XCVII.** 23-го минувшаго ноября въ залѣ Пироговскаго Музея состоялось торжественное Собраніе соединенныхъ Петербургскихъ медицинскихъ Обществъ, посвященное памяти Н. И. Пирогова. Обширный залъ Музея былъ переполненъ публикой, среди которой было много видныхъ представителей медицинскаго міра.

Послѣ панихиды председатель Русскаго хирургическаго Общества Пирогова ч. пр. Г. Ф. Цейдлеръ обратился съ привѣтствіемъ къ присутствовавшимъ, среди которыхъ отиѣтилъ сына Н. И. Пирогова—В. Н. Пирогова и его родственниковъ. Затѣмъ онъ сообщилъ, что предполагавшійся докладъ А. О. Кони вслѣдствіе обострившейся болѣзни А. О. состояться не можетъ.

По предложенію Г. Ф. Цейдлера почетнымъ председателемъ Собранія былъ избранъ председатель Общества русскихъ врачей проф. И. П. Павловъ.

Поблагодаривъ за избраніе, И. П. въ небольшой рѣчи обрисовалъ общественное значеніе личности Н. И. Пирогова. Исходя изъ того взгляда, что самостоятельное чествованіе общества наиболее видныхъ представителей его является показателемъ сознательнаго отношенія его къ жизни, И. П. отиѣтилъ особенно счастливое положеніе въ данномъ случаѣ врача, среди которыхъ имѣется такой примѣръ для подражанія.

какъ Н. И. Пирогова. Приведа въ краткихъ чертахъ наиболѣе важные моменты ученой и общественной жизни Н. И. Пирогова, И. П. подчеркнул, какъ краеугольный камень его дѣятельности, широкій личный его починъ и критическое отношеніе къ жизни.

Проф. Н. А. Вельяминовъ, излагая идеи Н. И. Пирогова объ организаціи добровольной помощи на войнѣ, далъ его характеристику, какъ человека-альтруиста. Приведа краткій историческій очеркъ развитія частной помощи на войнѣ, И. П. отиѣтилъ, что плановѣрная организація этого дѣла въ цивилизованномъ мірѣ должна считаться съ 1854-го года, когда в. кн. Елена Павловна организовала Крестовоздвиженскую Общину сестеръ милосердія и управленіе дѣлами ея поручила Н. И. Пирогову. Въ дальнѣйшемъ Н. А. привелъ наиболѣе существенныя взгляды Н. И. Пирогова на организацію этого важнаго дѣла—взгляды, въ главныхъ чертахъ сохраняющіе свое значеніе и до настоящаго времени.

Ч. пр. Г. Ф. Цейдлеръ отъ лица присутствовавшихъ выразилъ благодарность проф. И. П. Павлову и Н. А. Вельяминову, послѣ чего засѣданіе было закрыто.

Г. Флейшеръ.

### XCVIII. Изъ Общества русскихъ врачей въ Петербургъ.

Засѣданіе 30-го ноября.

Г. В. Мухомовъ. Опыты тормажения искусственнаго условнаго рефлекса (звукового) различными раздражителями (см. отд. рефератовъ).

Оставая въ сторонѣ самый докладъ, не могу отказать себѣ въ удовольствіи изложить хотя-бы въ главныхъ чертахъ тѣ полныя глубокаго интереса замѣчанія, которыя были сдѣланы по поводу его проф. И. П. Павловымъ. Для того, чтобы быть понятнымъ, приведу основную сущность доклада. Работа д-ра Мухомова представляетъ собой одно изъ звеньевъ той цѣли изслѣдованій, которыя производятся въ лабораторіи И. П. съ цѣлью изучить т. наз. психическія явленія чисто физиологическимъ путемъ. Образовавъ обычнымъ способомъ условный (звуковой) рефлексъ, докладчикъ, соединяя его съ другими различными раздражителями, получаетъ явленія тормажения этого рефлекса. Въ своихъ замѣчаніяхъ И. П. еще разъ подчеркивалъ плодотворность подобаго объективнаго способа изученія функций центральной нервной системы. Входя въ подробности, онъ отиѣтилъ возможность чисто психологической интерпретаціи данныхъ явленій, съ каковою точки зрѣнія нужно сказать, что собака обладаетъ способностью, умѣть отличать отдѣльные рефлексы отъ сочетаній ихъ съ другими раздражителями. Между тѣмъ по существу дѣла здѣсь имѣется чисто физиологическое явленіе. Прежде всего, не всѣ побочные раздражители дѣйствуютъ одинаково: очевидно, для опредѣленнаго дѣйствія требуется известная сила со стороны этого послѣдняго. Напр., холдъ въ 4—5°, приложенный въ качествѣ побочнаго раздражителя къ основному условному, не вызываетъ тормажения рефлекса. Съ другой стороны, можно наблюдать слѣдующее интересное явленіе: тормажение рефлекса длится въ теченіи опредѣленнаго времени уже послѣ того, какъ дѣйствіе побочнаго раздражителя отпало, и дѣйствуетъ одинъ лишь основной, — вещь, мало понятная съ психологической точки зрѣнія. Дѣйствительно, если собака умѣетъ отличать условный рефлексъ отъ сочетаній его съ другими раздражителями, то непонятно, почему она вдругъ утрачиваетъ эту способность. Съ физиологической же точки зрѣнія здѣсь имѣется дов. обычный фактъ т. наз. послѣдствія. Нѣкоторыя соображенія позволили И. П. высказать предположеніе о различіи функций центральной нервной системы у человека и низшихъ животныхъ. Онъ считаетъ, что у перваго особенно развита способность различенія всевозможныхъ сочетаній раздраженій, тогда какъ у животныхъ на первомъ мѣстѣ стоитъ острота въ различіи отдѣльныхъ раздражителей. Въ заключеніе И. П. отиѣтилъ необходимость обстоятельнаго гистологическаго изученія центральной нервной системы въ виду совершенно новой постановки вопроса съ физиологической стороны.

Студ. С. Е. Михайловъ. Новая данія о чувствительныхъ окончаніяхъ нервовъ въ мочеизмъ пузырь млекопитающихъ.

Не входя въ изложеніе доклада, представляющаго часто спеціальныи интересъ, отиѣчу вызванныя имъ замѣчанія.

Проф. Н. Г. Умискій указалъ, что онъ ставитъ въ особую заслугу докладчика сдѣланнымъ имъ усовершенствованіи въ технической части работы. Докладчикъ окрашивалъ нервные окончанія пузыря по способу *Ehrlich'a* съ тѣмъ видоизмѣненіемъ его, что растворялъ метиленовую синьку не въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли (по *Ehrlich'u*), а въ жидкости *Locke'a*, считая ее болѣе подходящей средой для тѣсной организаціи.

Ч. пр. Н. Я. Тимухинъ, помимо нѣкоторыхъ возраженій спеціальнаго характера, высказался противъ примѣшенія жидкости *Locke'a* передъ физиологическимъ растворомъ.

Проф. Н. П. Кравковъ отиѣтилъ, что жидкость *Locke'a* является изотоничнымъ растворомъ исключительно для тѣсной кролика и не можетъ считаться столь-же подходящей средой для тѣхъ животныхъ, съ которыми работалъ докладчикъ (кошка, свинья, лопухъ).



Е. С. также не разделяет преимуществ жидкости Locke'a перед физиологическим раствором.

В программе административной части заседания стоял пункт о выборе председателя Общества. Избранный единогласно в одном из предшествующих заседаний председателем И. П. Павлов продолжал настойчиво отклонять от себя эти обязанности. При обсуждении этого пункта обе стороны — И. П. и члены Общества — остались каждая при своем, и вопрос остался таким образом открытым.

В том же заседании был заслушан доклад уполномоченных Общества, командированных в Ялту для принятия санаторий имени Императора Александра III.

Г. Флейшера.

### ХСІХ. Памяти Григорія Акимовича Гончарова.

Недавно покончил жизнь самоубийством д-р Г. А. Гончаров. Это был человек выдающегося ума, широкого образования и положительно артист в своей специальности — хирургии.

Я знал его в течении 15 лет, как врача и учителя, и, хотя не имѣл чести стоять к нему близко, все-же считаю своим долгом сказать о нем то немногое, но крайне характерное, что мнѣ известно, въ надеждѣ, что моя замѣтка вызовет со стороны других, ближе меня знавших покойнаго лицъ дальнѣйшую оцѣнку этой замѣчательной личности. При жизни Г. А. — не оцѣнили должнымъ образом; быть можетъ, оцѣнить послѣ смерти.

Мое знакомство съ Г. А. началось съ того, что я попалъ къ нему въ больницу въ качествѣ больного, случайно раненый пулей въ руку. Позднѣе, будучи студентомъ 5-го курса медицинскаго факультета, я работалъ подъ руководствомъ Г. А. въ хирургическомъ отдѣленіи губернской земской больницы въ Воронежѣ вмѣстѣ съ нѣкоторыми другими товарищами во время лѣтнихъ каникулъ, послѣ, уже сдѣлавшись врачомъ и бывая въ Воронежѣ, я всегда старался посѣщать его отдѣленіе и имѣлъ возможность присмотрѣться къ Г. А., какъ къ хирургу и врачу.

Нужно замѣтить, что вокругъ Г. А. въ его отдѣленіи на лѣтнихъ каникулахъ и рождественскихъ праздникахъ всегда собирався кружокъ студентовъ-медиковъ въ течении цѣлаго ряда лѣтъ, и, кромѣ того, нерѣдко къ нему прикомандировывались даже врачи для усовершенствованія въ хирургіи. Такъ, я зналъ одного врача (были, я слышалъ, и многіе другіе), проработавшаго цѣлымъ годъ въ качествѣ ученика Г. А. Впоследствии я работалъ мѣсяца 2 вмѣстѣ съ этимъ врачомъ въ одной земской больницѣ, изъ него вышелъ хорошии земскій хирургъ, которымъ весьма дорожили какъ товарищи, такъ и больные, и этимъ, по моему мнѣнію, онъ былъ въ значительной мѣрѣ обязанъ Г. А.

Къ своимъ обязанностямъ Г. А. относился крайне добросовѣстно и того-же требовалъ отъ насъ. Самъ онъ приходилъ въ больницу въ 9—10 час. утра и обыкновенно работалъ тамъ до 2—3 час. дня (Когда было нужно, въ экстренныхъ случаяхъ, онъ являлся туда во всякое время дня и ночи; такъ, я помню больного съ ущемленной грыжей, котораго онъ оперировалъ около 4 час. утра въ сочельникъ или въ 1-ый день Рождества). Мы считали себя нравственно обязанными присутствовать въ больницѣ все это время и, хотя лѣтомъ многимъ изъ насъ хотѣлось отдохнуть, тѣмъ не менѣе обыкновенно всѣ, начавшіе работать въ хирургическомъ отдѣленіи Г. А., выдерживали искусу до конца. Г. А. ежедневно дважды посѣщалъ больницу, по 2-ой разъ около 6 час. веч., при чемъ проводилъ тамъ еще 1—2 часа времени. На сколько я могу судить, онъ отдавалъ своему отдѣленію почти все свое время.

Хотя, какъ врачъ, Г. А. былъ широко образованъ, но онъ не занимался, какъ это обычно дѣлается въ провинціи, ничѣмъ другимъ, кромѣ хирургіи. Не имѣя другихъ средствъ къ жизни, кромѣ собственнаго заработка, онъ терпѣлъ не мало лишений отъ такого образа дѣйствій, такъ какъ имѣлъ на своихъ рукахъ семью, состоящую изъ жены и 3-хъ дѣтей.

Хирургомъ онъ былъ образцовымъ. По моему мнѣнію, это былъ лучший хирургъ изъ всѣхъ, какихъ я только видѣлъ. Онъ былъ прекраснымъ техникомъ, отлично оперировалъ и въ брюшной полости, и на костяхъ и мастерски справлялся также съ пластическими операціями на лицѣ. Опытность онъ имѣлъ по истинѣ колоссальную. Достаточно сказать, что имъ было исполнено свыше 150 однихъ уретральныхъ камнеотсѣченій и больше 1000 камнеотсѣченій на мочевоомъ пузырьѣ. Во время моихъ занятій подъ руководствомъ Г. А. за годъ онъ оперировалъ около 1000 разъ, считая лишь большія операціи, для которыхъ было назначено 2 спеціальныя дня въ недѣлю [Г. А. составилъ 4 коллекціи вынутыхъ имъ самымъ камней; 2 изъ нихъ (по 400 камней въ каждой) были переданы еще лѣтъ 8 назадъ въ Пироговскій Музей]. Онъ былъ смѣлый, ловкій, опытный и образованный хирургъ. Не смотря на все это, онъ никогда не брался за операцію, если заранѣе не былъ увѣренъ въ успѣхѣ или въ своемъ умѣньи. Въ такихъ случаяхъ онъ прямо высказывалъ свое мнѣніе и отсылалъ больныхъ въ ту или другую столицу.

Что касается основнаго принципа практической медицины — «прежде всего не вредить больному своимъ лѣченіемъ», въ этомъ отношеніи я тоже не встрѣчалъ ни одного врача, который превзошелъ бы Г. А. По отношенію къ больнымъ, принятымъ имъ на свое попеченіе, Г. А. былъ очень заботливъ, хотя нерѣдко приходилось ему имѣть дѣло съ совершенно «неинтересными» случаями. Я помню, какъ возился онъ каждый день почти цѣлымъ

мѣсяцъ съ однимъ больнымъ (рабочимъ), получившимъ ожогъ на поверхности боляе, чѣмъ  $\frac{1}{2}$  тѣла. Г. А. былъ увѣренъ, что больной умретъ, такъ какъ ожогъ  $\frac{1}{2}$  поверхности тѣла считается уже угрожающей жизни. Но смотря на это и массу другого, боляе пріятнаго для него дѣла, онъ усердѣйшимъ образомъ собственноручно разбинтовывалъ и забинтовывалъ этого больного и былъ очень радъ, когда труды его увѣнчались успѣхомъ, а предсказаніе оказалось ошибочнымъ.

Съ больными дѣтьми онъ обращался съ особой любовью. Было трогательно видѣть, какъ онъ, обладавшій гигантскими ростомъ и силой и громовымъ голосомъ, отъ котораго иногда приходили въ трепетъ почти всѣ окружающіе, старался быть съ дѣтьми возможно мягче, нѣжны и ласковѣе. Сначала я думалъ, что дѣти (я говорю сейчасъ о тѣхъ изъ нихъ, которыя лежали въ его отдѣленіи) его боятся, заразившись такъ сказать, страхомъ отъ взрослыхъ служащихъ, составлявшихъ постоянный персоналъ больницы, которые въ огромномъ большинствѣ случаевъ порядочно-таки трусили передъ Г. А. Къ моему величайшему удивленію, ничего подобнаго не было, хотя при перевязкахъ Г. А. невольно приходилось иногда причинять страданія ребѣтамъ. Они, конечно, отчаянно кричали и плакали до и во время перевязки, послѣ-же нея бесѣдовали съ нимъ самымъ дружескимъ образомъ. Вообще дѣти оцѣнили Г. А. гораздо лучше, чѣмъ взрослые.

Что касается студентовъ, съ которыми вездѣ и почти всѣ стараются обходиться возможно любезнѣе и которымъ многое спускается, Г. А. былъ тоже очень требователенъ. До тѣхъ поръ, пока онъ не ознакомился лично со знаніями, умѣньемъ, и добросовѣстностью каждаго изъ насъ, онъ не позволялъ намъ, хотя 2-ое изъ насъ перешли уже на 5-ый курсъ, даже наложить или снять повязку.

Всякое дѣло въ своемъ отдѣленіи, хотя-бы самое маловажное и скучное, онъ исполнялъ самымъ тщательнымъ образомъ. Такъ, онъ самъ или подъ ближайшимъ своимъ наблюденіемъ велъ записи въ скорбныхъ листахъ больныхъ, при чемъ эти листы обрабатывались такъ старательно, какъ будто дѣло шло о литературныхъ произведеніяхъ.

Отдѣленіе Г. А. обязанное своимъ устройствомъ всецѣло ему одному по своему порядку, практичности и полнотѣ различныхъ хирургическихъ приспособленій смѣло могло конкурировать съ хорошей клиникой. Благодаря этому и личнымъ особенностямъ Г. А., при мнѣ не было ни одного неудачнаго исхода операціи, хотя было очень много трудныхъ случаевъ, такъ какъ врачи изъ ближнихъ и дальнихъ мѣстъ постоянно направляли тяжелыхъ больныхъ къ нему, какъ опытному и образованному хирургу (вотъ нѣкоторые изъ виднѣвшихся мною и счастливо протекшихъ операцій: удаленіе всей верхней челюсти по поводу остео-саркомы, операціи застарѣлыхъ и обширныхъ остеомиелитовъ со многими свищами, грыжеотсѣченія при ущемленной грыжѣ, камнеотсѣченія у дѣтей, начиная съ 2-лѣтнаго возраста).

Г. А., какъ врача, считали украшеніемъ и славой Воронежца, и тѣмъ не менѣе, хотя онъ проработалъ тамъ около 18 лѣтъ, когда освободилось мѣсто старшаго врача въ той больницѣ, гдѣ онъ служилъ, оно было предложено не ему, а другому. Ушелъ вскорѣ этотъ другой, и мѣсто опять было отдано не Г. А., а совсѣмъ постороннему молодому врачу, который ничѣмъ особымъ въ смыслѣ познаній во врачебномъ дѣлѣ по сравненію съ Г. А. не отличался и котораго къ тому-же передъ этимъ Г. А. вездѣ особенно рекомендовалъ и такъ сказать, ввелъ въ кругъ Воронежскихъ товарищей. Это такъ сильно подѣляло на Г. А., что онъ рѣшилъ совсѣмъ уйти изъ Воронежа, хотя такое рѣшеніе было для него крайне тяжело: тамъ оставалась милая его горячо любимой жены, тамъ учились дѣти, тамъ жили его друзья, тамъ была созданная его трудами образованная хирургическая больница. За 18 лѣтъ жизни въ Воронежѣ Г. А. такъ привязался къ этому городу, что ему трудно было уѣзжать оттуда; тѣмъ не менѣе онъ оставилъ Воронежскую больницу.

Если не ошибаюсь, мотивомъ для предпочтенія молодого врача передъ Г. А. послужило то, что первый былъ докторомъ медицины, а Г. А. не имѣлъ этой ученой степени. Мѣсяцевъ 8 назадъ по этой же причинѣ его не утвердили въ должности старшаго врача Тамбовской губернской земской больницы, и это на него произвело очень тяжелое впечатлѣніе.

Г. А. пришлось работать, по его собственной волѣ, въ качествѣ врача на 2-хъ войнахъ, турецкой и японской, при чемъ во время первой онъ чуть не умеръ заболѣвъ брюшнымъ тифомъ. Вернувшись съ Д. Востока по окончаніи второй войны, онъ остался безъ мѣста и не имѣлъ возможности приложиться къ дѣлу свои силы и знаніе. Долго искалъ онъ себѣ подходящаго мѣста и работы, но безуспѣшно. Будучи человекомъ непрактичнымъ и слишкомъ прямолинейнымъ, онъ, очевидно, не умѣлъ устраивать своихъ дѣлъ. Время шло, а мѣста все не находилось.

Послѣдніе мѣсяцы своей жизни онъ почти каждый день бывалъ въ нашей лабораторіи, гдѣ занимался приведеніемъ въ порядокъ исторіи болѣзни изъ лазарета, которымъ онъ заведывалъ во время послѣдней войны, и еще одной подобной-же работой. И въ этомъ дѣлѣ онъ проявлялъ положительно удивительную добросовѣстность и стараніе... Но у насъ плохо цѣнать и то, и другое, а равнымъ образомъ и талантъ съ опытною, такъ что въ концѣ концовъ Г. А. послѣ долгихъ ожиданій пришлось согласиться взять мѣсто врача въ какомъ-то захолустьѣ въ Тамбовской губ.

Это было большимъ и незаслуженнымъ ударомъ для самолюбія Г. А. Кромѣ того, тамъ по необходимости онъ долженъ былъ превратиться въ обыкновеннаго земскаго врача, специа-

листа по всемъ отраслямъ практической медицины, и отодвинуть на задній планъ свою любимую хирургию, ибо для занятій ею въ такомъ видѣ, какъ онъ привыкъ, онъ не имѣлъ-бы ни времени, ни обстановки. Возможно, что это было послѣдней каплей, переполнившей чашу, и Г. А. рѣшилъ покончить съ собой.

Какъ жаль, что такой выдающійся специалистъ (а ихъ у насъ не очень-то много), при томъ уже такъ много принесшій пользы обществу своей долгой и неустанной работой, былъ забытъ и какъ-бы выкинутъ за бортъ, какъ нѣчто, совершенно ненужное. Онъ былъ-бы однимъ изъ лучшихъ работниковъ въ любой хорошей хирургической больницѣ и могъ-бы еще много и плодотворно работать!

В. Болдыревъ.

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФИЯ.

Д-ръ А. Ф. Никитинъ. *Практическая школа рѣчного судоходства. Съ предисловіемъ проф. шипы Г. В. Хлопина.* Изд. Управления внутреннихъ водныхъ путей и шоссейныхъ дорогъ. Петербургъ, 1907 г.

Стр. 304. Ц. 1 р.

Книга д-ра А. Ф. Никитина является, по словамъ проф. Г. В. Хлопина, «первой попыткой систематическаго изложенія санитарныхъ требованій, которые должны предъявляться къ рѣчнымъ судамъ и къ плаванію по внутреннимъ воднымъ путямъ». Чтобы написать такую книгу, было-бы недостаточно одного только теоретическаго знакомства съ предметомъ, ибо авторъ не имѣлъ передъ собою никакихъ образцовъ, которыми онъ могъ-бы слѣдовать. Только благодаря всестороннему практическому изученію всѣхъ подробностей нашего рѣчного судоходства, автору удалось справиться съ своей трудной задачей. При чтеніи книги на каждой ея страницѣ чувствуется, что она написана человекомъ, лично наблюдавшимъ судовую жизнь на нашихъ рѣкахъ, входившимъ во всѣ ея мелочи, продумавшимъ всѣ ея стороны и сумѣвшимъ во всѣ эти мелочи, во всѣ эти стороны судовой жизни внести свѣтъ гигиеническаго знанія. Она чужда тѣхъ отвлеченныхъ разсужденій и неосуществимыхъ требованій, которыми нерѣдко грѣшатъ произведенія чистыхъ теоретиковъ: все, что въ ней предлагается, все это практично, удобно и немедленно осуществимо и осуществимо именно у насъ, на нашихъ судахъ, при нашихъ условіяхъ.

По словамъ автора, его книга «предназначается, главнымъ образомъ, какъ практическое руководство для командировъ, агентовъ, управляющихъ, судовладельцевъ, судостроителей, служащихъ вѣдомства путей сообщения и прочихъ лицъ, причастныхъ къ судоходству». Однако при чтеніи ея убѣждаешься, что она можетъ оказаться очень полезной и для врачей, призванныхъ наблюдать за санитарнымъ состояніемъ судовъ. Въ особенности начинающие врачи почерпнутъ изъ книги д-ра А. Ф. Никитина очень много цѣнныхъ для себя свѣдѣній. Излагать все богатое содержаніе книги я не имѣю здѣсь возможности. Но читатель можетъ получить объ этомъ представленіе при одномъ только перечисленіи названій отдѣльныхъ главъ книги. Вотъ эти главы: помѣщеніе для пассажировъ; жилища помѣщенія команды; кухня; буфетъ и прочія хозяйственныя помѣщенія; клозеты и уборныя; котлы, машины и прочіе механизмы; товарный трюмъ и перевозка животныхъ; провѣтриваніе; отопленіе и освѣщеніе; водоснабженіе; храненіе пищевыхъ припасовъ; соблюденіе чистоты и обеззараживаніе; несчастные случаи, заболѣванія и первая помощь; спасательныя средства. Послѣдняя глава книги посвящена «трудному режиму и бытовымъ условіямъ команды» и показываетъ, что авт. понимаетъ задачи гигиены широко и умѣетъ смотрѣть на нѣкоторые гигиеническіе вопросы глазами социолога. Въ заключительныхъ строкахъ онъ указываетъ на громадное значеніе профессиональных организаций въ смыслъ подъема нравственнаго и умственнаго уровня судовыхъ рабочихъ. Добавлю еще, что значеніе организаций гораздо шире: только онѣ обезпечиваютъ исполненіе всѣхъ тѣхъ санитарныхъ требованій относительно условій труда и жизни судорабочихъ, которыя такъ хорошо изложены въ книгѣ д-ра А. Ф. Никитина.

Чтобы быть безпристрастнымъ, укажу на одинъ недостатокъ книги. Недостатокъ этотъ заключается въ томъ, что авт. не имѣетъ въ виду все время одного и того-же опредѣленнаго читателя: однѣ части книги предназначены, дѣйствительно, для командировъ и пр. служащихъ, т. е. для не врачей, другія имѣютъ въ виду несомнѣнно специалистовъ по санитарному дѣлу. Сюда относятся, напр., описаніе приборовъ для опредѣленія влажности воздуха, количества углекислоты, точки воспламененія горючихъ матеріаловъ и пр. Нѣкоторыя мѣста книги, будучи общедоступны по содержанію, изложены недостаточно популярнымъ языкомъ. А главное, въ книгѣ нѣтъ общей части по основнымъ вопросамъ гигиены и физиологии. Читатель не врачъ не усвоитъ многого изъ содержанія книги именно изъ-за отсутствія такой общей части. Тѣмъ болѣе это нужно сказать про читателей съ такимъ убогимъ общимъ развитіемъ, какъ наши командиры, судовладельцы и т. д. На первыхъ-же страницахъ говорится о микробахъ, о яйцахъ, гниль, о загниваніи органической пыли, о хлорофилѣ, о бронхахъ и т. д.—т. е. о вещахъ, которыя у многихъ изъ непосвященныхъ читателей не вызываютъ никакихъ ясныхъ представленій. Мнѣ кажется, что въ книгѣ д-ра Никитина слѣдовало воедино

2 различныхъ руководства—одно популярное для не врачей, другое научное для врачей судоходнаго надзора. Будемъ надѣяться, что при слѣдующихъ изданіяхъ своей книги авт. исправитъ этотъ недостатокъ; для этого онъ долженъ прибавить къ книгѣ общую часть и извлечь изъ нея все, недоступное пониманію не-специалиста. Для специалистовъ-же авт. долженъ написать особое научное руководство по гигиенѣ рѣчнаго судоходства. Думается, что и эта задача окажется автору по силамъ. Н. Видорчикъ.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦИЮ

ССІІІ. М. Г.! Не откажите огласить слѣдующій списокъ пожертвованій, поступившихъ въ Московскій Комитетъ общественной помощи голодающимъ въ ноябрѣ.

Черезъ Пироговское Об-во врачей: Есаулъ В. Г. Толстовъ 10 р. Служащіе Тверскаго губернскаго акциза. Управленія 31 р. 50 к. Я. Еремѣевъ 10 р. 50 к. М. І. 100 р. А. Т. Гречаниновъ 15 р. Служащіе Екатеринбургскаго войсков. больницы 22 р. 16 к. С. Тихановскій 2 р. Д-ръ С. П. Пересвѣтовъ 3 р. Д-ръ Н. К. Шистовскій 10 р. Н. Е. Бергъ 3 р. Д-ръ Н. А. Зѣвакинъ 20 р. Служащіе Московскаго губернскаго Земства 103 р. 19 к. Л. Н. Варнекъ 25 р. В. Я. Ельцина 5 р. Судостроительная Касса чиновниковъ Черниговскаго акциза. Управленія 500 р. Н. П. Устиновъ 10 р. Педагогическій персоналъ гимназій Н. С. Павардовой 18 р. 50 к. Елена Кунина 5 р. Д-ръ К. В. Волковъ 25 р. Служащіе Черниговскаго окрѣпочно статист. Бюро 10 р. 70 к. Русское учительское Общество взаимопомощи 26 р. 32 к. Врачи и служащіе Карскаго военнаго госпиталя 20 р. 80 к. Общество Смоленскихъ врачей 50 р. Д-ръ В. Н. Рововъ 2 р. А. Л. Васильевъ — тарелочный сборъ въ церкви Инженернаго Училища 13 р. 1 к. М. К. У. 3 р. Д-ръ С. А. Протопоповъ 10 р. М. Л. Владиславлева 5 р. Д-ръ А. П. Богачевскій 100 р. Е. В. Алексѣева 102 р. 58 к. О. В. и А. Е. Фаворскіе 10 р. Проф. В. Д. Шервинскій 50 р. Собранные по сборной книгѣ Е. Ф. Лукашевой 30 р. 35 к. І. 20 р. Д-ръ Ф. А. Голубевъ 10 р. Ф. А. Г. 10 р. Д-ръ П. М. Цераскій 5 р. Ветер. врачъ А. В. Полозовъ 3 р. Служащіе Управленія по постройкѣ ж.-д. линіи Вологда-Вятка 146 р. Сочувствующіе черезъ д-ра Н. А. Ладыгина 50 р. Преподаватели Холмскаго духовнаго училища 8 р. Служащіе Бѣжецкаго каз. виннаго склада 6 р. 58 к. А. А. Астафьева 5 р. 2 кубанца — казачья офицера 6 р. О. С. Теремецъ 5 р. NN 5 р. Служащіе Старо-Екатерининской больницы 43 р. 73 к. Шишкина собранные по сборной книгѣ 6 р. 30 к. 2-ой Отдѣлъ академич. Союза въ Одессѣ 35 р. Свящ. А. Никольскій 3 р. С. А. Сузановъ 5 р. Члены педагогическаго Собранія 8 р. 25 к. Служащіе Московскаго городского самоуправленія 9 р. 80 к. Е. Герасимовъ 50 к. 20 врачей членовъ Кубанскаго медицинскаго Общества черезъ д-ра В. А. Попова, вмѣсто ассигнованія на Пироговскій домъ, 54 р. Оберучевы 11 р. А. А. Понизовская 10 р. Какотъ-компанія офицеровъ мин. крейсера «Гридень» 7 р. Д-ръ Г. А. Дьяниковъ 5 р. Е. Шульце 1 р. Л. А. Юнинецъ 7 р. П. Л. Боровиковская «за упокой рабы Александры» 5 р. В. Я. Черешневъ собранные 38 р. Д-ръ С. С. Кошко 50 р. Всева Якимовъ 50 р. Сухановская земская больница и школа 12 р. 85 к. Черезъ г-жу Ромашъ собранные 16 р. Лейфельдъ 2 р. Н. С. Вѣлевскій 2 р. Служащіе акцизнаго управленія 4 окр. Тверской губ. 7 р. 76 к. Д-ръ М. С. Рождественскій 15 р. Служащіе 2-го саб.-акционернаго округа въ Черкассахъ 19 р. 50 к. Ромашова 100 р. В. 3 р. Врачи Московскаго военнаго госпиталя 16 р. 84 к. Д-ръ Павловъ и Поляванъ 7 р. 16 к. Служащіе Можайскаго Земства 4 р. 55 к. Чины Нижегородской почт.-тел. конторы № 2 17 р. Врачи Петербургскаго клиническаго военнаго госпиталя 124 р. 2 к. М. Н. С. сверткъ вещей. Сахарова 3 р. и уезлъ бѣлыя. Витебское медицинское Общество 100 р. Кіевское Общество велосипедистовъ-любителей 50 р. Кружокъ любителей и члены драматич. Общества въ Павлодарѣ 85 р. Преподаватели Мелитопольской женск. гимназій и др. лица 12 р. 44 к. Чины Туркестанскаго Окружнаго в.-мед. Управленія 5 р. 34 к. Н. М. Егоровъ 5 р. Крестянинъ О. Жолубовъ 4 р. 85 к. Л. К. В. 5 р. Ветер. вр. Акуловъ 3 р. Яшена 15 р. Общество Кременчугскихъ врачей 29 р. 50 к. В. И. Староградскій 3 р. Е. Е. Смирновъ 5 р. Черезъ свящ. Г. Карибова приношеніе Усть-Ламинскаго прихода 5 р. Семья д-ра М. П. Афанасьева 10 р. Есаулъ В. Г. Толстовъ 10 р. Служащіе Александровскаго городск. коммерч. училища 14 р. 61 к. Чины Ташкентскаго воен. госпиталя 22 р. 02 к. Преподаватели Живиринскаго Михайловскаго гор. училища 37 р. Собранные во Ржевѣ З. П. Вишняковъ и 15 р. В. Ж. 5 р. Медвѣдковъ 5 р. Незвѣстная 10 р. В. П. Херсонская 5 р. Всего 2784 р. 24 к.

Черезъ Общество сельскаго хозяйства: Главное Управленіе неокладныхъ Сборовъ и казенной продажи питей—собранные 305 р. 16 к. Чины Тобольскаго Окружнаго Суда 122 р. 43 к. И. А. Яковлевъ 1 р. И. П. Приказчиковъ 2 р. М. Иванова 4 р. Булгакова 40 р. Всего 474 р. 59 к.

Комитетъ общественной помощи голодающимъ. Москва, 1-го декабря 1906 г..

ССІІІІ. М. Г.! Въ № 46 «Русскаго Врача» въ отдѣлѣ «Хроника и мелкія повѣстия» я прочиталъ такого рода извѣстіе:

«Какъ передаетъ «Одесскій Листокъ» (3 ноября), при акушерской клиникѣ Одесскаго Университета проф. В. Н. Орловымъ устрояется «Музей препаратовъ», который будетъ пополняться какъ приготовляемыми студентами, такъ и приобретаемыми явныя материалы». Такъ какъ со времени появленія этого извѣстія въ «Одесскомъ Листѣ» (3 ноября), прошелъ дов. большой срокъ и разъясненія по поводу этого извѣстія со стороны проф. В. Н. Орлова, по видимому, не было, то я считаю необходимымъ, въ интересахъ истиннаго положенія дѣла, сдѣлать въ этой замѣткѣ поправку.

Мысль объ устройствѣ Музея при акушерской клиникѣ Одесскаго Университета принадлежитъ не проф. В. Н. Орлову, а по праву покойному проф. В. Н. Массену, который намѣтилъ помѣщеніе для него во вновь оборудованной имъ клиникѣ, заказавъ спеціальныя музейныя шкафы, напавши на нихъ и приобрѣлъ нѣкоторые интересные препараты изъ Музея Одесской городской больницы при любезномъ содѣйствіи провектора ея ч. пр. В. И. Хенинскаго. Послѣ смерти проф. В. Н. Массена Музей этого пополнялся, по мѣрѣ возможности, послѣоперационнымъ патологическимъ материаломъ какъ изъ той-же клиники, такъ и со стороны; при этомъ имѣлась спеціальная книга съ надписью, если не ошибусь, «Музей клиники акушерства и женскихъ болѣзней Новороссійскаго Университета», въ которую предполагалось внести кромѣ названныхъ датъ о времени полученія препарата, отъ кого и т. д., также сжатое какъ макроскопическое, такъ и микроскопическое его описаніе.

Изъ этихъ данныхъ очевидно, что Музей въ акушерской клиникѣ Одесскаго Университета существовалъ и до проф. В. Н. Орлова.

Архангельскъ. 29-го ноября 1906 г.

А. Ануфриевъ.

**CCLV. М. Г.!** Не откажите дать мѣсто слѣдующему моему письму; въ немъ я сообщаю случай, представляющій, мнѣ кажется, интересъ съ точки зрѣнія врачебной этики.

Въ августѣ текущаго года д-ръ П. И. Модлинскій (Москва) предлагалъ мѣсто въ своей лѣчебницѣ ж.-врачу (см. «Русскій Врачъ», № 33). На мой запросъ ему по этому поводу онъ отвѣтилъ изложеніемъ условій и предложеніемъ прибыть для окончательнаго рѣшенія дѣла въ Москву. Наши личные переговоры (19/х и 20/х) окончились соглашеніемъ, и было условлено, что я переѣду въ лѣчебницу г. Модлинскаго къ 1/х. Возвратившись изъ Москвы, нашла у себя телеграмму г. Модлинскаго отъ 22/х, гдѣ онъ просилъ меня «задержать мой прїѣздъ въ Москву», ибо ему «предстоялъ выѣздъ». Послѣ—никакого извѣстія. Я ждала около 2-хъ недѣль разъясненія телеграммы и затѣмъ запросила г. М. (6/х) о новыхъ его намѣреніяхъ, сообщая ему, что такое неопредѣленное положеніе для меня неудобно. Проходить 2 недѣли; никакого отвѣта. Въ недоумѣніи я стала узнавать, въ Москвѣ-ли г. М. и въ началѣ ноября узнала, что онъ въ Москвѣ и, по всей видимости, совсѣмъ вникла и не уѣзжалъ. Тогда мнѣ стало ясно, что я для г. М. не подхожу, телеграмма его была «военная хитрость», а послѣ онъ отдѣлывался молчаніемъ, разсчитывая, что 2-ой разъ я въ Москву не поѣду, 45—50 р. и нѣсколько дней утомительнаго пути чего-нибудь да стоятъ! Крайне возмущенная всѣмъ этимъ, я высказала г. М. письмомъ отъ 7/х мое неслѣдственное о немъ на этотъ счетъ мнѣніе и предупредила его, что намѣрена довести до свѣдѣнія товарищей все случившееся. Послѣднимъ я надѣялась заставить г. М. нарушить молчаніе: какъ ни какъ, а исторія—не красивая, и лучше помѣщать ея ослепленію. Дѣйствительно 18/х отвѣтъ получился. Отвѣтъ этотъ таковъ, что на немъ стоить остановиться. Г. М. пишетъ мнѣ, что безъ моего письма отъ 7/х онъ вызвалъ-бы меня къ 15/х,—къ открытію Курсовъ для врачей при его лѣчебницѣ \*). Это—очевидная неправда, ибо даже и времени не оставалось для этого; а послѣ-же моего письма отъ 7/х онъ не только могъ сказать, что «соборался» меня вызвать, а и прямо сдѣлать это: не трудно было догадаться, что я откажусь. Телеграмму свою отъ 22/х онъ объясняетъ выѣздомъ за границу, что мало правдоподобно, ибо за день до этого онъ ничего объ этомъ выѣздѣ не зналъ. Далѣе г. М. пишетъ, что въ телеграммѣ онъ ничего точно обновачить не могъ; это—вполнѣ понятно; но онъ и послѣ молчалъ нѣсколько недѣль, не смотря на мой запросъ ему. Затѣмъ г. М. называетъ наше соглашеніе только «переговорами», тогда какъ было условлено, что я должна переѣхать въ его лѣчебницу къ 1/х, при чемъ г. М. просилъ меня больше 2—3-хъ дней не запаздывать и въ случаѣ, если мой багажъ, шедшій изъ-за границы, не прибудетъ ко времени, направить его прямо съ дороги въ Москву. И это только «переговоры»? Г. М. прибавляетъ, что при «поступленіи на службу» всѣ условія—идутъ подробности—соформируются и даже на гербовой бумагѣ! Мнѣ, признаюсь, до сихъ поръ еще не приходило въ голову, что врачъ, имѣя дѣло съ врачомъ-же, долженъ думать о гербовой бумагѣ! Между прочимъ, въ своемъ отвѣтѣ г. М. говоритъ о 10 ж.-врачахъ, которыхъ общалъ прїѣзжать къ нему и не извѣстили его о перемѣнѣ своихъ намѣреній. Что это значитъ? Уже не сговорился-ли г. М. сразу съ нѣсколькими ж.-врачами, чтобы имѣть кого-нибудь въ резервъ на случай, если начавшая работать у него оказалась-бы

ему не подходящей? Если онъ и этихъ ж.-врачей 1½—2 мѣс. оставлялъ въ недоумѣніи, сначала пригласивъ прїѣхать въ его лѣчебницу къ опредѣленному сроку съ просьбой не запаздывать («вступивъ въ переговоры»), а затѣмъ телеграммой прося «задержать прїѣздъ», то неудивительно, что онъ ушелъ на другую работу, и не г. М. быть на нихъ въ претензіи. Не откликнулись-ли эти 10 ж.-врачей? А для другихъ да послужить мое письмо предупрежденіемъ.

Въ заключеніе 2 вопроса: 1) Можно-ли такъ безцеремонно не считаться съ людьми, связавъ себя съ ними извѣстнаго рода соглашеніемъ? и 2) Дѣйствительно-ли врачъ, имѣя дѣло со врачомъ-же, долженъ закрѣплять свои отношенія «гербовой бумагой»? \*).

М. Каменская.

Житомиръ. Волинской губ. 25-го ноября 1906 г.

**CCLVI. М. Г.!** Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Въ № 26 «Русскаго Врача» за текущій годъ напечатано письмо земскаго врача Самарскаго уѣзда Д. А. Гончарова съ «соднотласнымъ» постановленіемъ Совѣщанія врачей Самарскаго уѣзда по дѣлу бывшаго земскаго врача этого уѣзда А. Г. Крайжисскаго, уволеннаго администраціей изъ Обшаровки въ то время, когда онъ находился въ Самарской губернской тюрьмѣ въ качествѣ обвиняемаго по политическому дѣлу. По поводу этого постановленія я и хотѣлъ-бы сдѣлать нѣсколько замѣчаній.

Названное постановленіе не можетъ, во 1-хъ, считаться единогласнымъ, такъ какъ изъ 17 врачей и 4 фельдшерскихъ делегатовъ, о которыхъ въ немъ упоминается, въ то время, когда оно было сдѣлано, отсутствовали 2 врача—В. Ф. Байковъ и И. Н. Крыловъ—и 1 фельдшерскій делегатъ (Я). Во 2-хъ, обвиненіе д-ра Крайжисскаго въ нападкахъ на д-ра Гончарова было сдѣлано Совѣщаніемъ на основаніи голословныхъ показаній д-ра Н. В. Фармаковскаго, обоснованность которыхъ отрицалась А. Г. Крайжисскимъ. Послѣдній въ Совѣщаніе приглашенъ не былъ, хотя участвовавшіе въ немъ, если-бы хотѣли быть вполнѣ объективными по отношенію къ д-ру Крайжискому, могли бы это сдѣлать, ибо онъ жилъ въ то время въ Самарѣ и въ днѣ Совѣщанія встрѣчался съ нѣкоторыми изъ врачей, прїѣхавшихъ на Совѣщаніе. Если-бы это было сдѣлано, Совѣщаніе, можетъ быть, увидѣло-бы, что это за «заявленіе» было со стороны А. Г. Крайжисскаго и каково было его «категорическое нежеланіе» служить въ Обшаровкѣ, и ему, вѣроятно, не пришлось-бы высказывать ни на чемъ не основанныхъ «сожалѣній» по адресу А. Г. Крайжисскаго и «его сторонниковъ», которыми, къ слову сказать, могли быть и были всѣ прогрессивные элементы Самарскаго Общества.

Студ.-мед. Казанскаго Университета Г. Головинъ.

Казань. 29-го ноября 1906 г.

**CCLVII. М. Г.!** Не откажите дать мѣсто и нашему разъясненію на письмо фельдшерицъ Навалигиной и Баладиной, помѣщенное въ № 42 «Русскаго Врача» по поводу писемъ врачей Голюшко и Коронатова.

Д-ръ Голюшко, во время японской войны, дѣйствительно временно заведывалъ заводской больницѣ, но только номинально; ибо по заключенному съ нимъ Управленіемъ завода условію, вслѣдствіе настоятельныхъ требованій заводскаго фельдшера, съ которымъ г. Голюшко былъ не въ ладахъ, посѣщать больницу ему разрѣшалось (? Ред.) лишь въ крайней необходимости, да и то въ зависимости отъ требованія фельдшера. Впрочемъ, д-ръ Голюшко разъ или два посѣтилъ больницу по собственному желанію; но 22/х 1905 г. снова отношеніемъ Управленія завода, за № 241 было предложено ему не утруждать себя посѣщеніемъ больницы. Больныхъ въ заводской больницѣ принималъ все время фельдшеръ, такъ что особаго увеличенія труда въ это время для Голюшко не было. Точно также особаго труда не представляло и платное лѣченіе служащихъ конторы кн. Голицына. Лѣченіе-же больныхъ собственно земскихъ въ больницѣ велось преимущественно фельдшеромъ Дмитриевымъ (въ случаѣ надобности это можетъ быть подтверждено документально). Что касается эпидемій, то таковыхъ за службу д-ра Голюшко въ Нытвѣ было 5: брюшного тифа, скарлатины, дифтеріи, оспы и кори. Выѣзжалъ на эти эпидеміи г. Голюшко крайне рѣдко, да и то лишь въ ближайшія селенія, въ дальніе-же всегда командировался г. Дмитриевъ. Операций, обычно мелкихъ, было сравнительно немного, крупныхъ же всего 1 въ 1905 г. (усѣченіе предплечья). Еще до ареста г. Голюшко, передъ Рождествомъ 1905 г., крестьяне, окружающіе Нытву, 11 Обществъ представили въ Оханскую земскую Управу приговоръ о нежеланіи имѣть врачомъ д-ра Голюшко въ виду постояннаго отсутствія. Дѣло въ томъ, что, не смотря

\*) На эти вопросы, разумѣется, не можетъ быть иного отвѣта, кромѣ отрицательнаго. Печатая письмо уважаемаго товарища Каменской—фактическую сторону дѣла оставляемъ на ея отвѣтственности—мы руководимся, какъ и въ другихъ подобныхъ обстоятельствахъ, горячимъ желаніемъ способствовать путемъ гласности устраненію самой возможности возникновенія такихъ «случаевъ» среди врачей. Примѣнительно-же къ каждому конкретному случаю нарушенія товарищеской врачебной этики мы держимся того взгляда, что окончательная оценка образа дѣйствій каждой изъ заинтересованныхъ сторонъ должна принадлежать третейскому Суду. Ред.

\*) Въ № 40 «Русскаго Врача» я прочитала замѣтку, что эти Курсы открываются въ октябрѣ. М. К.

на 3 оплачиваемых должности д-ръ *Голонко*, как страстный рыболов и пчеловод, удѣлял своимъ прямымъ обязанностямъ слишкомъ мало времени. Подобный приговоръ въ Оханской земской Управѣ представляетъ собой единственный фактъ за 35-лѣтнее существованіе Земства.

Старшій фельдшеръ *М. Дмитриевъ*. Смотритель Нытвинской земской больницы *А. Анисимовъ*.

Оханскій уѣздъ, Пермской губ. 12-го ноября 1906 г.

**ССLVIII. М. Г.!** Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Въ дополненіе къ письму многоуважаемаго товарища *Н. П. Перстеня* (см. № 45, «Русскаго Врача») мы заявляемъ, что покойный *К. С. Макарьскій* еще до прѣѣзда въ г. Омскъ д-ра *Перстеня* и слѣд. до ревизіи страдалъ сердечной астмой на почвѣ артеріосклероза и умеръ въ одномъ изъ припадковъ грудной жабы.

Пользовавшіе врачи *Соломинъ, Пасальскій, Левоневскій*.

Омскъ. 29-го ноября 1906 г.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

2342. Такъ какъ созывъ въ Москвѣ очереднаго Пироговскаго Съѣзда не разрѣшенъ (см. выше, № 48, стр. 1530), то, по словамъ «Русскихъ Вѣдомостей» (1 декабря), предполагается созвать его въ *Гельсингфорсъ*. Отправленный туда делегатъ Пироговскаго Общества для переговоровъ съ Александровскимъ Университетомъ о предоставленіи помѣщенія для Съѣзда возвратился съ благопріятнымъ отвѣтомъ.

2343. Совѣтомъ Женскаго Медицинскаго Института избраны чл. преподавателями Института: д-ръ *К. Э. Добровольскій*—по кафедрѣ гігіены и д-ръ *В. А. Таранушкинъ*—по кафедрѣ судебной медицины.

2344. На конкурсъ для соисканія преміи *Н. З. Юшенова* въ В.-Медицинскую Академію поступили слѣдующія сочиненія: «Врошій тифъ» д-ра *В. Гречихина*; «Всеобщая психологія съ физиогномикой въ иллюстрированномъ изложеніи» проф. *И. А. Сикорскаго*; «Русская народно-бытовая медицина» д-ра *Попова*; «Дальнѣйшіе опыты оживленія сердца» проф. *А. А. Кулябко*; «О микробахъ палудизма» д-ра *П. И. Кубасова*; «Очеркъ электрическихъ явленій на живыхъ тканяхъ съ точки зрѣнія новѣйшихъ физико-химическихъ теорій» ч. пр. *В. Ю. Чаюца*. Комиссія для разбора представленныхъ трудовъ состоитъ изъ профф. *Д. П. Косоротова, И. П. Павлова, Г. Г. Скориченко, В. Н. Сиротинина, С. Я. Терешина, Н. Я. Чистовича*, подъ предѣлительствомъ *В. М. Бехтерева* («Извѣстія В.-Медицинской Академіи», ноябрь).

2345. 27-го ноября, какъ сообщаетъ «Кіевская Рѣчь» (29 ноября), закончились экзамены въ *Кіевской медицинской институтальной Комиссіи*. Изъ допущенныхъ къ испытаніямъ 26 чел. званіе дѣкара получили 21.

2346. *Томскій Университетъ*, какъ сообщаютъ агентскія телеграммы (отъ 29-го ноября), постановленіемъ общестуденческой Сходки рѣшено закрыть.

2347. «Новое Обозрѣніе» (29 ноября) въ замѣткѣ «*Щеголевскій инцидентъ въ Университетѣ*» сообщаетъ слѣдующее: «Въ засѣданіи медицинскаго факультета (Одесскаго Университета) третьяго дня обсуждался Щеголевскій инцидентъ. Дѣло въ томъ, что студенты-медики 5-го курса обратились въ медицинскій факультетъ съ заявленіемъ, что дальнѣе не могутъ продолжать слушаніе лекцій у проф. *Щеголева*, и просятъ организовать для нихъ параллельные курсы по госпитальной хирургіи. Въ факультетѣ при обсужденіи этого инцидента возникли продолжительныя пренія. Представители «правыхъ» указали, что нельзя допустить бойкота, что это не коллегіально, (что) нужно защитить профессора отъ притязаній студентовъ. На это имъ возразили, что впервые бойкотъ на медицинскомъ факультетѣ былъ введенъ ими, т. е. самими профессорами изъ «правыхъ»; что, отказавшись отъ коллегіальности, они не посѣщали засѣданій факультета,—тормазили дѣятельность «Щеголевской» Комиссіи и пр. Нѣкоторые изъ ораторовъ указывали на необходимость дать этой Комиссіи (время) закончить работу, а пока большинствомъ 9 противъ 5 голосовъ, при 3-хъ воздержавшихся, рѣшено до выясненія результатовъ работы Комиссіи оставить вопросъ о бойкотѣ проф. *Щеголева* открытымъ». «Проф. *Щеголевъ*, какъ намъ сообщаютъ», прибавляетъ газета, прекратилъ пока чтеніе лекцій для студентовъ 5-го курса».

2348. По распоряженію военнаго министра у студентовъ В.-Медицинской Академіи, получающимъ казенную стипендію, сдѣланъ былъ вычетъ изъ стипендіи въ размѣрѣ 8 р. за время недавняго 10-дневнаго закрытія Академіи (см. выше, № 45, стр. 1424). Исходя изъ того, что Академія была закрыта по приказу министра-же, группа студентовъ-стипендіатовъ, по словамъ «Руси» (3 декабря), рѣшила предъявлять къ министру судебный искъ о возмѣщеніи имъ 8-рублевого вычета.

2349. «Рѣчь» (5 декабря) сообщаетъ изъ Москвы, что тамъ 4-го декабря состоялось Собраніе Общества народныхъ университетовъ, на которомъ былъ сдѣланъ докладъ о первыхъ 2-хъ мѣсяцахъ дѣятельности *Народнаго Университета въ Москвѣ*. Результаты получились блестящіе, превзошедшіе самыя смѣлыя ожиданія. Къ настоящему времени функционируютъ уже 4

факультета—литературный, медицинскій, историческій и естественный, а въ самомъ непродолжительномъ времени открывется и 5-ый—экономическій. Наплывъ слушателей оказался настолько значительнымъ, что уже на 2-ой мѣсяцъ существованія Университета явилась необходимость на литературномъ и медицинскомъ факультетахъ открыть параллельные курсы. На каждомъ факультетѣ насчитывается до 800 абонементныхъ слушателей и до 700 разовыхъ».

2350. Комитетъ соединенныхъ Кіевскихъ научныхъ Обществъ установилъ слѣдующую торжественную программу засѣданія 26-го ноября, въ залѣ городской Думы, для чтенія памяти *Н. И. Пирогова*: 1) Рѣчь ректора Университета; 2) Рѣчь Кіевского городского головы; 3) Рѣчь представителя медицинскаго факультета проф. *П. И. Морозова*; «*Н. И. Пироговъ, какъ хирургъ и анатомъ*»; 4) Рѣчь д-ра *Э. Н. Неезе*: «Годы ученія *Н. И. Пирогова* въ Москвѣ. Дерптъ и за-границей»; 5) Рѣчь д-ра *В. О. Бушуева*: «*Н. И. Пироговъ и женская помощь больнымъ и раненымъ на войнѣ*»; 6) «Воспоминаніе стараго педагога о *Н. И. Пироговѣ*, какъ попечителя Кіевского учебнаго округа», *И. С. Палиенко*. 7) «Личныя воспоминанія о *Н. И. Пироговѣ*», проф. *В. В. Антоновича* и 8) «Личныя воспоминанія о *Н. И. Пироговѣ*» и заключительное слово проф. *К. Г. Триммеля*.

Программа была выполнена полностью, и Кіевское торжество не было нарушено никакими инцидентами въ родѣ тѣхъ, что произошли въ Одессѣ. Занимствуемъ изъ «Кіевской Рѣчи» (28 ноября) содержаніе нѣкоторыхъ рѣчей. Городской голова *И. П. Дьяковъ* отчиталъ одинъ мало извѣстный фактъ изъ общественной дѣятельности *Н. И. Пирогова* въ Кіевѣ—открытіе воскресныхъ школъ. «Не смотря на отрицательное отношеніе къ вопросу о воскресныхъ школахъ среди высшей администраціи, *Н. И. Пироговъ* все-же на свой рискъ и страхъ открылъ въ Кіевѣ школы, являясь предѣлительствомъ новаго теченія—народнаго образованія. Ректоръ Университета *П. М. Цитовичъ* сообщилъ, что Совѣтъ Университета, желая выразить свое глубокое уваженіе памяти великаго ученаго, постановилъ: 1) издать сборникъ статей, въ которыхъ всесторонне будетъ очерчена его ученая и общественная дѣятельность, и 2) ходатайствовать о разрѣшеніи открытія подпруги для образованія капитала имени *Пирогова* для выдачи премій за лучшіе сочиненія и труды. «Личность *Н. И. Пирогова*, говорилъ проф. *Ц.*, представляетъ рѣдкое соединеніе выдающихся качествъ ума и характера, которое сдѣлало его однимъ изъ замѣчательнѣйшихъ русскихъ людей, именемъ котораго мы должны гордиться. Не только въ области хирургіи, но и въ области педагогіи, философіи и русско-общественной жизни онъ высказывалъ глубокія и вѣрныя мысли. При томъ, какъ истинный ученый, говоря объ этихъ вопросахъ, онъ не увлекался мимолетными общественными настроеніями и не служилъ тому или иному лозунгу, вопреки требованіямъ строгаго научнаго изслѣдованія. Такъ, въ эпоху особеннаго увлеченія матеріализмомъ онъ говорилъ о правахъ духа и доказывалъ возможность примиренія требованій разума и вѣры; въ эпоху увлеченія общиной и социализмомъ, онъ утверждалъ, что главное горе Россіи въ недостаточномъ развитіи индивидуализма. Но, служа научной истинѣ, *Пироговъ* служилъ и своему нравственному идеалу. Всюду онъ ставилъ на первомъ планѣ чловѣка съ его личнымъ достоинствомъ, съ его радостями, горемъ и страданіемъ». Проф. *П. И. Морозовъ* закончилъ свою рѣчь слѣдующими словами: «*Пироговъ* великъ не только для своего времени, но и для будущаго. Онъ является живымъ образомъ не только для насъ, но является имъ и для грядущихъ поколѣній». *Э. Н. Неезе* остановился на отношеніи *Н. И. Пирогова* къ студенчеству. «Онъ относился съ большимъ уваженіемъ къ корпораціи студентовъ, считая, что единственный путь для правильной постановки студенческихъ дѣлъ является учрежденіе студенческаго представительства. Иначе ректоръ, профессор—ничего, а для порядка въ Университетѣ приглашай полицію». Предсѣдатель Комитета проф. *К. Г. Триммель* подѣлился своими личными воспоминаніями о *Н. И. Пироговѣ*, въ бытность котораго попечителемъ округа онъ кончилъ гимназію и былъ студентомъ. Въ рѣчи своей *В. Г.* напомнилъ Собранію о чрезвычайномъ нѣжномъ отношеніи *Н. И. Пирогова* къ молодежи вообще и обратилъ вниманіе присутствовавшихъ на пріенесенный изъ Университета извѣстный портретъ *Н. И.*, подаренный имъ студенческой лекторіи, и на собственноручную подписъ подъ портретомъ: «Люблю и уважаю молодость, потому что помню свою».

2351. «Одесскій Листокъ» (26 ноября) передаетъ, что 22-го ноября состоялось въ Елисаветградѣ торжественное засѣданіе Мѣстнаго Отдѣленія Пироговскаго Общества. Оно было посвящено памяти *Н. И. Пирогова*. Залъ былъ декорированъ цвѣтами и пр. На видномъ мѣстѣ красовался портретъ *Н. И.* Публики собралось очень много. Собраніе открылъ д-ръ *Кучерскій*, прочитавшій біографію *Пирогова*. Затѣмъ д-ръ *Юсевичъ* прочелъ докладъ о заслугахъ *Пирогова*, какъ врача-хирурга. Д-ра *Лубенца* и *Ширманъ* коснулись въ своихъ докладахъ вопросовъ о заслугахъ *Пирогова*, какъ общественнаго дѣятеля и педагога.

2352. Агентскія телеграммы (отъ 26-го ноября) сообщаютъ, что по поводу событій въ Одесскомъ Университетѣ во время чтенія памяти *Н. И. Пирогова* (см. выше, № 48, стр. 1531) студенческой академической Союзъ вынесъ резолюцію, въ которой, признавая фактъ введенія полиціи въ Университетъ нарушеніемъ автономіи послѣдняго, полагаетъ, что первая причина нарушенія автономіи является допущеніе въ стѣны Университета совершенно посторонней публики. Союзъ считаетъ, однако, этотъ фактъ недостаточной причиной для закры-



тия Университета. Советъ Университета постановилъ произвести разсѣдованіе о причинѣ введенія полиціи въ стѣны Университета во время Пироговскаго праздника и сообщить о результатахъ министру народнаго просвѣщенія. Общественческая Сходка, на которой присутствовали около 3000 чел., обсудилъ вопросъ о закрытіи Университета въ связи съ событіями во время Пироговскаго праздника, громаднымъ большинствомъ высказалась *противъ* закрытія.

2353. «Рѣчи» (1 декабря) телеграфируютъ изъ Казани, что Советъ профессоровъ, разсмотрѣвъ вопросъ о произведенномъ въ Университетѣ обыскѣ (см. выше, № 48, стр. 1531), выяснилъ, что администрація дѣйствовала безъ достаточныхъ основаній, нарушая при этомъ установленныя закономъ требованія. Въ виду этого Советъ постановилъ довести объ обыскѣ до свѣдѣнія министра народнаго просвѣщенія, проса гарантировать, что въ будущемъ Университетъ будетъ избавленъ отъ подобнаго рода административныхъ пріемовъ. Кроме того, Советъ рѣшилъ потребовать черезъ прокурорскій надзоръ возвращенія конфискованнаго при обыскѣ имущества, принадлежащаго признанной Советомъ профессоровъ студенческой организаціи.

2354. «Рѣчи» (2 декабря) пишутъ изъ Одессы, что мѣстная администрація затребовала изъ Университета чрезъ охранное отдѣленіе всѣ протоколы советской Комиссіи (Комиссія эта существовала съ ноября по декабрь прошлаго года) и протоколы всѣхъ засѣданій Совета профессоровъ. Кроме того, были вызваны въ охранное отдѣленіе для допроса проф. Лысенко, Косинскій и ректоръ Замечевскій. «Смыслъ этихъ допросовъ», сообщаетъ корреспондентъ, «сводился къ тому, чтобы выяснитъ, не состояла-ли дѣйствующая профессура въ связи съ мѣстными социалистическими организаціями? Однако, несмотря на всѣ старанія администраціи, ея рвеніе на этотъ разъ пропало даромъ: сколько ни копались въ разныхъ протоколахъ, не выудитъ крамолу такъ ей и не удалось». «Заботами объ искорененіи крамолы», пишетъ онъ далѣе, «у насъ весьма заняты попечитель учебнаго округа. Иллюстраціей можетъ служить слѣдующій фактъ. Проф. Верно былъ избранъ въ деканы медицинскаго факультета. Почтенный попечитель, желая воспрепятствовать его утвержденію, сообщалъ въ Министерство, что проф. Верно «съ 12-лѣтняго возраста состоитъ въ революціонныхъ организаціяхъ» и, если онъ будетъ утвержденъ въ должности декана, то на медицинскомъ факультетѣ «прочно советъ себя гдѣ-то революціи, и создается почва для митинговъ и революціонной агитаціи».

2355. «Рѣчи» (2 декабря) телеграфируютъ изъ Кіева, что тамъ въ зданіи химической лабораторіи Университета, по распоряженію охраннаго отдѣленія, полиціей былъ произведенъ обыскъ. Обыскана квартира лаборанта Лворскаго; взяты брошюры и переписка.

2356. Какъ передаютъ агентскія телеграммы, Тифлисскій окружной Судъ, заслушавъ дѣло врача Тенгинскаго полка Г. М. Гогоберидзе, обвинявшагося въ веденіи противоправительственной пропаганды среди нижнихъ чиновъ, приговорилъ его къ заключенію въ крѣпость на 1 годъ.

2357. Арестованъ редакторъ «Украинской газеты», председатель Украинскаго Общества «Просвѣта» д-ръ Любецко (агентскія телеграммы отъ 2-го декабря).

2358. Агентскія телеграммы (отъ 1-го декабря) сообщаютъ, что изъ Вятки предложено выгнать ординатору губернской больницы Н. Д. Красовскому.

2359. Какъ сообщаютъ «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 17—18), распоряженіемъ Иркутскаго ген.-губернатора отстраненъ отъ должности завѣдующій переселенческой больницей и пунктомъ въ Ачинскѣ д-ръ И. Н. Коптелманъ съ предписаніемъ покинуть Енисейскую губ.

2360. По постановленію главнаго начальствующаго г. Ялты высылается изъ г. Ялты и уѣзда на все время чрезвычайной охраны ж. вр. А. С. Гурьянъ, П. П. Розановъ и врачъ Корензской больницы Е. В. Волковъ, какъ лица политически неблагонадежны («Крымскій Курьеръ», 21 и 24 ноября).

2361. Какъ сообщаютъ агентскія телеграммы (отъ 30-го ноября), Львовскій Судъ постановилъ отказать русскимъ властямъ въ выдачѣ д-ра В. А. Крамевскаго въ виду того, что на основаніи полученныхъ изъ Влодавска актовъ онъ признанъ невиновнымъ въ содѣйствіи побѣгу убійцы жандарма Лосковича.

2362. Въ Якутскѣ, какъ сообщаютъ «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 17—18), былъ арестованъ и просидѣлъ болѣе 4-хъ мѣс. въ тюрьмѣ д-ръ М. Сибуневъ, обвинявшійся по 264 ст. у. л. о нах. Дѣло заключалось въ томъ, что товарищъ 9-го января 1906 г. пріѣхалъ на засѣданіе городской Думы, гдѣ обсуждалось заявленіе Союза мелкихъ торговцевъ о сбавкѣ арендной платы съ мясныхъ лавокъ и о ремонтѣ ихъ, и сказалъ рѣчь о невозможности въ ненормальномъ положеніи городского самоуправления въ Якутскѣ. Мѣстная администрація усмотрѣла въ этомъ «пограсеніе основъ, и спасенію отечества» выразилось, какъ справедливо замѣчаютъ «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости», «въ безцѣльномъ истязаніи товарища, отбывшаго ни за что, ни про что 4 мѣсяца тюремнаго заключенія».

2363. Какъ сообщаетъ «Русь» (1 декабря), находящійся въ «Крестахъ» по дѣлу Кроушгадскаго возстанія д-ръ В. О. Гусаровъ въ виду своего болѣзненнаго состоянія подалъ прошеніе о разрѣшеніи созвать консилиумъ изъ врачей по нервнымъ болѣзнямъ. Почти каждую ночь у него бывають нервные припадки.

2364. Въ «Рѣчи» (1 декабря) напечатана слѣдующая корреспонденція изъ Варшавы: «Въ ночь съ 26-го на 27-ое ноября Варшавская еврейская главная больница, находящаяся въ при-

городной деревнѣ Чистѣ, была окружена со всѣхъ сторонъ громаднымъ отрядомъ войскъ, а нѣкоторая часть войска во главѣ съ полицейскими и жандармами направилась къ палатамъ, гдѣ служащимъ приказано было немедленно зажечь газъ. Начался общій обыскъ: всѣ больные, не исключая даже тяжело больныхъ, были обысканы, при чемъ отъ каждого изъ нихъ требовали предъявленія документовъ и удостовѣренія врача, что онъ дѣйствительно находится въ больницѣ на излѣченіи. Въ отдѣленіи для душевно-больныхъ дѣло чуть не дошло до кровопролитія, такъ какъ нѣкоторые душевно-больные изъ т. наз. «неспокойныхъ», разбуженные полиціей, бросились на полицейскихъ и стали бить ихъ; солдаты, послѣившіе на помощь, хотѣли уже стрѣлять, и только вмѣшательство одного жандармскаго офицера предотвратило кровопролитіе. Больныхъ и прислуги находится въ больницѣ свыше 1000 чел.; обыскъ повсюду продолжался всю ночь. Онъ не далъ никакихъ результатовъ».

2365. Въ печати въ свое время отиѣчалось, какъ фактъ, что во время кровавыхъ Московскихъ дней на улицахъ города войсками разстрѣливались и оказывавшіе помощь равнымъ санитарные отряды. Показаніе врача Прохоровской мануфактуры С. И. Клименкова, данное имъ на разборѣ дѣла о Прѣсенскомъ возстаніи (см. «Рѣчи», 2 декабря), рисуетъ положеніе этого дѣла у повстанцевъ: «Фабричный докторъ Клименковъ показалъ, что, когда къ нему въ больницу принесли раненаго семеновца, то явилась группа рабочихъ и запретила оказывать помощь солдату. Д-ръ Клименковъ обратился съ протестомъ въ Комитетъ боевой дружины, и тотъ немедленно разрѣшилъ оказать солдату необходимую медицинскую помощь».

2366. По словамъ «Сибирскихъ Врачебныхъ Вѣдомостей» (№ 17—18), ссыльные врачи и фельдшера въ Нарымскомъ краѣ организовали медицинскую помощь съ почти даровой, за ничтожную плату, выдачей лѣкарствъ. Населеніе относится къ медицинскому персоналу довѣрчиво.

2367. Въ Московской пересыльной тюрьмѣ, какъ это удостовѣрено официально, появилась натуральная оспа. Донося объ этомъ по начальству, Московскій губернаторъ просилъ главное тюремное Управленіе пріостановить высылку туда арестантовъ, и вотъ что, по словамъ «Рѣчи» (1 декабря), отвѣтило ему это сверхъ-гуманное учрежденіе: «Въ виду появленія въ тюрьмѣ оспы, пріостановленіе высылки туда арестантовъ вызываетъ непреодолимые затрудненія. По заключенію санитарнаго врача, представлялось-бы возможнымъ при данныхъ обстоятельствахъ ограничиться слѣдующими мѣрами: прежде всего помѣстить заболѣвшихъ оспою въ отдѣльное изолированное помѣщеніе; лицъ, соприкасающихся съ заболѣвшими, по возможности локализовать на 2 недѣли, использовавъ ремонтную 1/2, зданія производствомъ вакцинаціи и ревакцинаціи, соответственно дезинфекціи помѣщенія, вещей. Въ случаѣ новыхъ заболѣваній и потребности дополнительныхъ ассигнованій немедленно телеграфируйте». Уже по этой малограмотной, хотя и приправленной учеными терминами редакціи предлагаемыхъ мѣръ не трудно убѣдиться, что едва-ли онѣ будутъ дѣйствительными.

2368. «Въ Вологодской тюрьмѣ» — гласитъ телеграмма 12 прис. повѣренныхъ министру юстиціи (см. «Рѣчи», 5 декабря) — «свиришествуетъ сыпной тифъ со смертными случаями».

2369. «Новой Газетѣ» (1 декабря) пишутъ, что «положеніе арестованныхъ въ польскихъ тюрьмахъ невыносимо. Режимъ самый азиатскій. Голодь доводитъ арестованныхъ до болѣзни, а подчасъ и голодной смерти. Одинъ изъ арестованныхъ въ Стриковской тюрьмѣ пишетъ: «Я при смерти. Не могу ѣсть. Нѣтъ ни сахара, ни чая. Я боюсь; нѣтъ и бѣлыя. Сжальтесь, пришлите что-нибудь».

2370. Изъ «патрестической» дѣятельности союза русскаго народа. «Рѣчи» (2 декабря) телеграфируютъ изъ Одессы, что тамъ на дняхъ въ пригородномъ селѣ Дальникѣ открытъ былъ отдѣлъ союза русскаго народа. Послѣ перваго-же собранія отдѣла толпа разгромила амбулаторію мѣстной больницы и избила фельдшера. По этому поводу созывается экстренное Совѣщаніе городской медико-санитарной организаціи.

2371. «Русскимъ Вѣдомостямъ» (2 декабря) телеграфируютъ изъ Курска о предстоящемъ 10-го декабря открытіи очереднаго губернскаго земскаго Собранія, обещающаго быть необычайно интереснымъ и бурнымъ. По протесту многихъ уѣздныхъ Собраній предстоитъ обсужденіе вопроса объ отнѣмъ известнаго постановленія экстреннаго губернскаго Собранія (см. выше, № 39, стр. 1229), закрывшаго, съ цѣлью разогнать 3-ій элементъ, нѣсколько отдѣловъ Управы и уничтожившаго тѣмъ всю многолѣтнюю культурную работу Земства.

2372. Какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (1 декабря), на должность председателя Московской уѣздной земской Управы на Московскомъ уѣздномъ земскомъ Собраніи большинствомъ 27 противъ 15 избранъ д-ръ М. М. Фирсовъ, предложенный на эту должность по запискамъ 24 лицами. Бывшій председатель Н. О. Рихтеръ, предложенный лишь 12 записками, отъ баллотировки отказался.

2373. Перепечатываемъ изъ «Руси» (1 декабря) слѣдующее заявленіе «Отъ Управленія главнаго врачебнаго инспектора». «Въ с. Филипповкѣ Ставропольскаго уѣзда, Самарской губ., какъ сообщилъ губернаторъ телеграммой отъ 27-го ноября, появились заболѣванія брюшнымъ тифомъ заболѣли 510 чел. На мѣсто эпидеміи командированъ помощникъ губернскаго врачебнаго инспектора. Помимо мѣръ противъ эпидеміи, принимаемыхъ Ставропольскимъ уѣзднымъ Земствомъ, Самарское губернское Земство командуетъ въ с. Филипповку эпидемическій отрядъ и открываетъ врачебно-продовольственные пункты».

2374. «Рѣчи» (1 декабря) сообщают из Москвы, что общеземская организация помощи голодающим непрерывно получает из разных концов России от местных продовольственных Комитетов донесения, что *есть запасы исчерпаны*. Надвигаются признаки страшного голода. Для ознакомления с положением дѣл общеземская организация командировать на мѣста своих представителей.

2375. Медицинский Отдѣл Бакинскаго армянскаго культурнаго Союза, какъ сообщаетъ «Баку», (29 ноября), занять организацией *летучихъ медицинскихъ отрядовъ*, имѣющихъ отправиться въ уѣзды, охваченные голодомъ. Всего такихъ отрядовъ предполагается послать 4. Непосредственнымъ организаторомъ этихъ отрядовъ является членъ Бюро Отдѣла старшій врачъ Черногоградской больницы *М. А. Тер-Микаелянъ*.

2376. Агентскія телеграммы (отъ 5-го декабря) сообщаютъ, что Харьковская городская Дума постановила ассигновать 10000 р. на открытие *лазны* *мѣлководы* имени проф. *Л. Л. Гиршмана*, предоставивъ *Л. Л.* завѣдывать ею.

2377. Весь № 48 (отъ 8-го декабря) за текущій годъ «Gazety lekarskiej» состоитъ изъ работъ учениковъ д-ра *А. О. Хелковскаго* въ честь 25-лѣтія его врачебной дѣятельности.

2378. Въ составъ Бюро Общества нейрпатологовъ и психиатровъ при Московскомъ Университетѣ на предстоящій академическій годъ въ октябрьскомъ засѣданіи избраны: председателемъ проф. *В. К. Ротъ*, товарищами его *В. Н. Яковенко* и ч. пр. *Г. И. Россолимо*, секретаремъ ч. пр. *М. И. Молчановъ*, товарищами его ч. пр. *П. А. Преображенскій* и *А. Н. Бернштейнъ*, бібліотекаремъ ч. пр. *П. Б. Ганнушкинъ*, казначеемъ *П. П. Кащенко*, членами Совѣта ч. пр. *Л. С. Миноръ* и *С. А. Сужановъ*.

2379. По словамъ «Астраханскаго Листка» (18 ноября), Астраханское Общество врачей рѣшило *измѣнить уставъ Общества*, дополнивъ его пунктами, касающимися этическихъ, правовыхъ и матеріальныхъ сторонъ жизни его членовъ.

2380. По словамъ «Рѣчи» и «Товарища» (30 ноября), послѣдней переписью населенія Петербурга выяснилось, что *число жителей въ немъ къ 1-му ноября текущего года достигло 1.600.000*, т. е., со времени послѣдней переписи въ 1900 г. *увеличилось на 230.000 чел.* Число это, впрочемъ, не вполне точно, ибо въ Василеостровской части подсчетъ еще не оконченъ; при предварительномъ подсчетѣ принято то число жителей этой части, которое значится по переписи 1900 г.

2381. Намъ присланъ «Отчетъ о врачебно-санитарномъ состояніи эксплуатируемыхъ желѣзныхъ дорогъ за 1904 г.», издаваемый при Министерствѣ путей сообщенія. Отчетъ составленъ очень толково и полно и прекрасно изданъ. Роскоши изданія могли бы, несомнѣнно, позавидовать многіе отчеты нашихъ земскихъ санитарныхъ Бюро. Занимствуемъ изъ отчета нѣсколько наиболее интересныхъ цифръ. Общее число ж. дорожныхъ служащихъ равнялось въ отчетномъ году 726825; на версту протяженія дорогъ приходилось 12,90 чел. служащихъ и 4210 населенія. Всего израсходовано на врачебно-санитарное дѣло 5238964 р. Увеличеніе расходовъ сравнительно съ предыдущимъ годомъ нѣсколько отстало отъ увеличенія ж.-дорожнаго населенія; послѣднее возросло на 8,8%, а расходы только на 7,17%. Почти  $\frac{1}{2}$  всѣхъ расходовъ поглощается содержаніемъ личнаго состава, 13,33% уходитъ на лѣкарства и др. врачебныя пособія, остальное—на содержаніе своихъ больницъ и на уплату въ потороннія больницы за лѣчение ж.-дорожныхъ больныхъ. Что касается организаціи врачебно-санитарной части на желѣзныхъ дорогахъ—той централистически-бюрократической организаціи, которая не разъ уже подвергалась рѣзкой критикѣ, то въ ней, по словамъ отчета, «особыхъ перемѣнъ не послѣдовало». Всего врачей на ж.-дорожной службѣ было въ 1904 г. 697, провизоровъ—38, фельдшеровъ—1557, акушеровъ—330. На 1 врачебный участокъ приходилось 4369 чел. населенія. Протяженіе участка колебалось между 122 и 159 в. пути. Интересны данныя о количествѣ несчастныхъ случаевъ на русскихъ желѣзныхъ дорогахъ. Оказывается, что число ихъ очень быстро возрастаетъ и при томъ гораздо быстрее, чѣмъ растетъ протяженіе ж.-дорожной сѣти: въ 1902 г. было 43201 несчастныхъ случаевъ, въ 1903 г.—54790, въ 1904 г.—уже 74492. При расчетѣ на 100 в. протяженія дорогъ число легкихъ поврежденій оказывается равнымъ въ 1902 г. 71,08, въ 1903 г.—91,64, въ 1904 г.—119,20; для тяжелыхъ поврежденій соответствующія цифры будутъ: 626, 705 и 987; для смертельныхъ поврежденій — 2,99, 3,28 и 3,43. Это увеличеніе ж.-дорожнаго травматизма отчетъ объясняетъ крайне наивно, а именно «стараніемъ потерпѣвшихъ зарегистрировать даже самые ничтожные факты поврежденій, особенно при исполненіи служебныхъ обязанностей, рассчитывая на возможность получения какого-либо вознагражденія отъ дороги за причиненное поврежденіе здоровья». Неужели и возрастаніе числа убитыхъ объясняется корыстолюбіемъ ж.-дорожныхъ служащихъ? Большая часть отчета занята подробно разработанными данными о заболеваемости ж.-дорожнаго населенія. Между прочимъ, приводится краткій отчетъ о борьбѣ съ болотной лихорадкой на Владикавказской ж. дорогѣ. Въ общемъ министерскій отчетъ даетъ богатый сырой матеріалъ, который требуетъ, однако, обработки со стороны наслѣдователя, хорошо знающаго изнанку ж.-дорожной медицины и санитаріи.

2382. Тульская губернская земская Управа, какъ сообщаетъ «Тульская Рѣчь» (26 ноября), входитъ въ предстоящее губернское земское Собраніе съ подробнымъ докладомъ о *необходимости реформы въ сиропитательномъ отдѣленіи* при гу-

бернской земской больницѣ. Изъ доклада видно, что въ сиропитательномъ отдѣленіи за 12 лѣтъ переболѣли подкидышей 421, изъ нихъ 15 выбыли изъ отдѣленія, а 397 умерли (! Ред.). Къ 1/1 1906 г. въ отдѣленіи состояли 14 подкидышей. Сѣта на содержаніе отдѣленія за этотъ промежутокъ времени возростала медленнѣе. Усиленная смертность дѣтей обратила на себя вниманіе, и въ февралѣ 1906 г. губернское земское Собраніе постановило изыскать мѣры къ уменьшенію смертности среди подкидышей. Къ 1/1 1906 г. губернской Управой было подыскано новое помѣщеніе для сиропитательнаго отдѣленія, куда и были переведены младенцы. На новой квартирѣ былъ организованъ серьезный медицинскій надзоръ, и питаніе дѣтей поставлено въ лучшія условія: при отдѣленіи заведены козы и коровы, приобретены приборы для стерилизаціи молока, и, кромѣ того, для ухода за дѣтьми приглашенъ достаточный персоналъ. Но и эти мѣры не достигли желанной цѣли, и врачъ, завѣдующій сиропитательнымъ отдѣленіемъ, заявилъ Управѣ, что, если держаться системы искусственнаго вскармливанія, если не обезпечить дѣтей груднымъ молокомъ, то результаты реформы будутъ сведены къ тому, что, вмѣсто недѣли, дѣти проживутъ мѣсяцъ. Послѣ этого заявленія въ пріютъ были приглашены кормилицы, и октябрь прошелъ безъ смертныхъ случаевъ. Но уменьшившаяся смертность быстро повела къ переполненію отведенной квартиры, и достигнутые результаты теперь грозятъ сокрушить самихъ себя. Передъ Управой стоитъ дилемма: или каждые  $\frac{1}{2}$ -года увеличивать помѣщеніе болѣе чѣмъ на 20 чел., или видѣть, какъ смертность отъ тѣсноты и духоты замѣнитъ собою смертность отъ недостаточнаго ухода и питанія. Въ заключеніе Управа предлагаетъ Собранію изыскать средства на призваніе подкидышаемыхъ дѣтей и указываетъ, что можно возбудить передъ правительствомъ ходатайство объ обложеніи населенія на содержаніе подкидышей.

2383. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 17—18) отмечаютъ, что духовное вѣдомство, осуществляя свои задачи народнаго просвѣщенія, никогда не заботится о санитарно-врачебномъ положеніи школьнаго дѣла. Напр., открывъ и содержа въ Красноярскѣ *женскую совѣтскую школу для дворянъ*, духовенство поставило ее въ такія скверныя условія, при которыхъ дѣло обученія превращается въ дѣло физическаго калѣченія. Тѣснота помѣщенія доведена до того, что сидѣть совершенно негдѣ; давка, тѣснота, духота, грязь. Въ обшестіи и того хуже: спать должны въ повалку. Интереснѣе всего то, что въ томъ-же домѣ, гдѣ помѣщается совѣтская школа, нѣтъса цѣлый этажъ, на счетъ котораго было бы возможно расширить школу; но это помѣщеніе занято какой-то духовной вдовой, близкой къ кому-то, и вотъ одна особа пользуется для себя цѣлымъ этажомъ, а сотня несчастныхъ дѣвушекъ задыхается въ своихъ классахъ. Врачебнаго надзора за школой, повидимому, никакого нѣтъ.

2384. Въ «Баку» (29 ноября) сообщается о нападеніи 27-го ноября на контору Балаханской больницы, во время выдачи жалованья, 4-хъ грабителей, которыми *раненъ д-ръ Перфильевъ*, при входѣ въ контору увидѣвшій грабителей и повернувшійся, чтобы уйти, но получившій въ догонку пулю. Рана оказалась, къ счастью, не опасной—безъ поврежденія кости. Грабители, не достигнувъ цѣли, безслѣдно скрылись.

2385. Въ «Руси» (1 декабря) г. И. Костинъ въ статьѣ «Жертомъ дома» описываетъ случай зараженія отъ больной сифилисомъ слушательницы Надеждинскихъ родовспомогательныхъ Курсовъ, подчеркивая полное невниманіе къ пострадавшей администраціи. Путемъ частнаго сбора между врачами и др. служащими родовспомогательнаго Заведенія обезпечена для пострадавшей только плата за ея 2-мѣсячное лѣченіе въ больницѣ (она находится въ общей палатѣ Калининской больницы). Слушательницамъ, тревожащимся за ея будущее, въ разговорѣ съ г. Костинымъ указывали «на грубое и презрительное отношеніе» къ нимъ администраціи и докторовъ, сваливающихъ на нихъ, въ ущербъ обученію, всю черную работу. Такъ-ли это? По словамъ пострадавшей уже 2 недѣли находится въ частной лѣчебницѣ д-ра *Ауслендера*. Въ новой статьѣ «За что?» («Русь», 2 декабря) г. Костинъ, еще разъ возбуждая вопросъ объ отсутствіи всакихъ заботъ о курсисткахъ въ смыслѣ возможности предупредить ихъ зараженіе, выражаетъ увѣренность, что реформы теперь начнутся; кое-что уже и сдѣлано, но «какою цѣною онѣ куплены?» Только послѣ описаннаго имъ случая, по требованію курсистокъ, завела изоляционную комнату, рефлекторъ и перчатки. «Но до сихъ поръ на приемахъ роженицъ не присутствуетъ врачъ; его разрѣшено звать лишь въ сомнительныхъ случаяхъ». Нѣтъ среди ординаторовъ Заведенія и штатнаго сифилидолога, хотя среди роженицъ, несомнѣнно, попадаются и страдающія венерическими болѣзнями. Въ статьѣ отмѣчается обширность квартиръ директора, ординаторовъ, штатныхъ акушеровъ и т. д. въ ущербъ дѣлу призрѣнія больныхъ, какъ и дѣлу преподаванія и пр., и пр. Все это—упреки, которые не слѣдовало бы обходить молчаніемъ лицамъ, прикосновеннымъ къ дѣлу. Имѣется въ статьѣ и общій упрекъ по адресу сверхштатныхъ врачей всѣхъ Петербургскихъ больницъ, якобы «въ большинствѣ случаевъ смотрящихъ на больницу, какъ на средство найти кліентовъ, подписать и «стечко» и «поэтому относящихся къ больничному дѣлу кое-какъ». Указывая на недавно праздновавшійся «куръевный билеѣ» 25-лѣтняго состоянія въ положеніи сверхштатнаго ординатора безъ должности», г. Костинъ видитъ въ этомъ случаѣ доказательство, что «подобное положеніе, отнюдь не безвыгодно для докторовъ». Авт. совершенно упускаетъ изъ вида, что въ нашемъ дѣлѣ болѣе чѣмъ гдѣ-либо «не идти впередъ», значить

идти назад», и что врач, не желающий «идти назад», не может ограничиться частной практикой, а нуждается в постоянном подновлении своих знаний больничными наблюдениями. Отсюда и обилие сверхштатных врачей в больницах, врачей, ищущих там знаний и, слѣд., работающих, а не относящихся къ больничному дѣлу кое-какъ, какъ предполагаетъ г. Костинъ.

2386. Намъ сообщаютъ, что медицинскимъ персоналомъ Петровской земской больницы Саратовской губ. было подано въ земскую Управу заявление, въ которомъ указывалось на *ненормальности въ распорядкѣ больницы*, вредяшія дѣлу земской медицины, и попутно съ этимъ на обращение, «лишенное всякихъ основъ врачебной этики», старшаго врача больницы *Трифилеева* какъ со своими товарищами-врачами, такъ и съ фельдшерскимъ персоналомъ. На это заявление Управа въ лицѣ предсѣдателя г. Любимцова, вѣсто разсмотрѣнія его, отвѣтила увольненіемъ со службъ врача *Петроскина*, считая его главнымъ виновникомъ этого заявления, почему остальной медицинскій персоналъ и считъ своимъ долгомъ немедленно подать въ отставку и просить товарищей врачей и фельдшеровъ не замѣчать ихъ мѣстъ впредь до разсмотрѣнія этого инцидента Совѣщаніемъ врачей при Управѣ.

2387. «Астраханскій Листокъ» (19 ноября) обращаетъ вниманіе на *крайнюю скученность больныхъ* въ мѣстной городской больницѣ, при чемъ въ дифтерійномъ отдѣленіи находятся и больные съ рожей и возвратнымъ тифомъ. Служебныя помѣщенія содержатся отвратительно...

2388. Какъ передаетъ «Сегодня» (30 ноября), при новой Петербургской городской лабораторіи будетъ устроенъ *постоянный Музей*, въ которомъ будутъ выставлены разнаго рода *фальсификаты*, собранные лабораторіей. Здѣсь-же предполагается устроить и библиотеку съ заломъ для лекцій по научно-прикладнымъ знаниямъ, имѣющимъ отношеніе къ торговой санитаріи.

2389. Въ № 9 «Врачебной Хроники Харьковской губ.» *С. Н. Изумовъ*, убежденный противникъ самостоятельнаго фельдшерства, какъ подлежащаго уничтоженію «неуклюжаго порожденія бюрократической небрежности въ удовлетвореніи народныхъ нуждъ», касаясь злободневнаго вопроса о *представительствѣ фельдшеровъ въ санитарныхъ Совѣтахъ*, высказывается противъ такого представительства, такъ какъ «едва-ли стоитъ и едва-ли желательно вводить въ санитарные Совѣты то, чего не должно-бы быть, что пока только терпится, какъ недоброе наслѣдство крѣпостного времени, и что не можетъ быть введено въ систему общественной медицины». Видя главнѣйшія причины распространения за последнее время фельдшерскаго представительства и пріобрѣтенія симпатій этимъ нововведеніемъ, во 1-хъ, въ распространеніи демократическихъ тенденцій и увлеченіи ими; во 2-хъ, — въ корпоративномъ, профессиональномъ движеніи, заставляющемъ сливаться для защиты личныхъ и групповыхъ интересовъ, *С. Н. Изумовъ* отмѣчаетъ неправильность и нецѣлесообразность приложенія «этихъ вполне законныхъ тенденцій» къ строю и дѣятельности санитарныхъ Совѣтовъ. «Суть демократической идеи», говоритъ онъ, «заключается въ томъ, чтобы все населеніе пользовалось правомъ самоопредѣленія, намѣчало свои нужды и средства къ ихъ удовлетворенію и контролировало дѣятельность своихъ органовъ и учреждений, обслуживающихъ его; далѣе, демократическая идея требуетъ, чтобы каждый имѣлъ равное право на пользованіе общественными учрежденіями на одинаковыхъ условіяхъ со всеми остальными, безъ привилегій въ чью-бы то ни было сторону. Спеціально въ медицинской области, напр., организація раціональной научной помощи лишь для части населенія, а для другой, для нѣкоторыхъ слоевъ его учрежденіе доморощенныхъ повитухъ и на сибѣ сострапанныхъ, скороспѣлыхъ подѣлкарей, такая тенденція находится въ полномъ соотвѣтствіи съ крѣпостническимъ міросозерцаніемъ, но не можетъ не возмущать демократическаго чувства. Предоставленіе медицинской помощи только тѣмъ, которые, болѣе зажиточнымъ слоямъ населенія въслѣдствіе установленія платы за совѣтъ, за лѣкарство, за больничное содержаніе, вводя неравное отношеніе къ различнымъ разрядамъ населенія, противорѣчитъ демократическимъ стремленіямъ; введеніе неодинаковыхъ порядковъ, различнаго отношенія и содержанія въ лѣчебныхъ заведеніяхъ, смотря по платѣ больного, созданіе огромныхъ центральныхъ больницъ и обездоленіе окранныхъ уѣздовъ — тоже и т. д. Но строй и порядокъ заведенія тою или другою отраслью общественнаго вѣдѣнія отнюдь не находится ни въ какой связи съ демократическими идеями и вовсе не обязательно должны слагаться по образцу демократическаго строя общества. Послѣднія требуютъ, чтобы лѣчебная организація удовлетворяла запросы населенія и контролировалась ими; во всемъ не требуютъ, не могутъ требовать и даже допустить, чтобы ея учрежденія всецѣло вѣдались всѣми разрядами медицинскихъ служащихъ, хотя-бы и на основѣ общаго, равнаго голосованія. Въ этомъ случаѣ создано-бы не демократическое устройство, а корпоративное. Демократическій строй покоится на мысли, что никто себѣ не врагъ, что всякій будетъ заботиться объ общихъ нуждахъ, такъ какъ и самъ заинтересованъ въ нихъ. Служащіе же лѣчебнаго учрежденія нуждаются въ немъ лишь для приложенія своего труда, но прямо не заинтересованы въ его лѣчебныхъ функціяхъ. Личной заинтересованности въ правильности послѣднихъ — момента, регулирующаго дѣятельность демократическихъ учреждений, — у служащихъ можетъ и не быть; ихъ личный интересъ лежитъ не здѣсь, а въ *личныхъ отношеніяхъ*, въ обезпеченіи своего положенія и улучшеніи

шеній обстановки своего труда. Полагаться на регулирующее дѣйствіе личнаго интереса, какъ въ учрежденіяхъ государственнаго и мѣстнаго общественнаго управленія, здѣсь уже нельзя, потому что интересы корпораціи и интересы населенія могутъ совпадать, могутъ и не совпадать и даже расходиться. Поэтому управленіе спеціальной отраслью общественнаго вѣдѣнія съ помощью представительства разныхъ группъ служащихъ въ этой отрасли не можетъ считаться развитіемъ демократической идеи; наоборотъ, корпоративный строй въ учрежденіи, призванномъ удовлетворять интересы всего населенія, верѣдко можетъ противорѣчить ему, потому что частные интересы могутъ поглощать общіе. Представительство медицинскаго персонала въ санитарныхъ Совѣтахъ поэтому можетъ опираться — и дѣйствительно опирается — не на демократическую основу, которой здѣсь нѣтъ мѣста, а на цѣлесообразность участія въ управленіи дѣлами лицъ, заведующихъ самостоятельной работой и несущихъ за нее отвѣтственность. Такимъ образомъ требованіе представительства фельдшеровъ въ санитарныхъ Совѣтахъ во имя демократической идеи обусловлено смѣшеніемъ понятій, своего рода абераціей мысли. Касаясь другой причины популярности фельдшерскаго представительства въ Совѣтахъ — желанія улучшить положеніе этихъ работниковъ медицинскаго дѣла, *С. Н. Изумовъ* соглашается, что организація фельдшеровъ на почвѣ профессиональныхъ интересовъ «нужна и необходима» и «не только для нихъ самихъ, но и для общественныхъ учрежденій, потому что для успѣха самого дѣла гораздо выгоднѣе вѣдаться съ фельдшерами, въ которыхъ теплится искорка подобія Божьяго и самосознанія, и человѣческое достоинство не въ конецъ заматы обывательской пошлостью и начальническимъ самодурствомъ», но прибавляетъ: «Организація нужна, но не на почвѣ санитарныхъ Совѣтовъ: задачи и цѣли ея и этихъ Совѣтовъ совершенно различны, и совмѣщеніе ихъ въ одномъ учрежденіи можетъ повредить выполненію какъ тѣхъ, такъ и другихъ. Да и много-ли значать въ этомъ отношеніи голоса 2—3-хъ фельдшеровъ среди 2—3-хъ десятковъ голосовъ врачей и земцевъ, отъ которыхъ они такъ сильно зависятъ и съ которыми у нихъ верѣдко происходятъ недоразумѣнія? Для защиты и улучшенія положенія фельдшеровъ слѣдуетъ стремиться къ самостоятельной организаціи чисто профессиональнаго характера не внутри общественныхъ санитарныхъ Совѣтовъ, а внѣ ихъ»...

2390. Королевское медицинское Общество въ London'ѣ присудило проф. *И. И. Мечникову* медаль *Copley*'я за его работы по патологіи и по зоологіи («Journal de médecine de Bordeaux» 9 декабря).

2391. *Чума*. За недѣлю съ 1/хі по 8/хі на о. св. Маврікія было 37 случаевъ заболѣванія чумою и 28 случаевъ смерти отъ нея, а съ 8/хі по 15/хі 53 случая заболѣванія и 30 случаевъ смерти («The Lancet», 17 и 24 ноября).

2392. Австрійское Министерство народнаго просвѣщенія вошло въ соглашеніе съ Итальянскимъ правительствомъ о *взаимномъ признаніи дипломовъ*, выданныхъ изъ любого Университета Италіи или Австріи («The Lancet», 24 ноября).

2393. Въ Pennsylvania'и, по словамъ «Medical Record» (17 ноября), учреждено при Университетѣ *отдѣленіе экспериментальной хирургіи*; во главѣ отдѣленія стоитъ д-ръ *Sweet*.

2394. Намъ пишутъ изъ Парижа, что Парижскій медицинскій факультетъ въ экстренномъ засѣданіи обсуждалъ вопросъ о замѣщеніи новой каведры по носовымъ, ушнымъ и горловымъ болѣзнямъ, основываемой на средства города. Вопросъ этотъ, какъ мы уже передавали (см. выше, № 48, стр. 1535), послужилъ поводомъ къ студенческимъ волненіямъ и къ временному закрытію факультета. Огромнымъ большинствомъ голосовъ факультетъ постановилъ представить министру на утвержденіе *лишь кандидата изъ лицъ, имѣющихъ званіе «agregé»*. 10-го декабря занятія на факультетѣ возобновились.

2395. Излишняя *роскошь*, какою отличаются зачастую воздвигаемыя въ послѣдніе годы *зданія, предназначенныя для медицинскихъ цѣлей*, начинаютъ находить противниковъ. Говоря объ открытіи замѣчательныхъ въ этомъ отношеніи строеній *Harvard'ской* медицинской школы въ New-York'ѣ, стоившихъ 5.000.000 долларовъ, «The Medicine» (ноябрь) замѣчаетъ, что одинаковые результаты могутъ быть получены въ болѣе скромныхъ зданіяхъ, которыя, будучи столько-же удобными и достаточными, могли-бы потребовать лишь 1/3 названной суммы, ушедшей на мраморъ, желѣзные украшенія, вообще на внѣшній блескъ.

2396. По свѣдѣніямъ «The Lancet» (17 ноября), въ 8 городахъ Англіи на должность *мэра избраны* на 1906—7 гг. *врачи*.

2397. Число лицъ, *изучающихъ тропическія болѣзни* въ London'ской спеціальной школѣ, возрастаетъ; въ числѣ слушателей находятся, какъ сообщаетъ «The Medical Age» (10 ноября), врачи изъ Франціи, Греціи, Италіи, Соединенныхъ Штатовъ, Финляндіи и др. странъ.

2398. Въ соединенномъ засѣданіи Парижскихъ медицинскихъ Обществъ 21-го ноября, рѣшено продолжать всѣ мѣры, направленные для достиженія отмѣны *декрета 25-го іюня о врачехъ-преподавателяхъ* (см. выше, № 41, стр. 1295, № 42, стр. 1326 и др.), имѣющаго до отмѣны силу закона. Число подписавшихся подъ протестомъ противъ «certificat d'études médicales supérieures» превысило уже 3000 въ одномъ департаментѣ Seine'ы. Протестъ будетъ переданъ членамъ верховнаго Совѣта народнаго просвѣщенія, которымъ предстоитъ оцѣнить значеніе подписей и доказательность приводимыхъ въ протестѣ доводовъ («Le Bulletin médical», 28 ноября).



2399. Какъ сообщаетъ «Le Bulletin médical» (12 декабря), къ протесту противъ «*certificat d'études médicales supérieures*» и пропагандѣ необходимости общей реформы преподаванія медицины во Франціи рѣшили примкнуть и Парижскіе студенты-медики. Результатомъ обращенія ихъ къ «*Syndicat des médecins de la Seine*» и «*Union des syndicats médicaux*» съ проектомъ совместнаго обсуждения вышеупомянутыхъ вопросовъ было очень оживленное засѣданіе 10-го декабря, закончившееся слѣдующимъ единогласнымъ постановленіемъ: «Врачи-практики и студенты медики, собравшись 10-го декабря 1906 г. въ «*Hôtel des Sociétés savantes*», подъ предѣлательствомъ д-ра *Gairat*, президента «*Union des syndicats médicaux de France*», въ присутствіи докторовъ *Raymond*, сенатора *Dubuisson*, депутата *Marcel Durand*, главнаго консултанта департамента *Seine*, постановили вести энергичную борьбу для достиженія: 1) полной, окончательной отмены декрета 25-го июня 1906 г., создающаго высшій медицинскій дипломъ, и 2) учрежденія Комиссіи для обсужденія вопроса о реформѣ преподаванія медицины изъ 1/2 членовъ врачей-практиковъ и студентовъ—членовъ медицинскихъ организацій и 1/2 профессоровъ медицинскихъ факультетовъ. Выступъ съ тѣмъ Собраніе привѣтствовало д-ра *Marcel'a Durand* за проявленный имъ починъ въ «*Conseil général de la Seine*» по вопросу о правѣ командированныхъ къ больницамъ свободы выбора между всѣми отдѣленіями послѣднихъ и постановило поддержать его въ борьбѣ за эту свободу.

2400. «*La Quinzaine thérapeutique*» (10 декабря) сообщаетъ, какъ о первомъ успѣхѣ врачей въ борьбѣ противъ декрета о *вучахъ-преподавателяхъ*, о рѣшеніи министра просвѣщенія отсрочить примѣненіе этого декрета. Рѣшенію министра предшествовали его переговоры съ парламентской врачебной группой, высказавшей свои соображенія относительно ненужности создаваемого декретомъ высшаго медицинскаго диплома. Отдавая должное дѣятельному внимательству парламентской врачебной группы, газета справедливо указываетъ, что полученному результату много способствовалъ единодушный протестъ всѣхъ врачебныхъ Обществъ и врачебной печати и въ этомъ единодушіи видятъ залогъ успѣха и въ предстоящей пропагандѣ необходимости реформы всего преподаванія медицины.

2401. Какъ известно, вопросъ о томъ, *можно-ли захлороформировать спящаго человека* безъ того, чтобы онъ предварительно не проснулся, все еще остается нерѣшеннымъ. Преобладаетъ, однако, взглядъ, что это—невозможно и что, если хлороформировать спящаго естественнымъ сномъ, онъ непременно сначала проснется и потомъ уже заснетъ отъ хлороформа. Рѣшеніе этого вопроса имѣетъ важное значеніе въ судебно-медицинской практикѣ. Известный французскій хирургъ и редакторъ «*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*», проф. *Lucas Championnière* приводитъ въ своемъ журналѣ (25 ноября) письмо д-ра *Guignard'a*, сообщающаго объ опытахъ, произведенныхъ имъ въ Парижскомъ госпиталѣ *Hôtel-Dieu* и свидѣтельствующихъ, что, при соблюденіи известнаго условія, захлороформировать спящаго естественнымъ сномъ безъ того, чтобы онъ не проснулся, можно. Условіе это—чрезвычайно медленное и осторожное хлороформированіе: начинаютъ съ нѣсколькихъ капель хлороформа, вылитыхъ на платокъ въ нѣкоторомъ отдаленіи отъ спящаго; приближать этотъ платокъ къ спящему нужно в. медленно; на всю процедуру такого хлороформирования требуется минимумъ 1/4 часа. На 8 случаевъ дру *Guignard* удалось получить успѣшный результатъ въ 3-хъ; въ остальныхъ спавшіе всегда предварительно просыпались.

2402. Въ Англіи ежегодно около 2000 дѣтей погибаютъ отъ «*застыпанія*» изъ материнъ, укладывающихъ дѣтей въ постель возлѣ себя; значительная часть задушенныхъ при такихъ условіяхъ младенцевъ падаетъ на *London*, гдѣ, по «*Medical Record*» (13 октября), число ихъ достигаетъ 600 ежегодно.

2403. «*Gazette médicale de Nantes*» (8 декабря) приводитъ слѣдующіе примѣры *заботъ о дѣтяхъ въ школьномъ возрастѣ въ Соединенныхъ Штатахъ*: 1) Въ *Philadelphia* Комитетъ начальныхъ школъ, будучи вынужденъ уволить многихъ дѣтей изъ-за заболѣваній глазъ, рѣшилъ преслѣдовать судебнымъ порядкомъ родителей, пренебрегающихъ леченіемъ своихъ дѣтей и не выполняющихъ указанныхъ для этой цѣли мѣръ. Городской адвокатъ настоятельно совѣтуетъ Комитету предъявить пробный искъ. 2) Въ Санитарномъ Совѣтѣ въ *Iowa* прошелъ билль, требующій удаленія изъ школъ всѣхъ дѣтей, возбуждающихъ подозрѣніе на бугорчатку («*tous les cas suspects de tuberculose*). Главный попечитель строго придерживается этого билля. «Врачи полагаютъ», прибавляетъ газета, «что это—важный шагъ въ борьбѣ съ бугорчаткой».—Оправдывается-ли, однако, жестокость относительно «подозрительныхъ» размѣрами представляемой ими опасности?

2404. Въ *Chicago* предполагается провести слѣдующія мѣры, направленные къ борьбѣ съ бугорчаткой въ школахъ: въ каждой школѣ должно быть особое помѣщеніе для осмотра и леченія учениковъ; больные бугорчаткой ученики раздѣляются на 2 группы: заразныхъ и незаразныхъ; отдѣленіе страдающихъ бугорчаткой костей; осмотры черезъ правильные промежутки; наблюденіе за больными съ цѣлью отдѣленія ихъ, если ихъ состояние станетъ опаснымъ для другихъ; организація штата особыхъ лицъ, которые помогали-бы уходу за больными на дому; изысканіе способовъ обученія страдающихъ бугорчаткой въ раздѣльныхъ формахъ («*The Medical Age*» 10 ноября).

2405. По «*The Medical Age*» (10 ноября) въ *London*ѣ, не смотря на его знаменитые туманы, смертность отъ бугорчатки много

ниже, чѣмъ въ другихъ большихъ городахъ Европы. Такъ, въ 1904 г. на 100000 жителей умерли отъ бугорчатки: въ *London*ѣ 166, въ *Berlin*ѣ 257,5, въ *Milan*ѣ 254, въ *Madrid*ѣ 256, въ *Vien*ѣ 314, въ *Paris*ѣ 383, въ *Moscow*ѣ 387 чел.

2406. Борьба съ алкоголизмомъ оцѣняется быть во Франціи в. энергичной. По сообщенію «*La Presse médicale*», (8 декабря) многие депутаты, въ числѣ ихъ *Suzennet*, *Guibeyse*, *Aynard*, *Dron*, *Rebot*, *Siegfried*, *Breton*, *Joseph Remach*, *Ferdinand Boisson*, *Flandin* (*Jonne*), *Schmidt* и др., собравшись подъ предѣлательствомъ *Ribot*, рѣшили организовать группу борцовъ противъ алкоголя. Въ ней насчитываются уже болѣе 100 членовъ. Въ ближайшемъ засѣданіи послѣ выбора Бюро предполагается приступить къ обсужденію проекта правительства и бюджетной Комиссіи по вопросу о добавочномъ налогѣ на спиртные напитки (*absinthe, bitters*). Въ названной газетѣ приводится и текстъ предложеннаго *M. Breton* проекта закона о запрещеніи производства абсента и торговли имъ: «1) чрезъ 6 мѣсцевъ по обновленію настоящаго закона производство и торговля содержащими абсентъ вытяжками и ликерами должны быть запрещены; 2) подлежать наказанію арестомъ отъ 3 мѣс. до 2 лѣтъ и штрафомъ отъ 50 до 10000 фр. или одной изъ этихъ мѣръ наказанія всѣ вырабатывающіе вышеуказанные напитки, пускающіе ихъ въ продажу или торгующіе ими». Тамъ-же сообщается о принятіи Сенатомъ закона, воспреещающаго примѣненіе *симио-мизъ бѣлилъ* при работахъ внутри зданій.

2407. На юбилейномъ Собраніи національной Лиги трезвости, состоявшемся недавно въ *London*ѣ, была единодушно принята резолюція просить всѣ цивилизованныя страны принять мѣры къ подавленію торговли опиумомъ и спиртными напитками среди нецивилизованныхъ народовъ («*Medical Record*», 10 ноября).

2408. «*The Medical Age*» (10 ноября) отмѣчаетъ, что въ Индіи и въ Соед. Штатахъ, особенно на Югѣ, получили значительное распространеніе *привычное употребленіе кокаина*. Принимаются мѣры къ воспрепятствованію продажи этого вещества.

2409. По сообщенію «*Medical Record*» (20 октября), проф. *Savas* въ Афинахъ возбудилъ движеніе къ борьбѣ съ *болотной лихорадкой*, составляющей, по истинѣ, бичъ Греціи. За одинъ прошлый годъ изъ населенія страны въ 2.500000 умерли отъ перемежной лихорадки 5916, страдали-же этою болѣзью 960000 чел.

2410. По почину *Liverpool*ской школы тропическихъ медиковъ, въ Великобританіи открыта *подписка на борьбу съ болотной лихорадкой въ Греціи* («*The Lancet*», 17 ноября).

2411. Д-ръ *Bricout* въ изслѣдованіи о *зачатіи во время аменорреи* («*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*») приводитъ, по словамъ «*Medical Record*» (17 ноября), собственное наблюденіе, когда 35-лѣтняя женщина въ теченіи 15 лѣтъ дала 17 беременностей; каждая наступала во время аменорреи при кормленіи грудью; 4 раза были выкидыши, 13 дѣтей родились въ срокъ.

2412. *Pasteur*овскій Институтъ въ *Chicago* со времени основанія въ 1890 г. подвергъ леченію 2775 чел.; изъ нихъ 2474 были укушены собаками, 100—лошадьми, 84—кошками, 29—коровами, 23—хорьками, 9—телятами, 9—волками, 5—свиньями; людьми были укушены 31 больной. Наибольшее число повреждений—1406—было на рукахъ. Изъ больныхъ умерли 7, что составляетъ 2,5%; 7 отказались отъ леченія; 2 изъ нихъ умерли отъ водобоязни («*Medical Record*», 10 ноября).

2413. Въ Германіи въ 1905 г. были укушены *блуждающими животными* 368 чел.: 7 кошками, 4—ротатильскою, 2—лошадьми, прочіе—собаками. 323 были лечены въ *Pasteur*овскомъ Институтѣ въ *Berlin*ѣ; изъ нихъ умерли 3 изъ остальныхъ 45 погибли 8 (17%) («*Medical Record*», 20 октября).

2414. «*The Lancet*» (17 ноября) приводитъ неутѣшительныя данныя о физическомъ здоровьѣ населенія одного изъ фабричныхъ округовъ въ окрѣстѣ *Manchester* въ 1904 г. явились для зачисленія въ войска 5038 чел., изъ коихъ могли быть приняты лишь 1738; въ 1905 г. изъ 4554 явившихся оказались годными только 732. За 2 года въ армию и милицію могли быть приняты только 4153 изъ 18555, при чемъ лишь 402 чел. не были приняты изъ-за дурного характера, прочіе—изъ-за физическихъ недостатковъ.

2415. «*New-Orleans Medical and Surgical Journal*» (ноябрь) сообщаетъ, что за годъ въ С.-А. Соединенныхъ Штатахъ *убили на желѣзныхъ дорогахъ* 9703 чел. и получили поврежденія 86008.

2416. По «*The Lancet*» (24 ноября), д-ръ *Perrier* сообщилъ Парижской Академіи наукъ, что въ *окорокахъ, колбасахъ, требухѣ, салѣ, копченыхъ и соленыхъ сельдяхъ нормально встрѣчается формалинъ* въ количествѣ отъ 0,03—2,67 мл. на 100 грм. пищевыхъ веществъ.

2417. По свѣдѣніямъ «*The Medical Age*» (10 ноября), на недавнемъ *Съѣздѣ акушеровъ въ Düsseldorf*ѣ были представлены 228 Обществъ, общее число членовъ которыхъ равняется 11301 чел. Затронутые вопросы касались, между прочимъ, мѣръ, направленныхъ къ уменьшенію смертности отъ родовъ, и примѣненія при нихъ обеззараживающихъ веществъ.

2418. Возбужденный, по словамъ «*Medical Record*» (10 ноября), въ Палатѣ Общинъ вопросъ о *правѣ сидѣлокъ въ общественныхъ гостиницахъ принимать участіе въ танцевальныхъ вечерахъ* рѣшенъ отрицательно, такъ какъ проведеніе въ тѣчаси поздніе часы мѣшаютъ правильному исполненію обязанностей; наоборотъ, случайное посѣщеніе театровъ и концертовъ признано допустимымъ.



2419. Из-за столкновения с главной сиделкой германского госпиталя в Williamsburg's *вышли* *ест* 6 врачей госпиталя. «Medical Record» (17 ноября) передает, что эта особа отменила назначение, сделанное одним из врачей, вследствие чего все врачи подали в отставку, которая и была принята.

2420. По свидетельствам «The Lancet» (10 ноября), в Париже вкий студент-медик присужден к уплате 6000 фр. в пользу кормилицы его ребенка, от которого она заразилась сифилисом. Студент, кроме того, получил от Суда жестокий выговор, так как ему в качестве медика больше, чем другим, должна была быть известна опасность, которой подвергалась кормилица.

2421. 2-мъ Cincinnati'скимъ хирургамъ угрожаетъ пеня в 10000 долларовъ, требуемая истцомъ, какъ *возмездие за излишне взятые у него кусочки кожи*. Овъ согласился дать для пересадки лоскутки кожи с ног величину 1 X 6 д., но во время наркоза у него взяли пласты с обоих ног на протяжении в сложности 42 кв. д. («Medical Record» 3 ноября).

2422. Американскія врачебныя Общества отмѣчаютъ *неумѣстность появленія въ общей печати разнаго рода сообщеній врачебнаго характера съ упоминаніемъ «кстати» имени врача*. Въ «Medical Record» (20 октября) помѣщено извѣстіе о постановленіи одного изъ медицинскіхъ Обществъ штата Illinois, гласящемъ, что «имена членовъ Общества не должны быть упоминаемы въ связи съ медицинскими сообщеніями въ ежедневной печати» и что «въ случаѣ появленія подобной замѣтки отъ врача, названнаго въ ней, должно быть потребовано въ ближайшемъ засѣданіи Общества объясненіе».

2423. «Medical Record» (10 ноября) сообщаетъ, что приказомъ главнаго почтмейстера въ New-York'ѣ воспрещено принимать на почту широко рекламируемыя *пилулы отъ ожирѣнія*, продававшіяся по 2 доллара за коробку.

2424. Съ легкой руки врачей St. Louis, *сообщившихъ въ печати фамиліи 15000 чел.*, не желавшихъ уплатить по счетамъ врачей добровольно, англійскіе товарищи, вида устѣдность такой мѣры, предлагаютъ, также страдая отъ небрежности своихъ больныхъ, провести нѣчто подобное у себя на родинѣ («The Lancet», 17 ноября).

2425. Умерли: 1) 28-го ноября, въ Петербургѣ, Викторъ Васильевичъ Клименко («Виржевыя Вѣдомости» 28-го ноября), родившійся въ 1845 г., а званіе врача получившій въ 1868 г. Покойный былъ дѣятельнымъ участникомъ многихъ благотворительныхъ Обществъ и долгое время состоялъ помощникомъ директора больницы св. Ольги для неизлечимыхъ больныхъ женщинъ. — 2) 2-го декабря, въ Петербургѣ, Николай Александровичъ Штримеръ («Рѣчь», 3 декабря), родившійся въ 1842 г., а званіе врача получившій въ 1871 г. — 3) Въ Ospedaletti, Георгій Ивановичъ Веи («Товарищъ», 6 декабря), родившійся въ 1842 г., а званіе врача получившій въ 1869 г. Покойный, видимо, принадлежалъ къ врачебной семьѣ только по образованію, ибо практикой не занимался и въ «Россійскомъ Медицинскомъ Спискѣ» на 1906 г. названъ «фабрикантомъ». — 4) Въ Минской губ. Донатъ Іосифовичъ Малькевич («Кроника lekarska», 1 декабря), родившійся въ 1831 г., а званіе врача получившій въ 1856 г. — 5) 8-го сентября въ Прагѣ проф. глазныхъ болѣзней W. Czermak на 50-мъ году жизни («Вѣстникъ офтальмологій», ноябрь—декабрь). — 6) 11-го сентября въ Бреславлѣ проф. глазныхъ болѣзней H. Cohn на 69-мъ году жизни (тамъ-же, ноябрь—декабрь). — 7) 7-го декабря, въ Римѣ, отъ рака желудка д-ръ Laroni, врачъ папы Льва XIII и Пія IX («Le Matin», 8 декабря).

Въ дополненіе къ извѣстію о смерти С. А. Ильинскаго (см. выше, № 38, стр. 1199) заимствуемъ изъ «Медицинскаго Обзорія» (т. LXVI, № 22) слѣдующій его некрологъ, принадлежавшій перу С. А. Бобринскаго. «13-го сентября скончался послѣ продолжительной и тяжелой болѣзни—сухотки спинного мозга—бывшій старшій ординаторъ 2-ой городской больницы Семенъ Александровичъ Ильинскій, о которомъ словами Шекспира можно сказать: «Человѣкъ онъ былъ». Да, это былъ человѣкъ во всемъ великомъ значеніи этого слова! Всегда справедливый, одинаковый въ обращеніи какъ съ высшими, такъ и съ низшими С. А. признавалъ только одни права—права человѣка. Это не былъ чиновникъ, поставившій себя задачей въ жизни—устроиться повыгоднѣе и достигнуть вождельнаго тепленькаго мѣстечка. Нѣтъ, покойный заботился и болѣлъ душой только о другихъ, часто забывая о себѣ. 27 лѣтъ, почти съ университетской скамьи, онъ прослужилъ въ одномъ учрежденіи, которое оставилъ только въ маѣ текущаго года вслѣдствіе значительно усилившейся своей болѣзни. Но вмѣстѣ съ отставкой связь его съ больницей не порвалась: въ августѣ покойный, уже обесиленный болѣзнию до того, что съ трудомъ передвигался, былъ честуемъ на своей квартирѣ низшимъ медицинскимъ персоналомъ больницы, поднесшимъ ему адресъ, гдѣ тепло и прочувствованно изображена вся его плодотворная и гуманная дѣятельность въ больницѣ и въ особенности отмѣченны его товарищескія отношенія съ фельдшерами и прочимъ низшимъ врачебнымъ персоналомъ больницы. Миръ праху твоему, честный труженикъ! Свѣтлую память о тебѣ сохранять 2-ая

городская больница, которой ты посвятилъ воѣ свои силы. Sit tibi terra levis!»

Намъ доставлены слѣдующія, относящіяся къ повдѣйшему времени, *официальныя свѣдѣнія о врачахъ*. — *Белоговъ*, опредѣленъ на должность врача, заведующаго Велесуварскимъ врачебно-наблюдательнымъ пунктомъ — *Блаватскій*, младшій врачъ 79 пѣхотнаго Куринскаго полка, назначенъ на должность окружнаго врача Ардаганскаго округа, Карскаго области. — *Блохинъ*, земскій врачъ Орловскаго уѣзда, перемѣщенъ на должность сверхштатнаго ординатора Орловской губернской земской больницы. — *Богодаровъ*, санитарный врачъ Тулы, уволенъ отъ должности за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ городскимъ Управленіемъ. — *Вилицъ-Гейманъ*, опредѣленъ штатнымъ врачомъ Александровскаго приюта для неизлѣчимо-больныхъ и калѣкъ всѣхъ сословій вѣдомства Комитета «Христіанская Помощь» Общества Краснаго Креста. — *Булаковъ*, Обоянскій уѣздный врачъ, перемѣщенъ на должность уѣзднаго врача въ Корочу. — *Вальтеръ*, врачъ Вѣлостокскаго Института Императора Николая I-го состоящій при Вѣлостокской Общинѣ Краснаго Креста, опредѣленъ на должность старшаго врача этой Общины. — *Ващенко*, назначенъ старшимъ врачомъ Петербурго-Варшавской ж. дороги. — *Владыкинъ*, земскій врачъ Мценскаго уѣзда, и *Власовъ*, земскій врачъ Харьковскаго уѣзда, уволены отъ службы, за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ Земствами. — *Войничъ*, врачъ Луцкой еврейской больницы, уволенъ отъ службы, согласно прошенію. — *Волыницкій*, переведенъ на службу по в.-медицинскому вѣдомству участковымъ врачомъ Пенджендскаго участка, Самаркандской Области. — *Вонсовскій*, опредѣленъ 2-мъ сверхштатнымъ ординаторомъ при Сѣдлецкой Маринской больницѣ. — *Герцбергъ*, опредѣленъ штатнымъ врачомъ при Витебской Общинѣ сестеръ милосердія. — *Дмитріевъ*, земскій врачъ Трубчевскаго уѣзда, уволенъ отъ службы за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ Земствомъ. — *Доманскій*, сверхштатный врачъ Сѣдлецкой Маринской больницы, опредѣленъ и. д. Константиновскаго уѣзднаго врача. — *Ивановскій*, допущенъ къ исполненію обязанностей Каневскаго городского врача. — *Килинскій*, Львовскій земскій врачъ, опредѣленъ Грайворонскимъ уѣзднымъ врачомъ. — *Ковалевъ*, земскій врачъ, Мосальскаго уѣзда, перемѣщенъ на должность врача 31 участка Рязанско-Уральской ж. дороги. — *Кожушко* сверхштатный ординаторъ Орловской губернской земской больницы, опредѣленъ штатнымъ ординаторомъ той-же больницы. — *Крыловъ*, сверхштатный ординаторъ Ярославской губернской земской больницы, уволенъ отъ службы за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ Земствомъ. — *Кржимускій*, назначенъ 3-мъ сверхштатнымъ ординаторомъ при Калишской больницѣ Св. Троицы. — *Кузьминъ*, Кирилловскій уѣздный врачъ, опредѣленъ сверхштатнымъ врачомъ при Кирилловской почтовой телеграфной конторѣ съ оставленіемъ въ занимаемой должности. — *Кульчицкій*, Грайворонскій городской врачъ, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — *Лавровъ*, земскій врачъ Тульскаго уѣзда, перемѣщенъ на должность врача Тульскихъ мѣдно-прокатныхъ и патронныхъ заводовъ. — *Левинъ*, Просковскій участковый сельскій врачъ, Томскаго уѣзда, переведенъ на должность врача Красноярской переселенческой больницы, Маринскаго уѣзда. — *Лисовскій*, Волчихинскій участковый врачъ, Барнаульскаго, переведенъ на службу на должность врача Сузунскаго завода, Алтайскаго округа. — *Матевскій*, опредѣленъ сверхштатнымъ врачомъ при Пензенскомъ переселенческомъ пунктѣ. — *Новиковскій*, Корочанскій уѣздный врачъ, перемѣщенъ на такую же должность въ Обоянь. — *Озолинъ*, Дондвгенскій волостной врачъ, уволенъ отъ службы, согласно прошенію. — *К. Павленовъ*, кп., опредѣленъ на должность сельскаго врача Горійскаго уѣзда. — *Пальмбахъ*, ординаторъ Витебской губернской больницы, назначенъ штатнымъ врачомъ при Витебской Общинѣ сестеръ милосердія, съ оставленіемъ въ занимаемой должности. — *Пальмовъ*, ординаторъ Красноярской городской больницы, уволенъ отъ службы, согласно прошенію. — *Постниковъ*, опредѣленъ земскимъ врачомъ Скопинскаго уѣзда. — *Пранкишиковъ*, штатный палатный ординаторъ Московской городской Басманной больницы, уволенъ отъ службы, согласно прошенію. — *Скородумовъ*, врачъ для командировокъ по сельско-медицинской части Гродненской губ., назначенъ на должность Себежскаго городского врача. — *Слюсаревъ*, земскій врачъ Ахтырскаго уѣзда, уволенъ отъ службы, за прекращеніемъ добровольнаго соглашенія съ Земствомъ. — *Струлянский*, и. д. Григоріопольскаго городского врача, уволенъ отъ службы согласно прошенію. — *Суликовскій*, назначенъ сверхштатнымъ ординаторомъ при Сѣрадской Св. Іосифа больницѣ. — *Теръ-Никоисовъ*, сельскій врачъ Тіонетскаго уѣзда, уволенъ отъ службы, согласно прошенію. — *Титовъ*, и. д. директора и главнаго доктора Московской городской больницы имени бр. Вахрушиныхъ, уволенъ отъ службы, согласно прошенію. — *Урбановичъ*, Витебскій уѣздный врачъ, назначенъ штатнымъ врачомъ при Витебской Общинѣ сестеръ милосердія съ оставленіемъ въ занимаемой должности. — *Фиверъ*, земскій врачъ 4-го участка Екатеринбургскаго уѣзда, переведенъ на должность врача Забайкальской ж. дороги. — *Хайкинъ*, назначенъ штатнымъ врачомъ при Витебской Общинѣ сестеръ милосердія. — *Черноморикъ*, Лихвинскій, Калужскій губ. городской врачъ, назначенъ Велижскимъ городскимъ врачомъ. — *Шатино*, опредѣленъ сверхштатнымъ ординаторомъ Веленскаго госпиталя «Савичъ». — *Элиасбергъ*, назначенъ штатнымъ врачомъ при Витебской Общинѣ сестеръ милосердія. — *Язвинскій*, земскій врачъ Свѣжскаго уѣзда, допущенъ къ временному исполненію обязанностей Лаишевскаго уѣзднаго врача.

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

## МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Русские.

Журнал русского Общества охранения народного здравия, 1906 г., апрѣль—май. 1. В. Покровский. О неурожаѣ жидовъ въ 1905 г. и о борьбѣ съ голодомъ. Подробныя статистическія данныя. 2. И. Ворзовъ. О некоторыхъ данныхъ по устройству водоснабженія и удаленія нечистотъ въ русскихъ городахъ. Обзоръ различныхъ способовъ водоснабженія и канализація. 3. В. Шипчинскій. Вліяніе города Петербурга на теплопрозрачность лежащаго надъ нимъ воздуха. Метеорологическая замѣтка.

Харьковскій Медицинскій Журналъ, 1906 г., № 5. 1. В. Данилевскій. Экспериментальные материалы къ учению о микроцефалии. Исслѣдованіе на собакахъ (4 рис.). 2. Г. Габричевскій. Объ иммунизации черезъ пищеварительный каналъ. Литературный очеркъ. 3. Н. Кушевъ. Совмѣстное теченіе малярии и возвратнаго тифа. 1 случай. 4. М. Лифшицъ. *Achyilia gastrica* и состояніе желудочной секреціи въ пожиломъ возрастѣ. (Окончаніе). 5. В. Вокитко. О истологическихъ измѣненіяхъ въ поджелудочной железе при раковыхъ новообразованіяхъ ея. (Окончаніе). 6. Е. Истоминъ. Случай частичнаго отсутствія брызжеекы *ilei* при высокомъ положеніи сосца. (1 рис.). 7. М. Трахтенбергъ. Объ экспериментальномъ гетеропластическомъ образованіи ядра въ аортѣ у животного. Предварительное краткое сообщеніе. 8. И. Пиликовъ. Количественное опредѣленіе бактериальной массы калориметрическимъ методомъ. Успѣшные опыты съ нѣсколькими родами микробовъ. 9. В. Данилевскій. Добавленіе къ статьѣ о дѣйствиіи лецитина на сердце. Библиографическая замѣтка.

## ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

## Нѣмецкіе.

Münchener medicinische Wochenschrift, № 13. 1. Arnold. Zur Morphologie und Biologie der Mastzellen, Leukozyten und Lymphozyten. Авторъ изслѣдовалъ морфологическія и биологическія свойства бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ при помощи прижизненнаго способа окраски. 2. Berger. Ueber die diagnostische Sonderung echter Cholerafälle von choleraähnlichen Erkrankungen. О способахъ отличительнаго распознаванія холеры отъ холероподобныхъ заболѣваній. 3. Baumann. Ueber den Rachenreflex. О глоточномъ рефлексѣ. 4. Siegel. Die Arteriosklerose in der Chirurgie. Клиническій очеркъ. 5. Lange. Schule und Korsett. (Не окончена). 6. Gebele und Ebermayer. Ueber Behandlung der Gelenktuberkulose. О леченіи бугорчатки суставовъ въ Мюнхенской клиникѣ. 7. v. Behm. Eine eigenartige Schussverletzung der Kieferhöhle. Описаніе случая. 8. Hahn. Das Stangenlager. Описаніе аппарата для переносовъ. 9. Philip. Ein neuer Wäscheschutz bei Gonorrhoe. 10. Dreyfus. Ueber traumatische Pupillenstarre. Полемиическая замѣтка. 11. Posselt. Die Stellung des Alveolarechinokokkus. Авторъ на основаніи эксперимента считаетъ доказаннымъ, что альвеолярный эхинококкъ выводится особымъ видомъ паразита (*Taenia echinococcus alveolaris*). 12. Sutherland. Einiges über das Alltagsleben und die Volksmedizin unter den Bayern British-ostindiens. О народной медицинѣ въ Британской Ост-Индіи.

№ 14. 1. Lexer. Zur Behandlung akuter Entzündungen mittelst Stauungshyperämie. 2. Bestelmeyer. Erfahrungen über die Behandlung akut entzündlicher Prozesse mit Stauungshyperämie nach Bier. 3. Penkert. Lumbalanästhesie im Morphinum Skopolamin-Dämmerschlaf. 4. Brentano. Erfahrungen über Gelenkschüsse aus dem russisch-japanischen Kriege. Изъ 29 случаевъ пораненія суставовъ, изъ которыхъ половина была заражена, всѣ кромѣ одного поправились. 5. Colmers. Die Kriegschirurgische Bedeutung des Röntgenverfahrens und die Art seiner Verwendung im Kriege. Рѳтгенъовскіе кабинеты должны устраиваться не при полевыхъ лазаретахъ, а при болѣе крупныхъ госпиталяхъ. 6. Iodlbauer und von Tappeiner. Ueber die Wirkung des Lichtes auf Fermente (Invertin) bei Sauerstoffabwesenheit. Замѣтка. 7. Selberg. Ueber den Abriss der Streckaponeurose der Finger (distalen Phalanx). Описаніе 6 случаевъ. 8. Kuhn. Wolsfrachen und perorale Tubage. О примѣненіи трубованія при операціи волчьей пасти. 9. Landgraf. Sind Hauttransplantationen ein Heilmittel? Врачебно-бытовая замѣтка. 10. Strauss. Die automatische Saug- und Druckspritze als Saugapparat für Biersche Stauungshyperämie. Описаніе шприца. 11. Weinberg. Eine neue Sicherheitsvorrichtung für subkutane und intravenöse Injektionen. Описаніе шприца. 12. Lange. Schule und Korsett. Описаніе одежды для дѣвочки школьнаго возраста съ устраненіемъ вреднаго дѣйствія корсета.

№ 15. 1. Ostmann. Die Diagnose und Prophylaxe der Labyrinthentzündung bei der akuten Mittelohrentzündung. Клиническій очеркъ. 2. Heusner. Ueber die Anlegung der Schnitte bei den Bauchoperationen. 3. Krecke. Können wir die schweren, die sofortige Operation erfordernden Appendicitisfälle erkennen?

4. Esch. Zur geburtshilflichen Therapie der Eklampsie. Клиническій очеркъ. 5. Georgi. Zwei Fälle von Milzruptur. Описаніе 2-хъ случаевъ разрыва селезенки. 6. Strohe. Diaphragma der Trachea im Anschluss an Diphtherie und erschwertes bzw. unmögliches Decanulment. Описаніе случая. 7. Weissbart. Zur Kasuistik der Fremdkörper im Magen und Darmkanal. Описаніе случая, при которомъ проглоченная кость вызвала явленія желчной колики. 8. Richter. Ueber die Behandlung entzündlicher Prozesse der Haut mit heissen Bädern. 9. Hoppe. Zwei Apparate zur Schärfeprüfung. Описаніе инструментовъ для испытанія зрѣнія. 10. Sieber. Die Untersuchungen von prof. Emil Fischer und seiner Schüler über die Synthese der Polypeptide. Обзоръ. 11. Hager. Das Neueste über Organotherapie. Обзоръ.

№ 16. 1. Kraepelin. Der Alkoholismus in München. Въ виду чрезвычайнаго вреда алкоголя необходима общественная организація здравницъ для алкоголиковъ. 2. Bumke. Ueber Pupillenstarre im hysterischen Anfall. Клиническій очеркъ. 3. Möhrchen. Bericht über Versuche mit Proponal. Благоприятный отзывъ о дѣйствиіи снотворнаго препарата. 4. Dünker. Ueber uraemische Neuritis. 5. Lilienstein. Beitrag zur Lehre vom Aufbruch durch Hyperfunktion. Казуистическій матеріалъ. 6. Knauth. Ein eigenartiger Verlauf und Obduktionsbefund von chronischer Herztuberkulose. Описаніе случая. 7. Hengge. Zur Frage der konservativen Myom-Operationen. Авторъ сторонникъ консервативнаго способа. 8. Küppers. Schalldämpfer. Описаніе прибора для заглушенія звука. 9. Weichardt. Weiteres aus der modernen Immunitätslehre. Обзоръ. 10. Pelmann. Zur Geschichte des deutschen Vereins für Psychiatrie. Историческій очеркъ.

№ 17. 1. Müller. Ueber Galopprrhythmus des Herzens. 2. Neubauer. Ueber die Wirkung des Alkohols auf die Ausscheidung der Azetorkörper. 3. I. Meyer und Heineke. Ueber den Färbindex der roten Blutkörperchen. Т. н. «показатель окраски» можетъ служить для отличительнаго распознаванія вторичнаго отъ тяжелаго малокровія. 4. II. Meyer und Speroni. Ueber punktierte Erythrozyten. Точечные красные кровяные шарикъ происходятъ отъ адросероджащихъ. 5. III. Heineke und Deutschmann. Das Verhalten der weissen Blutzellen während des Asthmaanfalles. Объ измѣненіяхъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ при астмѣ. 6. Stäubli. Ueber das Verhalten der Typhus-agglutinine im mütterlichen und fötalen Organismus. Агглютинины переходятъ изъ материнскаго организма въ дѣтскій. 7. v. Hoesslin und Selling. Beitrag zur Kenntniss der Pseudobulbapalyse. Описаніе случая. 8. Selling. Main de prédicteur bei multipler Sklerose. Описаніе случая. 9. Kerschensteiner. Ueber Neuromyelitis optica. Описаніе случая. 10. Brasch. Ueber den Einfluss der Temperatur auf die Zuckerausscheidung. Проверка опытовъ Лутже. 11. Rieder. Ein Beitrag zur klinischen Diagnose der Lungen Abszesse. Распознаваніе легочныхъ варивовъ значительно облегчается Рѳтгенъографіей. 12. May und Lindemann. Graphische Darstellung des Percussionsschalles. Описаніе прибора. 13. Cremer. Ueber die direkte Ableitung der Aktionsströme des menschlichen Herzens vom Oesophagus und über das Elektrokardiogramm des Fötus. 10. Penzoldt. Einiges zur Frage der Tuberkulosebehandlung in Volkshelstättten. О леченіи бугорчатки въ я.равницахъ. 15. Geigel. Der erste Herston. О первомъ тонѣ сердца. 16. Arneht. Zum Verhalten des Pektoralfremitus bei der kruppösen Lungenentzündung; einige Bemerkungen über das Knistern bei derselben. (Не окончена). 17. Kayser. Ueber die einfache Gallenröhre als Anreicherungs-mittel und die Bakteriologie des Blutes bei Typhus sowie Paratyphus. 18. Groedel III. Zur Ausgestaltung der Orthodiagraphie. Описаніе аппарата.

№ 18. 1. Leopold. Augementzündung der Neugeborenen und einprozentige Höllensteinlösung. 2. Klieneberger und Zoeppritz. Beiträge zur Frage der Bildung spezifischer Leukotoxine im Blutserum als Folge der Röntgenbestrahlung der Leukämie, der Pseudoleukämie und des Lymphosarkoms. (Не окончена). 3. Treutlein. Ueber Protozoenblutkrankheiten bei Mensch und Tier in Indien und Deutsch Ostafrika. Очеркъ. 4. Rosenbach. Warum und in welchen Grenzen sind anästhesierende Mittel bei entzündlichen Prozessen wirksam. 5. Opitz. Ueber Lumbalanästhesie mit Novokain bei gynaekologischen Operationen. 6. Berger. Zur Färbung der Spirochaete pallida. 7. Sittler. Uebertragung von Diphtherie durch dritte Personen. Казуистическій матеріалъ. 8. Simrock. Zuckerbestimmung im Harn mittelst einer Modifikation der Trommerschen Probe. 9. Michaelis. Autointoxikation bei Pylorusstenose. 10. Bitdorf. Zur Kasuistik der cerebralen Kinderpneumonie. Описаніе 2-хъ случаевъ. 11. Loeb. Ueber eintägige Pneumonien. Замѣтка полемиическаго характера. 12. Seeligmann. Zur Hebotomie. Замѣтка полемиическаго характера. 13. Arreth. Zum Verhalten des Pektoralfremitus bei der kruppösen Lungenentzündung; einige Bemerkungen über das Knistern bei derselben. 14. Rommel. Kurzer Bericht über die Ausstellung für Säuglingspflege in Berlin vom 10—28 März 1906.

Редакторы { Д-ръ С. В. Владиславлевъ.  
Проф. В. В. Подвысоцкій.

**СХІV. 2 практических задачи:** 1) **Иодистый калий**, какъ реактивъ для быстраго распознаванія между третичнымъ сифилисомъ и ракомъ внутреннихъ органовъ, недоступныхъ точному физическому изслѣдованію, и 2) **Иодистый калий**, какъ лѣчебное средство противъ рака внутреннихъ органовъ.

Бывш. проф. Одесскаго Университета, ч. пр. В.-Медицинской Академіи **М. П. Михайлова**.

(Предварительное сообщеніе).

# 1.

Рѣшеніе первой задачи—просто. Для этого въ сомнительныхъ случаяхъ достаточно одной, максимумъ 3-хъ клизмъ, сдѣланныхъ разъ въ сутки, изъ 4,0 КJ + 2,0 Na<sub>2</sub>CO<sub>3</sub> + 80,0—100,0 Н<sub>2</sub>O въ каждой. Назначая ихъ обыкновенно послѣ 6 час. вечера при предварительномъ, за 1—1½ часа, поставленной промывательной клизмѣ. Если температура больного послѣ клизмы повышается, дѣло имѣется съ раковымъ новообразованиемъ. При сифилисѣ она можетъ даже упасть. При введеніи КJ чрезъ прямую кишку іодизмъ наблюдается рѣдко, ибо въ большинствѣ случаевъ чрезъ 36 час. въ мочѣ не получается и слѣда реакціи на іодъ съ наиболѣе чувствительнымъ реактивомъ—съ дымящейся азотной кислотой и хлороформомъ.

Въ одномъ случаѣ сифилиса, наблюдавшемся мною 4 года назадъ, гдѣ распознаваніе колебалось между ракомъ желудка на почвѣ круглой язвы и сифилисомъ, я назначалъ подъ рядъ, въ теченіи 60 дней, по клизмѣ ежедневно, вплоть до полного выздоровленія больного (больного вмѣстѣ со мною видѣлъ покойный **Л. В. Поповъ**).

Въ другомъ, 3 года назадъ (случай д-ра **А. Н. Молодовскаго** въ Петербургѣ и многихъ другихъ не Петербургскихъ врачей), введено 20 клизмъ съ 2-мя перерывами по 2 дня вслѣдствіе насморка и боли въ горлѣ отъ простуды. Клизма рѣшила распознаваніе между ракомъ желудка, печени, катарральнымъ гнѣзднымъ процессомъ въ одномъ легкомъ и между сифилисомъ этихъ органовъ. Всѣ тѣла въ теченіи одного мѣсяца поднялись съ 3 пуд. 35 ф. до 5 пуд. 7 ф.

Оба эти больные до настоящаго времени вполне здоровы.

Для примѣровъ въ правильности рѣшенія одной ½ 1-ой задачи этихъ 2-хъ случаевъ, думается, достаточно.

Я не привожу здѣсь, во избѣжаніе повтореній, примѣровъ отношенія къ КJ раковыхъ больныхъ, такъ какъ это будетъ видно изъ рѣшенія 2-ой задачи и примѣровъ на нее.

# 2.

Рѣшеніе 2-ой задачи, не обладаетъ ли КJ вообще, а при указанныхъ дозѣхъ и пути введенія въ организмъ въ частности лѣчебнымъ свойствомъ противъ раковыхъ новообразованій?—является чрезвычайно замысловатымъ и щекотливымъ по своей кажущейся на первый взглядъ фантастичности выводовъ. Но, во 1-хъ, я не предпрѣшаю вопроса окончательно и жду проверки моего сообщенія со стороны товарищей, работающихъ въ соответственныхъ учрежденіяхъ, съ необходимой научной обстановкой; а, кромѣ того, если я, быть можетъ, и разбираюсь неправильно въ фактахъ, полученныхъ мною, то отчасти нахожу себѣ оправданіе въ томъ, что всѣ случаи, которые я сейчасъ приведу, прошли, какъ это обыкновенно бываетъ съ раковыми больными, особенно съ раковыми новообразованиями пищевода и желудка, черезъ руки многихъ терапевтовъ и хирурговъ, при томъ въ моихъ случаяхъ чрезъ руки тѣхъ и другихъ съ громкими именами, распознававшихъ у нихъ ракъ; тѣмъ не менѣе эти больные не только живы, но и пользуются хорошимъ здоровьемъ послѣ лѣченія іодистымъ калиемъ.

1. Въ декабрѣ 1901 г. ко мнѣ обратилась за медицинскимъ пособіемъ больная, 48 л., жалующая на затрудненное глотаніе даже жидкой пищи и на значительное исхуданіе, которое развило у нея въ теченіи послѣднихъ 4-хъ мѣсяцевъ. Мужъ больной сообщилъ мнѣ, что онъ уже показывалъ жену многимъ врачамъ въ Петербургѣ, и всѣ они высказались одинаково о наличности и характерѣ заболѣванія, а именно, что больная страдаетъ ракомъ пищевода, и сдѣлали соответственное заболѣванію печальное предсказаніе. Между прочимъ, одинъ изъ моихъ товарищей, старый болыничный врачъ, слѣд. пропустившій черезъ свои руки множество больныхъ, послѣ зондированія пищевода, нарисовалъ даже картину, объясняя мужу больной, въ чемъ дѣло, гдѣ находится

жалобы больной, ея рѣзкое и прогрессивное исхуданіе, результаты зондированія давали право сдѣлать такое заключеніе. Для окончательнаго рѣшенія вопроса о мѣстѣ, а, быть можетъ, и о характерѣ суженія я направилъ больную къ проф. **Н. А. Щеголеву**, отъ котораго и получилъ свѣдѣніе, что препятствіе имѣется въ мѣстѣ входа пищевода въ желудокъ и что оно пропускаетъ лишь самую малую оливу зонда *Trouseau*. Тогда я впервые рисковалъ назначить больной большія дозы КJ, но внутри. Лѣчилась больная мною и усиленно. Пища теперь проходитъ при неторопливой ѣдѣ, при хорошемъ пережевываніи на столько удовлетворительно, что больная отказывается отъ механическаго расширенія рубцоваго суженія пищевода, говоря, что послѣ всѣхъ пережитыхъ страховъ она вполне довольствуется настоящими своимъ состояніемъ по отношенію къ проглатыванію пищи. Этотъ случай и изученіе выдѣленія КJ почками при введеніи его чрезъ прямую кишку далъ мнѣ основаніе вводить большія дозы КJ именно такимъ путемъ (Больную эту видѣлъ д-ръ **А. О. Анисимовъ** и многіе другіе товарищи).

2. (Случай проф. **І. Ф. Земацкаго** и другихъ врачей). 24/iv 1906 г. ко мнѣ обратился г. П., 47 л., садовникъ-ягодникъ, съ жалобой на затрудненіе въ глотаніи. За 2 послѣднихъ мѣсяца онъ потерялъ въ вѣсѣ 38 ф. Въ день посѣщенія вѣсъ его былъ 5 пуд. Проф. **І. Ф. Земацкій** предложилъ больному наложить желудочный свищъ. Опухоль по результату зондированія, показаніе больного,—располагалась во входѣ въ желудокъ. Со стороны желудка, печени и др. органовъ наружнымъ изслѣдованіемъ добыть ничего не удалось. Сифилисъ больной отрицалъ. До болѣзни онъ былъ большой потаторъ. Такъ какъ къ этому времени у меня накопилось уже нѣсколько случаевъ улучшенія проходимости пищевода у раковыхъ больныхъ подъ влияніемъ КJ,—къ сожалѣнію, частью исчезнувшихъ изъ вида, какъ это обыкновенно бываетъ съ амбулаторными хрониками,—то я сразу-же примѣнилъ у П. лѣченіе клизмами изъ КJ. Больной отвѣчалъ повышеніемъ температуры (до 37°,1—37°,3) только на первыя клизмы. Послѣ 12 клизмъ, сдѣланныхъ подъ рядъ, ежедневно, больной сталъ глотать гораздо лучше; вѣсъ его прибавилъ на 5 ф.; температура послѣ клизмъ больше уже не поднималась, за исключеніемъ рѣдкихъ случаевъ; ломота въ груди, на которую больной жаловался при началѣ лѣченія КJ, исчезла. Подъ рядъ больной сдѣлалъ 69 клизмъ, съ 2-мя случайными пропусками. Вѣсъ его въ это время колебался между 5 пуд. и 5 пуд. 5 ф. Вслѣдствіи до 19/xi больной сдѣлалъ еще 20 клизмъ, по 10 въ 2 періода, черезъ день клизму. Всего за время лѣченія введено 89 клизмъ. Надо замѣтить, что съ улучшеніемъ глотанія больной сталъ очень небрежно относиться къ своей болѣзни: ѣсть все, что понравится и придется; даже бравировалъ въ этомъ отношеніи, сѣдая за ужиномъ по 2 тарелки шей съ мясомъ и по тарелкѣ крутой гречневой каши. Ёсть онъ торопливо, почему иногда бывають заманки въ глотаніи, и боль при этомъ въ области мечевиднаго отростка. Что касается того, что вѣсъ его, увеличившись на 5 ф. сравнительно съ тѣмъ, что онъ былъ въ первое посѣщеніе, не поднимается до бывшаго передъ болѣзнію, то на это есть нѣсколько причинъ. 1-ая и главная это—та, что до болѣзни П. жестоко злоупотреблялъ водкой, запивая иногда на нѣсколько мѣсяцевъ; естественно, что ткани его тѣла содержали много лишней воды, соответственно эндосмотическому эквиваленту спирта; кромѣ того, онъ мало спитъ по роду своей работы, лѣтомъ, напр., не болѣе 3-хъ часовъ въ сутки; наконецъ, самое введеніе іода у раковыхъ больныхъ, въ противоположность сифилитикамъ, повидному, ведетъ къ потерѣ вѣса. Если у этого больного вѣсъ чрезъ 12 дней прибавилъ на 5 ф., то въ этомъ еще нѣтъ ничего удивительнаго: послѣ нѣсколькихъ клизмъ онъ сталъ лучше глотать, вводилъ гораздо больше пищи, тогда какъ до клизмъ онъ голодалъ, и потери въ вѣсѣ, какъ было указано выше, была громадная.

3. Г. Ф., 42 л., болѣвъ съ марта 1906 г. Вѣсъ до болѣзни 5 пуд. 20 ф. Неоднократно обращался къ врачамъ за помощью. Въ маѣ подвергся зондированію пищевода въ Обществ. Св. Евгениіи, при чемъ большая олива прошла съ трудомъ; при извлеченіи на ней оказалась кровь. Въ 1-ый разъ обратился ко мнѣ 1/ix. Вѣсъ за мѣсяць до этого 4 пуд. 30 ф. Вѣсъ 23/ix—4 пуд. 19 ф.; 5/x—4 пуд. 20 ф.; 16/x—4 пуд. 17 ф.; 6/xi—4 пуд. 19 ф.; 19/xi—4 пуд. 18 ф.; 11/xii—4 п. 19 ф. Больной—очень занятый человекъ; весь день проводитъ въ разъѣздахъ и бѣготнѣ по городу. Отъ клизмъ вначалѣ отказался. Съ 1/ix назначенъ КJ въ микстурѣ по 0,6 сначала 2, затѣмъ 3 раза въ день; при этомъ все-же отвѣчалъ на него повышеніемъ температуры до 37°,3. Наконецъ, больной рисковалъ начать дѣлать клизмы, но послѣ 3-хъ отказался, за неимѣніемъ времени. Реакція со стороны температуры при клизмахъ повысилась до 37°,4. Снова перешелъ на микстуру, при чемъ температура долгое время держалась на 37°, иногда съ десятинами. Глощаетъ гораздо лучше. Температура съ 10/xi все время нормальная. Больной снова рѣшилъ дѣлать клизмы съ 19/xii. Температура теперь не поднимается послѣ клизмъ; глотаніе свободное. Вѣсъ тѣла, какъ видно изъ выше приведенныхъ цифръ, не падаетъ съ 23/ix.

За 5 послѣднихъ лѣтъ число раковыхъ больныхъ съ непроходимостью пищевода, которымъ мнѣ удалось при помощи КJ облегчить проглатываніе пищи, составляетъ группу въ 15 чел. Всѣ они прямо заявляли, что, судя по результатамъ зондированія, у нихъ въ опредѣленномъ мѣстѣ пищевода находится опухоль, вслѣдствіе которой

желудокъ. У большинства изъ нихъ мною опредѣлялась наличность опухоли въ желудкѣ или непосредственнымъ ощупываніемъ или другими предложенными для этого способами. И, надо сказать, что, чѣмъ больше была опухоль, чѣмъ она была мягче по строенію, тѣмъ реакція на КЖ, даже на малые дозы его, была рѣзче. Въ этихъ случаяхъ, само собой разумѣется, попытки съ лѣченіемъ КЖ дальше 1—2-хъ клизмъ обыкновенно не шли по понятной причинѣ. Не могу не упомянуть объ одномъ случаѣ, въ которомъ получены были небезинтересныя данныя вскрытія.

4. Г. Л., впервые пришелъ ко мнѣ 16/ч 1906 г. Боленъ 2 года: рвота, прежде обильная, часто съ примѣсью измѣнившейся крови; трудная проходимость даже жидкой пищи и питья; рѣзкое исхуданіе. Лѣчился много. Съ февраля 1905 г. по 16/х 1905 г. лѣчился у ч. пр. Г. Ф. Цейдлера. Не разъ предлагалась операція. Въ моментъ начала моего наблюденія объ операціи говорить не приходилось въ виду рѣзкаго истощенія больного и громадной опухоли у него въ желудкѣ, спускавшейся нижней своей границей до пупочной линіи. Кромѣ того, отдѣльные узлы опухоли прощупывались въ сальникѣ. Большой потерялъ всякую надежду на выздоровленіе и молилъ только облегчить ему глотаніе. На клизмы онъ отвѣчалъ значительнымъ повышеніемъ температуры, до 38 съ десятыми. Вскорѣ онъ сталъ свободно глотать; затѣмъ у него прекратилась рвота, а опухоль въ желудкѣ стала быстро сморщиваться и за развѣсившейся къ августу водяной животъ сдѣлалась совсѣмъ недоступной ощупыванію. Большой сдѣлалъ всего 53 клизмы. Съ уменьшеніемъ опухоли температура поднималась послѣ клизмъ все меньше и меньше. Всѣ тѣла, собственно говоря, все время падали, хотя безотносительная его величина подъ конецъ возрастала вслѣдствіе увеличенія водяныхъ скопленій. Глотаніе стало на жидкую и полужидкую пищу совсѣмъ свободное; рвота прекратилась. Почти до послѣднихъ дней жизни больной работалъ въ магазинѣ, оставаясь весь день на ногахъ; питался онъ при этомъ голодно, рассчитывая трату на молоко и т. д. Наконецъ, онъ сталъ тяготѣться работой вслѣдствіе слабости и легъ въ клинику проф. В. Н. Сироткина, по моему совету. Здѣсь, при лучшихъ условіяхъ, водянка стала уменьшаться. Д-ръ Н. Г. Кукошова говорилъ мнѣ, что больной совсѣмъ не производилъ впечатлѣнія раковаго больного отсутствіемъ рвоты и препятствія при глотаніи пищи.

**Протоколъ вскрытія** (Вскрытіе произведено проз. А. В. Соболевскимъ). беру изъ него только данныя, интересныя для сравненія съ прижизненными явленіями. «Изъ пищевода въ желудокъ палецъ проходитъ съ небольшимъ затрудненіемъ. Полость желудка мала. Слизистая оболочка его сѣровато-розовая, слегка бугристая, утолщенная, полупрозрачная, на разрѣзѣ не рѣзко отличается отъ утолщенной бѣловатой подслизистой; по отношенію къ мышечной оболочкѣ слизистая почти неподвижна; мышечная оболочка значительной толщины, пронизана тяжами такого-же образования. Въ области входа въ желудокъ имѣется дов. толстый валикъ на слизистой оболочкѣ, который могъ играть роль клапана по отношенію къ пищеводу, закрывая его со стороны желудка. Привратникъ также съ трудомъ пропускаетъ палецъ. Слизистая оболочка кишки и пищевода блѣдная, безъ особыхъ измѣненій». «Въ брюшной полости содержится прозрачная, желтоватая жидкость, около 8 литровъ. Тонкія кишки сильно сокращены; на брызжейкѣ, у самой кишки, полупрозрачныя, сѣроватыя бляшки новообразования до 1 см. въ діаметрѣ. Между кишками и органами брюшной полости протянуты тонкія, фиброзныя нити. Большой сальникъ укороченъ, притянутъ вверхъ, лишенъ жира и пронизанъ узелками новообразованія, плотными, кожистыми, сѣроватаго цвѣта, округлой формы. Желудокъ представляется сильно сокращеннымъ, S-образной формы, плотный. На сывороточной оболочкѣ его и ближайшей части 12-перстной кишки—бляшки такого-же новообразованія. Такія-же бляшки наблюдаются и на пристѣночной брюшинѣ, особенно со стороны грудобрюшной преграды справа. Печень небольшая, съ острымъ краемъ; сумка ея прозрачная, слегка морщинистая; ткань буроватая, безъ рисунка. Въ области печеночныхъ воротъ кѣтъчатка уплотнена, слаяна съ выходной частью желудка». Въ другихъ органахъ измѣненій, представляющихъ интересъ въ разбираемомъ мною отношеніи, не найдено.

Микроскопическая картина: «Опухоль въ желудкѣ и сальникѣ образована эпителиальными трубками, между которыми имѣется плотная фиброзная ткань въ значительномъ количествѣ. Кѣтъки мелкія, плохо окрашиваются, слизисто перерождены; нѣкоторыя альвеолы содержатъ лишь слизь. Въ свободномъ концѣ червеобразнаго отростка утолщеніе обусловливается разрастаніемъ той-же опухоли въ подслизистую ткань отростка».

Эпикризъ ясенъ и, мнѣ кажется, не требуетъ сопоставленія прижизненныхъ явленій съ посмертными данными.

Выводы изъ рѣшенія 2-ой задачи: Если условіе этой трудной задачи вѣрно,—въ чемъ я нисколько, однако, не сомнѣваюсь, т. е., если въ только что приведенныхъ мною нѣсколькихъ другихъ, къ сожалѣнію, частью исчезнувшихъ изъ-подъ наблюденія случаяхъ, дѣйствительно, былъ раковый процессъ, то ракъ въ извѣстныхъ предѣлахъ своего развитія представляется излѣчимымъ при помощи КЖ. Тутъ наблюдается аналогія въ дѣйствіи КЖ на раковыя новообразования съ влияніемъ туберкулина *Koch'a* на ле-

гочную бугорчатку. Безпристрастные въ прошломъ наблюдатели должны признавать и теперь, что туберкулинъ *Koch'a* влияетъ цѣлѣбно въ начальныхъ стадіяхъ бугорчатки. Аналогично съ туберкулиномъ *Koch'a* КЖ также представляетъ собою и реактивъ на раковыя опухоли, и лѣчебное средство противъ нихъ. Важно и здѣсь, какъ при туберкулинѣ, считаться съ «modus agendi».

СХСV. Изъ клиники дѣтскихъ волязней проф. Н. С. Корсакова въ Московскомъ Университетѣ.

## Наблюденія надъ лѣченіемъ скарлатины сывороткой Moser'a.

Ассистента клиники В. И. Молчанова.

Въ 1903 г. Moser, ассистентъ клиники дѣтскихъ болѣзней въ Вѣнѣ, сообщилъ свои наблюденія надъ лѣченіемъ скарлатины противострептококковой сывороткой, которую онъ получилъ, примѣнивъ новый способъ иммунизации лошадей. Сущность этого способа состояла въ томъ, что Moser впрыскивалъ лошадямъ бульонныя неубитыя разводки стрептококковъ, выдѣленныхъ изъ труповъ скарлатинныхъ больныхъ, не проводя ихъ черезъ организмъ животныхъ, въ отличіе отъ способа Marmorek'a и Aronson'a, которые предварительно подвергали стрептококковъ т. наз. пассажу черезъ животныхъ. При этомъ Moser пользовался одновременно не одной, а нѣсколькими (отъ 10 до 20) разводами стрептококковъ, полученными отъ различныхъ случаевъ скарлатины, почему сыворотку Moser'a нѣкоторые авторы (*Escherich, Bokay* и др.) называютъ также «поливалентной противоскарлатинной сывороткой» («Das Moser'sche polyvalente Scharlachserum»). Результаты, полученные Moser'омъ послѣ примѣненія добытой имъ сыворотки въ 84 случаяхъ скарлатины, были чрезвычайно благоприятны: онъ наблюдалъ у скарлатинныхъ больныхъ рѣзкое паденіе температуры послѣ впрыскиванія, одновременно съ этимъ улучшеніе нервныхъ явленій, общаго самочувствія, сердечной дѣятельности и дыханія, быстрое исчезаніе сыпи, уменьшеніе числа осложненій и болѣе мягкое теченіе ихъ; % смертности въ клиникѣ послѣ введенія сывороточнаго лѣченія значительно понизился. На основаніи всего этого Moser считъ себя вправѣ признать свою сыворотку специфическимъ лѣчебнымъ средствомъ противъ скарлатины, исходя изъ предположенія, что стрептококкъ, полученный изъ труповъ больныхъ, умершихъ отъ скарлатины, является истиннымъ возбудителемъ этой болѣзни.

Вслѣдъ за статьей Moser'a появился рядъ сообщений, подтверждавшихъ его наблюденія. *Pospischill, Escherich, Bokay, Schau, Zupfinger, Raszyński* съ большимъ успѣхомъ примѣняли сыворотку Moser'a и заявляютъ объ ея специфическомъ дѣйствіи на скарлатинныхъ больныхъ. *Bukowski*, помимо благоприятнаго влиянія на общее состояніе больныхъ, наблюдалъ послѣ впрыскиванія сыворотки столь быстрое исчезаніе налетовъ въ зѣвѣ, что называетъ сыворотку мѣстнымъ лѣчебнымъ средствомъ. Въ послѣднихъ сообщеніяхъ изъ Вѣнской дѣтской клиники (*Schick*) приводятся, правда, о сывороткѣ Moser'a уже болѣе сдержанные отзывы: признавая ея специфичность, *Schick* вѣстѣ съ тѣмъ говоритъ о слабости ея дѣйствія на истинный процессъ въ зѣвѣ и вообще на осложненія и ограничиваетъ ея примѣненіе лишь тяжелыми случаями скарлатины. Мнѣе благоприятныя и даже отрицательныя отзывы даютъ другіе авторы. *Heubner* не видѣлъ существеннаго влиянія сыворотки Moser'a на скарлатинный процессъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ получилъ, правда, паденіе температуры и улучшеніе самочувствія больныхъ, но отказывается видѣть въ этомъ доказательство специфичности сыворотки. Чтобы признать ее, по его мнѣнію, необходимо произвести гораздо больше опытовъ съ неспецифическими сыворотками; въ одномъ-же изъ случаевъ, приводимыхъ въ статьѣ Moser'a, получило послѣ впрыскиванія нормальной лошадиной сыворотки очевидное, по словамъ *Heubner'a*, пониженіе температу...



дѣтской клиникѣ), примѣняя сыворотку Moser'a въ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины, получилъ неудовлетворительные результаты; въ болѣе-же легкихъ случаяхъ онъ наблюдалъ пониженіе температуры и улучшеніе общаго состоянія больныхъ; но такое улучшеніе покупалось цѣною тяжелыхъ послѣсывороточныхъ осложненій. Garlipp не можетъ установить сколько-нибудь замѣтнаго вліянія сыворотки на сыпь и на пораженіе зѣва и желѣзъ. Mendelson (ассистентъ Baginsk'аго) и Gangoffner не получили изъ своихъ опытовъ съ сывороткой Moser'a полной увѣренности въ ея существенномъ вліяніи на скарлатинный процессъ. Quest (изъ клиникѣ Czerny) также говоритъ, что въ пользу сыворотки Moser'a онъ не увѣренъ.

Что касается русскихъ авторовъ, то одни изъ нихъ примѣняли Вѣнскую сыворотку Moser'a (И. Я. Винокуровъ, В. К. Меньшиковъ, В. К. Стефанскій), другіе—противострептококковую сыворотку, приготовленную по способу Moser'a въ русскихъ бактериологическихъ Институтахъ: Петербургскомъ (А. П. Серебренникова-Глинская), Казанскомъ (В. К. Меньшиковъ), Харьковскомъ (А. Ц. Мицкевича и С. Я. Ясный) и Московскомъ (В. А. Саминъ, Г. Н. Сперанскій, А. В. Павловскій и Н. И. Сахаровъ, В. А. Колли, Б. А. Элизъ, А. П. Лановой). Всѣ они за исключеніемъ Стефанскаго, Мицкевича и Яснаго, съ восторгомъ отзываются о благоприятномъ дѣйствіи сыворотки Moser'a на скарлатинныхъ больныхъ и говорятъ о желательности возможно широкаго ея примѣненія.

Въ Московской дѣтской клиникѣ начали лѣченіе скарлатинныхъ больныхъ сывороткой, приготовленной въ Московскомъ бактериологическомъ Институтѣ ч. пр. Г. Н. Габричевскимъ и Н. И. Власевскимъ по способу Moser'a съ тѣмъ только отличіемъ, что они пользовались для иммунизации лошадей не смѣсью различныхъ разводовъ скарлатиннаго стрептококка, а одной, по возможности, недавно выдѣленной изъ трупъ скарлатиннаго больного, съ января 1904 г. Сыворотку эту Институтъ выпускаетъ подъ названіемъ «моновалентной противоскарлатинной сыворотки». Другая противострептококковая сыворотка, выпускаемая Институтомъ, носитъ названіе «поливалентной противострептококковой», ибо она получается отъ лошадей, иммунизированныхъ различными видами болѣзнетворныхъ стрептококковъ: рожи, родильной горячки, а въ томъ числѣ и скарлатиннымъ стрептококкомъ. Моновалентная противоскарлатинная сыворотка (она-же Moser'овская сыворотка Московскаго бактериологическаго Института) была примѣнена въ клиникѣ, до марта 1906 г., въ 33-хъ случаяхъ скарлатины, поливалентная противострептококковая—въ 3-хъ случаяхъ; кромѣ того, изъ частной практики я имѣю 2 наблюденія надъ лѣченіемъ скарлатины Moser'овской сывороткой.

Впрыскивалась сыворотка въ количествѣ 200 к. стм. при помощи прибора покойнаго проф. А. А. Боброва подъ кожу области живота послѣ тщательнаго ея обеззараживанія. Сыворотка обязательно нагрѣвалась до 37°—40° Ц. Мѣсто укола послѣ впрыскиванія покрывалось ватой, смоченной коллодіемъ. Въ зависимости отъ хода болѣзни, впрыскиваніе черезъ 1—2 сутокъ повторялось въ половинномъ количествѣ. Нарывовъ послѣ впрыскиванія я не наблюдалъ ни разу. Всѣ больные, какъ лѣченные сывороткой, такъ и нелѣченные, находились въ одинаковыхъ условіяхъ содержанія и лѣченія. Центръ тяжести лѣченія скарлатины въ клиникѣ лежитъ въ постельномъ содержаніи и молочной діетѣ въ теченіи 3—4-хъ недѣль, а также въ обеззараживаніи полостей носа, рта и зѣва при помощи спринцеваній перекисью водорода и пульверизаціи 5%-нымъ воднымъ растворомъ ихтиола. Смазыванія зѣва не примѣняются. Изъ возбуждающихъ, смотря по состоянію сердечной дѣятельности, дается кофеинъ и камфора.

Для лѣченія сывороткой мы старались выбирать случаи болѣе или менѣе серьезные, отчасти изъ-за недостатка въ сывороткѣ, который мы испытывали на первыхъ порахъ ея примѣненія, а главнымъ образомъ—потому, что при незначительности клиническаго матеріала такимъ путемъ надѣялись скорѣе и правильнѣе рѣшить вопросъ о лѣчебномъ значеніи сыворотки.

Говорить о предсказаніи въ первые дни заболѣванія скарлатиной, какъ извѣстно,—дѣло очень нелегкое; помимо быстрой перемены въ характерѣ теченія болѣзни, которую нерѣдко приходится наблюдать при скарлатинѣ, тутъ большую роль играетъ также субъективный взглядъ лѣчащаго врача. Moser всѣхъ больныхъ, лѣченныхъ имъ сывороткой, дѣлитъ по тяжести заболѣванія на 4 категории: I легкіе, II средніе, III тяжелые и IV безнадежные; сюда-же онъ относитъ скарлатинныхъ больныхъ съ очень тяжелыми общими явленіями при незначительныхъ мѣстныхъ измѣненіяхъ, а также больныхъ съ очень тяжелыми пораженіями зѣва и желѣзъ («Die pestähnliche Form» Neubner).

Эта схема принята всѣми авторами, производившими опыты съ сывороткой Moser'a; ея же придерживаюсь и я, при чемъ считаю нужнымъ добавить, что вопросъ о тяжести того или другаго случая по большей части обоуждался совмѣстно съ другими товарищами по клиникѣ; этимъ путемъ, я надѣюсь, удалось устранить вліяніе субъективнаго взгляда отдѣльнаго врача.

У всѣхъ больныхъ бактериологически изслѣдовалась слизь изъ полости зѣва, а у тяжелыхъ, кромѣ того, и кровь, которую извлекали изъ локтевой вены, въ количествѣ 5—10 к. стм. при помощи шприца Luer'a; въ 1 случаѣ изслѣдована была также цереброспинальная жидкость, полученная посредствомъ поясничнаго прокола. Послѣ смерти изслѣдованію подвергалась обыкновенно кровь сердца, а иногда также и органы.

Было-бы утомительно приводить всѣ исторіи болѣзни. При чтеніи ихъ многія существенныя обстоятельства, растворяясь въ массѣ менѣе существенныхъ, по необходимости, ускользаютъ отъ вниманія читателя, вслѣдствіе чего ему трудно бываетъ возстановить точную картину болѣзни и оцѣнить тѣ измѣненія въ ходѣ заболѣванія, какія вызваны сывороткой. Поэтому всѣ исторіи болѣзни я расположилъ въ таблицѣ, которая содержитъ слѣдующія графы: возрастъ больного, состояніе питанія, день болѣзни при впрыскиваніи, количество сыворотки, предсказаніе по Moser'у и исходъ болѣзни; далѣе слѣдуютъ ходъ температуры, состояніе пульса и сердечной дѣятельности, нервныя явленія, измѣненія въ полости рта и зѣва, состояніе желѣзъ и характеръ сыпи какъ до впрыскиванія сыворотки, такъ и въ ближайшіе дни послѣ него, при чемъ указанъ также день окончанія лихорадки и день очищенія зѣва; слѣдующія графы содержатъ краткое перечисленіе всѣхъ осложненій, наблюдавшихся у каждаго больного, побочныя явленія сыворотки и, наконецъ, результаты бактериологическаго изслѣдованія и краткій протоколъ вскрытія.

Какъ видно изъ таблицы, по возрасту больные распределяются такъ:

До 1 года . . . . .	0
Отъ 1 до 2 лѣтъ . . . . .	0
» 2 » 3 » . . . . .	1
» 3 » 4 » . . . . .	2
» 4 » 5 » . . . . .	2
» 5 » 10 » . . . . .	18
» 10 » 15 » . . . . .	8
Старше 15 лѣтъ . . . . .	2
Всего . . . . .	33

Такимъ образомъ большинство больныхъ (5/6) были въ возрастѣ старше 5 л., самыхъ же маленькихъ дѣтей до 2 л.—не было ни одного.

Въ 1-ый день болѣзни сыворотка не была впрыснута ни разу; на 2-ой день — 10 больнымъ, изъ которыхъ 1 умеръ, на 3-ий—6 больнымъ, 1 умеръ; на 4-ый—8 больнымъ, умерло 3; на 5-ый—3 больнымъ, всѣ выздоровѣли; на 6-ой—5 больнымъ, умерли 2 и на 8-ой—1 больному, который выздоровѣлъ.

Легкихъ случаевъ (I категория Moser'a) среди моихъ больныхъ не было ни одного; среднихъ (II категория) — 10 больныхъ, всѣ выздоровѣли; тяжелыхъ (III)—18 больныхъ, изъ нихъ 4 умерли; очень тяжелыхъ и безнадежныхъ (IV)—5 больныхъ, умерли 3. Если расположить больныхъ въ зависимости отъ дня впрыскиванія и тяжести заболѣванія, получимъ слѣдующую таблицу.

№	Начальная буквы имени и фамилии. Время забо- лѣванія, по- ступленія и выписки.	Возрастъ.	Питаніе.	День болѣзни при выскакиваніи.	Количество сыворотки.	Предсказаніе по Moser'y.	Исходъ.	Т° *).	Пulse и сердечная дѣятель- ность.	Нервная система.	Полость рта и вѣва.	Железы и др. органы.	Сыпь.	Т° *).
Д о в п р ы с к и в а н і я.														
1	Е. С., забо- лѣла 14/1, поступила въ клини- ку 14/1, вы- была 24/ш 1904 г.	7 л.	Слабое.	6-ой 19/1	200 к. стм. Moser'a.	III	Выз- доро- вѣла.	40,2—40,3 (17/1) 39,1—40,4 (18/1) 39,8 (19/1)	124, сла- бago на- полненія (19/1)	Сонлива; бре- да нѣтъ.	Обѣ минда- лины, задняя стѣнка глот- ки и часть язычка по- крыты гряз- носырымъ налетомъ.	Подчелюст- ныя увеличе- нія (болѣе грецкого орѣха) и бо- лѣзненны; клетчатка отечна. Силь- ный нас- моркъ; ды- шетъ черезъ ротъ.	Поблѣднѣла, въ пахахъ геморрагиче- ская.	40,4 (9/1) 39,8—40,4 (20/1) 38,2—38,8 (21/1) 38,4—40,1 39,3—40,2 38,2—40,4
2	Т. А., забо- лѣла 28/1, пост. 29/1, выб. 10/ш 1904 г.	8 л.	Тоже.	2-ой 29/1	Тоже.	III	Тоже.	40,1—40,2 (29/1)	152, сла- бago на- полненія (29/1)	Сонлива; очень раздра- жительна.	Грязносырые налеты на обѣихъ мин- далинахъ; рѣзкая крас- нота и оте- чность языка и мягкого неба.	Подчелюст- ныя увели- чены и бо- лѣзненны. Насморкъ; говорить въ носъ.	Яркая, на ко- нечностяхъ выражена слабѣе.	38,7—39,4 (30/1) 38,6—39,1 37,8—38,6 38,1—38,4
3	Д. К., забо- лѣла 6/п, пост. 9/п, выб. 24/ш 1904 г.	6 л.	Тоже.	6-ой 11/п	Тоже. Кромѣ того 9/п про- тиводифте- рийной сыв. 2000 ед.	III	Выз- доро- вѣла.	40,5 (9/п) 39,8—41 40,2—40,5	140, слаб.	Постоянный бредъ; полу- бессознат. состояніе.	Точечные грязносырые налеты на миндалинахъ; рѣзкая крас- нота и оте- чность языка и мягкого неба.	Подчелюст- ныя сильно увеличены. Насморкъ.	Сыпи нѣтъ.	40,3 (11/п) 39,6—38,6 37,2—37,5 36,8—37,4
4	Б. К., забо- лѣла 12/ш, пост. 13/ш, выб. 18/ш 1904 г.	6 л.	Среднее.	2-ой 13/ш	200 к. стм. Moser'a.	III	Тоже.	40,2—40,8 (13/ш)	150, слаб.	Сонливъ, апатиченъ.	Точечные на- леты на мин- далинахъ.	Подчелюст- ныя немного увеличены, безболѣзнен- ны.	Типичная сыпь.	38,0—38,8 (14/ш) 37,6—37,9 37,6—38,2 38,1—39,1
5	Н. В., забо- лѣла 24/х, пост. 26/х, выб. 4/х 1904 г.	13 л.	Тоже.	4-ый 27/х	Тоже.	III	Выз- доро- вѣла.	39,4—39,8 (26/х) 39,6—40 (27/х)	132, слаб. (27/х)	Сонлива; ночью бредъ.	Грязносырые налеты на миндалинахъ и задней стѣнкѣ глот- ки.	Подчелюст- ныя сильно увеличены и болѣзненны. Насморкъ. Понось.	Сыпь съ си- неватѣмъ от- ѣнкомъ, мѣ- стами пете- хиальная.	39,3—39,2 (27/х) 37,5—38,1 37,4—38,4 38,4—39,4
6	П. Ф., забо- лѣла 24/х, пост. 27/х, выб. 4/ш 1904 г.	5 л.	Тоже.	5-ый 29/х	Тоже.	IV	Выз- доро- вѣла.	38,8—39,2 (27/х) 38,8—39,5 39,6 (29/х)	132, очень слаб. То- ны сердца глухи, по- холоданіе конечнос- тей (29/х)	Сонливъ, апатиченъ; ночью бредъ.	Грязносырые налеты на миндалинахъ, язычокъ и зад- ней стѣнкѣ глотки.	Подчелюст- ныя сильно увеличены и болѣзненны. Сильный нас- моркъ.	Сыпь поблѣ- днѣла. Шелу- шеніе нача- лось 27/х при яркой сыпи.	40,—39,2 (29/х) 38,8—38,2 37,9—38,4 38,9—39,4 38,8—39,6
7	Е. С., забо- лѣла 28/х, пост. 30/х, выб. 15/х 1904 г.	6 л.	Тоже.	3-ий 30/х	Тоже.	III	Выз- доро- вѣла.	40,4 (30/х)	136, слаб.	Постоянно бредитъ; воз- буждена.	Налетъ на лѣвой минда- линѣ.	Подчелюст- ныя немного увеличены и болѣзненны съ обѣихъ сторонъ.	Типичная сыпь, выра- жена нерав- номерно.	38,7—39,1 (1/х) 38,4—39 37,6—37,8
8	Е. Г., забо- лѣла 28/х, пост. 30/х, выб. 28/х 1904 г.	8 л.	Тоже.	5-ый 2/х	Тоже.	III	Тоже.	40 (30/х) 40,3—40 39,6 (2/х)	120, слаб.	Очень воз- буждена; бре- дитъ.	Налеты на обѣихъ мин- далинахъ.	Подчелюст- ныя увели- чены и бо- лѣзненны. Сильный нас- моркъ. По- нось.	Равномерная сыпь, въ спи- нахъ конеч- ностей пете- хиальная.	39,7—38,4 (2/х) 37,6—38 37,5—37,9 38—39,2

\*) Курсивомъ набрана температура, измѣренная непосредственно передъ впрыскиваніемъ, а также самая низкая температура, наблюдавшаяся.

День окончанія лихорад- ки.	Пульсъ.	Нервная си- стема.	Полость рта и гѣва.	День окончанія гѣва.	Железы и др. органы.	Сыпь и ше- лушеніе.	Осложненія и общее те- ченіе болѣзни послѣ выпрыскиванія.	Сывороточ- ныя явлє- нія.	Бактеріологическое ислѣдованіе и прото- колъ вскрытія.
с л ѣ в п р ы с к и в а н і я .									
48-ой день болѣзни.	134, сла- бый (19/1) 128—132, слабый (20/1) 120—104, удовлетв. (21/1)	Незначи- тельное улуч- шеніе само- чувствія от- мѣчено че- резъ 2 дня (21/1).	Налеты въ теченіи 2-хъ сутокъ уве- личивались, затѣмъ съ 22/1 непре- рывно, но медленно ис- чезали.	20-й день бол.	Уменьшеніе же- лезъ отмѣчено 25/1. Исчезли окончат. 14/ш.	Шелушеніе началось 21/1.	Жаба съ омертвѣніемъ тканей. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Сред- ній отитъ (23/1). Катар- ральная пневмонія (25/1) — продолжалась 2 мѣс.; большая выписалась съ небольшимъ количествомъ хриповъ. Полиартритъ (7/п) держался 10 дней.	Крапивница 26/1, держа- лась 3 дня.	Въ мазкѣ: стафило- кокки и стрептококки. Въ разводкѣ: то-же.
10-ый день бол.	124—126, удовлетв. (30/1) 100—108, 96—108	Самочувствіе немного луч- ше, сонливос- ти меньше (30/1).	Налеты за- няли язычекъ и заднюю стенку глот- ки (31/1). Уменьшеніе налетовъ от- мѣчено 3/п.	9-й д.	Подчелюстные увеличились (31/1). Умень- шаться начали 3/п.	Сыпь начала блѣднѣть 31/1. Шелу- шеніе появи- лось 10/п.	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Артритъ 2/п, держался 3 дня. Альбу- минурія 14/п, держалась 2 дня.	Крапивница, разнообраз- ная эритема 4/п, держа- лась 5 дней. Боли въ су- ставахъ.	Въ мазкѣ: кокки, диплококки, стрепто- кокки. Въ разводкѣ: кокки и короткіе стрепто- кокки.
10-ый д. бол. На 18-ый д. бол. вновь поднялась и держал. до 23-го.	130, слаб. (11/п) 110—118 (12/п) 90—104, удовлетв.	Самочувствіе нѣсколько лучше; сонъ спокойнѣе (12/п).	Налеты пе- решли на язычекъ и мягкое небо. Уменьшаться начали 16/п.	15-й д.	Железы безъ перемѣны 14/п.	Шелушеніе сильное, ха- рактерное для скарла- тины.	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ.	Крапивница 19/п, держа- лась 7 дней.	Въ мазкѣ: кокки, стрептококки, корот- кія палочки. Въ разводкѣ: стреп- тококки.
10-ый день бол.	128, луч- ше (14/ш)	Самочувствіе много лучше (14/ш).	Налеты въ теченіи 4-хъ дней продол- жали увели- чиваться, сдѣлались сплошными на минда- линахъ, заняли язычекъ.	15-й д.	Подчелюстные железы сильно увеличились (16/ш).	Сыпь начала блѣднѣть 15/ш, исчезла 18/ш. Шелу- шеніе нача- лось 21/ш.	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Миокардитъ 25/п (аритмія, глухота 1-го тона) держался 5 дней.	Никакихъ.	Въ мазкѣ: кокки и стрептококки. Въ разводкѣ: то-же.
15-ый день бол.	120, луч- ше (28/ix) 96—94, удовлетв. (29/ix)	Самочувствіе лучше (28/ix)	Налеты въ теченіи 3-хъ дней заняли язычекъ и мягкое небо. Уменьшаться начали 30/ix.	14-й д.	Железы увели- чились 28/ix. Уменьшаться на- чали 1/х.	Сыпь поблѣд- нѣла 28/ix. Шелушеніе началось 3/х.	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Средній отитъ 30/ix. Миокардитъ (рѣд- кій аритмичный пульсъ) 6/х, держался 10 дней.	Крапивница 4/х, держа- лась 4 дня.	Въ мазкѣ: кокки и стрептококки. Въ разводкѣ: то-же
70-ый день бол.	144, очень слабый (29/ix) 120—120, лучше (30/ix)	Самочувствіе лучше; сон- ливости меньше (30/ix).	Появился дифтерійный стоматитъ (2/х), держал- ся 10 дней. Налеты въ гѣвѣ исче- зали мед- ленно.	23-й д.	Железы безпре- рывно увеличи- вались съ обѣихъ сторонъ; пере- шли въ нагноє- ніе.	Очень силь- ное шелуше- ніе, пластин- чатое на ту- ловищѣ.	Дифтеріодный стоматитъ. Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ съ нагноєніемъ (разрѣвъ справа сдѣланъ 24/х, а слѣва 8/х). Гной- ный средній отитъ съ обѣихъ сторонъ (течь лѣ- ваго уха течъ показавалась 3/х, а въ правомъ сдѣ- ланъ разрѣвъ барабанной перепонки 5/х). Лѣвостор- онная плейропневмонія (началась 15/х, кончи- лась 1/х). Полиартритъ (15/х—19/х).	Никакихъ.	Въ мазкѣ: кокки, стрептококки, короткія палочки. Въ разводкѣ: кокки и стрептококки.
20-ый день бол.	132—128, удовлетв. (1/х) 116—120, 94—104	Бредитъ меньше (1/х). Бреда нѣтъ (2/х).	Появился на- летъ на пра- вой минда- линѣ (3/х).	10-й д.	Железы безъ по- ремѣны.	Сыпь поблѣд- нѣла 3/х. Шелу- шеніе на- чалось 3/х.	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Заболѣла 29/х вѣтреной осной.	Крапивница 11/х, держа- лась 3 дня.	Въ мазкѣ: диплокок- ки и стрептококки. Въ разводкѣ: то-же.
15-ый день бол.	132—120, слаб. (2/х) 94—88, удовлетв.	Возбужденіе и бредъ уменьшились (3/х).	Налеты 2 дня безъ перемѣ- ны, затѣмъ (5/х) начали уменьшаться.	10-й д.	Железы начали уменьшаться 7/х. Железы безъ пе- ремѣны.	Сыпь поблѣд- нѣла 4/х.	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Средній гнойный отитъ (течь показавалась 3/х). Миокардитъ (1 мѣ- сонъ, нечистый, раздѣ- леніе тона въ легочной ар- теріи) 6/х, держался не- долго. Заболѣла 17/х вѣтр. осной.	Крапивница 12/х, держа- лась 4 дня.	Въ мазкѣ: кокки. Въ разводкѣ: кокки и стрептококки.

Въ теченіи 2-хъ сутокъ послѣ него.

9	Ю. М., заболѣла 30/х, пост. 1/х, выб. 31/х 1904 г.	7 л.	Тоже.	2-ой 1/х	Тоже.	IV	Тоже.	40,6—41 (1/х)	160, очень слабый.	Подавленное состояние, спячка; не отвѣчаетъ на уколъ.	Налеты на обѣихъ миндалинахъ; рѣзкая краснота и отечность язычка и мягкого неба.	Подчелюстные увеличены и болѣзненны. Сукровичный насморкъ. Поносъ.	Слабо выраженная сыпь, въ сгибахъ петехиальная.	37,4—39,4 (2/х) 38,3—39,3
10	К. Х., заболѣла 9/х, пост. 10/х, выб. 17/х 1904 г.	2 г.	Тоже.	2-ой 10/х	Тоже.	III	Тоже.	40,3—40,4 (10/х)	160, слаб.	Сонлива, раздражительна.	Точечные налеты на миндалинахъ; рѣзкая гиперемія слизистой оболочки полости рта.	Подчелюстные немного увеличены. Насморкъ. Сухіе хрипы въ бронхахъ. Рѣдкій кашель.	Яркая сыпь на ногахъ папулезная, на спинѣ сыпучая.	40,8—41,0 39,6—39,8 38,6—38,8 37,8—38,0
11	Н. Л., заболѣла 10/х, пост. 14/х, выб. 19/х 1904 г.	12 л.	Тоже.	5-ый 14/х	Тоже.	II	Тоже.	39,4—39,6 (14/х)	128, удовлетвор.	Сознание ясное, но временами бредъ.	Налеты на миндалинахъ и задней стѣнкѣ глотки.	Подчелюстные увеличены и болѣзненны.	Типичная сыпь, въ колыбельномъ болѣзненна.	39,4—40,0 38—39 37,2—37,8
12	А. Л. заболѣла 4/х, пост. 9/х, умерла 12/х 1904 г.	6 л.	Тоже.	6-ой 10/х	300 к. стм. Moser'a (200 к. с. 10/х + 100 к. с. 11/х).	III	Умерла 12/х	40,3 (9/х) 40,3 (10/х)	148, слаб. Тоны сердца глуховаты.	Сознание сохранено; возбужденъ.	Гризносърные налеты на миндалинахъ, мягкомъ небѣ и задней стѣнкѣ глотки.	Подчелюстные сильно увеличены и болѣзненны. Насморкъ.	Поблѣднѣвшая сыпь, на лицѣ шелушеніе.	40,8 (10/х) 40,6—40,8 (11/х)
13	Д. Т., заболѣла 17/х, пост. 19/х 1904 г., выб. 16/х 1905 г.	11 л.	Среднее.	4-ый день 21/х.	200 к. стм. Moser'a.	II	Выздоровѣла.	40,3 (19/х) 39,1—39,3 39,2 (21/х).	112, удовл. (21/х).	Сонливъ; ночью бредитъ.	Гризносърные налеты на обѣихъ миндалинахъ и задней стѣнкѣ глотки.	Подчелюстные сильно увеличены и болѣзненны.	Неравномерная, на груди петехиальная.	39,9 (21/х) 38,3—38,5 38,3—38,5 38,9—39,1 39—39,3
14	П. Ч., заболѣла 19/х, поступ. 21/х умерла 30/х 1905 г.	8 л.	Хорошее.	3-ий день 21/х.	400 к. стм. Moser'a: 200 к. стм. 21/х + 100—23/х + 100—25/х.	III	Умерла 30/х.	40,6 (21/х).	148, удовл. (21/х).	Сознание ясное; ночью бредъ.	Точечные налеты на обѣихъ миндалинахъ; рѣзкая краснота всего гѣва.	Подчелюстные немного увеличены и болѣзненны.	Яркая.	40,4 (21/х) 40,2—40,4 39,8—40,0 39,2—39,4 39,7—40,0
15	М. Х., заболѣла 6/х, поступ. 7/х, выб. 11/х 1905 г.	5 л.	Среднее.	3-ий день 8/х.	200 к. стм. Moser'a.	III	Выздоровѣла.	40,6 (7/х) 40,2 (8/х).	144, удовл. (8/х).	Сонлива; сознание полное.	Миндалины очень увеличены; на правой—точечный налетъ.	Подчелюстные увеличены и болѣзненны.	Типичная сыпь.	40,4—40,6 (6/х) 39,8—40,0 (9/х) 38,4—38,6 37,5—37,7
16	П. М., заболѣла 9/х, поступ. 10/х, выб. 2/х 1905 г.	7 л.	Тоже.	2-ой день 10/х.	Тоже.	II	Тоже.	39,6—39,6 (10/х).	120, удовл. (10/х).	Головная боль. Бреды нѣтъ.	Точечные налеты на обѣихъ миндалинахъ. Гиперемія всего гѣва.	Подчелюстные немного увеличены, безболѣзненны.	Типичная яркая сыпь.	39,3—39,5 (10/х) 37,6—37,8 37,4—37,6



30-й день бол.	(3/x) 120—132, лучше (2/x) 100—124, 108—120	Сознание прояснилось, отвѣчаетъ на вопросы (2/x)	Налеты перешли на заднюю стѣнку глотки. Уменьшеніе началось 6/x.	10-й д.	Железы безъ перемѣны.	Сыпь поблѣднѣла 3/x.	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Эндокартитъ 4/x. Шумъ съ 1-мъ временемъ у верхушки оставался до выхода изъ клиники. Полиартритъ (15/x).	Крапивница 14/x, держалась 4 дня. Боли въ суставахъ.	Въ мазкѣ: кокки, диплококки и стрептококки. Въ разводкѣ: диплококки и стрептококки.
18-й день бол.	180, очень слабый (10/x) 160—140, лучше (11/x) 128—128	Самочувствіе лучше (12/x)	Налеты въ 3 дня исчезли	5-й д.	Железы уменьшились (12/x); кашель усилился; появились мелкіе хрипы (12/x).	Сыпь поблѣднѣла 14/x. Шелушеніе началось 15/x.	Фолликулярная жаба. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Катарральная пневмонія (15/x) держалась 2 недѣли.	Крапивница 21/x, держалась 3 дня.	Въ мазкѣ и разводкѣ: диплококки и стрептококки.
8-ой день	128 (14/x) удовлетв. 104—100, удовлетв.	Бредъ продолжается (15/x). Самочувствіе лучше (17/x).	Налеты постепенно уменьшались.	11-й д.	Железы начали уменьшаться 17/x.	Шелушеніе началось 17/x.	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ.	Крапивница 23/x, держалась 2 дня.	Въ мазкѣ: стафилококки и стрептококки. Въ разводкѣ: тоже.
—	148, очень слабый (10/x) 148—160, едва пропунув. (11/x)	Сознание затѣмнено; возбужденіе усилилось (11/x).	Налеты безъ перемѣны (11/x).	—	Железы увеличились (11/x). Появились болевенность и опухоль лучевыхъ и локтевыхъ суставовъ (11/x).	Сыпь исчезла 11/x.	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Полиартритъ (11/x). Смерть 12/x.	—	Въ мазкѣ и разводкѣ стрептококки и кокки. На вскрытіи: Скарлатинная жаба. Язвенное воспаление миндалинъ. Гиперплазія шейныхъ и брызжеечныхъ лимфатическихъ железъ. Множественный гнойный артритъ. Паренхиматозное перерожденіе сердца, почекъ и печени. Фолликулярная гиперплазія селезенки. Изъ крови сердца и изъ гноя суставовъ выдѣлена чистая разводка стрептококка.
42-ой день бол.	112, удовл. (21/x) 104—104, 92—100	Бредъ продолжается (22/x). Бредъ чѣтъ (25/x).	Налеты увеличились, воспалились язычекъ (25/x). Налеты стали меньше (27/x).	15-ый день.	Железы увеличились (27/x). На лѣвой сторонѣ перешли въ нагноеніе.	Сыпь поблѣднѣла (22/x). Шелушеніе началось (24/x).	Жаба съ омертвѣніемъ. Лѣвосторонній лимфаденитъ шейныхъ железъ съ нагноеніемъ (разрѣвъ сдѣланъ 6/x). Полиартритъ (22/x—10/x). Нефритъ (26/x) продолжался 5 дней.	Никакихъ.	Въ мазкѣ: стрептококки и стафилококки. Въ разводкѣ: стрептококки.
—	144, слабый (21/x) 152—140, слабый (22/x) 150—160, оч. слаб. (28/x).	Бредъ и возбужденіе усилились (22/x). Безсознательное состояніе и бредъ (24/x).	Налеты въ теченіи 2-хъ дней безъ перемѣны; затѣмъ 24/x увеличились, воспалились, воспали обѣ миндалины.	—	Железы сильно увеличились (24/x). Въ мочѣ появились бѣлокъ и цилиндры (24/x).	Сыпь поблѣднѣла (25/x). Шелушеніе началось 27/x.	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Нефритъ (24/x). Больная съ 25/x находилась почти все время въ безсознательномъ состояніи; дѣятельность сердца постепенно слабѣла, смерть (30/x).	—	Въ мазкѣ: стрептококки и короткія толстія палочки. Въ разводкѣ: стрептококки. Кровь при жизни исследовалась 3 раза: 23/x увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ, стерильна; 26/x—тоже; 29/x—сильное увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ; при посѣвѣ выросъ стрептококкъ. Спинномозговая жидкость стерильна. На вскрытіи: Скарлатинная жаба. Язвенное воспаление миндалинъ. Гипертрофія шейныхъ и брызжеечныхъ железъ. Множественный гнойный артритъ. Паренхиматозное перерожденіе сердца и почек. Острое набуханіе селезенки. Изъ крови сердца и гноя суставовъ получена чистая разводка стрептококка.
11-ый день бол.	144, удовл. (8/x) 132—132, удовл. (9/x).	Самочувствіе нѣсколько лучше (9/x).	Налеты въ теченіи 3-хъ дней увеличивались, воспали обѣ миндалины. Уменьшались начали (12/x).	10-ый день.	Железы увеличились (9/x). Уменьшались начали (14/x).	Сыпь поблѣднѣла (9/x). Шелушеніе началось (20/x).	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Бронхитъ (10/x). Эндокартитъ (12/x)—шумъ съ 1-мъ временемъ и учащенный пульсъ — держался до 3/x.	Никакихъ.	Въ мазкѣ: стафилококки и стрептококки. Въ разводкѣ: тоже.
4-ый день бол.	100, удовл. (10/x) 128—124, 102—88 (12/x), хорошиѣ.	Самочувствіе хорошее (11/x).	Налеты не увеличились; быстро исчезли (14/x).	6-ой день бол.	Железы уменьшились (12/x).	Сыпь поблѣднѣла (13/x). Шелушеніе началось (20/x).	Фолликулярная жаба. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Заболѣла 11/x корью средней силы.	Тоже.	Въ мазкѣ и разводкѣ: диплококки и стрептококки.

17	А. М., заболѣла 27/х, пост. 29/х, выб. 13/хп 1905 г.	12 л.	Тоже.	4-ый день 30/х.	Тоже.	II	Тоже	0,2 (20/х) 39,8 (30/х).	132, удовл. (30/х).	Головная боль. Ночью бредъ.	Миндалины очень увеличены; рѣзкая краснота всего зѣва. Налетовъ нѣтъ.	Подчелюстные увеличены и болѣзненны.	Типичная сыпь.	40,4 (30/х) 38,7—39,3 37,3—38,5 39—39,5
18	А. М., заболѣла 5/хп, пост. 10/хп, умерла 11/хп 1905 г.	3 г.	Тоже.	6-ой день 10/хп.	300 к. стм Moser'a сеприя 67 200 к. стм. 10/хп + 100—11/хп.	IV	Умерла 11/хп.	40,2 (10/хп).	168, оч. слаб. Тоны сердца глухи; кожные прохладны.	Полубессознательное состояніе.	Налеты на миндалины, язычокъ и мягкомъ небѣ. Запахъ изо рта.	Подчелюстные очень увеличены и болѣзненны.	Неравномерная съ синюшнымъ оттенкомъ.	40,4—39,5 (10/хп) 39,5—38,5 (11/хп).
19	Н. К., заболѣла 23/х, пост. 25/х, выб. 18/хп 1905 г.	9 л.	Тоже.	4-ый день 26/х.	200 к. стм. Moser'a сеприя 67.	III	Выздоровѣла.	39,3—39,8 (25/х) 39,8 (26/х).	138, слабый.	Бредъ, сильное возбужденіе.	На лѣвой миндалины небольшой налетъ. Рѣзкая гиперемія всего зѣва.	Подчелюстные немного увеличены.	Яркая, мѣстами петехиальная.	39,8—38,5 (26/х) 38,4—38,2 (27/х) 38,2—37,7—38
20	И. И., заболѣла 13/хп, пост. 16/хп, умерла 25/хп 1905 г.	30 л.	Тоже.	4-ый день 16/хп.	Тоже.	III	Умерла 25/хп.	40,4 (16/хп).	144, слабый.	Полубессознательное состояніе.	Миндалины сильно увеличены и рѣзко гиперемированы. Налетовъ нѣтъ.	Подчелюстные увеличены немного. Въ мочѣ бѣлокъ.	Слабо выражена, мѣстами палупенная.	40,7—39,5 (16/хп) 38,8—38,5 37,8—37,5—38
21	А. Д., заболѣла 17/х, пост. 20/х, умерла 22/х 1906 г.	11 л.	Хорошее	4-ый день 20/х.	400 к. стм. Moser'a сеприя 91. 200 к. стм. 20/х + 200—21/х.	III	Умерла 22/х.	40,5 (20/х).	140, удовл. Тоны чисты, ясны.	Сознание ясное; возбуждена; ночью бредъ.	Миндалины сильно увеличены; грязносерые налеты на правой миндалины; на лѣвой — налетъ незначительный. Запахъ изо рта.	Подчелюстные увеличены и болѣзненны.	Типичная сыпь, выражена неравномерно.	41—40,5 (20/х) 40,6—40,3—40
22	Е. З., заболѣла 23/х, пост. 24/х, выб. 2/хп 1906 г.	4 г.	Среднее	3-ий день 25/х.	200 к. стм. Moser'a сеприя 100.	III	Выздоровѣла.	39,7 (25/х).	160, слабая синева губъ и конечностей. Врожденный порокъ сердца. 130, удовл. (30/х).	Сознание ясное; во время сна бредъ.	Миндалины увеличены; на правой точечной налетъ. Гиперемія всего зѣва.	Подчелюстные немного увеличены. 2 мѣсяца болѣсть коклюшемъ; только что перенесла воспаленіе легкаго.	Яркая сыпь съ синюшнымъ оттенкомъ.	40,6—39,2 (25/х) 39,2—38,0—37,8
23	А. Г., заболѣла 28/х, пост. 29/х, выб. 15/хп 1906 г.	8 л.	Хорошее	3-ий день 30/х.	200 к. стм. Moser'a сеприя 91.	II	Тоже.	39,5—40 (29/х) 39,8—40,3 (30/х).	130, удовл. (30/х).	Сознание ясное; бреда нѣтъ.	Миндалины увеличены; на правой сплошной налетъ. Гиперемія всего зѣва.	Подчелюстные немного увеличены.	Типичная яркая сыпь.	39,4—38,3 (30/х) 38,3—37,6—37,3 37,7—39,6
24	В. Д., заболѣла 30/х, пост. 31/х, выб. 10/хп 1906 г.	13 л.	Слабое	2-ой день 31/х.	200 к. стм. Moser'a сеприя 100.	II	Тоже	40,3 (31/х).	138, удовл.	Сознание ясное; бреда нѣтъ.	Гиперемія зѣва и миндалины. Налетовъ нѣтъ.	Подчелюстные немного увеличены.	Тоже.	40,1 (31/х) 38,2—37,8 37,1—37,9 39,9
25	Е. Л., заболѣла 7/хп, пост. 9/хп, выб. 30/хп 1906 г.	6 л.	Среднее	4-ый день 10/хп.	200 к. стм. Moser'a сеприя 103.	III	Выздоровѣла.	40,5—40,2 (9/хп) 39,8—39,8 (10/х).	116, слабый (10/хп).	Сильная сонливость, бредъ.	Сильная гиперемія всего зѣва; отечность язычка и мягкаго неба. Миндалины оч. чувствительны; на нихъ точечные налеты.	Подчелюстные сильно увеличены.	Сыпь нѣтъ.	38,4—37,2—36,6

13-ый день бол.	140, удовл. (30/x), 100 — 100 хороший 72 — 72 96 — 100 160, слабый (10/x) 168, ните- видный (11/x).	Головной боли нет (1/x). Бредъ продолжает- ся (2/x).	Появились налеты на обихих мин- далинах (2/x) и дер- жались до (6/x).	10-ый день бол.	Железы безъ перемѣны.	Сыпь начала блѣднѣть (1/x). Шелу- шение нача- лось (8/x).	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Міожардитъ (рас- ширение сердца, глухіе тоны) держался съ 4/x до 20/x.	Тоже.	Въ мазкѣ и разводкѣ стафилококки и стреп- тококки.
—	—	Улучшенія не было.	Налеты уве- личились (11/x).	—	Железы увели- чились (11/x). Бѣлокъ въ мочѣ и цилиндры (11/x).	Сыпь безъ перемѣны.	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Нефритъ.	Тоже.	Въ мазкѣ: стрептокок- ки и стафилококки. Въ разводкѣ стафилокок- ки. Кровь, взятая 11/x за 12 час. до смерти, оказалась стерильной. Вскрытіе: Скарлатин- ная жаба. Острый лим- фаденитъ шейныхъ железъ. Паренхиматоз- ное пережденіе сердца и печени. Острый дву- сторонній паренхима- тозный нефритъ. Ги- перплазія селезенки. Острый бронхитъ. Мут- ная патна на эпикар- діи. Кровь изъ полости сердца — стерильна.
30-ый день бол.	144, слабый (21/x) 128 — 112 лучше (27/x).	Возбужденіе и бредъ уси- лились (27/x). Бреда нѣтъ, больная ста- ла спокой- нѣе 29/x.	Налеты уве- личились (28/x), исче- ли (3/x).	11-ый день.	Железы увели- чились, перешли въ нагноеніе.	Сыпь по- блѣднѣла (27/x). Шелу- шение нача- лось (30/x).	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ съ нагноеніемъ (разрывъ сдѣланъ 14/x). Альбуминурия 10/x, дер- жалась 5 дней. Перенесла корь безъ осложненій (15/x).	Тоже.	Въ мазкѣ и разводкѣ кокки и стрептококки.
31-ый день бол.	120, слабый (16/x) 108 — 108 лучше (17/x).	Бессозна- тельное со- стояніе про- должалось до самой смерти.	Появились налеты на миндалинахъ (14/x), исче- ли (21/x).	9-ый день.	Железы безъ пе- ремѣны. Въ мо- чѣ бѣлокъ и ци- линдры (17/x) Судороги (23/x).	Сыпь по- блѣднѣла (18/x).	Фолликулярная жаба. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Нефритъ. (Бѣлка 2%, много крови и ци- линдровъ; въ теченіи су- токъ 22/x — анурія). Моче- кровоіе.	Тоже.	Въ мазкѣ и разводкѣ кокки и стрептококки. Вскрытія не было.
—	148, удовл. (20/x) 160 — 160 слабый (21/x) 148 — 168, оч. слаб. (22/x).	Къ вечеру (30/x) рѣзкое ухудшеніе: затемненное сознаніе, по- стоянный бредъ, силь- ное возбу- жденіе. Та- кое состоя- ніе до смер- ти (22/x).	Въ зѣвѣ безъ перемѣны (21/x и 22/x).	—	Железы умень- шились (22/x).	Утр. 21-й сыпь мѣстами исчезла, мѣ- стами сдѣла- лась ярче. На рукахъ по- явились пят- на, напоми- нающія кра- пивную сыпь. Мѣсто укола рѣзко по- блѣднѣло.	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Альбуминурия (21/x).	—	Въ мазкѣ и разводкѣ стафилококки и стреп- тококки. Вскрытія не было.
13-ый день бол.	160, слабый (25/x) 132 — 124 лучше (26/x).	Особой пе- ремѣны не было.	Налеты 2 дня безъ пе- ремѣны, за- тѣмъ начали уменьшаться. Вновь по- явились (29/x) афтозный стоматитъ.	8-ой день.	Железы безъ перемѣны.	Сыпь приня- ла (26/x) пе- техіальный характеръ. Исчезла (29/x).	Фолликулярная жаба. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Афтозный стома- титъ (29/x) — держался въ теченіи недѣли.	Никакихъ.	Въ мазкѣ и разводкѣ кокки и стрептококки.
27-ой день бол.	128, удовл. (30/x) 116 — 120, удовл. (31/x). 84 — 80	Тоже.	Налеты уменьшились (1/x). Налеты вновь увели- чились, пе- решли на язычекъ (4/x), исчезли (12/x). По- явился афто- зный стома- титъ (4/x).	15-ый день.	Железы безъ пе- ремѣны (2/x). Железы увели- чились (6/x). Въ мочѣ бѣлокъ и цилиндры (15/x)	Сыпь исчезла (3/x).	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Афтозный сто- матитъ (4/x — 14/x). Не- фритъ (15/x — 28/x). Міо- кардитъ.	Крапивница (14/x) держа- лась 4 дня.	Тоже.
31-ый день.	138, удовл. (31/x), 128 — 108 90 — 80	Тоже.	Появился но- большой на- летъ на языч- кѣ (1/x).	9-ый день.	Железы безъ пе- ремѣны. Появи- лась боль и опу- холь суставовъ (4/x).	Сыпь исчезла (3/x).	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Полиартритъ (4/x — 7/x).	Никакихъ.	Въ мазкѣ и разводкѣ диплококки и стрепто- кокки.
1-ый день.	116, сла- бый (10/x) 86 — 90 лучше (11/x).	Сонливость и бредъ безъ перемѣны (11/x). Исче- вали медлен- но.	Налеты въ теченіи 2 су- токъ увели- чивались, за- тѣмъ посте- пенно умень- шались; ис- чезли (22/x)	15-ый день.	Железы безъ пе- ремѣны (12/x); затѣмъ безпре- рывно уменьша- лись.	Типичное продолжи- тельное шелу- шеніе.	Жаба съ омертвѣніемъ тканей. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. 5	Никакихъ.	Въ мазкѣ: стафило- кокки и стрептококки. Въ разводкѣ: тоже, толстыя короткія па- лочки, не окрашиваю- щіеся по Neisser'y.

144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200



13-й день бол.	140, удовл. (30/x), 100 — 100 хороший 72 — 72 96 — 100 160, слабый (10/x) 168, ните- видный (11/x).	Головной боли нет (1/x). Бредъ продолжает- ся (2/x).	Появились налеты на обихъ ми- далинахъ (2/x) и дер- жались до (6/x).	10-й день бол.	Железы безъ перемѣны.	Сыпь начала блѣднѣть (1/x). Шелу- шение нача- лось (8/x).	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Миокардитъ (рас- ширение сердца, глухіе тоны) держался съ 4/x до 20/x.	Тоже.	Въ мазкѣ и разводкѣ стафилококки и стреп- тококки.
—	—	Улучшенія не было.	Налеты уве- личились (11/x).	—	Железы увели- чились (11/x). Бѣлокъ въ мочѣ и цилиндры (11/x).	Сыпь безъ перемѣны.	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Нефритъ.	Тоже.	Въ мазкѣ: стрептокок- ки и стафилококки. Въ разводкѣ стафилокок- ки. Кровь, взятая 11/x за 12 час. до смерти, оказалась стерильной. Вскрытіе: Скарлатин- ная жаба. Острый лим- фаденитъ шейныхъ железъ. Паренхиматоз- ное пережиданіе сердца и печени. Острый дву- сторонній паренхима- тозный нефритъ. Ги- перплазія селезенки. Острый бронхитъ. Мут- ная патна на эпикар- діи. Кровь изъ полости сердца — стерильна.
30-й день бол.	144, слабый (21/x) 128 — 112 лучше (27/x).	Возбужденіе и бредъ уси- лились (27/x). Бреда нѣтъ, больная ста- ла спокой- нѣе 29/x.	Налеты уве- личились (28/x), исче- ли (3/x).	11-й день.	Железы увели- чились, перешли въ нагноеніе.	Сыпь по- блѣднѣла (27/x). Шелу- шеніе нача- лось (30/x).	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ съ нагноеніемъ (разрывъ сдѣланъ 14/x). Альбуминурия 10/x, дер- жалась 5 дней. Перенесла корь безъ осложненій (15/x).	Тоже.	Въ мазкѣ и разводкѣ кокки и стрептококки.
1-й день бол.	120, слабый (16/x) 108 — 108 лучше (17/x).	Бессозна- тельное со- стояніе про- должалось до самой смерти.	Появились налеты на миндалинахъ (14/x), ис- чезли (21/x).	9-й день.	Железы безъ пе- ремѣны. Въ мо- чѣ бѣлокъ и ци- линдры (17/x) Судороги (23/x).	Сыпь по- блѣднѣла (18/x).	Фолликулярная жаба. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Нефритъ. (Бѣлка 20/o, много крови и ци- линдровъ; въ теченіи су- токъ 22/x — анурія). Моче- крово.	Тоже.	Въ мазкѣ и разводкѣ кокки и стрептококки. Вскрытія не было.
—	148, удовл. (20/x) 160 — 160 слабый (21/x) 148 — 168, оч. слаб. (22/x).	Къ вечеру (30/x) рѣзкое ухудшеніе: затемненное сознаніе, по- стоянный бредъ, силь- ное возбу- жденіе. Та- кое состоя- ніе до смер- ти (22/x).	Въ зѣвѣ безъ перемѣны (21/x и 22/x).	—	Железы умень- шились (22/x).	Утр. 21/x сыпь мѣстами исчезла, мѣ- стами сдѣла- лась ярче. На рукахъ по- явились пят- на, напоми- нающія кра- пивную сыпь. Мѣсто укола рѣзко по- блѣднѣло.	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Альбуминурия (21/x).	—	Въ мазкѣ и разводкѣ стафилококки и стреп- тококки. Вскрытія не было.
12-й день бол.	160, слабый (25/x) 132 — 124 лучше (26/x).	Особой пе- ремѣны не было.	Налеты 2 дня безъ пе- ремѣны, за- тѣмъ начали уменьшаться. Вновь по- явился (29/x) афтозный стоматитъ.	8-ой день.	Железы безъ перемѣны.	Сыпь приня- ла (26/x) пе- техіальный характеръ. Исчезла (29/x).	Фолликулярная жаба. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Афтозный стома- титъ (29/x) — держался въ теченіи недѣли.	Никакихъ.	Въ мазкѣ и разводкѣ кокки и стрептококки.
17-ой день бол.	128, удовл. (30/x) 116 — 120, удовл. (31/x). 84 — 80	Тоже.	Налеты уменьшились (1/x). Налеты вновь увели- чились, пе- решли на язычекъ (4/x), исчезли (12/x). По- явился афто- зный стома- титъ (4/x).	15-й день.	Железы безъ пе- ремѣны (2/x). Железы увели- чились (6/x). Въ мочѣ бѣлокъ и цилиндры (15/x)	Сыпь исчезла (3/x).	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Афтозный сто- матитъ (4/x — 14/x). Не- фритъ (15/x — 28/x). Мио- кардитъ.	Крапивница (14/x) держа- лась 4 дня.	Тоже.
1-й день.	138, удовл. (31/x), 128 — 108 90 — 80	Тоже.	Появился не- большой на- летъ на языч- кѣ (1/x).	9-й день.	Железы безъ пе- ремѣны. Появи- лась боль и опу- холь суставовъ (4/x).	Сыпь исчезла (3/x).	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Полиартритъ (4/x — 7/x).	Никакихъ.	Въ мазкѣ и разводкѣ диплококки и стрепто- кокки.
1-й день.	116, сла- бый (10/x) 86 — 90 лучше (11/x).	Сонливость и бредъ безъ перемѣны (11/x). Исче- вали медлен- но.	Налеты въ теченіи 2 су- токъ увели- чивались, за- тѣмъ посте- пенно умень- шались; ис- чезли (22/x)	15-й день.	Железы безъ пе- ремѣны (12/x); затѣмъ безпре- рывно уменьша- лись.	Типичное продолжи- тельное шелу- шеніе.	Жаба съ омертвѣніемъ тканей. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. 5	Никакихъ.	Въ мазкѣ: стафило- кокки и стрептококки. Въ разводкѣ: тоже, толстыя короткія па- лочки, не окрашиваю- щіеся по Neisser'y.

2	О. Ф., заболѣла 2/п, пост. 3/п, выб. 3/iv, 1906 г.	11 л.	Тоже.	2-ой день 3/п.	200 к. стм. Moser'a сеприя 103.	III	Выздоровѣла.	40,3 (3/п)	140, слабый	Сознаніе ясное; ночью бредъ.	Миндалины увеличены, покрыты налетами; гиперемія всего гѣва. Запахъ изо рта.	Подчелюстные увеличены.	Яркая, мѣстами петехиальная.	40,7 (3/п) 39,9—40 38,8—40 38,3—39 38—38,6
7	В. К., заболѣла 19/п, пост. 19/п, выб. 17/iv 1906 г.	26 л.	Тоже.	3-й день	200 к. стм. Moser'a сеприя 106.	II	Тоже.	37,8—38,4 (19/п). 38,7—40 39,5—40 (21/п).	128, удовл. (21/п)	Легкая головная боль; ночью бредъ.	На миндалинахъ небольшіе налеты; гиперемія всего гѣва.	Подчелюстные немного увеличены и болѣзненны.	Яркая типичная сыпь.	40,6 (21/п) 37,7—38,2 37,2—37,5 36,8—37,3
28	И. К., заболѣла 23/п, пост. 24/п, выб. 8/iv 1906 г.	7 л.	Тоже.	2-ой день 24/п.	200 к. стм. Moser'a сеприя 103.	II	Выздоровѣла.	38,7—40 (24/п)	140, удовл.	Сонливъ; ночью бредитъ.	Миндалины увеличены; небольшіе налеты.	Подчелюстные немного увеличены.	Типичная сыпь, выражена неравномерно.	40 (24/п) 38,1—38,6 37,8—38,4 38,2—39
29	А. И., заболѣла 3/ш, пост. 4/ш, выб. 28/iv 1906 г.	8 л.	Хорошее.	2-ой день 4/ш.	200 к. стм. Moser'a сеприя 113.	II	Выздоровѣла.	40—40,5 (4/ш).	140, удовл.	Сознаніе ясное; головная боль; бреда нѣтъ.	Миндалины увеличены, покрыты точечными налетами. Гиперемія всего гѣва.	Подчелюстные немного увеличены и болѣзненны.	Яркая типичная сыпь.	40 (4/ш) 38,2—38,5 38,5—37,8 37,8—37,5
30	В. О. заболѣла 16/ш, пост. 19/ш, умеръ 22/ш 1906 г.	11 л.	Среднее.	4-ый день 19/ш.	200 к. стм. Moser'a сеприя 113.	IV	Умеръ 22/ш.	39,3 (19/ш).	140, очень слабый, тоны глухи; конечности холодны.	Бессознательное состояніе; сильное возбужденіе.	Миндалины увеличены, покрыты налетами. Гиперемія всего гѣва. Языкъ сухой.	Подчелюстные немного увеличены. Въ мочѣ бѣлокъ.	Типичная сыпь, мѣстами синюшная.	39,5 (19/ш) 36,4—37,2 37,1—38,4
31	И. Т., заболѣла 20/ш, пост. 21/ш, выб. 16/v 1906 г.	4 г.	Тоже.	6-ый день 25/ш.	200 к. стм. Moser'a сеприя 113.	II	Выздоровѣла.	8,2—39,7 (21/ш). 9—39,5 38,7—39, 38,8—39, 38,5 (25/ш)	112, удовл. (25/ш)	Сознаніе ясное; вялость; по ночамъ бредъ.	Миндалины увеличены; налетовъ нѣтъ (21/ш). Появились небольшіе налеты (24/ш).	Подчелюстные увеличены и болѣзненны. Кашель. Сухіе хрипы.	Сыпь поблѣднѣла (25/ш).	39,7 (25/ш) 38,0—38,4 38,5—39, 39,9—40, 39,3—40
32	М. Т., сестра И. Т., заб. 23 ш (?), пост. 23/ш; умерла 24/ш 1906 г.	7 л.	Слабое.	2-ой день 24/ш.	200 к. стм. Moser'a сеприя 113.	IV	Умерла 24/ш.	40,5—41,0	180, очень слабый, тоны глухи.	Бессознательное состояніе; сильное возбужденіе.	Миндалины увеличены; грязносерые налеты. Языкъ сухой.	Подчелюстные немного увеличены.	Типичная скарлатинная сыпь съ синюшнымъ оттенкомъ.	40,9 (24/ш) 38,3—39, 38—38,4 38,6—39, 38,8—39, 37,6—40, 39,2—40
33	Л. В., заболѣла 27/п, пост. 28/п, выб. 23/v 1906 г.	3 г.	Среднее.	8-ой день 3/п.	200 к. стм. Moser'a сеприя 103.	III	Взвѣсивъ 23/v, съ неважнѣйшей раной послѣ операціи по поводу гной-	38,7 (28/п) 38,1—38,7 38—39,9 38—39,6 37,7—39,5 38,1—40 38,2—40,2 (3/п).	128, удовл. (28/п). 170, слабый (3/п)	Сознаніе ясное; бреда нѣтъ. Плаксива (3/п).	Миндалины увеличены; налетовъ нѣтъ (1/п). Появился точечный налетъ на правой миндали-нѣ (3/п).	Подчелюстные сильно увеличены.	Сыпь поблѣднѣла (31/п).	38,3—39, 38—38,4 38,6—39, 38,8—39, 37,6—40, 39,2—40

55-й день.	140, слабый (3/п), 120—116 слабый (4/п), 96—108 лучше (5/п).	Медленное течение 4-хъ дней улучшеніе самочувствія.	Налеты увеличались (5/п). Уменьшались начали (7/п).	12-ый день.	Железы немного увеличались (6/п). Въ мочѣ бѣлокъ и форменные элементы (16/п). Судороги (6/ш).	Сыпь поблѣднѣла (7/п).	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Нефритъ (16/п). Мочекровіе (6/ш), до 13 припадковъ въ сутки, держалось 3 дня. Вышла изъ клиники съ бѣлкомъ въ мочѣ. Средній геморагическій отитъ (22/п). Миокардитъ.	Крапивница 8/п. Геморрагическая сыпь и боли въ суставахъ (24/п).	Въ мазкѣ: стафилококки и стрептококки. Въ разводкѣ: тоже
1-й день.	128, удов. (21/п), 108—108 84—84	Сильное нервное возбужденіе (23/п), державшееся 2 дня.	Налеты уменьшились (22/п), исчезли (26/п).	7-ой день.	Железы уменьшились (24/п).	Сыпь исчезла (23/п). Обильное шелушеніе продолжалось 2 мѣс.	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ.	Крапивница 4/ш, державшаяся 3 дня.	Въ мазкѣ и разводкѣ: стафилококки и стрептококки.
13-й день.	124—128, (25/п) удовл. 120—120, удовл.	Ночью бредъ; сонливости больше (26/п). Улучшеніе шло медленно.	Налеты увеличались, воспалились и заднюю стѣнку глотки (26/п); уменьшались начали (1/ш).	12-ый день.	Железы увеличились (26/п).	Сыпь поблѣднѣла (27/п).	Тоже.	Никакихъ.	Въ мазкѣ и разводкѣ: кокки и стрептококки.
19-й день.	128, удовл. (4/ш), 120—128 84—92	Головная боль меньше. Самочувствіе лучше (6/ш).	Налеты уменьшились (5/п). Появился афтозный стоматитъ (7/ш).	6-ой день.	Железы уменьшились (6/ш). Въ мочѣ бѣлокъ и цилиндры (16/ш).	Сыпь исчезла (7/ш). Шелушеніе обильное и продолжительное.	Тоже. Афтозный стоматитъ (7/ш—12/ш). Нефритъ (16/ш—3/ш).	Крапивница 12/ш, державшаяся 3 дня.	Въ мазкѣ: стафилококки и стрептококки. Въ разводкѣ: стрептококки.
—	140, очень слаб. (19/ш), 160—160 очень слабый.	Улучшенія не было.	Налеты увеличались (21/ш).	—	Железы увеличились (21/ш). Въ мочѣ бѣлокъ; форменныхъ элементовъ нѣтъ.	Сыпь поблѣднѣла (21/ш).	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Альбинурия. Не смотря на критическое паденіе температуры въ первый же сутки послѣ вприскиванія, улучшенія общаго состоянія не было, и большой приавленіяхъ нарастающей слабости сердца скончался 22/ш.	—	Въ мазкѣ: кокки, стрептококки и толст. короткія палочки. Въ разводкѣ: кокки и стрептококки. Кровь оказалась стерильной (21/ш). Вскрытіе: Скарлатинная жаба, правосторонняя катаральная пневмонія. Паренхиматозное перерожденіе сердца, печени и почекъ. Хроническая гиперплазія селезенки. Мозговая водянка, венная гиперемія и отекъ мозга. Изъ крови сердца получена чистая разводка стрептококка.
30-й день.	112, удовл. (25/ш), 96—112 112—120	Самочувствіе нѣсколько лучше (26/ш).	Налеты уменьшились (26/ш).	13-ый день.	Железы уменьшились (26/ш).	Шелушеніе началось (29/ш).	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Полиартритъ (27/ш). Средній отитъ (28/ш). Нефритъ (23/ш—28/ш).	Крапивница 7/ш, державшаяся 7/ш.	Въ мазкѣ и разводкѣ: кокки, стрептококки и короткія палочки, не окрашивающіяся по Neisser'y.
—	180, оч. слабый.	Улучшенія не было.	Безъ переменъ.	—	Безъ переменъ.	Сыпь безъ измѣненія.	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ.	—	Въ мазкѣ и разводкѣ: кокки и стрептококки. Вскрытіе: Гнойный тонзиллитъ. Фоликулярная гиперплазія слизистой оболочки глотки. Гиперплазія шейныхъ и брызж. сл. железъ. Венная гиперплазія легкихъ. Срошенія въ правой плеврѣ. Паренхиматозное перерожденіе сердца, печени и почекъ. Отекъ и венная гиперемія мягкой мозговой оболочки и мозга. Изъ крови сердца получена чистая разводка стрептококка.
117-й день.	144—162, слабый (4/п), 136—144 144—156 слабый 148—156 148—160 слабый (8/п).	Перемены не было.	Налетъ уменьшается (6/п), исчезъ (10/п).	15-ый день.	Железы меньше (8/п).	Шелушеніе началось (5/п).	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Гнойный средній отитъ обоюдосторонній (разрѣзъ барабанной перепонки лѣваго уха 16/п и праваго 23/п). Нарывъ въ окружности праваго локтеваго сустава (разрѣзъ 24/п). Нефритъ (10/п—28/ш). Мочекровіе (рвота, головная боль). Двусторонній гнойный плевритъ (разрѣзъ 3/ш).	Никакихъ.	Въ мазкѣ и разводкѣ изъ полости зѣва стафилококки и стрептококки. Изъ гноя, полученнаго при пробѣ проколѣ плевральной полости, выдѣлена чистая разводка стрептококка. Изъ мочи выдѣленъ диплококкъ.

34	М. К., заболѣлъ 1/iv 1905 г. Случай д-ра Ва- личкаго.	13 л.	Тоже.	3-й день 3/iv.	200 к. стм. Moser'a	III	наго воспа- ленія плей- ры. Выз- доро- вѣлъ.	38,2—39,7 (2/iv) 39,5 (3/iv)	140, слабовать (3/iv)	Сознаніе я- темнѣно; бредъ; воз- бужденіе.	Точечные на- леты на мин- далинахъ.	Подчелюст- ныя немного увеличены.	Яркая, мѣ- стами пете- химальная.	40,3 (3/iv) 38,5—39, 36,9—37, 37,3—37,
35	А. К., заболѣлъ 15/xii 1904 г. Случай изъ ча- стной прак- тики.	14 л.	Хорошее.	3-й день 17/xii.	200 к. стм. Moser'a	II	Тоже.	38,3—40,1 (15/xii) 40,1—40,3 40,3 (17/xii)	120, удовл. (17/xii)	Сознаніе со- хранено, раз- дражите- ленъ; бредить (19/xii).	Тоже.	Подчелюст- ныя немного увеличены съ правой сто- роны.	Яркая типич- ная сыпь.	40,1 (17/xii) 39,6—39, 37,6—37, 37,4—37,
36	О. К., заболѣла 4/x, пост. 6/x, выб. 16/xi 1904 г.	7 л.	Среднее.	4-й день 7/x.	200 к. стм. поливалент- ной противо- стрептокок- ковой.	III	Выз- доро- вѣла.	39,9—40 (6/x) 39,4—40,4 (7/x)	160, слабый (7/x)	Очень воз- буждена; по- стоянно бре- дитъ.	Грязносырые налеты на миндалинахъ.	Подчелюст- ныя немного увеличены.	Неравноѣр- ная.	39,8 (7/x) 38,2—38, 38—38,2 38,1—38,
37	С. Т., заболѣла 20/x, пост. 10/xi выб. 21/xii 1904 г.	3 л.	Тоже.	24-й день 13/xi.	200 к. стм. поливалент- ной противо- стрептокок- ковой.	-	Выз- доро- вѣлъ.	39,2—40,2 (10/xi) 37,8—39,6 39,0—39,4 38,6—38,9 (13/xi)	112, удовл. (13/xi)	Сознаніе пол- ное; раздра- жителенъ (13/xi).	Звѣзблѣдентъ (13/xi).	Железы не увеличены. Сильная опу- холь и болѣз- ненность лѣ- выхъ колѣн- наго и годе- ностопаго суставовъ. Въ мочѣ бѣ- локъ, кровь и цилиндры (13/xi).	Шелушеніе, характерное для скарла- тины.	38,2—38, (14/xi) 37,2—38, 36,8—37, 36,9—37,
38	В. Д., заболѣла 28/xii, пост. 31/xii, 1905 г. умерла 20, ii 1906 г.	5 л.	Слабое. 2 года бо- лѣть хрониче- скимъ гнойнымъ воспале- ніемъ средняго уха.	15-й день 11/i.	180 к. стм. поливалент- ной противо- стрептокок- ковой. Кроме того 31/xi впрыснута противодиф- терійная сы- воротка 2000 ед. X 2.	III	Умер- ла 20/ii	40,4 (31/xii) 40,4—40 39,2—39,3 37,6—39,2 38,3—38,5 38,5—38,2 38,5—40,3 38,8—39,6 39,0—39,5 39,3—40 (11/ii)	156, сла- боватый (31/xii) 80—94 удовл. (3/i) 112—120 слабова- тый (11/i)	Сознаніе пол- ное; ночью бредъ (1/i). Сознаніе пол- ное; бреда нѣтъ; очень раздражи- тельна (12/xi)	Миндалины увеличены, покрыты на- летами (31/xii). На- леты увели- чились, заня- ли язычекъ (1/i). Налеты ничтожные на минда- линахъ (11/i).	Железы под- челюстные немного уве- личены (31/xii). Же- лезы значи- тельно мень- ше (11/ii). Течь изъ уха усилилась (3/i). Силь- ный кашель, сухіе и влаж- ныя хрипы (5/i). Слѣва сзади подъ угломъ ло- патки при- тупленіе и бронхіальное дыханіе (10/i) Сильная бо- лѣзненность правой бед- ренной кости (11/i).	Сыпь едва замѣтна (1/i) Шелушеніе характерное для скарла- тины. (7/i).	38,4—38, (12/i) 38,8—38, 38,0—38, 38,6—38, 37,6—38, 37,8—38, 38—38,

День болѣзни.	1		2		3		4		5		6		7		8		Общее число.	Умер- ли.
	Вы- здоро- вѣлъ.	Умер- ли.	+		+		+		+		+		+		+			
Предска- заніе II	—	—	4	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	10	—
III.	—	—	4	—	3	1	3	2	1	—	2	1	—	—	1	—	18	4
IV.	—	—	1	1	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	5	3
Общее число.	—	—	9	1	5	1	5	3	3	—	3	2	—	—	1	—	33	7
% смерт- ности.	—	—	10%		16%		37,50%		00%		40%		—		00%		21,2%	



1-ой день.	140, слабый. (3/iv) 120—124 лучше (4/iv)	Сознаніе прояснилось, бредъ и возбужденіе уменьшились (4/iv).	Налеты исчезли въ нѣсколько дней.	—	Железы меньше (5/iv). Въ мочѣ бѣлокъ (15/iv).	Сыпь поблѣднѣла (5/iv).	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Альбинурия (15/iv), держалась 1 д.	Крапивница, высыпавшая 2 раза: 12/iv и 19/iv.	Бактеріологическаго исследованія сдѣлано не было.
5-ой день.	120, удовл. (17/xi) 112—108 100—104 98—84	Бредъ меньше, возбужденіе (18/xi). Самочувствіе лучше; бреда нѣтъ (19/xi).	На правой миндалинѣ налетъ сдѣлся сплошнымъ (18/xi). Налеты уменьшились (20/xi).	9-ый день.	Железы уменьшились (19/xi).	Сыпь поблѣднѣла (20/xi). Шелушеніе началось (28/xi).	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ.	Крапивница (23/xi).	Въ разводкѣ изъ зѣва: кокки и стрептококки.
25-ый день.	150, слабый (7/x) 140—130 лучше (8/x).	Возбужденіе меньше (8/x). Самочувствіе лучше (9/x).	Налеты меньше (9/x). Налеты увеличились (11/x). Появился афтозный стоматитъ.	15-ый	Железы увеличились (11/x).	Сыпь поблѣднѣла (8/x). Шелушеніе (13/x).	Тоже. Афтозный стоматитъ (13/x—21/x). Средній гнойный отитъ слѣва (10/x) и справа (21/x); наружный отитъ справа (21/x). Полиартритъ (18/x). Бронхитъ (18/x). Заболѣла 31/x вѣтреной оспой.	Никакихъ.	Въ мазкѣ и разводкѣ: кокки и стрептококки.
—	116—120 удовл. (14/x) 116—105 98—98	Безъ перемѣн.	Безъ перемѣн.	—	Бѣлка и крови въ мочѣ гораздо меньше (18/xi). Бѣлокъ исчезъ (30/xi). Припухлость и болѣзненность суставовъ уменьшались медленно.	—	20/x заболѣла скарлатиной средней силы. 7/xi появилась боль и опухоль лѣвыхъ коленного и голеностопнаго суставовъ съ сильной отечностью мягкихъ тканей на голени и бедрѣ. 8/xi появилась кровавая моча, бѣлокъ и цилиндры. По совѣту хирурга, заподозрившаго гнойное воспаленіе суставовъ, вприснута 13/xи поливалентная противострептококковая сыворотка. Нефритъ исчезъ быстро (30/xi). Опухоль и болѣзненность суставовъ уменьшались медленно. Больной вышелъ изъ клиники 21/xi съ небольшой припухлостью коленного сустава.	—	Изъ полости зѣва въ разводкѣ полученъ стрептококкъ.
Температура слабая, но колебалась, но оставалась повышенной до самой смерти (2/п).	112—120 слабый (12/i) 100—96, лучше (13/i) 120—140 слаб. (18/i)	Нервные явленія безъ перемѣнны (14/i)	Налеты исчезли (14/i).	18-ый день.	Железы уменьшились (13/i). Течь изъ уха безъ перемѣнны (13/i). Появилась припухлость и болѣзненность сосцевиднаго отростка (18/i). Глухой звукъ и бронхіальное дыханіе по всей нижней долѣ лѣваго легкаго (16/i). Появились признаки выпота въ полости плевры (27/i), который быстро увеличивался. Опухоль и болѣзненность всей области праваго тазобедреннаго сустава (20/i).	Шелушеніе незначительное.	Жаба съ омертвѣніемъ. Лимфаденитъ шейныхъ железъ. Средній гнойный отитъ слѣва; мастоидитъ (18/i). Лѣвосторонняя пневмония (10/i). Лѣвосторонній гнойный плейритъ (27/i). Правосторонній гнойный кокситъ (20/i). Смерть при явленіяхъ гноекровія 20/п.	Никакихъ.	Въ мазкѣ и разводкѣ изъ зѣва стрептококки и короткія палочки, не окрашивающіяся по Neisser'y; изъ уха—короткія палочки. На вскрытіи: Бугорчатка бронхіальныхъ железъ. Просо-видная бугорчатка обоихъ легкихъ. Лѣвосторонняя эмпіема. Хроническій средній отитъ бугорчатковаго происхожденія съ нагноеніемъ. Костѣда височной кости. Острый гнойный менингитъ. Правосторонній гнойный кокситъ. Паренхиматозное перерожденіе сердца, печени и почекъ. Амлоидное перерожденіе селезенки. Гноекровіе.

степенно и съ правильностью увеличивается (3-й день 7,4%, 9-й день 50%). У насъ изъ 10 больныхъ, которымъ впрыскиваніе сдѣлано на 2-ой день болѣзни, умеръ 1; но это былъ очень тяжелый случай, и смерть наступила до истеченія сутокъ послѣ впрыскиванія (№ 32). Въ общемъ % смертности также получился тѣмъ болѣе, чѣмъ позднѣе было сдѣлано впрыскиваніе.

Изъ 33-хъ больныхъ, лѣченныхъ въ клиникѣ сывороткой Moser'a, умерли, какъ видно изъ таблицы, 7, т. е. смертность=21,2%. Если-же исключить одного больного, который умеръ въ теченіи первыхъ сутокъ послѣ впрыскиванія, то смертность получится въ 18,75%. Съ января 1904 г. по мартъ 1906 г. (время лѣченія сывороткой) скарлатинныхъ больныхъ поступавшихъ въ клинику всего 100.

3 года, предшествовавшіе лѣченію сывороткой Moser'a %, смертности отъ скарлатины въ баракахъ дѣтской клиники былъ такой:

Года.	Число случаевъ.	Умерл.	% смертности.
До лѣченія сывороткой Moser'a.	1901 59 1902 55 1903 46 1904 37	7 8 11 1	11,80% 14,50% 23,70% 2,70%
При лѣченія сывороткой.	1905 32 1906 31	1 1	12,50% 12,90%
			15,50%
			90%

И такъ % смертности за 3 года сывороточнаго лѣченія

уменьшилась смертность въ 1904 г. (2,7%), когда въ клиникѣ только-что начали примѣнять лѣчение сывороткой. Но уже въ слѣдующіе годы (1905 и 1906 гг.) она снова увеличилась (12—13%), превысивъ даже смертность за 1901 г. (11,8%). Значительное колебаніе % смертности послѣ скарлатины къ зависимости исключительно отъ характера эпидеміи — фактъ общезвѣстный, и, приводя только-что указанныя сравнительныя данныя, я вовсе не думаю, чтобы они могли служить доказательствомъ лѣчебнаго вліянія сыворотки. Еще не пришло время рѣшать вопросъ о пригодности или непригодности сыворотки на основаніи имѣющагося статистическаго матеріала. Для этого не только нужно располагать гораздо большимъ по числу случаевъ матеріаломъ, но и матеріалъ этотъ долженъ относиться къ различнымъ по характеру эпидеміямъ. Въ настоящее-же время гораздо большее значеніе имѣетъ безпристрастный разборъ всесторонне и тщательно обследованныхъ случаевъ.

(Окончаніе слѣдуетъ).

СХСХVI. Изъ госпитальной терапевтической клиники проф. Н. А. Засыкаго въ Казани.

## Къ вопросу объ отдѣленіи желудочнаго сока у здоровыхъ людей.

Л. Л. Фофанова.

(Предварительное сообщеніе).

Послѣ цѣлаго ряда экспериментальныхъ работъ, блестящихъ по мысли и постановкѣ, относительно отдѣлительной дѣятельности пищеварительнаго канала вообще и желудка въ частности, произведенныхъ проф. И. П. Павловымъ и его учениками, сами собой напрашивались вопросы объ изученіи, по сколько это возможно, различныхъ условій желудочнаго пищеваренія на здоровыхъ людяхъ.

Я далеко отъ мысли говорить о всѣхъ условіяхъ, вліяющихъ на желудочное пищевареніе; моя задача была неизмѣримо болѣе скромная: по предложенію своего учителя проф. Н. А. Засыкаго, я изслѣдовалъ на здоровыхъ людяхъ лишь вліяніе нѣкоторыхъ раздражителей на отдѣлительную дѣятельность желудка и то лишь по отношенію къ соляной кислотѣ и къ пищеварительной силѣ желудочнаго сока, не касаясь остальныхъ составныхъ частей этого послѣдняго. Для своей работы я пользовался студентами-медиками старшихъ курсовъ, любезно согласившимися на подобныя, довольно-таки тяжелые, эксперименты; путемъ опыта я пришелъ къ заключенію, что для работъ такого рода, какъ моя, необходимы лица интеллигентныя, имѣющія не только нѣкоторое понятіе о производимой работѣ, но даже заинтересованныя ею, ибо здѣсь требуется безусловная увѣренность въ точномъ выполненіи всѣхъ требуемыхъ условій подвергающимися опыту лицами<sup>1)</sup>.

Постановка опытовъ состояла въ слѣдующемъ. Прежде всего путемъ обычныхъ приѣмовъ съ пробнымъ завтракомъ *Ewald'a* я убѣждался, что у изслѣдуемаго, съ нормальнымъ позывомъ на ѣду и не страдающаго никакими пищеварительными расстройствами, двигательная дѣятельность желудка и его отдѣлительная дѣятельность, въ отношеніи времени отдѣленія и % наго содержанія соляной кислоты въ желудочномъ содержимомъ, не уклоняются отъ такихъ, которыя признано считать нормальными для здороваго человѣка. Затѣмъ производились изслѣдованія на отдѣлительную дѣятельность желудка при слѣдующихъ условіяхъ:

### 1. Изслѣдованіе у даннаго лица желудочнаго содер-

<sup>1)</sup> Какъ не легко находить матеріалъ для подобныхъ изслѣдованій, т. е. находить людей, на которыхъ можно положиться и въ опытахъ съ которыми прежде всего самому быть вполне увѣреннымъ въ точномъ выполненіи изслѣдуемыми всего, что требуется, видно, между прочимъ, изъ того, что надъ поставленнымъ вопросомъ я работалъ уже 1½ года и лишь теперь счелъ себя въ правѣ сдѣлать о немъ предварительное сообщеніе.

жимаго чрезъ 1 часъ послѣ приѣма пробнаго завтрака *Ewald'a*.

2. Изслѣдованіе желудочнаго содержимаго черезъ 10 минутъ послѣ приѣма на тощій желудокъ ледяной воды въ количествѣ 150 к. стм.

3. Изслѣдованіе желудочнаго содержимаго черезъ 10 мин. послѣ приѣма на тощій желудокъ очень горячей воды (75° Ц.), едва подкрашенной чаемъ, въ томъ-же количествѣ.

4. Изслѣдованіе желудочнаго содержимаго черезъ 10 мин. послѣ приѣма на тощій желудокъ теплой воды (20° Ц.) въ томъ-же количествѣ.

5. Изслѣдованіе желудочнаго содержимаго черезъ 10 мин. послѣ приѣма на тощій желудокъ веществъ не всасывающихся, а лишь механически раздражающихъ слизистую оболочку желудка; съ этой цѣлью изслѣдуемый проглатывалъ 2 столовыхъ ложки очень мелкихъ пилюль изъ древеснаго угля.

6. Изслѣдованіе желудочнаго содержимаго послѣ жеванія; для этой цѣли изслѣдуемый утромъ на тощій желудокъ жевалъ въ теченіи 30 мин. мягкую резину, при чемъ избѣгалъ вообще глотательныхъ движеній и отдѣлявшуюся слюну не проглатывалъ, а выплевывалъ.

7. Изслѣдованіе желудочнаго содержимаго послѣ жеванія и глотанія; постановка опыта отличалась отъ предыдущаго лишь тѣмъ, что отдѣлявшуюся слюну изслѣдуемый не выплевывалъ, а проглатывалъ.

8. Изслѣдованіе желудочнаго содержимаго утромъ натощакъ послѣ поддразниванія вкуснымъ кушаніемъ; поддразниваніе производилось такимъ образомъ, что я, въ присутствіи изслѣдуемаго, завтракалъ тѣми горячими блюдами, которыя онъ особенно любитъ (изслѣдуемый ничего не ѣлъ съ 6 час. веч. кануна дня изслѣдованія).

9. Изслѣдованіе желудочнаго содержимаго на тощій желудокъ послѣ поддразниванія вкуснымъ кушаніемъ и послѣдующаго жеванія куса этого кушанія, но кусокъ не проглатывался, а выплевывался.

Качественная реакція на соляную кислоту производилась съ помощью реактива *Günzburg'a* и бумаги *Congo*, количественное опредѣленіе свободной соляной кислоты—по способу *Mins'a*, пищеварительная сила опредѣлялась по способу *Metta*.

Оставляя пока въ сторонѣ литературную часть, касающуюся какъ экспериментальныхъ работъ, такъ и клиническихъ по данному вопросу, сообщу лишь результаты, къ которымъ я пришелъ на основаніи своихъ опытовъ:

1. Самое значительное количество свободной соляной кислоты въ желудочномъ содержимомъ и самый дѣятельный сокъ, въ смыслѣ перевариванія по *Metta*, наблюдался при опытахъ съ поддразниваніемъ изслѣдуемаго завтракомъ. Такой-же пищеварительной силы и съ такимъ-же содержаніемъ свободной соляной кислоты получался сокъ и въ тѣхъ опытахъ, гдѣ, послѣ поддразниванія изслѣдуемаго, ему давалось пожевать кусокъ кушанія и выплюнуть.

2. На 2-мъ мѣстѣ по содержанію свободной соляной кислоты и по переваривающей силѣ надо поставить желудочное содержимое, въ которомъ отдѣленіе желудочнаго сока вызвано проглатываніемъ ледяной воды.

3. На 3-мъ мѣстѣ по содержанію свободной соляной кислоты и по переваривающей силѣ надо поставить желудочный сокъ, получающійся чрезъ 1 часъ послѣ приѣма пробнаго завтрака *Ewald'a*.

4. Теплая вода и еще въ большей степени вода горячая, въ противоположность ледяной, вызываютъ слабое отдѣленіе желудочнаго сока, приблизительно въ 5 разъ слабѣе, чѣмъ при ледяной водѣ, по содержанію свободной соляной кислоты.

5. Актъ жеванія вызываетъ отдѣленіе желудочнаго сока со слабымъ (приблизительно какъ при приѣмѣ горячей воды) содержаніемъ соляной кислоты и со слабой пищеварительной дѣятельностью.

6. При соединеніи жеванія съ глотаніемъ количество свободной соляной кислоты въ желудочномъ содержимомъ было еще меньше, приблизительно въ 3 раза, чѣмъ при

одномъ жеваніи, что надо поставить въ связь съ проглатываніемъ слюны.

7. Механическое раздраженіе слизистой оболочки желудка въ теченіи 30 мин. веществами не всасывающимися, а именно угольными пылями, повидимому, отдѣленія желудочнаго сока не вызывало, ибо при выкачиваніи желудочнаго содержимаго получалось немного густой слизи, не заключающей въ себѣ даже слѣдовъ свободной соляной кислоты.

8. Пробный завтракъ *Ewald'a*, и еще въ большей степени пробный обѣдъ *Leube*, можетъ давать различныя цифры %-наго содержанія соляной кислоты въ желудочномъ содержимомъ, въ зависимости отъ способа его потребления: чѣмъ больше будетъ употреблено времени на потребление завтрака, чѣмъ больше будетъ сдѣлано жевательныхъ движеній, тѣмъ желудочное содержимое должно получиться съ большимъ %-нымъ содержаніемъ соляной кислоты и съ большей пищеварительной силой; поэтому, во избѣжаніе ошибокъ, и иногда весьма чувствительныхъ, пробный завтракъ *Ewald'a* долженъ быть потребленъ въ опредѣленный промежутокъ времени и въ опредѣленное число жевательныхъ и глотательныхъ движеній. Практически удобнѣе всего булку въ завтракъ *Ewald'a* раздѣлить на 4 приблизительно равныя части и на каждую часть употреблять 8 жевательныхъ и глотательныхъ движеній; такимъ образомъ изслѣдуемому придется сдѣлать, при употребленіи завтрака *Ewald'a*, 32 жевательныхъ движенія и 4 (выбѣсть съ водой) движенія глотательныхъ.

Изъ пропедевтической терапевтической клиники проф. О. Г. Яновскаго въ Кіевскомъ Университетѣ.

## Къ клинической картинѣ припадковъ и къ вопросу о распознаваніи грыжъ грудобрюшной преграды.

В. В. Виноградова.

(Окончаніе. См. № 49, стр. 1547).

Обращаясь къ описанію распознавательныхъ признаковъ грыжъ грудобрюшной преграды, замѣчу прежде всего, что большинство заболѣваній этого рода, какъ показываютъ литературныя данныя, составляетъ случайную находку на вскрытіи, и лишь въ крайне ограниченномъ % грыжи эти были распознаны при жизни. На 276 случаевъ, собранныхъ *Lacher'омъ*, точное прижизненное распознаваніе было поставлено всего 1 разъ—*Leichtenstern'омъ*, а въ 6 другихъ случаяхъ оно было высказано лишь въ видѣ предположенія. *Leichtenstern* далъ такое обстоятельное описаніе своего случая, что его работа, по справедливости, должна быть названа классической въ этой области. Онъ не только распозналъ у своего больного наличность грыжи грудобрюшной преграды, но еще и самымъ точнымъ образомъ опредѣлилъ, какіе именно брюшные органы проникли чрезъ грыжевое отверстіе въ плевральную полость? Въ позднѣйшее время, не смотря на то, что число описанныхъ случаевъ грыжъ грудобрюшной преграды возросло почти вдвое, правильное распознаваніе ихъ, попрежнему, составляетъ большую рѣдкость. Такихъ случаевъ въ послѣдніе годы можно насчитать всего 5—6; это случаи *Ahlfeld'a* (1882), *Kaufmann'a* (1887), *Abel'a* (1894), *A. v. Bergmann'a* (1896), *Strüpler'a* (1902), *Plücker'a* (1903) и *Hers'a* (1905); да и здѣсь распознаваніе удавалось главнымъ образомъ, благодаря радиоскопін. Что касается нѣкоторыхъ другихъ случаевъ, описанныхъ, какъ правильно распознанные, то случай *Widenmann'a* оказался, какъ это видно изъ сообщенія *A. Fraenkel'a*, не грыжей грудобрюшной преграды, а eventratіей чрезъ преграду; таковымъ же оказался и случай *Hirsch'a*, какъ это обнаружилось изъ работы *Hildebrand'a* и *Hers'a*; случай-же *Plücker'a* былъ настолько простъ, что не представлялъ никакого затрудненія для распознаванія, ибо у его больного, послѣ ножеваго раненія въ лѣвую 1/2 грудной клѣтки, имѣлось выпаденіе салника въ 8-мъ межреберья. Я не говорю, конечно, о случаяхъ, когда грыжа грудобрюшной преграды, гдѣ

распознаваніе было поставлено на операционномъ столѣ (какъ, напр., у *Neumann'a*); но, что даже и при такихъ благопріятныхъ условіяхъ, т. е. при вскрытіи брюшной полости, распознаваніе можетъ остаться невыясненнымъ, это видно изъ случая *Cordier*, гдѣ было сдѣлано чревосѣченіе по поводу остро развившейся кишечной непроходимости, а истинный характеръ заболѣванія обнаруженъ былъ лишь на вскрытіи.

По общепринятымъ воззрѣніямъ, распознать грыжу грудобрюшной преграды можно бываетъ лишь тогда, если въ составъ ея входятъ воздухъ-содержащіе органы—желудокъ и кишки; если-же въ полость плевры попадаетъ напр., салникъ или лѣвая доля печени, то, кромѣ незначительной полосы притупленія при выстукиваніи груди, а иной разъ легкіхъ диспептическихъ расстройствъ, можетъ не оказаться рѣшительно никакихъ другихъ признаковъ, и распознаваніе становится возможнымъ лишь на вскрытіи (см. случай *P. Guttman'a*). Да и при выпаденіи въ плевральную полость воздухъ-содержащихъ органовъ припадки бывають различныя въ зависимости не только отъ того, какой именно органъ, желудокъ или кишки, попалъ туда, а также и отъ того, какая часть ихъ проникла изъ брюшной полости? Въ случаяхъ, когда большая часть или даже весь желудокъ уходитъ въ грыжевое отверстіе, можетъ развиться пѣлый рядъ припадковъ, свойственныхъ только разбираемой грыжѣ. По литературнымъ даннымъ, при этомъ всегда происходитъ поворотъ желудка такимъ образомъ, что его передняя поверхность перемищается кверху, а задняя—книзу,—и дѣло можетъ доходить до перекручиванія cardia'льной части пищевода и начальной части 12-перстной кишки, какъ это было, напр., въ случаѣ *Abel'a*, гдѣ верхняя граница желудка была образована большой кривизной, а нижняя—малой, и весь органъ представлялъ изъ себя вполне замкнутую, несообщавшуюся полость. Главнымъ, выдающимся припадкомъ въ картинѣ болѣзни была здѣсь рвота совершенно неизмѣнной пищей, наступавшая вскорѣ послѣ проглатыванія. Въ случаѣ *Leichtenstern'a* была особая *dysphagia praedoxa*, состоявшая въ томъ, что его больной гораздо лучше могъ проглатывать грубую пищу, чѣмъ мелко измельченную, а жидкости—только большими глотками; въ противномъ случаѣ сейчасъ-же наступала рвота. Зависѣло это отъ того, что пищеводъ, пройдя грудобрюшную преграду, снова поднимался вверхъ къ другому, аномальному отверстію въ ней и только тогда впадалъ въ желудокъ, помѣщавшійся выше въ грудной полости. Большіе глотки и грубые комки пищи, проходя по пищеводу, выпрямляли этотъ изгибъ его силою тяжести, а малые глотки не могли этого сдѣлать. Иногда желудокъ грыжевымъ кольцомъ раздѣляется на 2 половины и принимаетъ форму песочныхъ часовъ. Ушедшая въ плевральную полость часть желудка тогда или совсѣмъ, или отчасти выпадаетъ для акта пищеваренія, и въ зависимости отъ того, насколько велика неущемленная часть, наступаютъ болѣшія или меньшія расстройства. Такъ, напр., въ случаѣ *Niemöller'a* заключенная въ плеврѣ часть желудка была почти совсѣмъ отшнурована отъ части, находящейся въ брюшной полости, и сообщалась съ ней посредствомъ узкаго хода. У больного въ теченіи 3-хъ недѣль развилось рѣзкое худосочіе, и онъ умеръ отъ нараставшихъ исхуданія и упадка силъ, а выдающимся клиническимъ припадкомъ была упорная рвота. Подобная-же перетяжка была и въ случаѣ *Fischer'a*, гдѣ рвота наступала всякій разъ послѣ введенія сколько-нибудь значительныхъ количествъ жидкости, между тѣмъ какъ пріемы ея малыми порціями часто проходили безслѣдно. Относительно своего больного упомяну, что изъ припадковъ со стороны желудка у него имѣлись лишь отсутствіе позыва на ѣду, тошнота и (всего 1 разъ) рвота.

При попаданіи кишекъ въ плевральную полость наступаютъ расстройства кишечнаго пищеваренія: запоры, часто чередующіеся съ поносами, урчаніе въ животѣ, видимая на глазъ перистальтика и пр.; а въ случаѣ ущемленія развивается обычная картина кишечной непроходимости до каловой рвоты включительно. Впрочемъ, нѣрѣдко при несомнѣнныхъ клиническихъ явленіяхъ ущемленія, на операционномъ столѣ, при вскрытіи, его не находятъ; призна-

Такой непроходимости, можно думать, является судорога мышц желудка или кишек, вовлеченных въ грудную полость, или судорожное-же сокращение мышечных лучковъ грудобрюшной преграды, ограничивающихъ грыжевые ворота. Въ описываемомъ мною случаѣ полной непроходимости не было, но было все-же основаніе предполагать нѣкоторое нарушеніе въ проходимости кишекъ.

Почти никто изъ перечисленныхъ мною выше авторовъ не останавливается на икотѣ, и лишь д-ръ Пржевальскій вскользь упоминаетъ о ней; между тѣмъ, въ картинѣ болѣзни моего больного она занимала первое мѣсто. И дѣйствительно, появленія икоты, какъ дыхательной судороги грудобрюшной преграды, естественно ожидать въ присутствіи постоянного раздражителя со стороны заключенныхъ въ отверстіи грудобрюшной преграды органовъ. Понятенъ также чрезвычайный болѣзненный, мучительный характеръ икоты, ибо при судорогѣ грудобрюшной преграды приходятъ въ сотрясеніе всѣ органы живота, въ томъ числѣ и втянутые въ грудную полость, при чемъ повреждаются и разрываются воспалительныя складки, находящіяся иной разъ въ грыжевомъ кольцѣ.

Со стороны органовъ дыханія и кровообращенія обыкновенно отмѣчаютъ синюху, dyspnoe и кашель; послѣдніе могутъ имѣть характеръ припадковъ и обуславливаются различной степенью прижатія легкихъ и сердца въ зависимости отъ большаго или меньшаго наполненія входящихъ въ составъ грыжи органовъ (вліяніе приема пищи, запоровъ, опорожненія кишекъ, вздутія ихъ и т. д.). Въ качествѣ постоянного признака упоминается также вынужденное положеніе больного на лѣвомъ боку (при лѣвосторонней грыжѣ), что вполне понятно при наличности механическихъ препятствій для дѣятельности сердца и для дыхательныхъ движеній оставшагося непораженнымъ легкаго. Насколько, однако, эти признаки на самомъ дѣлѣ непостоянны, можно судить по описываемому мною случаю. У нашего больного не было ни синюхи, ни одышки, ни кашля, и все время онъ лежалъ на спинѣ или на правомъ боку; при попыткахъ-же повернуться на лѣвый бокъ появлялись сильныя боли. Можетъ быть, здѣсь играли роль сращенія салъника съ грыжевымъ отверстіемъ, которые натягивались при лѣвостороннемъ положеніи; выяснить этотъ вопросъ на вскрытіи, въ виду произведенной раньше операціи и устраненія сращеній, не представлялось возможнымъ. Да и среди описанныхъ въ литературѣ случаевъ нерѣдко попадаются такіе, гдѣ названныхъ припадковъ не было вовсе. Такъ, въ упомянутомъ уже выше случаѣ *Farwell*'я не было ни олышки, ни кашля.

Далѣе, многіе авторы обращаютъ большое вниманіе на лабедовидно-втянутый животъ (*Abel*, *Fraenkel* и др.). Признакъ этотъ играетъ большую роль при отличительномъ распознаваніи разбираемаго заболѣванія отъ кишечной непроходимости, развившейся въ силу какихъ-либо другихъ причинъ. Въ самомъ дѣлѣ, если значительная часть органовъ живота переходитъ въ грудную полость, то мѣсто ихъ остается свободнымъ, и получается втяженіе. У описываемаго мною больного наблюдалось какъ разъ обратное: лабедовиднаго западенія не было замѣтно, и животъ былъ повсюду сильно вздутъ. Признакъ этотъ, мнѣ кажется, имѣетъ больше значенія для хронически протекающихъ случаевъ съ нерѣзко выраженными припадками, чѣмъ для такихъ, гдѣ уже развились явленія кишечной непроходимости. Въ послѣднемъ случаѣ кишечныя петли, расплавленные выше препятствія, могутъ быть растянуты газами *ad maximum* и заполнить собою освободившіяся мѣста въ брюшной полости.

Болѣе важное значеніе для распознаванія имѣетъ изслѣдованіе органовъ груди. Здѣсь на первое мѣсто выступаютъ явленія *pneumothorax*'а и связанное съ нимъ смѣщеніе сердца. Известно, что *pneumothorax* лишь очень рѣдко обуславливается заболѣваніемъ брюшныхъ органовъ; только ракъ или язва желудка и нарывъ подъ грудобрюшной преградой могутъ вызвать его образованіе; наиболѣе-же частая причина его кроется въ томъ или иномъ пораженіи легкихъ (бугорчатка со вскрытіемъ пещеры въ полость плевры, нарывъ въ легкомъ, эмпіема грудной полости и т. п.). Отсутствіе вызывающихъ причинъ со стороны лег-

кихъ должно заставлять подозрительно относиться ко всякому *pneumothorax*'у и изслѣдовать его подробно, имѣя въ виду, прежде всего, грыжу грудобрюшной преграды. Вотъ почему *Leichtenstern*, а за нимъ и *Boas* первымъ условіемъ правильнаго распознаванія разбираемой грыжи считаютъ убѣжденіе, что въ данномъ случаѣ нельзя допустить возможность *pneumothorax*'а («*keine pneumothorax*»). Правда, при травматическихъ случаяхъ распознавательная задача осложняется тѣмъ, что *pneumothorax* составляетъ правило. Однако, поступившій извнѣ воздухъ, какъ показываетъ хотя-бы опытъ русско-японской войны, быстро всасывается, и потому въ неострыхъ случаяхъ затрудненіе это въ значительной мѣрѣ умалывается. Но при одновременномъ равеніи легкаго и при возможности зараженія раны получаютъ благоприятныя условія для продолжительнаго существованія открытаго *pneumothorax*'а или-же для самостоятельнаго развитія въ полости плевры газовъ, какъ продуктовъ жизнедѣятельности попавшихъ въ нее микробовъ. Въ этихъ случаяхъ имѣется, однако, дов. цѣнный признакъ: это—чрезвычайная измѣчивость и непостоянство данныхъ, получаемыхъ при выстукиваніи и выслушиваніи. При растяженіи газами брюшныхъ органовъ получается при выстукиваніи соотвѣтственной  $\frac{1}{2}$  груди оч. полный барабанный звукъ, а при наполненіи ихъ жидкимъ содержимымъ—тупой. Эти измѣненія можно, конечно, произвести экспериментально: стоитъ дать больному выпить воды, если въ составъ грыжи входитъ желудокъ, или-же сдѣлать высокое промывательное, если въ грыжѣ находятся толстыя кишки. Да и безъ такихъ опытовъ, какъ показываетъ наблюденіе *Leichtenstern*'а, данныя выстукиванія могутъ мѣняться въ теченіи нѣсколькихъ минутъ, ибо содержимое находящихся въ плеврѣ органовъ живота перемѣщается путемъ перистальтики; при повторныхъ тщательныхъ изслѣдованіяхъ подмѣтитъ это нѣкоторымъ авторамъ удавалось легко. Для выслушиванія, кромѣ обычныхъ явленій, свойственныхъ *pneumothorax*'у, и крайней измѣчивости ихъ (отсутствіе дыханія или-же амфорическій характеръ его; *Metallklang* при *Stäbchen-percussion*, такъ наз. *succusio Hippocratis*) особенно характернымъ считается присутствіе въ соотвѣтствующей  $\frac{1}{2}$  грудной клѣткѣ громкихъ, очень разнообразныхъ желудочныхъ и кишечныхъ шумовъ. Въ некоторыхъ случаяхъ даже сами больные указываютъ на появленіе глотательныхъ шумовъ въ груди непосредственно вслѣдъ за приемомъ пищи (*Foucras*). А *Linoli* (см. у *Lacher*'а) говоритъ, что его больной каждый разъ послѣ выпиванія значительнаго количества холодной воды испытывалъ чувство холода въ лѣвой  $\frac{1}{2}$  грудной клѣткѣ. Мнѣ лично кажется, однако, что нельзя преувеличивать распознавательное значеніе выслушиваемыхъ кишечныхъ шумовъ, ибо въ нижнихъ отделахъ груди нерѣдко приходится слышать проведенные кишечные шумы при простомъ усиленіи перистальтики, а тѣмъ болѣе при *pneumothorax*'ѣ; въ иныхъ случаяхъ, пожалуй, можетъ выручить звучность этихъ шумовъ, болѣе рѣзкая при грыжахъ грудобрюшной преграды.

Прямое слѣдствіе *pneumothorax*'а—смѣщеніе сердца вправо (при лѣвостороннихъ грыжахъ)—имѣетъ несомнѣнное значеніе для распознаванія, особенно въ случаяхъ врожденныхъ грыжъ у дѣтей. Здѣсь нужно исключить лишь аномальное положеніе сердца справа—*dextrocardia*, какое при наличности общаго обратнаго расположенія внутреннихъ составляетъ правило; а сама по себѣ *dextrocardia*, безъ извращеннаго положенія другихъ органовъ, встречается оч. рѣдко. По статистикѣ покойнаго В. Л. Губеръ на 100 случаевъ общаго обратнаго расположенія внутреннихъ, случаевъ обособленной *dextrocardia* приходится всего лишь 7. Поэтому рѣдкость подобной аномаліи должна заставить съ особой тщательностью отнестись къ изслѣдованію органовъ грудной полости у тѣхъ больныхъ, у которыхъ подозрѣвается грыжа грудобрюшной преграды. Впрочемъ, въ литературѣ попадаются и такіе случаи, гдѣ *dextrocardia* была распознана еще въ дѣтствѣ, а истинный характеръ заболѣванія оставался неизвѣстнымъ до самой смерти больного, наступившей въ зрѣломъ возрастѣ. Само собою разумѣется, что при правостороннихъ грыжахъ этотъ признакъ совершенно утрачиваетъ всякую цѣну.



Обращаясь къ описываемому мною больному, я долженъ сказать, что въ этомъ случаѣ къ пользованію pneumothorax'омъ, какъ распознавательнымъ признакомъ, имѣлось препятствіе sui generis: больного нельзя было заставить сколько-нибудь переменить положеніе въ виду тяжелаго общаго состоянія и сильныхъ болей. Но, такъ какъ выстукиваніе сердца не давало въ первые дни никакого основанія предполагать уклоненіе его вправо, чего слѣдовало-бы ожидать при попаданіи сколько-нибудь значительныхъ отдѣловъ желудка и кишекъ въ плевральную полость, то можно допустить, что явленій pneumothorax'a въ это время и не удалось бы обнаружить. До поступленія больного въ клинику у него въ щель грудобрюшной преграды былъ втянутъ, повидимому, только салъникъ, который и успѣлъ ко времени операціи дать воспалительныя складки. Въ послѣдній-же день, при выслушиваніи грудной клѣтки сзади, слышны были слабое амфорическое дыханіе, кишечные шумы и металлическій звонъ при постукиваніи рукояткой молоточка по плессиметру; тогда-же и сердце оказалось значительно смѣщеннымъ вправо. Отсюда можно заключить, что втягиваніе желудка и кишекъ въ тѣхъ размѣрахъ, какъ это было найдено при операціи, произошло въ самое послѣднее время.

Советъ Nussbaum'a (см. у Lacher'a) — вводить всю руку въ прямую кишку и, продвигая ее возможно дальше вверхъ, стараться ошупать края грыжевого отверстія, а при случаѣ опредѣлить и характеръ входящихъ въ составъ грыжи органовъ, въ настоящее время имѣетъ лишь историческое значеніе.

Не смотря на указанные способы, нужно сознаться, что на основаніи ихъ однихъ грыжи грудобрюшной преграды были правильно распознаны только въ 2-хъ случаяхъ — Leichtenstern'омъ и Abel'емъ. Въ остальныхъ-же правильность распознаванія была обязана исключительно радіоскопіи, которую поэтому и нужно считать основнымъ способомъ для распознаванія заболѣваній этого рода. Въ желудокъ въ такихъ случаяхъ обычно вводится или висмутъ, взвѣшенный въ водѣ, или же различнаго рода зонды, не пропускающіе x-лучей (съ металлической проволокой внутри, съ цинковой пылью и т. п.). Если содержимое такихъ грыжъ составляютъ толстыя кишки, то подобные манипуляціи содѣлываютъ дѣлать надъ прямой кишкой. На снимкѣ тогда получаютъ въ соответственныхъ мѣстахъ тѣни. Аномальное положеніе этихъ тѣней и даетъ возможность сдѣлать правильное распознаваніе.

Какъ бы ни казались, однако, неоспоримыми данныя радіоскопіи, ошибки, какъ показываетъ опытъ, возможны даже и здѣсь. Случай Wiedenmann'a-Fraenkel'a настолько поучителенъ въ этомъ отношеніи, что я позволю себѣ привести его здѣсь, хотя бы въ общихъ чертахъ.

Онъ относится къ 49-лѣтнему больному, поступившему въ клинику проф. Fraenkel'a съ жалобами на часто повторяющуюся боль въ лѣвой 1/2 груди, тошноту и рвоту. Барабанный звукъ спереди доходилъ до 3-го ребра; отчетливо получался звонъ при Stäbchenpercussion и даже succusio Hippocratis; выслушивались также и шумы, свойственные желудку. По справкамъ оказалось, что больной этотъ годомъ раньше лежалъ въ клиникѣ проф. Gerhard'a, гдѣ у него при помощи x-лучей была распознана грыжа грудобрюшной преграды. Случай этотъ былъ описанъ уже, какъ правильно распознанный Wiedenmann'омъ въ № 11 «Berliner klin. Wochenschrift», 1901 г., съ приложеніемъ Roentgen'овыхъ, такъ хорошо удавшихся, что не оставалось никакого сомнѣнія въ правильности сдѣланнаго распознаванія. Въ клиникѣ Fraenkel'a у этого больного появилась кровавая рвота, на основаніи которой предположено было ущемленіе и назначена больному операція. И вотъ, когда хирургъ (проф. Korte) проникъ рукою до 3-го ребра, то никакого грыжевого отверстія въ грудобрюшной преградѣ онъ не нашелъ, а куполъ послѣдней оказался повсюду замкнутымъ. Больной послѣ операціи утверждалъ, что боли у него нѣсколько уменьшились. Спустя нѣсколько мѣсяцевъ онъ снова поступилъ въ ту-же клинику по поводу рака глотки, отъ котораго и умеръ. На вскрытіи оказалось, что у него была т. наз. eventratio diaphragmatica — чрезвычайно рѣдкое, мало изученное заболѣваніе.

Со времени Cruveilhier это по счету 9-й случай во всей литературѣ. Этіологія эвентраціи совершенно темна. Большинство думаетъ, что она представляетъ собою врожденное заболѣваніе, ибо при ней одновременно наблюдаются и другія аномаліи развитія (рудиментарное легкое, 3 доли въ лѣвомъ легкомъ). Однако, бывшій при докладѣ Fraenkel'a, Benda замѣтилъ, что при изслѣдованіи онъ напалъ на признаки несомнѣнно дегенера-

ная бѣлизна ея мышечной части), и склоненъ думать, что причина кроется здѣсь въ измѣненіяхъ со стороны нервныхъ волоконъ или-же въ жировомъ перерожденіи мышцъ.

Сходнымъ оказался и случай K. Hirsch'a изъ Leipzig'-ской клиники, подвергнутой затѣмъ критикѣ въ статьѣ Hildebrand'a и Herz'a. Послѣдніе пытаются указать рядъ признаковъ, которые позволили-бы отличить при помощи радіоскопіи грыжу грудобрюшной преграды отъ эвентраціи чрезъ нее. Самымъ главнымъ они считаютъ положеніе на снимкѣ дугообразной тѣни, получаемой отъ грудобрюшной преграды: при эвентраціи тѣнь эта лежитъ надъ желудкомъ и выпуклостью обращена кверху, а при грыжѣ грудобрюшной преграды она помѣщается низко и кверху обращена ея вогнутость.

Манометрическое измѣреніе давленія въ полости желудка при различныхъ фазахъ дыханія можетъ также пособить при отличительномъ распознаваніи грыжи грудобрюшной преграды отъ эвентраціи чрезъ нее. Для этой цѣли въ желудокъ вводится упругая трубка (Magenschlauch), раздувается воздухомъ и соединяется съ гумми-манометромъ. Въ нормальныхъ случаяхъ, какъ это видно изъ работы Schläpfe, на высотѣ вдоха давленіе въ желудкѣ повышается, а при выдыхѣ понижается. Если-же желудокъ помѣщается въ плевральной полости, то получается какъ разъ обратное: выдыхательное повышеніе и вдыхательное пониженіе давленія, что само собою понятно изъ физиологическихъ соображеній.

Если такимъ образомъ распознаваніе грыжъ грудобрюшной преграды безъ радіоскопіи вообще оч. затруднительно, то еще это болѣе можно сказать объ описываемомъ мною случаѣ. Онъ оказывается весьма интереснымъ и поучительнымъ въ томъ отношеніи, что цѣлый рядъ признаковъ говорилъ здѣсь скорѣе въ пользу другого процесса, а именно — вѣдренія кишекъ. Въ самомъ дѣлѣ, жалобы на боль внизу живота, главнымъ образомъ въ области S-образной кишки; видимая, соответственно положенію послѣдней, раздутая петля кишки; растянута газами и дающая явственные перистальтическія движенія ободочная кишка; анамнестическія указанія на сильное тѣлесное напряженіе, вслѣдъ за которымъ развилась бурная картина болей въ животѣ со рвотой и выведеніемъ кровавистыхъ испражнений; наличность крови въ калѣ во время пребыванія больного въ клиникѣ; наконецъ, данныя изслѣдованія прямой кишки пальцемъ и зеркалами — все это, вмѣстѣ взятое, слишкомъ подкупало въ пользу распознаванія кишечнаго вѣдренія. При этомъ за мѣсто вѣдренія съ большою степенью вѣроятія можно было признать S-образную кишку, ибо тахіитъ болевыхъ ощущеній сосредоточивался именно въ этомъ мѣстѣ, а при rectoscopii чрезвычайно отчетливо былъ виденъ надвигавшійся сверху отрѣзокъ кишки съ каналомъ въ центрѣ, изъ котораго выдѣлялись жидко-слизистыя испраженія. При изслѣдованіи органовъ груди, поскольку то позволяло общее состояніе больного, въ первые дни рѣшительно не удавалось найти никакихъ признаковъ, которые указывали-бы на какой-либо процессъ въ лѣвой плевральной полости: сердце не было смѣщено; не было также ни синюхи, ни одышки, ни кашля и вообще никакихъ другихъ расстройствъ со стороны органовъ дыханія и кровообращенія; происшедшему-же болѣе мѣсяца назадъ раненію самъ больной придавалъ такое малое значеніе, что рассказалъ о немъ лишь послѣ того, какъ у него опредѣленъ былъ лѣвосторонній pneumothorax.

Лѣченіе грыжъ грудобрюшной преграды, возможно, разумѣется, только хирургическое, при чемъ совѣтуется какъ можно скорѣе приступать къ операціи и дорботить каждымъ часомъ. Выполнить, однако, этотъ советъ крайне затруднительно, въ виду частой невозможности своевременно сдѣлать правильное распознаваніе, какъ это видно изъ обсужденія относящейся сюда литературы. Способовъ операціи я обсуждать не буду: это дѣло — хирурговъ. Замѣчу лишь, что благопріятный исходъ наблюдается здѣсь чрезвычайно рѣдко. Въ доступной мнѣ литературѣ я могъ найти всего 2 случая (Plücker'a, уже упомянутый, выше, и Rieger'a), гдѣ вслѣдъ за операціей наступило полное выздоровленіе. Главная трудность операціи заключается въ безу-

добрышней преградѣ; отверстіе въ ней, хотя и уменьшенное наложенными швами, всегда остается, и тѣмъ даются благоприятныя условия для вторичнаго выпаденія органовъ живота въ пледральную полость.

**Литература.**—1. *Leichtenstern*. Zur Diagnose der Hernia diaphragmatica. «Berlin. kl. Wochenschrift», 1874 г., №№ 40, 41, 43 и 44.—2. *Lacher*. Ueber Zwerchfellshernien. «Deutsches Archiv f. klin. Medicin», 1880 г., стр. 269—321.—3. *Thoma*. Vier Fälle von Hernia diaphragmatica. *Virchow's Archiv*, 1882 г., т. 88, 4.—*Grosser*. «Klinisch-therapeutische Wochenschrift», 1899 г., № 9, 5.—*Benda*. Demonstr. v. Präpar. eines Falles v. Zwerchfells-hernia. Verein f. innere Medicin in Berlin. «Deutsche med. Wochenschrift», 1900 г., № 31.—6. *v. Hansemann*. «Berlin. klin. Wochenschrift», 1902 г., № 49.—7. *W. Moser*. A case of diaphragmatic hernia. «Philadelph. medical Journal», 1902 г., 26 апрѣля, стр. 767. Прав. по «Медицинскому Обозрѣнію», 1903 г., II, стр. 318.—8. *Denio*. Ein Fall v. Zwerchfells-hernie. «St. Petersburger med. Wochenschrift», 1903 г., № XI.—9. *Plücker*. Hernia diaphragmatica incarcerata mit Netzvorfall. «Centralblatt f. Chirurgie», 1903 г., № 48, стр. 1323.—10. *Th. Strüppler*. «Münchener med. Wochenschrift 1902 г., 15 апрѣля.—11. *В. П. Жуковский*. «Русский Врачъ», 1905 г., № 14.—12. *A. V. Bergmann*. Ueber einen Fall von Hernia diaphragmatica. «St. Petersburger med. Wochenschrift», 1896 г., № 48.—13. *Herrz*. Gesellschaft f. inn. Medicin und Kinderheilkunde in Wien. Забѣданіе 25-го мая 1905 г., «Deutsche med. Wochenschrift», 1905 г., № 43.—14. *Widenmann*. Zur Casuistik der Zwerchfells-hernien beim Lebenden. «Berliner klin. Wochenschrift», 1901 г., № 11.—15. *A. Fraenkel*. Demonstration eines Falles von Eventratio diaphragmatica. «Deutsche med. Wochenschrift», 1902 г., 343.—16. *Carl Hirsch*. «Münchener med. Wochenschrift», 1900 г., № 29.—17. *Hidelbrand u. Hesse*. Differentialdiagnose zwischen Hernia diaphragmatica und Eventratio diaphragmatica. Тамъ-же, 1905 г., № 16.—18. *Cordier*. Case of diaphragmatic hernia. «Annals of Surgery», 1897 г., сентябрь, Прав. по «Медицинскому Обозрѣнію», 1898 г., I, стр. 204.—19. *Paul Guttman*. Angeborener Defect in der linken Zwerchfells-hälfte mit Hindurchtritt des grossen Netzes in die linke Pleuralhöhle. «Berliner klin. Wochenschrift», 1893 г., № 2.—20. *Онк-же*. Ueber einen Fall von Hernia diaphragmatica. «Deutsche med. Wochenschrift», 1884 г., № 14.—21. *Spessa*. Memoria della societate med. chir. di Bologna, т. I, вып. 2. Прав. по *Lacher'y*, стр. 282.—22. *I. W. G. Farwell*. «The Lancet», 1888 г., 30 июня. Прав. по «Врачу», 1888 г., № 42, стр. 840.—23. *I. Boas*. Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten. Leipzig, 1901 г., стр. 402.—24. *C. Reinhard*. Ein Fall von Hernia diaphragmatica. «Deutsche med. Wochenschrift», 1891 г., № 31.—25. *Karl Abel*. Ein Fall von angeborenem, linksseitigem Zwerchfellsdefect mit Hindurchtritt des Magens, des grossen Netzes, eines Theiles des Colon und des Duodenum in die Pleuralhöhle. «Berliner klin. Wochenschrift», 1894 г., № 4 и 5.—26. *Niemöller*. Ein eigenthümlicher Fall von Hernia diaphragmatica. Тамъ-же, 1892 г., № 15.—27. *Fischer*. Diaphragmatic hernia; perforation of the stomach. «Lancet», 1897 г., № XXV, II, Прав. по «Медицинскому Обозрѣнію», 1898 г., стр. 682.—28. *Пржевальскій*. «Газета лекарска», 1889 г., 24 августа.—29. *Онк-же*. Тамъ-же, 1888 г., № 38—42.—30. *В. Л. Грuber*. «Reichert's und du-Bois-Reymond's Archiv», 1865 г., стр. 549. Прав. по *P. Guttman'y* «Deutsche med. Wochenschrift», 1884 г., № 14, стр. 211.—31. *Schlippe*. Physiologische Untersuchungen bei der Anwendung des Magenschlauches. «Deutsches Archiv f. klin. Medicin», 1903 г., 76. 32. *Riegner*. «Deutsche med. Wochenschrift» 1903 г., 163.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

78-ой Съездъ нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей въ Stuttgart'ѣ.

(Окончаніе. См. № 49, стр. 1554).

Большой общественный интерес представляютъ докладъ и пренія по программному вопросу 6 Отдѣловъ—«(1) вліяніи германскаго закона о государственномъ страхованіи рабочихъ (Unfallgesetzgebung) на излѣчимость и неизлѣчимость болѣзней».

Докладчиками явились:

Д-ръ *Nonne* (Hamburg)—«О травматическихъ заболѣваніяхъ спинного мозга». Въ теченіи 4-хъ лѣтъ докладчикъ наблюдалъ 667 такихъ случаевъ. Поразительно однообразіе припадковъ травматическихъ неврозовъ, сводящихся главнымъ образомъ къ жалобамъ на боль въ головѣ и поясницѣ, головокруженію, общую слабость, бессонницу, подавленное состояніе духа и у всѣхъ—«стремленіе получить ренту». Объективныхъ признаковъ въ большинствѣ случаевъ вовсе не оказывается, или-же они незначительны: часто усиленіе сухожильныхъ рефлексовъ, болѣе или менѣе повышеніе раздражительности сосудо-двигателей и непостоянное незначительное ограниченіе поля зрѣнія. Нѣтъ и обычныхъ при нейрастеніи припадковъ—насиленныхъ представлений, расстройствъ желудочно-кишечнаго ка-

нала и половыхъ органовъ. У всѣхъ почти—особенное подавленное выраженіе лица (оно было показано на рядѣ свѣтовыхъ картинъ). Между изслѣдованными у многихъ оказались стойкія измѣненія пальцевъ и ручной кисти, не уменьшающія работоспособности у незастрахованныхъ людей. Въ противоположность этимъ случаямъ докладчикъ привелъ примѣры травматическаго поврежденія черепа, потребовавшаго трепанніи съ удаленіемъ экстрадуральнаго кровоизліянія у рабочаго, вскорѣ выздоровѣшаго съ сохраненіемъ полной работоспособности. Рабочій этотъ «не претендовалъ на ренту».

Отношеніе докладчика къ обсуждаемому закону ясно видно уже изъ приведеннаго; усугубляется оно дальнѣйшими.

Въ ожиданіи присужденія ренты потерпѣвшій, по его мнѣнію, бросаетъ работу, ищетъ совѣтниковъ и находитъ таковыхъ въ мѣстахъ, частое посѣщеніе которыхъ пріучаетъ его къ употребленію спиртныхъ напитковъ... Заключение: Слѣдуетъ расширить право на единовременное вознагражденіе; часть судебныхъ издержекъ, въ случаѣ если жалоба окажется несостоятельною, возлагать на рабочаго. Полезно постепенно уменьшать ренту, но рѣзкій отказъ въ рентѣ нежелателенъ. Врученіе копій съ протокола врачебнаго освидѣтельствованія пострадавшему неумѣстно.

Въ числѣ органическихъ измѣненій спинного мозга травматическаго происхожденія докладчикъ наблюдалъ: 4 случая сухотки спинного мозга (сифилисъ положительно исключенъ), 2 случая множественнаго склероза и по 1 случаю хроническаго воспаленія, передняго полиоміалита и амиотрофическаго боковаго склероза.

Проф. *Gaupp* (München) разбираетъ вопросъ съ точки зрѣнія психіатріи. Прежде всего онъ указалъ, что травматическіе неврозы далеко неоднородны. Замѣчательно однако, что неврозы эти наблюдаются исключительно послѣ травмъ, полученныхъ рабочими, тогда какъ травмы головы, полученные, напр., на дуэли, на студенческихъ менаурахъ и т. д., будто-бы, никогда (?) не ведутъ за собой такихъ неврозовъ, съ которыми познакомились вообще лишь послѣ введенія закона о страхованіи рабочихъ. Незначительныя объективныя явленія, наблюдающіяся при изслѣдованіи застрахованныхъ, наблюдаются также у совершенно здоровыхъ людей. Не обращая вниманія на психику рабочаго, мы не въ состояніи понять картины травматическаго невроза. Больной убѣжденъ, что онъ не въ состояніи работать. Благопріятствуютъ возникновенію этого убѣжденія и алкоголизмъ, и однообразіе работы, и напряженное отношеніе рабочихъ къ работодателю. Несправедлива мысль, что въ основѣ этихъ неврозовъ лежатъ безнравственные мотивы, въ родѣ жадности, стремленія къ легкой наживѣ; напротивъ, они часто вытекаютъ изъ ложнаго представленія о мнимомъ правѣ на ренту, какъ на вознагражденіе за боль. На рабочаго вредно дѣйствуютъ разнорѣчивыя заключенія врачей, а частыя изслѣдованія держатъ его въ состояніи постояннаго напряженія. Врачъ долженъ успокоить пострадавшаго, стараться поднять самочувствіе его; поэтому онъ не имѣетъ права заявлять больному о томъ, что состояніе его безвыходно и сразу признавать ему право на ренту въ высшемъ размѣрѣ. Страховымъ учрежденіемъ должно быть предоставлено право въ случаяхъ, когда черезъ 2—3 года послѣ травмы и полнаго излѣченія ея, объективныя явленія не ухудшились, записать ренту единовременнымъ вознагражденіемъ, особенно если врачи признаютъ, что это соответствуетъ интересамъ больного.

Д-ръ *Baisch* (Tübingen)—гинекологъ—устанавливаетъ, что, со времени обнародованія закона, гинекологами часто приходится высказываться о связи между травмою и заболѣваніями половыхъ органовъ. Не смотря на то, что такую связь установить весьма трудно, упорнымъ, настойчивымъ лицамъ нѣредко удается добиться пѣли—получить большую ренту. Такъ какъ результаты изслѣдованія, обнаружившія лишь незначительныя измѣненія того или другаго органа не исключаютъ съ положительностью возможность анатомическихъ измѣненій, то при настойчивыхъ жалобахъ пострадавшихъ прибѣгали даже къ совершенно бесполезнымъ чревостѣченіямъ. Врачъ обязанъ противодѣйствовать жадности застрахованныхъ.

Д-ръ *Thiem* (Cottbus)—хирургъ. Вслѣдствіе того обстоятельства, что страховыя учрежденія начинаютъ заботиться о пострадавшемъ не сейчасъ-же по полученіи имъ поврежденія, а черезъ 3½ мѣс., и въ слѣдствіе подраздѣленія пользованія на первоначальное и послѣдовательное, первоначальное лѣченіе, имѣющее рѣшающее вліяніе на исходъ поврежденія, въ громадномъ большинствѣ случаевъ не удовлетворяетъ требованіямъ современной хирургіи. Особенно у землечувствъ, слишкомъ долго предоставленныхъ собственнымъ силамъ, часто приходится наткнуться на результаты несоотвѣтствующаго первоначальнаго лѣченія. Точно также сказывается и переопѣнка механическаго способа лѣченія, полезнаго въ ряду другихъ хирургическихъ примѣновъ, но не въ смыслѣ самостоятельнаго способа. Систематическія и правильныя наблюденія многочисленныхъ кандидатовъ на ренту не только благопріятствовали расширенію нашихъ знаній въ области случайныхъ травматическихъ поврежденій, но отразились и на терапевтическихъ примѣмахъ. Мы отказались, напр., отъ превеликаго консерватизма при лѣченіи поврежденій ручной кисти и т. д. Эти наблюденія расширили точно также и наши понятія о взаимоотношеніи между травмою и болѣзнію; но когда это взаимоотношеніе для насъ неясно, мы должны откровенно сознаться въ этомъ и въ заключеніи своемъ не отрицать возможности связи болѣзни съ травмою.

Въ преніяхъ проф. *Rumpf* (Wupp) сѣтовалъ на неаучность редакціи медицинскихъ свѣдѣній, выставляемыхъ врачами

потерпевшим рабочим. Для устранения этого необходимо ввести в программу медицинского образования и свидетельствование травматических повреждений. Значительная затрудненность, встречаемая рабочими, желающими вновь приступить к работам, и продолжительность времени, потребного для признания ренты, ведут к нежелательным последствиям. Это должно быть устранено. Из числа найденных проф. Я. анатомических последствий травмы спинного мозга он приводит: 6 переломов позвонков, ухудшение сирингомиелии, спинную сухотку, множественный склероз. Относительно часто ему приходилось наблюдать стойкие изменения после заживших переломов основания черепа. Он предостерегает от слишком строгого отношения к признанию прав на ренту, предлагает постепенное понижение ренты и психическое лечение пострадавших.

Проф. Oppenheim (Berlin) несогласен с высказанным о влиянии травмы на нейроз. Он отрицает противоречие, заключающееся в том, что, с одной стороны, признавая, что и незначительная травма может вести к тяжелым последствиям, с другой же — основную причину нейроза склонны видеть не в самой травме, а во вторичных психических влияниях. Во всяком случае главная роль принадлежит физическому агенту — травме, к которому впоследствии присоединяются и психические. Вся нервная система представляет собою одно физиологическое и патологическое целое, и проф. О. не понимает, как можно отрицать связь между и незначительной хотя бы травмой стопы, напр., и тяжелым нейрозом?

Д-р Bruns (Hannover): В понижении нравственного чувства повинны не одни лишь рабочие; оно общее всем застрахованным. И д-р В. стал строже относиться к признанию прав на ренту, гср. к размерам ее. Необходимо содействовать воле, роль которой в проявлении работоспособности громадна, бороться с ней. Д-р В. сожалеет, что закон не дает права уменьшать ренту в видах побуждения некоторых таких больных к работам и предостерегает от слишком строгого отношения к застрахованным из-за предвзятых видов.

Интересующихся этим вопросом, отсылаю к «Трудам» 4-го Международного Съезда по страховой медицине, состоявшегося в сентябрь текущего года в Берлине. Вопрос этот не сегодня завтра получить реальное значение и у нас.

#### Хирургия головного и спинного мозга.

Д-р Saenger (Hamburg). «О паллиативных операциях при неоперабельных опухолях».

Не смотря на значительный прогресс хирургии и неврологии, большинство распознаваемых опухолей мозга еще недоступны для хирурга. С другой стороны, в настоящее время мы еще не в состоянии точно определить местоположение целого ряда мозговых опухолей. Как же следует поступать в последнем случае? Докладчик решает этот вопрос на основании своих 19 случаев паллиативных операций мозговых опухолей. В 2-х случаях для достижения успеха пришлось увеличить трепанационное отверстие, чтобы дать хороший сток цереброспинальной жидкости. В 2-х других трепанация оказалась неуспешной. 1 случай опухоли основания мозга окончился смертью вскоре после операции. Во всех остальных случаях благоприятный результат операции бесспорен: головные боли, рвота, судороги, равно как и другие признаки увеличенного давления на мозг уменьшились, а в некоторых случаях и вовсе прекратились. Harvey Cushing советует покрывать недостаток в черепе в височной и затылочной областях мышечным лоскутом. Способ этот давно уже применялся Wiesinger'ом с успехом при трепанациях в области мозжечка. Оперировать следует, когда обнаруживается падение зрения, ибо более поздняя операция не останавливает атрофии зрительного нерва. Что касается места, то следует трепанировать непосредственно над предполагаемой опухолью. При невозможности же точно определить ее местоположение следует трепанировать над правой теменной долей, ибо операция в этой области менее всего угрожает опасностью дать припадки выпадения. Опасность трепанации в области мозжечка, по докладчику, далеко не так велика, как об этом принято думать. Не следует лишь торопиться с разрывом твердой мозговой оболочки по обнажении таковой. Эффект поясничного прокола, равно как и прокола бокового желудочка не может сравниться с результатом, достигаемым трепанацией. Личный свой опыт докладчик резюмирует следующим образом: при современном положении дела паллиативная трепанация черепа в руках опытного хирурга является благотворной и почти безопасной операцией, показанной при всех неоперабельных опухолях мозга для уменьшения страданий больных и предотвращения потери зрения.

Проф. F. Krause (Berlin). «Об оперативном лечении опухолей головного и спинного мозга».

Пользуясь многочисленными проекционными картинками, докладчик прежде всего говорил об опухолях чувствительной области. Определив на обротоном черепе Роландову и Sylvius'у борозды, образующие остеопластический лоскут. Трепанацию посредством Dahlgreen'овских ножниц. Кровотечение останавливается посредством обкалывания по Heidenhain'у. Коровые опухоли легко распознаются по вскрытии твердой оболочки. При распознавании пораженного сегмента

быть однополярным фарадическим током. Гуммозные опухоли, отдельные бугорки и кисты рассматриваются подобно другим опухолям, применяясь к чему служат оперированные докладчиком большая цистицерковая киста передней центральной извилины, с полным оперативным успехом; большой поглыб вследствие от множественных кист основания мозга.

Хирургия центральных извилин составляет, однако, в настоящее время лишь небольшую часть мозговой хирургии вообще. Как пример опухоли темной области, докладчик привел картину распознанного Oppenheim'ом одиночного бугорка, величиною в сливу, который был вылучен целиком. Вследствие нагноения — бугорок нагноился в 2-х местах — пришлось тампонировать и держать рану открытой 12 дней. Тщательный шов твердой мозговой оболочки и кожно-костного лоскута устранил большую мозговую грыжу, и больной выздоровел. Впоследствии он поглыб от бугорчатки легких, и вскрытие показало, что мозг был вполне здоров.

Докладчик показал также тоже распознанную Oppenheim'ом опухоль затылочной доли у 35-летнего больного. Операция произведена в 2 этапа. Полное выздоровление; бывшая даже половинная слепота исчезла.

Krause перешел затем к операциям в лобных долях и в передней черепной яме и попутно изложил, каким образом можно добраться до мозгового придатка (hypophysis), идя спереди, посредством лобного лоскута. Этим способом он воспользовался 6 лет назад для удаления револьверной пули из области зрительного перекреста. Оперированный совершенно выздоровел.

Опухоли средней ямы докладчик оперирует по способу вылучения Gasser'ова узла. Последнюю операцию он произвел 57 раз с 7 смертельными исходами и в течение 14 лет ни разу не видел возврата нейралгии тройничного нерва. К этой операции он прибегает однако лишь в наиболее тяжелых случаях, когда периферические изъятия нерва остаются без результата; в таких-то случаях и показана эта коренная операция.

Техника операций мозжечка и задней черепной ямы различна в зависимости от того, приходится ли обнажать одну или обе половины. К операциям 1-ой категории прибегают главным образом при опухолях в т. наз. слуховой области и при опухолях мозжечка в мостовом углу. Обнажив и осторожно отодвигая в сторону или вверх и внутрь соответствующее полушарие мозжечка, получаем свободный доступ к задней поверхности скалистой кости и к заднему отрезку основания черепа и проходящим через него нервам (слуховой, лицевой, языко-глоточный, блуждающий и добавочный). Расположенные здесь опухоли легко удаляются, тем более, что они в громадном большинстве случаев, оказываются осумкованными. Оперированная таким образом больная была показана Берлинскому неврологическому Обществу. Всего докладчик сделал 10 подобных операций.

Говоря о технике обнажения обоих полушарий мозжечка, Krause упомянул о проколе 4-го желудочка, который подчас имеет жизненное показание. Что касается предсказания при всех этих операциях, то действительно излечение и по сей час составляет еще исключение. Но, если принять в соображение, что без операции больные обречены неминуемой гибели при страшных мучениях, то следует признать эти операции вполне показанными. Если коренное удаление опухоли оказывается невозможным, то одна уже трепанация со вскрытием твердой мозговой оболочки, ведя к уменьшению внутричерепного давления, сама по себе дает значительное облегчение, а иногда и продолжает жизнь больного. Подобная паллиативная операция имеет такое же значение, как гастростомия, напр., при раке пищевода и т. д. Главная опасность операции заключается в кровотечении и шок. Опасность же заражения ничтожна. Докладчик, по крайней мере, при всех своих операциях мозговых опухолей, при падучей и 51 удалении Gasser'ова узла не потерял ни одного больного от воспаления мозговых оболочек. Следует всегда быть готовым закончить операцию в 1 прием. Но, если условия предоставляют свободу действий, то благоразумнее оперировать в 2 приема.

Прямую противоположность в этом отношении представляют операции удаления опухолей спинного мозга. Здесь, как закон, являются операции в 1 прием. Не следует сохранять дужек позвонков, во 1-х, потому, что анатомические условия раны таким образом значительно упрощаются, а, во 2-х, потому, что дужки не играют никакой роли в смысле увеличения поддерживающей силы позвоночника. Всего Krause произвел 19 подобных операций с 5 смертельными исходами. Старшей из оперированных им в настоящее время 72 года. 6 лет назад он удалил у нея псаммому на высоте 7-го грудного позвонка, распознанную д-ром Böttiger'ом. Всего опасные операции на шейной части позвоночника. При 3-х подобных операциях докладчик потерял 2-х больных — от коллапса. В 3-м случае пришлось удалить дужки эпистрофа и 3-го и 4-го шейных позвонков и по вскрытии твердой оболочки обнажить нижний отрезок продолговатого мозга. Больная выздоровела и через 2 года после операции явилась к докладчику вполне здоровой.

Особенно затрудняють операции спинного мозга: неоперабельные опухоли, за счет заросения паутинного пространства, симулирующие мозговые опухоли, или находящиеся над глубже сидящими опухолями, но распространяющиеся далеко вверх, что ведет к ошибкам в распознавании пораженного сегмента

спинного мозга, наконец, т. наз. менингит вследствие хронического воспаления паутинной оболочки (meningitis ex. arachnoides chg.), на который впервые указал *Oppenheim* и который часто находил докладчик при операции.

Таким образом разнообразная затруднения при распознавании встречаются даже при спинномозговых опухолях, хотя распознавание этих последних, благодаря местоположению их по сегментам мозга, гораздо легче, чем при опухолях головного мозга. Уже одним этим объясняются лучшие результаты операций опухоли спинного мозга сравнительно с таковыми при опухолях мозга головного; к этому следует еще присовокупить и меньшую опасность операции. Но, если когда-нибудь удастся до операции распознать неоперабельные опухоли, как туберкулы, и ограничиться в подобных случаях одною лишь уменьшающею давление на мозг трепанацією, то и в этой области мы достигнем более благоприятных результатов. Большие успехи, достигнутые в последнее время неврологическою диагностикою—главным образом в области мозговых опухолей задней черепной ямы,—оправдывают наши надежды на хирургию головного мозга. Успехи неврологов двигают вперед хирургов, являющихся «рукою неврологов».

Проф. *Oppenheim* (Berlin) прочитал выводы из доклада проф. *Schultze* (Bonn), по болезни не явившегося на заседание.

1) Из 97 мозговых опухолей им оперированы 19. а) Полное излечение получилось в 1 лишь случае опухоли мозжечка. б) Прокол желудка по *Neisser*'у 1 раз дал значительное улучшение (исчезновение застойного скопа, в. значительной амблиопии и головных болей); улучшение наблюдалось в течение  $\frac{3}{4}$  года, а за сим—быстрая смерть. в) Улучшение, наблюдавшееся в течение месяца, отмечено во нескольких лишь случаях. Результаты, след., печальны.

2) Зато 11 случаев операций спинномозговых опухолей дали 4 полных выздоровления и 1 продолжительное, существенное улучшение.

В 4-х новых, еще не описанных, случаях опухоли найдены в распознанном месте; но 2 раза они оказались злокачественными, что не было распознано до операции. Оперативный успех в обоих случаях—полный. В 3-м случае опухоль в шейной части лежала так высоко, что оператор не решился удалить ее. В 4-м случае получилось полное выздоровление.

После этого проф. *Oppenheim* перешел к своему докладу: «Об оперативном лечении опухолей головного и спинного мозга» (при чем особое внимание он обращал на случаи, которые он наблюдал совместно с проф. *Krause*).

Докладчик ограничивается лишь лично ему принадлежащим громадным материалом. Прежде всего он пополняет казуистику проф. *Krause* клинической картиной и мотивировкой распознавания в более темных случаях опухолей мозга. К числу последних принадлежит опухоль левой затылочной доли, давшей идеальный результат—полное выздоровление.

2-й случай послужил ему исходной точкой для обсуждения опухолей задней центральной извилины и темной доли, на основании 5 собственных операций, в которых распознавание всегда подтверждалось операцией. Один из этих случаев (операция с успехом произведена была проф. *Borchardt*'ом) он показал в виде стереоскопической картины. Засим он подробно остановился на опухолях задней черепной ямы и угла мозжечка, пользовавшихся им совместно с *Krause* или *Borchardt*'ом. В последние годы он передал хирургам 8 подобных случаев. Излечение достигнуто в 1 лишь случае, а в 1 наблюдалось временное улучшение, во всех же прочих исход был смертельный; но следует отметить, что дело имело с опухолями необычайной величины.

Всего до 1903 г. докладчик имел 27 оперированных опухолей головного мозга. Из этих больных выздоровели 3 (11%), временное улучшение дали 6 (22,2%), умерли 15 (55,5%), при чем нельзя упускать из вида, что в 12 случаях дело имело с опухолями задней черепной ямы. 3 паллиативные операции дали неопределенный результат. Общее и местное распознавание вполне оправдалось в 23-х случаях (из 27). В неоправдавшихся распознавание случаев в 1, вместо опухоли мозжечка, оказалась водянка. Во 2-м случае, наряду с распознаною водянкою, найдена опухоль височной доли. 1 раз распознавание колебалось между опухолью лобной доли и полосатого тела; в области первой—опухоль не оказалось, и больной вышел из под наблюдения докладчика. В 4-м случае, где предполагалось новообразование в двигательной области, патологические изменения в таковой оказались не новообразованием. И этого больного докладчик потерял из вида. Опыт докладчика показал, что из 10 или 9 больных с опухолями головного мозга, тщательно избранных для хирургического лечения, только 1 имеет шанс на выздоровление. Хирургическое лечение опухолей головного мозга, не смотря на поразительный успех в единичных случаях, является, след., одною из наиболее трудных, наиболее неблагоприятных задач врачебной деятельности. И, хотя дело идет о безусловно смертельной без хирургического вмешательства болезни, тем не менее нельзя упускать из вида таких явлений, как сывороточный менингит, острое набухание вещества мозга и т. наз. «ложные опу-

холи» его. Учение проф. *Бермана* о том, что мозговая хирургия есть хирургия центральных извилин, не соответствует новейшим наблюдениям: из всех случаев *Oppenheim*'а, где получалось излечение, ни один не принадлежал к этой области.

Гораздо благоприятнее результаты хирургического лечения опухолей спинного мозга. Прежде всего докладчик дал статистику собственных наблюдений, исключив из них опухоли позвоночника. Как общее, так и местное распознавание вполне подтвердилось в 8 случаях из 11: опухоль найдена в указанном месте. В 2-х случаях, вместо опухоли, найдено ограниченное данной областью воспаление оболочек спинного мозга (meningitis spinosa serosa), а в 1—сочетание процесса внутри спинного мозга с местным менингитом. Что касается терапевтического результата, то в 5 случаях он был благоприятный, в 6-же смерть последовала вскоре после операции. К этим 11 случаям следует присоединить еще 4, в которых произведена была пробная операция. Именно это-то распознавательная ламинектомия и является вопросом, подлежащим всестороннему обсуждению. На долю этой операции приходится 1 смертельный исход; в другом случае она дала очевидный успех, а в остальных 2-х случаях операция оказалась безразличной для дальнейшего течения болезни.

Заключения докладчика следующие: 1) Не подлежит более никакому сомнению, что хирургическое лечение настоятельно показано во всех болезненных состояниях с типическими признаками опухоли спинного мозга. Если ограничиться этими классическими случаями, то, согласно современному опыту, мы имеем право рассчитывать на 50% излечения, и, чем раньше мы будем оперировать, тем исходы операции будут лучше. 2) Даже и при типической симптоматологии ошибки в распознавании возможны, потому что картину висцеринномозговой опухоли могут дать не только опухоли позвоночника, но и исключительных случаях и ограниченные, местные процессы оболочек спинного мозга и даже новообразования, помещающиеся внутри спинного мозга. Что отличительное распознавание между опухолями висцеринномозговой, с одной, и внутри его или опухолями позвоночника, с другой стороны, далеко не точно, это доказывает казуистику *Nonne*'а. 3) Между различными формами ограниченного воспаления оболочек спинного мозга, которые могут дать клиническую картину опухоли висцеринномозговой, особый интерес представляет описанная *Oppenheim*'ом и *Krause* «Meningitis spinosa serosa». Следует, однако, помнить, что в данном случае дело имется с далеко еще неопределившимся понятием, что нам еще не хватает законченных наблюдений, доказывающих существование и патогенез этого заболевания и выясняющих отношение его к симптоматологии. 4) Симптоматология висцеринномозговых опухолей весьма часто атипична. След., если не расширить границ показаний к хирургическому вмешательству, то от оперативного пособия ускользнет множество случаев, вполне подходящих к оперативному лечению. Поэтому безусловно следует признать законность пробной ламинектомии. Конечно, она допустима лишь в исключительных случаях, при слишком затруднительном отличительном распознавании, на основании тщательного анализа и при прогрессировании болезни, да и в этих случаях только тогда, когда, между различными предположениями, с известною долею вероятности допустимо и предположение о висцеринномозговой опухоли. Но и в подобных случаях, при неуверенности в общем распознавании, следует требовать, чтобы точно было указано место позвоночника, на высоте которого следует оперировать во избежание слишком большого размера операции, представляющего опасность для жизни. 5) Пробная ламинектомия не должна останавливаться перед твердой оболочкой. 6) Существование т. наз. «ложных опухолей» спинного мозга и произвольное обратное развитие их не доказано. 7) Весьма желательно, чтобы Съезд взял на себя почин сбора изследований в области хирургии головного и спинного мозга.

Д-р *Bruns* (Hannover) полагает, что следует оперировать и расширять показания к хирургическому вмешательству при опухолях мозга, не смотря на то, что он лично и посещая их раз не имел успеха в таких случаях. Опухоль левой темной доли доступна распознаванию и операции, что им доказано еще в 1893 г. В течение последних лет он распознал и удалил 2 опухоли мозжечковых полушарий и 2 опухоли в углу мозжечкового моста, но все эти большие победы сейчас же после операции. В последнем случае



ская арефлексия роговицы была резко выражена, а наряду с нею—арефлексия ноздри и неба на стороне опухоли. В. стоит, дайте, за пробная операция и неоднократно указывал уже на них. Въ последние дни онъ оперировалъ больного, какъ онъ предполагалъ, съ опухолью оболочекъ шейного мозга, но, вместо опухоли, оказалось ограниченное выпячивание оболочекъ, наполненное сывоточною жидкостью. Съ точки зрѣнія отличительнаго распознаванія слѣдуетъ помнить, что и множественный склерозъ можетъ дать явленія опухоли. Наконецъ, *Bruns* привелъ 2 случая, припадки въ которыхъ говорили за опухоль спинного мозга; между тѣмъ припадки эти вполне, или отчасти произвольно исчезли (*pseudotumor medullae spinalis*).

Проф. *Nonne* (Hamburg) тоже останавливалъ паллиативныя операціи при опухоляхъ мозга неоперабельныхъ и такихъ, мѣстоположеніе которыхъ трудно опредѣлить. Онъ оперировалъ 5 подобныхъ случаевъ, 4 раза съ значительнымъ облегченіемъ для больныхъ. Онъ привелъ, дайте, 2 новыхъ случая ложныхъ опухолей мозга; одинъ изъ нихъ протекалъ при явленіяхъ опухоли мозжечка, другой половиннаго паралича; въ обоихъ случаяхъ не было намека на сифилисъ, какъ и вообще на какую-нибудь этиологическую причину. Рутное лѣченіе сначала дало ухудшеніе, но потомъ всѣ припадки болѣзни стали ослабѣвать, а затѣмъ и вовсе исчезли. *Nonne* подчеркиваетъ замѣчательную рѣдкость замедленія пульса, наблюдавшагося въ его матеріалѣ. Онъ снова предостерегаетъ, на основаніи 4-хъ новыхъ случаевъ, противъ поясничнаго прокола при опухоляхъ головного мозга. Въ твердооболочечныхъ давящихъ на спинной мозгъ опухоли могутъ протекать безъ болей. Въ 1 подобномъ случаѣ отсутствіе болей помѣшало своевременному удаленію доброкачественной кисты фибромы, помѣшавшей по сю сторону твердой мозговой оболочки. Онъ высказывается за пробную ламинэктомию. При множественномъ склерозѣ могутъ быть сильныя боли; въ этомъ *Nonne* убѣдился въ одномъ случаѣ, гдѣ вскрытіе обнаружило множественныя гломатическія разроженія на заднихъ корешкахъ.

Я пропустилъ сообщеніе д-ра *Steinthal's* (Stuttgart) объ удачной паллиативной операціи при *Jackson'овской* надучей, какъ чисто казуистическое, равно какъ и заявленія многочисленныхъ участниковъ въ преніяхъ, не заключающія ничего особенно интереснаго.

Хотя этими трудами далеко не исчерпывается работа соединенныхъ Отдѣловъ Съѣзда, но я ограничусь ими, какъ выходящими болѣе общій интересъ.

И такъ, какъ-же отвѣтилъ 78-ой Съѣздъ нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей на поставленный мною принципиальный вопросъ? Я думаю—положительно,—въ смыслѣ взгляда *Virchow'a* и единомышленниковъ его, если смотрѣть на дѣло съ узкой, даже чисто практической точки зрѣнія. Отдѣльнымъ секціямъ не по силамъ было-бы не то что рѣшить, а и поставить даже рядъ тѣхъ вопросовъ, которые были рассмотрѣны на этомъ общемъ Съѣздѣ. Впрочемъ отрицательный опытъ русскихъ врачей, лишенныхъ вотъ уже 3-ій годъ возможности общей работы на такъ прекрасно развивавшихся Пироговскихъ Съѣздахъ, служить еще однимъ, хотя и печальнымъ подтвержденіемъ моего взгляда, вѣрность котораго, надѣюсь, никто изъ русскихъ товарищей оспаривать не будетъ.

М. Штейнбургъ.

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Внутреннія болѣзни.** 710. Проф. *H. Brooks* (New-York), задавшись цѣлью изучить клинически, анатомически и экспериментально артерioskлерозъ поджелудочной железы, предварительно сообщаетъ статистическія данныя и нѣкоторыя общія соображенія о 400 случаяхъ артерioskлероза, преимущественно внутреннихъ органовъ, найденнаго при вскрытіяхъ, при чемъ выключаетъ случаи, обнаруженные лишь микроскопомъ; такъ какъ и послѣднихъ было не мало, то, очевидно, начальныя ступени болѣзни, не дающія и клиническихъ данныхъ, недоступны распознаванію. Изъ 400 случаевъ автора пожизненное распознаваніе, благодаря пораженію и поверхностныхъ стволовъ, могло быть поставлено лишь въ 154. Въ 368 обнаружены серьезныя заболѣванія сосудовъ внутреннихъ органовъ, при чемъ лишь въ 67 измѣненіямъ этимъ сопутствовало большее или меньшее заболѣваніе аорты. Занятія опредѣлены были у 311 больныхъ: 118 было рабочихъ (пожарные, кузнецы и т. п., занятія коихъ требовали физической силы), 79—повара, хлѣбники и т. п.; 45 ремесленниковъ—столяры, ювелиры, портные и т. п., 5 работали со свинцомъ

и бѣлилами, 3 табачниковъ, 6 фабричныхъ (*factory workers*), 5 госпитальныхъ служителей, 5 солдатъ и матросовъ, 7 носильщиковъ, 17 торговцевъ, 1 безъ опредѣленныхъ занятій («воръ»), 8 проституттокъ, 3 артиста и 4 педагога. Рассмотрѣніе этихъ занятій въ отношеніи пораженія различныхъ внутреннихъ органовъ не привело къ опредѣленнымъ выводамъ. Что касается причины заболѣванія, то изъ 367 случаевъ въ 149 этиологическимъ условіемъ можно было признать алкоголь и тѣсно связанныя съ алкоголизмомъ распушенность, недостаточное питаніе и тѣлесныя напряженія; въ 51 случаѣ главной причиной былъ нефритъ, въ 38—сифилисъ и старость. Эти 4 главныхъ причины часто сплетаются между собой. Бугорчатка найдена въ 31 случ., въ 3—болѣзнь *Hodgkins'a*, въ 3—*Basedow'a* и въ 4—акромегалия. Тяжелый физическій трудъ отмѣченъ въ 6 случаяхъ. Въ 59 случаяхъ никакой причины открыто было нельзя. Изъ 400 больныхъ было 275 мужчинъ и 125 женщинъ. Изъ послѣднихъ у 115 были особенно поражены сосуды внутренностей; у мужчинъ же—въ 253 случаяхъ. Наибольшій возрастъ, когда преобладали измѣненія сосудовъ внутренностей—80 л., самый молодой (въ случаѣ болѣзни *Hodgkins'a*)—13 л., средній возрастъ для заболѣванія сосудовъ внутреннихъ органовъ—около 45 л. Изъ 368 случаевъ лишь въ 30 пораженія ограничивались однимъ сосудистымъ развѣтвленіемъ. Преобладали заболѣванія вѣнечныхъ артерій—въ 270 изъ 368 случаевъ, что объясняется, вѣроятно, тѣмъ, что сердце отмѣчаетъ и на болѣзненные измѣненія въ артеріяхъ другихъ органовъ. Алкоголь—самая частая причина заболѣванія вѣнечныхъ сосудовъ (107 случаевъ); въ 35 случаевъ его вызывалъ нефритъ, въ 27—сифилисъ, въ 19—бугорчатка, въ 15—старость, въ 9—злоупотребленіе табакомъ. Данныя автора я сопоставилъ въ слѣдующей таблицѣ:

Главная этиологическая причина въ сколькихъ случаяхъ.

Поражены.	Изъ 368 сл. въ:	Алкоголь.	Сифилисъ.	Нефритъ.	Бугорчатка.	Старость.	Табакъ.	Другія.
1. Вѣнечныя артеріи . . .	270	107	27	35	19	15	9	—
2. Мозговые . . .	132	48	21	19	10	10	3	10
3. Почечныя . . .	81	43	10	10	8	4	—	6
4. Поджелудочной железы.	74	19	9	6	4	9	—	8
5. Печеночныя артеріи .	43	12	6	8	—	3	—	14
6. Селезеночныя . . .	35	9	7	4	2	2	—	11
7. Легочныя . . .	20	4	5	2	4	5	—	—
8. Чревныя . . .	19	6	—	—	—	—	—	13

Измѣненія раньше всего и сильнѣе всего появляются въ тѣхъ артеріальныхъ развѣтвленіяхъ, которыя работаютъ особенно сильно подъ вліяніемъ специальныхъ раздраженій. Такъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда бываетъ усилена сердечная дѣятельность, какъ при алкоголизмѣ, чрезмѣрной работѣ или нефритѣ, эта усиленная дѣятельность сердечной мышцы требуетъ длительной физиологической гипереміи ея. Подобнымъ же образомъ, при частыхъ приемахъ большого количества пищи, тоже условіе предъявляется къ артеріямъ поджелудочной железы, желудка и печени. Подъ вліяніемъ чрезмѣрной работы отъ длительного расширенія затронутые сосуды начинаютъ страдать, проявляя измѣненія, свойственныя уже старости. Автору удалось вызвать у животныхъ артерioskлеротическія измѣненія въ различныхъ внутреннихъ органахъ искусственно, производя продолжительное расширеніе сосудовъ. При вліяніяхъ же токсическихъ, какъ, напр., при бугорчаткѣ, сифилисѣ и др. заразахъ, эту роль играетъ находящійся въ крови ядъ. Первыми анатомическими признаками заболѣванія артерій служатъ измѣненія въ паренхиматозныхъ тканяхъ, снабжаемыхъ этими сосудами. Это—явленія атрофіи, жирового пропитыванія или перерожденія, вызывающія функциональное уменьшеніе физиологической дѣятельности органа. Атрофическія измѣненія паренхимы вызываютъ гиперплазію соединительной ткани, происходящей изъ околососудистой сѣти или изъ стромы органа; образуется межуточный склерозъ съ уплотненіемъ органа, и просвѣтъ сосудовъ сжимается; доставка крови уменьшается, и еще болѣе усиливаются начавшіяся дегенеративныя измѣненія

въ стѣнкахъ самихъ сосудовъ (жировое перерождение и атрофія). Первымъ клиническимъ признакомъ измѣненія сосудовъ оказывается пониженіе дѣятельности затронутого органа; въ сердцѣ, напр., неправильныя сокращенія мышцы; въ поджелудочной желѣзѣ—недостаточное выдѣленіе пищеварительныхъ бродиль; въ мозгу—неправильное дѣйствіе нервныхъ клѣтокъ или замедленная передача нервныхъ возбужденій. Но такъ какъ неравномѣрное распредѣленіе пораженныхъ сосудистыхъ участковъ въ органахъ—обычное явленіе, то артеріосклеротическое заболѣваніе органа имѣетъ гнѣздный характеръ. Боли—болѣе или менѣе постоянный признакъ артеріосклероза внутреннихъ органовъ; такъ, стрѣляющія, жгучія боли бывали при грудной жабѣ; въ начальныхъ-же ступеняхъ болѣзни—чувство стѣсненія, тяжести въ пораженныхъ органахъ. Авторъ наблюдалъ эти боли въ области поджелудочной желѣзы у больного съ грудною жабою, увѣрившаго, что однородныя боли появляются у него то въ груди, то въ области живота. На вскрытіи авт., дѣйствительно, нашелъ рѣзкія артеріосклеротическія измѣненія и въ сосудахъ брюшной полости, и въ вѣнечныхъ сосудахъ. Распознаваніе въ большинствѣ случаевъ возможно лишь въ предѣлахъ вѣроятности. Сопоставляясь съ состояніемъ периферическихъ сосудовъ, клиницисты ставятъ распознаваніе и относительно измѣненій въ сосудахъ внутреннихъ органовъ; но авт. своимъ матеріаломъ доказалъ, что периферическіе сосуды затрогиваются лишь въ относительно небольшомъ числѣ случаевъ артеріосклероза внутреннихъ органовъ; периферическія измѣненія всегда слѣдуютъ за послѣдними. Въ нѣкоторыхъ, хотя и органическихъ, случаяхъ заболѣванія мозговыхъ артерій могутъ быть доступны распознаванію офтальмоскопомъ (The American Journal of the medical sciences, № 5).

С. Маркъ.

711. Д-ръ *Feytaud* (Парижская диссертация) разсматриваетъ *анейризмы аорты ревматическаго происхожденія*. Всѣ наблюденія относятся къ молодымъ людямъ, отъ 10 до 16 л. Обыкновенно у нихъ бывало нѣсколько приступовъ ревматизма, такъ что повтореніе приступовъ кажется существеннымъ условіемъ для развитія аневризмы. Появленію ея предшествуютъ въ теченіи болѣе или менѣе продолжительнаго времени признаки недостаточности аорты и гипертрофіи сердца; аневризма обыкновенно долго остается въ скрытомъ состояніи. Однимъ изъ первыхъ признаковъ ея бываетъ одышка (аортальная одышка), особенно замѣтная при напряженіяхъ. Эта одышка не можетъ быть объяснена однимъ давленіемъ на дыхательное горло и бронхи. Въ началѣ это—учащенное дыханіе, наступающее при физическихъ напряженіяхъ; но затѣмъ учащеніе дѣлается постояннымъ, прерываясь настоящими приступами, которые носятъ характеръ либо ложнаго удущья съ частымъ дыханіемъ, но безъ боли, либо болѣзненнаго приступа грудной жабы. Приступы бываютъ чаще ночью, во время перваго сна, и продолжаются  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ -часа или 1 ч. Такіе приступы бываютъ 2—3 раза въ годъ, 1 разъ въ мѣсяцъ, каждыя 2 дня и даже ежедневно. Вскорѣ развиваются и обычные признаки аневризмы аорты и недостаточности ея заслонокъ. Развитіе ревматической аневризмы обыкновенно идетъ толчками, соотвѣтствующими отдѣльнымъ приступамъ ревматизма. Послѣ приступа можетъ наступить временное улучшеніе, но новое заболѣваніе суставовъ уничтожаетъ его и оставляетъ послѣ себя еще большее расширеніе аорты. Исходъ болѣзни обыкновенно неблагоприятный: смерть наступаетъ или внезапно отъ кровоотеченія или во время приступа жабы или, въ видѣ исключенія, медленно, отъ худосочія. Лѣченіе можетъ быть только припадочное (вдыханіе амилнитрита во время приступовъ, при сильной одышкѣ—кровопусканіе; кромѣ того, слѣдуетъ давать салциловые препараты въ большихъ пріемахъ и продолжительное время) [Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 10 августа]. *Дитманъ*.

**Хирургическія болѣзни** 712. Д-ръ *Guyet* (Парижская диссертация) разсматриваетъ *лѣченіе перелойныхъ воспаленій суставовъ проколами и промываніемъ сустава растворомъ сулемы* (способъ, предложенный *Galliard*омъ). Лѣченіе это даетъ хорошіе результаты только при перелойныхъ артритяхъ; поэтому 1-мъ условіемъ для его примѣненія

является перелойное происхожденіе заболѣванія; 2-мъ условіемъ считается болѣзненное растяженіе сустава; 3-мъ—лихорадка. Проколъ дѣлаютъ сверху и снаружи отъ колѣнной чашечки при помощи тонкаго (3—4 мм. въ поперечникѣ) троакара или иглою *Potain*'овскаго прибора № 2. Толща прокалываемыхъ тканей равняется около 1 см.; поэтому палецъ помѣщаютъ на разстояніи 2 см. отъ конца иглы. Вытеканію жидкости помогаютъ давленіемъ на колѣно, а иногда приходится прибѣгать и къ присасыванію. Удаливъ часть жидкости, приступаютъ къ промыванію растворомъ сулемы 1 : 4000, приставляя къ иглѣ шприцъ *Roux*. Впрыскиваютъ 20 к. см. и тогда-же вытягиваютъ обратно образовавшуюся смѣсь, повторяя тоже самое нѣсколько разъ (4—5), при чемъ жидкость болѣе и болѣе разжижается, но никогда не становится прозрачной. Высосавъ жидкость, удаляютъ иглу и заплѣваютъ ранку коллодіемъ, а суставъ окутываютъ ватой безъ давленія. Конечность помѣщаютъ въ проволоочную шину или на подушки. Если боль не утихаетъ, тотчасъ послѣ прокола, примѣняютъ влажные компрессы, втираніе метилъ-салицила, гуаяколоваго или хлороформнаго масла. Въ тяжелыхъ случаяхъ иногда приходится повторять промыванія, но болѣе 3 разъ этого не требовалось ни въ одномъ изъ 12 случаевъ, приводимыхъ *Guyet*. Въ предупрежденіе анкилоза дѣлаютъ сгибаніе и разгибаніе сустава и массажъ, какъ только выпотъ всосался; обыкновенно это бываетъ дней черезъ 20—25. Если движенія въ суставѣ вызываютъ рѣзкія боли, то это указываетъ, что они еще преждевременны; если-же осторожная пассивная гимнастика сопровождается только мимолетною болью, ее продолжаютъ. Способъ *Gaillard*'а примѣняютъ и на другихъ суставахъ, кромѣ колѣннаго. При осторожномъ примѣненіи онъ безопасенъ и значительно сокращаетъ болѣзнь; боли исчезаютъ почти мгновенно, лихорадка прекращается и избѣгаются продолжительная неподвижность и сращенія. Способъ этотъ также пригоденъ при застарѣлыхъ водяныхъ суставахъ перелойнаго происхожденія. Вспомогательными средствами при лѣченіи могутъ служить общія ванны, души, мѣстные горячія ванны, скипидарныя ванны *Vallet*'а, прижиганія и т. д. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 25 июля). *В. Дитманъ*.

713. Д-ръ *Stern* приводитъ слѣдующія собранныя имъ изъ литературы данныя о результатахъ *безкровнаго отравленія врожденнаго вывиха бедра по Lorenz*'у. Общее число случаевъ съ 1900 г.—2593. Въ 48,98% получены идеальные результаты: у 1084 больныхъ восстановлены нормальныя анатомическія отношенія (41,76%), у 187 (7,22%) получены отличные функціональные результаты. У 1036 (39,98%) получено хорошее отравленіе конечности. Неудача, возвратъ, плохое функціонированіе оказались въ 12,10% всѣхъ случаевъ (у 314 больныхъ). Относительно около 1% случаевъ нѣтъ точныхъ свѣдѣній. Изъ 15 случаевъ автора (12 больныхъ) въ 3 вправленіе не удалось; въ 1 случаѣ—полный возвратъ; у 6 больныхъ восстановились нормальныя анатомическія отношенія; у 1—идеальный функціональный результатъ; у 3-хорошее функціонированіе конечности; 1 больной продолжаетъ лѣченіе (Medical Record, 15 сентября). *Л. Старокадомскій*.

**Глазныя болѣзни.** 714. На послѣднемъ Сѣздѣ французскаго Общества глазныхъ врачей д-ръ *Terson* сдѣлалъ докладъ о *параличахъ глазныхъ мышцъ при воспаленіи средняго уха*. Параличъ въ подобномъ случаѣ можетъ вызвать подозрѣніе на осложненіе со стороны мозга. Между тѣмъ, весьма рѣдко онъ находится лишь въ непосредственной зависимости отъ воспаленія уха, даже и въ томъ случаѣ, если онъ сопровождается воспаленіемъ зрительнаго нерва, и обыкновенно исчезаетъ одновременно съ излѣченіемъ уха. Чаще всего въ этихъ случаяхъ имѣется дѣло съ параличемъ отводящаго нерва. Такое именно осложненіе докладчики наблюдали у 2-хъ дѣтей, страдавшихъ гнойнымъ воспаленіемъ средняго уха. Развившіяся при этомъ параличъ наружной прямой мышцы соотвѣтственной стороны не сопровождался внутривидными измѣненіями и исчезъ съ излѣченіемъ уха. Такіе-же случаи сообщены и другими авторами. Объясняются они анатомической связью, существующей между барабанной по-

костью и пещеристой паузой, въ которой проходить отводящий нервъ въѣсть съ сонной артерией, а именно, воспаление распространяется по лимфатическимъ сосудамъ и нервнымъ развѣтвленіямъ, которые проходятъ черезъ сонно-барабанные каналы и соединяютъ означенную полость съ венинымъ сплетеніемъ, окружающимъ влагалище сонной артерій въ каналѣ послѣдней (По Arch. d'ophth., июнь).

P. Kaucz.

715. На XV Международномъ Сѣздѣ врачей въ Lisboa (19—26 апрѣля) проф. Sattler (Leipzig) прочелъ докладъ о *леченіи близорукости*. Ссылаясь на многолѣтній свой опытъ въ исправленіи близорукости очками, какъ и въ оперативномъ леченіи близорукости, докладчикъ выставилъ слѣдующія положенія: 1) Наростаніе близорукости возможно остановить полнымъ ея исправленіемъ, если въ тоже время слѣдить за тѣмъ, чтобы предметъ занятій находился на достаточномъ разстояніи отъ глазъ и чтобы не происходило слишкомъ сильнаго опусканія зрачка. 2) У молодыхъ лицъ нерѣдко переносится полное исправленіе даже при близорукости въ 10 D и выше. 3) Если наростаніе все-же наступаетъ, то оно обыкновенно бываетъ незначительнымъ. 4) При высокихъ степеняхъ близорукости необходимо соответствующимъ исправленіемъ довести разстояние отъ предмета занятій до меньшей мѣры до 20—25 см. 5) Своевременное и вѣрное исправленіе, повидимому, предохраняетъ отъ опасностей, угрожающихъ близорукости. 6) Недостаточность сведенія обыкновенно устраняется однимъ лишь полнымъ исправленіемъ близорукости. 7) Въ болѣе упорныхъ случаяхъ мышечнаго безсилія необходимы сочетаніе съ призмами или смѣщеніе назадъ одной либо обѣихъ наружныхъ прямыхъ мышцъ. 8) При очень высокой близорукости (18 D и выше) у молодыхъ лицъ до конца 30-хъ годовъ показывается извлеченіе прозрачнаго хрусталика помощью копейскаго ножа. 9) Первичное извлеченіе слѣдуетъ предпринять первичному разсѣченію по способу Fuchs'a въ виду меньшаго числа требующихся повтореній операций, болѣе скорого возстановленія хорошаго зрѣнія, значительно меньшаго риска потерей стекловиднаго тѣла, болѣе болѣе безопасности отъ повышенія внутриглазного давленія и, повидимому, также и меньшей опасности послѣдооперационной отслойки сѣтчатки (Wiener klinisch-therap. Wochenschr., 20 мая).

P. Kaucz.

716. На послѣднемъ Сѣздѣ французскаго Общества глазныхъ врачей д-ръ Villard прочелъ докладъ о *разстройствѣ зрѣнія отъ сморщиванія на солнцѣ простыни*. Разстройства эти заключаются главнымъ образомъ въ пониженіи остроты зрѣнія и въ появленіи центральной скотомы. Ослабленіе зрѣнія иногда бываетъ очень незначительное, но чаще всего оно сильно даетъ себя чувствовать, достигая нѣсколькихъ десятыхъ. Обыкновенно по истеченіи нѣсколькихъ недѣль или мѣсяцевъ острота зрѣнія становится нормальной; но извѣстны случаи, гдѣ слабость зрѣнія осталась навсегда. Скотома всегда бываетъ положительной, представляясь въ видѣ чернаго пятна, которое метрахъ въ 20 можетъ прикрывать собою голову человѣка, а на близкомъ разстояніи прикрываетъ мелкіе предметы, какъ, напр., буквы, въ виду чего чтеніе обыкновенной печати становится затруднительнымъ, иногда даже и вовсе невозможнымъ. Въ общемъ, размѣры скотомы колеблются между 4° и 8°; форма ея обыкновенно кругообразная, края рѣзко очерчены. Въ большинствѣ случаевъ пятно, находящееся передъ глазами, бываетъ неподвижно; но въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ немъ замѣчаются оживленныя движенія, въ видѣ ли простаго дрожанія, или правильныхъ вращеній справа налево, либо слѣва направо. Помимо ослабленія зрѣнія и центральной скотомы, иногда наблюдаются искаженіе формы предметовъ (метаморфозы) и летающія мушки. Цвѣтоощущеніе остается нормальнымъ. Отступленія отъ нормы не замѣчаются и въ границахъ поля зрѣнія, и лишь въ рѣдкихъ случаяхъ бываетъ сужено поле зрѣнія для цвѣтовъ. Измѣненія въ глазномъ днѣ можетъ и не быть; часто, однако, находятъ потемнѣніе желтаго пятна или небольшое кровоизліаніе въ этой области. Лѣченіе въ первые дни должно быть направлено на уменьшеніе прилива крови (покой для глазъ, холодныя компрессы, слабительныя и за ухомъ,

слабительныя и пр.), а позднѣе, съ цѣлью возбудить чувствительность сѣтчатки, можно прибѣгнуть къ постоянному току и стрихнину (По отчету въ Archives d'ophthalm., июнь).

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 717.** Д-ра Hewetson и Lloyd (Birmingham) наблюдали рѣдкій случай *личинковой беременности*.

35-лѣтняя больная поступила съ явленіями вскрывшейся трубной беременности. На операциі въ брюшной полости найдено около 2 литровъ кровянистой жидкости; матка оказалась нѣсколько увеличенной. Плотный сгустокъ, величиною въ кулакъ, удаленъ изъ глубины тазовой полости; сгустокъ былъ соединенъ съ плотной фибриновой массой, имѣвшей внутри полости. Правая труба нормальная; правый яичникъ увеличенъ и образовывалъ часть стѣнки упомянутой полости въ фибриновой массѣ. На задней поверхности яичника—разорванное отверстіе, служившее источникомъ кровотеченія. На правые придатки наложена лигатура, и они были иссѣчены. Лѣвые придатки оказались здоровыми. Тазовая полость очищена; рана закрыта. Больная выздоровѣла безъ осложнений. Со дня послѣднихъ мѣсячныхъ до дня операциі прошло 7 недѣль. Удаленный яичникъ имѣлъ размѣры 4×4×1,5 см.; съ задней поверхности его имѣлась полость въ 3×2,5×2 см.; на стѣнкахъ полости находилось отложеніе бѣловатаго фибриноподобнаго вещества, въ которомъ кое-гдѣ были найдены хорошо выраженные ворсинки хоріона. Рядомъ съ полостью помѣщалось истинное желтое тѣло. Плотный сгустокъ, удаленный изъ полости таза, содержалъ въ себѣ части ворсинчатой оболочки, многія изъ ворсинокъ которой были покрыты 2-ми и болѣе рядами клѣтокъ Langhans'a съ попадавшимися мѣстами синициальными клѣтками. Не было найдено ни слѣдовъ плода, ни водной или отпадающей оболочки (The British Medical Journal, 8 сентября).

L. Старокадомскій.

718. Rühl считаетъ *лонощеніе (пубіотомію)* далеко не такой безопасной операцией, какъ это можно было думать на основаніи первыхъ сообщенныхъ наблюденій. Теперь уже извѣстно относительно большое число смертельныхъ исходовъ и тяжелыхъ поврежденій послѣ этой операциі. Такія тяжелыя послѣдствія нельзя отнести на счетъ неопытности оператора, ибо они получались у извѣстныхъ и вполне опытныхъ акушеровъ. Однимъ изъ самыхъ тяжелыхъ поврежденій служитъ пораненіе мочевого пузыря и влагалища. По мнѣнію автора, осложненіе пубіотоміи раненіемъ мочевого пузыря легко можетъ произойти, особенно если не имѣть въ виду этой возможности и не принимать никакихъ предосторожностей. Въ подтвержденіе этого авт. приводитъ слѣдующій свой случай, при чемъ замѣчаетъ, что ему предшествовали еще 2 пубіотоміи, произведенныя Rühl'емъ по способу Doederlein'a совершенно легко и протекавшія безъ всякихъ осложнений. Въ обоихъ случаяхъ автору пришлось наложить щипцы на высокостоящую головку.

Rühl произвелъ пубіотомію у второродящей, 31 г. Первые роды (4 года назадъ) были окончены прободеніемъ. На этотъ разъ больная выразила непремѣнное желаніе имѣть живого ребенка. Тазъ былъ настолько узокъ (истинная конъюгата 6,5), что нельзя было произвести искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Былъ данъ совѣтъ явиться въ клинику для производства кесарскаго сѣченія, но больная осталась дома. Авт. изслѣдовалъ ее въ началѣ родовой дѣятельности. Воды отошли. Головка была надъ входомъ. На предложеніе произвести пубіотомію больная охотно согласилась. Сдѣланъ маленький кожный разрѣзъ, и введена игла Doederlein'a. При распиливаніи кости появилось незначительное кровотеченіе. Авт. наложилъ щипцы и передалъ ихъ помощнику, а самъ старался удерживать концы перепиленной кости отъ чрезмѣрнаго расхожденія. Извлеченіе головки щипцами произошло легко. Концы кости разошлись приблизительно на 5 см. Послѣ снятія щипцовъ оказалось, что не только промежность, но все влагалище и мочевой пузырь были разорваны. Поврежденія оказались настолько серьезными, что авт. сперва не былъ увѣренъ, что справится съ ними. Перевозить больную въ какую-либо клинику было совершенно немисливо. Приходилось работать на мѣстѣ, въ крестьянской избѣ, при плохомъ освѣщеніи и съ недостаткомъ опытныхъ помощниковъ. Rühl наложилъ швы на стѣнки пузыря, влагалище и промежность, вложилъ дренажъ изъ іодоформной марли между стѣнкой влагалища и вѣтвью лобковой кости и поставилъ катетеръ à demeure. Случай окончился, сверхъ ожиданія автора, благополучно; остались лишь влагалищный свищъ и параличъ жома мочевого пузыря.

Рѣшая вопросъ, какимъ образомъ происходятъ такія поврежденія, Rühl приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) Непосредственно ранить пузырь иглой можно приводя ее сзади кости, если головка плотно прижата къ кости (особенно при чисто подкожномъ способѣ пубіотоміи и при острой иглѣ). 2) Пузырь ранится легко при плотныхъ орошеніяхъ его съ лобковой костью. Лучшее дѣлать поэтому маленькій кожный разрѣзъ вверху, отлѣвлять ту-

въ стѣнкахъ самихъ сосудовъ (жировое перерождение и атрофія). Первымъ клиническимъ признакомъ измѣненія сосудовъ оказывается пониженіе дѣятельности затронутого органа; въ сердцѣ, напр., неправильныя сокращенія мышцы; въ поджелудочной желѣзѣ—недостаточное выдѣленіе пищеварительныхъ бродиль; въ мозгу—неправильное дѣйствіе нервныхъ клѣтокъ или замедленная передача нервныхъ возбужденій. Но такъ какъ неравномѣрное распредѣленіе пораженныхъ сосудистыхъ участковъ въ органахъ—обычное явленіе, то артеріосклеротическое заболѣваніе органа имѣетъ гнѣздный характеръ. Боли—болѣе или менѣе постоянный признакъ артеріосклероза внутреннихъ органовъ; такъ, стрѣляющія, жгучія боли бывали при грудной жабѣ; въ начальныхъ же ступеняхъ болѣзни—чувство стѣсненія, тяжести въ пораженныхъ органахъ. Авторъ наблюдалъ эти боли въ области поджелудочной желѣзы у больного съ грудною жабою, увѣрявшаго, что однородныя боли появляются у него то въ груди, то въ области живота. На вскрытіи авт., дѣйствительно, нашелъ рѣзкія артеріосклеротическія измѣненія и въ сосудахъ брюшной полости, и въ вѣнечныхъ сосудахъ. Распознаваніе въ большинствѣ случаевъ возможно лишь въ предѣлахъ вѣроятности. Сопоставляясь съ состояніемъ периферическихъ сосудовъ, клиницисты ставятъ распознаваніе и относительно измѣненій въ сосудахъ внутреннихъ органовъ; но авт. своимъ матеріаломъ доказалъ, что периферическіе сосуды затрогиваются лишь въ относительно небольшомъ числѣ случаевъ артеріосклероза внутреннихъ органовъ; периферическія измѣненія всегда слѣдуютъ за послѣдними. Въ нѣкоторыхъ, хотя и органическихъ, случаяхъ заболѣванія мозговыхъ артерій могутъ быть доступны распознаванію офтальмоскопомъ (The American Journal of the medical sciences, № 5).

С. Маркъ.

711. Д-ръ *Feytaud* (Парижская диссертация) рассматриваетъ *анейризмы аорты ревматическаго происхожденія*. Всѣ наблюденія относятся къ молодымъ людямъ, отъ 10 до 16 л. Обыкновенно у нихъ бывало нѣсколько приступовъ ревматизма, такъ что повтореніе приступовъ кажется существеннымъ условіемъ для развитія аневризмы. Появленію ея предшествуютъ въ теченіи болѣе или менѣе продолжительнаго времени признаки недостаточности аорты и гипертрофіи сердца; аневризма обыкновенно долго остается въ скрытомъ состояніи. Однимъ изъ первыхъ признаковъ ея бываетъ одышка (аортальная одышка), особенно замѣтная при напряженіяхъ. Эта одышка не можетъ быть объяснена однимъ давленіемъ на дыхательное горло и бронхи. Въ началѣ это—учащенное дыханіе, наступающее при физическихъ напряженіяхъ; но затѣмъ учащеніе дѣлается постояннымъ, прерываясь настоящими приступами, которые носятъ характеръ либо ложнаго удушья съ частымъ дыханіемъ, но безъ боли, либо болѣзненнаго приступа грудной жабы. Приступы бываютъ чаще ночью, во время перваго сна, и продолжаются  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ -часа или 1 ч. Такіе приступы бываютъ 2—3 раза въ годъ, 1 разъ въ мѣсяцъ, каждыя 2 дня и даже ежедневно. Вскорѣ развиваются и обычные признаки аневризмы аорты и недостаточности ея заслонокъ. Развитіе ревматической аневризмы обыкновенно идетъ толчками, соответствующими отдѣльнымъ приступамъ ревматизма. Послѣ приступа можетъ наступить временное улучшеніе, но новое заболѣваніе суставовъ уничтожаетъ его и оставляетъ послѣ себя еще большее расширеніе аорты. Исходъ болѣзни обыкновенно неблагоприятный: смерть наступаетъ или внезапно отъ кровоизліянія или во время приступа жабы или, въ видѣ исключенія, медленно, отъ худосочія. Лѣченіе можетъ быть только припадочное (вдыханіе амилънитрита во время приступовъ, при сильной одышкѣ—кровопусканіе; кромѣ того, слѣдуетъ давать салициловые препараты въ большихъ приемахъ и продолжительное время) [Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 10 августа]. *Дитманъ*.

**Хирургическія болѣзни** 712. Д-ръ *Guyet* (Парижская диссертация) рассматриваетъ *лѣченіе переломныхъ воспаленій суставовъ проколами и промываніемъ сустава растворомъ сулемы* (способъ, предложенный *Galliard*омъ). Лѣченіе это даетъ хорошіе результаты только при переломныхъ артритяхъ; поэтому 1-мъ условіемъ для его примѣненія

является переломное происхожденіе заболѣванія; 2-мъ условіемъ считается болѣзненное растяженіе сустава; 3-мъ—лихорадка. Проколъ дѣлаютъ сверху и снаружи отъ коленной чашечки при помощи тонкаго (3—4 мм. въ поперечникѣ) троакара или иглою *Potain*'овскаго прибора № 2. Толща прокалываемыхъ тканей равняется около 1 см.; поэтому палецъ помѣщаютъ на разстояніи 2 см. отъ конца иглы. Вытеканию жидкости помогаютъ давленіемъ на колено, а иногда приходится прибѣгать и къ присасыванію. Удаливъ часть жидкости, приставляютъ къ промыванію растворомъ сулемы 1 : 4000, приставляя къ иглѣ шприцъ *Roux*. Впрыскиваютъ 20 к. см. и тогда же вытягиваютъ обратно образовавшуюся смѣсь, повторяя тоже самое нѣсколько разъ (4—5), при чемъ жидкость болѣе и болѣе разжижается, но никогда не становится прозрачной. Высосавъ жидкость, удаляютъ иглу и закрываютъ ранку коллодіемъ, а суставъ окутываютъ ватой безъ давленія. Конечность помѣщаютъ въ проволоочную шину или на подушки. Если боль не утихаетъ, тотчасъ послѣ прокола, примѣняютъ влажные компрессы, втираніе метилъ-салицила, гуаяволового или хлороформнаго масла. Въ тяжелыхъ случаяхъ иногда приходится повторять промыванія, но болѣе 3 разъ этого не требовалось ни въ одномъ изъ 12 случаевъ, приводимыхъ *Guyet*. Въ предупрежденіе анкилоза дѣлаютъ сгибаніе и разгибаніе сустава и массажъ, какъ только выпотъ всосался; обыкновенно это бываетъ дней черезъ 20—25. Если движенія въ суставѣ вызываютъ рѣзкія боли, то это указываетъ, что они еще преждевременны; если же осторожная пассивная гимнастика сопровождается только мимолетною болью, ее продолжаютъ. Способъ *Gaillard*'а примѣняютъ и на другихъ суставахъ, кромѣ коленного. При осторожномъ примѣненіи онъ безопасенъ и значительно сокращаетъ болѣзнь; боли исчезаютъ почти мгновенно, лихорадка прекращается и избѣгаются продолжительная неподвижность и сращенія. Способъ этотъ также пригоденъ при застарѣлыхъ водяныхъ суставахъ переломнаго происхожденія. Вспомогательными средствами при лѣченіи могутъ служить общія ванны, души, мѣстныя горячія ванны, скипидарныя ванны *Balser*'а, прижиганія и т. д. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 25 июля).

В. Дитманъ.

713. Д-ръ *Stern* приводитъ слѣдующія собранныя имъ изъ литературы данныя о результатахъ *безкровнаго отравленія врожденнаго вывиха бедра по Lorenz*'у. Общее число случаевъ съ 1900 г.—2593. Въ 48,98% получены идеальные результаты: у 1084 больныхъ восстановлены нормальныя анатомическія отношенія (41,76%), у 187 (7,22%) получены отличные функціональные результаты. У 1036 (39,98%) получено хорошее отправление конечности. Неудача, возвратъ, плохое функціонированіе оказались въ 12,10% всѣхъ случаевъ (у 314 больныхъ). Относительно около 1% случаевъ нѣтъ точныхъ свѣдѣній. Изъ 15 случаевъ автора (12 больныхъ) въ 3 вправленіе не удалось; въ 1 случаѣ—полный возвратъ; у 6 больныхъ восстановились нормальныя анатомическія отношенія; у 1—идеальный функціональный результатъ; у 3—хорошее функціонированіе конечности; 1 больной продолжаетъ лѣченіе (Medical Record, 15 сентября).

Л. Старокадомскій.

**Глазныя болѣзни.** 714. На послѣднемъ Съѣздѣ французскаго Общества глазныхъ врачей д-ра *Terson* сдѣлали докладъ о *параличахъ глазныхъ мышцъ при воспаленіи средняго уха*. Параличъ въ подобномъ случаѣ можетъ вызвать подозрѣніе на осложненіе со стороны мозга. Между тѣмъ, весьма рѣдко онъ находится лишь въ непосредственной зависимости отъ воспаленія уха, даже и въ томъ случаѣ, если онъ сопровождается воспаленіемъ зрительнаго нерва, и обыкновенно исчезаетъ одновременно съ излѣченіемъ уха. Чаше всего въ этихъ случаяхъ имѣется дѣло съ параличемъ отводящаго нерва. Такое именно осложненіе докладчики наблюдали у 2-хъ дѣтей, страдавшихъ гнойнымъ воспаленіемъ средняго уха. Развившіяся при этомъ параличъ наружной прямой мышцы соответственной стороны не сопровождался внутриглазными измѣненіями и исчезъ съ излѣченіемъ уха. Такіе же случаи сообщены и другими авторами. Объясняются они анатомической связью, существующей между барабанной по-



лостью и пещеристой пазухой, въ которой проходит отводящій нервъ вмѣстѣ съ сонной артеріей, а именно, воспаление распространяется по лимфатическимъ сосудамъ и нервнымъ развѣтвленіямъ, которые проходятъ черезъ сонно-барабанные каналы и соединяютъ означенную полость съ венинымъ сплетеніемъ, окружающимъ влагалище сонной артеріи въ каналѣ послѣдней (По Arch. d'opht., июнь).

P. Kaucz.

715. На XV Международномъ Сѣздѣ врачей въ Lisboa (19—26 апрѣля) проф. Sattler (Leipzig) прочелъ докладъ о *мечени близорукости*. Ссылаясь на многолѣтній свой опытъ въ исправленіи близорукости очками, какъ и въ оперативномъ лѣченіи близорукости, докладчикъ выставилъ слѣдующія положенія: 1) Наростаніе близорукости возможно остановить полнымъ ея исправленіемъ, если въ тоже время слѣдить за тѣмъ, чтобы предметъ занятій находился на достаточномъ разстояніи отъ глазъ и чтобы не происходило слишкомъ сильнаго опусканія зрачка. 2) У молодыхъ лицъ нерѣдко переносится полное исправленіе даже при близорукости въ 10 D и выше. 3) Если наростаніе все-же наступаетъ, то оно обыкновенно бываетъ незначительнымъ. 4) При высокихъ степеняхъ близорукости необходимо соответствующимъ исправленіемъ довести разстояние отъ предмета занятій до меньшей мѣры до 20—25 см. 5) Своевременное и вѣрное исправленіе, повидимому, предохраняетъ отъ опасностей, угрожающихъ близорукости. 6) Недостаточность сведенія обыкновенно устраняется однимъ лишь полнымъ исправленіемъ близорукости. 7) Въ болѣе упорныхъ случаяхъ мышечнаго безсилія необходимы сочетаніе съ призмами или смѣщеніе назадъ одной либо обѣихъ наружныхъ прямыхъ мышцъ. 8) При очень высокой близорукости (18 D и выше) у молодыхъ лицъ до конца 30-хъ годовъ показывается извлеченіе прозрачнаго хрусталика помощью копыевиднаго ножа. 9) Первичное извлеченіе слѣдуетъ предпочесть первичному разсѣченію по способу Fuchs'у въ виду меньшаго числа требующихся повтореній операцій, болѣе скорого возстановленія хорошаго зрѣнія, значительно меньшаго риска потерей стекловиднаго тѣла, болѣе безопасности отъ повышенія внутриглазного давленія и, повидимому, также и меньшей опасности послѣоперационной отслойки сѣтчатки (Wiener klinisch-therap. Wochenschr., 20 мая).

P. Kaucz.

716. На послѣднемъ Сѣздѣ французскаго Общества глазныхъ врачей д-ръ Villard прочелъ докладъ о *разстройствѣ зрѣнія отъ смотрѣнія на солнце простымъ взглядомъ*. Разстройствѣ эти заключаются главнымъ образомъ въ пониженіи остроты зрѣнія и въ появленіи центральной скотомы. Ослабленіе зрѣнія иногда бываетъ очень незначительное, но чаще всего оно сильно даетъ себя чувствовать, достигая нѣсколькихъ десятыхъ. Обыкновенно по истеченіи нѣсколькихъ недѣль или мѣсяцевъ острота зрѣнія становится нормальной; но извѣстны случаи, гдѣ слабость зрѣнія осталась навсегда. Скотома всегда бываетъ положительной, представляясь въ видѣ чернаго пятна, которое метрахъ въ 20 можетъ прикрывать собою голову человѣка, а на близкомъ разстояніи прикрываетъ мелкіе предметы, какъ, напр., буквы, въ виду чего чтеніе обыкновенной печати становится затруднительнымъ, иногда даже и вовсе невозможнымъ. Въ общемъ, размѣры скотомы колеблются между 4° и 8°; форма ея обыкновенно кругообразная, края рѣзко очерчены. Въ большинствѣ случаевъ пятно, находящееся передъ глазами, бываетъ неподвижно; но въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ немъ замѣчаются оживленныя движенія, въ видѣ ли простаго дрожанія, или правильныхъ вращеній справа налево, либо слѣва направо. Помимо ослабленія зрѣнія и центральной скотомы, иногда наблюдаются искаженіе формы предметовъ (метаморфозія) и летающія мушки. Цѣттоощущеніе остается нормальнымъ. Отступленія отъ нормы не замѣчаются и въ границахъ поля зрѣнія, и лишь въ рѣдкихъ случаяхъ бываетъ сужено поле зрѣнія для цвѣтовъ. Измѣненій въ глазномъ днѣ можетъ и не быть; часто, однако, находятъ потемнѣніе желтаго пятна или небольшое кровоизліяніе въ этой области. Лѣченіе въ первые дни должно быть направлено на уменьшеніе прилива крови (покой для глазъ, холодныя компрессы, слабительныя и за ухомъ).

слабительныя и пр.), а позднѣе, съ цѣлью возбудить чувствительность сѣтчатки, можно прибѣгнуть къ постоянному току и стрихнину (По отчету въ Archives d'ophtalm., июнь).

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 717.** Д-ра Hewetson и Lloyd (Birmingham) наблюдали рѣдкій случай *яичниковой беременности*.

35-лѣтняя больная поступила съ явленіями вскрывшейся трубной беременности. На операціи въ брюшной полости найдено около 2 литровъ кровянистой жидкости; матка оказалась нѣсколько увеличенной. Плотный сгустокъ, величиною въ кулакъ, удаленъ изъ глубины тазовой полости; сгустокъ былъ соединенъ съ плотной фибриной массой, имѣвшей внутри полость. Правая труба нормальна; правый яичникъ увеличенъ и образовывалъ часть стѣнки упомянутой полости въ фибриной массѣ. На задней поверхности яичника—разорванное отверстіе, служившее источникомъ кровотечения. На правые придатки наложена лигатура, и они были изсѣчены. Лѣвые придатки оказались здоровыми. Тазовая полость очищена; рана закрыта. Больная выздоровѣла безъ осложнений. Со дня послѣднихъ мѣсячныхъ до дня операціи прошло 7 недѣль. Удаленный яичникъ имѣлъ размѣры 4×4×1,5 см.; съ задней поверхности его имѣлась полость въ 3×2,5×2 см.; на стѣнкахъ полости находилось отложеніе бѣловатаго фибриноподобнаго вещества, въ которомъ кое-гдѣ были найдены хорошо выраженные ворсинки хоріона. Рядомъ съ полостью помѣщалось истинное желтое тѣло. Плотный сгустокъ, удаленный изъ полости таза, содержалъ въ себѣ части ворсинчатой оболочки, многія изъ ворсинокъ которой были покрыты 2-ми и болѣе рядами кѣлокъ Langhans'a съ попадавшимися мѣстами синициальными кѣлками. Не было найдено ни слѣдовъ плода, ни водной или отпадающей оболочки (The British Medical Journal, 8 сентября).

Д. Старокадомскій.

718. Rühl считаетъ *лонощеніе (пубіотомію)* далеко не такой безопасной операціей, какъ это можно было думать на основаніи первыхъ сообщенныхъ наблюденій. Теперь уже извѣстно относительно большое число смертельныхъ исходовъ и тяжелыхъ поврежденій послѣ этой операціи. Такія тяжелыя послѣдствія нельзя отнести на счетъ неопытности оператора, ибо они получались у извѣстныхъ и вполне опытныхъ акушеровъ. Однимъ изъ самыхъ тяжелыхъ поврежденій служитъ пораненіе мочевого пузыря и влагалища. По мнѣнію автора, осложненіе пубіотоміи раненіемъ мочевого пузыря легко можетъ произойти, особенно если не имѣть въ виду этой возможности и не принимать никакихъ предосторожностей. Въ подтвержденіе этого авт. приводитъ слѣдующій свой случай, при чемъ замѣчаетъ, что ему предшествовали еще 2 пубіотоміи, произведенныя Rühl'емъ по способу Doederlein'a совершенно легко и протекшія безъ всякихъ осложнений. Въ обоихъ случаяхъ автору пришлось наложить щипцы на высокостоящую головку.

Rühl произвелъ пубіотомію у второродящей, 31 г. Первые роды (4 года назадъ) были окончены прободеніемъ. На этотъ разъ больная выразила непремѣнное желаніе имѣть живаго ребенка. Тазъ былъ настолько узокъ (истинная конъюгата 6,5), что нельзя было произвести искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Былъ данъ совѣтъ явиться въ клинику для производства кесарскаго сѣченія, но больная осталась дома. Авт. изслѣдовалъ ее въ началѣ родовой дѣятельности. Воды отошли. Головка была надъ входомъ. На предложеніе произвести пубіотомію больная охотно согласилась. Сдѣланъ маленкій кожный разрѣзъ, и введена игла Doederlein'a. При распыливаніи кости появилось незначительное кровотеченіе. Авт. наложилъ щипцы и передалъ ихъ помощнику, а самъ старался удерживать концы перепиленной кости отъ чрезмѣрнаго расхожденія. Извлеченіе головки щипцами произошло легко. Концы кости разошлись приблизительно на 5 см. Послѣ снятія щипцовъ оказалось, что не только промежность, но все влагалище и мочевого пузыря были разорваны. Поврежденія оказались настолько серьезными, что авт. сперва не былъ увѣренъ, что справится съ ними. Перевозить больную въ какую-либо клинику было совершенно немисливо. Приходилось работать на мѣстѣ, въ крестьянской избѣ, при плохомъ освѣщеніи и съ недостаткомъ опытныхъ помощниковъ. Rühl наложилъ швы на стѣнки пузыря, влагалища и промежности, вложилъ дренажъ изъ йодоформной марли между стѣнкой влагалища и вѣтвью лобковой кости и поставилъ катетеръ à demeure. Случай окончился, сверхъ ожиданія автора, благополучно; остались лишь влагалищный свищъ и параличъ жома мочевого пузыря.

Рѣшая вопросъ, какимъ образомъ происходятъ такія поврежденія, Rühl приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) Непосредственно ранить пузырь иглой можно приводя ее сзади кости, если головка плотно прижата къ кости (особенно при чисто подкожномъ способѣ пубіотоміи и при острой иглѣ). 2) Пузырь ранится легко при плотныхъ сжатіяхъ его съ лобковой костью. Лучшее дѣлать поэтому маленькій кожный разрѣзъ вверху, отлѣпить ту-

нымъ путемъ пузырь и осторожно ввести иглу *Doederlein'a*. 3) Очень легко происходят поврежденія пузыря при неподатливомъ влагалищѣ вслѣдствіе ненормально плотнаго орошенія пузыря съ разорвавшейся передней стѣнкой влагалища. 4) Самая важная и наиболѣе частая причина—это плотное сращеніе пузыря съ низходящей вѣтвью лобковой кости. Опасность разрыва тѣмъ больше, чѣмъ больше расхождение концовъ кости. 5) Непосредственное поврежденіе пузыря острымъ краемъ перепиленной кости можетъ случиться въ томъ случаѣ, когда пузырь бываетъ прижатъ къ кости проходящей черезъ тазъ головкой. При очень узкомъ тазѣ, остаткахъ воспаления въ маломъ тазу и очень неподатливомъ влагалищѣ авт. предлагаетъ слѣдующую предупредительную мѣру: до начала пубертатнаго отдѣла тупымъ путемъ пузырь отъ передней стѣнки влагалища возможно выше, съ той стороны, гдѣ предполагается распилъ кости; для этого слѣдуетъ оттянуть пулевыми щипцами шейку, сдѣлать продольный разрѣзъ передней стѣнки влагалища и затѣмъ, отдѣливъ пузырь, зашить разрѣзъ. Что касается влагалища, то его трудно предохранить отъ разрыва, который можетъ произойти при неподатливости тканей или при расхожденіи концовъ кости, или отъ пораненія острымъ краемъ перепиленной кости. Послѣ зашиванія разрыва авт. настоятельно совѣтуетъ примѣнять выпускникъ изъ іодоформной марли (*Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, сентябрь).

М. Проскурякова.

**Нервные и душевные болѣзни.** 719. Казуистика душевныхъ заболѣваній подѣ влияніемъ общественныхъ и политическихъ событий продолжаетъ увеличиваться все новыми наблюденіями. Д-ръ Л. С. Павловская описываетъ 2 случая такихъ заболѣваній—изъ лѣчебницы д-ра А. Э. Барн. Въ обоихъ случаяхъ душевное расстройство наблюдалось у лицъ (женщинъ 26 и 32 л.) неуравновѣшенныхъ, съ патологическою наслѣдственностью и проявилось въ формѣ психозовъ, обыкновенно возникающихъ подѣ влияніемъ психическихъ причинъ: въ одномъ случаѣ — истеріи, въ другомъ — меланхоліи. Клиническая форма ихъ ничѣмъ не отличалась отъ сходныхъ психозовъ, вызываемыхъ другими причинными условіями. Вліяніе общественныхъ событий отразилось только на содержаніи бреда и галлюцинацій (Обозрѣніе психіатріи, неврологіи и экспериментальной психологіи, № 6).—Д-ръ И. С. Германъ наблюдалъ въ Орловской психіатрической больницѣ 7 случаевъ душевнаго расстройства депрессивнаго характера, развившихся на почвѣ переживаемыхъ политическихъ событий, и изъ разбора исторій болѣзни ихъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) Душевное расстройство наступало у больныхъ скоро послѣ полученія психической травмы. 2) У всѣхъ больныхъ наблюдался сильный страхъ, который сопровождался бредовыми идеями объ ожидаемой опасности, а также неминуемой гибели. 3) Бредовыя мысли не имѣли систематизированнаго характера и не были направлены противъ опредѣленныхъ лицъ; больные всюду видѣли для себя опасность. 4) У всѣхъ больныхъ имѣлась тоска, а у большинства изъ нихъ зрительныя и слуховыя галлюцинаціи устрашающаго характера. 5) Исходъ болѣзни былъ довольно благоприятный—изъ 7 выздоровѣли 4. 6) У всѣхъ больныхъ, кромѣ одной, были физическіе признаки вырожденія (Журналъ невропатологіи и психіатріи имени С. С. Корсакова, кн. 3).

720. И. Н. Спиртовъ произвелъ—по предложенію проф. В. М. Бехтерева—рядъ опытовъ надѣ влияніемъ цѣстныхъ освѣщеній на кровяное давленіе у человека.

Опыты, при помощи прибора *Gärthner'a*, производились надѣ молодыми людьми (2-ое мужчине и 1 женщина) — въ возрастѣ 23—25 л., и съ точки зрѣнія стѣны освѣщенія были 3 хъ родовъ: 1) цѣстное освѣщеніе вводилось послѣ обыкновеннаго дневнаго свѣта; 2) то-же, но послѣ темноты и 3) одно цѣстное освѣщеніе смѣнялось другимъ. Въ цѣляхъ проверки было произведено еще вѣскольکو опытовъ съ перемежной замѣной дневнаго свѣта темнотой и обратно, безъ цѣстного освѣщенія, и 4 опыта — съ пребываніемъ при дневномъ свѣтѣ въ теченіи времени, равномъ продолжительности цѣстныхъ опытовъ со всѣми смѣнами освѣщеній при нихъ. Результаты опытовъ (въ статьѣ—подробные протоколы въ таблицахъ) оказались слѣдующіе: 1) Кровяное давленіе подѣ влияніемъ краснаго или зеленаго свѣта, введеннаго послѣ предварительнаго пребыванія испытуемаго при обыкновенномъ бѣломъ свѣтѣ, прогрессивно понижается и при томъ въ дов. рѣзкой степени. 2) Это пониженіе подѣ влияніемъ краснаго и зеленаго свѣта начинается съ самаго начала дѣйствія этихъ освѣщеній и достигаетъ черезъ известное, различное для различныхъ лицъ, время максимумъ, послѣ чего все остальное время до конца опыта держится на уровнѣ съ нѣвѣстными небольшими колебаніями. 3) Кровяное давленіе подѣ влияніемъ синяго свѣта, введеннаго послѣ предварительнаго пребыванія испытуемаго при обыкновенномъ бѣломъ свѣтѣ, въ первое, въ общемъ сравнительно болѣе короткое, время повышается, затѣмъ въ слѣдующій, въ общемъ болѣе продолжительный, періодъ падаетъ и постепенно достигаетъ уровня ниже начальнаго (т. е. до введенія того или другого освѣщенія) кровяного давленія; но это пониженіе значительно меньше пониженій, наблюдаемыхъ при красномъ и зеленомъ освѣщеніяхъ. 4) При наступленіи вновь обыкновеннаго бѣлаго свѣта кровяное давленіе повышается, въ первое время быстро, потомъ медленнѣе, но еще черезъ 10 мин. послѣ прекращенія цѣтнаго освѣщенія не достигаетъ высоты начальнаго (исключеніе наблюдалось только въ 1 опытѣ). 5) Подѣ влияніемъ затемненнаго бѣлаго свѣта, введеннаго послѣ предварительнаго пребыванія испытуемаго при обыкновенномъ дневномъ свѣтѣ, кровяное давленіе постепенно понижается, при чемъ максимумъ этого пониженія, наблюдаемый къ концу опыта или близко отъ него, сравнительно не великъ и стоитъ ближе къ максимуму пониженія подѣ влияніемъ синяго свѣта, чѣмъ къ максимуму пониженія подѣ влияніемъ краснаго и зеленаго освѣщеній. 6) Въ опытахъ, гдѣ испытуемый находился все время подѣ влияніемъ обыкновеннаго дневнаго свѣта, кровяное давленіе тоже постепенно падаетъ; это паденіе въ общемъ меньше, чѣмъ при затемненномъ бѣломъ свѣтѣ и находится въ тѣхъ-же предѣлахъ, какъ и паденіе кровяного давленія во 2-мъ періодѣ дѣйствія синяго свѣта. II. 1. Кровяное давленіе подѣ влияніемъ краснаго или зеленаго свѣта послѣ предварительнаго пребыванія испытуемаго въ темнотѣ прогрессивно падаетъ и при томъ въ дов. рѣзкой степени, хотя степень этого паденія меньше, чѣмъ подѣ влияніемъ этихъ-же освѣщеній послѣ предварительнаго пребыванія испытуемаго при обыкновенномъ бѣломъ свѣтѣ, но различіе въ общемъ незначительно и обращаетъ на себя вниманіе не величиною, а постоянствомъ. 2) Это пониженіе кровяного давленія подѣ влияніемъ краснаго и зеленаго свѣта (послѣ предварительнаго пребыванія въ темнотѣ) не во всѣхъ случаяхъ начинается съ самаго начала дѣйствія поименованныхъ освѣщеній, но во всякомъ случаѣ очень скоро послѣ начала и достигаетъ максимумъ сравнительно поздне, чѣмъ подѣ влияніемъ этихъ-же освѣщеній, но послѣ предварительнаго пребыванія испытуемаго при обыкновенномъ бѣломъ свѣтѣ. 3) Кровяное давленіе подѣ влияніемъ синяго свѣта послѣ предварительнаго пребыванія испытуемаго въ темнотѣ повышается, хотя и не рѣзко; это повышение болѣею частью смѣняется паденіемъ, доходящимъ или не доходящимъ къ концу опыта до высоты начальнаго. Предѣльными цифрами повышения кровяного давленія совпадаютъ съ предѣльными цифрами повышения въ 1-мъ періодѣ вліянія синяго свѣта послѣ предварительнаго пребыванія испытуемаго при обыкновенномъ бѣломъ свѣтѣ, такъ что главное отличие результатовъ этихъ 2-хъ постановокъ опытовъ съ синимъ свѣтомъ заключается только въ томъ, что послѣ предварительнаго пребыванія въ темнотѣ подѣ влияніемъ синяго свѣта не наблюдается паденія кровяного давленія ниже начальнаго. 4) При наступленіи вновь темноты кровяное давленіе повышается послѣ краснаго и зеленаго свѣта, сначала быстро, а потомъ медленнѣе, при наступленіи-же темноты послѣ синяго свѣта оно повышается: въ 4-хъ случаяхъ оно упало ниже начальнаго своей высоты, а въ 2-хъ осталось послѣ предварительныхъ небольшихъ колебаній внятъ на уровнѣ начальнаго давленія. 5) Подѣ влияніемъ затемненнаго бѣлаго свѣта, введеннаго послѣ предварительнаго пребыванія испытуемаго въ темнотѣ, кровяное давленіе въ 1-мъ періодѣ повышается, затѣмъ постепенно падаетъ, опускаясь къ концу опыта ниже начальнаго. III. 1) Синій свѣтъ послѣ краснаго и зеленаго даетъ рѣзкое повышение кровяного давленія, смѣняющееся къ концу опыта небольшимъ пониженіемъ. 2) Красный и зеленый свѣтъ другъ послѣ друга даютъ сначала небольшое повышение, быстро смѣняющееся прогрессивнымъ паденіемъ, не особенно рѣзкимъ сравнительно съ послѣднимъ уровнемъ при предыдущемъ свѣтѣ. 3) Красный и зеленый свѣтъ послѣ синяго съ самаго начала даютъ прогрессивное и сравнительно съ послѣднимъ уровнемъ при синемъ свѣтѣ рѣзкое паденіе, гораздо болѣе рѣзкое, чѣмъ они даютъ другъ послѣ друга.

Подводя итоги своимъ опытамъ, авт., хотя и считаетъ число ихъ недостаточнымъ для категорическихъ заключеній, тѣмъ не менѣе полагаетъ, что на основаніи ихъ можно думать о значительной вѣроятности слѣдующихъ выводовъ: 1) По отношенію къ вліянію на кровяное давленіе краснаго и зеленого свѣта рѣзко отличаются отъ синяго въ томъ смыслѣ, что подѣ влияніемъ ихъ кровяное давленіе имѣетъ наклонность къ прогрессивному и дов. рѣзкому паденію, между тѣмъ какъ при синемъ свѣтѣ кровяное давленіе, по крайней мѣрѣ, въ первое время его вліянія, повышается и только потомъ наступаетъ паденіе, но значительно меньшее, чѣмъ при красномъ и зеленомъ освѣщеніяхъ. 2) Послѣ предварительнаго пребыванія испытуемаго въ темнотѣ

Подводя итоги своимъ опытамъ, авт., хотя и считаетъ число ихъ недостаточнымъ для категорическихъ заключеній, тѣмъ не менѣе полагаетъ, что на основаніи ихъ можно думать о значительной вѣроятности слѣдующихъ выводовъ:

1) По отношенію къ вліянію на кровяное давленіе краснаго и зеленого свѣта рѣзко отличаются отъ синяго въ томъ смыслѣ, что подѣ влияніемъ ихъ кровяное давленіе имѣетъ наклонность къ прогрессивному и дов. рѣзкому паденію, между тѣмъ какъ при синемъ свѣтѣ кровяное давленіе, по крайней мѣрѣ, въ первое время его вліянія, повышается и только потомъ наступаетъ паденіе, но значительно меньшее, чѣмъ при красномъ и зеленомъ освѣщеніяхъ. 2) Послѣ предварительнаго пребыванія испытуемаго въ темнотѣ

тъ наклонность кровяного давленія падать подъ вліяніемъ цвѣтныхъ ощущеній (при синемъ послѣ предварительнаго повышенія) уменьшается, что сказывается отчасти, хотя не рѣзко, и въ степени пониженія, но главнымъ образомъ большею медленностью наступленія maximum'a паденія. 3) При однообразномъ, бездѣйствительномъ времяпрепровожденіи въ сидячемъ положеніи и обыкновенный дневной свѣтъ, и затемненный даютъ въ теченія, по крайней мѣрѣ, часового промежутка пониженіе кровяного давленія, но не рѣзкое, при чемъ большее пониженіе даетъ затемненный бѣлый свѣтъ. Уменьшеніе наклонности кровяного давленія падать послѣ предварительнаго пребыванія въ темнотѣ оказывается и здѣсь въ случаяхъ затемненнаго бѣлаго свѣта, который послѣ темноты даетъ меньшее паденіе кровяного давленія и, кромѣ того, въ началѣ даетъ небольшое повышеніе его. 4) Имѣются нѣкоторые указанія для предположенія, что по отношенію къ вліянію на кровяное давленіе цвѣтныя освѣщенія, вводимыя и другъ послѣ друга, сохраняютъ свои особенности (Обозрѣніе психіатріи и пр. № 6). Ч. пр. Б. Грейденбергъ.

**Судебная медицина.** 721. Д-ръ Е. Н. Hankin предлагаетъ *улучшенный способъ для изслѣдованія кровяныхъ и сплывшихъ пятенъ*, особенно въ жаркомъ климатѣ, гдѣ пятна эти въ сирости легко загниваютъ, а при высыханіи дѣлаются крайне трудно растворимыми. Засохшее на платѣ и т. п. кровяное пятно вырѣзывается и погружается на нѣсколько секундъ въ кипятокъ, послѣ чего его кладутъ на предметное стекло и, смочивъ сѣрнистымъ аммоніемъ, помѣщаютъ подъ микроскопъ такъ, чтобы все поле зрѣнія было окрашено (въ случаѣ нужды берется масляно-погружная система); замѣнивъ теперь окуляръ микроспектроскопомъ, получаютъ 2 характерныхъ абсорбціонныхъ полосы гемохромогена. Если послѣднихъ не видно, причиною этого можетъ быть начавшееся гніеніе, — тогда помогаетъ, въ случаѣ наличности крови, прибавка 1 капли 10%-наго раствора синеродистаго калия. Пятна на оружій, драгоценностяхъ и т. п. изслѣдуютъ такимъ-же способомъ, предварительно смочивъ ихъ сѣрнистымъ аммоніемъ и соскобливъ ножомъ. Для обнаруженія сѣмянныхъ тѣлецъ авт. кипятитъ подозрительное пятно въ теченіи 2-хъ мин. въ водномъ растворѣ сѣрной кислоты 1:1000 съ прибавкой  $\frac{1}{2}\%$  танина, затѣмъ промываетъ его 2 мин. въ смѣси 1 части насыщеннаго раствора амміака съ 400 частями воды и переноситъ на такой-же срокъ въ 2%-ный растворъ синеродистаго калия; послѣ этого пятно быстро споласкивается перекипяченою водою, сохнетъ и размывается на предметномъ стеклѣ, гдѣ его высушиваютъ, закрѣпляютъ жаромъ и окрашиваютъ генціанъ-виолетомъ (The British Medical Journal, 10 ноября). С. Гр—въ.

## ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

С. Изъ акушерско-гинекологическаго Общества въ Петербургѣ.

(Засѣданіе 16-го ноября).

П. И. Бухманъ. Въ темнотѣ шва брюшной стѣнки. Докладчикъ отмѣтилъ остроту вопроса о швѣ брюшной стѣнки, въ дѣлѣ восстановленія которой необходимо обращать вниманіе на возрастъ, его возрастъ, профессию и занятія, въ виду разнообразія тѣхъ запросовъ, которые представляются къ брюшной стѣнкѣ, и той роли, которую ей приходится играть при различныхъ условіяхъ. Въ хирургическомъ отношеніи вопросъ о сшиваніи брюшной стѣнки кажется какъ-будто простымъ: идеаломъ здѣсь является точное постановленіе каждаго слоя въ отдѣльности. Дѣло однако значительно усложняется особенностями анатомическаго отношенія и недостатками имѣющагося у насъ матеріала изъ тканей. Необходимо отмѣтить, что мышечные слои

брюшной стѣнки имѣютъ различное направленіе; взаимныя отношенія этихъ слоевъ и натяженіе ихъ также различны; особенно обращала вниманіе хирурговъ слабость сухожильныхъ растяженій ниже Douglas'овой линіи; въ виду чего дѣлались различныя предложенія, имѣвшія цѣлью возможно бережъ этотъ участокъ: одни предлагали разсѣкать не бѣлую линію, а влагалище прямой мышцы (Mac Dowell); другіе совѣтовали разсѣкать возможно меньше (дѣлать меньшій разрѣзъ) въ области этого слабого мѣста (S. Poggi), и т. п. Что касается матеріала для швовъ, то наибольшими симпатіями хирурговъ пользуется шелкъ; но онъ нѣрѣдко даетъ нагноенія; дов. часто получается нагноеніе по ходу шва (Stichkanalinfektion Fritsch'a); бывають и поздніе нагноенія, иногда черезъ нѣсколько лѣтъ, какъ на мѣстѣ шва, такъ и въ области содѣжныхъ органовъ (напр., нагноеніе и выходъ швовъ черезъ пупыр, какъ это было въ случаѣ проф. С. П. Федорова). Катгутъ, въ противоположность нерассасывающемуся шелку, иногда рассасывается слишкомъ скоро и такимъ образомъ измѣняетъ хирургу; тоже можно сказать относительно оленьихъ сухожилий, silkwormgut'a и др. рассасывающихся матеріаловъ для швовъ. Кромѣ того, катгутъ очень трудно стерилизуется; наилучшіе результаты даетъ, повидимому, сухая стерилизація его. Предложенный еще очень давно шовъ металлической проволокой (Fabricius ab Aquapendente, XVII в.) плохо прививался въ виду грубости матеріала и легкой прорѣзаемости, хотя несомнѣнно обладалъ высокими достоинствами въ смыслѣ асептичности матеріала. Препимущество шва металлической нитью на животѣ было доказано Ollier, но упомянутые недостатки препятствовали его распространенію. Въ послѣднее время былъ предложенъ шовъ бронзовою проволокой, содержащей 95% мѣди и 5% алюминія и оказавшейся наилучшимъ изъ всѣхъ предложенныхъ матеріаловъ. Проволока эта не только хорошо стерилизуется и легко можетъ быть подерживаема въ стерильномъ состояніи, но и обладаетъ въ нѣкоторой степени задерживающими свойствами по отношенію къ развитію бактерій. Чтобы сдѣлать матеріалъ пригоднымъ къ употребленію, достаточно протереть его спартомъ, а кипяченіемъ въ чистой водѣ достигается его совершенная стерильность. Докладчикъ пользуется этимъ матеріаломъ для погружныхъ швовъ, главнымъ образомъ при операціяхъ паховыхъ грыжъ, съ 1903 г. при чемъ шовъ онъ дѣлаетъ съемнымъ, выводя концы проволоки наружу. Многочисленными опытами на животныхъ онъ доказалъ неокисляемость бронзовой проволоки. Точно также онъ примѣнялъ проволоку и при послѣднемъ сшиваніи передней брюшной стѣнки, при чемъ брюшину сшивалъ непрерывнымъ катгутовымъ швомъ, дѣлѣ клалъ непрерывный погружной проволоочный шовъ на мышцу (апонейрозъ), выводя концы шва наружу, и, наконецъ, швы на кожу тоже изъ бронзово-алюминиевой проволоки. Докладчикъ показалъ образецъ этой проволоки, тонкой, гибкой и упругой (проволока эта въ 4 раза дешевле серебряной), способъ накладыванія имъ погружного шва (на кускѣ кожи) и 2-хъ большихъ, оперированныхъ съ примѣненіемъ этой проволоки по поводу аппендицита, одна — 2 года назадъ, а другая — въ февралѣ текущаго года.

Проф. Н. И. Рачинскій: Разбирая причины происхожденія послѣоперационныхъ грыжъ бѣлой линіи, докладчикъ отмѣтилъ всѣ тѣ условія, которыя такъ или иначе вліяютъ на появленіе этихъ грыжъ, а именно, длину и мѣсто разрѣза, способъ наложенія шва, матеріалъ для шва, послѣоперационное теченіе, при сущія каждому больному особенности брюшной стѣнки, но не коснулся одного спорнаго, а потому и интереснаго вопроса — о значеніи брюшнаго бандажа въ дѣлѣ предотвращенія грыжи. Въ то время, какъ гинекологи особенно охотно назначаютъ бандажъ послѣ чревосѣченія, нѣкоторые хирурги (Kossmann, Socin) считают его вреднымъ, могущимъ способствовать возникновенію грыжи. Статистика Asci'a тоже указываетъ на то, что бандажъ не предотвращаетъ появленія грыжи. Какъ смотритъ на этотъ вопросъ Ваша школа?

Докладчикъ: Мы восстанавливаемъ анатомическую цѣлость брюшной стѣнки и стараемся сдѣлать это такъ, чтобы бандажъ былъ ненуженъ. Центръ тяжести, конечно, въ первомъ. Что же касается вреднаго дѣйствія бандажа, то докладчикъ не имѣлъ возможности на практикѣ установить его.

В. А. Вастенъ: Въ числѣ причинъ неудачи при восстановленіи полной функциональной цѣлости передней брюшной стѣнки докладчикъ не обратилъ вниманія на то, были-ли растянуты стѣнки до операціи. Это обстоятельство имѣетъ важное значеніе для предсказанія.

В. Н. Томаинскій: Докладчикъ, мнѣ кажется, недостаточно рельефно отмѣнилъ, въ чемъ заключался центръ тяжести его доклада, — въ указаніи-ли лучшаго способа наложенія шва на переднюю брюшную стѣнку, или въ предложеніи матеріала для швовъ? Что касается способа, то лучшій — тотъ, который наиболѣе асептиченъ. Въ этомъ отношеніи проволока, какъ матеріалъ, дающій наибольшія гарантіи чистоты, конечно, является наилучшимъ. Но, указывая на матеріалъ для швовъ, докладчикъ не упомянулъ еще объ одномъ, обладающемъ всѣми удобствами шелка и проволоки, но не имѣющемъ ихъ недостатковъ, — это о каучуково-серебряномъ шелкѣ, легко стерилизующемся, обладающемъ гибкостью шелка и потому легко завязывающемся въ узлы. Этотъ матеріалъ, слѣд., лучше бронзовой проволоки. Что касается рассасывающаго матеріала, то простой катгутъ имѣетъ то неудобство, что онъ тянется. Будучи стерилизованъ сухимъ способомъ, онъ сохраняетъ этотъ недостатокъ. Поэтому Т. пла-

почитають катгутъ, стерилизованный по *Kimmel*у, и серебряный катгутъ, стерилизованный по *Credé*. Т. выразилъ сожалѣніе, что докладчикъ не высказался по поводу названнаго материала.

Докладчикъ отвѣтилъ, что онъ не говорилъ о катгутѣ, держась рамокъ доклада. Далѣе, онъ не понимаетъ, о какихъ преимуществахъ со стороны *Kimmel*евскаго катгута или катчуково-серебряннаго шелка говорилъ д-ръ *Томашевскій*? Видъ онъ, докладчикъ, узловъ не накладываетъ и швы у него съемные.

Проф. Г. Е. Рейна, заключая пренія, указалъ на важность и богатство литературы по данному вопросу; предложено много способовъ, при чемъ въ рукахъ авторовъ всѣ они даютъ прекрасные результаты. Между тѣмъ въ живленіи играетъ роль масса условій и помимо самого шва, напр., состояніе брюшной стѣнки до операціи. Р. думаетъ, что въ послѣдствіи мы будемъ больше считаться съ особенностями каждаго случая, выбирая то одинъ, то другой шовъ, наиболее цѣлесообразный и примѣнимый при данныхъ условіяхъ.

Л. А. Криескій показалъ 2-головаго уродца (*dicerphalus*), родившагося въ Коломенскомъ родильномъ пріютѣ 9/IV 1905 г., когда имъ заведывалъ покойный А. И. Байковъ. Уродца 1250 грм. вѣсомъ и 34 см. длины, извлеченъ съ трудомъ, но въ цѣлости, акушеркой за предлежащія ножки. Роженица, первородающая, 23 л., поступила безъ замѣчнаго сердцебіенія плода; ждала родовъ въ августѣ; слѣд., ребенокъ былъ недоношенный, 6¼—7 мѣс., мертвый. У уродца 2 симметричныя головы (при подробномъ разсмотрѣніи одна шея нѣсколько толще другой, такъ что не исключается возможность паразитизма), 2 шеи, остальная часть туловища — одна (*duplicitas sup.*, *dicerphalus diauchenos*). Кроме того, у плода имѣется небольшая грыжа пупочнаго канатика. Полъ его — женскій, преобладаніе котораго у большей части уродствъ, особенно двойныхъ, отмѣчено авторами. Уродство это *dicerphalia*, наиболѣе частое у рыбъ и животныхъ, у человека встрѣчается крайне рѣдко.

К. В. Скробанскій. О спинно-мозговой анестезіи. Указавъ на главнѣйшіе періоды въ развитіи вопроса о спинно-мозговой анестезіи, докладчикъ сообщалъ результаты примѣненія ея въ 50 случаяхъ большихъ и малыхъ хирургическихъ и гинекологическихъ операцій. Въ 25 случаяхъ произведена была тропаканализація спинного мозга и въ 25 стованнизація. Всѣ случаи произведены въ хирургическомъ отдѣленіи больницы св. Маріи Магдалины, при чемъ часть случаевъ принадлежитъ заведующему этимъ отдѣленіемъ Р. В. Бутцу, часть докладчику. Изъ 50 больныхъ мужчинъ было 220 и женщинъ 30. Возрастъ ихъ отъ 15 до 63 л. Анестезія появлялась черезъ 3—6, рѣдко 10 мин. Она была полная въ 33 случаяхъ, ея не наступило въ 2, была недостаточной и пришлось прибѣгнуть къ хлороформу или эфиру въ 7 и была недостаточной, однако настолько выраженной, что можно было окончить операцію безъ общаго наркоза, въ 8. Осложненія составляли: небольшая рвота 2 раза, позывъ къ рвотѣ 4, синюшность губъ 5, обморочное состояніе 1. Осложненія въ первые дни послѣ операціи: рвота въ теченіи первыхъ 2-хъ сутокъ 1 разъ, рвота въ 1-ый день послѣ операціи 3, головная боль 2 дня 2, головная боль 1 день 11, повышеніе температуры въ день операціи до 38°4 13 и до 39°2 1 разъ. Большинство изъ этихъ осложненій наблюдалось при употребленіи тропаканна, тогда какъ стованнъ почти не вызывалъ ихъ. Въ литературѣ имѣются указанія на рядъ случаевъ, въ которыхъ во время операціи развился тяжелый параличъ дыханія, потребовавшій примѣненія продолжительнаго искусственнаго дыханія и рядъ случаевъ, въ которыхъ на 10—12-ый день послѣ операціи развивались парезы и параличи, особенно часто отводящаго нерва. Почти всѣ эти осложненія окончились благополучно: дыханіе удавалось возстановить, параличи постепенно исчезли. Для оцѣнки спинно-мозговой анестезіи необходимо обратитъ особое вниманіе на случаи смерти послѣ нея; ихъ было 9 на 10449 случаевъ ея, а именно: на 486 сл. анестезіи новоканномъ — 1 (*Sonnenburg*'a), 2397 стованномъ — 6 (2 *Deetz*'a, *Chaput*, *Sonnenberg*'a, *Steinthal*'a и *Krecke*), 5065 тропаканномъ (о 2501 стованномъ или тропаканномъ не указано) — 2 [*Freund*'a (стованнъ)] и *Bier*'a (тропаканнъ). Разобравъ эти случаи, докладчикъ пришелъ къ заключенію, что большинство изъ нихъ ни въ коемъ случаѣ не могутъ быть отнесены на счетъ спинно-мозговой анестезіи. Важнѣе, несомнѣнно, случай, не вошедшій въ вышеприведенную статистику — *Krönig*'a; но случай этотъ стоитъ совершенно особнякомъ и нуждается въ дальнѣйшей разработкѣ. Положеніе: спинно-мозговая анестезія въ настоящемъ своемъ состояніи, несомнѣнно, является важнымъ техническимъ пріобрѣтеніемъ современной хирургіи. Особенно она цѣнна въ гинекологіи, ибо позволяетъ выполнять безболѣзненно почти всѣ гинекологическія операціи. Тяжелыя осложненія и смертельный исходъ при спинно-мозговой анестезіи наблюдаются если не значительно рѣже, то во всякомъ случаѣ не чаще, чѣмъ при общемъ наркозѣ. Нѣтъ никакого сомнѣнія, что хирургъ, претендующій на современность, не можетъ исключить этого способа изъ своей операціонной (Въ передачѣ докладчика).

В. Г. Бекманъ: Въ литературѣ спинно-мозговой анестезіи, помимо случаевъ, приведенныхъ докладчикомъ, имѣется еще много случаевъ серьезныхъ осложненій и смертей. Такъ, бывають параличи дыхательнаго центра, зависящіе, повидимому, отъ проникианія стованна или тропаканна до дна 4-го желудочка. Искусственное дыханіе приходилось производить болѣе часа.

Проф. Д. О. Оттъ: Позволю себѣ одинъ вопросъ. Быть можетъ, я плохо понялъ докладчика; но мнѣ непонятенъ логическій выводъ, на 10000 анестезіи докладчикъ приводитъ 9 случаевъ

смерти; значительный % неудачныхъ наркозовъ, тяжелыхъ осложненій, параличей; сейчасъ мы слышали о параличахъ дыхательнаго центра. Какимъ-же образомъ отсюда можно вывести такую блестящую рекомендацію этому способу для преимущественнаго примѣненія его?

В. А. Ващенко находитъ, что способъ спинно-мозговой анестезіи долженъ пріобрѣсти права гражданства, но долженъ имѣть свои показанія. Докладчикъ упоминаетъ только о 9 случаяхъ смерти; но онъ исключилъ еще рядъ другихъ смертельныхъ случаевъ. Если-же имѣть въ виду, что несомнѣнно, есть еще, цѣлый рядъ такихъ не попавшихъ въ печать случаевъ, а также то обстоятельство, что именно такіе неудачные случаи чаще всего и не сообщаются, такъ какъ авторы бросаютъ свои опыты, то статистика смертности будетъ гораздо печальнѣе.

Проф. В. В. Строгановъ указалъ на то, что докладчикъ выбросилъ еще 2 случая (на 325) *Krönig*'a, гдѣ, впрочемъ, былъ примѣненъ смѣшанный наркозъ. Очевидно, число смертныхъ случаевъ дов. велико.

М. И. Ивановъ спросилъ, сколько времени докладчикъ примѣняетъ способъ спинно-мозговой анестезіи, и, получивъ отвѣтъ, что 4 мѣс., сообщилъ, что онъ оперируетъ съ тропаканномъ 1 годъ. Результаты по продолжительности наркотическаго дѣйствія получились различныя, и положиться на него было нельзя. Во всѣхъ случаяхъ примѣненіе способа ограничивалось незначительными показаніями. Въ общемъ, какъ результатъ вслѣдствіе проведенныхъ случаевъ, остается впечатлѣніе какого-то недоверія къ этому способу. Самъ д-ръ И. лично, если-бы ему пришлось наркотизироваться, отъ этого способа отказался-бы.

В. Г. Львовъ видѣлъ 1 случай примѣненія спинно-мозговой анестезіи, и на него онъ произвелъ тяжелое впечатлѣніе трудностью попасть въ спинно-мозговой каналъ.

Проф. С. П. Бедоровъ въ результатѣ своей практической дѣятельности съ тропаканномъ, да судя и по литературнымъ даннымъ, не можетъ придти къ определеннымъ результатамъ. Тропаканнъ, повидимому, наименѣе ядовитъ изъ всѣхъ предложенныхъ средствъ; но и при немъ наблюдались головныя боли, безсознательное состояніе. Самочувствіе больныхъ позволяетъ сказать лишь кое-что въ пользу тропаканна, но именно лишь кое-что. Какъ-то проф. Ѳ. началъ примѣнять стованнъ, но на 6-мъ случаѣ произошло такое тяжелое осложненіе, что отъ примѣненія этого средства онъ тотчасъ-же отказался: послѣ концъ операціи, производившейся однимъ изъ ординаторовъ клиники, вдругъ развился параличъ дыханія съ быстро послѣдовавшимъ параличемъ сердца; искусственное дыханіе на этомъ больномъ дѣлалось 5 час.; послѣдовательное безсознательное состояніе длилось 3-ое сутокъ, затѣмъ долгое время оставалось ненормальное психическое состояніе. Теперь, правда, больной совершенно оправился, но стояло это все оч. дорого. Что касается показаній, то проф. Ѳ. затрудняется строго рѣграничить ихъ между хлороформированіемъ и тропаканализаціей. Въ смыслѣ анестезированія, послѣдняя давала превосходные результаты, особенно при производившихся проф. Ѳ. гинекологическихъ операціяхъ. Изъ различныхъ средствъ, предложенныхъ для спинно-мозговой анестезіи, преимущественно, по мнѣнію проф. Ѳ., слѣдуетъ употреблять тропаканнъ. Изъ осложненій, наблюдавшихся при производствѣ ея, проф. Ѳ. указалъ на случаи обламыванія иглы, конецъ которой оставался въ глубинѣ тканей, отыскать этотъ конецъ — оч. мудрено. У самого проф. Ѳ. былъ такой случай. Примѣняя у себя въ операціонной дощ. часто спинно-мозговую анестезію, проф. Ѳ. обращаетъ вниманіе на то, что въ выборѣ способа могутъ играть роль тѣ условія, въ которыхъ находится операторъ, и что въ операціонной обшрн. съ хорошимъ провѣтриваніемъ, не душной, онъ предпочебъ оперировать съ хлороформомъ, который въ маленькой, душной операціонной, наполненной врачами и студентами, можетъ легко вызвать у больного асфиксію. Вотъ впечатлѣнія настоящаго. Если, какъ полагаетъ докладчикъ, найдены будутъ еще лучшія средства для введенія въ спинно-мозговую каналъ, то можно сказать, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ будетъ имѣться противопоказаніе къ хлороформу, мы будемъ примѣнять спинно-мозговую анестезію. Пока же, гдѣ можно, проф. Ѳ. предпочитаетъ анестезію спинно-мозговую.

В. Н. Томашевскій находитъ, что по отношенію къ спинно-мозговой анестезіи хирурги уже вынесли определенное впечатлѣніе, чего, какъ онъ замѣчаетъ, нельзя, повидимому, сказать о гинекологѣхъ. Самъ Т. имѣетъ 60—70 случаевъ съ результатами счастливыми и совершенно однородными. Имъ собрано 17000 слишкомъ спинно-мозговыхъ анестезій. % легкихъ осложненій можно признать установленнымъ и почти не колеблющимся: рвота при операціяхъ наблюдалась въ 30%, послѣ — въ 20%; тошнота при операціи — въ 30%, послѣ — въ 40%; головная боль при операціи — въ 1%, послѣ — въ 14%; повышенная температура — въ 40%; далѣе, коллапсы случаются въ 0,4%, разстройства дыханія въ 0,7%; въ литературѣ имѣется 11 случаевъ паралича отводящаго нерва; остальные наблюдавшіеся параличи относятся, повидимому, къ числу т. наз. наркотич. или, вѣрнѣе, послѣ операціонныхъ параличей, зависящихъ, вѣроятно, отъ неадекватнаго положенія больныхъ; параличи-же отводящаго нерва относятся къ числу параличей токсическихъ, при чемъ этотъ нервъ, нужно отмѣтить, вообще очень легко отключается на различныхъ пораженіяхъ нервной системы (напр., параличи его послѣ различныхъ болѣзней). Выборъ средствъ для спинно-мозговой анестезіи можно считать теперь определеннымъ: если что употребить, такъ только тропаканнъ, наименѣе ядовитый изъ всѣхъ примѣнявшихся средствъ. У Т. ...



немъ не было; послѣоперационныхъ было всего 6 (на 70 сл.). Что касается случаевъ смерти, то къ нимъ статистику слѣдуетъ относиться осторожно. Изъ собранныхъ самимъ Т. онъ можетъ указать лишь на 1, какъ на несомнѣнно объясненный анестезіей, но и въ немъ (случай *Freund'a*) имѣлась прогнѣтность въ техникѣ, а кромѣ того, больная была старуха. Что касается техники, то она, безусловно, очень важна. Растворы Мерска—совершенно стерильны; но въ химическомъ отношеніи они, повидимому, измѣняются и даютъ менѣе продолжительную анестезію, чѣмъ свѣже приготовленные. Показанія къ спинно-мозговой анестезіи еще вырабатываются. Конечно, идти въ сравненіе съ такими ветеранами анестезіи, какъ эверъ и хлороформъ, этотъ способъ не можетъ.

**Докладчикъ:** На заявленіе В. Г. Бехмана отвѣчу, что въ своемъ краткомъ докладѣ я не имѣлъ возможности перечислить всѣ осложненія, наблюдающіяся при спинно-мозговой анестезіи; но на параличи дыханія я указалъ. Здѣсь считаю долгомъ дополнить, что *Dönitz* въ своей послѣдней статьѣ остановился на этой сторонѣ вопроса и, разобравъ большинство случаевъ паралича дыханія, пришелъ къ заключенію, что они обусловлены свойствомъ стованна парализовать не только чувствительность, но и двигательную способность, въ данныхъ случаяхъ—парализовать двигательные нервы, заведующіе дыханіемъ. По *Dönitz'u*, кокаи́нъ менѣе всего способенъ парализовать движеніе; за нимъ идетъ тропакочаинъ, новоканъ. Стованъ же дѣйствуетъ въ этомъ отношеніи сильнѣе всѣхъ. На основаніи этихъ наблюденій *Dönitz* думаетъ, что, примѣняя тропакочаинъ, можно скорѣе всего избѣжать указанныхъ неприятныхъ осложненій со стороны дыханія. Проф. Д. О. Оттъ спрашиваетъ меня, какъ я, указывая смертные случаи и тяжелыя осложненія какъ во время операціи, такъ и послѣ нея, всетаки могу предлагать такой способъ, какъ спинно-мозговая анестезія? При обсужденіи какого-либо новаго способа и особенно спинно-мозговой анестезіи, я каждый разъ могу отмѣтить очень странный фактъ: тотъ, кто не примѣнялъ этого способа, всегда его бракуетъ; тотъ-же, кто пользовался спинно-мозговой анестезіей, если не всегда бывалъ удовлетворенъ ею, то во всякомъ случаѣ находилъ для нея определенную область примѣненій. Мнѣ кажется, что Д. О. стоитъ именно на этой почвѣ. Я воспользуюсь его возраженіемъ, чтобы отвѣтить на имъ-же поставленный мнѣ вопросъ: Д. О., несомнѣнно, прекрасно знаетъ, что общій наркозъ также даетъ случаи смерти, при чемъ далеко не рѣдко. Такъ, въ своемъ учебникѣ *Krönig* и *Döderlein* указываютъ, что на 2000 случаевъ хлороформнаго наркоза наблюдается 1 случай смерти. Д. О. прекрасно знаетъ, что и общій наркозъ вызываетъ асфиксію, параличъ дыханія, упорную рвоту, головныя боли и т. д., и т. д., и тѣмъ не менѣе не отказывается отъ него. Въ своемъ можетъ быть, очень краткомъ докладѣ я указалъ на всѣ случаи смерти и даже, насколько позволяло мнѣ время, разобралъ ихъ. На основаніи изученнаго литературнаго матеріала и собственныхъ наблюденій я пришелъ къ заключенію, что спинно-мозговая анестезія сопряжена съ опасностью для здоровья и жизни больныхъ, если не въ меньшей степени, то во всякомъ случаѣ не въ болѣе, чѣмъ общій наркозъ. Вотъ почему я могу горячо рекомендовать ее. Я хотѣлъ-бы тутъ нѣсколько пополнить свое сообщеніе и надѣюсь, что В. А. Вастень увидитъ изъ этого дополненія, что въ больницѣ, въ которой я работаю, тоже существуютъ извѣстные показанія, при которыхъ мы отказываемся отъ спинно-мозговой анестезіи. Въ своихъ первыхъ случаяхъ мы были очень осторожны, но по мѣрѣ накопленія опыта и матеріала расширяли показанія для примѣненія спинно-мозговой анестезіи и въ настоящее время пользуемся ею дов. широко. Но даже и теперь далеко не всѣ случаи проводятъ нами подъ спинно-мозговой анестезіей. Я, вѣроятно, не ошибусь, если скажу, что въ послѣднее время мы примѣняемъ спинно-мозговую анестезію въ 80% и отказываемся отъ нея въ 20% всѣхъ случаевъ, въ которыхъ она могла-бы дать безболѣзненность. Проф. В. В. Строринскому отвѣчу, что я исключилъ 2 случая смерти *Krönig'a*, ибо, какъ онъ и самъ указалъ, случаи эти были произведены сочетаннымъ способомъ съ морфіемъ—скопаламиномъ. Едва-ли такой винегретъ анестезирующихъ веществъ, какъ морфій, скополаминъ, стованъ, адреналинъ и т. д., можетъ позволить разобратся, на какое изъ введенныхъ средствъ должны быть отнесены недостатки анестезіи. Выбѣстъ съ тѣмъ я, исключая случаи *Krönig'a*, насколько не понизилъ % смертности: если-бы къ собраннымъ цифрамъ я прибавилъ случаи *Krönig'a*, то, естественно, долженъ былъ-бы прибавить и случаи другихъ авторовъ, примѣнявшихъ съ благопріятными результатами *Krönig'*овскую анестезію (*Busse*, *Pankert'a* и др.) и тѣмъ, несомнѣнно, значительно повысилъ-бы и цифру благопріятныхъ результатовъ. В. Г. Лисовому, получившему плохое впечатленіе о спинно-мозговой анестезіи на основаніи 1 видѣннаго имъ чужого случая, я по существу отвѣтить не могу; могу противоположить только, что я на основаніи громаднаго литературнаго матеріала и болѣе 60 собственныхъ случаевъ получилъ впечатленіе противоположное. М. И. Иванову, примѣнявшему въ 2-хъ случаяхъ тропакочаинъ и оцѣнившему спинно-мозговую анестезію словами: «Самъ себѣ я ее не сдѣлалъ-бы, а предпочелъ-бы общій наркозъ», я могу лишь отвѣтить; что я, наоборотъ, предпочелъ-бы для себя спинно-мозговую анестезію общему наркозу. Могу даже прибавить, что далеко не я одинъ предпочитаю для себя спинно-мозговую анестезію, но что и очень опытный хирургъ, у котораго я имѣю честь въ настоящее время работать и которому принадлежатъ едва-ли не болѣе 1/2, приведеннаго мною тутъ матеріала, тоже предпочитаетъ для себя спинно-моз-

говую анестезію общему наркозу. Я съ большимъ вниманіемъ слѣдилъ за цѣнными замѣчаніями проф. С. П. Федорова и къ большому своему удовольствію могъ убѣдиться, что моя оцѣнка спинно-мозговой анестезіи, повидимому, очень близко подходитъ къ его. Случай тяжелаго паралича дыханія послѣ примѣненія стованна заставилъ перейти С. П. на тропакочаинъ. Мы въ больницѣ были счастливы и такихъ случаевъ не наблюдали; но уже въ настоящее время перешли на новоканъ. Мнѣ остается отвѣтить еще В. Н. Томашевскому. Мнѣ кажется, что онъ особенно подчеркиваетъ то обстоятельство, что въ своей статьѣ онъ собралъ 17000 случаевъ спинно-мозговой анестезіи. Въ предложенной мною таблицѣ значится только 10449; но я долженъ указать, что я не привожу случаевъ примѣненія кокаи́на, эйканна  $\alpha$  и  $\beta$  и др. Всѣ эти вещества совершенно заброшены хирургами и въ настоящее время не примѣняются. Цѣлю-же моихъ цифръ было указать современное состояніе вопроса. В. Н. Томашевскій удивляется далѣе, что стованъ далъ у насъ въ больницѣ лучшіе результаты, чѣмъ тропакочаинъ, ссылаясь на свой матеріалъ, обнимающій, какъ онъ заявилъ, болѣе 70 случаевъ. Я долженъ отмѣтить, что В. Н. Томашевскій пользовался стованомъ только 1 разъ, во всѣхъ-же остальныхъ примѣнялъ тропакочаинъ. Такъ какъ единственная попытка примѣнить стованъ окончилась неудачей, то, естественно, онъ и удивляется приводимымъ мною результатамъ. Я думаю, что, если В. Н. не ограничится этимъ единственнымъ наблюденіемъ, то, вѣроятно, онъ измѣнитъ свой взглядъ на стованъ. Этимъ я не хочу сказать, что стованъ—лучшее средство для спинно-мозговой анестезіи. Я хочу лишь подчеркнуть, что онъ, несомнѣнно, даетъ значительно меньше осложненій, которыхъ мы наблюдаемъ почти въ 1/2 случаевъ тропакочаинизаціи. Что касается тяжелыхъ осложненій—паралича дыханія, то я на основаніи литературнаго матеріала, несомнѣнно, долженъ признать за стованомъ гораздо болѣе большую опасность, чѣмъ за тропакочаиномъ.

В. Преображенскій

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФІЯ.

*Felix Lejars. Traité de chirurgie d'urgence. 5-oe дополненное и пересмотрѣнное изданіе. Paris. Изд. Masson et C. 1906 г.*

Послѣднее изданіе прекрасной книги *Lejars'a* нѣсколько отличается отъ предыдущихъ. Авт. дополнилъ книгу новыми 94 рисунками, пересмотрѣлъ и пополнилъ большую часть главъ и прибавилъ нѣкоторые новые отдѣлы о кровоизливаніи, о переломахъ реберъ и грудины, о *jejunostomie* и т. наз. *decapsulati* почки. Очень подробно (подробнѣе, чѣмъ въ предыдущихъ изданіяхъ) разработано ученіе о переломахъ конечностей и позвоночника, а также ученіе о поверхностныхъ и глубокихъ нагноеніяхъ.

Въ новомъ изданіи 904 рисунка и 20 таблицъ и 1144 стр. текста въ 1/2, долю листа.

Остановившись подробно на достоинствахъ книги и ея содержаніи нечего. Русскіе врачи знакомы съ нею, если не по подлиннику, то по переводу прежнихъ изданій. Особенность *Lejars'a*—необыкновенная простота и картинность изложенія. Онъ пишетъ такъ, какъ будто рисуетъ. Когда читаешь у *Lejars'a* описаніе операціи, то кажется, будто присутствуешь при ней.

Въ этой картинности изложенія, соединенной съ блестящей эрудиціей и широкаимъ опытомъ, кроется тайна успѣха книги, 1-ое изданіе которой появилось въ 1899 г. Недаромъ ямцы, которые не могутъ пожаловаться на отсутствіе всевозможныхъ руководствъ, переводятъ одно изданіе *Lejars'a* за другимъ на свой языкъ.

Полагаю, что въ числѣ т. наз. настольныхъ книгъ у всякаго хирурга—и начинающаго, и опытнаго—книга *Lejars'a* займетъ одно изъ первыхъ мѣстъ.

Вѣстность послѣдняго французскаго изданія превосходная. Цѣна книги недорогая (14 р.), если принять во вниманіе объемъ книги, прекрасную печать, художественныя таблицы.

В. Финкельштейнъ.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ

CCCLIX. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Въ № 48 «Русскаго Врача» напечатано письмо бывшаго больного санаторіи «Халила», д-ра *Доброзракова*, переполненное обвиненіями противъ меня и моихъ товарищей. 1-ая фраза этого письма гласитъ слѣдующее: «Санаторія Халила, считавшаяся, да и теперь считающаяся нѣкоторыми образованнѣйшими не представлять изъ себя такого рая для больныхъ, какъ это можно думать на основаніи ея отчетовъ». Не коррективѣ-ли было-бы

сперва доказать на основании проверенных данных такое положение, а затем уже делать выводы? Вслед затем д-р Д. говорит, что в Халила вовлекается административная и что совершенно поглощен ими и не интересуюсь, «повидному, бытом больных». Задания, действительно, строгие, но для полноты тех же больных, ибо служащие и прислуга до сих пор проживали в зданиях санатории совместно с больными, что, конечно, нежелательно со многих точек зрения. Что я интересуюсь ходом работы, это, мне кажется, понятно, да это и моя обязанность; но, чтобы из-за этого построить и перестать интересоваться бытом больных, это—одно голословное утверждение г. Доброзракова, ибо я по-прежнему продолжал ежедневно навещать и принимать больных. Желание во что бы то ни стало дискредитировать в глазах больных и врачей санаторию «Халила»—едва ли благовидный поступок со стороны д-ра Д. Это желание его проглядывает в следующей фразе: «больные, живущие здесь долго, перед тем, что столь стал портиться на их глазах, что раньше он был и равнообразен, и обильнее, а главное, свежее, в настоящее же время, не говоря уже об урывании его, об отсутствии равнообразия, сплошь и рядом он бывает и недоброкачественным, что могу засвидетельствовать и я». На это я могу возразить: 1) что все без исключения продукты принимаются врачами санатории; 2) что врачи отделений столуются совместно с больными в общих столовых и 3) что и лучший стол получается с течением времени, особенно больному, проживающему, как у нас в санатории, зачастую по 2—3 года. Я утверждаю, что больные наши не могут получать испорченных продуктов в пищу, а если, паче чаяния, и попадалось иногда нехорошее яйцо, то никогда не отказывалось в замыв его другим. К тому же главным поставщиком яиц, овощей, молока и т. п. является мыза санатории, откуда доставляются эти продукты ежедневно, стало быть, в свежем виде. С другой стороны, позволю себе указать д-ру Доброзракову, что за октябрь, т. е. за время его пребывания в санатории, общая прибыль вesa у больных Николаевского отделения была 55,3 кило, т. е. свыше 1 кило на человека. Д-р Д. сам за время пребывания в санатории, т. е. за 4 недели, прибавил вesa на 11 ф. Как же тут можно говорить о скверном питании? Позволю себе вдобавок привести еще слова г. Доброзракова по поводу нашего с ним разговора о столе. Д-р Д. заявил мне: «я не скажу, что плохо кормят; но можно бы кормить лучше». Что значит «лучше»? Это легко сказать, но трудно объяснить. Если питание легких больных и является могущественным фактором в деле лечения, то, с другой стороны, оно не должно сводиться к ожирению больных. Между тем за последнее время я многим больным должен был советовать есть меньше, ибо у них отмечались явления ожирения. На этом основании, может быть, д-р Д. и строит свои гипотезы об урывании пищи. На обвинение в том, что вступивших со мною в переговоры о столе я на следующий день выписал или вывез, объяснение об их выписке, я ограничиваю лишь указанием, что почти все больные, которые вступали со мною в переговоры, по *сие время находились в санатории* и что при каждом генеральном исследовании, по давно установленному порядку, отмечается в листке с графой: «предполагается к выписке»—месяц выписки; так напр., больной, исследовавшийся в октябрь, отмечается к выписке в ноябре, декабрь, или январь будущего года и т. д.; отсюда видно, что тут ничего преднамеренного не было и быть не могло. Наконец, следует обвинение, что я с бесплатными больными обращаюсь иначе, чем с платными. В сущности у нас все больные бесплатные, так как несколько человек, вносящих 40 р. в месяц, далеко не оплачивают стоимости их содержания. Таким образом все сводится к тому, что над всеми больными висит этот, по выражению д-ра Д., Дамоклов меч. Я должен сознаться, что в 1-й раз за мою долголетнюю, подчас весьма трудную работу, в санатории, слышу подобную вещь. Лично я, равно как и мои товарищи, по отношению к больным всегда старались быть гуманными и внимательными врачами, и уж никоим образом не желали наводить страх на больных.

Затем следует тот инцидент, который, повидному, главным образом и заставил д-ра Доброзракова не на шутку рассердиться на санаторию. Д-р Д. совершенно верно замечает, что больной, которого мой товарищ д-р Всеволодский выписал, был у меня на приеме, и не только у меня, но и у моих товарищей. На приеме же он был вследствие нежелания лечиться, как это нужно было для его здоровья, несмотря на неоднократные замечания. Рассказать какой-нибудь инцидент можно различно. Можно, напр., рассказать, как это делает д-р Доброзраков, так, что у читателя получится впечатление: «Ну за что же выписывать бедного больного!». Но можно и рассказать, как это действительно было, и из этого рассказа получится, напр., такое впечатление, что больного было необходимо выписать, если не желать превратить санаторию в трактир и видеть, напр., как больные будут друг в друга кидать тарелками или бутылками. Но я допускаю, что д-ру Доброзракову показалось, что дежурный врач Всеволодский поступил с больным чересчур круто; и он, как товарищ, мог обратить его внимание на это в частной беседе, в кабинете; но позволить себе в присутствии больных, того же дежурного доктора, служащих и прислуги в обращенной ко всем предвзято речью назвать поступок д-ра Всеволодского «вомутительным», это с этической точки зрения, по

крайней мере, заслуживает самого строгого порицания. Таким поступком д-р Доброзраков не только оскорбил д-ра Всеволодского, как врача санатории и товарища, но поставил его в совершенно безвыходное положение, лишив его авторитета в глазах больных и внося в жизнь закрытого лечебного заведения нежелательное волнение среди больных. Когда я пригласил к себе д-ра Доброзракова для объяснения по этому делу и сказал ему, что при таких обстоятельствах ему в санатории остаться будет нельзя, он мне предвзято ответил: «Да, я это знал и на это шел; я желал его оскорбить; а человек независимый и могу уехать в Крым; в санатории я уеду завтра». С моей стороны не только не было «травли» д-ра Д., не только я его не выписал в 24 часа, как он утверждает, а, наоборот, я позволил ему, когда он мне заявил, что завтра уехать не может, остаться в санатории от 26/х по 5/х. Затем, он оставался еще в номере 3 дня. Да и вышеназванный больной не был выписан в 24 часа, как говорит д-р Д., а оставался в санатории от 25/х по 12/х. Дальнейшее общение выписанного из санатории д-ра Доброзракова с больными, конечно, было крайне нежелательно, и весь смысл выписки его потерял бы свое значение, если бы я поступил иначе. Д-р Доброзраков, повидному, не понимал или не хотел понимать, насколько важно было его требование быть допущенным и принятым в санатории после всего случившегося. Если бы д-р Д. сам понял, что здоровье и покой больных—дороже всего, то не стал бы волновать их и заводить историй. Знал, однако, по опыту, в какой высокой степени больные бурно реагируют на раздражители, недовольные и несправедливые, а в данном случае и не обижаясь на д-ра Доброзракова, а пишу эти строки лишь для разъяснения этого дела пред товарищами<sup>1)</sup>.

Халила. 8-го декабря 1906 г.

И. Габрилович.

CCLX. М. Г.! Не откажите дать место следующим строкам.

В письме своем (см. № 39 «Русского Врача») г. Нагорский, между прочим, заявляет, что товарищеский Суд между нами и мною, по его мнению, «не мог иметь места» на том же основании, что он, якобы, состоял со мною исключительно в служебных отношениях, «как начальник ветеринарного Управления». Это заявление г. Нагорского безусловно ложно, ибо я никогда и ни в каких служебных отношениях с ним не состоял уже по одному тому, что от службы во Министерству внутренних дел я отказался в феврале 1906 г., а г. Нагорский поступил в число чинов этого Министерства почти через год после этого. Для большей иллюстрации деятельности «бывшего земского врача» г. Нагорского позволю себе огласить еще новый вопиющий факт.

Дело в том, что я по выходе со службы по Министерству внутренних дел поступил консултантом в Петербургскую мясную биржу. Члены этой биржи избрали меня своим представителем в ветеринарный Комитет Министерства внутренних дел и, согласно закону, направили свое ходатайство во октябрь сего года на утверждение министра торговли и промышленности с министром внутренних дел. Само собою разумеется, ходатайство это попало из Министерства торговли в руки г. Нагорского. И вот он при ближайшем участии г. Раевского, Председателя Комитета, сочиняет отказ в утверждении меня скаванным представителем на том основании, что моя предыдущая служба по Министерству внутренних дел была, якобы, неудовлетворительна. Очень понятно, что отказ этот был подписан министром внутренних дел. Не говоря уже о весьма странном мотиве отказа, выставленном г. Нагорским, сам он по себе должен, ибо тот же г. Нагорский за 2 месяца перед этим представил к подписи того же министра внутренних дел доклад, где приведен результат исследования о моей прежней службе прямо противоположного содержания. Вспом, кроме гг. Нагорского и Раевского, понятно, что моя прежняя служба ни в качестве публичного ветеринара, ни в качестве заведывавшего бактериологической лабораторией не имела никакого отношения к представителю.

<sup>1)</sup> Что до нас, то мы думаем, что авторитет врача во всех лечебных учреждениях—открытых и закрытых, безразлично создается и поддерживается, разумеется, помимо знаний и гуманных обращений вообще, никоим образом уж не сокращается всегда возможных его преград или келейных обсуждений допущенных им относительно больного «чересчур круто» мей, а именно открытым принесением повинной, хотя бы и того, раз такое несчастие случилось. Для нас, да же, представляется еще далеко не решенный вопрос, что более способствует спокойствию находящихся в лечебном учреждении больных—присутствие ли среди них такого человека, который, блюды общие интересы, не постыжся затеять историю по такому делу, которое непосредственно его самого и не касается, или, наоборот, удаление его от них? Наконец, если уже говорить о впечатлениях, то у нас оно—лично мы не имеем удовольствия видеть ни д-ра Доброзракова, ни никого из товарищей, служащих в санатории «Халила»,—по всему этому грустному инциденту составилось такое, как будто бы д-р Д. не нашел в санатории всего того участия, которое ему, без сомнения, было бы крайне дорого и как больному, и как товарищу. *Ред.*

ству отъ Общества скотопромышленниковъ въ Комитетѣ, даже если-бы она действительно была неудовлетворительна. И вотъ, только потому, что былъ избранъ человѣкъ неудобный «высшему въ государствѣ лицу», какъ именуетъ себя г. *Наюрскій*, цѣлая группа лицъ лишается законнаго права свободно набирать себѣ представителя. Жалобы на подобные поступки «высшихъ лицъ» ни къ чему не привели, да и впредь не приведутъ—это истина, не требующая, кажется, доказательствъ.

Изъ всего сказаннаго можно вывести только одно, что у г. *Наюрскаго* есть своя теорія «непротивленія злу», допускающая тѣсное сближеніе и помощь чрезвычайной охраны, уклоненія отъ суда, ложныхъ донесеній и пр. Послѣ этого я долженъ, конечно, сознаться, что моя надежда на то, что «высшія лица», подобныя г. *Наюрскому*, поостерегутся впредь примѣнять произволъ, оказалась преждевременною и напрасною.

А. Максумовъ.

Петербургъ. 8-го декабря 1906 г.

ССLXI. М. Г.! Присоединяясь къ изложенному въ письмѣ 5 участковыхъ врачей гор. Саратова предложенію третейскаго Суда д-ру *Вегеру* по поводу возводимыхъ имъ на участковыхъ врачей обвиненій, прошу прибавить къ ихъ письму и мою подпись.

Врачъ VI участка *Е. Реброва-Харизоменова*.

Саратовъ. 6-го декабря 1906 г.

ССLXII. Саратовскіе городскіе участковые врачи *Соколовъ, Матвѣевъ, Николаевъ, Кассандровъ* и *Полимнестовъ* предлагаютъ мнѣ третейскій Судъ. Прежде всего, какъ это ни скучно, мнѣ приходится опять уличать ихъ въ неправдѣ. Своимъ письмомъ они заканчиваютъ такъ: «устно этотъ Судъ ему уже предлагался, но былъ отвергнутъ имъ». Они пишутъ это теперь, въ ноябрѣ 1906 г.; а вотъ, что они писали въ ноябрѣ 1905 г. («Врачебная Газета», 1905 г., № 44): «На письмо, помѣщенное еще въ половинѣ іюля, мы сначала думали ничего не отвѣчать, такъ какъ были увѣрены, что г. *Вегеръ* обратится (курсивъ мой) къ третейскому Суду, который разберетъ дѣло и опубликуетъ свое постановленіе; но, такъ какъ мы, очевидно, ошиблись, то... выступаемъ съ этимъ письмомъ». И такъ, до ноября прошлаго года они «были увѣрены», что я обращусь къ третейскому Суду; а въ ноябрѣ этого года пишутъ, что они мнѣ предлагали Судъ, а я отказался. Но съ ноября прошлаго года (да и гораздо раньше) я никакихъ сношеній, ни прямыхъ, ни косвенныхъ, ни письменныхъ, ни устныхъ съ ними не имѣлъ. Съ ноября прошлаго года не могли имѣть мѣста ни ихъ предложеніе Суда, ни мой отказъ. А что оно не имѣло мѣста и до ноября прошлаго года, это съ достаточной ясностью говоритъ ихъ же фраза, напечатанная въ ноябрѣ прошлаго года. Если-бы ихъ предложеніе Суда и мой отказъ отъ него имѣли мѣсто до ноября прошлаго года, они-бы, несомнѣнно, сообщили объ этомъ въ томъ-же письмѣ. Но они прямо пишутъ въ немъ, что они «были увѣрены», что я обращусь къ Суду, и только въ ноябрѣ прошлаго года изъ чего-то заключили, что они, «очевидно, ошиблись». Итакъ, когда же г.г. *Соколовъ, Матвѣевъ, Николаевъ, Кассандровъ* и *Полимнестовъ* писали правду—въ ноябрѣ прошлаго или въ ноябрѣ этого года?

Перехожу къ ихъ предложенію третейскаго Суда.

Когда въ іюлѣ прошлаго года я обратился для выясненія и огласки противообщественнаго поведенія этихъ врачей въ мѣстное физико-медицинское Общество, они уклонились отъ этого, хотя въ гласномъ засѣданіи Общества имѣли полную возможность представить всѣ факты для своего оправданія. Теперь, черезъ 1½ года послѣ того и (NB) черезъ мѣсяцъ послѣ моего выѣзда изъ Саратова, они предлагаютъ мнѣ третейскій Судъ. И я могъ-бы на это отвѣтить: въ свое время я первый предложилъ и предоставилъ имъ полную возможность оправдаться; но они не захотѣли; теперь я не считаю себя обязаннымъ подчиняться ихъ желанію. Но оставимъ это.

Третейскій Судъ (Судъ чести) предполагаетъ правдивое отношеніе къ фактамъ со стороны тяжущихся, а между тѣмъ я столько разъ печатно уличалъ своихъ противниковъ въ искаженіи истины... При такихъ условіяхъ третейскій Судъ не можетъ имѣть мѣста: не могу заставить себя войти хотя-бы въ косвенныя сношенія съ такими людьми. Но оставимъ и это.

Чего ждутъ г.г. *Соколовъ, Матвѣевъ, Николаевъ, Кассандровъ* и *Полимнестовъ* отъ третейскаго Суда? Они уже сказали это въ своемъ прошлогоднемъ письмѣ: Третейскій Судъ «разберетъ дѣло и опубликуетъ свое постановленіе» (курсивъ мой), т. е. Судъ келейно разберетъ дѣло, а гласнымъ сдѣлается только постановленіе. Я-же считаю важнымъ вовсе не постановленіе, а преданіе гласности всего дѣла. Предлагаю мнѣ третейскій Судъ, который «опубликуетъ свое постановленіе», *Соколовъ, Матвѣевъ, Николаевъ, Кассандровъ* и *Полимнестовъ* хотятъ укрыть отъ гласности все дѣло. Третейскій Судъ въ этомъ дѣлѣ есть мѣра уклоненія отъ полной гласности; а на уклоненіе отъ полной гласности я не соглашался никогда; не соглашусь и теперь.

Третейскій Судъ имѣетъ здѣсь еще одну отрицательную сторону. Разъ я соглашусь на третейскій Судъ, я долженъ буду до Суда замолчать, прекратить дальнѣйшія разоблаченія. А Судъ когда-то еще будетъ? Да и что дастъ Судъ? Келейный разборъ дѣла. Я не долженъ соглашаться на келейный разборъ дѣла, не долженъ обманывать себя молчаніемъ до Суда. Но оставимъ и это.

Всѣ приведенныя соображенія, хотя каждого изъ нихъ достаточно, чтобы имѣть право отвергнуть предложеніе вышеназванныхъ врачей, еще не такъ важны. Важно вотъ что: Въ своемъ предложеніи Суда г.г. *Соколовъ, Матвѣевъ, Николаевъ, Кассандровъ* и *Полимнестовъ* пишутъ, что я «въ теченіи 1½ послѣднихъ лѣтъ помѣстилъ о нихъ рядъ статей и писемъ, содержащихъ обвиненіе ихъ въ различныхъ противообщественныхъ поступкахъ» (курсивъ мой). И этимъ все сказано. Я печатно разоблачаю ихъ противообщественныя поступки. Они сами такимъ образомъ признаютъ, что здѣсь—не личныя столкновенія, а разоблаченіе противообщественныхъ поступковъ. А гдѣ—печатное разоблаченіе противообщественныхъ поступковъ, тамъ нѣтъ мѣста третейскому Суду между обличителемъ и разоблачаемыми. Оправдать себя разоблачаемые должны опроверженіями въ печати-же. Но г.г. *С., М., Н., К. и П.* пишутъ, что они не желаютъ «обременять печать» полемикой. Дѣло ихъ. Действительно-ли они потому избѣгаютъ выступать съ опроверженіями, что не хотятъ «обременять печать», или потому, что каждый разъ, какъ ихъ слова остаются такъ или иначе занесенными на бумагу, ихъ уличаютъ ихъ-же словами?.. Какъ-бы то ни было, они не хотятъ выступать съ опроверженіями. Но тогда имъ остается еще одинъ путь: привлечь меня къ судебной отвѣтственности за клевету въ печати.

Резюмирую. Отъ предложеннаго мнѣ г.г. *Соколовымъ, Матвѣевымъ, Николаевымъ, Кассандровымъ* и *Полимнестовымъ* третейскаго Суда, какъ совершенно здѣсь неумѣстнаго, и вообще отъ всякихъ сношеній съ ними я отказываюсь. Если они почему-то избѣгаютъ выступать съ опроверженіями, то предлагаю имъ привлечь меня къ судебной отвѣтственности за клевету въ печати. Вообще предоставляю имъ свободу дѣйствій. Оставляю свободу дѣйствій и за собой. Темный уголъ со всѣмъ, что таится тамъ противообщественнаго, будетъ освѣщенъ до конца.

И. Вееръ.

Москва. 9 го декабря 1906 г.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

2426. Насъ просятъ оповѣстить, что по распоряженію Министерства народнаго просвѣщенія каведры *частной патологической и терапевтической патологической и терапевтической госпитальной клиники* въ Одесскомъ Университетѣ объявлены свободными и что на соисканіе этихъ каведръ открывается конкурсъ. Желающіе занять эти каведры благоволятъ представить въ медицинскій факультетъ Университета не позднее 1-го марта 1907 г.: а) заявленіе о желаніи занять каведру, б) свои ученые труды и в) curriculum vitae.

2427. Глубокоуважаемый секретарь Правленія Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи д-ръ *П. И. Дроздовскій* проситъ насъ сообщить, что засѣданіе Правленія Общества съ участіемъ членовъ (*товарищеская бесѣда*) имѣетъ быть въ субботу 16-го декабря, въ 8 час. веч., въ залѣ Общества Краснаго Креста (Инженерная, 9) по вопросамъ: 1) *О дилеммѣйшей организации товарищескихъ бесѣдъ* и 2) *О военныхъ врачахъ*. 2428. Въ текущемъ мѣсяцѣ «Хирургія» вступаютъ въ 11-й годъ своего существованія, и вмѣстѣ съ тѣмъ исполняется 10-лѣтіе дѣятельности проф. *П. И. Дьяконова* въ качествѣ редактора-издателя ея. Кто хоть немного знакомъ съ тѣмъ громаднымъ трудомъ, котораго требуетъ добросовѣстная редакция всякаго органа печати, съ тѣми большими матеріальными недочетами, съ которыми обыкновенно связано у насъ на Руси издательство специальныхъ журналовъ, тотъ согласится, что 10-лѣтіе «Хирургіи»—крупное общественное явленіе во врачебномъ мірѣ и 10-лѣтній трудъ проф. *П. И. Дьяконова* по ея редактурѣ и издательству—большая заслуга предъ родиной и отечественной наукой. Шлемъ «Хирургіи» и ея достойному руководителю сердечный привѣтъ и горячія пожеланія дальнѣйшаго успѣха.

2429. Какъ сообщаютъ «Харьковскія Вѣдомости» (3 декабря), Министерствомъ народнаго просвѣщенія разрѣшено поручить преподаваніе по свободной каведрѣ врачебной діагностики въ Харьковскомъ Университетѣ состоящему въ штатѣ проф. *М. М. Ломиковскому*.

2430. Д-ръ *А. Н. Шкарикъ* удостоенъ званія ч.-преподавателя В.-Медицинской Академіи по каведрѣ дѣтскихъ болезней.

2431. Какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (3 декабря), Совѣтъ Московскаго Университета, согласно предложенію совѣтской Комиссіи, постановилъ возбудить ходатайство передъ Министерствомъ народнаго просвѣщенія о разрѣшеніи принимать въ студентессы Университета тѣхъ лицъ женскаго пола, образовательный цензъ которыхъ будетъ признанъ равноцѣннымъ образовательному цензу мужчинъ съ тѣмъ, чтобы женщинамъ, принятымъ въ студентессы Университета, выдавались наравнѣ съ мужчинами выпускныя свидѣтельства и чтобы онѣ допускались къ экзаменамъ въ испытательныхъ Комиссіяхъ.

2432. «Рѣчи» (8 декабря) сообщаютъ изъ Москвы, что тамъ въ Университетѣ вывѣшено слѣдующее объявленіе отъ ректора и совѣтской Комиссіи: «Ректоръ и совѣтская Комиссія признали необходимымъ ознакомить студентовъ съ сообщеніями Московскаго градоначальника, касающимися положенія дѣлъ въ Университетѣ. Въ отношеніи отъ 4-го декабря градоначальникъ сообщаетъ: «По имѣющимся въ моемъ распоряженіи совершен-

во точным данным, въ корпусѣ юридическаго факультета, въ помѣщеніи чайной, постоянно происходят Сходки революціонеровъ съ участіемъ постороннихъ лицъ, на которыхъ организуются Московскія группы максималистовъ, социаль-революціонеровъ, російской социаль-демократической партіи и террористическаго кружка студентовъ, присвоившаго себѣ наименованіе «группы охотниковъ». Часто въ Университетѣ собираются центры названныхъ организацій для конференцій, при чемъ центры эти состоятъ изъ лицъ, не имѣющихъ ничего общаго со студенчествомъ. Независимо отъ изложеннаго, въ Университетѣ, по прежнему, идетъ бойкая продажа революціонной литературы. Въ дополнителномъ отношеніи отъ 6-го декабря градоначальникъ, подтверждая приводимыя выше свѣдѣнія, заявляетъ: «Считая въ интересахъ общественной безопасности столицы ни въ какомъ случаѣ недопустимымъ подобное положеніе дѣлъ въ Университетѣ, какъ нарушающее государственные законы, я, въ случаѣ, если В. П.-во не располагаете надлежащими средствами къ прекращенію этихъ правонарушеній, сочту себя вынужденнымъ ввести въ Университетъ для восстановленія законнаго порядка полицейскій нарядъ». Признавая, съ своей стороны, приведенные выше факты совершенно недопустимыми въ Университетѣ, ректоръ и совѣтская Комиссія считаютъ долгомъ указать студентамъ на чрезвычайную опасность, угрожающую Университету при такомъ положеніи.

2433. «Рѣчи» (9 и 10 декабря) сообщаютъ изъ Москвы, что, въ виду невозможности устроить Собораніе, центральный университетскій органъ постановилъ въ ознаменованіе годовщины 7—9-го декабря *прекратить* въ эти дни *занятія*. Попытки вѣкоторыхъ профессоровъ читать лекціи успѣха не имѣли. Назначенная на 7-ое декабря въ Университетѣ общестуденческая Сходка не была допущена полицией, и Университетъ весь этотъ день былъ закрытъ.

2434. На состоявшемся 8-го декабря засѣданіи Совѣта профессоровъ Московскаго Университета большинствомъ 39 голосовъ постановлено *закрыть Университетъ до начала будущаго 1/2 года* («Рѣчь», 9 декабря).

2435. Въ *Одесскій Университетъ*, какъ сообщаютъ «Одесскія Новости» (6 декабря), внесены 10000 р., *завѣщанные домашнимъ учителемъ г. Лещомъ*, съ тѣмъ, чтобы сумма эта была использована на стипендію достойнѣйшему студенту и чтобы стипендіатъ получалъ ежегодно не менѣе 1000 р. Завѣщатель обосновываетъ такое свое распоряженіе тѣмъ, что получающій такую стипендію студентъ, будучи вполне обеспеченъ, сможетъ всецѣло отдаться наукѣ.

2436. Совѣтъ старостъ Женскаго Медицинскаго Института, какъ сообщаетъ «Русь» (8 декабря), получить отъ Общества средствъ Института субсидію на *столовую* въ размѣрѣ 2000 р., безплатное помѣщеніе и весь инвентарь. Освѣщеніе и отопленіе Совѣтъ профессоровъ согласился давать отъ Института. Въ настоящее время въ столовой уже обѣдаютъ 500 600 курсистокъ. Постороннія лица въ столовую не допускаются.

2437. «Рѣчи» (8 декабря) телеграфируютъ изъ Томска, что телеграмма Петербургскаго агентства о резолюціи студентовъ относительно закрытія Университета (см. выше, № 49, стр. 1566), равно какъ и телеграмма о броженіи среди студентовъ ложно тенденціозны. *Занятія въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ Томска идутъ правильно и непрерывно*. Были Сходки, уже закончившіяся и обсуждавшія вопросы объ организаціи студенчества.

2438. «Рѣчи» (9 декабря) сообщаютъ изъ Томска слѣдующія подробности объ обстоятельствахъ, предшествовавшихъ подачѣ проф. Курловымъ прошенія объ *отставкѣ отъ должности ректора* Университета (отставка эта, по заявленію корреспондента, еще не принята) (см. выше, № 42, стр. 1323): «Отношенія ректора Курлова къ студентамъ испортились уже давно. Изъ уважаемаго и популярнаго профессора онъ превратился, вслѣдствіе безчисленнаго множества инцидентовъ, въ человека, къ которому студенты стали относиться, если не прямо враждебно, то во всякомъ случаѣ недружелюбно. Недавно отношенія совсѣмъ были порваны. Произошло слѣдующее. Ректоръ Курловъ выгналъ изъ своей квартиры 12-го ноября 2-хъ студентовъ, явившихся делегатами отъ студенческой Сходки съ просьбой о ея разрѣшеніи. Мотивомъ такого оборота дѣйствій проф. Курловъ указалъ въ опубликованномъ въ «Сибирской Мысли» письмѣ то, что одинъ изъ явившихся студентовъ его тяжело оскорбилъ. Суть же дѣла въ томъ, что этотъ студентъ передалъ ректору резолюцію первой студенческой Сходки объ его отставкѣ. Случай вызвалъ сильное негодованіе студентовъ. Чаша терпѣнія переполнилась, и 20 профессоровъ изъ 32 послали къ ректору депутата съ предложеніемъ немедленно сложить съ себя ректорскія обязанности. Проф. Курловъ послалъ прошеніе о 2-мѣсячномъ отпускѣ и уѣхалъ изъ Томска».

2439. «Русь» (5 декабря) сообщаетъ, что въ виду нежеланія начальника и Конференціи В.-Медицинской Академіи принять Совѣтъ старостъ и входить съ нимъ въ какинъ-бы то ни было отношенія, Совѣтъ старостъ поручилъ Комиссіи изъ 3-хъ своихъ членовъ выработать *открытое письмо къ начальнику Академіи и къ Конференціи*.

2440. Какъ сообщаетъ «Русь» (6 декабря), дѣло объ *искѣ къ военному министру* за вычетъ, произведенный у казенныхъ стипендіатовъ В.-Медицинской Академіи за время закрытія по приказу самого же министра (см. выше, № 49, стр. 1566), Совѣтомъ старостъ рѣшено передать прис. нов. О. О. Грузинбергъ.

2441. Въ В.-Медицинской Академіи за подписью штабъ-офицера завѣдующаго столовой, 5-го декабря вывѣшено слѣдующее объявленіе: «*Столовая В.-Медицинской Академіи* откроется

10-го сего декабря въ 1 час. дня при условіи выполненія г. студентами правилъ, изданныхъ г. начальникомъ Академіи». По сообщенію «Руси» (6 декабря) правила эти слѣдующія: «1) Столовая предназначается исключительно для полученія обѣдовъ. 2) Постороннія лица въ нее никоимъ образомъ не допускаются. 3) Столовая находится въ распоряженіи штабъ-офицера. 4) Запрещается продажа какихъ-бы то ни было книгъ и вывѣшиваніе объявленій безъ подписи штабъ-офицера. 5) Въ 4 час. всѣ обѣдающіе обязаны покидать помѣщеніе столовой».

2442. По словамъ «Рѣчи» (8 декабря), начальникъ В.-Медицинской Академіи обратился ко всемъ врачамъ, фельдшерамъ, чиновникамъ, служащимъ, офицерамъ и сторожамъ Академіи съ *циркуляромъ*, въ которомъ указывается, что строго воспрещается «*всѣмъ состоящимъ на военной и военно-морской службѣ офицерамъ всѣхъ чиновъ, гражданскимъ чиновникамъ военнаго вѣдомства, въ томъ числѣ и всѣмъ нижнимъ чинамъ, какъ строевымъ, такъ и нестроевымъ, и вольнонаемнымъ служащимъ входить въ составъ и принимать участіе въ какихъ-бы то ни было союзахъ, группахъ, организаціяхъ, товариществахъ, партіяхъ и т. п., образованныхъ съ политической цѣлью, а равно присутствовать въ разнаго рода собраніяхъ, обсуждающихъ политическіе вопросы, или принимать какое-либо участіе въ противоправительственной агитаціи*». Всѣмъ указаннымъ лицамъ воспрещается также «*принимать непосредственное участіе или присутствовать въ скопищахъ, сходкахъ и манифестаціяхъ, какова бы рода онѣ ни были*». Тѣмъ, которые не подчинятся циркуляру, начальникъ Академіи грозитъ, на основаніи военныхъ законовъ, дисциплинарными взысканіями, увольненіемъ и отдачей подъ судъ.

2443. Воронежская городская Дума въ засѣданіи 9-го декабря большинствомъ 29 голосовъ противъ 9 постановила ходатайствовать объ *открытіи въ Воронежѣ Университета*, для чего изъявила готовность отвѣсти землѣ и ассигновать для необходимыхъ сооруженій въ 4 года 950000 р. Постановленіе это, полученное въ Министерствѣ народнаго просвѣщенія по телеграфу, будетъ, какъ мы слышали, разсматриваться въ особой Комиссіи, коей поручено обсуждать подобнаго-же ходатайства другихъ городовъ (Смоленскъ, Нижній-Новгородъ, Саратовъ, Ярославль), возникшія въ связи съ временнымъ закрытіемъ Варшавскаго Университета.

2444. 4-го декабря, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (5 декабря), въ богословской аудиторіи Московскаго Университета состоялось торжественное *засѣданіе студенческаго медицинскаго Общества въ память Н. И. Пирогова* подъ предѣлительствомъ ч. пр. Г. И. Россомо. Доклады были прочтены проф. Л. Л. Левинымъ и Ф. А. Рейномъ, ч. пр. И. П. Алексинскимъ и Сахулинымъ и студ. Богашевымъ. Аудитория была переполнена слушателями и слушательницами почти сплошь изъ молодежи. На засѣданіи присутствовали ректоръ и проректоръ Университета, профессора и младшіе преподаватели. Портреть Н. И., установленный на эстрадѣ, былъ украшенъ лавровымъ вѣнкомъ съ красными лентами съ надписью: «*Великому учителю, великому демократу—студенческое медицинское Общество*». Закрывая Собораніе, предѣлитель поблагодарилъ ораторовъ, «*вѣрно и ярко охарактеризовавшихъ дѣятельность Н. И. Пирогова*», и выразилъ пожеланіе, чтобы аудитория, въ стѣнахъ которой въ теченіе нѣсколькихъ послѣднихъ дней много разъ произносилось имя Н. И., отнынѣ называлась не богословскою, а «*Пироговскою*». Собораніе громозъ рукоплесканій встрѣтило это пожеланіе.

2445. «Рѣчи» (8 декабря) сообщаютъ, что Правленіе Пироговскаго Общества рѣшило возбудить предъ министромъ внутреннихъ дѣлъ ходатайство о разрѣшеніи созвать *Х Пироговскій Съѣздъ въ Москвѣ*. Созывъ Съѣзда въ Гельсингфорсъ признанъ практически крайне неудобнымъ.

2446. *Полицейскіе врачи* почему-то на прошлыхъ выборахъ въ Государственную Думу не были включены въ списки избирателей по Петербургу. Нынѣ Сенатъ призналъ за ними *право участія въ этихъ выборахъ*.

2447. «Русь» (9 декабря) со словъ «Вѣка» сообщаетъ, что представители *Всероссійскаго крестьянскаго Союза, трудовыхъ группъ, учительскаго, медицинскаго и Всероссійскаго ж.-д. роженнаго Союзовъ*, въ засѣданіи 5-го декабря въ Москвѣ, исходя изъ того соображенія, что краткость остающагося до выборовъ срока побуждаетъ ихъ немедленно открыть выборную кампанію, несогласованность-же дѣйствій можетъ вредно отразиться на исходѣ выборовъ, постановили вступить во взаимное соглашеніе и образовать общіе избирательные Комитеты, какъ центральныя, такъ мѣстные и районныя. Организациа, заключившія настоящее соглашеніе, смотрятъ на него, какъ на начало дальнѣйшаго соглашенія всѣхъ трудовыхъ организацій и партій.

2448. По словамъ «Руси» (6 декабря), Петербургское центральное Бюро *профессиональныхъ Союзовъ* постановило, что, «*стои на почвѣ партійнаго нейтралитета, профессиональные Союзы не могутъ вести пропаганды въ пользу той или другой политической партіи*». Члены ихъ вотируютъ за ту партію, программа которой обезпечиваетъ требованія и условія развитія профессиональныхъ Союзовъ».

2449. «Рѣчи» (13 декабря) телеграфируютъ изъ Харькова, что тамъ въ ночь на 12-го декабря произведенъ *обыскъ въ 3-хъ университетскихъ клиникахъ*. «Ничего предосудительнаго не найдено».

2450. «Русскія Вѣдомости» (10 декабря) сообщаютъ, какъ слухъ, что ректоръ Московскаго Университета получаетъ отъ Московскаго градоначальника запросъ объ основаніяхъ, на ко-



тормъ дѣйствуетъ *центральный университетскій органъ*, и объ его составѣ. Ректоръ отвѣтилъ, что ему неизвѣстно, дѣйствуетъ-ли центральный органъ на основаніи какого-нибудь устава, списокъ-же членовъ органа не былъ опубликованъ.

2451. Въ числѣ старшихъ офицеровъ канонерской лодки «Терпещи», *преданныхъ суду* по ст. 96 военно-морского устава, значится, какъ то видно изъ телеграммы въ «Рѣчь» (13 декабря), д-ръ *Димитриадесъ* (? Ред.). Статья эта грозитъ разжалованіемъ въ рядовые. Подробности дѣла, къ сожалѣнію, неизвѣстны; телеграммы лишь глухо упоминаетъ о какихъ-то недоразумѣніяхъ, возникшихъ, по возвращеніи лодки изъ Константинополя, между командиромъ и офицерами.

2452. Д-ру *М. Канукову* (? Ред.) распоряженіемъ высшей администраціи Терской области предложено *вытѣсть изъ предѣловъ области* («Терекъ», 28 ноября).

2453. По постановленію главнаго начальствующаго Ялты *высылаются* изъ Ялты и ея уѣзда д-ра *И. Д. Островскій*, *Н. Г. Рукминъ* и *В. Б. Лапидусъ* (послѣдній съ женою), какъ лица, «неблагонадлежающія въ политическомъ отношеніи» («Крымскій Курьеръ», 29 ноября и 5 декабря).

2454. «Рѣчь» (10 декабря) телеграфируетъ изъ Вильно, что бывшій депутатъ д-ръ *Левинъ*, подписавшій Выборгское воззваніе, *лишенъ права быть редакторомъ* мѣстнаго журнала «Das Judische Volk».

2455. Имѣя въ виду, что земскій врачъ Корензскаго участка *К. В. Волковъ* по распоряженію и. о. главнаго начальствующаго въ Ялтѣ и Ялтинскомъ уѣздѣ высланъ изъ предѣловъ Ялтинскаго уѣзда на время чрезвычайной охраны (см. выше, № 49, стр. 1567), Тавричскій губернаторъ, какъ передаетъ «Крымскій Курьеръ» (1 декабря), на основаніи 6 п. 26 ст. полож. о трев. охр., предложилъ Ялтинской земской Управѣ *уволить К. В. отъ службы въ Земствѣ*.

2456. По распоряженію Таврическаго губернатора, прибывшая въ Ялты въ Симферополь ж.-в. *А. С. Гурьянъ* (см. выше, № 49, стр. 1567), *высылается изъ Симферополя* («Крымскій Курьеръ», 2 декабря).

2457. Какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (10 декабря), ж.-врачъ, заведующая Круговской земской больницей въ Клинскомъ уѣздѣ Московской губ., представляла въ мѣстную уѣздную земскую Управу слѣдующее заявленіе по поводу произведеннаго въ больницу *обиска*. «28-го ноября, въ 11 час. веч. въ лѣчебницу, во время отсутствія заведующей ею, прибыли урядникъ со стражниками, бывшие, по заявленію акушерки, въ совершенно пьяномъ видѣ, и приступили къ производству обиска въ помѣщеніяхъ больницы. На требованіе акушерки предъавать предписаніе объ обыскѣ урядникъ отвѣтилъ только смѣхомъ, а сама акушерка была удалена въ кабинетъ врача и тѣмъ была лишена возможности присутствовать при обыскѣ. Затѣмъ урядникъ и стражники ворвались въ мужскую камеру, гдѣ больные уже спали, и, разбудивъ ихъ, подвергли опросу нѣкоторыхъ изъ нихъ, въ томъ числѣ одного очень тяжело больного со сквозной брюшной раной, состояніе котораго безусловно не позволяло никакого душевнаго воланія и даже разговора. Все это такъ подѣйствовало на больныхъ, что на слѣдующее утро многие изъ нихъ, перепуганные, ушли изъ больницы. Находя, что явно незаконное вторженіе мѣстной полиціи въ больницу и безчеловѣчное отношеніе къ больнымъ ставить больницу въ совершенно невозможныя условія, заведующая ею проситъ Управу принять возможные мѣры для огражденія больныхъ отъ повторенія подобныхъ нашествій».

2458. «Руси» (10 декабря) телеграфируетъ изъ Одессы, что въ новой городской больницѣ въ сл. Романовкѣ *арестованы 12 служащихъ*, живущихъ внѣ больницы. Въ тоже время на квартирахъ у нихъ произведены обыски.

2459. По словамъ «Харьковскихъ Вѣдомостей» (6 декабря), въ Севастополѣ 30-го ноября было произведено *вооруженное нападеніе на морской госпиталь* съ намѣреніемъ освободить находящихся тамъ на излѣченіи арестантовъ.

2460. Въ главное тюремное Управленіе, по словамъ «Страны» (7 декабря), поступилъ подробный отчетъ о произведенномъ Ярославскимъ тюремнымъ инспекторомъ осмотрѣ *Акатуевской тюрьмы*. Оказывается, что санитарныя условія въ этой тюрьмѣ прямо убійственны. «Около 50% заключенныхъ страдаютъ острымъ рѣматизмомъ, такъ какъ вслѣдствіе переполненія тюремныхъ камеръ большинству приходится спать на холодномъ каменномъ полу, въ повалку, часто безъ соломенной подстилки; отъ той-же причины между заключенными наблюдается частое заболѣваніе воспаленіемъ сѣдалищныхъ нервовъ. Чрезмѣрное переполненіе тюрьмы оказало вліяніе на заключенныхъ и въ томъ отношеніи, что многие изъ нихъ страдаютъ упорными головными болями отъ спертата и душнаго воздуха, стоящаго въ камерахъ днемъ и ночью; есть страдающіе галлюцинаціями зрѣнія и слуха. Нарѣ и ковокъ не хватаетъ не только въ камерахъ, но и въ тюремной больницѣ, дѣло медицинской помощи въ которой поставлено крайне плохо: ощущается недостатокъ въ самыхъ необходимыхъ лѣкарствахъ; врачебный персоналъ далеко недостаточенъ. Казенная пища и особенно хлѣбъ, выдаваемый небрежно изъ муки съ большой примѣсью различныхъ суррогатовъ, вредно вліяетъ на желудокъ, и желудочно-заболѣванія между заключенными постоянны. Вслѣдствіе переполненія камеръ кубическое содержаніе воздуха въ нихъ на каждый заключеннаго отъ 1/4 до 1/8 менѣе нормальнаго; днемъ и ночью въ камерахъ стоитъ смрадъ отъ испареній; отдѣленіе мужскихъ отъ женскихъ и политическихъ отъ уголовныхъ почти не соблюдается. — Не надо забывать, что это — отчетъ тюремнаго инспектора, что, следовательно, о суммѣ и красокъ, зѣзъ не можетъ

быть и рѣчи. А много-ли найдется у насъ тюремъ, гдѣ санитарныя условія лучше описанныхъ?»

2461. «Рѣчи» (8 декабря) сообщаютъ изъ Москвы, что политическіе заключенные, содержащіеся въ Лефортовскомъ полицейскомъ домѣ, послали прокурору заявленіе, что они *вынуждены будутъ прибѣгнуть къ голодовкѣ*, если не будутъ улучшены *условія тюремнаго режима*. «Заключенныхъ держатъ въ сырыхъ казематахъ, на дверяхъ которыхъ красуются надписи: «для пьяныхъ женщинъ»; прогулокъ вовсе не существуетъ; постелей никакихъ нѣтъ, и спать приходится на грязныхъ нарахъ и т. п.».

2462. Состоящій при вольномъ экономическомъ Обществѣ *Комитетъ по оказанію помощи голодающимъ* продолжаетъ въ своихъ «Бюллетеняхъ» знакомить русское общество съ истинными размѣрами постигшаго нашу несчастную родину бѣдствія. Вотъ свѣдѣнія изъ послѣднихъ «Бюллетеней»: «Уполномоченный Нижегородскаго Круга помощи голодающимъ по Лукояновскому уѣзду констатируетъ страшную нужду: хлѣба нѣтъ, скотъ распродаютъ, работъ тоже нѣтъ. Намѣченъ рядъ пунктовъ, гдѣ необходимо открыть столовыя. На средства, отпущенныя Московскимъ Комитетомъ Общества помощи голодающимъ въ размѣръ 1000 р., съ 11-го ноября открывается школьная столовая въ с. Тольскомъ-Майданѣ. Лукояновскаго уѣзда, на 175 школьниковъ.... Казанское Отдѣленіе Комитета опубликовало воззваніе, въ которомъ, между прочимъ, пишетъ: «Никогда еще положеніе не было столь тяжелое, какъ въ настоящій моментъ. Прошлый, только-что пережитый, неурожайный годъ какъ-бы докончилъ раззореніе крестьянъ. Раззоренные двory, раскрытыя крыши, полное почти отсутствіе скота — все это ясно указываетъ, что нужда дошла до крайняго предѣла. Все, что можно было продать, продано, и при томъ продано ниже, чѣмъ за 1/2-цѣны; лошади шли за 10, 12 р., коровы за 3—5 р. Разстаться съ лошадыю — этой полиціей-кормиллицей семьи — вынуждаетъ всегда лишь лютая нужда; въ былые годы родилось хоть что-нибудь, — нынѣшній годъ ничего не уродилось: ни озимыхъ, ни яровыхъ, ни картофеля, ни травъ. Нечего и думать продержатъ корову или лошадь въ долгую зиму, когда и самимъ нечего ѣсть, нечѣмъ протопить избу. Во многихъ уѣздахъ крестьяне уже съ сентября начали подмѣшивать въ муку размольтые желудки и пепелъ изъ нея хлѣбъ; но надо видѣть этотъ голодный хлѣбъ, — онъ мало чѣмъ отличается отъ земли. Что-же будетъ дальше? Предстоитъ пережить тяжелый годъ. Голодь со всеми его спутниками: тифомъ, цынгой, бугорчаткой — неизбежна.... О положеніи дѣла въ Казанской губ. и дѣятельности Казанскаго Отдѣленія Комитета мѣстныя газеты сообщаютъ такіа данныя: «Въ нѣкоторыхъ уѣздахъ не собрали даже сѣмянъ. Если принять при этомъ во вниманіе весьма низкое качество зерна, то станетъ ясно, что голодь всталъ передъ населеніемъ нашей губерніи во всемъ своемъ неприкрытомъ ужасѣ.... Правительственная помощь далеко недостаточна по сравненію съ нуждой, да къ тому же организація дѣла оставляетъ желать многого. Раздаютъ населенію только мѣрку по 28 ф. въ мѣсяцъ на ѣдока, при чемъ исключаютъ работниковъ, а также крестьянъ, не имѣющихъ земли. На ребенка отпускается отъ 15 до 20 ф. въ мѣсяцъ. Такимъ образомъ значительная часть населенія остается совсѣмъ безъ помощи, а населеніе, получающее пособіе, недостаточно обезпечивается пищевыми продуктами и количественно, и качественно, такъ какъ при отсутствіи всякой горячей пищи, зелени, овощей и т. п. неизбежны заболѣванія цынгой. Мало того, за полученіемъ этихъ 28 ф. зачастую приходится ѣздить верстъ за 70—80. При нашей безлосадности, превышающей въ нѣкоторыхъ уѣздахъ 50% (напр. Тетюшскій), доставка хлѣба обходится до 17 коп. на пудъ — сумма, конечно, непосильная для голоднаго крестьянина. Сголовыхъ правительство нигдѣ не основываетъ. При такихъ условіяхъ частная помощь является настоятельно необходимой, и въ этомъ отношеніи въ высокой степени цѣнна и плодотворна работа мѣстнаго Отдѣленія Общества. Помощь эту съ обиліемъ препонъ и препятствій мѣстное Отдѣленіе оказывало и въ прошлую голодную кампанію 1905—1906 г. Закончилось оно съ 1-го августа этого года, при чемъ количество кормившихся доходило послѣдній мѣсяцъ до 50000. Отдохнуть не пришлось. Уже съ августа населеніе заболѣло тревогою, и Комитетъ вынужденъ былъ съ сентября снова приняться за дѣло. Сейчасъ количество получающихъ продовольственную помощь доходитъ почти до 9000 чел. ежедневно.... Въ пекарняхъ выдается по фунту хлѣба ежедневно, въ столовыхъ фунтъ хлѣба и ковшъ горячаго, 3 раза въ недѣлю щи съ мясомъ, въ остальныхъ случаяхъ каша съ какой-либо приправой. Содержаніе каждого кормящагося обходится отъ 1 р. до 1 р. 20 к. въ мѣсяцъ. Къ открытію столовыхъ привлекаются сами крестьяне. Они составляютъ списки нуждающихся въ помощи, сообразуясь со средствами и нуждой каждой семьи, выбираютъ сами избу для столовой, пекарей, кухарокъ, посылаютъ своихъ женъ и дочерей на дежурства въ столовыя и т. п. Вся работа со стороны членовъ Комитета и сотрудниковъ, конечно, бесплатная, и на нее не идетъ ни одной копѣйки изъ суммъ, жертвуемыхъ на прокормленіе голодающихъ. Помимо общихъ столовыхъ, Отдѣленіемъ Общества открыто нѣсколько специально-школьныхъ, изъ нихъ 2 — памяти покойнаго проф. *Адамюка* (въ Тетюшскомъ и Казанскомъ уѣздахъ). Средства на содержаніе столовыхъ получаютъ исключительно путемъ пожертвованій. Идутъ они главнымъ образомъ отъ вольнаго-экономическаго и Московскаго Пироговскаго Обществъ. Казань до сихъ поръ дала позорно малую цифру — изъ 18515 р. 32 коп. имѣвшихся въ распоряженіи мѣстнаго Отдѣла, на ея долю приходится всего 239 р. 69 к. Недостатокъ средствъ является единственнымъ

препятствием для развития дѣла. Волѣны среди голодающаго населенія уже начались: въ Спасскомъ у. официально установлены 9 случаев цыгги; по слухамъ, цыгга есть и въ Тетюшскомъ уѣздѣ, въ Казанскомъ-же наблюдаются отдельные случаи голоднаго тифа. А впереди долгая, долгая зима... Изъ Бугульминскаго уѣзда *Самарской губ.* пишутъ (отъ 15-го октября): «Невыносимо тяжело чувствовать и сознавать свою безпомощность и невозможность одолѣть зло, видя и зная разшѣры народнаго бѣдствія. А бѣдствіе здѣсь ужасное, небывалое. Вмѣстѣ съ этимъ письмомъ посылаю образцы голоднаго хлѣба. Хотя онъ собранъ только въ 2-хъ деревняхъ, но такой хлѣбъ можно найти во множествѣ деревень. Чисто жемудрый хлѣбъ—вѣдь это навозъ, нѣчто среднее между князькомъ и торфомъ. Я пробовалъ давать его собакамъ, и онѣ отворачивались. И то, что отказываются ѣсть собаки,—вынуждены ѣсть люди. Я объѣзжалъ значительную часть уѣзда, свидѣнія получаю отовсюду; и всюду одна картина: полное разореніе и голодъ. По мнѣнію людей, заслуживающихъ довѣрія, уже теперь нужда достигла такихъ размѣровъ, какихъ она достигала въ голодные 1891—1902 г.г. въ концѣ марта или апрѣля. Во многихъ мѣстахъ начался тифъ; скоро появятся и цыгга, такъ какъ уже замѣтны признаки ея—предвѣстники. И вотъ, когда отовсюду ежедневно получаешь множество запросовъ о необходимости немедленнаго открытія столовыхъ, когда удалось организовать цѣлую сеть районныхъ Комитетовъ, привлечь значительное число честныхъ и преданныхъ дѣлу работниковъ; когда уже въ 15 деревняхъ открыты столовые и кормятся около 3000 дѣтей, стариковъ и старухъ; когда во многихъ мѣстахъ, почти всюду, гдѣ открыты наши столовые, населеніе толково и сознательно относится къ наблюдению и заведенію ими,—тогда особенно тяжело слышать, что только-что начатое и хорошо поставленное дѣло прервется, и можетъ быть въ недалекомъ будущемъ, прекратится. Я только-что получилъ изъ Самары извѣстіе, что денегъ у общеземской организаціи нѣтъ, что правительство давать денегъ отказывается. И вотъ я съ ужасомъ думаю, что станетъ съ тѣми деревнями, гдѣ изголодавшійся народъ въ нашихъ столовыхъ увидѣлъ уже руку помощи, а затѣмъ узнать, что, по невѣдомымъ для него причинамъ, эта помощь будетъ прекращена? За что? Онъ-то чѣмъ виноватъ? Какіе-то сѣтые чиновники, ничто-же сумняшеся, однимъ почеркомъ пера рѣшили сократить на 25% размѣры продовольственной ссуды, а здѣсь, да и повсюду, гдѣ народъ голодаетъ, начали механически, большею частью не справляясь съ нуждой, вычеркивать, кого попола, изъ продовольственныхъ списковъ, обрекая этимъ новыя тысячи на смерть. Вѣдь даже военнопольные суды—мѣра болѣе гуманная, чѣмъ это вопиющее сокращеніе и безъ того скуднаго пайка. Но даже и эту подачку администрація всячески задерживаетъ. Одинъ земскій начальникъ до сихъ поръ не выдалъ продовольственной ссуды и на всѣ просьбы голодающихъ отвѣчаетъ рѣзкимъ отказомъ и руганью». Изъ с. Медвѣжьяго, *Орловской губ.*, Ливенскаго уѣзда, земская учительница пишетъ: «2 года неурожайныхъ совершенно истощили крестьянъ, а въ нынѣшнемъ году градъ повывилъ все окончательно, даже солома и та негодна не только для скота, но и для топлива, вся превратилась въ навозъ. Голодъ неопредѣлимъ; передать его на словахъ нельзя. Идти на заработки некуда; по міру ходить, никто не подаетъ; каждому самому до себя. Есть такіе семьи, которыя по 2 дня сидятъ не ѣвши, питаются одними овощами. Народъ болѣетъ отъ голода; есть даже смертные случаи, особенно дѣти; молока нѣтъ, такъ какъ коровы распроданы. Въ прошломъ году былъ голодъ, но все не такой; тогда хотя земскую субсидію выдавали, а нынѣшній годъ ничего ровно. Поля у многихъ остались незасѣянными, прямо-же съ новины ржи не было...» (Бюллетень, № 12). Комитетомъ опубликовано *воззваніе* слѣдующаго содержания: «Каждый день приносить новыя души пострадающія извѣстія изъ голодающихъ губерній. Борьба съ голодомъ многихъ миллионныхъ людей требуетъ живого участія всѣхъ общественныхъ силъ. Администрація, въ руки которой всецѣло отдана продовольственная кампанія, не по силамъ такая задача. Красный Крестъ и общеземская организація тоже не могутъ даже въ ничтожной мѣрѣ удовлетворить огромную народную нужду и теперь, вмѣсто расширенія помощи, принуждены исключать изъ списковъ столовыхъ. Со всѣхъ сторонъ въ Комитетъ по оказанію помощи голодающимъ обращаются съ просьбами о помощи. Рассчитывая на общественную поддержку, Комитетъ организовалъ въ 5 наиболѣе пострадавшихъ губерніяхъ свои Отдѣленія, въ другихъ же уполномочилъ отдѣльныхъ лицъ открыть столовые. И вотъ теперь, когда работа начата, когда въ столовыхъ кормятся тысячи голодныхъ крестьянъ, съ ужасомъ приходится себя спрашивать: что будетъ дальше? Средства Комитета приходятъ къ концу, необходимъ новый притокъ пожертвованій. Страна переживаетъ мучительный кризисъ. Всѣ энергичныя, живыя силы поглощены борьбой за созданіе новыхъ формъ жизни. Но не хочется вѣрять, чтобы русское общество не смогло поддержать угасающія силы пробуждающагося къ сознательной жизни крестьянства, не нашло средствъ помочь своимъ умирающимъ отъ голода братьямъ. Мы приглашаемъ всѣхъ, кто вѣрять въ народныя силы, въ комъ есть искра состраданія, откликнуться на нашъ призывъ. Пожертвованія принимаются въ вольномъ экономическомъ Обществѣ (Петербургъ, Забалканскій пр., д. 33)». Изъ *Казанскаго Отдѣленія* въ Комитетъ отъ 20-го ноября сообщаютъ о сильномъ обостреніи нужды среди населенія губерніи; организованная Отдѣленіемъ помощь крайне недостаточна; въ Отдѣленіе постоянно поступаютъ новыя просьбы объ открытіи столовыхъ и пекарень, но денегъ нѣтъ, просьбы остаются неудовлетворенными. Прави-

тельственная помощь далеко не удовлетворяетъ самой острой нужды; благотворительная помощь общественной организаціи и Краснаго Креста ничтожна. Обѣ эти послѣднія организаціи въ Казанской губ. работаютъ совместно; по свидѣніямъ, полученнымъ изъ Чистопольскаго уѣзда, организація этой помощи началась тамъ съ 1-го ноября; до сихъ поръ было ассигновано 3000 р. Краснымъ Крестомъ и 3000 р. общеземской организаціей на каждую волость, и эти 6000 р. должны быть распределены на все время продовольственной кампаніи, т. е. до июля, всего, слѣд., на 8 мѣс. Итакъ, на каждую волость (обыкновенно въ 10—14 деревень) 750 р. въ мѣсяцъ. Ясно, что подобная помощь не предупредитъ тифа, цыгги и даже голодной смерти. Красный Крестъ и общественная организація работаютъ по одному общему плану; размѣры ихъ помощи и въ другихъ уѣздахъ приблизительно тотъ-же. Вотъ въ какихъ ничтожныхъ цифрахъ обрабатываютъ при ближайшемъ знакомствѣ тѣ миллионы и сотни тысячъ рублей, о которыхъ обыкновенно печатаются въ отчетахъ Краснаго Креста, этого громаднаго учрежденія съ огромной канцеляріей и цѣлымъ штатомъ служащихъ. При Казанскомъ Отдѣленіи Комитета образовался особый мусульманскій Комитетъ для оказанія помощи голодающимъ мусульманамъ и для организаціи среди единоверцевъ сбора пожертвованій на эту цѣль. Этотъ Комитетъ будетъ дѣйствовать подъ руководствомъ и контролемъ Казанскаго Отдѣленія». Изъ *Самарскаго Отдѣленія* получаютъ телеграммы съ просьбами о высылкѣ денегъ; нужда населенія тамъ огромная. Но притокъ средствъ въ Комитетъ слишкомъ недостаточенъ: за весь мѣсяцъ было переведено въ Самарское Отдѣленіе всего 2000 р. Изъ *Уфимской губ.*, гдѣ пока еще Отдѣленіе не образовалось, Комитету пишутъ отъ 14 ноября изъ дер. Митрофановки, Мензелинскаго уѣзда, уполномоченная Комитета, А. К. Дубинина, получившая изъ Комитета 200 р. на открытіе тамъ столовой: «Спасибо Комитету за помощь митрофановцамъ; она ихъ очень ободрила. «Паекъ» (военный) за октябрь выдали только сегодня, и всего на 12 домовъ 35 пуд. (а въ деревнѣ около 200 душъ). На полученіе 200 р. мы начали выдачу печенымъ хлѣбомъ съ 11-го ноября 60 ѣдокамъ, а съ 15-го откроемъ столовую, какъ только печникъ устроитъ котель. Придется прибавить число ѣдоковъ. Нужда у насъ сильная, второй годъ неурожай; тотъ годъ ничего не родилось. Скотъ, какой остался, ошоталъ; кормить нечѣмъ, съ осени падаютъ. Какъ переживемъ зиму, трудно предвидѣть». Отдѣленіе Комитета въ *Костромской губ.* еще не организовалось. По сообщеніямъ оттуда наиболѣе пострадали уѣзды: Ветлужскій, Варнавинскій и Кологривскій, гдѣ организована лишь помощь Краснымъ Крестомъ и общеземской организаціей. «Для лучшаго ознакомленія съ положеніемъ дѣла на мѣстахъ и съ постановкой помощи населенію въ Отдѣленіяхъ Комитетъ уполномочилъ объѣхать наиболѣе пострадавшія отъ неурожая губерніи своего члена д-ра *П. П. Олейникова*, пожелавшаго совершить этотъ объѣздъ безъ затратъ со стороны Комитета». Съ 16-го сентября по 18-ое ноября текущаго года въ Комитетъ поступило 9179 р. 65 коп., а всего съ оставшимися 17227 р. 83 к.; отправлено на мѣста голода 10831 р.; остается 6396 р. 63 к. (Бюллетень, № 13).

2463. «Русскія Вѣдомости» (10 декабря) приводятъ изъ «Сельскаго Вѣстника» наставленіе крестьянамъ, какъ печь соломенный «хлѣбный» хлѣбъ? Оказывается, что «хлѣбъ» этотъ всего чаще выпекается «изъ тѣста, въ составъ котораго входитъ  $\frac{1}{2}$  соломенной и  $\frac{1}{2}$  ржаной муки». Но что такое соломенная мука? Материаломъ для приготовленія ея, учить «Сельскій Вѣстникъ», «можетъ служить солома ржи, пшеницы и овса; слѣдуетъ давать предпочтеніе солому *овсяной*; во всякой соломе ни была-бы влага, готовятъ ее къ размолу слѣдующимъ образомъ: длинную солому (около 2) перебираютъ для удаленія сорныхъ травъ, и тѣмъ обрубаютъ нижнюю часть на 1—2 колѣна, послѣ этого солому превращаютъ въ рѣзку, длиною около  $\frac{1}{4}$  вершка; рѣзку въ рѣшеткахъ хорошо промываютъ, пропуская (у колода или на рѣкѣ) много воды при постоянно помѣшываніи. Это дѣлается для того, чтобы смыть съ соломы пыль, грязь и, по возможности, удалить ржавчину. Затѣмъ даютъ стечь съ соломенной рѣзки водѣ и слегка просушиваютъ на солнцѣ, разостлавъ на вереткахъ, рогожахъ и т. д., и т. д. Рекомендуются этотъ великолѣпный «хлѣбъ» съ любезными предпріимствомъ, что, по свидѣтельству докторовъ, онъ усваивается не-то на  $\frac{1}{2}$ , не то даже лучше. Правда, «для дѣтей и больныхъ соломенный хлѣбъ не годится»; но въ тѣхъ случаяхъ, если кормить имъ *неизбѣжно* («ву, напри-если г. Лидваль не доставитъ обыкновеннаго хлѣба», справедливо разъясняютъ «Русскія Вѣдомости»), то «Сельскій Вѣстникъ» рекомендуетъ «сдабриваніе подмѣшиваніемъ снятого молока, сыровотки, льняныхъ жмыховъ и т. п., смотря по тому, что въ данное время имѣется подъ руками и дешевле...—Сколько заботливости о голодающихъ! Можетъ-ли послѣ этого тревожить постановка продовольственной помощи? Всякія «невозможности» уже предусмотрены!

2464. По словамъ «Рѣчи» (8 и 9 декабря), Московскій Комитетъ общественной помощи голодающимъ продолжаетъ получать со всѣхъ концовъ Россіи ужасающія вѣсти. Большинство обращеній проникнуто горячемъ мольбою о помощи. Установивъ *страшнѣйшій голодъ среди крестьянъ*. Камышинская, Саратовская губ., уѣздная земская Управа проситъ командировать въ уѣздъ санитарно-продовольственный отрядъ. Болѣютъ и голодаютъ дѣтя волости: дѣти, по выраженію Управы, пухнутъ отъ голода. Правительственной субсидіи не хватаетъ, и никакой помощи ни откуда нѣтъ.

2465. «Рѣчи» (9 декабря) сообщаютъ, что по словамъ

тившагося въ Москву уполномоченнаго общеземской организаціи по оказанію помощи голодающимъ, обязавшаго Тургайскую и Акмолинскую области и часть Уфимской губ., *голодъ повсюду, гдѣ онъ бывалъ, принялъ ужасающіе размѣры*. Наблюдается сильный ростъ цынготныхъ и тифозныхъ заболеваний. Правительственной помощи недостаточно, общественной же помощи никакой нѣтъ.

2466. Намъ сообщаютъ, что въ засѣданіи 12-го декабря польское Общество врачей въ Петербургѣ *очень тепло чествовало* своего секретаря ч. пр. В. Медицнской Академіи В. Ф. Орловскаго по поводу его отъѣзда въ Казань на кафедру врачебной діагностики.

2467. Ч. пр. Кіевскаго Университета по кафедрѣ женскихъ болѣзней *Н. Р. Негимовъ* назначенъ *помощникомъ Кіевскаго губернскаго врачебнаго инспектора* («Кіевская Рѣчь», 2 декабря).

2468. Въ горячо написанной замѣткѣ «Наболѣвшій вопросъ» («Рѣчь», 10 декабря) д-ръ Г. И. Гордонъ мастерски рисуетъ картину возмутительнаго переполненія *Петербургскихъ городскихъ больницъ* и зло бичуетъ равнодушіе Думы къ существеннѣйшей потребности населенія—обезпеченію его надлежащимъ числомъ больничныхъ учрежденій. «У насъ въ Петербургѣ 1 кровать приходится на 156,1 чел. населенія, а въ Лондонѣ—на 90,2, въ Парижѣ—на 84,8, въ Берлинѣ—на 82,9, въ Римѣ—на 93,2 жителей. Удивительно-ли, что наши больницы всегда переполнены даже въ обычное время? Что-же дѣлается въ нихъ во время эпидемій, представить себѣ рѣшительно невозможно». «Если у насъ въ Петербургѣ всего въ больницахъ теперь около 10000 коекъ, то ихъ должно быть около 25000». «Подобнымъ удивительнымъ отношеніемъ нашей Думы къ здоровью населенія она не влечетъ, конечно, новыхъ лавровъ въ тотъ вѣнокъ, который она сплела себѣ отношеніемъ къ безработнымъ. Дума, которая ничего не хочетъ сдѣлать для 10—12 тысячъ голодающихъ рабочихъ, ничего, конечно, не сдѣлаетъ для спасенія отъ болѣзней хотя-бы и сотенъ тысячъ людей. Безработные рабочіе молча и покорно продолжаютъ голодать; но мы, съ позволенія сказать, граждане, должны запечатлѣть позоромъ подобную Думу; мы должны потребовать ее къ отвѣту и спросить, что она сдѣлала въ борьбѣ съ эпидеміями и скоро-ли она выйдетъ изъ своей роли «равнодушной артельницы» горя и слезъ населенія?»

2469. Въ «Руси» (10 декабря) г. И. Костинъ говоритъ о *переполненіи Каликинской больницы*, дошедшемъ до вѣщенія дѣтскимъ бараккомъ, рассчитаннымъ на 50—60 дѣтей, двойного ихъ числа—110—117. Всѣ общія газеты толкуютъ о переполненіи вообще Петербургскихъ городскихъ больницъ, въ частности женской Обуховской, гдѣ, вмѣсто полагающихся по штату 350 больничныхъ, помѣщаются 750. А больничная Коммиссія, какъ всегда, при каждомъ неурядкѣ, указанномъ газетами въ той или другой больницѣ, начинаетъ искать виноватыхъ среди болѣе значимыхъ служащихъ, оставляя въ сторонѣ вопросъ о причинахъ этихъ неурядковъ—переполненіи, достигающемъ размѣровъ, исключающихъ всякую возможность цѣлесообразной постановки дѣла. Къ счастью, на дняхъ женская Обуховская больница дождалась осмотра ея предсѣдателемъ больничной Коммиссіи, городскимъ головою и нѣкоторыми гласными, и Дума въ частности больничной Коммиссіи, въ засѣданіи 8-го декабря, пришлось принять всю вину на себя: въ теченіи 4-хъ лѣтъ лежать непропорционально миллионы, предназначенные на постройку больницъ имени Петра Великаго, а что творится въ городскихъ больницахъ, Дума было прекрасно извѣстно, по ея собственному признанію. Долго-ли только придется ждать результатовъ признанія Думой своей вины?

2470. Последнее (8-го декабря) засѣданіе Петербургской городской Думы было, между прочимъ, посвящено вопросу объ *анти-санитарномъ состояніи Обуховской больницы*. Замѣствуемъ изъ «Рѣчи» (10 декабря), гдѣ приведенъ дов. подробный отчетъ объ этомъ засѣданіи, слѣдующее мѣсто, относящееся къ заявленію гл. Фальборка, въ которомъ онъ касается общихъ причинъ больничныхъ неурядковъ. «Вся административная власть (въ больницахъ) самовольно захвачена новымъ институтомъ—Совѣтомъ главныхъ врачей, который никому не подчиненъ. Роль больничной Коммиссіи сведена Совѣтомъ главныхъ врачей къ нулю; предсѣдатель больничной Коммиссіи почти не имѣетъ никакой власти. Гл. Фальборкъ возмущается такими порядками и предлагаетъ немедленно-же избрать особую Коммиссію, которой и поручить въ кратчайшій срокъ представить докладъ о полной реорганизации больничнаго дѣла». Къ этому мнѣнію, по словамъ отчета, присоединились гл. Чечотъ, *Бари* и предсѣдатель больничной комисіи проф. Лебедевъ, который обратилъ вниманіе Думы на то обстоятельство, что открытая 3 недели назадъ новая Выборгская больница до сихъ поръ стоитъ пустой, хотя все готово для приема 300 больныхъ. «Происходитъ это оттого, что Совѣтъ главныхъ врачей еще не назначилъ для новой больницы врачей, больничная-же Коммиссія не можетъ сдѣлать этого своею властью». Что касается указаній на недостатки, замѣченные въ Обуховской больницѣ, то, по мнѣнію проф. Лебедева, ихъ цѣлкомъ можно отнести и къ другимъ городскимъ больницамъ.

2471. «Рѣчь» (9 декабря) передаетъ сущность интереснаго доклада, внесеннаго въ Петербургскую городскую Думу гласнымъ д-ромъ А. Э. *Бари*, о *ненормальномъ положеніи городского больничнаго дѣла*. «Гласный находить, что при современной организаціи больничная Коммиссія не въ силахъ справиться съ вопиющими неурядками, царящими въ городскихъ больницахъ и вызывающими справедливый ропотъ населенія. Мнѣніе это подтверждается ссылками на факты. Между прочимъ, гласный былъ свидѣтелемъ того, какъ главный врачъ одной изъ

больницъ приказалъ принять негодный для употребленія въ пищу хлѣбъ, забракованный дежурнымъ врачомъ. Въ той-же больницѣ служащіе были помѣщены въ домѣ, признанномъ негоднымъ для жилья, грозящимъ паденіемъ, между тѣмъ какъ прекрасная квартира была отведена главнымъ врачомъ для храненія нѣсколькихъ тяжелыхъ вѣтоши. При ежегодномъ расходѣ на медикаменты въ нѣсколько тысячъ рублей, отказываютъ въ выдачѣ лѣкарства служащимъ даже въ томъ случаѣ, если оно стоитъ всего нѣсколько копѣекъ. Подобнаго рода безпорядки наблюдаются почти во всѣхъ больницахъ и не встрѣчаютъ возраженій со стороны больничнаго надзора. Всѣ приведенные факты *Бари* готовъ подтвердить на судѣ. Гл. *Бари*, по его словамъ, пытался бороться съ этимъ зломъ черезъ больничную Коммиссію. Полезные, преданные своему дѣлу служащіе не только лишались мѣста, но даже не допускались къ безвозмездной работѣ на пользу страждущаго человечества. Въ тоже время лица, уличенныя въ растрату, пользовались продолженіемъ долгаго времени въ квартирѣ, и содержаніемъ. Все это заставило гл. *Бари* сложить съ себя званіе члена больничной Коммиссіи, чтобы бороться съ злоупотребленіями въ больничномъ дѣлѣ путемъ запросовъ и критики на посту рядового гласнаго.—Быть можетъ, это заявленіе заставитъ, наконецъ, больничную Коммиссію нарушить принятый ею на себя обѣтъ молчанія и побудитъ высказаться по поводу его въ печати.

2472. По словамъ «Нижегородскаго Листка» (4 декабря), въ присланномъ въ Нижегородскую губернскую земскую Управу медицинскомъ отчетѣ по Балахинскому уѣзду врачъ С—ва такъ описываетъ *состояніе Сорновскаго приѣмнаго покоя*: «Въ декабрьскіе дни прошлаго года приходилось держать раненыхъ. Больныхъ клали на полу, кое на чемъ, мужчинъ и женщинъ вмѣстѣ; тутъ-же за перегордой лежали трупы убитыхъ, ибо часовни при зданіи приѣмнаго покоя нѣтъ, какъ нѣтъ всего необходимаго и для оперативной помощи больнымъ. Между тѣмъ при первой попыткѣ препроводить раненыхъ въ заводскую больницу они подвергались опасности попасть подъ выстрѣлы».

2473. Въ «Руси» (8 декабря) г. И. Костинъ, опять возвращаясь къ случаю зараженія сифилисомъ слушательницы Надеждинскихъ Курсовъ (см. выше, № 49, стр. 1568), указываетъ, для обезпеченія пострадавшихъ изъ медицинскаго персонала въ аналогичныхъ случаяхъ и при борьбѣ съ эпидеміями, на *необходимость государственнаго стражованія этого персонала*. «Почему-же солдаты, гибнущіе въ бою, могутъ быть увѣрены, говорить онъ, «что ихъ дѣти не умрутъ съ голоду, а тѣ, кто идетъ спасать другихъ отъ смерти во время эпидеміи, въ тяжелыхъ заразныхъ болѣзняхъ, не могутъ имѣть этой увѣренности? Справедливость требуетъ отиѣтить, что, затрогивая важный вопросъ объ обезпеченіи пострадавшаго при исполненіи своихъ обязанностей медицинскаго персонала, авт., однако, напрасно ссылается на обезпеченность въ этомъ отношеніи солдатъ: откуда у послѣднихъ можетъ быть увѣренность, что въ случаѣ гибели въ бою ихъ дѣти не умрутъ съ голоду?»

2474. Въ Харьковѣ *усилились заболевания сыпнымъ тифомъ* («Харьковскія Вѣдомости», 5 декабря).

2475. Какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (6 декабря), Коммиссіей Московскихъ городскихъ санитарныхъ врачей установлено значительное увеличеніе въ городѣ за послѣднюю недѣлю заболеваний *возвратнымъ тифомъ*. Наибольшее число заболеваний наблюдается среди обитателей Хитрова рынка, ночлежныхъ домовъ и въ арестныхъ помѣщеніяхъ при полицейскихъ домахъ Срѣтенскомъ и Мясницкомъ.

2476. Тульское губернское Земство строитъ при дер. Петелино, въ 9 верст. отъ Тулы, *новую колонію для душевно больныхъ*, которая обойдется болѣе чѣмъ въ 800000 р. Колонія эта рассчитана пока на 450 кроватей; но, когда она откроется, предполагается довести въ ней число коекъ до 700—800. Съ такимъ расчетомъ будутъ выстроены всѣ службы: кухня, прачечная и пр. Планы вырабатывались въ особой психіатрической Коммиссіи при губернской Управѣ съ участіемъ инженера, строителя колоніи, и старшаго врача земской психіатрической больницы *Н. П. Каменева*. Предварительно планы эти были представлены старшимъ врачомъ на рассмотрѣніе Московскаго психіатрическаго Общества, авторитетнымъ мнѣніемъ котораго и руководились въ ихъ разработкѣ. Сообщение о постройкѣ этой колоніи мы заимствуемъ изъ статьи г. В. К.—на въ «Тульской Рѣчи» (30 ноября). Авт. не сомнѣвается въ томъ, что колонія будетъ построена согласно требованіямъ современной науки и что населеніе Тульской губ. получить чрезъ нѣсколько лѣтъ образцовую психіатрическую больницу; но, приводя составленный на основаніи данныхъ въ другихъ странахъ расчетъ числа душевно-больныхъ въ Тульской губ.—3582 чел. (принимая въ среднемъ 25 душевно-больныхъ на 10000 населенія), отмѣчаетъ недостаточность указаннаго количества коекъ для всѣхъ больныхъ губернии и надѣется, что «передъ земскимъ самоуправленіемъ, особенно передъ будущимъ демократическимъ земствомъ, каково-бы ни было его экономическое положеніе, предстанетъ съ роковой необходимостью вопросъ объ общественномъ попеченіи о всѣхъ находящихся въ населеніи душевныхъ больныхъ. И тогда современныя больницы-колоніи, централизирующія и слѣшкомъ отдаляющія отъ населенія прирѣдныя душевно-больныхъ, потребуютъ не только расширенія, но и значительнаго дополненія сѣтью вспомогательныхъ больницъ, приютовъ и патронажей».

2477. 3-го декабря въ Кіевской еврейской больницѣ открытъ *заразный баракъ имени Л. И. Бродскаго*. Баракъ приспособ-



лень на 150 коек и обошелся в 150000 р. («Киевская Рѣчь», 4 декабря).

2478. Комиссия по надзору за проституцией в Одессе, как сообщают «Одесские Новости» (8 декабря), признала необходимым немедленно открыть в разных частях города *бесплатные амбулатории для венерических больных* обоого пола; что же касается существующих домов терпимости, то Комиссия высказалась за закрытие их.

2479. Как сообщают агентские телеграммы (от 8-го декабря), в Житомир ночью от неизвестной причины возник пожар в здании военного госпиталя. Внутренность огромного здания уничтожена. Жертв нет.

2480. В Бакинской Думе, по словам «Баку» (30 ноября), на заседании 28-го ноября Управа выдвинула вопрос об упразднении института школьных врачей, предполагая их обязанность передать городским врачам. Во время прений члены Управы в резкое отзывались о деятельности школьных врачей. Один из членов Управы, некто г. Гаджинский, прямо заявлял, что «вместо института школьных врачей, получили думская свеклуря, так как школьные врачи недобросовестно исполняют свои обязанности». Дума предложила Управу составить по этому вопросу специальный доклад. — Надеемся, Бакинские школьные врачи отзовутся.

2481. «Новая Газета» (6 декабря) обращает внимание на порядок в больнице Невского судостроительного завода с 6000 рабочих, где 3-ое врачей, получающих жалованье, приезжают, будто бы, всего 3 раза в неделю на 2—3 часа и фактически больничное дело лежит на фельдшерах.

2482. «Баку» (3 декабря) сообщает нечто совершенно невероятное, будто бы «в последнее время было несколько случаев, когда больным и получившим увечья рабочим не подавалась медицинская помощь в больницах Совета Съезда, особенно Черногогородской, только потому, что хозяева заводов и заводов не вносят установленных с них сборов на содержание больниц». Приводится и примечание: «одному молотобойцу на заводе «Ураль» оторвало при работе палец, и в Черногогородской больнице ему не оказали помощи по вышеуказанной причине».

2483. В «Приазовском Крае» (23 ноября) было напечатано в обширное «Открытое письмо врачу О. С. Качекьяну» д-ра Карибова. В № от 6-го декабря той же газеты д-р Качекьян помешает столь же обширный «Ответ врачам Л. Г. Карибову», оканчивающийся вызовом к Суду чести. Обширность писем не позволяет привести их целиком. Поводом к переписке послужил отзыв д-ра Качекьяна, как члена больничной Комиссии, в заседании последней о д-ре Карибове при обсуждении его прошения о зачислении в штат врачей Нахичеванской городской больницы. Письма полны взаимных обвинений, о справедливости которых не можем судить незнакомый с делом читатель. Не лучше ли в таких случаях начинать прямо с третейского Суда?

2484. Министерством внутренних дел разрешено Союзу Общества помощников врачей созвать в Москве с 20-го по 25-ое января 1907 г. *Съезд фельдшеров, фельдшерниц и акушерок* («Рѣчь», 10 декабря).

2485. «Нижегородский Листок» (1 декабря) передает, что по представлению Балахнинского врачебного Совета о желательности участия в Совете делегатов-фельдшеров и фармацевтов минувшее земское Собрание постановило *вести этот элемент в состав врачебного Совета*.

2486. Как сообщает «Рѣчь» (9 декабря), Управлением главного врачебного инспектора разработан проект о низших фармацевтических учебных заведениях, долженствующих замѣнить собою аптекарское ученичество. Согласно проекту, право открытия фармацевтических школ пользуются как правительственные и общественные (городские и земские) учреждения, так и частные организации и отдельные лица. Курс для фармацевтических школ устанавливается 2-лѣтний, причем допускается совместное обучение. Для поступления в фармацевтическую школу от учеников и учениц требуется представление свидетельства об окончании не менее 6 классов правительственной гимназии или соответственного, по объему, курса другого правительственного учебного заведения; при этом звание латинского языка в объеме, требуемом действующими постановлениями об аптекарских учениках и ученицах, обязательно для всех, поступающих в школу. Право на открытие и заведывание фармацевтической школой предоставляется фармацевту, имеющему степень магистра фармации или провизора, или врачу. Преподавателями и преподавательницами школ могут быть врачи и фармацевты, имеющие степень магистра фармации или провизора, а также лица, окончившие курс Университетов или других высших учебных заведений. В учебную программу фармацевтических школ входят: основы анатомии человека, физиологии, гигиены, фармакогнозия, рецептура с основами фармакологии, ботаника, зоология, физика, элементарный курс химии органической и неорганической, основы минералогии, законоположения по фармацевтической части, фармацевтическое товаровѣдѣние и счетоводство. Параллельно с теоретическими будут вестись и практические занятия в школьных аптеках, при чем приготовленные лекарства продажны не будут подлежать. Лицам, прослушавшим с успехом полный курс фармацевтической школы и выдержавшим выпускной экзамен, предоставляется право подвергнуться испытанию (не более 3-х раз) на звание аптекарского помощника (помощницы) на медицинских факультетах Университетов или в

В-Медицинской Академии, а лицам женского пола, кроме того, — в Женском Медицинском Институте.

2487. На о. Св. Маврикия с 16/х по 22/х было 37 заболѣвших чумою и 23 смертных случая от нее; с 22/х по 30/х заболѣли 24 чел., умерли 17 («The Lancet», 1 и 8 декабря).

2488. На о. Св. Маврикия чума за последние 7 лѣт дала заболѣваний: в 1899 г.—1416, 1900 г.—796, 1901 г.—1033, 1902 г.—506, 1903 г.—1395, 1904 г.—568 и 1905 г.—308. Смертность колебалась между 73,6—81,5%. В 1905 г. были приняты мѣры к истреблению крыс, которых убито свыше 84000 шт. («The Lancet», 8 декабря).

2489. Нобелевская премия присуждена президенту Roosevelt'u, который, как сообщает телеграф, рѣшил употребить ее на учреждение в Washington'ѣ постоянного промышленного Комитета, имѣющаго цѣлью улучшение отношений между американскими работодателями и рабочими. Премия по физикѣ присуждена проф. Thomson'у за работы по электричеству; премия по химии — проф. H. Moissan'у; премия по медицинѣ разделена между проф. Golgi и проф. Ramon y Cajal'ем. В настоящем году каждая из этих премий составляет 191480 фр. («Le Matin», 11 декабря).

2490. «The Lancet» (1 и 8 декабря) сообщает о слѣдующих пожертвованіях, поступивших в милійскіе лечебныя заведения: от Bischoffsheim'ов 100000 ф. ст., от S. Beckh'a 10000 ф. ст., от S. Kerswill'a 4250 ф. ст., от N. Rothschild'a 50000 ф. ст., от H. Norris'a 8500 ф. ст.

2491. Медицинская школа в New-Haven'ѣ получила от неавѣстнаго лица 50000 долларов на учреждение *кафедры имени скончавшагося весной проф. John Slade Ely* («Medical Record», 24 ноября).

2492. Вновь учрежденная в Току Академия наук обращалась к существующим Академиям с предложением приобщить ее к *Международному Союзу Академій*. В виду того, однако, что, согласно уставу японской Академии, члены ее назначаются правительством без предварительнаго набранія академической Коллегіей, упомянутое предложение не было встречено сочувственно. В настоящее время, как сообщает «Le Radium» (ноябрь), изданъ новый декретъ, удовлетворяющій требованіямъ Союза, и японская Академия вскорѣ вступитъ въ составъ его.

2493. Проф. Uhlenhut (Greifswald) назначенъ заведующимъ бактериологическимъ отдѣленіемъ Gesundheitsamt'a в Berlin'ѣ («Wiener klinische Wochenschrift», 13 декабря).

2494. Во Франціи в медицинских кругах в настоящее время поставленъ на очередь серьезный вопрос о *реформѣ медицинскаго образования*. Необходимость послѣдней отягчалась всѣми протестовавшими противъ «Certificat d'études médicales supérieures», как мы в свое время указывали. Студентством, по крайней мѣрѣ Парижскимъ, начата борьба противъ организации ихъ «stage hospitalier», т. е. 3-лѣтней прискоандировки къ госпиталямъ (ежегодно по 8 мѣс.) для практической подготовки подъ руководствомъ терапевтовъ, хирурговъ и акушеровъ, избираемыхъ по конкурсу. Раньше студенты могли свободно выбирать между больничными отдѣленіями; за послѣдніе же годы имъ предоставляются практическія занятія только в нѣкоторыхъ отдѣленіяхъ, у очень ограниченного числа лицъ, по выбору медицинскаго факультета. В своей борьбѣ за свободу выбора отдѣлений студенты находятъ поддержку и среди врачей, как мы уже указывали (см. выше № 49, стр. 1570), и во врачебной печати. «Le Bulletin médical» (19 декабря), сообщая о состоявшемся 17-го декабря постановленіи (большинствомъ 73 противъ 3) Société des hôpitaux о желательности узаконенія свободы выбора, высказываетъ удовлетвореніе, что, наконецъ, устраняется та постановка дѣла, которая оказывалась тягостной и для заведующихъ отдѣленіями, и для студентовъ, и, наконецъ, для больныхъ, страдавшихъ отъ исключительнаго скопленія студентовъ в нѣкоторыхъ отдѣленіяхъ. «Это возвращеніе въ прежнему», прибавляетъ газета; «но прогрессъ дов. часто оказывается такимъ возвратомъ къ прежнему».

2495. Выходяшіе в Detroit (Соед. Штаты С. А.) медицинскія изданія: «Therapeutic Gazette», «Medical Age» и «Medicine» в 1907 г. соединяются в одинъ журналъ подъ названіемъ «Therapeutic Gazette».

2496. «Gazette Médicale de Paris», старѣйшій врачебный журналъ во Франціи, впредь будетъ выходить подъ редакціей д-ра Lucien-Graux, главнаго редактора «Gazette des Eaux».

2497. По «The Lancet» (8 декабря) в Соед. Штатахъ С. А. общее число слѣпыхъ равно 64763 чел., что составляетъ 1 на 1200 населенія. Число слѣпыхъ достигаетъ 89287 чел., изъ коихъ 2272 въѣсть съ тѣмъ слѣпы, а 24369—нѣмы.

2498. «The Lancet» (1 декабря) сообщаетъ, что основанный в London'ѣ в 1900 г. Институтъ для обученія слѣпыхъ массажу имѣетъ хорошій успѣхъ; какъ слѣдствіе этого, явилось открытіе 2-хъ подобныхъ учрежденій в Philadelphia. «Lancet» напоминаетъ, что в Японіи массажистами съ незапамятныхъ временъ служатъ слѣпые, число которыхъ в Yokohama'ѣ доходитъ до 1000 чел.

2499. Въ С. А. Соед. Штатахъ 16-го ноября учреждена «Лига защиты общественнаго здоровья». Цѣль Лиги—распространеніе правильныхъ понятій объ условіяхъ, вредныхъ въ физическомъ и нравственномъ отношеніяхъ, и борьба съ нарушителями постановленій, направленныхъ къ охраненію народнаго здоровья («Medical Record», 24 ноября).

2500. Д-ръ Lancereaux, уже неоднократно выступавшій в французской Палатѣ депутатовъ, и въ Парижской Медицинской



Академии против алкоголизма, как известно, большой сторонник, того взгляда, что употребление спиртных напитков вообще служить одним из условий, predisposing к заблуждению буйрчаткой. В подтверждение своей мысли *Lancet* в статье, помещенной в «Le Matin» (18 декабря), сообщает, что на 2192 больных буйрчаткой, которых он наблюдал в своей клинике, 1229 были пьяницы, и из них 500 ежедневно пили абсент.

2501. Буйрчатка в американском флоте растет. Из годового отчета по флоту, как сообщает «Medical Record» (10 ноября), видно, что после разного рода повреждений и утопления буйрчатка занимала, как причина смерти, 2-ое место в 1900 г., 4-ое в 1901 и 1-ое за последние 3 года. В 1895 г. отношение это было 3,2, в 1905 г.—6,1 на 1000.

2502. Влияние ограничения детского труда в Соед. Штатах предположено, по «Medical Record» (24 ноября), провести закон, запрещающий железным дорогам, пароходам и пр. перевозить или принимать для перевозки продукты тех фабрик и копей, где работают дети моложе 14 лет.

2503. В заседании Общества врачебных инспекторов гор. New-York'a выяснилось, что в школах до 95% учеников отстают в умственном и физическом развитии из-за боллезней, адемонидных разрошений и некоторых др. условий («Medical Record», 24 ноября).

2504. В «Intercolonial Medical Journal of Australasia» сообщается, как передает «Medical Age» (25 ноября), случай удачного излечения червеобразною отростком через час по окончании срочных родов. Острый аппендицит развился за день до наступления родов.

2505. Американское Общество изучения падучей назначило премию в 500 долларов за лучшую работу по этиологии этой боллзни. Работы на английском языке, не более 15000 слов, должны быть под девизом доставлены не позже 1-го сентября 1907 г. д-ру W. P. Spradling (New-York, Soneyal). Присуждение премии состоится в ноябре 1907 г. («Medical Record», 1 декабря).

2506. От экспедиции, посланной Liverpool'ской школой тропической медицины в Бразилию для изучения желтой лихорадки, получено известие, что удалось выяснить, что шимпанзе могут быть заражены желтой лихорадкой через посредство комаров *stegomyia* («Medical Record», 1 декабря). «The Lancet» (1 декабря) прибавляет, что оба врача экспедиции болли желтой лихорадкой в самом начале исследований.

2507. 16-го октября в Вихеллес'а открыта школа тропической медицины. Главная задача школы, по «The Medical Age» (25 ноября),—изучение сонной, боллзни. Директором назначен д-р Van Campenhout.

2508. «Medical Record» (24 ноября) сообщает, что французское географическое Общество собрало 40000 долларов для изучения сонной боллзни на французском Congo на Зап. Африке. Центральная лаборатория будет помещаться в Brazzaville'a.

2509. Нам пишут из Berlin'a, что там получен из Южной Африки отчет о блестящих результатах, полученных проф. R. Koch'ом от лечения сонной боллзни подкожными инъекциями атоксила (метамышьяковистый анид, содержащий до 37% мышьяка). Препарат этот оказывается таким же специфическим средством против сонной боллзни, как хинин против перемежной лихорадки.

2510. В «Journal of the Royal Army Medical Corps» (октябрь) помещена работа д-ра Mc. Naught'a о значении чая в борьбе с брюшным тифом. Брюшнотифозныя палочки, будто бы, погибают в холодном настое чая в несколько часов. В местностях, пораженных тифозной эпидемией, авт. советует широко пользоваться этим напитком, вместо легко загрязняемой кипяченой воды («Medical Record», 17 ноября).

2511. Городским Советом Венеции открыт на Ile de la Grâce остров для чаготочных, в распоряжение которого будет передан весь этот маленький остров. Таким образом больные буйрчаткой окажутся отделенными на пространстве болле чм в 3 1/2 гектара («La Semaine medicale», 10 декабря).

2512. Китайское правительство строго воспретило употребление опиума в новой армии и в школах («Gazette medicale de Paris», 5 декабря).

2513. В Австрии обнаружены богатые источники радия. 10000 кг. урановой руды, добытой в коях Joachimstal'a, дали чистого радия на сумму — по существующим ценам — 1.000000 крон. Предположено широко использование водных источников Joachimstal'a, гд, по словам «Medical Record» (1 декабря), кроме специальной лаборатории, будет выстроена здравница.

2514. Число самоубийств в Пруссии с 3075 в 1881 г. возросло до 7217 в 1897 г., тогда как численность населения увеличилась на 30%. За год 1898—1900 в Германии приходилось 200 самоубийств на 1.000000 населения; мужчин—самоубийц втрое больше, чм женщин; большинство самоубийц в возрасте 20—25 лет («The Medical Age», 25 ноября).

2515. В «Gazette medicale de Nantes» (8 декабря) приводится следующий пример оценки своего труда американскими врачам: д-р Samuel Thompson Vases, хирург в Philadelphia, предъявил иск к душеприказчику своего очень богатого бывшего больного в 33235 долларов (165775 фр.), указывая, что при начале лечения условлена была с покойным плата врачу в 300 долларов (1500 фр.) за каждый день боллзни.

2516. Умерли: 1) Младший врач 50-го пехотного Влостокского полка Терентьев («В. Медицинский Журнал», декабрь).—2) Младший врач 188-го пехотного резервного Красноставского полка Александр Николаевич Абилов (там же), родившийся в 1868 г., а звание врача получивший в 1893 г.—3) Младший врач Маргеланского местного лазарета Александр Михайлович Топорный (там же), родившийся в 1870 г., а звание врача получивший в 1897 г.—4) Давизионный врач 2-ой Восточно-Сибирской стрелковой дивизии Аркадий Борисович Дроников (там же), родившийся в 1843 г., а звание врача получивший в 1870 г.—5) Столоначальник главного в.-медицинского Управления Сергий Михайлович Терне (там же), родившийся в 1843 г., а звание врача получивший в 1888 г.—6) Младший врач 82-го пехотного Дагестанского полка Сергий Иванович Куценко (там же), родившийся в 1876 г., а звание врача получивший в 1901 г.—7) В Козельск, Калужской губ. Петр Николаевич Розовский, родившийся в 1837 г., а звание врача получивший в 1861 г.—8) 2-го декабря, в Москв, Петр Михайлович Плотинов, земский врач Моршанской больницы («Русские Ведомости», 3 декабря), родившийся в 1866 г., а звание врача получивший в 1893 г.—9) 4-го декабря, в Москв, Павел Антонович Рабичев («Русские Ведомости», 5 декабря), родившийся в 1841 г., а звание врача получивший в 1868 г.—10) 5-го декабря, в Москв, Семен Иванович Марков («Русские Ведомости», 6 декабря), родившийся в 1860 г., а звание врача получивший в 1883 г.

Благодаря любезности Томского губернского врачебного инспектора д-ра И. И. Мессароша, мы можем сообщить следующие сведения об имющихся в Томской губ. свободных вакансиях участковых сельских врачей. Таковых всего—10, а именно: в Маринском у. в с. Почитановк (в 12 в. от ст. жел. дор.), в Канском у. в с. Каратк (12 в. от ст. жел. д.) и с. Кыштовском, в Барнаульском у. в сс. Тальменском, Сорокино, Бутырках. Карасух и Ярках, в Бийском у. в с. Сибирячих и Зыбиногорском у. в с. Блодазовк. В большинстве участков имеются уже вполне открытые больницы на 6 и 10 коек. Жалованья 1200 р.; с 1/2 будущего года имеют быть назначены квартирные деньги (180 р. в год). При подаче заявлений из Евр. России врачи будут пользоваться привилегиями службы (3 года за 4, 5-летняя прибавка), а также получать усиленные прогоны и подьяны. Прошения с приложением документов слдуют адресовать в Томск, во врачебное Отделение губернского Управления.

В статье ч. пр. С. С. Груздева—«Материалы для характеристики буйрчатковых поражений пищевода и желудка» (см. выше, №№ 46 и 47) при переписке и печатании вкрались следующие погрешности:

Страница:	Столбец:	Строка:	Напечатано:	Слдует быть:
1435	1	19	слдоть	и слдоть
	2	43	описать	описаль
		30	тапичного	типичного
1436	1	33	Мауниан'а	Мауниан'а
		27	Здсь должно быть вставлено Подобный же случай, но без операции, сообщил Ruge <sup>69</sup> .	
		17	и посл	и до, и посл
1466		48	растворенною	расположенною
		35 и 34	снизу	передней
		16	снизу	покрытым
	2	9 и 8		фолликулярная
1468	1	13	воспирчатковой	буйрчатковой
1469		43	1905 г.	1905 г.
		32	London	London
	2	29	ср. № 48	см. № 50

Кром того, № 68 «литературы» должен читаться так: «Пржевоский Э. И. Прив. по Durck'y, № 25—Ср. другую работу его же: Gastritis tuberculosa. «Virchow's Archiv», т. 167, (1902 г.). Наконец, к той же «литературе» должен быть добавлен № 89 Я: «Ruge E. Ueber primäre Magentuberculose. «Beiträge zur Klinik der Tuberculose», т. III. Прив. по передаче в «Jahresbericht» Waldeyer-Posner'a 1906 г.

1) Многоуважаемый С. И. Гольберг, сообщивший нам это известие, прислал вместе с тем следующий некролог покойного. «Умер человек, который всегда горячо отзывался на все доброе и хорошее. Можно с положительностью сказать, что ни одно явление в нашей общественной жизни не проходило без его, всегда искреннего, участия. Тихая и задушевная рч Н. И. часто вызывалась до поэтической красоты и проникла глубоко в душу. Образованный и гуманный, покойный, помимо своих специальных знаний, всегда интересовался и слдил за движениями общей науки и мысли и до глубокой старости сохранял светлый ум и чуткую душу. Н. И. 30 лет прослужил в должности Козельского уездного врача».

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

Münchener medicinische Wochenschrift, № 19. 1. Ebstein. Ueber die pockenverdächtigen Formen der Varizellen. При внимательном клиническом исследовании всегда можно отличить вятренную оспу от настоящей. 2. Zur Verth. Die Anästhesie in der kleinen Chirurgie. Описание различных способов обезболивания. 3. Determann. Zur Methodik der Viskositätsbestimmung des menschlichen Blutes. Описание нового прибора для определения вязкости крови. 4. Zahn. Ein zweiter Fall von Abknickung der Speiseröhre durch vertebrale Ekchondrose. Описание случая. 5. Apetz. Symmetrische Gangrän beider Lider nach Verletzung an der Stirne. Описание случая. 6. Richard. Ein Fall von artifizeller, akuter Nephritis nach Gebrauch von Perubalsam. Heilung eines Falles von Tetanus traumaticus. Первый случай с летальным исходом. 7. Cramer. Eine Normalflasche für die Säuglingsernährung. Описание бутылки для вскармливания. 8. Klieneberger und Zoepferitz. Beiträge zur Frage der Bildung spezieller Leukotoxine im Blutserum als Folge der Röntgenbestrahlung der Leukämie, der Pseudoleukämie und des Lymphosarkoms. При названных болячках под влиянием x-лучей особого лейкоксина не образуется. 9. Beck. Um die Weihnachtzeit nach Florida. (Не окончена).

№ 20. 1. Denker. Ein neuer Weg für die Operation der malignen Nasentumoren. Описание нового способа операции. 2. Küster. Beitrag zur Frage des sporadischen Auftretens von Meningitis cerebrospinalis. Описание 6 случаев спорадического менингита. 3. v. Herff. Zur Verhütung der gonorrhoeischen Ophthalmoblenorrhoe mit Sophol. 4. Hohmann. Fortschritte in der Plattfussbehandlung. Описание техники гипсовой повязки и подстилок из пробки и стальной проволоки. 5. Racine. Ueber Analgesie der Achillessehne bei Tabes. 6. Hartung. Warum sind die Lähmungen des Nervus peroneus häufiger als die des Nervus tibialis? Разница между поражением названных нервов зависит главным образом от различия анатомического положения. 7. Rosengart. Einige Beiträge zu den klinischen Erscheinungsformen der abdominalen Arteriosklerose. 8. Hagen. Die Gasgemischnarkose mittels des Roth-Dragerschen Sauerstoffapparates. На основании 1000 усыплений весьма благоприятный отзыв о приборе. 9. Martin. Symmetrische Handrückenlähmung bei Togo-Negern. Этот вид опухолей встречается, часто у негров западного берега Африки. 10. Jäger. Ein Tumor der linken Gesichtshälfte ausgehend vom Rachenrachen. Описание случая. 12. Boeck. Erinnerungen an Karl Keim. Биографический очерк. 12. Franck. Die Ausstellung «Geschichte der Medizin in Kunst und Handwerk zu Berlin. Краткий отчет. 19. Beck. Um die Weihnachtzeit nach Florida. (Продолжение).

№ 21. 1. Weil und Nakajama. Ueber den Nachweis von Antituberkulin im tuberkulösen Gewebe. Экспериментальное исследование. 2. Schickel. Zur Kenntnis und Beurteilung des kriminellen Aborts. Описание случая. 3. Rosenstern. Untersuchungen über den Stoffwechsel bei Leukämie während der Röntgenbehandlung. (Не окончена). 4. Walz. Zur Diagnose der kongenitalen Dünndarmatresie, unter besonderer Berücksichtigung der Untersuchung des Mekoniums. 5. Scheibe. Ueber das therapeutische Verhalten der akuten Mittelohrentzündungen mit Berücksichtigung ihrer verschiedenen Aetiologie. Клинический очерк. 6. Gerlach. Versuche mit Neuronal bei Geisteskranken. Благоприятный отзыв на основании испытания в 51 случае. 7. Lindemann. Zum Nachweis der Azetessigsäure in Harn. Автор признает видоизмененную им пробу Riegler'a пригодной для клиники. 8. Kuhn. Technisches zur Bierschen Stauung. Описание пражки и колокола для высасывания. 9. Laquer. Karl Fürstner. Некролог. 10. Vulpius. Von der Aerztefahrt zum Lissaboner Kongress. Путеваяписьма. 11. Offenheimer. Die medizinische Psychologie mit Bezug auf Behandlung und Erziehung der angeborenen Schwachsinnigen. Описание курса, имевшего место в городе Глессен'а под руководством проф. Sommer'a. 12. Beck. Um die Weihnachtzeit nach Florida. (Окончание).

№ 22. 1. Dieudonné. Aktive Immunisierung gegen Infektionskrankheiten. Обзор современного положения вопроса. 2. Fornet. Ein Beitrag zur Züchtung von Typhusbacillen aus dem Blut. 3. Loele. Ueber die Anwendung von Formalin bei dem Uhlenthuhschen Verfahren. Прибавка формалина не изменяет хода биологической реакции. 4. Köster. Zur Kasuistik der Polyzythämie, zugleich ein Beitrag zur Aetiologie der Migraine ophthalmique. (Не окончена). 5. Martin. Ein Fall von Kaiserschnitt bei Adhäsionsileus. Описание случая. 6. Bier. Zur Geschichte der Rückenmarksanästhesie. Полемиическая статья. 7. Fink. Liegehallen für Gallensteanke. Автор рекомендует устраивать павильоны для лежания для больных с желчно-каменной болезнью. 8. Gebele. Jahresbericht des Ambulatoriums der chirurg. Klinik München. Отчет. 9. Arneth. Einige weitere Bemerkungen zur Röntgenbestrahlung der Leukämie im Anschluss an die Arbeit von C. Klieneberger und H. Zoepferitz in № 18 u. 19 dieser Wochenschrift. Полемиическая заметка. 10. Rosenstern. Untersuchungen über den Stoffwechsel bei Leukämie während der Röntgenbehandlung. (Окончание). 11. v. Ran-

ke. Die Entwicklung der K. Universitäts-Kinderklinik u. des Dr. von Haunerschen Kinderspitals in München in der Periode vom 24 November 1887 bis Frühjahr 1906. 12. Vulpius. Von der Aerztefahrt zum Lissaboner Kongress. (Продолжение). 13. Ostwald. Rückblick auf den XV. Internationalen mediz. Kongress.

№ 23. 1. Hahn. Ueber Cholera- und Typhusendotoxine. Экспериментальное исследование. 2. Wolff-Eisner. Die Biersche Stauungshyperämie vom Standpunkt der Endotoxinlehre. Полемиическая статья против проф. Lezer'a. 3. Theilhaber. Ein Verfahren zur Verminderung der Infektionsmöglichkeit bei Operationen in der Bauchhöhle. 4. Schilling. Ueber Blutdruckmessungen. О значении измерения кровяного давления. 5. Rörig II. Zur Behandlung der Prostatahypertrophie. 6. Levinger. Schwangerschaft und Kehlkopftuberkulose. О бурном гортани и беременности. 7. König. Bleibende Rückenmarkslähmung nach Lumbalanästhesie. Описание случая. 8. Roeder. Zwei Fälle von linksseitiger Abduzenslähmung nach Rückenmarksanästhesie. 9. Heller. Ueber eine unaufgeklärte fieberhafte Erkrankung mit den höchsten bisher gemessenen Temperaturen. Температура в 44° C.; выдуровление. 10. Franck. Ueber den Abriss der Streckaponeurose der Finger. Краткое описание случая. 11. Köster. Zur Kasuistik der Polyzythämie, zugleich ein Beitrag zur Aetiologie der Migraine ophthalmique. (Окончание). Число красных кровяных шариков 10 600 000. 12. Vulpius. Von der Aerztefahrt zum Lissaboner Kongress.

№ 24. 1. Alt. Ernährungstherapie der Basedowschen Krankheit. Клинический очерк. 2. Eppenstein und Korte. Ueber das Verhalten der im Blute der Typhuskranken nachweisbaren Typhusbacillen gegenüber der bakteriziden Wirkung des Blutes. Бактериологическое исследование. 3. Vandeweyer und Wybauw. Ueber die Wirkung der Stahlwässer auf den Stoffwechsel. 4. Iesione. Ueber Leukoderma bei Lues, bei Psoriasis und bei Ekzema Seborrhoicum. Клинический очерк. 5. Engel und Plaut. Art und Menge des Fettes in der Nahrung stillender Frauen und die Wirkung seiner Entziehung auf das Milchfett. 6. Credé. Prophylaktische Antisepsis. О применении колларгола. 7. Heermann. Zur konservativen Behandlung der Nasennebenhöhlenentzündungen. 8. Offenorde. Kritische Bemerkungen über die Sonderrmannsche Saugmethode bei Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. 9. Hoffmeyer. Beitrag zu den angeborenen Ankylosen der Fingergelenke. Краткое описание случая. 10. Buchner. Eine Methode, den Eiweißgehalt eines Harnes mit hinreichender Genauigkeit für klinische Zwecke in einer Stunde zu bestimmen. Вдох определяется на основании объема осадка, получаемого при кипячении. 11. Rühl. Cesare Lombroso. Биографический очерк. 12. Joseph Amann. Некролог.

№ 25. 1. Baumann. Beiträge zur Unterscheidung der Streptokokken. 2. Ludloff. Die Auskultation der Wirbelsäule, des Kreuzbeins und des Beckens. 3. Jolly. Ueber die Wendung bei Placenta praevia. О повороте при предлежащем детском м-стве. 4. Treutlein. Kriegschirurgisches aus Japan. 5. Spaether. Ein Beitrag zur Frage der Säuglingsernährung in Arbeiterkreisen. 6. Köhler. Ein Fall von traumatischem Oedem. Описание случая. 7. Cohn. Ueber Behandlung mit Hetol bei Keratitis parenchymatosa. 8. Beck. Ein neuer Apparat zur Vornahme von Sehprüfungen. Описание нового аппарата для исследования зрения. 9. Reuschel. Die einfachste Methode der Anaërobienzüchtung in flüssigem Nährboden. 10. Berger. Zur Färbung der Spirochete pallida. 11. Liepmann. Der Wert der Statistik für die Frage der Schnellenbindung bei der Eklampsie. 12. v. Stubenrauch. Das Theilhabersche Verfahren zur Verminderung der Infektionsmöglichkeit bei Operationen in der Bauchhöhle. Полемиическая заметка. 13. Heller. Ueber eine aufgeklärte fieberhafte Erkrankung mit den höchsten bisher gemessenen Temperaturen. Самая высшая до сих пор наблюдавшаяся температура—49,9° C. 14. Ebstein. Die Krankheit des Kaisers Sigmund. Исторический очерк.

Annales des maladies des organes genito-urinaires, 1906 г., т. 1, № 5. 1. Broca. Les ruptures de l'urèthre chez l'enfant. О разрыве уретры у детей. 2. E. Desnos. Traitement des supurations chroniques prostatiques et périprostatiques. 1 случай излечения. 3. D. Jacoby. La stéréocystophotographie. Описание прибора (с 4 рис.). 4. Он-же. La stéréocystoscopia. Описание прибора (с 2 рис.).

№ 6. 1. A. Freudenberg. Cystoscope combiné pour irrigation; évacuation et cathétérisme de l'un ou de deux uretères. Описание прибора (7 рис.). 2. R. Grégoire. Un cas d'uroréprose dite intermittente. Описание случая (1 рис.). 3. Mauclair. Synorchidie artificielle après section du cordon pour grosses hernies ou ectopies très élevées. 4. наблюдения.

№ 7. 1. Fernand Widal. Les régimes déchlorurés (mal de Bright, chlorurémie et azotémie). Влияние деchlorированной диеты на течение нефрита. 2. Georges Luys. De la mesure de la capacité du bassin. 4 случая (2 рис.).

СХСХVII. Изъ госпитальной хирургической клиники проф. С. П. Федорова въ В.-Медицинской Академии.

## Къ казуистикѣ изсѣченій печени.

Ч. пр. В. А. Оппеля.

Хирургія желчныхъ путей неоднократно уже служила предметомъ обсуждения въ отечественной литературѣ. Достаточно въ этомъ отношеніи сослаться на работы проф. М. М. Кузнецова, С. П. Федорова, П. И. Дьяконова, чч. пр. Р. Р. Вредена и Г. Ф. Цейдлера. Хирургія самой печени сильно выдвинута впередъ именно русскими хирургами: съ одной стороны, способы эхинококкотоміи покойнаго проф. А. А. Боброва съ другой—шовъ печени М. М. Кузнецова и Ю. Р. Пенскаго служатъ лучшимъ тому доказательствомъ. Конечно, при такихъ условіяхъ желательное сообщеніе всякаго случая изсѣченія печени у человѣка. Просматривая заграничную литературу, можно видѣть, что и тамъ вопросъ объ изсѣченіи печени у человѣка вращается больше въ области казуистическихъ сообщеній, и лишь въ самое послѣднее время появились попытки подвести итогъ наблюденіямъ; сошлюсь въ этомъ отношеніи на работы проф. Anschütz'a и Langenbuch'a.

Какъ бы то ни было, въ настоящее время возможность изсѣчь часть печени у человѣка стоитъ внѣ всякаго сомнѣнія, и нужно признать, что извѣстная экспериментальная работа проф. М. М. Кузнецова и Ю. Р. Пенскаго сыграла въ дѣлѣ развитія изсѣченій печени у человѣка выдающуюся роль. Пользуясь швами Кузнецова и Пенскаго, проф. Mikulicz и Kocher, а за ними и другіе, стали смѣлѣе обращаться съ печенью. Страхъ передъ операціями надъ печенью исчезъ, ибо былъ указанъ путь предотвращенія опасности при такихъ операціяхъ.

Просматривая казуистику изсѣченій печени, можно видѣть дов. значительное разнообразіе сообщенныхъ случаевъ въ зависимости 1) отъ величины и мѣста изсѣкаемаго участка печени и 2) отъ качества примѣненной оперативной техники. Скажу сначала нѣсколько словъ о первомъ условіи.

Хирургу, сравнительно часто оперирующему на желчныхъ путяхъ, иногда приходится встрѣчаться съ такими условіями, когда, желая изсѣчь пузырь, необходимымъ становится удалить вмѣстѣ съ нимъ и нѣкоторый слой печени, непосредственно прилегающій къ пузырю. Получается такимъ образомъ cholecystectomy въ сочетаніи съ изсѣченіемъ печени. Подобные случаи встрѣчались у многихъ хирурговъ, какъ, напр., у Mikulicz'a, Kehr'a, Körte, С. П. Федорова и т. д. Такое изсѣченіе производится наиболѣе часто.

Нѣсколько рѣже производится изсѣченіе печени при новообразованіяхъ, а иногда и при эхинококкахъ, когда тѣмъ или другимъ занятъ участокъ печени, соединенный съ главной массой послѣдней то болѣе узкой, то болѣе широкой кожей. Въ такихъ случаяхъ, въ сущности говоря, предпринимается просто перерѣзка ножки печеночной ткани.

3-й видъ изсѣченія печени состоитъ въ клиновидномъ удаленіи участка послѣдней. До сихъ поръ подобныя клиновидныя изсѣченія предпринимались по поводу новообразованій, иногда—при ошибочномъ распознаваніи—по поводу гуммъ.

4-ый видъ изсѣченій представляетъ собою удаленіе (ампутацию) того или другого конца печени, а 5-ый заключается въ изсѣченіи опухолей изъ толщи печени безъ нарушенія ея концовъ и краевъ.

Такая схематическая группировка видовъ изсѣченій печени сразу позволяетъ понять, что техническія затрудненія и опасность оперативнаго вмѣшательства далеко не равнозначущи при различныхъ условіяхъ. Такъ какъ опасность изсѣченій печени главнымъ образомъ измѣряется въ зависимости отъ величины сопутствующаго кровоте-

ченія; такъ какъ техническія затрудненія сводятся почти исключительно къ остановкѣ этого кровотечения, то яснымъ становится слѣдующее: чѣмъ болѣе рана производится на печени, тѣмъ опаснѣе и технически труднѣе операція. И съ этой точки зрѣнія изсѣченіе небольшихъ участковъ печени, прилежащихъ къ желчному пузырю, или отсѣченіе ножки печени, даже сравнительно толстой, съ цѣлью удаленія опухоли, представляютъ собой minimumъ техническихъ затрудненій. Наоборотъ, удаленіе цѣлаго конца печени, изсѣченіе опухоли изъ толщи ея паренхимы представляютъ особыя трудности въ виду неизбежнаго при этомъ вскрытіи широкихъ печеночныхъ венъ. Клиновидныя изсѣченія кусковъ печени, въ зависимости отъ величины изсѣкаемаго участка, могутъ представить при операціи различныя степени затрудненій.

Литература показываетъ, что для цѣлей изсѣченія пользовались и резиновымъ жгутомъ, и термокаутеромъ; предлагали останавливать кровотеченіе паромъ. Langenbuchъ въ изобрѣтеніи способовъ остановки кровотечения опередилъ всѣхъ: онъ предложилъ временно перевязывать воротную вену, а этой перевязкѣ предпослать временную перевязку обѣихъ брызжеечныхъ артерій! Какъ это ни странно, но Langenbuchъ пишетъ о такихъ перевязкахъ уже тогда, когда ему былъ извѣстенъ шовъ Кузнецова и Пенскаго. Думаю, что въ настоящее время уже нѣтъ необходимости доказывать принципиальное преимущество шва печени, нѣтъ необходимости доказывать и его примѣнимость. Призная, какъ фактъ, что предварительная перевязка сосудовъ при изсѣченіи печени есть *conditio sine qua non*, приходится говорить лишь объ удобствахъ того или иного вида шва и о выполнимости его безъ специальныхъ иглъ.

Я нисколько не сомнѣваюсь, что тупыя иглы М. М. Кузнецова и Ю. Р. Пенскаго представляютъ много выгодъ для наложенія шва печени. Однако, не всегда такія иглы могутъ оказаться подъ рукой въ нужное время. Такъ случилось и со мной: припадъ, въ своемъ случаѣ, какъ это будетъ видно ниже, къ выводу о необходимости клиновиднаго изсѣченія участка печени, я принужденъ былъ, за неимѣніемъ иглъ Кузнецова и Пенскаго, производить изсѣченіе съ предварительнымъ обкалываніемъ помощью обыкновенныхъ круглыхъ иглъ. Конечно, эта необходимость до извѣстной степени сказывалась неблагоприятно, ибо иногда прокалывались сосуды, а потому нельзя было добиться полной остановки кровотечения по затягиваніи лигатуръ. Пришлось сдѣлать добавочныя обкалыванія и пустить въ ходъ термокаутеръ. Но важно то, что, при необходимости, возможно изсѣчь участокъ печени и безъ специальныхъ иглъ, что подтверждаетъ и мой случай.

М. Ж., 34 л., поступила въ госпитальную хирургическую клинику 2/ш 1906 г. съ жалобами на боли въ правой подреберной области, которыя стали появляться у нея здѣсь въ видѣ припадковъ въ теченіи послѣднихъ лѣтъ. Дважды припадки эти сопровождалась желтухой. За послѣдній годъ стала очень плохо ѣсть, исхудала и ослабла.

Средняго роста; правильнаго сложенія; плохого питанія. Склеры слегка желтушны. Языкъ обложенъ; запахъ изо рта; зубы частью гнилы. Органы дыханія нормальны. Пульсъ 64—66, полный, ритмичный. Размѣры сердца нормальны; звуки глуховаты. Селезенка не прощупывается, по даннымъ выстукиванія не увеличена. Граница печени: по сосковой линіи съ 6-го, по средней подмышечной съ 7-го ребра; книзу печень выходитъ изъ подъ края реберъ на 4 пальца. При ощупываніи край печени представляется дов. плотнымъ. У наружнаго края правой прямой мышцы живота опредѣляется плотная, съ гладкой поверхностью, слѣдующая за дыхательными движеніями, полусферической формы, величиной съ апельсинъ опухоль, непосредственно переходящая въ печень. Кишечникъ слегка вздутъ; ощупываніе области червеобразнаго отростка чувствительно. Roentgen'овскій снимокъ съ живота далъ отрицательныя данныя. Количество гемоглобина 88%. Моча нормальная.

На основаніи данныхъ изслѣдованія была распознана желчнокаменная болѣзнь, при чемъ опухоль я относилъ къ желчному пузырю.

15/ш: Операція подъ хлороформомъ. Разрѣзъ Kehr'a. По вскрытіи брюшины въ ранѣ сейчасъ же показалась увеличенная печень и на поверхности ея, приблизительно на 1 см. отступя отъ края—подшаровидная опухоль. По топографическимъ условіямъ опухоль эта лежала какъ разъ надъ желчнымъ пузыремъ; дабы точнѣе опредѣлить отношеніе ея къ послѣднему, я приподнял край печени. Тогда ощупываніемъ опредѣленъ неувеличенный,

съ плотными стѣнками желчный пузырь: сквозь стѣнки его прощупывались отдѣльные камни; желчный пузырь былъ спаянъ съ салынкомъ и съ поперечной ободочной кишкой. Спайки съ салынкомъ раздѣлены были между лигатурами. Спайки-же съ ободочной кишкой оказались столь прочными, что отъ отдѣленія ихъ я временно отказался и рѣшилъ попробовать проникнуть въ желчный пузырь со стороны опухоли. Съ этою цѣлью я вскрылъ ее ножомъ, при чемъ въ сущности печени обнаружена была полость, съ крымское яблоко. Полость эта была биткомъ набита камнями, величиной отъ булавочной головки до чечевичнаго зерна. Освободивъ ее отъ камней, я тѣмъ не менѣе не нашелъ сообщенія пузыря съ полостью (на препаратъ ходъ этотъ, дов. узкій, найденъ). Въ виду этого, затампонировать полость, я снова перешелъ къ отдѣленію желчнаго пузыря отъ поперечной ободочной кишки, при чемъ это удалось мнѣ сдѣлать безъ поврежденія кишки. Затѣмъ, предварительно введя по окружности т. наз. ограничивающіе тампоны, я вскрылъ желчный пузырь и удалил изъ него 10 камней, величиной съ среднюю горошину. Нѣсколько камней удалено было и изъ пузырнаго протока. Ощупываніемъ желчныхъ ходовъ было установлено, что въ пузырномъ протокѣ, недалеко отъ слиянія его съ печеночнымъ, находится еще одинъ камень. Протокунуть его обратно въ желчный пузырь не удалось. Стѣнка протока надъ камнемъ была истончена. Въ виду этого желчный протокъ былъ вскрытъ и камень изъ него удаленъ.

1-ая половина операціи была закончена. Спрашивалось, что дѣлать дальше? На верхней поверхности печени была вскрыта и зияла полость, на нижней—вскрытъ пузырь, далѣе вскрытъ пузырный протокъ. Въ виду измѣненій со стороны пузыря имѣлись показанія къ его изсѣченію. Изсѣкая пузырь, плотно спаянный съ печенью, пришлось-бы удалять слой печени, оставляя въ ней полость. При такихъ условіяхъ мнѣ казалось болѣе выгоднымъ изсѣчь изъ печени клинъ съ такимъ расчетомъ, чтобы въ немъ содержались упомянутая полость и припаянный къ печени пузырь.

Справа и слѣва отъ предполагаемой линіи разрѣза печень была зажата руками помощника, и я началъ накладывать прямой круглой иглой цѣпочечный шовъ. 1-ый уколъ проведенъ сквозь всю толщу печени въ разстояніи приблизительно 3 см. отъ края ея. Шовъ этотъ оставленъ пока незатянутымъ. Проведенъ 2-ой шовъ также сквозь всю толщу, при чемъ вколъ сдѣланъ на среднѣмъ разстояніи между свободнымъ краемъ и 1-мъ швомъ, а выколъ—см. на 5 отступа отъ 1-го шва. Нитка 1-го шва перекрещена съ ниткой 2-го, и 1-ый шовъ затянутъ. Такъ-же накладываются и послѣдующіе швы, при чемъ матеріаломъ для швовъ взяты J-катгуты. Такъ какъ дѣло шло о клиновидномъ изсѣченіи печени, то пришлось при 1-мъ разрѣзѣ, намѣтившемъ одну сторону клина, накладывать 2 ряда швовъ и между ними разсѣчь печень. При образованіи 2-ой стороны клина, по понятнымъ причинамъ, достаточно было одной линіи швовъ, центрально отъ которыхъ печень и перерѣзалась.

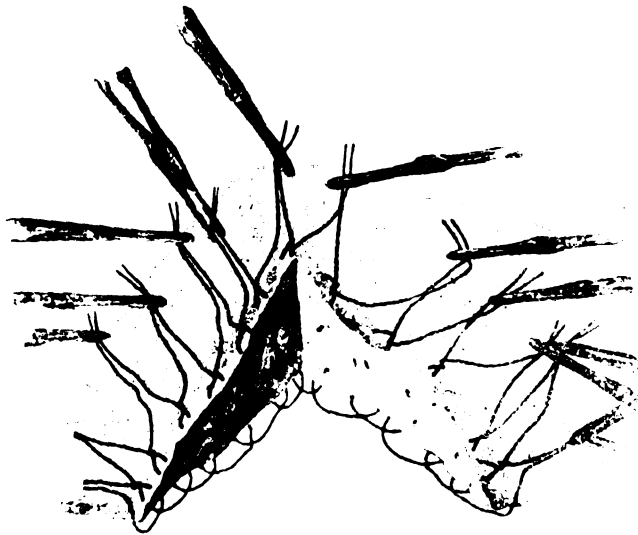


Рис. 1. Для наглядности швы представлены незатянутыми.

Чѣмъ толще становилась ткань печени, тѣмъ, не смотря на швы, больше кровоточила поверхность ея. Желая скорѣе кончить операцію, я пересталъ въ концѣ ея придерживать строго цѣпочечнаго вида шва, а просто обкалывалъ извѣстные участки печени и затягивалъ швы. Одновременно съ затягиваніемъ перерѣзалъ печень термокаутеромъ. Затягиваніе швовъ не доводилось до полной перерѣзки швомъ печеночной ткани, а лишь до возможной остановки кровоточенія. Нѣсколько кровоточившихъ по затягиваніи швовъ сосудовъ были обколоты добавочно. По отдѣленіи клина изъ печени желчный протокъ былъ обшитъ и отрѣзанъ. Дабы уменьшить получившуюся дов. большую клиновидную недостатку въ печени и облегчить послѣдующую тампонаду, я рѣшилъ связать отдѣльные нитки праваго и лѣваго разрѣзовъ. Благодаря этому, края ихъ, дѣйствительно, были приве-

дены въ взаимное соприкосновеніе. Тогда на отдѣльных нитъ связанныхъ швовъ надѣты были иглы, и при помощи ихъ нитъ проведены были изнутри кнаружи сквозь толщу покрововъ до кожи и связаны здѣсь другъ съ другомъ. Такимъ образомъ швы, служившіе для обшиванія печени, послужили и для сближенія краевъ недостатки въ ней, и для укрѣпленія органа у брюшной стѣнки, и для шва покрововъ живота.

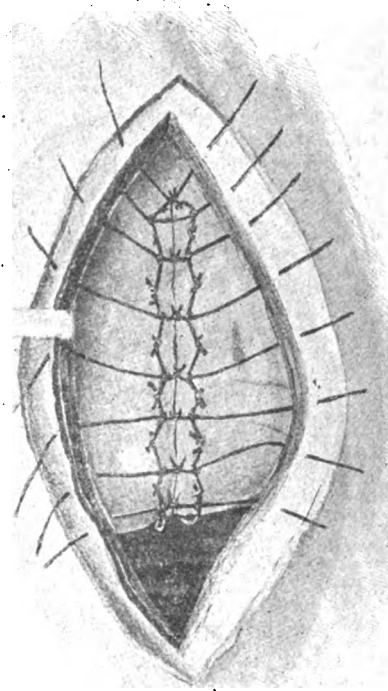


Рис. 2. Швы для шиванія печени и укрѣпленія ея у передней брюшной стѣнки.

Верхушка печеночной недостатки при вшиваніи въ рану живота пришлась въ средину верхняго колѣна Kehr'овскаго разрѣза. Въ верхній уголъ брюшной раны, т. е. выше верхняго фиксирующаго шва печени, введенъ небольшой тампонъ; остальная часть верхняго колѣна и поперечное колѣно разрѣза покрововъ шпаты. Нижнее колѣно разрѣза оставлено открытымъ; сюда введенъ рядъ ограничивающихъ тампоновъ. Къ ранѣ въ печени введенъ тампонъ Mikulicz'a.

17/ш: Извлеченъ тампонъ Mikulicz'a и замѣненъ болѣе узкой турундой. Въ области операціи въ брюшной полости развилось легкое нагноеніе и перитонитъ. Температура доходила до 39°5. Въ виду этого раннее извлеченіе ограничивающихъ тампоновъ казалось рискованнымъ. Полная смена ихъ произведена 21/ш, т. е. на 8-ой день послѣ операціи. Въ этотъ же день было распущено поперечное колѣно Kehr'овскаго разрѣза, дабы съ болѣе удобнымъ выполнитъ глубину раны швыми тампонами. Послѣ смены всѣхъ тампоновъ температура быстро упала до нормы, и рана быстро стала выполняться грануляціями и затѣмъ зарубцовалась. Оперированная выпсалась здоровой.

Только-что приведенное наблюденіе представляется, мнѣ кажется, въ интересъ въ нѣсколькихъ отношеніяхъ. Прежде всего, если не ошибаюсь, это—рѣдкость среди описанныхъ случаевъ желчно-каменной болѣзни. Просматривая обширныя казуистики Kehr'a, Körte, Langenbuch'a, Anschütz'a и пр., я нашелъ лишь мало случаевъ, гдѣ желчный пузырь, такъ сказать, вскрылся въ печень и въ этой послѣдней образовалась обширная полость, наполненная камнями и слизисто-гноной жидкостью; а между тѣмъ и въ моемъ случаѣ дѣло обстоило именно такъ: изсѣченный кусокъ печени (уплотненный въ формалинѣ) имѣетъ въ длину по краю печени 8 и спереди назадъ (длина клина) 6 см., а въ толщину по краю разрѣза 4 см.; по срединѣ этого куска расположена полушаровидная полость, на днѣ которой имѣется узкое отверстіе; не найденное во время операціи и отысканное на препаратѣ оно, какъ оказалось, сообщало полость въ печени съ полостью желчнаго пузыря.

Далѣе описываемый мною случай, въ силу патолого-анатомическихъ условій, является единичнымъ въ отношеніи оказаннаго оперативнаго пособія. На сколько мнѣ извѣстно, это—1-ый случай клиновиднаго изсѣченія печени по поводу желчно-каменной болѣзни. И на этомъ обстоятельстве стоить остановиться.

Мое наблюденіе показываетъ, что холециститъ въ зависимости отъ камней (cholecystitis calculosa) въ своихъ



проявленіяхъ можетъ дать такую картину, что представляются показанія къ клиновидному изсѣченію печени, а именно при тѣхъ рѣдкихъ условіяхъ, когда камни желчнаго пузыря пролагаютъ себѣ путь въ ткань самой печени, постепенно вызывая въ ней образованіе полости. Необходимость произвести cholecystectomy въ виду измѣненій въ пузырь; необходимость при этомъ, въ силу тѣснаго сращенія пузыря съ печенью, все равно удалить слой послѣдней; нежеланіе оставлять въ печени сравнительно большую полость и ожидать ея зарубцеванія — все это можетъ легко въ подобныхъ случаяхъ склонить хирурга къ клиновидному изсѣченію куска печени вмѣстѣ съ желчнымъ пузыремъ и пузырнымъ протокомъ. Правда, подобные условія встрѣчаются рѣдко, но все-же встрѣчаются.

Вскорѣ послѣ меня оперировалъ другую больную съ холециститомъ въ зависимости отъ камней *Н. О. Лежнева*. И у этой больной, о которой сейчасъ я не буду говорить подробно, камни изъ желчнаго пузыря прокладывали себѣ путь въ печень. Верхней стѣнкой пузыря служила рубцово-измѣненная печень. Въ виду тѣснѣйшей связи пузыря съ печенью, *Н. О. Лежневъ*, какъ и я, рѣшилъ перейти къ клиновидному изсѣченію куска печени. Операция была выполнена удачно; оперированная поправилась. Конечно, здѣсь возможно чисто случайное быстрое повтореніе 2-хъ аналогичныхъ случаевъ, но оно все же еще разъ показываетъ, что подобные случаи могутъ попадаться.

Въ заключеніе позволю себѣ сказать нѣсколько словъ о техникахъ изсѣченій печени. Повторю здѣсь еще разъ, что предварительное обшиваніе печени по *Кузнецову* и *Пенскому* есть основной принципъ операций на ней. Но самая техника шва *Кузнецова* и *Пенского*, какъ и шва *Auvray*'а, кажется мнѣ нѣсколько кропотливой. Думается, что цѣпочечный шовъ быстрѣ ведетъ къ цѣли; думаю, что онъ и не менѣе надеженъ при томъ условіи, если каждый предыдущій шовъ затягивать послѣ проведенія каждого послѣдующаго. Это необходимо въ виду того, что 1) каждый послѣдующій шовъ долженъ начинаться вколomъ по срединѣ разстоянія между вколomъ и выколomъ предыдущаго (см. рис. 1) и что 2) нитки сосѣднихъ швовъ должны захлестываться другъ за друга. При соблюденіи этихъ условій ни одного сосуда не останется не перевязаннымъ. Примѣнимость цѣпочечнаго шва подтверждается и случаемъ *Н. О. Лежнева*. Мнѣ могутъ возразить, что я же самъ, какъ это изложено въ исторіи болѣзни, въ глубинѣ печени не придерживался тщательно цѣпочечнаго шва; но я долженъ сознаться, что я отъ этого ничего не выигралъ, а больная потеряла крови больше, чѣмъ могла-бы потерять. Производя изсѣченіе печени экспромптомъ, не имѣя подъ руками иголъ *Кузнецова* и *Пенского*, съ которыми и нужно производить такую операцию, и получивъ при перерѣзкѣ печеночной ткани порядочное кровоточеніе, я, признаюсь, началъ спѣшно обкалывать кровоточившую печень и перешелъ, кромѣ того, для разсѣченія ея къ термокаутеру.

Далѣе, у меня возникаетъ такой вопросъ: нужно-ли лигатурой перерѣзать ткань печени, чтобы плотно закрыть просвѣтъ всѣхъ сосудовъ? Для остановки кровоточенія изъ венъ достаточно ихъ придавить, а артеріи, какъ на это указываетъ и самъ *М. М. Кузнецовъ*, могутъ быть перевязаны и обколоты добавочно. Въ обоихъ нашихъ случаяхъ и было поступлено именно такъ, что швами лишь сдавливалась ткань печени, что и дало возможность использовать шовъ печени до конца. Мнѣ могутъ замѣтить, что при такомъ швѣ кровоточеніе — обильнѣе и что отчасти вслѣдствіе этого я въ своей операциіи и долженъ былъ перейти къ термокаутеру. Отвѣчу на это, что *Н. О. Лежневъ* окончилъ свою операцию безъ термокаутера; кромѣ того *Mikulicz*, примѣнявшій шовъ *Кузнецова* и *Пенского*, какъ то удостовѣряетъ *Anschütz*, также прибѣгалъ къ помощи термокаутера.

Я не беру на себя смѣлости окончательно рѣшать вопросъ о техникахъ шва печени и хочу лишь отмѣтить нѣкоторыя стороны его, съ которыми мнѣ пришлось столкнуться во время операциіи, и то или иное разрѣшеніе которыхъ должно имѣть, мнѣ кажется, нѣкоторое значеніе.

Послѣ изсѣченія печени куска печени въ ней

остается, какъ извѣстно, большая недостака. Для ускоренія заживленія недостака эта должна быть уменьшена или сведена на нѣтъ; это — съ одной стороны; съ другой — для удобства тампонады и предотвращенія кровоточенія во многихъ случаяхъ выгодно подвѣсить печень къ передней брюшной стѣнкѣ. Мнѣ и кажется, что цѣпочечный шовъ, затянутый на верхней поверхности печени, безъ перерѣзанія ткани ея и можетъ быть использованъ въ обоихъ указанныхъ направленіяхъ. Въ сущности при клиновидной недостацѣ по краямъ ея получается по одному ряду швовъ. Я предлагаю не срѣзать нити швовъ, а одну нить каждого узла связывать съ нитью другого, лежащаго какъ разъ на противоположномъ краѣ недостака. Такимъ связываніемъ нитей симметрично лежащихъ узловъ недостака печени будетъ уничтожена, гезр. рана печени зашита. На остающіяся свободными нити отъ узловъ я предлагаю надѣвать иглы, съ помощью которыхъ и проводить ихъ изнутри кнаружи черезъ толщу брюшной стѣнки до подкожной клетчатки. Благодаря этому, получается 2 ряда швовъ, стянувъ которые мы подвѣшиваемъ печень къ брюшной стѣнкѣ и замыкаемъ рану послѣдней (см. рис. 2). Такимъ образомъ, тотъ шовъ, который служилъ для изсѣченія печени, служить и для стягиванія раны въ ней, и для подвѣшиванія печени и для зашиванія раны въ брюшной стѣнкѣ. Это я и называю — использовать шовъ до конца. Такъ поступилъ я въ своемъ случаѣ; такъ поступилъ и д-ръ *Лежневъ*. Конечно, при затягиваніи швовъ на верхней поверхности печени, края раны на нижней поверхности ея, быть можетъ, чуть-чуть отстаютъ другъ отъ друга, но какъ разъ туда-то и подводится тампонъ. И нѣтъ ровню никакой необходимости пришивать тампонъ; смотря по желанію и надобности, онъ можетъ быть заложенъ то болѣе туго, то болѣе рыхло, но пришивать его, хотя-бы и катгутomъ, какъ то совѣтуетъ *М. М. Кузнецовъ*, я не вижу надобности.

### СХСХІІІ. Къ казуистикѣ воспаленія лобныхъ пазухъ.

Ч. пр. Московскаго Университета *Е. Н. Малютинъ*.

2-ое больныхъ, которыхъ я хочу описать, предъявлены мною 1/хІ 1906 г. въ Обществѣ ото-рино-ларингологовъ въ Москвѣ. Изъ нихъ одинъ имѣетъ аномалію лобной пазухи, составляющую, если не упісум, то во всякомъ случаѣ одну изъ самыхъ рѣдкихъ и опасныхъ ненормальностей. По крайней мѣрѣ, въ литературѣ, бывшею у меня подъ руками, мнѣ не удалось найти описанія подобнаго отсутствія задней стѣнки лобной пазухи; только *Zuckerlandl* вскользь описываетъ одинъ разъ видѣнную имъ недостаку въ «верхней глазничной стѣнкѣ» sinus'a, черезъ что лобная пазуха сообщалась съ черепной полостью 1).

По словамъ *Hajek*'а, недостаки стѣнокъ представляютъ вообще рѣдкость. Чаше всего онѣ встрѣчаются въ нижней стѣнкѣ глазничной части, вслѣдствіе чего получается сообщеніе лобной пазухи съ глазничной впадиной; рѣже, по его мнѣнію, врожденные недостаки надбровной дуги. О другихъ аномаліяхъ въ соотвѣтствующей главѣ своей книги авторъ не упоминаетъ.

Въ моемъ случаѣ мнѣ пришлось натолкнуться на врожденную, очевидно, недостаку 1/2 задней стѣнки довольно обширной лобной пазухи.

1. Обладающій этой аномаліей больной Д. А., 47 л., крестьянинъ, крѣпкій мужчина, направленъ былъ ко мнѣ д-ромъ *Блумбергомъ* по случаю свища во лбу и былъ мною помѣщенъ въ Лазскую больницу.

При осмотрѣ больного на срединѣ переносицы оказалась явочка съ подрытыми краями, выдѣлявшая гной. Зондъ нащупывалъ обнаженную, изъѣденную кость. При нѣкоторомъ стараніи удалось отыскать свищевой ходъ въ кости, который велъ въ правую лобную пазуху. На днѣ зондъ упирался во что-то мягкое, принимавшееся мною за грануляціонную поверхность. Исслѣдованіе носа показало, что справа средняя раковина увеличена и средній носовой проходъ вполне выполненъ гноемъ.

Въ 80 хъ годахъ больной заразился сифилисомъ. Начало настоящей болѣзни онъ относитъ къ ноябрю прошлаго года, когда у него на лбу, безъ видимой причины, появилась шишка и распухло все лицо. Предъ этимъ не замѣчалъ ни головной боли, ни

насморка. На 4-ый день послѣ появленія шишки въ амбулаторіи больницы былъ сдѣланъ разрѣзъ, при чемъ опухоль оказалась гнойникомъ, и въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ дѣлали амбулаторно перевязки, вкладывая въ рану турунды. Потомъ такія-же перевязки дѣлались въ деревнѣ Костромской губ. въ земской больницѣ и, наконецъ, въ губернской больницѣ въ Костромѣ, гдѣ больной лежалъ около 2-хъ недѣль и получалъ К.Л. Улучшенія никакого не было, язва на лбу не заживала, гноилась, и послѣдніе 8 мѣс. больной не лѣчился ничѣмъ.

Въ виду того, что распознаваніе было ясное и дѣло, несомнѣнно, имѣлось съ эмпиемой правой лобной пазухи, я рѣшилъ вскрыть послѣднюю, не предпрѣвая заранѣе способа, а идя отъ свищевого хода. Разрѣзъ кожный былъ сдѣланъ (1/х 1906 г.) вдоль лба черезъ свищъ до кости; надкостница съ кожей сдвинута вверхъ и внизъ, и подъ контролемъ зонда я сталъ снимать допотопъ переднюю стѣнку лобной пазухи. Какъ только было сдѣлано отверстие величиной въ 1 см. въ диаметръ, представившаяся глазамъ оболочка полости стала сильно пульсировать, а потому явился мысль, что вскрыта не пазуха, а черепная полость и что мы имѣемъ дѣло не съ воспаленіемъ пазухи, а съ гнойникомъ, помѣщающимся подъ твердой мозговой оболочкой. Однако, проведя зондъ вправо, я нащупывалъ заднюю черепную стѣнку лобной пазухи. Снявъ переднюю стѣнку и отслаивая осторожно съ нея оболочку пазухи, я могъ отсепаровать цѣликомъ наполненный гноемъ, грануляциями и полипозными разраженіями мѣшокъ, который до тѣхъ поръ, пока его не вытаскивали, продолжалъ пульсировать. Снявъ затѣмъ всю переднюю стѣнку лобной пазухи, я получилъ такую картину: пазуха, дов. обширная, начинается нѣсколько влѣво отъ средней линіи и идетъ далеко вправо; на задней стѣнкѣ, начиная отъ внутренняго края пазухи, т. е. заходя нѣсколько за среднюю линію влѣво, начинается прогалина въ стѣнкѣ, въ видѣ овала, длиною въ 2, шириною въ 1 см. съ совершенно гладкими, закругленными краями, на которыхъ нѣтъ ни зазубринъ, ни изгнѣднѣй, вообще ни малѣйшаго слѣда какого-либо каріознаго процесса; весь овалъ отличается замѣчательною правильностью очертаній; вправо задняя стѣнка продолжается въ уголъ еще приблизительно на 1 см.; къ овальному отверстию со стороны черепной полости примыкаетъ совершенно нормальная на видъ, синеватая поверхность бьющейся стрѣловидной пазухи (*sinus sagittalis*); на твердой мозговой оболочкѣ никакихъ слѣдовъ воспалительнаго процесса—ни сросшеній, ни грануляцій; отдаленная отъ края костнаго овала твердую мозговую оболочку, можно видѣть т. наз. пѣтушій гребешекъ (*crista galli*); мѣшокъ, наполненный гноемъ, прикрѣпленъ къ кости въ правомъ углу, лежитъ непосредственно на стрѣловидной пазухѣ, повторяя ея біенія, а гной пробилъ себѣ дорогу наружу черезъ переднюю костную стѣнку, щадя мѣсто наименьшаго сопротивленія.

Въ виду встрѣтившейся аномаліи, я не хотѣлъ дѣлать широкаго сообщенія лобной пазухи съ носовой полостью, предполагая рѣшетчатая, также, повидимому, вовлеченная въ процессъ, кѣтки впоследствии вскрыты внутриносовымъ путемъ, и ограничился лишь, по возможности, полнымъ удаленіемъ передней стѣнки и выскабливаніемъ всѣхъ уголковъ, безъ расширенія лобноносового прохода. На разрѣзъ наложено нѣсколько швовъ, при чемъ оставлено небольшое отверстие для введенія тампона. Черезъ это отверстие можно и теперь еще, хотя полость выполняется грануляциями, при помощи зонда опредѣлить отсутствіе задней стѣнки.

Послѣ моего доклада однимъ изъ товарищей мнѣ сдѣланъ былъ упрекъ въ томъ, что я не произвелъ въ данномъ случаѣ *Killian*'овской операціи, такъ какъ тогда было-бы меньше риска получить возвратъ и затѣмъ заболѣваніе мозговой оболочки. Я остаюсь, однако, при своемъ мнѣніи, что широкое сообщеніе съ носомъ въ подобныхъ случаяхъ опасно и лучше довести лобную пазуху до запустѣнія, наблюдая за ея выполненіемъ сверху.

Случай этотъ крайне поучителенъ. Малѣйшая неосторожность при зондированіи, простая случайность, и больной могъ-бы погибнуть, при чемъ безъ вскрытія, конечно, никому-бы и въ голову не пришла мысль о главной причинѣ его гибели. Что касается мѣста прободенія лобной пазухи, то въ данномъ случаѣ можно, пожалуй, объяснить счастливое разрѣшеніе заболѣванія возникновеніемъ эмпиемы лобной пазухи сверху съ сифилитическаго періостита. Хотя анамнезъ не даетъ на это никакихъ указаній, но допустить такое объясненіе вполнѣ возможно, ибо подобные случаи нерѣдки.

Но, что гной иногда для выхода выбираетъ себѣ наиболѣе, казалось-бы, неподатливую переднюю стѣнку пазухи, это видно изъ другого случая, о которомъ я сообщилъ въ Обществѣ одновременно. Если въ случаѣ 1 можно объяснить предусмотрительность природы при выборѣ мѣста выхода гноя бывшимъ 20 лѣтъ назадъ сифилисомъ, то въ случаѣ 2 положительно курьезно, почему гной не пробилъ себѣ болѣе удобнаго пути въ болѣе податливой стѣнкѣ

2. И. А., 48 л., крестьянинъ, поступилъ ко мнѣ въ палату, то-

же благодаря любезности д-ра *Блюмберга*, и сообщилъ, что у него съ годъ назадъ стала болѣть голова. Боли сначала были неопредѣленныя, потомъ мѣстоположеніе ихъ стало яснѣе, и яма болѣе уже отчетливо ощущалась во лбу. Въ срединѣ сентября лобъ сталъ пухнуть, на немъ появилась мягкая шишка; въ правой ноздри пошелъ гной, и, наконецъ, шишка прорвалась сама, и больной явился въ больницу, гдѣ въ амбулаторіи нѣсколько расширили произвольно образовавшееся отверстіе; затѣмъ больного положили въ мою палату.

При изслѣдованіи носа видно, что справа сильно увеличена средняя носовая раковина, носолобный каналъ плохо проходитъ. Всю правую  $\frac{1}{2}$  лица и отчасти лобъ покрываетъ врожденный ангиома. На лбу небольшой, продолжный, идущій къ носу разрѣзъ. Зондъ нащупываетъ обнаженную кость и свищевой ходъ въ ней, ведущій въ правую лобную пазуху. Сифилиса не было.

Въ виду того, что присутствіе ангиомы заставляло бояться большого кровотеченія, я не рѣшился сдѣлать здѣсь болѣе коренную операцію *Killian*'овскаго типа, а рѣшилъ удовольствоваться простымъ снятіемъ передней стѣнки. Для за 4 до операціи больному былъ назначенъ хлористый кальцій съ цѣлю уменьшить возможное кровотеченіе, и, дѣйствительно, не смотря на распространеніе ангиомы на лобъ, кровотеченіе при разрѣзѣ было очень небольшое. 17/х имѣвшійся уже у больного разрѣзъ былъ продолженъ внизъ и вправо. Скребокъ надкостницы и кожа отслоены, и, начиная отъ свищевого хода была выдолблена вся передняя стѣнка пазухи, оказавшейся дов. обширною: ее выполняло огромное количество страшно вонючаго гноя и масса грануляцій. Все было тщательно выскоблено. Ходъ въ носовую полость оказался почти совершенно заросшимъ; я его не расширялъ, а лишь выскоблilъ сверху. Наложено нѣсколько швовъ, и вставленъ тампонъ. Въ настоящее время полость выполняется.

Оба больные на дняхъ выпишываются и будутъ ходить на перевязки.

Что касается литературныхъ данныхъ, то, насколько мнѣ удалось отыскать, подобныя прободенія передней стѣнки были описаны только *Botey*'емъ<sup>2)</sup> (2 случая), и я сомнѣваюсь, чтобы ихъ встрѣчалось очень много. Нужно удивительное терпѣніе русскаго человѣка, чтобы болѣзнь, тянувшаяся годъ, могла такъ мало обращать на себя вниманія, и только неудобство имѣть на лбу гноящуюся язву могло заставить больного обратиться къ врачебной помощи.

Литература: 1. *Hajek*. Nebenhöhlen der Nase. Wien, 1903 г. стр. 134.—2. *Botey*. «Revue de laryngologie» № 3. Прив. по *Paul Heyman* Handbuch.

Изъ клиники датскихъ воланей проф. Н. С. Корсакова въ Московскомъ Университетѣ.

Наблюденія надъ лѣченіемъ скарлатины сывороткой Moser'a.

Ассистента клиники В. И. Молчанова.

(Окончаніе. См. выше, № 50, стр. 1574).

Переходя къ болѣе подробному разбору своихъ больныхъ, останавлиюсь прежде всего на умершихъ.

А. Л. (№ 12) поступилъ въ клинику на 6-ой день болѣзни съ значительными мертвѣниями въ зѣвѣ, но общее состояніе (полное сознаніе) не позволяло говорить о непосредственной опасности (предсказаніе III). 2-кратное впрыскиваніе сыворотки (300 к. стм. въ 2 приема) не дало никакого улучшенія; наоборотъ, общее состояніе значительно ухудшилось, и появились признаки воспаленія суставовъ. Больной умеръ чрезъ 2-ое сутокъ послѣ 1-го впрыскиванія сыворотки. На вскрытіи найдено гнойное воспаленіе всѣхъ крупныхъ суставовъ и обычныхъ для гнилостной скарлатины измѣненія во внутреннихъ органахъ. Изъ крови сердца и гноя суставовъ выдѣлена чистая развода стрептококка. Въ виду позднаго впрыскиванія является вероятнымъ предположеніе, что въ данномъ случаѣ имѣлось общее зараженіе организма стрептококкомъ еще до впрыскиванія сыворотки.

П. Ч. (№ 14), въ виду недурного общаго состоянія и умеренныхъ измѣненій въ зѣвѣ, не могла быть отнесена къ случаямъ тяжелымъ; въ отношеніи предсказанія она стоитъ на границѣ между II и III категоріями, но отнесена была нами къ III. Впрыскиваніе сыворотки сдѣлано было въ началѣ 3-хъ сутокъ и затѣмъ еще повторено было 2 раза (всего впрыснуто 400 к. стм.). Результатъ впрыскиванія былъ совершенно отрицательнымъ: сколько-нибудь замѣтнаго паденія температуры не наблюдалось, общее же состояніе, равно какъ и мѣстныя явленія прогрессивно ухудшались, и больная умерла на 10-ый день послѣ 1-го впрыскиванія. Изслѣдованіе крови произведено было при жизни 3 раза, первые 2 раза съ отрицательнымъ результатомъ, а въ послѣдній—за сутки до смерти—была получена чистая развода стрептококка. Спинно-мозговая жидкость оказалась стерильною. На вскрытіи найдены почти тѣ же самыя измѣненія, что и въ предыдущемъ случаѣ (гнило-гноеревне). Изъ гноя суставовъ

изъ крови сердца выдѣлена чистая разводка стрептококка. Въ этомъ случаѣ сыворотки, не смотря на своевременное примѣненіе, не предотвратила развитія стрептококковаго гнилокровія.

А. М. (№ 18) принята въ клинику на 6-ой день болѣзни въ очень тяжеломъ состояніи и отнесена мною къ IV категоріи. Выпрыскиваніе сыворотки (300 к. стм. въ 2 приема), хотя и оказало нѣкоторое благоприятное дѣйствіе въ смыслъ паденія температуры (на 2°), но другія явленія ухудшились, и больная умерла черезъ 1½ сутокъ послѣ 1-го выпрыскиванія. Патологоанатомическія измѣненія, какъ показало вскрытіе, состояли главнымъ образомъ въ быковомъ перерожденіи внутреннихъ органовъ. Кровь, изслѣдованная при жизни и послѣ смерти, оказалась стерильной. Смерть въ данномъ случаѣ, повидимому, произошла отъ отравленія органами скарлатиннымъ ядомъ.

И. Я. (№ 20)—случай тяжелой скарлатины съ слабовыраженной сыпью (III). Особенность его состоитъ въ раннемъ осложненіи скарлатиннаго процесса нефритомъ и мочеокровіемъ, припадки которыхъ въ послѣдствіи сдѣлались преобладающими въ картинѣ болѣзни. Послѣ выпрыскиванія сыворотки (200 к. стм.) наблюдалось значительное пониженіе температуры (на 3°), но мѣстныхъ явленія въ зѣвѣ и общее состояніе безпрерывно ухудшались, и больной умеръ чрезъ 9 дней послѣ выпрыскиванія при явленіяхъ мочеокровія. Вскрытія и изслѣдованія крови сдѣлано не было.

А. Д. (№ 21) въ отношеніи предсказанія отнесена къ III категоріи. Выпрыскиваніе сдѣлано на 4-ый день болѣзни и чрезъ сутки было повторено (всего 400 к. стм.). Мѣстныхъ явленія въ зѣвѣ послѣ выпрыскиванія оставались все время безъ перемѣнъ, языки даже уменьшились, но въ общемъ состояніи уже чрезъ 12 час. послѣ 1-го выпрыскиванія наступило рѣзкое ухудшеніе: температура повысилась (41°), возбужденіе и бредъ усилились, сознание сдѣлалось затмѣненнымъ. Вслѣдъ за тѣмъ появилось своеобразное измѣненіе сыпи: кожа живота въ области укола сильно побѣдѣла, на конечностяхъ же появились крупными, яркочерными и рѣзко очерченными пятнами, которыя, исчезая въ одномъ мѣстѣ, появлялись въ другомъ (крапивница). Получалось такое впечатлѣніе, какъ будто дѣло имѣлось съ необыкновенно быстро наступившими послѣсывороточными явленіями (немедленная реакція *Pirquet*?). До заболѣванія скарлатинной больная сыровоточному лѣченію не подвергалась. Она умерла черезъ 2-ое сутокъ послѣ 1-го выпрыскиванія при явленіяхъ нарастающей слабости сердца. Изслѣдованіе крови и вскрытіе не могли быть произведены. Конечно, утверждать съ положительностью нельзя, но у насъ явилось подозрѣніе, что рѣзкое и быстрое ухудшеніе болѣзни могло быть вызвано въ данномъ случаѣ выпрыскиваніемъ сыворотки.

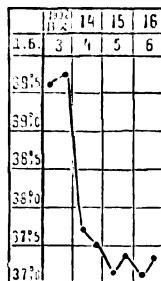
В. О. (№ 30), поступилъ въ клинику на 4-ый день болѣзни, почти въ безнадежномъ состояніи (IV). Несмотря на критическое паденіе температуры (на 3°) на другой же день послѣ выпрыскиванія (200 к. стм.), состояніе сердечной дѣятельности и нервныя явленія ухудшились, очаги омертвѣнія въ зѣвѣ продолжали увеличиваться, и больной скончался черезъ 3 дня послѣ выпрыскиванія. Кровь, изслѣдованная при жизни, оказалась стерильной, послѣ же смерти дала чистую разводку стрептококка. На вскрытіи найдены хроническая головная водянка, отекъ мозга, катаральное воспаленіе легкихъ и обычное для заразныхъ болѣзней быковое перерожденіе внутреннихъ органовъ.

М. Т. (№ 32) — случай очень тяжелой скарлатины (IV); при незначительныхъ сравнительно измѣненіяхъ въ зѣвѣ преобладали рѣзкія явленія отравленія. Выпрыскиваніе (200 к. стм.) сдѣлано было на 2-ой день болѣзни, когда больная была уже въ безнадежномъ состояніи. Смерть наступила черезъ 8 часовъ послѣ выпрыскиванія. Изслѣдованіе крови, взятой изъ сердца, дало чистую разводку стрептококка. Вскрытіе показало паренхиматозныя измѣненія и венный застой во всѣхъ внутреннихъ органахъ.

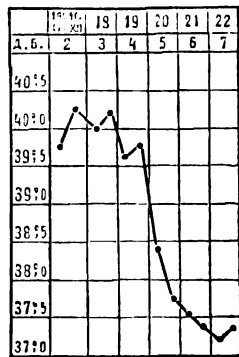
Такимъ образомъ, если изъ 7 случаевъ, кончившихся смертью, 5 не могутъ говорить ни въ положительную, ни въ отрицательную сторону по вопросу о лѣчебномъ значеніи сыворотки, то въ 2-хъ изъ нихъ (№№ 14, 21) мы въ правѣ были ожидать болѣе благоприятнаго результата.

Разсмотримъ теперь, каково было вліяніе сыворотки на отдѣльные припадки болѣзни и какія измѣненія въ скарлатинномъ процессѣ можно было подмѣтить во всѣхъ 33-хъ случаяхъ? Паденіе температуры—самый главный, выдающійся результатъ дѣйствія сыворотки; о немъ говорятъ всѣ авторы, даже тѣ, которые отрицаютъ ея лѣчебное значеніе (*Heubner, Garlippi* др.). У 25 больныхъ (т. е. въ 75%) я могъ отмѣтить несомнѣнное рѣзкое паденіе температуры отъ 1° до 3° въ теченіи первыхъ 2-хъ сутокъ послѣ выпрыскиванія. Въ это число входятъ какъ чистые случаи, такъ и осложненные омертвѣніемъ въ зѣвѣ, какъ средніе, такъ и тяжелые (III и IV); сюда отнесены и 3-е больныхъ, въ послѣдствіи умершихъ. Паденіе температуры можно было наблюдать въ различные періоды болѣзни, начиная отъ 3-го и кончая 8-мъ днемъ болѣзни. У 4-хъ больныхъ паденіе температуры было незначительное и малозамѣтное; въ 4-хъ же случаяхъ (всѣ кончились смертью) она вовсе не понижалась. Конечно, болѣе или менѣе рѣз-

кое пониженіе температуры приходится иногда наблюдать и въ случаяхъ, гдѣ не примѣнялось лѣченія сывороткой. Просматривая исторію болѣзней скарлатиннаго отдѣленія клиники за нѣсколько лѣтъ, я встрѣтилъ не мало такихъ случаевъ. Привожу, для примѣра, температурныя кривыя 2-хъ изъ нихъ.



О. Г., 14 л.



Д. Л., 10 л.

Необходимо, однако, замѣтить, что воѣ эти случаи были легкіе или средніе, при томъ температура падала въ нихъ на 4-ый или 5-ый день болѣзни, когда обыкновенно въ неосложненныхъ случаяхъ скарлатины заканчивается лихорадочный (токсическій) періодъ болѣзни. Такого-же паденія температуры, какое видимъ, напр., въ случаяхъ № 9 (предсказаніе IV, на 3-й день болѣзни температура упала на 3°), мнѣ не приходилось встрѣчать ни разу. Паденіе температуры въ большинствѣ случаевъ, гдѣ примѣняется лѣченіе сывороткой *Moser'a*,—фактъ, мнѣ кажется, не подлежащій сомнѣнію. Но можно-ли на основаніи его говорить о специфическомъ вліяніи сыворотки на скарлатинный процессъ?, я рѣшать не берусь. Опытотъ лѣченія скарлатины не специфическими сыворотками мы не дѣлали. Въ 1899 и 1900 гг. въ клиникѣ много разъ въ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины примѣнялось выпрыскиваніе большихъ количествъ (100—300 к. стм.) физиологическаго раствора поваренной соли, но вліяніе его на температуру получалось совершенно отрицательное. Въ русской литературѣ я нашелъ 3 случая примѣненія при скарлатинѣ нормальной лошадиной сыворотки. Въ 1 случаѣ *А. П. Ланового*, какъ видно изъ приведенной исторіи болѣзни, температура упала въ теченіи 2-хъ сутокъ съ 39°,5 до 37°, т. е., на 2°,5. Изъ 2-хъ случаевъ *А. Ц. Мицкевича* и *С. Я. Яснаго* одинъ кончился смертью, въ другомъ-же, тяжеломъ, послѣ выпрыскиванія температура упала на 1°, и получилось улучшеніе какъ самочувствія, такъ и сердечной дѣятельности. Въ виду такихъ результатовъ нельзя не согласиться съ мнѣніемъ *Heubner'a* о желательности дальнѣйшихъ опытовъ примѣненія неспецифическихъ сыворотокъ у скарлатинныхъ больныхъ.

Послѣ первоначальнаго паденія дальнѣйшій ходъ температуры въ различныхъ случаяхъ былъ неодинаковъ. Очень рѣдко паденіе температуры послѣ сыворотки было окончательнымъ. Изъ 26 выздоровѣвшихъ больныхъ это наблюдалось только у 4-хъ, и почти всѣ они въ отношеніи предсказанія относятся къ II категоріи (№№ 11, 16, 27—II и 25—III). Гораздо чаще, упавъ въ первые 2 дня послѣ выпрыскиванія, температура въ дальнѣйшемъ снова поднималась и оставалась повышенной болѣе или менѣе продолжительное время, а именно: въ 3-хъ случаяхъ она окончательно упала между 8-мъ и 10-мъ днемъ болѣзни (№№ 2, 4, 27), въ остальныхъ-же 19 (т. е. въ 73% всѣхъ выздоровѣвшихъ) лихорадочное состояніе затянулось долѣе 10-го дня болѣзни (№ 1—48-го дня болѣзни, № 6—70 дня, № 9—30-го и т. д.). Причиной лихорадки во всѣхъ этихъ случаяхъ служили различныя осложненія, свойственныя скарлатинѣ, или-же побочныя явленія сыворотки. Такимъ образомъ паденіе температуры, наблюдавшееся въ моихъ случаяхъ почти, какъ правило, въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни оказалось непрочно.

Одновременно съ паденіемъ температуры улучшилось и общее состояніе больныхъ: возбужденіе и бредъ исчезали или значительно уменьшались; въ тѣхъ же случаяхъ, когда со стороны нервной системы преобладавшимъ припад-

комъ являлась сонливость, спячка, — больные видимо дѣлались бодрѣе и начинали проявлять интересъ къ окружающему; вмѣстѣ съ тѣмъ пульсъ дѣлался рѣже и полнѣе, одышка смѣнялась болѣе ровнымъ и покойнымъ дыханіемъ. Такое улучшение въ общемъ состояніи было очевидно и безспорно въ 9 случаяхъ (27%), т. е. гораздо рѣже, чѣмъ паденіе температуры. Въ 15 случаяхъ улучшение было незначительное и малозамѣтное или же наступало очень медленно, такъ что было затруднительно поставить его въ связь съ вприскиваниемъ сыворотки. Между тѣмъ въ эту группу входили также больные, которымъ сыворотка была вприснута далеко не поздно, а именно на 2-ой и на 3-й день болѣзни (№№ 2, 22, 23, 24, 26, 28). Наконецъ, въ 9 случаяхъ общее состояніе послѣ вприскивания сыворотки нисколько не улучшилось или даже ухудшилось. Въ эту группу входятъ всѣ 7 умершихъ и 2-ое изъ выздоровѣвшихъ больныхъ. Въ 2-хъ послѣднихъ случаяхъ (дѣвочка, 9 л., (№ 19) и женщина, 26 л. (№ 27) послѣ вприскивания сыворотки возбужденное состояніе съ бредомъ и галлюцинаціями было настолько сильно, что пришлось прибѣгнуть къ приемамъ брома и хлоралъ-гидрата.

Менѣе благоприятнымъ оказалось, по моимъ наблюдениямъ, дѣйствіе сыворотки на омертвѣнія въ зѣвѣ. Вообще осложненіе омертвѣвающей жабой встрѣтилось мнѣ въ 29 случаяхъ. Въ 8 изъ нихъ процессъ омертвѣнія, наблюдавшійся еще до начала сывороточнаго леченія, началъ уменьшаться послѣ вприскивания; въ остальныхъ же 21 случаѣ (75%) омертвѣнія появились вновь, или же, если они имѣлись раньше, увеличились послѣ вприскивания. Наблюдалось это, между прочимъ, также и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вприскиваніе сыворотки нельзя было назвать запоздалымъ: оно дѣлалось на 2-ой или на 3-й день болѣзни (№№ 2, 9, 14, 15, 23, 24, 28). Зѣвъ въ общемъ очищался довольно медленно; въ 14-же случаяхъ омертвѣнія держались въ немъ дольше 10-го дня болѣзни.

То же самое нужно сказать объ осложненіяхъ со стороны полости рта. Афтозный стоматитъ вновь появился послѣ вприскивания въ 4-хъ случаяхъ и въ 1 изъ нихъ (№ 6) онъ протекалъ въ очень тяжелой формѣ (дифтеріоидной). Что касается осложненій со стороны другихъ органовъ, то они были таковы: средній отитъ — 7 разъ (21,2%), гнойный лимфаденитъ шейныхъ железъ — 3, катаральный бронхитъ — 2, катарральная леймонія — 2, гнойный плейритъ — 1, миокардитъ — 6, эндокардитъ — 2, полиартритъ (скарлатинный реиматизмъ) — 6, гнойный полиартритъ (гнилогноекрое) — 2, гнойный периаартритъ — 1, альбуминурия — 4, нефритъ — 9 (27,2%).

Я не могу сказать, чтобы теченіе всѣхъ этихъ осложненій существеннымъ образомъ отличалось отъ обычнаго, какое вообще приходится наблюдать при скарлатинѣ. Считаю необходимымъ остановить вниманіе лишь на воспаленіи почекъ. Случаи, осложненные нефритомъ, по годамъ распредѣляются такъ: въ 1904 г. ихъ было 1, въ 1905 г. — 3, въ 1906 г. — 5. Такимъ образомъ  $\frac{8}{9}$  общего числа ихъ приходится на 2 послѣднихъ года. Въ 1906-мъ акад. году какъ въ клиникѣ, такъ и въ частной практикѣ приходилось видѣть особенно много нефритовъ. Поэтому я думаю, что замѣтное увеличеніе числа нефритовъ между лечеными сывороткой за послѣдніе 2 года нужно объяснить скорѣе всего характеромъ эпидеміи (genius epidemicus).

Что касается характера наблюдавшихся воспаленій почекъ, то слѣдуетъ замѣтить, что рядомъ съ легкими, безслѣдно проходившими въ 3—5 дней, были также и очень тяжелые случаи. Въ 2-хъ случаяхъ воспаленіе почекъ протекало съ явлениями мочекрыіа; одинъ изъ этихъ больныхъ (№ 20) и погибъ отъ него; другой (№ 26), хотя и поправился, но вышелъ изъ клиники на 60-й день болѣзни съ невыполнѣ еще исчезнувшей альбуминуріей.

На сыпь и шелушеніе существеннаго вліянія сыворотки подмѣтить не удалось.

Собственно сывороточныя осложненія наблюдались мною въ 14 случаяхъ, т. е. въ 42,4%. Состояли они въ различнаго рода сыпяхъ — (крапивница — 12 разъ, разно-

ная эритема — 12. мѣстномъ отека (1 разъ) и въ суставныхъ боляхъ (4 раза). По большей части всѣ эти осложненія появлялись на 7—14-й день послѣ вприскивания и сопровождались болѣе или менѣе значительной лихорадкой (до 40) и общей слабостью, исчезали же черезъ 3—7 дней, но въ 1 случаѣ (№ 31) отекъ мошонки держался 2 недѣли. У 1 больного (№ 26) сывороточная сыпь высыпала 2 раза — сначала въ видѣ крапивницы на 5-й день послѣ вприскивания, а потомъ на 20-й день въ видѣ геморрагической эритемы. Замѣтнаго опуханія железъ, а также какихъ-либо опасныхъ для жизни явленій я не наблюдалъ.

Въ частной практикѣ Moser'овская сыворотка примѣнена была мною въ 1 случаѣ (№ 35).

Этотъ больной, 16 л., по тяжести долженъ быть отнесенъ къ категоріи среднихъ случаевъ (II). Вприскиваніе было сдѣлано ему на 3-й день болѣзни. Дѣйствіе сыворотки выразилось въ паденіи температуры и въ некоторомъ улучшеніи общаго самочувствія. Зѣвъ очистился на 9-й день болѣзни. Болѣзнь протекала безъ осложненій. Изъ сывороточныхъ явленій наблюдалась крапивница, развившаяся на 7-ой день послѣ вприскивания.

Исторія болѣзни другого больного любезно доставлена была мнѣ д-ромъ А. Э. Валицкимъ (№ 34).

Въ отношеніи предсказанія случай этотъ отнесенъ мною къ III категоріи. Вприскиваніе сдѣлано было на 3-й день болѣзни: въ теченіи 2-хъ дней температура упала на 2°, и общее состояніе замѣтно улучшилось. Въ дальнѣйшемъ теченіи наблюдалась альбуминурия, державшаяся 1 сутки. Сывороточная сыпь (крапивница) высыпала 2 раза на 9-й день послѣ вприскивания и на 16-й.

Кромѣ Moser'овской сыворотки въ клиникѣ была примѣнена въ 3-хъ случаяхъ скарлатины также поливалентная противострептококковая. 2-ое изъ этихъ больныхъ выздоровѣли, 1 умеръ.

Изъ выздоровѣвшихъ 1-ый (№ 36) представлялъ случай тяжелой скарлатины (III категорія). Вприскиваніе сдѣлано было на 4-й день болѣзни въ количествѣ 200 к. стм. Температура упала въ теченіи 2-хъ дней послѣ вприскивания на 2°; общее состояніе также улучшилось. Наоборотъ, омертвѣнія въ зѣвѣ увеличились, и вновь появилось афтозное воспаленіе рта. Изъ другихъ осложненій въ дальнѣйшемъ теченіи наблюдались средній гнойный отитъ и полиартритъ.

2-ой больной (№ 37) былъ принятъ въ клинику по поводу осложненій скарлатины — острого геморрагическаго нефрита и воспаленія коленного и голеностопнаго суставовъ, при чемъ послѣднее было распознано хирургомъ, какъ гнойное. Сыворотка (200 к. стм.) была вприснута на 24-й день заболѣванія скарлатиной и на 7-ой день заболѣванія означенными осложненіями. Послѣ вприскивания температура медленно и постепенно понижалась; но приписать такое паденіе вліянію сыворотки я не могу, ибо еще до вприскивания замѣтна была наклонность температуры къ пониженію.

Поучительность этого случая состоитъ въ томъ, что здѣсь сыворотка не оказала никакого дурнаго вліянія на острый воспалительный процессъ въ почкахъ, — протекалъ онъ въ общемъ легко и исчезъ окончательно черезъ 2 недѣли. Что касается выпота въ суставахъ, то онъ исчезалъ очень медленно, въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ.

3-й случай (№ 38), въ которомъ примѣнена была поливалентная сыворотка, окончился смертью.

Этотъ больной дов. тяжелой скарлатины безъ сыпи. На 4-й день болѣзни, въ виду присутствія въ зѣвѣ большихъ налетовъ и неопредѣленныхъ результатовъ бактериологическаго изслѣдованія, была вприснута противодифтеріальная сыворотка, послѣ чего температура замѣтно упала, но затѣмъ снова поднялась, и обнаружился рядъ осложненій, свойственныхъ скарлатинѣ: гнойное воспаленіе среднего уха, воспаленіе тазобедреннаго сустава и выпотъ въ полости плейры. Поливалентная сыворотка въ количествѣ 180 к. стм. была вприснута въ 2-й приемъ на 16-й день болѣзни. Хотя температура послѣ вприскивания нѣсколько и понизилась, но мѣстные воспалительные процессы безпрерывно прогрессировали: изъ среднего уха воспаленіе перешло на сосцевидный отростокъ, гнойный выпотъ въ тазобедренномъ суставѣ и въ полости плейры все увеличивался, и больная скончалась на 56-ой день болѣзни. На вскрытіи найдена булгочатка легкихъ и височной кости, а также гнойные очаги въ различныхъ органахъ: въ плейрѣ, въ тазобедренномъ суставѣ, среднемъ ухѣ и въ мозговыхъ оболочкахъ (гноекрое).

Въ заключеніе позволю себѣ привести тѣ выводы, къ которымъ мы пришли на основаніи своихъ наблюденій. Moser'овская сыворотка у большинства скарлатинныхъ больныхъ, несомнѣнно, вызываетъ значительное пониженіе температуры, очень часто сопровождающееся замѣтнымъ улучшеніемъ и общаго ихъ состоянія (нервные явленія, пульсъ, дыханіе). Но нельзя утверждать, что она оказываетъ глубокое вліяніе на скарлатинный процессъ во всей



его совокупности. Дѣйствіе ея на мѣстный процессъ въ полости зѣва—очень слабое, скорѣе ничтожное. Осложненій она не предотвращаетъ и не вліяетъ, повидимому, и на характеръ ихъ теченія. Въ зависимости отъ этого лихорадочный періодъ и продолжительность всей болѣзни у лѣченныхъ сывороткой скарлатинныхъ больныхъ не короче, чѣмъ у нелѣченныхъ. Дѣйствіе сыворотки Moser'a справедливо называютъ (*Escherich* и др.) антитоксическимъ; на проявленія же зараженія вліяніе ея, если и обнаруживается, то въ очень слабой степени. Примѣнять сыворотку слѣдуетъ, но только въ случаяхъ болѣе или менѣе серьезныхъ, въ особенности же тамъ, гдѣ замѣтно выступаютъ явленія отравленія (интоксикаціи); это—наиболѣе благодарные случаи для примѣненія сыворотки. Впрыскиваніе нужно дѣлать раньше—по возможности, не поздиѣ 4-го дня болѣзни, ибо съ этого дня въ картинѣ болѣзни обыкновенно начинаютъ преобладать припадки зараженія.

Конечно, выводы эти, какъ основанные на небольшомъ сравнительно числѣ наблюденій, не могутъ имѣть безусловнаго значенія. Но я думаю, что въ настоящее время, по многимъ причинамъ, вообще нельзя дать окончательнаго заключенія о достоинствѣ сыворотки Moser'a, какъ специфическаго лѣчебнаго средства противъ скарлатины. Этому мѣшаетъ, прежде всего, недостаточная изученность сыворотки въ экспериментальномъ отношеніи. Такъ, до сихъ поръ еще не найдены способъ лабораторнымъ путемъ опредѣлять дѣйствительность сыворотки противъ того самаго стрептококка, бороться съ которымъ она призвана у постели больного \*). Экспериментаторъ, приготовляющій сыворотку, въ настоящее время можетъ судить объ ея дѣйствительности или недѣйствительности только по тѣмъ результатамъ, которые получаются послѣ ея примѣненія на больныхъ. Кромѣ того, надо принять во вниманіе сложность самаго процесса скарлатины и отсутствіе единства во взглядѣ на специфическаго возбудителя этой болѣзни, такъ какъ вопросъ о признаніи стрептококка такимъ возбудителемъ все еще остается открытымъ.

**Литература.** 1. Moser. «Jahrbuch für Kinderheilkunde», т. LVII.—2. *Pospischill*. «Wiener klin. Wochenschrift», 1903 г. № 15.—3. *Escherich*. Тамъ же, 1903 г. № 23.—4. *Bokay*. «Deutsche medic. Wochenschrift», 1904 г. № 1.—5. *Heubner*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1904 г. № 14.—6. *Она же*. Тамъ же, 1905 г. № 8.—7. *Mendelson*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1905 г. № 12.—8. *Ganghoffner*. Тамъ же, 1905 г. № 14, 15.—9. *Quest*. Тамъ же, 1905 г. № 25.—10. *Bokay*. «Jahrbuch für Kinderheilkunde», LXII.—11. *Schau*. «Medical News», 1904 г. Прив. по передачѣ въ «Jahrbuch für Kinderheilkunde», LXI.—12. *Schick*. «Deutsche medic. Wochenschrift», 1905 г. № 52.—13. *Zuppinger*. «Wiener klin. Wochenschrift», 1905 г. № 44.—14. *Bukowki*. Тамъ же, 1905 г. № 48.—15. *Garlipp*. «Die medic. Klinik», 1905 г. № 51. Прив. по передачѣ въ «Centralblatt für Kinderheilkunde», 1906 г. № 6.—16. *Raczyński*. «Lwowski tygodnik lekarski», 1906 г. № 1, 2 и 3. Прив. по передачѣ въ «Centralblatt für Kinderheilkunde», 1906 г. № 6.—17. *И. Я. Винокуровъ*. «Jahrbuch für Kinderheilkunde» LXII.—18. *В. А. Саминъ*. «Медицинское Обозрѣніе», 1904 г. № 8.—19. *Г. Н. Сперанскій*. Тамъ же, 1904 г. № 21.—20. *А. В. Павловскій* и *Н. И. Сахаровъ*. Протоколы заведеній бактериологическаго Отдѣла Московскаго Общества любителей естествознанія за апрѣль 1904 г.—21. *В. А. Колинъ*. «Дѣтская Медицина», 1904 г. № 3.—22. *Б. А. Элизъ*. Тамъ же, 1904 г. № 5—6.—23. *Л. П. Лановой*. Тамъ же, 1904 г. № 5—6.—24. *В. Е. Мемшиковъ*. «Русскій Врачъ», 1905 г. № 25.—25. *А. П. Серебряникова-Гинская*. «Терапія», 1905 г. № 4.—26. *В. К. Стефанскій*. «Archiv für Kinderheilkunde», т. 41, стр. 104.—27. *А. Ц. Мицкевичъ* и *С. Я. Ясний*. «Врачебная Газета», 1905 г. № 15.—

## СХСІХ. Вліяніе оксидазы на продукты азотистаго обмѣна мочи.

Г. В. Флейшера.

За послѣднее время вниманіе физиологовъ особенно охотно останавливается на своеобразномъ родѣ органи-

\*) Послѣ того, какъ работа эта была окончена, появилась въ «Медицинскомъ Обозрѣніи» 1906 г. № 3, статья *Б. А. Элизъ* и *Л. П. Лановой*, въ которой д-ръ *Н. И. Власевскій* сообщаетъ, что найдены и въ настоящее время разрабатывается, повидимому, удовлетворительный способъ лабораторнаго испытанія силы противоскарлатинной сыворотки Moser'a.

ческихъ агентовъ, пользующихся обширнымъ распространеніемъ какъ въ животномъ, такъ и въ растительномъ мірѣ. Цѣлый рядъ изслѣдователей во главѣ съ *Bertrand'омъ* (*Jacquet, Schmiedeberg, Salkowski, Medendorp, Словцовъ* и др.) внесли много свѣта въ эту обширную область, выяснили ферментативный характеръ этихъ дѣятелей, опредѣлили ихъ роль, какъ переносчиковъ кислорода, благодаря чему имъ и присвоено родовое названіе оксидазъ или окислительныхъ ферментовъ. Тѣмъ не менѣе и до настоящаго времени нѣкоторыя стороны ихъ физиологическаго дѣйствія представляются не вполне ясными, и съ этой точки зрѣнія нужно думать, что всякая попытка внести нѣчто новое въ эту область должна встрѣтить сочувствіе. Приведу здѣсь одинъ фактъ, невольно останавливавшій на себѣ вниманіе. Оксидаза, именно лакказа, между прочимъ, какъ это отчетливо доказано ч. пр. *Б. И. Словцовымъ* находится, иногда въ очень значительномъ количествѣ, въ слюнныхъ железахъ, откуда она естественно попадаетъ въ кишечникъ, гдѣ встрѣчается съ пищеварительными соками. Непосредственное наблюденіе показываетъ, что оксидаза эта, дѣйствуя всего лучше въ нейтральной или слабо-щелочной средѣ, тѣмъ не менѣе хорошо противостоитъ дѣйствію желудочнаго и поджелудочнаго соковъ, не разрушается ими и всасывается, слѣд. кишечникомъ, какъ таковая, не теряя своихъ свойствъ. То же самое относится и къ растительной лакказѣ. Цѣлый рядъ въ высшей степени интересныхъ фактовъ, главнымъ образомъ изъ области распространенія этого вида оксидазы, далъ возможность построить очень заманчивую теорію о біологическомъ значеніи ея, какъ защитительнаго агента противъ вѣшняго вреднаго вліянія, съ каковой точки зрѣнія ея присутствіе въ слюнѣ и далѣе по всему пищеварительному тракту становится исполнѣ понятнымъ и цѣлесообразнымъ. Но, разъ опытъ показываетъ, что лакказа всасывается изъ кишечника, не измѣняя основныхъ свойствъ своихъ, то естественно возникаетъ мысль, что значеніе ея не исчерпывается вышеуказанной функціей и что она играетъ извѣстную роль и за предѣлами кишечника. Исходя изъ основныхъ свойствъ оксидазы, какъ окислительнаго фермента, вполне возможно предположить, что, попадая въ печень, оксидаза содѣйствуетъ тамъ окислительнымъ процессамъ \*). Отсюда уже одинъ шагъ—къ чисто практической идеѣ о возможности повышенія окислительныхъ процессовъ организма путемъ искусственнаго введенія оксидазы. Съ рядомъ данныхъ, касающихся этого вопроса, я и позволю себѣ познакомить читателей.

Опыты мои имѣли задачей прослѣдить, какимъ образомъ искусственное введеніе оксидазы (лакказы) отражается на продуктахъ азотистаго обмѣна мочи. Такимъ путемъ я имѣлъ въ виду выяснить вопросъ, не выражается ли окислительная дѣятельность лакказы увеличеніемъ количества болѣе окисленныхъ продуктовъ мочи (мочевина) на счетъ менѣе окисленныхъ (мочевой кислоты, ксантиновыхъ тѣлъ).

Растительная оксидаза получалась мною обычнымъ путемъ изъ картофеля. Картофельная кожура,—содержащая особенно много лакказы,—измельченная на мясорубкѣ, извлекалась въ теченіи сутокъ равнымъ по вѣсу количествомъ 0,5%-ной уксусной кислоты. Отжатая вытяжка фильтровалась черезъ складчатый фильтръ. Полученный прозрачный фильтратъ насыщался стрноаммоніевой солью. Выпадающій при этомъ осадокъ собирался на фильтръ, промывался насыщеннымъ растворомъ стрноокислаго амміака, растворялся въ перегнанной водѣ, откуда снова пересаждался стрноокислымъ амміакомъ. Растворенное снова въ перегнанной водѣ вещество осаждалось нѣсколькими объемами спирта (95%), отфильтровывалась и высушивалось надъ стрной кислотой. При раствореніи сухого порошка въ водѣ часть вещества (блѣдокъ, пигменты) не переходила въ растворъ. Эта часть, конечно, отфильтровывалась, и такимъ путемъ получался безцвѣтный, слегка опалесцирующій растворъ оксидазы, который и употреблялся для опыта.

Опыты производились на 2-хъ здоровыхъ людяхъ, получавшихъ въ теченіи опредѣленнаго времени 1%-ный водный растворъ оксидазы, 2 раза въ день, по 10 к. стм. За весь періодъ опыта поддерживался возможно однообразный пищевой режимъ. Въ суточномъ количествѣ мочи

\*) Считаю своей обязанностью отмѣтить, что мысль эта принадлежитъ проф. *А. Я. Данилевскому*, а на мою долю выпала лишь экспериментальная работа.

Общая азот	Мочевина	Нитрат. кислоты	Аммоний азот	Аммоний азот	ДО оксидазы					ОКСИДАЗА					ПОСЛЕ ОКСИДАЗЫ					
					1с	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
25ая	30ая	0.25а	0.060а	0.35..																
20 "	25 "	0.20	0.055	0.30..																
15 "	20 "	0.15 "	0.050	0.25..																
10 "	15 "	0.10 "	0.045	0.20..																

ГОД ИЗМЕР.	МОНЕТЫ	Начальное состояние	Износ по глубине	Начальное состояние	ДО ОКСИДАЦИИ					ОКСИДАЦИЯ					ПОСЛЕ ОКСИДАЦИИ					
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
25	30	0,25	0,067	0,35																
20	25	0,20	0,05	0,30																
15	20	0,15	0,050	0,25																
10	15	0,10	0,045	0,20																

[illegible]

Общий азот, мг	Мочевина, ммоль/л	Х мочев. азота, ммоль/л	Х кан-тинголь, ммоль/л	Х митог, мг	До оксидазы					Оксидаза					После оксидазы					
					1с	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
25.44	30.44	0.25	0.068	0.354																
20.00	25.00	0.20	0.055	0.300																
15.00	20.00	0.15	0.050	0.250																
10.00	15.00	0.10	0.045	0.200																

[illegible]

Обозрѣвая результаты опытовъ съ животной оксидазой, изложенные въ послѣднихъ 3-хъ таблицахъ, можно видѣть, что окислительное дѣйствіе ея здѣсь выражено болѣе отчетливо. Именно, при одинаковомъ приблизительно общемъ количествѣ азота, мочевиная форма его, въ періодъ введенія оксидазы и нѣсколько долѣе, замѣтно нарастаетъ на счетъ азота аллоксуровыхъ тѣлъ. Это обстоятельство, какъ мнѣ кажется, можетъ имѣть извѣстное практическое значеніе при нѣкоторыхъ патологическихъ явленіяхъ, гдѣ наблюдается пониженіе или замедленіе окислительныхъ процессовъ, какъ, напр., мочеислый діатезъ. Можно думать, что примѣняемый въ этомъ случаѣ довольно охотно растительный пищевой режимъ находить себѣ научное оправданіе именно въ составѣ этихъ послѣднихъ продуктовъ, содержащихъ въ себѣ оксидазу.

Сообщаемые ниже 2 случая смертельного кровотечения при флегмонозной жабе наблюдались в госпитальной хирургической клинике проф. А. А. Кадяна.

Это тяжелое осложнение, къ счастью, приходится рѣдко наблюдать въ теченіи флегмонозной жабы; тѣмъ не менѣе оно имѣетъ большой практической интересъ. Сильное, въ большинствѣ случаевъ оканчивающееся смертельно кровотечение можетъ наступить вслѣдъ за оперативнымъ пособіемъ, показанномъ во многихъ случаяхъ этого страданія. То тяжелое душевное состояніе, которое приходится при этомъ переживать врачу, можетъ до нѣкоторой степени облегчиться сознаніемъ, что во всякомъ случаѣ не его вмѣшательство является причиной этого тяжелаго осложнения. Въ самомъ дѣлѣ, если припомнить анатомическія условія, а именно топографическое отношеніе большихъ сосудовъ <sup>1)</sup> къ мѣсту разрѣза при этой типичной операціи <sup>2)</sup>, то слѣдуетъ высказаться совершенно отрицательно о возможности непосредственнаго пораненія сосудистыхъ стѣнокъ. Такъ, ближе всѣхъ расположенная къ мѣсту разрѣза внутренняя сонная артерія при нормальныхъ условіяхъ отстоитъ отъ него на разстояніи около 2, 5 см.; если-же принять во вниманіе, что при разбираемомъ страданіи, въ виду значительнаго пропитыванія мягкихъ частей, разстояніе это увеличивается, то невозможность поранить сосудъ становится еще болѣе очевидной. Далѣе, вѣскимъ доказательствомъ справедливости этого положенія можетъ служить то обстоятельство, что это опасное осложненіе очень часто наступаетъ, какъ то будетъ видно ниже, безъ всякаго оперативнаго вмѣшательства, изъ чего вытекаетъ, что гнойный процессъ можетъ самъ по себѣ повести къ разрушенію сосудистыхъ стѣнокъ и вызвать такимъ образомъ смертельное кровотечение. Такъ на собраніяхъ *I. W. Brunner* <sup>3)</sup> 20 случаевъ флегмонозной жабы, сопровождавшихся сильнымъ кровотеченіемъ, въ 18 оно наступило произвольно и только въ 2-хъ—послѣ хирургическаго вмѣшательства. Въ 8 случаяхъ произведено было вскрытіе, въ 5 случаяхъ найдено прободеніе внутренней сонной артеріи, въ 1—восходящей глоточной, въ 1—внутренней челюстной, въ 1—восходящей небной; въ остальныхъ 12 случаяхъ кровотеченіе происходило, повидимому, изъ внутренней сонной артеріи, при чемъ въ 7 оно было остановлено перевязкой общей сонной артеріи. Далѣе, въ вышедшей недавно статьѣ, посвященной этому вопросу, *P. Lebrum* сообщаетъ 2 собственныхъ наблюденія и приводитъ изъ литературы всѣ точно описанные случаи сильнаго кровотечения при флегмонозной жабѣ, всего съ собственными 25 случаевъ <sup>4)</sup>; въ 23-хъ изъ нихъ кровотеченіе наступило произвольно и только въ 2-хъ—послѣ оперативнаго вмѣшательства. Въ 8 случаяхъ произведено было вскрытіе, обнаружившее прободеніе внутренней сонной артеріи. Въ 9 случаяхъ кровотеченіе остановилось послѣ перевязки общей сонной артеріи, въ 1—наружной сонной; въ остальныхъ 7 оно происходило, повидимому, изъ внутренней сонной артеріи.

Перехожу къ своимъ случаямъ.

1. А. К., 22 л., крестьянинъ, поступилъ въ клинику 20/VI 1905 г. Заболѣлъ 3 дня назадъ, остро. Жалуется на боль при глотаніи справа.

Средняго роста; худощавъ; удовлетворительнаго сложенія. Справа на шеѣ, ниже угла нижней челюсти—опухоль, съ ядро. Кожа надъ опухолью подвижна, но нѣсколько красна; болѣзненность; неясное зыбленіе. Въ зѣвѣ справа—сильная краснота, припухлость миндалинъ и ея окружности, выпячиваніе небной занавѣски. Со стороны другихъ органовъ особыхъ отклоненій отъ нормы нѣтъ. 37° 5—38°; п. 100.

20/VI—23/VI: Боль и припухлость въ зѣвѣ больше. 23/VI: Операція. Бромъ-этиловый наркозъ. Дугообразный разрѣзъ ниже праваго угла нижней челюсти. Грудно-ключично-сосцевидная мышца тупо отодвинута кнаружи, фасція подъ ней надрѣзана, послѣ чего выпущено нѣсколько ложекъ густаго, зеленого гноя. Полость—большая; ходъ къ боковой стѣнкѣ глотки. Введены 2

<sup>1)</sup> Эти топографическія отношенія лучше всего наблюдаются на горизонтальныхъ сѣкахъ головы въ области небныхъ миндалинъ. См. *Merkel. Handbuch der topographischen Anatomie* т. I, стр. 447.

<sup>2)</sup> Разрѣзъ проводится на мягкомъ небѣ, отступя на 1 см. отъ свободнаго края его, въ срединѣ между язычкомъ и послѣднимъ кореннымъ зубомъ.

<sup>3)</sup> «New-York Medical Record», 1893 г.

<sup>4)</sup> 1 случай наблюдался въ 1842 г., послѣдній въ 1903 г. Такъ какъ *Brunner* приводитъ также случаи, собранные имъ изъ литературы, то нѣкоторые его изъ случаевъ сообщаются вторично въ послѣдней его статьѣ.

тампона. Сухая повязка. Вечеромъ боль и припуханіе въ зѣвѣ меньше; температура нормальная.

26/VI, 29/VI, 1/VI: Снѣна тампоновъ.

2/VI: Вечеромъ изъ раны вдругъ появилось сильное кровотеченіе; вышло около 2-хъ стакановъ крови. Кровотеченіе было, повидимому, венозное и остановлено тампонадой. Давящая повязка.

Менѣе сильное кровотеченіе повторилось послѣ этого съ 4/VI по 12/VI 9 разъ; оно легко останавливалось тампонадой.

12/VI: Сильное кровотеченіе; не останавливается тампонадой. Для прекращенія его пришлось перевязать общую сонную артерію съ правой стороны.

Въ послѣдующіе дни 13/VI—20/VI появились мозговые явленія: помраченіе сознанія, параличъ лѣвой руки и лѣвой ноги.

22/VI: Паралитичныя явленія выражены меньше: больной стѣбаетъ лѣвую ногу въ колѣнѣ; появилась чувствительность въ лѣвой рукѣ.

23/VI: При полной потерѣ сознанія и судорогахъ въ лѣвой 1/2 тѣлѣ больной скончался. Клиническое распознаваніе—флегмонозная жаба.

На вскрытіи найдено: геморрагическій плейритъ, множественныя экхимозы на внутренностномъ и реберномъ листкахъ плевры; общее малокровіе; малокровное размягченіе мозга. Непосредственная причина смерти: геморрагическій плейритъ, общее малокровіе.

2. С. В., 19 л., крестьянинъ, поступилъ въ клинику 22/XI 1905 г. Заболѣлъ 4 дня назадъ болью въ горлѣ \*).

Хорошаго питанія и сложенія. Боль при глотаніи; одышка. Шейныя железы, особенно справа, сильно увеличены. Въ зѣвѣ краснота; миндалины опухли, отечны; небольшое выпячиваніе небной занавѣски справа. Со стороны другихъ органовъ особыхъ измѣненій нѣтъ. 38° 5—39°; п. 120.

23/XI: Боль при глотаніи сильнѣе. Выпячиваніе въ зѣвѣ больше.

23/XI: Операція. Частью подъ общей анестезіей бромъ-этиломъ, которую пришлось прекратить вслѣдствіе наступившей асфиксіи, частью подъ мѣстной (эйканъ—0,05) сдѣланъ разрѣзъ ниже праваго угла нижней челюсти. По внутреннему краю грудно-ключично-сосцевидной мышцы тупымъ путемъ вскрыты гнойникъ, направившійся къ глоткѣ. Тампонъ; сухая повязка. Вечеромъ того же дня больной сталъ задыхаться; появилась сильная синюха лица, губъ, конечностей; больной потерялъ голосъ. Послѣ произведенной трахеотоміи явленія эти исчезли.

24/XI: Перевязка.

25/XI: Во время перевязки вдругъ наступило сильное кровотеченіе черезъ трахеотомическую трубку, ротъ и носъ. Тотчасъ же перевязана общая сонная артерія съ правой стороны. Кровотеченіе остановилось. Въ вену влило 1100 к. стм. солевого раствора, подъ кожу—около 2000 к. стм. его. Больной пришелъ въ себя, говорилъ, затѣмъ скоро снова впалъ въ сопоръ и скончался. Клиническое распознаваніе: флегмонозная жаба; отекъ гортани; прободеніе правой внутренней сонной артеріи.

На вскрытіи найдено: флегмонозная жаба; глубокая флегмона шеи; прободеніе внутренней сонной артеріи въ полость глотки; острѣйшее малокровіе.

Такимъ образомъ описываемые мною случаи, въ которыхъ вскрытіе нарыва произведено было снаружи и въ которыхъ, какъ то показываетъ ходъ операціи, никомъ образомъ не могло быть и рѣчи о поврежденіи сосудистыхъ стѣнокъ при ней; далѣе, упомянутые мною выше многочисленные случаи изъ литературы, гдѣ чревостеченіе наступало произвольно, безъ всякаго оперативнаго вмѣшательства,—все это оправдываетъ мое положеніе, что разрушеніе сосудистыхъ стѣнокъ, а слѣд. и сильное кровотеченіе съ возможнымъ смертельнымъ исходомъ могутъ обуславливаться самимъ процессомъ.

Иногда это опасное осложненіе наступаетъ вслѣдъ за оперативнымъ вмѣшательствомъ. Тяжелыя минуты, которыя приходится переживать при этомъ врачу, и заставляютъ особенно осторожно и внимательно относиться къ признакамъ, указывающимъ на возможное кровотеченіе при флегмонозной жабѣ. Къ сожалѣнію, точныхъ признаковъ, которые гонорили-бы о пораженіи сосудистыхъ стѣнокъ въ теченіи флегмонозной жабы, нѣтъ. Все-же въ этомъ отношеніи нужно обращать вниманіе на припуханіе шейныхъ железъ, что имѣлось во 2-мъ изъ сообщаемыхъ мною случаевъ, такъ какъ вовлеченіе этихъ железъ въ процессъ и особенно вторичное въ нихъ нагноеніе можетъ заставить ихъ сыграть роль опаснаго посредника по переходу процесса на сосудистыя стѣнки. Другое дѣло при происшедшемъ уже разрывѣ сосудистой стѣнки. Въ этомъ случаѣ отъ величины прободнаго отверстія, сопротивленія окружающихъ частей, условій образованія тромба и пр. будетъ зависѣть, произойдетъ-ли сильное наружное кро-

\*) Больной переведенъ изъ терапевтическаго отдѣленія, гдѣ въ исторіи болѣзни 20/XI отмѣнены налеты на небныхъ миндалинахъ.

вотеченіе, или—на время, по крайней мѣрѣ — образуется т. наз. ложная анейризма. Этотъ послѣдній исходъ долженъ имѣть особое значеніе: слѣдуетъ считаться съ малѣйшими признаками, указывающими на такое осложненіе, ибо и самаго незначительнаго разрыва, произведеннаго въ такихъ случаяхъ, будетъ достаточно, чтобы наступило сильнѣйшее кровоточеніе, которое послѣдуетъ непосредственно за нашимъ вмѣшательствомъ и явится какъ бы непосредственнымъ его слѣдствіемъ. При внутреннемъ кровоточеніи, наступающемъ при флегмонозной жабѣ, прежде всего обращаетъ на себя вниманіе вдругъ появляющееся увеличеніе припуханія. При тщательномъ осмотрѣ можно иногда при этомъ наблюдать геморагію на слизистой оболочкѣ зѣва; но особенно характерны бѣеніе и выслушиваемый при этомъ систолическій шумъ. Правда, всѣ эти признаки имѣются не всегда; нѣкоторыхъ изъ нихъ можетъ и не быть, или они могутъ быть выражены очень неясно. Но все-же, въ виду того большаго значенія, которое они имѣютъ для распознаванія, предсказанія и леченія, нужно относиться къ нимъ съ особымъ вниманіемъ, чтобы при малѣйшемъ-же подозрѣніи избѣгать вскрытія нарыва снаружи, если оно вообще показано, а при увѣренности въ происшедшемъ кровоточеніи—рѣшиться для спасенія жизни больного на такое героическое средство, какъ перевязка общей сонной артерій.

С. С. Изъ Балаханской больницы Съезда нефтепромышленниковъ въ Балаханахъ Бакинской губ.

### Къ вопросу о нарывахъ въ печени \*).

А. И. Окиншевича.

1.

Въ теченіи 1905 г. и въ началѣ 1906 г. мнѣ пришлось наблюдать и оперировать 8 больныхъ съ нарывами въ печени. Всѣ эти случаи по своему характеру должны быть отнесены къ ряду тропическихъ нарывовъ въ этомъ органѣ.

Въ жаркихъ странахъ такого рода заболѣванію особенно подвержены проживающіе тамъ европейцы. По *Fayrerу* (Валенскій <sup>5</sup>), англійскій гарнизонъ въ Индіи въ среднемъ въ 57000 чел. за 10 лѣтъ (1870—1879 гг.) потерялъ отъ нарывовъ печени 1267 чел., т. е. 2,19%. Въ 1881 г. умерло англійскихъ солдатъ отъ нарывовъ въ печени 2,96%; въ томъ-же году отъ чахотки 2,21%. Однако, обширный матеріалъ *Kartulis'a* и *Goebel'a* <sup>1)</sup> изъ Александрии не оставляетъ сомнѣній, что и туземцы болѣютъ этой болѣзнью. *Kartulis* (*Goebel* <sup>1)</sup>) на Съездѣ врачей въ Египтѣ въ 1902 г. сообщилъ, что изъ 164 больныхъ нарывами въ печени 110 были туземцы феллахи, 5—турки, 11—суданцы и 38—европейцы (30 грековъ, 1 болгаринъ, 2 француза, 2 нѣмца, 3 еврея). *Goebel* въ Александрію же за 5 лѣтъ наблюдалъ 23 случая нарыва въ печени и изъ нихъ 13 у туземцевъ. Правда, въ Египтѣ считается 10.000.000 коренного населенія и около 200.000 европейцевъ, а потому соотношеніе заболѣваемости среди европейцевъ и туземцевъ все-же указываетъ на болѣе частое заболѣваніе европейцевъ. У *Schmitt'a* <sup>2)</sup>, работавшаго въ Батавіи, среди 22-хъ больныхъ было 14 европейцевъ, 4 туземца, 2 креола, 1 китаецъ, 1 арабъ. Д-ръ *Koch* <sup>3)</sup> въ 1904 г. сообщилъ о 16 случаяхъ тропическихъ нарывовъ въ печени у европейцевъ. *Joison* <sup>4)</sup>, еще не закончившій своего сообщенія о 43-хъ случаяхъ нарыва въ печени, наблюдавшихся имъ въ военномъ госпиталѣ въ Тунисѣ, тоже пока говоритъ о заболѣваемости среди европейцевъ.

Специфическаго возбудителя нарывовъ въ печени еще не найдено; тѣмъ не менѣе работами цѣлаго ряда наблюдателей установлено, что частота этой болѣзни въ теплыхъ странахъ очень тѣсно связана съ частотой кишечныхъ заболѣваній, между которыми натужный кровавый поносъ занимаетъ первенствующее мѣсто. Такъ, изъ 500 случаевъ нарывовъ въ печени, которые наблюдалъ *Kartulis* [*Волянскій* <sup>5</sup>], стр. 11] отъ 55 до 60% были кроваво-поноснаго происхожденія. *Edwards* и *Watermann* (*Волянскій* <sup>5</sup>) на 699 случаевъ, собранныхъ въ литературѣ, въ 524 (74,9%) нашли кровавый поносъ, какъ вызывающую причину. Изъ собранныхъ д-ромъ *Волянскимъ* <sup>5</sup>) въ Одессѣ 203 случаевъ вскрытія нарывовъ въ печени за 10 лѣтъ (съ 1883 г. по 1892 г.) 187 (42,21%) были кроваво-по-

носнаго происхожденія. У д-ра *Марулиса* изъ Одессы [*Волянскій* <sup>5</sup>) на 16 случаевъ нарыва въ печени въ 12 (75%) въ анамнезѣ отмѣченъ кровавый поносъ.

Какъ извѣстно, имѣется нѣсколько видовъ натужнаго кроваваго поноса. Одна такая форма вызывается амебами. Мѣсто ея распространенія—жаркій поясъ, гдѣ она господствуетъ эндемически. Она характеризуется неправильнымъ длительнымъ теченіемъ. Выздоровленіе наступаетъ очень медленно. При этой формѣ очень часто встрѣчается осложненіе нарывами въ печени. По статистикѣ *Woodworth'a* [*Розенталя* <sup>6)</sup>] на 1684 вскрытій кроваво-поносныхъ въ Индіи нарывовъ въ печени встрѣчались 384 раза (болѣе 20%). Въ кишечной стѣнкѣ при этой формѣ первично поражается подслизистая ткань; образуются глубоки язвы съ сильно подрытыми краями; незатянувшіяся части слизистой оболочки кишки подвергаются катарально-геморрагическому воспаленію. По описанію *Kartulis'a* (*Розенталя* <sup>6)</sup>, стр. 3) происхожденіе нарывовъ въ печени въ связи съ вызываемымъ амебами кровавымъ поносомъ такое: «амебы подвигаясь, очень легко проникаютъ въ капилляры слизистой оболочки кишки и чрезъ воротную вену—въ печень и при этомъ часто заноситъ гнойные кокки, которые они восприняли въ тѣло своей плазмы. Кокки эти вызываютъ нагноеніе, но на почвѣ подорванной амебами, которая, разрывая сосуды, причиняютъ док. значительныя поврежденія ткани». Что именно амебы, а не кокки играютъ здѣсь главную роль, авторъ выводитъ изъ того, что при тифозныхъ и бугорчатковыхъ кишечныхъ язвахъ нарывы въ печени почти не встрѣчаются. *Councilman* и *Laflaur* [*Розенталя* <sup>6)</sup>, стр. 4]—авторы монографіи о вызываемомъ амебами кровавомъ поносе—распространеніе амебъ по кровеноснымъ сосудамъ допускаютъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ, а именно въ тѣхъ, гдѣ въ печени имѣются множественные нарывы. Они предполагаютъ, что, такъ какъ нарывы въ печени болѣе частью располагаются поверхностно въ правой доль печени, то амебы проникаютъ сюда непосредственно чрезъ кишечную стѣнку, тамъ, гдѣ кишка прилегаетъ къ печени (*flexura hepatica coli*). [*Розенталя* <sup>6)</sup>]. 2-ая наиболѣе частая форма кроваваго поноса—та, что вызывается палочкой *Shiga Kruse*. Палочка эта открыта въ 1898 г. Изслѣдованіемъ самого *Shiga* и американскаго ученаго *Flexner'a* [*Розенталя* <sup>6)</sup>] выяснено, что въ жаркихъ странахъ, наряду съ амебной формой дизентеріи встрѣчается и бактерійная. *Rogers* даже утверждаетъ, что въ Индіи бациллярная форма дизентеріи встрѣчается чаще, чѣмъ амебная [*Розенталя* <sup>6)</sup>, стр. 28]. Такимъ образомъ между амебной и тропической формами кроваваго поноса нельзя поставить знака равенства. Вѣстѣ съ тѣмъ роль и значеніе амебъ кроваваго поноса, какъ причины печеночныхъ нарывовъ, становятся сложными и требуютъ дальнѣйшаго выясненія.

Изслѣдованіе гноя изъ нарывовъ въ печени приводитъ къ выводу, что въ немъ встрѣчаются самыя разнообразныя микробы. *Kartulis* [*Goebel* <sup>1)</sup>, стр. 527] въ 84 случаяхъ, обследованныхъ бактериологически, рядомъ съ бактеріями нашелъ въ гнои и амебы. Въ старѣхъ нарывахъ гной стерилизованъ (*Koch*). *Joison* <sup>4)</sup> 6 разъ изслѣдовалъ гной на бактеріи и пришелъ къ выводу, что «форма микроорганизма при тропическихъ нарывахъ въ печени имѣетъ относительно малое значеніе; клиническая картина заболѣванія зависитъ скорѣе отъ степени ядовитости микроба и въ особенности отъ условій почвы для развитія».

Такимъ образомъ пока приходится довольствоваться общимъ выводомъ, что натужный кровавый поносъ въ жаркихъ странахъ играетъ значительную роль при заболѣваніи нарывами печени и что связь между ними и этими нарывами бактериологически еще не выяснена въ достаточной мѣрѣ.

Но не только наличность кроваваго поноса предрасполагаетъ и способствуетъ заболѣванію печеночными нарывами. Въ общемъ можно сказать, что все то, что ведетъ къ острой или хронической гипереміи печени, что повышаетъ сопротивляемость ткани ея, благоприятствуетъ развитію нарывовъ въ этомъ органѣ. Злоупотребленіе спиртными напитками, особенно въ жаркихъ странахъ, вредно отражается на печени.

Особая заболѣваемость въ жаркихъ странахъ европейцевъ, а среди нихъ преимущественно мужчинъ, объясняется всѣми причинами, какъ результатъ излишествъ въ употребленіи вина. *Kartulis* [*Goebel* <sup>1)</sup>, стр. 524] въ своемъ богатомъ матеріалѣ отмѣчаетъ 17 случаевъ послѣалкогольныхъ нарывовъ. *Sachs* (*Goebel* <sup>1)</sup>, стр. 523] въ своей работѣ о нарывахъ въ печени въ Египтѣ пишетъ, что съ тѣхъ поръ, какъ стали ввозить въ Египетъ алкоголь, нельзя говорить о невосприимчивости по отношенію къ этимъ нарывамъ—египетскихъ магометанъ. *Goebel* тоже подтверждаетъ, что магометане въ большихъ городахъ Египта мало по малу привыкаютъ пить, особенно пиво. Изъ 13 туземцевъ, бывшихъ подъ его наблюденіемъ, 9 были жителями большихъ городовъ и 4—деревенскіе обыватели. *Goebel* подтверждаетъ это и усматриваетъ связь между наклономъ жителей большихъ городовъ—даже магометанъ—къ злоупотребленію спиртными напитками и частотой заболѣваемости нарывами въ печени.

\*). Сообщено въ Обществѣ Бакинскихъ врачей 15/у 1906 г.



рыбами. Съ другой стороны, туземцы—фелахи, среди которыхъ *Kartuis* наблюдали очень много больныхъ печеночными нарывами, составляють самую бѣдную часть населенія, особенно въ городахъ. Живя въ городахъ и пріучаясь пить, они въ тоже время «питаются испорченными продуктами (чаще гнилой рыбой), пьютъ нефльтрованную Нильскую воду и предрасположены ко всякаго рода кишечнымъ заболѣваніямъ. Печень у нихъ отравляется ядовитыми продуктами недоброкачественной пищи и мало устойчива противъ зараженія» (*Goebel*).

*Schmits* 2), работавшій въ Батави, приводитъ 22 случая печеночныхъ нарывовъ, изъ коихъ въ 11 отмѣчена прежде у больныхъ болотная лихорадка. *Schmits* полагаетъ, что болотная лихорадка—тоже одно изъ условій, ослабляющихъ сопротивляемость печеночной ткани.

## 2.

Балаханы, Бакинской губ.,—центр добычи нефти. На участкѣ въ 748 дес. земли скучено 183 фирмы предпринимателей (1903 г.). Рабочихъ, занятыхъ въ Балаханахъ нефтянымъ дѣломъ въ май 1904 г. было—23215. Вся эта армія живыхъ рабочихъ силъ призвана нуждою къ нѣсколькимъ сотнямъ десятинъ земли и ежегодно добываетъ около 500.000.000 пуд. нефти. Большинство рабочихъ на промыслахъ—народъ пришлый. Наблюдаются 2 потока, дающихъ рабочіе руки нефтепромышленникамъ: одинъ—изъ дѣтра нынѣшней и голодной Россіи, другой изъ неменьше несчастной Персіи.

Приблизительное распредѣленіе рабочихъ по національностямъ такое (цифры относятся къ 1904 г.): а) русскихъ 20,8%, б) Кавказскихъ народностей: армянъ 22%, татаръ мѣстныхъ 10,5%, лезгинъ 13,6%, грузинъ 1,6%, осетинъ 0,8%; всего 48,5%; в) прочихъ народностей Россіи: татаръ Казанскихъ 5,1%, евреевъ, поляковъ, латышей и финляндцевъ 3,8%, г) иностранцевъ: персовъ 20%, нѣмцевъ, французовъ, англичанъ, чеховъ и шведовъ 1,7%.

Обстановка жизни рабочихъ на промыслахъ очень тяжелая. Характеризовать ее можно лишь съ отрицательной стороны. Промысла вѣчно окутаны дымомъ; воздухъ пропитанъ запахомъ нефти. Жилыя помѣщенія рабочихъ находятся среди самыхъ промысловъ. Квартиръ для рабочихъ мало. Казармы для нихъ живутъ у немногихъ фирмъ. Большинству рабочихъ и ихъ семьямъ приходится искать квартиръ у татаръ промысловыхъ селеній Сабунчи, Балаханы-Романы.

Такимъ образомъ скученность населенія отъ недостатка квартиръ, близкое сосѣдство промысловъ, недостатокъ въ водѣ и въ хорошей пищѣ, тропическія жары—все это создаетъ здѣсь для непривычнаго человѣка очень тяжелую обстановку. Бытовая сторона жизни здѣсь такова, что прямо губительно отражается на пришельцахъ. Яркій примѣръ этому даютъ русскіе. Во время холеры въ 1904 г. изъ 90 чел., хворавшихъ ею въ Балаханахъ, 80% были русскіе; изъ мѣстныхъ жителей не болѣлъ никто. Тоже самое приходится сказать и о нарывахъ печени.

Тѣ данныя, которыми я располагаю, указываютъ, что нарывами въ печени больше всего здѣсь страдаютъ русскіе рабочіе. Изъ 8 чел., бывшихъ у меня подъ наблюденіемъ, 7 было русскихъ и 1 армянинъ. Въ 1904 г. оперированы *Е. С. Канцелемъ* 6 больныхъ съ нарывами въ печени, изъ нихъ 5 русскихъ и 1 армянинъ. Въ 1903 г. изъ 8 чел., оперированныхъ имъ-же, русскихъ было 7 и 1 татаринъ изъ Казани. Въ 1905 г. на 2736 больныхъ лѣчившихся въ больницѣ, было 18 съ нарывами въ печени. Изъ нихъ 10 были оперированы; 8 не подверглись операціи, и печеночные нарывы у нихъ установлены на вскрытіи. Изъ 18 больныхъ съ нарывами въ печени 16 было русскихъ, 1 армянинъ и 1 персіанинъ.

Натужнымъ кровавымъ поносомъ страдали всѣ 8 больныхъ, которыхъ наблюдалъ я; кровавый поносъ былъ найденъ и въ тѣхъ окончившихся смертельно случаяхъ, въ которыхъ было произведено вскрытіе въ 1905 г. Изъ 8 оперированныхъ мною по поводу кроваваго поноса поступилъ въ больницу лишь 1 (М. К., см. исторію болѣзни № 5). Всѣ остальные лѣчились амбулаторно.

Въ виду такой связи между кровавымъ поносомъ и нарывами въ печени, приведу общія цифры заболѣваемости кровавымъ поносомъ Балаханскаго населенія, какія мнѣ удалось получить изъ годовыхъ отчетовъ больницы за 1903, 1904 и 1905 г.г. (см. таблицу). Наиболѣе полныя данныя имѣются за 1905 г. За 1904 г. нѣтъ свѣдѣній по амбулаторіи; за 1903 и 1904 г.г. нѣтъ полныхъ свѣдѣній о числѣ больныхъ съ нарывами въ печени, бывшими на излѣченіи въ больницѣ; имѣются лишь цифры оперированныхъ больныхъ.

	Общее число всѣхъ боль- ныхъ за годъ.	Крoваvый поносъ.			Національность.			Общее число нары- вовъ печени за годъ.			%vое отно- шеніе нары- вовъ печени.				
		въ больницѣ.	въ амбулаторіи.	мужчинъ.	женщинъ.	в с е г о.	русскихъ.	армянъ.	мусульманъ.	оперированныхъ.	не оперирован- ныхъ.	в с е г о.	къ общему числу больныхъ крова- вымъ поносомъ.	къ русскимъ боль- нымъ кровавымъ поносомъ.	
1903 г. 1904 г. 1905 г.	Больница . . . Амбулаторія . .	2736 —	— 24661	130 962	23 81	153 1043	70 346	43 241	40 438	{ 10 „	8 „	18 „	1,5%v	около 4,6%v	Общая цифра всѣхъ больныхъ кровоvымъ поно- сомъ взята по амбулаторіи; въ нее входятъ и кoечные больные, такъ какъ всѣ они, какъ правило, про- ходятъ черезъ ам- булаторію.
	Больница . . . Амбулаторія . .	2671 Д а н н ы хъ н ѣ т ѣ .	— —	170 —	19 —	189 —	76 —	55 —	68 —	6 —	„ —	6 —	„ —	„ —	
	Больница . . . Амбулаторія . .	2965 —	— 29953	154 1004	17 82	171 1086	71 403	38 203	62 456	{ 8 —	неизвѣстно —	8 —	— —	— —	

Санитарное состояніе этихъ селеній таково, что лучшимъ рѣшеніемъ вопроса былъ-бы переносъ ихъ всѣхъ за черту промысловой площади. Улицы кривыя, узкія и грязныя. Дворы не-болѣе тѣсныя. Селенія въ буквальномъ смыслѣ утопаютъ въ своихъ собственныхъ отбросахъ. Квартиры—это клѣтушки въ 16 кв. арш. нажда. Нерѣдко въ такой квартирѣ помѣщается и плита. Плата за квартиру—комнату отъ 6 до 8 р. Въ виду дороговизны квартиръ, въ 1 комнату набивается до 8 душъ обою пола, сятая и дѣтей. Вопросъ о рабочихъ поселкахъ, возбужденный 10—15 назадъ, все еще не вышелъ изъ періода канцелярской переписки.

Воды для питья на промыслахъ не хватаетъ, а имѣющаяся—неудовлетворительнаго качества. При той жизни въ Баку, при той грязной работѣ, которою сопровождается добыча нефти, потребность въ водѣ для питья и для купанья, разумѣется, огромная. Рабочее населеніе болѣею частью пользуется для питья водой изъ колодезевъ, въ которой содержится много солей; вода эта на вкусъ прямо солѣная.

Питаніе рабочихъ находится въ рукахъ разныхъ духанщиковъ, которые одновременно кормятъ рабочихъ всякой дрянью и сплавляютъ ихъ водкой. Въ 1904 г. Совѣтъ Съѣзда устроилъ въ Балаханахъ 2 дешевыхъ столовыхъ, которыя могутъ отпускать по 500 обѣдовъ въ день. Конечно, это лишь капля въ морѣ.

Общественныхъ бань и прачешныхъ на промыслахъ нѣтъ.

Изъ данныхъ, приведенныхъ въ таблицѣ, слѣдуетъ, что въ 1905 г. всѣхъ больныхъ кровавымъ поносомъ было 1043, нарывами въ печени 18, что по отношенію къ общему числу кроваво-поносныхъ больныхъ составляетъ 1,5%. Заболѣваемость кровавымъ поносомъ русскаго населенія по численности не рѣзко выдѣлялось по сравненію съ другими народностями. Между тѣмъ заболѣваемость печеночными нарывами была рѣзкая: въ 1905 г., какъ уже было сказано, изъ 18 больныхъ русскихъ было 16, армянинъ 1, персіанинъ 1. %-ое отношеніе числа нарывовъ печени къ общему числу русскихъ, болѣвшихъ кровавымъ поносомъ въ 1905 г., выразится 4,6%.

Интересно указать, что американскій врачъ *Rhoads* 3), имѣвшій дѣло со статистикой заболѣваемости американской арміи, просматривая отчеты за 2 года военного запаснаго госпиталя въ Манитѣ, нашелъ, что нарывы въ печени встрѣчаются у 5% всѣхъ болѣвшихъ кровавымъ поносомъ въ названномъ госпиталѣ американскихъ солдатъ. Д-ръ *Craig (Rhoads)* такой-же подсчетъ сдѣлалъ по главному военному госпиталю въ S-Francisco. Госпиталь этотъ, какъ центральная больница, обслуживалъ Филиппинскіе острова. Подсчетъ былъ сдѣланъ за 5 лѣтъ. Въ итогѣ: 5% печеночныхъ нарывовъ по отношенію къ общему числу болѣвшихъ кровавымъ поносомъ солдатъ. Д-ръ *Rhoads* подчеркиваетъ, что такой % нарывовъ въ печени встрѣчается среди американцевъ, живущихъ на островахъ; въ Египтѣ-же и Индіи % этотъ гораздо выше. Санитарный инспекторъ военного вѣдом-

ства въ Индіи въ отчетѣ за 1894 г. показывается, что у 35% общего числа солдатъ, умершихъ отъ кроваваго поноса, были нарывы въ печени.

Цифры, приводимыя мною въ доказательство наибольшей заболѣваемости русскихъ печеночными нарывами, конечно невелики. Очень возможно, что туземное население не такъ охотно пользуется больницами, какъ другія національности, и потому заболѣваемость его ускользаетъ отъ учета. Тѣмъ не менѣе коренное население Балахановъ не дало ни одного случая заболѣванія нарывомъ въ печени.

Персиянинъ, болѣвшій нарывами печени въ 1905 г., недавно прибылъ изъ Персіи, въ Балаханахъ жилъ 2 года, а въ больницу пролежалъ 9 дней и умеръ. На вскрытіи, произведенномъ д-ромъ М. С. Мюльманомъ, найдены патолого-анатомическія измѣненія, свойственныя кровавому поносу, и нарывы въ печени. Операциі больной не подвергался.

Вольной армянинъ (см. исторія болѣзни № 1) жилъ въ Балаханахъ годъ. Онъ былъ старъ и сильно истощенъ, работы постоянной не имѣлъ; въ прошломъ у него значился кровавый поносъ. Родомъ онъ былъ изъ Елизаветпольской губ.

Очевидно, условія жизни въ Балаханахъ такъ тяжелы, что лишь коренные обыватели Апшеронскаго полуострова могутъ выдерживать ихъ до конца.

Среди больныхъ, бывшихъ у меня подъ наблюденіемъ, злоупотребленіе алкоголемъ отмѣчено у 1; всѣ остальные потребляли спиртные напитки въ умѣренной степени.

### 3.

Изъ числа больныхъ, бывшихъ у меня подъ наблюденіемъ, прожили въ Балаханахъ: менѣе года—2, около 4 лѣтъ—2, 5 лѣтъ—1 и 10 лѣтъ—1. Въ Черномъ городѣ (пригородѣ Баку) около 20 лѣтъ—2.

Возрастъ больныхъ: 55 л.—1, отъ 30 до 40 л.—5 и отъ 25 до 30 л.—2.

Такимъ образомъ заболѣванію подвергались люди большею частью въ цвѣтущемъ періодѣ жизни.

Изъ 8 больныхъ нарывомъ въ печени выздоровѣли 6, умерли 2. Изъ такого малаго числа наблюдений дѣлать выводы о % смертности, конечно, нельзя. У *Goebel*'а изъ 23 больныхъ умерли послѣ операциі 7 (30%). *Koch* <sup>3)</sup> утверждаетъ, что безъ операциі смертность отъ нарывовъ въ печени свыше 80%; при оперативномъ пособіи она понижается до 14—20%. На вопросъ, можетъ-ли послѣдовать произвольное выздоровленіе отъ нарывовъ въ печени, я нашелъ въ доступной мнѣ литературѣ отвѣтъ у *Joison*'а <sup>4)</sup>.

Онъ приводитъ 2 случая патолого-анатомическаго вскрытія въ Тунисѣ, въ которыхъ отмѣчено произвольное излѣченіе отъ нарыва въ печени. Въ одномъ случаѣ на выпуклой поверхности печени найденъ былъ рубецъ, въ толщ котораго была желтая, зернистая масса; рубецъ этотъ былъ связанъ съ грудобрюшной преградой. Въ другомъ случаѣ на слизистой оболочкѣ толстой кишки были дизентерійныя язвы; въ правой доль печени—узелъ, съ орѣхъ, содержавшій желтую, салыную массу.

Всѣ мои 8 случаевъ нарыва въ печени протекали остро. У 2-хъ умершихъ, какъ оказалось на вскрытіи, были множественные нарывы (см. сл. 7 и 8). Среди выздоровѣвшихъ у 1 (сл. 5) было 2 послѣдовательныхъ нарыва, сперва въ правой, затѣмъ въ лѣвой доль печени. Изъ остальныхъ 5 выздоровѣвшихъ у 4-хъ были нарывы въ правой доль печени (сл. 1, 2, 4 и 6) и у 1 въ лѣвой (сл. 3). *Kartulis* на 95 случаевъ такихъ нарывовъ кроваво-поноснаго происхожденія имѣлъ 30 множественныхъ, *Schmits* на 22 случая 3 множественныхъ, *Koch* на 16—1. Множественные нарывы почти всегда ведутъ къ смерти потому, что или остаются нераспознанными, или-же, если и распознаются, то изъ-за невозможности вскрыть ихъ.

Распознаваніе нарывовъ въ печени можетъ представлять не малыя трудности. *Schmits* <sup>5)</sup> въ своей работѣ указываетъ, что *Perk*, вскрывая одного умершаго, нашелъ у него въ печени большой нарывъ; при жизни-же никакихъ измѣненій со стороны этого органа у больного найдено не было. *Schulz* сообщилъ случай нарыва въ печени, протекавшаго подъ видомъ долевой пневмоніи. Распознаваніе нарыва въ печени приходится ставить вообще на основаніи всей совокупности болѣзненныхъ признаковъ; но признаки эти не всегда и не всѣ бываютъ налицо. *Bois* (*Schmits*, стр. 178) удостовѣряетъ, что при нарывахъ въ печени лишь въ 8% наблюдается полная картина болѣзни, въ 79% признаки ея имѣются не всѣ, а въ 13% болѣзнь протекаетъ скрытно. Между тѣмъ для страдающихъ

нарывами въ печени очень важно раннее распознаваніе. Въ виду частой неполноты болѣзненныхъ признаковъ, пробный проколъ для распознаванія нарыва въ печени является иногда настоятельно необходимымъ. Какъ выражается *Goebel* (стр. 536), «нашему современному хирургическому мышленію пробный проколъ не симпатиченъ»; тѣмъ не менѣе онъ и самъ считаетъ его показаннымъ въ спорныхъ, неясныхъ случаяхъ. *Goebel* дѣлалъ до 30 пробныхъ проколовъ при нарывахъ въ печени и вреда отъ этого больному не видалъ. Правда, пробный проколъ онъ дѣлалъ уже на операционномъ столѣ и подъ наркозомъ, чтобы, получивъ положительный результатъ, непосредственно перейти къ операциі. *Schmits* произвелъ около 100 проколовъ при нарывахъ въ печени и дурныхъ послѣдствій отъ нихъ не имѣлъ. Опасность отъ пробнаго прокола при нарывѣ въ печени можетъ быть тройкаго рода: возможность зараженія полости плевры или брюшины, раненіе крупнаго сосуда и кровотеченіе и поврежденіе иглой вблизи лежащаго органа. Во избѣжаніе такихъ осложненій слѣдуетъ пользоваться для прокола *Luier*'овскимъ шприцемъ въ 10—20 к. см. съ тонкой иглой, въ 2—3 мм. въ діаметрѣ. Пробнаго прокола нельзя дѣлать ни у ребернаго края правой доли печени, ни въ области лѣвой доли ея, въ виду близкаго содѣйствія здѣсь большихъ сосудовъ и органовъ. Распознать нарывъ на передне-нижней поверхности печени сравнительно легче; пробнаго прокола здѣсь можно и не дѣлать, отложивъ его до самаго производства операциі. Нарывы на выпуклой поверхности печени—это и есть тѣ случаи, гдѣ требуется пробный проколъ. Гной, получаемый изъ нарыва въ печени, очень характерный: онъ—шеколаднаго цвѣта, всегда густой, съ взвѣшенными въ немъ обрывками омертвѣвшей ткани печени въ видѣ черныхъ пятнышекъ.

Отсылая за подробностями къ приводимымъ ниже исторіямъ болѣзни, позволю себѣ здѣсь отмѣтить лишь общія данныя изъ клиническаго теченія ея. Температура при нарывахъ въ печени сама по себѣ не представляетъ ничего характернаго; несомнѣнно, что натужный кровавый поносъ, протекающій одновременно съ нарывомъ въ печени въ скрытой или явной формѣ, оказываетъ на ея колебанія свое вліяніе. Интересно отмѣтить, что случай заболѣванія повторнымъ гнойникомъ въ лѣвой доль печени (сл. 5) протекалъ при нормальной температурѣ. При благопріятномъ теченіи болѣзни температура падала въ первые дни послѣ операциі и обычно уже не давала большихъ колебаній. Повышеніе ея или отсутствіе ея паденія послѣ операциі, если не имѣется никакихъ осложненій, больше всего говоритъ за множественность печеночныхъ нарывовъ. Исхуданіе и упадокъ силъ у больныхъ бываетъ дов. рѣзкій. Печень во всѣхъ моихъ случаяхъ была увеличена во всѣхъ размѣрахъ; въ сл. 8 она была увеличена сильно. Она всегда была болѣзненная, и всегда можно было найти на ней наиболѣе болѣзненную точку. Болъ въ правомъ плечѣ, на который указываютъ нѣкоторые авторы (*Koch*, *Schmits*, *Goebel*), въ моихъ случаяхъ наблюдался не всегда. При правостороннихъ нарывахъ въ печени, развивающихся на выпуклой поверхности ея, всегда были явленія въ легкихъ: признаки сдавленія легкаго, иногда шумъ тренія плевры, одышка и кашель.

Оперативная помощь при нарывахъ въ печени заключалась въ широкомъ вскрытіи гнойниковъ. Сохраняющихъ способовъ лѣченія этой болѣзни въ видѣ отсасыванія гноя приборомъ *Potain*'а или только дренированія гнойной полости безъ широкаго вскрытія ея мнѣ примѣнять не приходилось (см. у *Schmits*'а). При нарывахъ въ правой доль печени ближе къ выпуклой поверхности предварительно дѣлалось изсѣченіе ребра, чаще 10-го справа по средней сосковой линіи. Во всѣхъ моихъ случаяхъ плевральныя мѣшки ко времени операциі оказывались запустѣвшими, а потому пришивать листки плевры къ грудобрюшной преградѣ, какъ это совѣтуетъ А. А. Трояновъ, мнѣ не было надобности. По удаленіи ребра гнойникъ вскрывался простымъ разрывомъ. Въ 1 случаѣ (сл. 6) ко времени операциі гнойникъ прорвался подъ грудобрюшную

преграду и я имѣлъ предъ собой подгрудобрюшно-печеный нарывъ и кратерообразную язву на поверхности печени, ведущую въ полость гнойника въ ней. При нарывахъ въ лѣвой доль печени или у ребернаго края правой нарывъ вскрывался чрезъ брюшную полость. 2 раза (сл. 4 и 5) брюшина была найдена спаянной съ печенью, и вскрытіе нарыва производилось въ одинъ приемъ безъ опасеній за брюшную полость. Въ 2-хъ другихъ случаяхъ (сл. 5 и 8) брюшная полость оказалась свободной; нарывъ вскрытъ былъ все-же въ одинъ приемъ. Я пришивалъ при этомъ края пристѣлочной брюшины къ печени, вскрывалъ гнойникъ, вставлялъ въ его полость дренажъ и плотно тампонируетъ рану. Явленій воспаления брюшины или даже только раздраженія ея я не наблюдаю. Правда, гной во всѣхъ случаяхъ былъ стерилъ, и ни амёбъ, ни бактерий въ немъ не оказывалось \*). Печеночную ткань я вскрывалъ ножомъ; кровотеченія при этомъ не наблюдались. По чрезпечеральному способу съ изсѣченіемъ ребра оперированы 5 больныхъ, а 4 раза было произведено вскрытіе нарыва чрезъ брюшную полость, при чемъ одинъ больной (сл. 5) подвергнулся вскрытію брюшной полости 2 раза.

Послѣдовательное заживленіе ранъ требовало времени отъ 3 нед. до 2 мѣс. въ зависимости отъ размѣровъ гнойника и общаго состоянія больного.

(Окончаніе слѣдуетъ).

## Правительственные законопроектъ по реформѣ фабричной медицины и по страхованію отъ болѣзни.

Н. А. Вигдорчикъ.

(Окончаніе. См. № 49, стр. 1550).

7.

### Проектъ страхованія отъ болѣзни.

Разбирая выше правительственный законопроектъ объ обезпеченіи врачебною помощью рабочихъ промышленныхъ заведеній, я все время оставался въ тѣхъ предѣлахъ, какіе ставитъ себѣ самъ проектъ, и не указывалъ на тѣ пункты, которыхъ онъ вовсе не затрагиваетъ. Если сравнить теперь содержаніе проекта съ содержаніемъ тѣхъ реформъ въ вопросѣ объ обезпеченіи рабочихъ медицинской помощью, которыя были изложены выше въ качествѣ желательныхъ и возможныхъ, въ качествѣ той цѣли, къ которой слѣдуетъ стремиться,—то станетъ видно, что одного въ высшей степени существеннаго вопроса правительственный проектъ не касается вовсе. Это—вопросъ о матеріальной помощи заболѣвшимъ рабочимъ. Вопросу этому посвященъ отдѣльный проектъ подъ названіемъ: «Проектъ страхованія рабочихъ въ случаяхъ болѣзни». Посмотримъ, что заключается въ немъ и насколько онъ способенъ восполнить недостатки предыдущаго?

Чтобы не слишкомъ утомлять вниманія, я не буду подробно излагать этотъ проектъ, а ограничусь лишь наиболѣе существенными пунктами, характеризующими главныя его черты.

Страхованіе въ случаяхъ болѣзни распространяется, согласно проекту, на рабочихъ, занятыхъ въ фабрично-заводской, горной и горно-заводской промышленности. При каждомъ крупномъ промышленномъ заведеніи учреждается особая больничная касса, при мелкихъ (съ числомъ рабочихъ менѣе 50)—одна касса на нѣсколько заведеній. Страхованіе обязательно только для рабочихъ, служащихъ же могутъ принимать въ немъ участіе добровольно. Участіе въ кассѣ начинается со дня вступленія извѣстнаго лица въ число рабочихъ заведенія и прекращается въ день выбитія изъ него. Таковы главнѣйшія черты, характеризующія объемъ предполагаемаго страхованія. Что касается организации страхового дѣла, то въ этомъ отношеніи проектъ очень либераленъ и предоставляетъ рабочимъ обширное поле для самостоятельности. Больничныя кассы управляются общимъ Собраніемъ уполномоченныхъ отъ рабочихъ. Уполномоченные выбираютъ изъ своей среды нѣсколько человекъ въ Правленіе кассы. Съ другой стороны, хозяева промышленныхъ заведеній назначаютъ тоже нѣсколькихъ членовъ Правленія. Такимъ образомъ исполнительный органъ больничныхъ кассъ будетъ со-

стоять отчасти изъ представителей отъ рабочихъ, отчасти изъ представителей отъ предпринимателей. Взаимное численное отношеніе тѣхъ и другихъ будетъ зависеть отъ величины взносов рабочихъ и предпринимателей, а взносы эти, какъ сейчасъ увидимъ, могутъ колебаться въ извѣстныхъ предѣлахъ. Рабочіе будутъ платить въ кассы не менѣе 1 и не болѣе 4% ихъ заработка. Владѣльцы промышленныхъ заведеній обязаны вносить  $\frac{1}{2}$  того, что вносятъ рабочіе; но, кромѣ того, они могутъ вносить еще добавочную плату съ тѣмъ, чтобы лѣченіе рабочихъ перешло къ кассамъ. Другими словами, съ согласія владѣльца къ больничнымъ кассамъ можетъ перейти все медицинское дѣло на данной фабрикѣ или заводѣ. Что-же будетъ давать касса своимъ членамъ въ случаѣ заболѣванія? Во 1-хъ, заболѣвшій рабочий будетъ получать, начиная съ 4-го дня болѣзни, матеріальную помощь въ размѣрѣ отъ  $\frac{1}{2}$  до  $\frac{2}{3}$  его заработка, если онъ семейный, и отъ  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{1}{2}$ , если онъ холостой. Продолжительность этой помощи опредѣляется уставомъ кассы, но она не можетъ быть менѣе 16 и болѣе 26 недѣль. Далѣе, работницы въ случаѣ родовъ будутъ получать пособіе въ размѣрѣ отъ 4- до 6-недѣльнаго заработка. На погребеніе рабочихъ ихъ родственникамъ будетъ выдаваться сумма, равная 20- или 30-кратному заработку. Наконецъ, если средства больничныхъ кассъ позволятъ, то онѣ могутъ распространить свою дѣятельность и на семейства рабочихъ.

Таково содержаніе проекта. Переходя къ его разбору, останавлиюсь прежде всего на очень интересномъ вопросѣ: въ какомъ отношеніи находится этотъ проектъ о страхованіи къ разобранному мною выше проекту по реформѣ фабричной медицины?

8.

### Фабричная медицина и страхованіе отъ болѣзни.

Я уже говорилъ что самое существованіе 2-хъ параллельныхъ проектовъ по вопросамъ, столь тѣсно связаннымъ между собой, указываетъ на несовершенство каждаго изъ нихъ въ отдѣльности. Правильнымъ рѣшеніемъ задачи было-бы созданіе такого страхованія отъ болѣзни, какое существуетъ напр., въ Германіи,—страхованія, которое вполне поглощаетъ фабричную медицину, воспринимая въ себя всѣ ея функціи. Но правительство не рѣшается идти такъ далеко, ибо по долготѣлной привычкѣ боится коренныхъ реформъ. Оно объясняетъ свою нерѣшительность соображеніями практической необходимости; но всѣ его разсужденія оказываются очень неубѣдительными и не въ состояніи скрыть истинныхъ причинъ его пристрастія къ полумѣрамъ. Вотъ что читаемъ мы по этому вопросу въ объяснительной запискѣ къ проекту.

«Наши больничныя кассы едва-ли могли-бы съ успѣхомъ выполнять столь сложную задачу, какъ организація врачебной помощи, связанная съ устройствомъ больницъ, амбулаторій, приемныхъ покоевъ и съ веденіемъ всей хозяйственной стороны дѣла. Въ дѣлѣ этомъ кассы проявили-бы, несомнѣнно, полную на первыхъ порахъ несостоятельность. Германія не можетъ служить намъ въ этомъ отношеніи примѣромъ уже по одному тому, что къ участію въ больничныхъ кассахъ тамъ привлечены многочисленные классы наемныхъ рабочихъ, что при чрезвычайно густомъ населеніи въ значительной степени облегчаетъ организацію этого дѣла. Въ Россіи-же, при рѣдкомъ заселеніи, широкая организація врачебной помощи представляетъ чрезвычайныя трудности и для Земствъ.

Во всей этой малосодержательной тирадѣ есть только одинъ намекъ на доказательство: это—указаніе на рѣдкость населенія въ Россіи. Но почему рѣдкость населенія помѣшала-бы больничнымъ кассамъ организовать лѣчебную помощь своимъ членамъ? совершенно неизвѣстно. Почему нашимъ фабрикантамъ правительство оказывало довѣріе въ этомъ отношеніи, а будущимъ больничнымъ кассамъ отказывается въ немъ? Въ теченіи 40 лѣтъ наша буржуазія, можно сказать, всѣми силами старалась доказать свою неспособность обезпечить рабочихъ медицинской помощью, и правительство этого не замѣчало; а коллективныя рабочія организаціи еще до появленія своего на свѣтъ Божій уже внушаютъ ему серьезнѣйшія опасенія. Допустимъ даже, что самостоятельная организація медицинской помощи окажется не по силамъ больничнымъ кассамъ. Но что мѣшаетъ имъ входить въ соглашенія съ тѣми-же городскими и земскими учрежденіями? Вѣдь, предполагаетъ-же правительство обязать фабрикантовъ вступать въ такія соглашенія; отчего-же нельзя предоставить этотъ-же путь больничнымъ кассамъ? Или по мнѣнію правительства и заключеніе соглашеній представляетъ тоже слишкомъ сложную задачу, чтобы быть по плечу нашимъ рабочимъ? Но въ такомъ случаѣ какъ-же можно по-

\*) Гной вскрывался на бактеріи проекторомъ больницы д-ромъ М. С. Моммсенъ.

ства въ Индіи въ отчетѣ за 1894 г. показываетъ, что у 35% общаго числа солдатъ, умершихъ отъ кроваваго поноса, были нарывы въ печени.

Цифры, приводимыя мною въ доказательство наибольшей заботливости русскихъ печеночными нарывами, конечно невелики. Очень возможно, что туземное население не такъ охотно пользуется больницами, какъ другія національности, и потому заболѣваемость его ускользаетъ отъ учета. Тѣмъ не менѣе коренное население Балахановъ не дало ни одного случая заболѣванія нарывомъ въ печени.

Персіянинъ, болѣвшій нарывами печени въ 1905 г., недавно прибылъ изъ Персіи, въ Балаханахъ жилъ 2 года, а въ больницу пролежалъ 9 дней и умеръ. Навскрытія, произведеннаго докторомъ М. С. Мюльманомъ, найдены патолого-анатомическія напѣвненія, свойственныя кровавому поносу, и нарывы въ печени. Операциі больной не подвергался.

Больной армянинъ (см. исторія болѣзни № 1) жилъ въ Балаханахъ годъ. Онъ былъ старъ и сильно истощенъ, работы постоянной не имѣлъ; въ прошломъ у него значился кровавый поносъ. Родомъ онъ былъ изъ Елизаветпольской губ.

Очевидно, условія жизни въ Балаханахъ такъ тяжелы, что лишь коренные обыватели Апперонскаго полуострова могутъ выдерживать ихъ до конца.

Среди больныхъ, бывшихъ у меня подлѣ наблюденьемъ, злоупотребленіе алкоголемъ отмѣчено у 1; всѣ остальные потребляли спиртные напитки въ умѣренной степени.

### 3.

Изъ числа больныхъ, бывшихъ у меня подлѣ наблюденьемъ, прожили въ Балаханахъ: менѣе года—2, около 4 лѣтъ—2, 5 лѣтъ—1 и 10 лѣтъ—1. Въ Черномъ городѣ (пригородъ Баку) около 20 лѣтъ—2.

Возрастъ больныхъ: 55 л.—1, отъ 30 до 40 л.—5 и отъ 25 до 30 л.—2.

Такимъ образомъ заболѣванію подвергались люди больше частью въ цвѣтущемъ періодѣ жизни.

Изъ 8 больныхъ нарывомъ въ печени выздоровѣли 6, умерли 2. Изъ такого малаго числа наблюденьй дѣлать выводы о % смертности, конечно, нельзя. У *Goebel*'а изъ 23 больныхъ умерли послѣ операциі 7 (30%). *Koch* <sup>2)</sup> утверждаетъ, что безъ операциі смертность отъ нарывовъ въ печени выше 80%; при оперативномъ пособіи она понижается до 14—20%. На вопросъ, можетъ-ли послѣдовать произвольное выздоровленіе отъ нарывовъ въ печени, я нашелъ въ доступной мнѣ литературѣ отвѣтъ у *Joison*'а <sup>4)</sup>.

Онъ приводитъ 2 случая патолого-анатомическаго вскрытія въ Тунисѣ, въ которыхъ отмѣчено произвольное излѣченіе отъ нарыва въ печени. Въ одномъ случаѣ на выпуклой поверхности печени найденъ былъ рубецъ, въ толщѣ котораго была желтая, зернистая масса; рубецъ этотъ былъ спаянъ съ грубообразной преградой. Въ другомъ случаѣ на слизистой оболочкѣ толстой кишки были дизентерійныя язвы; въ правой доль печени—узелъ, съ орѣхъ, содержавшій желтую, салную массу.

Всѣ мои 8 случаевъ нарыва въ печени протекали остро. У 2-хъ умершихъ, какъ оказалось на вскрытіи, были множественные нарывы (см. сл. 7 и 8). Среди выздоровѣвшихъ у 1 (сл. 5) было 2 послѣдовательныхъ нарыва, сперва въ правой, затѣмъ въ лѣвой доль печени. Изъ остальныхъ 5 выздоровѣвшихъ у 4-хъ были нарывы въ правой доль печени (сл. 1, 2, 4 и 6) и у 1 въ лѣвой (сл. 3). *Kartulis* на 95 случаевъ такихъ нарывовъ кроваво-поноснаго происхожденія имѣлъ 30 множественныхъ, *Schmits* на 22 случая 3 множественныхъ, *Koch* на 16—1. Множественные нарывы почти всегда ведутъ къ смерти потому, что или остаются нераспознанными, или-же, если и распознаются, то изъ-за невозможности вскрыть ихъ.

Распознаваніе нарывовъ въ печени можетъ представлять не малыя трудности. *Schmits* своей работѣ указываетъ, что *Perk*, вскрывая одного умершаго, нашелъ у него въ печени большой нарывъ; при жизни-же никакихъ измѣненій со стороны этого органа у больного найдено не было. *Schulz* сообщилъ случай нарыва въ печени, протекавшаго подлѣ видомъ долевой пневмоніи. Распознаваніе нарыва въ печени приходится ставить вообще на основаніи всей совокупности болѣзненныхъ przypadковъ; но przypadки эти не всегда и не всѣ бываютъ на лицо. *Bois* (*Schmits*, стр. 178) удостовѣряетъ, что при нарывахъ въ печени лишь въ 8% наблюдается полная картина болѣзни, въ 79% признаки ея имѣются не всѣ, а въ 13% болѣзнь протекаетъ скрытно. Между тѣмъ для страдающихъ

нарывами въ печени очень важно раннее распознаваніе. Въ виду частой неполноты болѣзненныхъ przypadковъ, пробный проколъ для распознаванія нарыва въ печени является иногда настоятельно необходимымъ. Какъ выражается *Goebel* (стр. 536), «нашему современному хирургическому мышленію пробный проколъ не симпатиченъ»; тѣмъ не менѣе онъ и самъ считаетъ его показаннымъ въ спорныхъ, неясныхъ случаяхъ. *Goebel* дѣлалъ до 30 пробныхъ проколовъ при нарывахъ въ печени и вреда отъ этого больному не видалъ. Правда, пробный проколъ онъ дѣлалъ уже на операционномъ столѣ и подлѣ наркозомъ, чтобы, получивъ положительный результатъ, непосредственно перейти къ операциі. *Schmits* произвелъ около 100 проколовъ при нарывахъ въ печени и дурныхъ послѣдствій отъ нихъ не имѣлъ. Опасность отъ пробнаго прокола при нарывѣ въ печени можетъ быть троякаго рода: возможность зараженія полости плевры или брюшины, раненіе крупнаго сосуда и кровотеченіе и поврежденіе иглой вблизи лежащаго органа. Во избѣжаніе такихъ осложненій слѣдуетъ пользоваться для прокола *Luier*'овскимъ шприцемъ въ 10—20 к. см. съ тонкой иглой, въ 2—3 мм. въ діаметрѣ. Пробнаго прокола нельзя дѣлать ни у ребернаго края правой доли печени, ни въ области лѣвой доли ея, въ виду близкаго сосѣдства здѣсь большихъ сосудовъ и органовъ. Распознать нарывъ на передне-нижней поверхности печени сравнительно легче; пробнаго прокола здѣсь можно и не дѣлать, отложивъ его до самаго производства операциі. Нарывы на выпуклой поверхности печени—это и есть тѣ случаи, гдѣ требуется пробный проколъ. Гной, получаемый изъ нарыва въ печени, очень характерный: онъ—шоколаднаго цвѣта, всегда густой, съ взвѣшенными въ немъ обрывками омертвѣвшей ткани печени въ видѣ черныхъ длиннѣшекъ.

Отсылая за подробностями къ приводимымъ ниже исторіямъ болѣзни, позволю себѣ здѣсь отмѣтить лишь общія данныя изъ клиническаго теченія ея. Температура при нарывахъ въ печени сама по себѣ не представляетъ ничего характернаго; несомнѣнно, что натужный кровавый поносъ, протекающій одновременно съ нарывомъ въ печени въ скрытой или явной формѣ, оказываетъ на ея колебанія свое вліяніе. Интересно отмѣтить, что случай заболѣванія повторнымъ гнойникомъ въ лѣвой доль печени (сл. 5) протекалъ при нормальной температурѣ. При благопріятномъ теченіи болѣзни температура падала въ первые дни послѣ операциі и обычно уже не давала большихъ колебаній. Повышеніе ея или отсутствіе ея паденія послѣ операциі, если не имѣется никакихъ осложненій, больше всего говоритъ за множественность печеночныхъ нарывовъ. Исхуданіе и упадокъ силъ у больныхъ бываетъ дов. рѣзкій. Печень во всѣхъ моихъ случаяхъ была увеличена во всѣхъ размѣрахъ; въ сл. 8 она была увеличена сильно. Она всегда была болѣзненная, и всегда можно было найти на ней наиболѣе болѣзненную точку. Болъ въ правомъ плечѣ, на который указываютъ нѣкоторые авторы (*Koch*, *Schmits*, *Goebel*), въ моихъ случаяхъ наблюдался не всегда. При правостороннихъ нарывахъ въ печени, развивающихся на выпуклой поверхности ея, всегда были явленія въ легкихъ: признаки сдавленія легкаго, иногда шумъ тренія плевры, одышка и кашель.

Оперативная помощь при нарывахъ въ печени заключалась въ широкомъ вскрытіи гнойниковъ. Сохраняющіе способъ лѣченія этой болѣзни въ видѣ отсасыванія гноя приборомъ *Potain*'а или только дренированія гнойной полости безъ широкаго вскрытія ея мнѣ примѣнять не приходилось (см. у *Schmits*'а). При нарывахъ въ правой доль печени ближе къ выпуклой поверхности предварительное дѣлалось изсѣченіе ребра, чаще 10-го справа по средней сосковой линіи. Во всѣхъ моихъ случаяхъ плевральныя мѣшочки ко времени операциі оказывались запустѣвшими, а потому пришивать листки плевры къ грубообразной преградѣ, какъ это совѣтуетъ А. А. Трояновъ, мнѣ не было надобности. По удаленіи ребра гнойникъ вскрывался простымъ разрезомъ. Въ 1 случаѣ (сл. 6) во время операциі гнойникъ пропалъ подлѣ грубообразной



преграду и я имѣлъ предъ собой подгрудобрюшно-печенный нарывъ и кратерообразную язву на поверхности печени, ведущую въ полость гнойника въ ней. При нарывѣхъ въ лѣвой доль печени или у ребернаго края правой нарывъ вскрывался чрезъ брюшную полость. 2 раза (сл. 4 и 5) брюшина была найдена спаянной съ печенью, и вскрытіе нарыва производилось въ одинъ приемъ безъ опасеній за брюшную полость. Въ 2-хъ другихъ случаяхъ (сл. 5 и 8) брюшная полость оказалась свободной; нарывъ вскрытъ былъ все-же въ одинъ приемъ. Я пришивалъ при этомъ края пристѣлочной брюшины къ печени, вскрывалъ гнойникъ, вставлялъ въ его полость дренажъ и плотно тампонировалъ рану. Явленій воспаления брюшины или даже только раздраженія ея я не наблюдалъ. Правда, гной во всѣхъ случаяхъ былъ стерилъ, и ни амёбъ, ни бактерий въ немъ не оказывалось \*). Печеночную ткань я вскрывалъ ножомъ; кровотеченія при этомъ не наблюдались. По чрезплевральному способу съ иссѣченіемъ ребра оперированы 5 больныхъ, а 4 раза было произведено вскрытіе нарыва чрезъ брюшную полость, при чемъ одинъ больной (сл. 5) подвергался вскрытію брюшной полости 2 раза.

Послѣдовательное заживленіе ранъ требовало времени отъ 3 нед. до 2 мѣс. въ зависимости отъ размѣровъ гнойника и общаго состоянія больного.

(Окончаніе слѣдуетъ).

## Правительственные законопроектъ по реформѣ фабричной медицины и по страхованію отъ болѣзни.

Н. А. Вигдорчикъ.

(Окончаніе. См. № 49, стр. 1550).

7.

### Проектъ страхованія отъ болѣзни.

Разбирая выше правительственный законопроектъ объ обезпеченіи врачебною помощью рабочихъ промышленныхъ заведеній, я все время оставался въ тѣхъ предѣлахъ, какіе ставитъ себѣ самъ проектъ, и не указывалъ на тѣ пункты, которыхъ онъ вовсе не затрагиваетъ. Если сравнить теперь содержаніе проекта съ содержаніемъ тѣхъ реформъ въ вопросѣ объ обезпеченіи рабочихъ медицинскою помощью, которыя были изложены выше въ качествѣ желательныхъ и возможныхъ, въ качествѣ той цѣли, къ которой слѣдуетъ стремиться, — то станетъ видно, что одного въ высшей степени существеннаго вопроса правительственный проектъ не касается вовсе. Это — вопросъ о матеріальной помощи заболѣвшимъ рабочимъ. Вопросу этому посвященъ отдѣльный проектъ подъ названіемъ: «Проектъ страхованія рабочихъ въ случаяхъ болѣзни». Посмотримъ, что заключается въ немъ и насколько онъ способенъ восполнить недостатки предыдущаго?

Чтобы не слишкомъ утомлять вниманія, я не буду подробно излагать этотъ проектъ, а ограничусь лишь наиболѣе существенными пунктами, характеризующими главныя его черты.

Страхованіе въ случаяхъ болѣзни распространяется, согласно проекту, на рабочихъ, занятыхъ въ фабрично-заводской, горной и горно-заводской промышленности. При каждомъ крупномъ промышленномъ заведеніи учреждается особая больничная касса, при мелкихъ (съ числомъ рабочихъ менѣе 50) — одна касса на нѣсколько заведеній. Страхованіе обязательно только для рабочихъ, служащихъ же могутъ принимать въ немъ участіе добровольно. Участіе въ кассѣ начинается со дня вступленія въ возрастъ лица въ число рабочихъ заведенія и прекращается въ день выбитія изъ него. Таковы главнѣйшія черты, характеризующія объемъ предполагаемаго страхованія. Что касается организаціи страхового дѣла, то въ этомъ отношеніи проектъ очень либераленъ и предоставляетъ рабочимъ обширное поле для самостоятельности. Больничныя кассы управляютъ общимъ Собраніемъ уполномоченныхъ отъ рабочихъ. Уполномоченные выбираютъ изъ своей среды нѣсколько членовъ въ Правленіе кассы. Съ другой стороны, хозяева промышленныхъ заведеній назначаютъ тоже нѣсколькихъ членовъ Правленія. Такимъ образомъ исполнительный органъ больничныхъ кассъ будетъ со-

стоять отчасти изъ представителей отъ рабочихъ, отчасти изъ представителей отъ предпринимателей. Взаимное численное отношеніе тѣхъ и другихъ будетъ зависеть отъ величины взносов рабочихъ и предпринимателей, а взносы эти, какъ сейчасъ увидимъ, могутъ колебаться въ извѣстныхъ предѣлахъ. Рабочіе будутъ платить въ кассы не меньше 1 и не больше 4% ихъ заработка. Владѣльцы промышленныхъ заведеній обязаны вносить  $\frac{1}{2}$  того, что вносятъ рабочіе; но, кромѣ того, они могутъ вносить еще добавочную плату съ тѣмъ, чтобы лѣченіе рабочихъ перешло къ кассамъ. Другими словами, съ согласія владѣльца къ больничнымъ кассамъ можетъ перейти все медицинское дѣло на данной фабричѣ или заводѣ. Что же будетъ давать касса своимъ членамъ въ случаѣ заболѣванія? Во 1-хъ, заболѣвшій рабочій будетъ получать, начиная съ 4-го дня болѣзни, матеріальную помощь въ размѣрѣ отъ  $\frac{1}{2}$  до  $\frac{3}{4}$  его заработка, если онъ семейный, и отъ  $\frac{1}{4}$  до  $\frac{1}{2}$ , если онъ холостой. Продолжительность этой помощи опредѣляется уставомъ кассы, но она не можетъ быть меньше 16 и больше 26 недѣль. Далѣе, рабочіе въ случаѣ родовъ будутъ получать пособие въ размѣрѣ отъ 4- до 6-недѣльнаго заработка. На погребеніе рабочихъ ихъ родственникамъ будетъ выдаваться сумма, равная 20- или 30-кратному заработку. Наконецъ, если средства больничныхъ кассъ позволятъ, то онѣ могутъ распространить свою дѣятельность и на семейства рабочихъ.

Такое содержаніе проекта. Переходя къ его разбору, остановлюсь прежде всего на очень интересномъ вопросѣ: въ какомъ отношеніи находится этотъ проектъ о страхованіи къ разобранному мною выше проекту по реформѣ фабричной медицины?

8.

### Фабричная медицина и страхованіе отъ болѣзни.

Я уже говорилъ что самое существованіе 2-хъ параллельныхъ проектовъ по вопросамъ, столь тѣсно связаннымъ между собой, указываетъ на несовершенство каждаго изъ нихъ въ отдѣльности. Правильнымъ рѣшеніемъ задачи было-бы созданіе такого страхованія отъ болѣзни, какое существуетъ напр., въ Германіи, — страхованія, которое вполне поглощаетъ фабричную медицину, воспринимая въ себя всѣ ея функціи. Но правительство не рѣшается идти такъ далеко, ибо по долготѣнней привычкѣ боится коренныхъ реформъ. Оно объясняетъ свою нерѣшительность соображеніями практической необходимости; но всѣ его разсужденія оказываются очень неубѣдительными и не въ состояніи скрыть истинныхъ причинъ его пристрастія къ полумѣрамъ. Вотъ что читаемъ мы по этому вопросу въ объяснительной запискѣ къ проекту.

«Наши больничныя кассы едва-ли могли-бы съ успѣхомъ выполнить столь сложную задачу, какъ организація врачебной помощи, связанная съ устройствомъ больницъ, амбулаторій, приемныхъ покоевъ и съ веденіемъ всей хозяйственной стороны дѣла. Въ дѣлѣ этомъ кассы проявили-бы, несомнѣнно, полную на первыхъ порахъ несостоятельность. Германія не можетъ служить намъ въ этомъ отношеніи примѣромъ уже по одному тому, что къ участію въ больничныхъ кассахъ тамъ привлеченъ многочисленный классъ наемныхъ рабочихъ, что при чрезвычайно густомъ населеніи въ значительной степени облегчаетъ организацію этого дѣла. Въ Россіи-же, при рѣдкомъ заселеніи, широкая организація врачебной помощи представляетъ чрезвычайныя трудности и для Земствъ».

Во всей этой малосодержательной тирадѣ есть только одинъ намекъ на доказательство: это — указаніе на рѣдкость населенія въ Россіи. Но почему рѣдкость населенія помѣшала-бы больничнымъ кассамъ организовать лѣчебную помощь своимъ членамъ? совершенно неизвѣстно. Почему нашимъ фабрикантамъ правительство оказывало довѣріе въ этомъ отношеніи, а будущимъ больничнымъ кассамъ отказывается въ немъ? Въ теченіи 40 лѣтъ наша буржуазія, можно сказать, всѣми силами старалась доказать свою неспособность обезпечить рабочихъ медицинскою помощью, и правительство этого не замѣчало; а коллективныя рабочія организаціи еще до появленія своего на свѣтъ Божій уже внушаютъ ему серьезнѣйшія опасенія. Допустимъ даже, что самостоятельная организація медицинскою помощи окажется не по силамъ больничнымъ кассамъ. Но что мѣшаетъ имъ входить въ соглашенія съ тѣми-же городскими и земскими учрежденіями? Вѣдь, предполагаетъ-же правительство обязать фабрикантовъ вступать въ такія соглашенія; отчего-же нельзя предоставить этотъ-же путь больничнымъ кассамъ? Или по мнѣнію правительства и заключеніе соглашеній представляетъ тоже слишкомъ сложную задачу, чтобы быть по плечу нашимъ рабочимъ? Но въ такомъ случаѣ какъ-же можно по-

\*) Гной нѣслѣдовался на бактеріи провекторомъ больницы докторомъ М. С. Мухоморовымъ.

ручить имъ даже простое страхованіе? Несомнѣнно, тутъ кроется какое-то противорѣчіе, которое указываетъ, что у правительства была въ этомъ случаѣ задняя мысль. Зная, въ какомъ направленіи обыкновенно работаетъ мысль бюрократіи, не трудно найти истинный источникъ той нерѣшительности, которую проявило правительство въ вопросѣ о страхованіи рабочихъ. Обращаясь къ самому законопроектъ, мы находимъ въ немъ одинъ пунктъ, который раскрываетъ тайные помыслы бюрократіи. Объ этомъ пунктѣ я уже упоминалъ: онъ предоставляетъ общему Собранію кассы входить съ владѣльцами заведеній въ соглашеніе относительно принятія кассою лѣченія участниковъ ея или-же покрытія расходовъ по ихъ лѣченію. Въ этихъ случаяхъ взносы въ кассу владѣльцевъ заведеній устанавливаются соглашеніемъ ихъ съ кассою. Это говорится въ § 15 законопроекта. Такимъ образомъ § 15 допускаетъ передачу лѣчебнаго дѣла въ руки больничныхъ кассъ; а въ объяснительной запискѣ доказывается, что лѣченіе рабочихъ нельзя предоставить больничнымъ кассамъ, ибо онѣ съ этой сложной задачей не справятся. Значитъ, вообще предоставить имъ этого нельзя, а въ частности въ извѣстныхъ случаяхъ—можно. Въ какихъ-же это случаяхъ? А это ясно сказано въ § 15: въ тѣхъ случаяхъ, когда владѣльцы промышленныхъ заведеній соглашаются на передачу лѣчебнаго дѣла въ руки кассъ. Такъ вотъ гдѣ зарыта собака. Правительство боится расширеніемъ полномочій кассъ и передачей имъ лѣчебнаго дѣла нарушить интересы фабрикантовъ, навязать имъ обязательства, которые могутъ показаться имъ не по вкусу. А рѣдкость населенія и неподготовленность рабочихъ—это только приличная случаю маска, и ничего болѣе.

Спрашивается теперь, какое практическое значеніе можетъ имѣть § 15 законопроекта, предоставляющій вопросъ о передачѣ фабрично-медицинскаго дѣла въ руки больничныхъ кассъ взаимному соглашенію рабочихъ и предпринимателей? Я думаю, что практическое значеніе этого § будетъ немногимъ болѣе нуля. Въ самомъ дѣлѣ, для того, чтобы кассы взяли на себя обязательство обезпечить своихъ членовъ медицинской помощью, они должны обложить фабрикантовъ довольно высокимъ налогомъ. Представленія фабриканта о рациональной постановкѣ лѣчебнаго дѣла и представленія по этому-же вопросу больничныхъ кассъ, несомнѣнно, будутъ сильно разниться другъ отъ друга. То, что фабриканту будетъ казаться лишней роскошью, кассы будутъ считать самымъ скромнымъ *minimum*’омъ. Поэтому налогъ на медицину будетъ казаться фабрикантамъ всегда слишкомъ высокимъ, и для нихъ будетъ гораздо выгоднѣе собственными силами кое-какъ исполнять требованія закона, чѣмъ передавать лѣчебное дѣло въ руки кассъ.

Но, можетъ быть, вопросъ о сліянніи фабричной медицины съ страхованіемъ вовсе не представляетъ особой важности? Можетъ быть, для дѣла безразлично, будутъ-ли эти 2 института соединены воедино, или будутъ существовать отдѣльно? На это я долженъ отвѣтить, что съ точки зрѣнія интересовъ рабочаго класса нужно непремѣнно требовать передачи лѣчебнаго дѣла въ руки больничныхъ кассъ. Въ пользу этого говоритъ и опытъ Западной Европы, и рядъ теоретическихъ соображеній. Уже а priori понятно, что въ рукахъ кассъ лѣчебное дѣло будетъ развиваться гораздо успѣшнѣе, чѣмъ въ рукахъ фабрикантовъ или даже городскихъ и земскихъ учреждений. Больничныя кассы представляютъ форму организаціи, болѣе приспособленную къ веденію практическаго дѣла. Онѣ основаны на принципѣ самоуправленія; вся власть въ нихъ сосредоточена въ рукахъ выборныхъ лицъ; эти выборные стоятъ въ непосредственномъ и постоянномъ соприкосновеніи съ избирателями и находятся подъ ихъ непрерывнымъ контролемъ. Все ручается за то, что кассы будутъ дѣйствовать исключительно въ интересахъ застрахованныхъ, что онѣ будутъ держаться лишь практически возможнаго и осуществимаго, что онѣ будутъ чужды канцеляризма и формалистики и что, наконецъ, онѣ будутъ честно относиться къ вѣряемымъ имъ суммамъ. На примѣрѣ Германіи мы видимъ, какъ блестяще больничныя кассы справляются съ возложенной на нихъ обязанностью по организаціи лѣчебнаго дѣла. Нѣмецкій рабочий получаетъ отъ

кассъ болѣе совершенную лѣчебную помощь, какая только возможна при современномъ состояніи врачебнаго знанія. Прежде всего онъ не закрѣпощенъ за однимъ врачомъ, какъ нашъ фабричный рабочий, а имѣетъ возможность выбирать изъ цѣлаго ряда врачей того, къ кому онъ питаетъ наибольшее довѣріе. Затѣмъ ему доступно лѣченіе у врачей-специалистовъ. Даже болѣе. Во многихъ случаяхъ онъ можетъ пользоваться лѣченіемъ въ специальныхъ лѣчебницахъ. Больной бугорчаткой идетъ въ легочную санаторію, нервный въ нервную, алкоголика помѣщаютъ въ лѣчебницу для алкоголиковъ и т. д. Водолѣчебницы, механо-терапевтическіе институты, электrolѣчебницы, *Roentgen*’овскіе институты, курорты—все это не заказано нѣмецкому рабочему. И все это организуется больничными кассами. Къ этому надо еще добавить, что средства нѣмецкихъ больничныхъ кассъ крайне ограничены, и не богатствомъ средствъ объясняются ихъ успѣхи, а исключительно умѣлой организаціей дѣла. Взносы нѣмецкихъ рабочихъ составляютъ не болѣе 4% ихъ заработка, а взносы фабрикантовъ равняются  $\frac{1}{2}$  взносовъ рабочихъ. Другими словами, доходы нѣмецкихъ кассъ такіе-же, какъ и предполагаемые доходы будущихъ русскихъ больничныхъ кассъ. Между тѣмъ нѣмецкія кассы оказываютъ своимъ членамъ не одну только лѣчебную, но и матеріальную помощь. Все это указываетъ, какой громадный выигрышъ для дѣла получается отъ передачи лѣчебныхъ функций въ руки больничныхъ кассъ, т. е. отъ сліяннія фабричной медицины съ страхованіемъ отъ болѣзни. Но наше правительство не думало объ интересахъ дѣла; интересы предпринимателей были гораздо ближе его сердцу.

## 9.

*Критика остальныхъ частей проекта.*

И такъ, 1-ый крупный недостатокъ проектируемаго правительствомъ страхованія отъ болѣзней—это его половинчатость, его недодѣланность. 2-ой недостатокъ я вижу въ узости круга его примѣненія. Согласно проекту, страхованіе будетъ распространено лишь на рабочихъ фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности. Такимъ образомъ громадная масса пролетаріата остается внѣ дѣйствія закона о страхованіи. Какъ велики эти массы, легко составить себѣ представленіе, если сравнить министерскій проектъ съ германскимъ закономъ о страхованіи и посмотрѣть, насколько шире кругъ лицъ, охватываемый нѣмецкимъ страхованіемъ. Кромѣ фабрично-заводскихъ и горно-заводскихъ рабочихъ, германскій законъ охватываетъ желѣзнодорожныхъ и судовыхъ рабочихъ, далѣе рабочихъ, занятыхъ при постройкахъ, а также на всѣхъ предпріятіяхъ почтового, телеграфнаго, военнаго и морскаго вѣдомствъ, всѣхъ ремесленныхъ рабочихъ, всѣхъ торговыхъ служащихъ, всѣхъ служащихъ въ конторахъ нотаріусовъ, адвокатовъ и пр. и, наконецъ рабочихъ, занятыхъ во всѣхъ промышленныхъ предпріятіяхъ, занятіе въ которыхъ связано съ пребываніемъ въ опредѣленномъ мѣстѣ. Изъ этого перечисленія видно, что проектъ нашего Министерства ограничилъ страхованіе чрезвычайно узкими рамками. Фабрично-заводскихъ и горно-заводскихъ рабочихъ у насъ всего около 2.000.000, что къ общему населенію Россіи составляетъ около 1 $\frac{1}{2}$ %. Такимъ образомъ правительственный законопроектъ призванъ облагодѣтельствовать всего на всего лишь 1 $\frac{1}{2}$ % населения. Между тѣмъ въ Германіи въ 1901 г. на 57.000.000 населенія застрахованныхъ отъ болѣзни было 10.000.000, т. е. около 17%. И здѣсь опять-таки мы видимъ обычную неспособность правительства къ широкой созидательной работѣ.

Въ самомъ дѣлѣ, что мѣшало-бы распространить у насъ страхованіе отъ болѣзней на ремесленный и торговый пролетаріатъ, желѣзнодорожныхъ и др. рабочихъ? Что мѣшало-бы создать, кромѣ фабричныхъ и заводскихъ кассъ, цѣлый рядъ больничныхъ кассъ другихъ типовъ—городскихъ, ремесленныхъ, строительныхъ? Какое это было-бы крупное санитарное мѣропріятіе. Какую массу вопиющихъ недостатковъ нашего лѣчебнаго дѣла оно способно было-бы устранять! Какой громадный толчекъ это дало-бы развитію нашей городской и земской медицины!...

Съ технической стороны законопроектъ о страхованіи не лучше законопроекта по реформѣ фабричной медицины. И въ немъ мы видимъ какую-то спѣшность, непродуманность, какое-то неумѣнье связать концы съ концами. Если-бы обоимъ этимъ законопроектамъ суждено было воплотиться въ жизнь, то создалась-бы такая неимовѣрная путаница, что съ первыхъ-же дней пришлось-бы внести въ проекты рядъ существенныхъ измѣненій.

Во 1-хъ, при сличеніи обоихъ проектовъ остается совершенно неяснымъ, отъ кого будетъ завистъ вопросъ о той или иной формѣ устройства фабричной медицины? Мы уже знаемъ теперь, что въ будущемъ возможны 3 формы организациі лѣчебнаго дѣла на фабрикахъ: возможно, во 1-хъ, переходъ фабричной медицины въ руки земствъ и городовъ; во 2-хъ, возможна передача ея въ вѣдѣніе больничныхъ кассъ и, наконецъ, возможно оставленіе ея въ рукахъ самихъ фабрикантовъ. Съ одной стороны, фабрикантамъ запрещено организовывать лѣчебное дѣло безъ разрѣшенія земскаго или городского самоуправления; съ другой—имъ предоставлено право передавать всю медицину больничнымъ кассамъ. Допустимъ, что то или иное городское самоуправленіе рѣшитъ взять въ свои руки всю фабричную медицину даннаго города и, сообразно съ этимъ, выстроить новыя больницы, увеличить число амбулаторій и пр. Затѣмъ часть фабрикантовъ вздумаетъ предпочесть городскому самоуправленію больничныя кассы и передать лѣчебное дѣло въ руки ихъ. Такимъ образомъ, несомнѣнно, возникаетъ конфликтъ. Не говорю уже о пестротѣ, которая получится въ организациі фабричной медицины и которая, несомнѣнно, будетъ вредить дѣлу.

Укажу далѣе еще на одну несообразность проекта. Одинъ изъ §§ проекта гласитъ: «Участіе въ кассѣ начинается со дня вступленія лица въ число рабочихъ заведенія и прекращается въ день вышита его изъ заведенія». Ну, а если фабриканты будутъ увольнять больныхъ рабочихъ до ихъ выздоровленія и если рабочіе вълѣдствіе этого будутъ выбывать изъ заведенія до истеченія того срока, въ теченіи котораго они имѣютъ право на матеріальную помощь кассъ? Прекращается-ли выдача пособій въ случаѣ увольнения рабочаго до истеченія 26 недѣль со дня заболѣванія, или нѣтъ? По здравому смыслу на этотъ вопросъ можно отвѣтить только отрицательно. Но русская жизнь часто не сообразуется съ требованиями здраваго смысла, а потому требуетъ отъ правительственныхъ законопроектъ, чтобы они не полагались на здравый смыслъ будущихъ исполнителей и договорились все до конца. Изъ практики нашей фабричной медицины мы уже знаемъ, что аналогичная недомолвка закона очень дорого обошлась русскимъ рабочимъ: фабриканты систематически увольняли рабочихъ вскорѣ послѣ ихъ заболѣванія и сводили такимъ образомъ продолжительность лѣченія до minimum'a. Въ проектѣ по реформѣ фабричной медицины правительство исправило этотъ пробѣлъ закона, въ проектѣ-же о страхованіи оно сдѣлать это забыло. А это было-бы чрезвычайно необходимо.

Наконецъ, въ законопроектѣ о страхованіи отъ болѣзней имѣется цѣлый рядъ второстепенныхъ недостатковъ, которые еще болѣе умаляютъ его значеніе. Каждый изъ этихъ мелкихъ недостатковъ въ отдѣльности не играетъ большой роли, но въ общемъ, во всей ихъ совокупности, они составляютъ крупный минусъ. Возрастъ уполномоченныхъ зачѣмъ-то ограниченъ 25 годами,—какъ будто только въ этомъ возрастѣ человѣкъ дѣлается способнымъ участвовать въ дѣлахъ самоуправления! Такого ограниченія нѣмецкій законъ не знаетъ. Число уполномоченныхъ не можетъ быть болѣе 100; общія Собранія самихъ членовъ кассы допускаются лишь въ томъ случаѣ, если членовъ не больше 100. Въ этомъ ограниченіи сказалась характерная для нашей бюрократіи боязнь большихъ Собраній. При полученіи рабочимъ увѣчья онъ въ теченіи 6 недѣль получаетъ пособіе отъ больничныхъ кассъ, что составляетъ прямое нарушеніе принципа ответственности предпринимателей за несчастные случаи съ рабочими. И т. д., и т. д.

10.

«Дополненіе» къ закону о страхованіи отъ болѣзней.

Чтобы исчерпать всѣ тѣ мѣропріятія, которыя намѣтило правительство въ цѣляхъ обезпеченія рабочихъ на случай болѣзни, я долженъ остановиться еще на одномъ законопроектѣ, который на первый взглядъ не имѣетъ прямого отношенія къ моему темѣ, но который по существу является непосредственнымъ дополненіемъ разсмотрѣнныхъ выше законопроектъ. Этотъ 3-ій законопроектъ имѣетъ въ виду устройство при фабрикахъ *сберегательныхъ кассъ обезпеченія*, главное назначеніе которыхъ—приходить на помощь рабочимъ въ случаѣ крайней нужды.

Я только-что сказалъ, что этотъ проектъ является непосредственнымъ дополненіемъ разобранныхъ выше проектовъ о реформѣ фабричной медицины и о страхованіи рабочихъ на случай болѣзни. Въ самомъ дѣлѣ, какъ-бы хорошо ни была организована фабричная медицина, на какой-бы высотѣ ни стояло страхованіе отъ болѣзни, ни то, ни другое не можетъ однако цѣлкомъ разрѣшить всѣхъ задачъ раціональнаго, совершеннаго обезпеченія рабочихъ на случай болѣзни, а именно—ни страхованіе, ни фабричная медицина не могутъ обезпечить рабочаго на случай слишкомъ продолжительной потери трудоспособности. Законопроектъ о фабричной медицинѣ обязываетъ фабриканта лѣчить больного рабочаго въ продолженіи 6 мѣсяцевъ. Страхованіе отъ болѣзни предполагаетъ оказывать пособіе заболѣвшему члену кассы также въ теченіи 1/2 года. Ну, а за предѣлами этого срока кто будетъ лѣчить рабочаго и кто придетъ ему на помощь? Развѣ всѣ болѣзни излѣчиваются въ 6 мѣсяцевъ? Какъ разъ многія профессиональныя хроническія болѣзни не склонны считаться съ этимъ срокомъ и тянутся иногда годы; таковы бугорчатка, рейматизмъ, нейралгія и проч. Затѣмъ въ цѣломъ рядѣ случаевъ болѣзнь сама по себѣ излѣчивается, но неспособность къ труду остается еще на долгое время, нерѣдко на всю остальную жизнь. Куда дѣваться рабочему въ такихъ случаяхъ? Нищенство и голодная смерть—это единственныя перспективы для рабочаго съ длительной потерей трудоспособности. Это, по истинѣ, одна изъ самыхъ вопіющихъ жестокостей современнаго капиталистическаго строя, что рабочій, создающій своимъ трудомъ всю матеріальную культуру общества, обрекается на голодную смерть, какъ только его изнуренный организмъ оказывается неспособнымъ къ дальнѣйшей работѣ. Эта несправедливость въ извѣстной степени, однако, можетъ быть устранена и въ рамкахъ нынѣшняго общественнаго устройства именно при помощи спеціальнаго страхованія на случай потери трудоспособности, при помощи страхованія отъ инвалидности. Страхованіе это существуетъ въ Германіи съ 1899 г. и является естественнымъ дополненіемъ страхованія отъ болѣзней и отъ несчастныхъ случаевъ. Въ настоящее время этотъ видъ страхованія обнимаетъ въ Германіи около 15.000.000 чел., т. е. чуть не 1/3 всего населенія. Не останавливаясь на подробностяхъ, скажу, что средства для страхованія отъ инвалидности получаются изъ еженедѣльныхъ взносовъ рабочихъ и предпринимателей. При выдачѣ рентъ утратившимъ трудоспособность правительство доплачиваетъ ежегодно извѣстную сумму изъ средствъ государственнаго казначейства. Величина рентъ колеблется приблизительно въ предѣлахъ отъ 100 до 400 мар. Какъ ни скромна эта сумма, но все-же она избавляетъ инвалида рабочаго отъ необходимости протягивать руку за подаяніемъ.

Рѣшившись ввести у насъ страхованіе рабочихъ, наше правительство должно было-бы быть послѣдовательнымъ и не ограничиваться однимъ лишь видомъ страхованія, а ввести одновременно какъ страхованіе отъ болѣзней, такъ и страхованіе отъ инвалидности. Но, какъ и слѣдовало ожидать, оно остановилось на полдорогѣ и, вмѣсто инвалиднаго страхованія, преподноситъ намъ недостойный суррогатъ его въ видѣ «Сберегательныхъ кассъ обезпеченія». Что-же мѣшало правительству идти до конца въ своемъ похвальномъ желаніи улучшить положеніе рабочихъ? Само собой разумѣется, что мѣшали всякія непреодолимыя препятствія въ родѣ неподготовленности населенія, малой культурности его и пр., и пр. Страхованіе

предполагаетъ, что одни лица платятъ въ пользу другихъ. «Для этого», читаемъ мы въ объяснительной запискѣ, «требуется извѣстная подготовка участниковъ страхованія». «Отсутствіе-же указанной подготовки, наблюдаемое въ малокультурныхъ слояхъ населенія, создаетъ чаще всего недовольство участниковъ обезпеченіемъ ихъ на страховыхъ началахъ». Этотъ доводъ совершенно не заслуживаетъ уваженія. Въдѣ, и при страхованіи на случай болѣзни однимъ лицамъ приходится платить въ пользу другихъ. Почему-же страхованіе отъ болѣзни правительствомъ считается возможнымъ, а страхованіе отъ инвалидности невозможнымъ. Вспомнимъ далѣе, что крестьяне въ земскихъ губерніяхъ дѣлаютъ постоянные взносы въ страховую казну и при этомъ нисколько не сѣтуютъ на то, что однимъ приходится платить въ пользу другихъ. Принципъ страхованія очень простъ и легко усваивается даже малокультурнымъ населеніемъ. Другой доводъ правительства противъ введенія инвалиднаго страхованія еще менѣе убѣдителенъ. «При организаціи страхованія на случай инвалидности», говорится въ объяснительной запискѣ, «возникаетъ вопросъ, какимъ образомъ и при участіи какихъ организацій можетъ быть осуществлено у насъ широко поставленное страхованіе инвалидности? Для практической осуществимости этой задачи необходимо, прежде всего, учрежденіе земской мелкой единицы и вообще преобразование городского, земскаго и сельскаго самоуправления». Отсюда, казалось-бы, вытекаетъ необходимость реорганизаціи мѣстнаго самоуправления, а вовсе не упраздненія страхованія отъ инвалидности. Но логика правительства работаетъ и здѣсь въ направленіи, наименѣе выгодномъ для интересовъ населенія.

Какъ-бы то ни было, но страхованіе отъ инвалидности правительство не пытается ввести у насъ въ ближайшемъ будущемъ и, взамѣтъ его, проектируетъ, учрежденіе «Сберегательныхъ кассъ обезпеченія». Само собой разумѣется, что такія сберегательныя кассы отличаются отъ инвалиднаго страхованія, какъ небо отъ земли. Принципъ сберегательныхъ кассъ заключается въ накопленіи личныхъ сбереженій, между тѣмъ какъ страхованіе основано на перенесеніи тяжести каждаго индивидуальнаго несчастія на цѣлую группу лицъ. Сберегательныя кассы будутъ выдавать каждому участнику тѣ суммы, какія онъ самъ накопитъ. Но для такихъ накопленій и теперь имѣется достаточно способъ—хотя-бы тѣ-же государственныя сберегательныя кассы. Правда, проектируемыя правительствомъ кассы обезпеченія будутъ отличаться 2-мя особенностями: 1) обязательностью взносовъ и 2) участіемъ предпринимателей. Что касается обязательности взносовъ, то она будетъ вводиться только на тѣхъ фабрикахъ и заводахъ, гдѣ рабочіе сами этого пожелаютъ и постановятъ объ этомъ рѣшеніе большинствомъ  $\frac{2}{3}$  голосовъ; такимъ образомъ еще неизвѣстно, сколь широкое примѣненіе получить на практикѣ проектируемая правительствомъ мѣра. Фабриканты будутъ дѣлать взносы только въ тѣ кассы, гдѣ участіе рабочихъ обязательно; размѣръ ихъ взносовъ долженъ равняться 25% той суммы, какую будутъ вносить рабочіе. Такимъ образомъ въ лучшемъ случаѣ дѣло сведется къ нѣкоторому—и при томъ ничтожному—увеличенію заработной платы. Никакого прочнаго обезпеченія на случай потери трудоспособности кассы не дадутъ, хотя имъ и присвоено громкое названіе «кассъ обезпеченія».

Этимъ исчерпываются воѣ законодательныя предположенія правительства относительно обезпеченія рабочихъ на случай болѣзни и потери трудоспособности.

## 11.

*Итоги.*

Мнѣ остается подвести итоги.

Мы видѣли выше, что при современныхъ условіяхъ русскій рабочій въ случаѣ болѣзни не обезпеченъ ни лѣчебной, ни матеріальной помощью. Громадная часть рабочихъ не имѣетъ вовсе никакой возможности лѣчиться, а тѣ, кому лѣченіе доступно, принуждены довольствоваться въ высшей степени несовершенной медициной. Ни сохраненія заработка во время болѣзни, ни другого вида мате-

ріальнаго пособія русскій рабочій не знаетъ. Болѣзнь равнотворна для него голоданію. Продолжительная болѣзнь ведетъ его къ разоренію. Потеря трудоспособности на очень долгое время повергаетъ его въ нищету и обрекаетъ на голодную смерть. Такое положеніе дѣла требуетъ коренныхъ реформъ. Нужно дать возможность лѣчиться всѣмъ рабочимъ во всѣхъ случаяхъ болѣзни. Нужно, чтобы лѣченіе рабочихъ стояло на должной высотѣ, чтобы оно съ медицинской точки зрѣнія было рациональнымъ. Нужно обезпечить рабочему достаточную продолжительность лѣченія. Нужно, чтобы лѣченіе не прекращалось ранѣе, чѣмъ прекратилась болѣзнь. Необходима правильная организація матеріальной помощи заболѣвшимъ рабочимъ. Большой рабочій долженъ получать извѣстную часть заработка до тѣхъ поръ, пока онъ лишенъ возможности работать. Потерявшій трудоспособность навсегда долженъ быть обезпеченъ пожизненной инвалидной рентой. Таковы очередныя задачи въ области обезпеченія больныхъ и нетрудоспособныхъ рабочихъ.

Что-же дѣлаетъ наше правительство? Въмѣсто того, чтобы уничтожить пропасть, отдѣляющую современную постановку фабричной медицины отъ тѣхъ образцовъ, къ которымъ слѣдуетъ стремиться, вмѣсто того, чтобы заполнить эту глубокую пропасть широкими, коренными реформами, оно бросаетъ въ нее горсточку купчихъ законопроектовъ, нерышительныхъ, непродуманныхъ, несвязанныхъ между собой, и думаетъ, что этимъ путемъ оно можетъ кого-либо удовлетворить. Въмѣсто того, чтобы создать единую, стройную организацію страхованія отъ болѣзни и инвалидности, оно съ опаской рѣшается ввести лишь частичку такой организаціи, да и ту урѣзываетъ до послѣдней возможности. Въмѣсто того, чтобы слить фабричную медицину съ страхованіемъ, оно оставляетъ ее существовать, пытается вдохнуть въ нее новую жизнь помощью 2—3-хъ неудачныхъ заплатъ. У страхованія отъ болѣзни оно отнимаетъ одну изъ важѣйшихъ функцій—лѣчебное дѣло. Но и это урѣзанное и изуродованное страхованіе оно не рѣшается распространить на весь пролетаріатъ и ограничиваетъ его дѣйствіе крайне узкими предѣлами. Естественное продолженіе и дополненіе страхованія отъ болѣзни—инвалидное страхованіе оно откладываетъ на то отдаленное время, когда русскій народъ будетъ казаться ему созрѣвшимъ и культурнымъ. Въмѣсто обезпеченія инвалидовъ рабочихъ рентой, оно предлагаетъ имъ копить деньги, давая для этого болѣе или менѣе удачныя совѣты. Въ общемъ и цѣломъ оно попрежнему стоитъ на стражѣ интересовъ предпринимателей, стараясь свести къ минимуму тотъ ущербъ, который неизбежно грозитъ этимъ интересамъ въ будущемъ...

Я глубоко убѣжденъ, что если будущая Дума будетъ хоть сколько-нибудь отражать настроеніе народа, то она не оставитъ и камня на камнѣ отъ обоихъ разобранныхъ мною выше правительственныхъ законопроектовъ.

## ССV. Медицинскій отчетъ о Петербургскихъ городскихъ родильныхъ пріютахъ за 1905-ый годъ.

Л. А. Кривскаго.

Приступая къ составленію отчета, я не могу не упомянуть, что мнѣ приходится продолжать работу многоуважаемаго товарища *Е. Л. Пушкиной*, которая исполняла ее за послѣдніе годы и лишь по случайности лишена была возможности выполнить ее и въ настоящемъ году. Я не вижу надобности измѣнять плана этой работы, дающей въ радѣ цифръ свѣдѣнія о работѣ пріютовъ. Какъ и въ прежніе годы, большая часть таблицъ обработана въ статистическомъ Отдѣленіи Петербургской городской Управы.

Въ отчетномъ году не произошло ни расширенія старыхъ, ни устройства новыхъ родильныхъ пріютовъ, и офиціальное число кроватей остается прежнимъ—290 (10 пріютовъ по 20 кроватей и 3 по 30). Въ дѣйствительности, какъ это будетъ видно изъ ниже помѣщаемыхъ таблицъ, среднее число ежедневно занятыхъ кроватей въ



отдельных приютах лишь въ 3-хъ было ниже нормы, въ остальныхъ же значительно превышало ее, составляя въ общемъ для всѣхъ приютовъ 306, а на каждый пріютъ въ среднемъ 23,5. Точно также и общее число родовъ, превысившее прошлогоднюю цифру на 900 слишкомъ и достигшее 15378, даетъ достаточно указаній, что въ ближайшемъ времени является крайняя необходимость устройства новыхъ приютовъ. Нѣкоторые пріюты, особенно въ лѣтнее время, продолжали нести усиленную полоторную, даже почти двойную работу, переполняясь за предѣлы допустимаго. Последний, XIII, пріютъ былъ открытъ въ 1900 г. и съ тѣхъ поръ новыхъ приютовъ не открывалось, а лишь расширялись старые.

### О поступившихъ.

Въ 1905 г. 13-ью родильными пріютами Петербурга было принято 15378 беременныхъ, роженицъ и родильницъ,—на 927 больше, чѣмъ въ прошломъ году, что составляетъ 6% прироста. Въ 1904 г. приростъ равнялся 15,7%, въ 1903 г.—7%, въ 1902 г.—15%. Такъ какъ по свѣдѣніямъ статистическаго Отдѣленія Петербургской городской Управы, въ 1905 г. въ Петербургѣ съ пригородами было всего 50803 живо-и мертворожденій, то, слѣд., въ городскихъ приютахъ получили убѣжище для разрѣшенія 30,2% всѣхъ роженицъ. Въ прошломъ году ихъ было 28,4%, въ 1903 г.—26,2, въ 1902 г.—25%.

Табл. 1. Поступленіе роженицъ, родильницъ и беременныхъ по мѣсяцамъ.

	Московский.	Литейный.	Коломен-ский.	Спаскій 1.	Спаскій 2.	XII.	Рожде-ственный.	Петровский.	Нарвскій.	Алекс.-Нев-скій.	Васильев-скій.	Выборгскій.	XIII	Итого.
Январь . . . . .	95	80	79	101	89	143	84	87	96	75	114	121	131	1295
Февраль . . . . .	76	89	79	80	95	121	90	68	81	65	102	126	133	1205
Мартъ . . . . .	93	89	77	90	90	155	126	107	86	80	104	155	143	1395
Апрѣль . . . . .	79	75	76	81	71	139	104	88	94	75	108	142	124	1256
Май . . . . .	83	88	118	52	113	167	128	130	104	78	126	118	—	1305
Іюнь . . . . .	151	—	—	48	170	—	123	188	90	126	155	—	99	1150
Іюль . . . . .	175	113	69	168	169	146	—	30	—	23	—	162	168	1223
Августъ . . . . .	—	132	101	156	—	152	130	69	95	60	188	165	141	1389
Сентябрь . . . . .	66	77	67	83	50	115	91	126	92	69	127	119	139	1221
Октябрь . . . . .	86	80	59	78	89	146	125	88	103	73	126	149	148	1350
Ноябрь . . . . .	75	74	88	103	98	147	91	115	87	80	121	156	161	1396
Декабрь . . . . .	66	71	69	69	95	126	91	61	81	70	103	140	151	1193
Всего . . . . .	1015	968	882	1109	1129	1557	1183	1157	1009	874	1374	1553	1538	15378

По числу принятыхъ на первомъ мѣстѣ стоятъ 3 30-кроватьныхъ пріюта, принимавшіе около и болѣе 1500 женщинъ; но и 20-кроватьные немного отставали отъ нихъ, ибо въ среднемъ на каждый изъ нихъ приходится 1073

принятыхъ, а нѣкоторые давали даже такія цифры: 1374, 1183 и т. д. Разница въ поступленіи по мѣсяцамъ невелика; наибольшія числа приходятся на мартъ, августъ и ноябрь, наименьшія на іюнь и декабрь.

Табл. 2. Семейное положеніе поступившихъ.

	Московский.	Литейный.	Коломен-ский.	Спаскій 1.	Спаскій 2.	XII.	Рожде-ственск.	Петровский.	Нарвскій.	Алекс.-Невскій.	Васильев-скій.	Выборгскій.	XIII	Итого.	%.
Замужнихъ . . . . .	758	579	520	803	762	1147	844	711	684	624	1019	1079	1139	10669	69,4
Незамужнихъ . . . . .	253	356	313	259	328	349	300	390	264	206	304	414	333	4071	26,5
Вдовъ . . . . .	34	21	39	38	38	44	38	40	57	44	49	52	46	540	3,5
Не отмѣчено . . . . .	—	12	10	9	1	17	1	16	4	—	2	8	18	98	0,6
Всего . . . . .	1045	968	882	1109	1129	1557	1183	1157	1009	874	1374	1553	1538	15378	

Табл. 3. Возрастъ поступившихъ.

	Московский.	Литейный.	Коломен-ский.	Спаскій 1.	Спаскій 2.	XII.	Рожде-ственск.	Петровский.	Нарвскій.	Алекс.-Невскій.	Васильев-скій.	Выборгскій.	XIII	Итого.	%.
16—20 . . . . .	117	111	144	122	151	215	155	140	108	111	128	203	202	1907	12,4
21—25 . . . . .	346	391	333	382	429	534	416	389	351	294	445	535	511	5356	34,8
26—30 . . . . .	332	251	252	343	312	445	336	341	303	261	439	480	486	4581	29,8
31—35 . . . . .	157	120	99	158	153	210	167	174	144	131	222	187	189	2111	13,7
36—40 . . . . .	72	81	48	91	74	116	91	98	92	71	105	120	126	1185	7,7
41—45 . . . . .	21	11	6	13	10	35	17	13	7	5	32	26	17	213	1,4
46—50 . . . . .	—	2	—	—	—	—	1	—	3	1	1	1	2	11	0,1
Не отмѣчено . . . . .	—	1	—	—	—	2	—	2	1	—	2	1	5	14	0,1
Всего . . . . .	1045	968	882	1109	1129	1557	1183	1157	1009	874	1374	1553	1538	15378	100

Табл. 4. Главныя занятія въ процентахъ.

	Московский.	Литейный.	Коломенскій.	Спаскій 1.	Спаскій 2.	XII.	Рождественск.	Петровский.	Нарвскій.	Алекс.-Невскій.	Васильевскій.	Выборгскій.	XIII.	Всего.
Своимъ хозяйствомъ . . .	54,6	49,5	49,3	60,9	54,9	61,0	50,1	52,5	56,8	56,7	69,8	54,1	57,0	56,4
Прислуги, прачки, чернорабочія . . . . .	28,3	38,9	30,5	26,6	30,7	22,8	28,3	32,7	30,4	25,9	15,8	21,7	27,4	27,0
Фабричныя . . . . .	9,7	3,8	5,2	2,2	2,3	2,4	14,2	7,1	6,1	10,3	9,8	19,8	10,5	8,3
Швец, ремесленницы . . .	6,2	7,0	6,3	8,2	9,7	11,2	5,8	7,3	6,0	6,7	3,5	3,6	4,4	6,5
Разныя занятія . . . . .	1,2	0,8	8,7	2,1	2,2	2,6	1,6	0,3	0,7	0,7	1,1	0,8	0,7	1,8

По сословіямъ, семейному положенію, возрасту, вѣроисповѣданію и занятіямъ поступившія представляли тѣ же отношенія, что и въ прежніе годы.

Табл. 5. Въ который разъ поступившія пользуются родильными пріютами?

	Московский.	Литейный.	Коломенскій.	Спаскій 1.	Спаскій 2.	XII.	Рождественск.	Петровский.	Нарвскій.	Алекс.-Невскій.	Васильевскій.	Выборгскій.	XIII.	Итого.	%
Въ 1-ый разъ . . . . .	623	673	624	618	648	875	731	776	549	566	805	956	996	9440	61,7
» 2-ой » . . . . .	264	194	156	285	262	356	242	208	297	165	344	329	315	3417	22,3
» 3-ий » . . . . .	99	54	60	110	111	152	108	102	92	77	132	150	118	1365	8,9
» 4-ый » . . . . .	35	20	19	43	58	88	42	33	39	32	51	50	54	564	3,6
» 5-ый » . . . . .	12	8	8	22	22	30	24	10	11	13	23	18	27	228	1,4
» 6-ой » . . . . .	4	4	11	10	11	23	10	12	11	8	10	13	9	136	0,8
» 7-ой » . . . . .	3	3	1	7	6	15	7	5	4	3	4	7	3	68	
» 8-ой » . . . . .	2	4	—	3	9	5	1	1	2	2	4	10	1	44	
» 9-ый » . . . . .	2	—	2	1	—	1	1	—	—	—	1	—	4	12	0,8
» 10-ый » . . . . .	—	—	—	—	—	1	2	1	—	—	—	—	—	4	
» 11-ый » . . . . .	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	
» 12-ый » . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	
Не отмѣчено . . . . .	—	8	1	10	2	11	15	9	2	8	—	20	11	97	0,7
Всего . . . . .	1045	968	882	1109	1129	1557	1183	1157	1009	874	1374	1553	1538	15378	

Число повторно пользующихся пріютами для разрѣшенія постоянно растетъ: съ прошлаго года % повторныхъ увеличился на 0,7.

Что касается % роженіцъ, принятыхъ одноименнымъ съ мѣстомъ ихъ жительства пріютомъ, то выше всего онъ былъ въ зарѣчныхъ частяхъ съ болѣе округленными очертаніями; въ частяхъ-же, гдѣ помѣщается болѣе одного пріюта, поступавшія и распредѣлялись между ними, и лишь нѣкоторые пріюты обслуживали болѣе сосѣдній, чѣмъ свой районъ. Въ общемъ каждой роженіцѣ предоставлена возможность попадать въ пріютъ своего района. Нѣкоторые окраинные пріюты служатъ уже не городу, а пригородамъ, гдѣ до послѣдняго времени своихъ пріютовъ не было.

(Продолженіе слѣдуетъ).

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

Бугорчатка, какъ народное бѣдствіе, и мѣры борьбы съ ней.

(Продолженіе. См. № 49, стр. 1553).

Остановлюсь нѣсколько на исторической сторонѣ вопроса о борьбѣ съ бугорчаткой въ Россіи.

Русскій народъ всегда отождествлялъ чахотку съ неизбѣжной смертью. Борьба съ ней не укладывалась въ рамки его понятій даже о самыхъ тяжелыхъ недугахъ. Впервые вопросъ о необходимости систематической борьбы съ этой болѣзью сталъ волновать русское общество въ концѣ 80-хъ годовъ истекшаго столѣтія. Едва-ли можно сомнѣваться въ томъ, что и здѣсь дѣло не обошлось безъ вліянія съ Запада.

Успѣхи покойнаго *Brehmer*'а, воскресившаго давно забытое и покрытое исторической пылью цѣлыхъ тысячелѣтій Гиппократовское изреченіе: «*Tuberculosis primis in stadiis*

*semper sanabilis*», дѣлались достояніемъ врачебнаго міра всѣхъ народовъ, въ томъ числѣ и Россіи. Въ 1891 г. русское Общество охраненія народнаго здравія въ Петербургѣ посвятило вопросу о борьбѣ съ бугорчаткой цѣлый рядъ засѣданій. Избрана была специальная Комmissія по изысканію мѣръ борьбы съ этой болѣзью. Появились выработанные Комmissіей «Программа собранія по всей Россіи свѣдѣній, касающихся борьбы съ легочной чахоткой», и «Проектъ мѣръ противъ зараженія чахоткой», обнимающій всѣ стороны борьбы съ ней до устройства санаторій включительно. Къ сожалѣнію, въ дальнѣйшемъ Общество это уже не обнаруживало къ этому вопросу прежней активной дѣятельности. VII Пироговскій Сѣздъ въ Казани въ 1899 г. въ лицѣ проф. В. Д. Шервинскаго снова выдвинулъ этотъ жгучій вопросъ, принявъ его въ число постоянныхъ для работъ будущихъ Сѣздовъ. Комmissія, образованная Правленіемъ Общества, выработала общій планъ мѣропріятій въ борьбѣ съ бугорчаткой, составила «Уставъ Русскаго Общества борьбы съ туберкулезомъ» и представила то и другое на разсмотрѣніе VIII Пироговскаго Сѣзда въ Москвѣ въ 1902 г. Сѣздъ этотъ въ соединенномъ засѣданіи Отдѣловъ общественной медицины, внутреннихъ болѣзней, бактериологіи и гігіены, одобрилъ проектъ мѣръ, выработанный Комmissіей, поручилъ Правленію разослать во всѣ общественныя учрежденія и вѣдомства «Программу изученія туберкулеза и мѣропріятій въ борьбѣ съ нимъ» съ просьбой принять ее во вниманіе при установленіи мѣръ борьбы съ этой болѣзью и сообщить Правленію о своихъ въ этомъ отношеніи начинаніяхъ. Комmissія просила посильнаго содѣйствія въ осуществленіи поставленныхъ ею себѣ задачъ у общественныхъ учрежденій и отдѣльныхъ лицъ путемъ участія въ ея трудахъ, предложила съ своей стороны, въ предѣлахъ возможности консультативную помощь и высказалась за желательность учрежденія мѣстныхъ Обществъ, какъ Отдѣленій Общества для борьбы съ бугорчаткой, въ цѣляхъ, съ одной стороны, возможно широкой популяризаціи добытыхъ наукой данныхъ вопроса, съ другой — привлеченія къ этому дѣлу общественности.

наго вниманія. Докладъ Комиссіи со всѣми полученными ею свѣдѣніями отъ общественныхъ учреждений, вѣдомствъ и лицъ читанъ на соединенномъ засѣданіи Отдѣловъ общественной медицины, гігіены, внутреннихъ болѣзней и бактеріологіи (спеціально по бугорчаткѣ) на IX Пироговскомъ Сѣздѣ въ Петербургѣ одновременно съ докладомъ Комиссіи для борьбы съ бугорчаткой при другомъ Отдѣленіи Общества охраненія народнаго здравія и прочими докладами по тому-же вопросу. Постановленіе Сѣзда извѣстно: необходимость созыва Всероссийскаго Сѣзда по вопросу о борьбѣ съ бугорчаткой, признанной общественнымъ недугомъ и народнымъ бѣдствіемъ на ряду съ сифилисомъ, алкоголизмомъ, дѣтской смертностью и др. и признание возможности борьбы съ ней, какъ и съ другими только-что перечисленными народными недугами лишь на почвѣ болѣе широкихъ социальныхъ реформъ.

Наконецъ, что касается практическихъ осуществленій идеи борьбы съ бугорчаткой въ Россіи, то, какъ извѣстно, попытки доказать значеніе санаторій въ этомъ дѣлѣ у насъ уже имѣются: достаточно указать на «Халилу» въ Финляндіи, Таицы, Алупку, чтобы подтвердить это, но въ тоже время и понять, какъ далеко еще у насъ это дѣло отъ истиннаго осуществленія мысли о борьбѣ съ бугорчаткой, какъ она понимается, напр., въ Германіи; у насъ какъ разъ и нѣтъ тѣхъ государственныхъ и общественныхъ принциповъ (обязательное государственное страхование рабочихъ), которые тамъ положены въ основу существованія санаторій или вѣрнѣе—территориальной сѣти ихъ.

Значеніе разбираемаго недуга и важность борьбы съ нимъ явствуютъ изъ столь часто и сочувственно, повторявшихся корифеями медицинской науки, словъ: «Russland, Russland!», когда они обозрѣвали статистическія данныя объ этой болѣзни въ нашемъ отечествѣ на международномъ Сѣздѣ по бугорчаткѣ въ Berlin'ѣ и изъ надписей на стѣнахъ выставки д-ра Блюменталля, гласящихъ: «Изъ 3-хъ смертныхъ случаевъ 1 падаетъ на бугорчатку».

Никто, конечно, не станетъ отрицать того, что при современной общей культурѣ народовъ, стремящейся гуманними основами жизни замѣнить всякую борьбу со зломъ предупрежденіемъ такового, смѣнившей, напр., старый девизъ правосудія: «Карать преступника и искоренять преступления» новымъ, имѣющимъ въ виду «исправленіе преступника и предупрежденіе преступленій», что проведеніемъ въ жизнь и сознаніе русскаго народа здравыхъ понятій о болѣе разумныхъ и гігіеничныхъ условіяхъ жизни можно болѣе успѣшно бороться и съ общественными его недугами вообще и бугорчаткой въ частности. Разумѣется, такое проведеніе здравыхъ понятій требуетъ широкаго простора, тѣсно связаннаго съ коренными общественными реформами.

Г. Коланъ.

(Окончаніе слѣдуетъ.)

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физиологія и общая патологія.** 722. Въ лабораторіи проф. И. П. Павлова было установлено, что при бѣлковой пищѣ, смѣшанной съ жиромъ, прибавка этого послѣдняго вызываетъ въ первые часы пищеваренія задержку въ отдѣленіи желудочнаго сока, которая въ послѣдніе часы пищеваренія смѣняется, наоборотъ, чрезмѣрно усиленнымъ отдѣленіемъ. Л. Ф. Понтовскій подвергнулъ изученію эту 2-ую фазу дѣйствія жира.

Работа автора распадается на 2 части. 1-ая часть произведена на собакъ съ отдѣленнымъ по *Heidenhain-Pawlowu* желудкомъ и желудочнымъ свищемъ. При кормленіи собаки легко подвижной бѣлковой пищей (яичные бѣлки + сливочное масло) оказалось, что усиленіе слюноотдѣленія совпадаетъ съ переходомъ большей части пищи въ кишку и продолжается по опорожненію желудка (чего никогда не бываетъ при однихъ бѣлкахъ); даже было выяснено, что и введеніе одного жира въ желудокъ спустя 5—6 час. вызываетъ обильное отдѣленіе желудочнаго сока. 2-ая часть работы исполнена на собакъ съ простыми свищами желудка и 12-перстной кишки. При введеніи жира прямо въ кишку отдѣленіе желудочнаго сока наступало гораздо скорѣе (черезъ 2 часа). Было очевидно, что причина наблюдаемаго дѣйствія жира лежить въ составныхъ частяхъ его, на которыя онъ

распадается (глицеринъ и мыла) въ кишкѣ. Поэтому были испробованы 5%-ный водный растворъ глицерина и мыла (*patrum oleinicum*) въ разныхъ степеняхъ насыщенія. Съ первымъ былъ полученъ отрицательный результатъ; мыло-же, а также жирная кислота (ас. *oleinicum*) и равнымъ образомъ жиръ, обработанный предварительно смѣсью сока поджелудочной железы съ кислымъ и желчью и содержащій продукты расщепленія жира (въ подражаніе естественнымъ условіямъ) приближительно одинаково и очень быстро (мин. черезъ 15—20) вызывали, при введеніи ихъ въ кишку, отдѣленіе желудочнаго сока. Если-же продукты расщепленія жира вводились въ желудокъ, отдѣленіе желудочнаго сока начиналось позже (мин. черезъ 35—40). Такимъ образомъ толчекъ къ отдѣленію желудочнаго сока при дѣйствіи продуктовъ расщепленія жира исходить отъ раздраженія ими кишки, а не желудка.

Выводъ: Жиръ самъ по себѣ является тормазомъ для железнстаго прибора (желудка), а продукты его превращенія—мыла—энергичными возбуждителями пепсиновыхъ железъ (Петербургская диссертация, 1906 г.). В. Б.

723. В. Н. Болдыревъ (въ лабораторіи проф. И. П. Павлова) произвелъ рядъ опытовъ по экспериментальной психологіи на собакахъ. Методическая часть работы состояла въ томъ, что собакъ отъ времени до времени съ цѣлью вызвать слюноотдѣленіе вынавали въ ротъ 50 к. см. 2%-го раствора соды, при чемъ одновременно производилось при помощи металлическаго змѣвика (черезъ который можно было пропускать ледяную воду) охлажденіе опредѣленнаго участка кожи на брюхѣ. Дѣйствіе охладителя начиналось и прекращалось совершенно незамѣтнымъ для собаки легкимъ надавливаніемъ на особую педаль. Въ теченіи каждаго опыта производилось отъ 6 до 10 упомянутыхъ одновременныхъ раздраженій полости рта содой и кожи на брюхѣ холодомъ; продолжались эти раздраженія всегда въ теченіи 1 мин., при чемъ промежутки между отдѣльными сеансами были около 10—15 мин. Уже послѣ 40 такихъ сеансовъ одно охлажденіе кожи, испытанное впервые отдѣльно отъ введенія содоваго раствора, стало вызывать у собаки слюноотдѣленіе, т. е. образовался слюногонный искусственный условный (или психическій) рефлексъ. Выводы: 1. Охлажденіе кожи можетъ стать возбуждителемъ слюноотдѣленія. 2. Любой раздражитель всякаго изъ органовъ чувствъ можетъ быть сдѣланъ возбуждителемъ слюноотдѣленія, т. е. превращенъ въ возбуждителя искусственнаго условнаго (или психическаго) слюноотдѣлительнаго рефлекса. 3. При введеніи въ ротъ пищи или противныхъ веществъ возникаютъ одновременно и условные (т. е. психические), и безусловные (т. е. физиологическіе) рефлексы на слюноотдѣленіе. 4. Если возбуждителями отдѣленія слюны являются охлажденіе опредѣленнаго участка кожи, то и при охлажденіи любого другого участка ея получится тотъ-же секреторный эффектъ. 5. Условные (или психическіе) искусственные рефлексы (дѣйствующіе на слухъ, зрѣніе, обонаніе и кожное чувство) подобны по своимъ свойствамъ естественнымъ условнымъ (психическимъ) рефлексамъ, возникающимъ, напр., при дразненіи пищей голодной собаки. 6. Зрительныя и слуховыя условныя (психическія) раздраженія относятся къ одной категоріи, обонятельныя и кожныя—къ другой. 7. Рефлексы отъ первыхъ образуются болѣе медленно, чѣмъ отъ послѣднихъ; эффектъ дѣйствія первыхъ слабѣе, чѣмъ послѣднихъ. Первые стоятъ дальше отъ естественныхъ условныхъ слюногонныхъ рефлексовъ (иссѣдованныхъ пока лишь въ смѣшанной формѣ), послѣдніе ближе къ нимъ. Первые менѣе долговѣчны и прочны, чѣмъ послѣдніе. 8. При повторныхъ введеніяхъ въ ротъ собакъ одного и того-же количества противныхъ веществъ съ каждымъ новымъ разомъ отдѣляется все больше и больше слюны въ противоположность тому, что наблюдается при вѣд пріятныхъ веществъ. Такое нарастаніе въ отдѣленіи слюны при противныхъ веществахъ зависитъ отъ увеличенія количества слюны, выдѣляемой подъ влияніемъ условнаго (психическаго) рефлекса. 9. При опытахъ съ противными веществами условные рефлексы бывають выражены сильнѣе въ концѣ опыта, чѣмъ въ началѣ его; при опытахъ со съдобными веществами—наоборотъ. 10. Слабые раздражители превращаются въ искусственные условные (психические) возбуждители слюноотдѣленія съ большимъ трудомъ и медленнѣе, чѣмъ сильныя. 11. Искусственные условные (психические) рефлексы при перерывѣ въ работѣ могутъ существовать нѣсколько мѣсяцевъ, хотя и замѣтно ослабѣвають при этомъ. 12. Иногда условные (психические) рефлексы на слюноотдѣленіе не выражаются вѣншимъ образомъ (въ слюнотеченіи); но тѣмъ не менѣе существуютъ, и такая ихъ скрытая форма можетъ быть извѣстнымъ образомъ переведена въ явную, обнаруживающуюся отдѣленіемъ слюны (Труды Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ, январь).

В. Б.

724. Д-ръ Th. Vannod сообщаетъ итоги своихъ опытовъ по вопросу объ агглютиназахъ и специфическихъ иммунныхъ тѣлахъ въ гоноккоковой сывороткѣ. Прививая кроликовъ возрастающими дозами гоноккоковаго нуклео-протеида, добытаго по способу Lustig'a и Galeotti, авт. получилъ сыворотку съ большимъ содержаніемъ гоноккоковыхъ агглютининовъ и специфическихъ амбоцепторовъ. Съ этою сывороткою и дѣлались опыты. Общіе итоги ихъ V. формулируетъ такъ: 1) Обработывая животныхъ производными гоноккоковъ, можно получить сильную агглютинирующую

гонококковую сыворотку. 2) Сыворотка эта не склеивает гонорейных и циточечных кокков, а менингококков склеивает (сильное групповое склеивание) 3) Гонорейная сыворотка обладает значительным титром склеивания и для менингококков; наоборот, менингококковая сыворотка сильно склеивает гонорейных (сильное групповое склеивание). 4) Названная сыворотка содержит специфический иммунный титр (амбоценты по Ehrlich'y) для гонорейных. 5) Амбоценты гонорейной сыворотки не связываются менингококками, какъ обратно и гонорейки не производят связывания менингококковых иммунных титров (Deutsche medizinische Wochenschrift, 6 декабря). С. Гр-ва.

**Диагностика.** 725. Д-ръ R. Dunger проверял значение метиленовой реакции, недавно предложенной проф. Rumtzo (Le Riforma Medica, 1905 г., № 19) взамен известной диазо-реакции Ehrlich'a. Для производства этой реакции к 4—5 к. см. мочи прибавляют 4 капли 10% водного раствора Methylenblau purissimum Merck'a и слегка встряхивают смесь. При положительном итоге реакции получается смарагдово-зеленая окраска, при отрицательном же — синезеленая или синяя. По Rumtzo, реакция бывает всегда положительная при тифе, кори, оспе, легочной чахотке в 3-мъ стадий, бугорчатковом плеврите и перитоните, и, напротив, отрицательная при скарлатине, гриппе, пневмонии, сочленовномъ ревматизме, пороках сердца и нервныхъ болезнях. При тифе R. находит реакцию, начиная со 2—3 дня болезни, с концомъ которой она исчезала, а при возвратахъ появлялась вновь. Проверка этихъ указаний произведена была д-ромъ D. на около 1000 образцахъ мочи отъ разныхъ больных, включая тифозныхъ, коревыхъ и чахоточныхъ. На каждой моче проводились обе реакции — и Rumtzo, и Ehrlich'a. Изъ указанного числа 1100 образцовъ мочи в 647 случаяхъ обе реакции получились отрицательными; изъ остальныхъ же 453 образцовъ только 105 разъ, т. е. меньше чемъ в 1/4 общего числа, наблюдались положительными обе реакции. 348 разъ согласия между ними не было, а именно: в 207 случаяхъ получилась положительная метиленовая реакция при отрицательной диазо, а в 141 случае было наоборот. Окончательный вывод д-ра Dunger'a касательно значения реакции Rumtzo таковъ. Метиленовая реакция получается чаще и при гораздо большемъ числе патологическихъ формъ, чемъ диазо-реакция; точно также и в отдѣльныхъ случаяхъ она лишь относительно рѣдко бываетъ согласна съ реакцією Ehrlich'a, а потому замѣнить ее не можетъ. Никакихъ заключеній для распознавания или предсказания реакция эта не даетъ возможности дѣлать: ее положительный или отрицательный итогъ основывается не на какомъ-либо химическомъ процессѣ, а на простомъ смѣшеніи цѣтовъ и зависитъ исключительно отъ большей или меньшей красящей силы мочи. Такимъ образомъ клиническаго значения новая проба не имѣетъ вовсе (Deutsche medizinische Wochenschrift, 27 сентября). С. Г-ва.

**Хирургическія болѣзни.** 726. Д-ръ Göbell описываетъ изъ клиники проф. Helferich'a (Kiel) интересный случай огнестрѣльнаго раненія сердца и легкаго съ благоприятнымъ исходомъ послѣ наложенія шва.

Больной — 23 л. Выстрѣлъ съ цѣлью самоубійства изъ револьвера (7 мм.) въ область сердца. Доставленъ черезъ часъ въ полное сознание. Входное отверстіе въ 3-мъ лѣвомъ межреберьи на 2 см. внаружи отъ края грудины. Небольшая подкожная эмфизема. Сердечная тупость исчезла. Сердечный толчокъ неощутимъ. Пневмоторакс. Тоны сердца слышны, имѣютъ металлическій отбѣнокъ. Пульсъ 94. Операция. Лоскутный разрѣзъ (основаніемъ внутри). Пересѣчены 3-ий, 4-ый, 5-ый, 6-ой и 7-ой реберные хрящи. Лоскутъ отвернуть внаружи. Пересѣчена также грудина и перевязана сосковая артерія. Вскрыта лѣвая плевра. Отверстіе въ легкомъ зашито. Въ сердечной сорочкѣ — въ мѣстѣ, прикрытомъ краемъ раненаго легкаго, — входное отверстіе; изъ него въ обиліи лилась кровь. Сердечная сорочка вскрыта. Сердце сильно сокращалось. Въ лѣвомъ желудочкѣ на 2 см. ниже горизонтальной вѣтви вѣнечной артерій — сквозное отверстіе. Стѣнка сердечной сорочки захвачена пинцетомъ. Шовъ (catgut) на переднюю и заднюю стѣнку сердца. Кровотечение остановилось. Шовъ на сорочку и плевру. Въ нижній уголъ той и другой полости дренажъ. Лоскутъ прижатъ на мѣсто. Дренажи удалены на слѣдующій день. Проколомъ изъ плевры выпущенъ воздухъ. Спустя 3 дня извлечена пуля, за-

швышая подъ лопаткой. Въ теченіи 2-хъ недѣль лихорадки. Затѣмъ гладкое теченіе. Исслѣдованіе спустя нѣсколько недѣль показало, что сердце вполне здорово.

Въ литературѣ, по автору, описано 86 случаевъ операции при раненіяхъ сердца. Въ 72 была колотортравматическая рана; выздоровѣли 27 (37,5%). Въ 14 — огнестрѣльная; выздоровѣли 6 (42,8%) (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXIX). Б. Фимельштейн.

727. Обсуждая вліяніе, произведенное Röntgen'овскимъ способомъ на дѣйствія врача при переломахъ костей, проф. F. König приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Примѣненіе Röntgen'овскаго прибора углубило наши познанія о патологической анатоміи и механикѣ костей переломовъ такъ, какъ нельзя было и ожидать; вѣсть съ тѣмъ оно усовершенствовало и нашу диагностику. 2) Однако семіотику въ старомъ смыслѣ Röntgen'овскій способъ не сдѣлалъ излишней, а наоборотъ безъ него самого вполне можно обойтись во множествѣ случаевъ простыхъ переломовъ тому, кто вполне владѣетъ этимъ семіотикомъ. 3) Зато во многихъ сложныхъ случаяхъ способъ этотъ есть единственно вѣрное средство для распознаванія и лѣченія, почему примѣненіе его должно быть признано обязательнымъ для врача, если не имѣется неодолимыхъ постороннихъ препятствій. 4) Съ нѣкоторыми видами переломовъ насъ первые ознакомили х-лучи. 5) Во многихъ случаяхъ они представляютъ собою средство, направляющее насъ при операци, имѣющей цѣлью восстановленіе нормальныхъ отношеній (Deutsche medizinische Wochenschrift, 22 ноября). С. Г-ва.

728. Д-ръ Thomas H. Potter (Detroit, Michigan) описываетъ случай разрыва пищевода со вскрытіемъ со имъ полость подреберной плевры.

Р. Г., ирландецъ, 44 л., рабочій, поступилъ 7/хп 1903 г. Преставлявшихъ заболѣваній не было, кромѣ недавняго ишемита. Позавтракавъ и выпивъ дов. много виски и пива, онъ внезапно почувствовалъ рѣзкую боль въ передеречной области ирландію слабость, а также неутолимую жажду, вѣдствіе которой онъ выпилъ изрядное количество воды. При поступленіи не могъ держаться на ногахъ. Пульсъ 112; температура 39,5° F. (37° C.); дых. 28. Снявша; холодная и липкая кожа; поверхностное и неправильное дыханіе. Лѣвый бокъ казался выпячивавшимся, съ выпячиваніемъ межреберій и отсутствіемъ движеній. Правая сторона дышала слабо, но часто, и вообще дыханіе было болѣе бурное. Голосового дрожанія слышно не было; справа вверху оно было слегка усилено, внизу же ослаблено. Верхушечный толчекъ сердца не ошупывался. Постукиваніе слышно впереди и сзади давало ясный звукъ; справа отъ 5-го ребра ясный звукъ былъ тупой, вверху — слегка барабанный. При выслушиваніи дыханіе слышно отсутствовало, за исключеніемъ верхне-задней части, гдѣ оно имѣло амфорическій характеръ; справа дыханіе внизу было очень слабое, вверху — бронхиальное. Печень выпячивалась на 2 пальца изъ-за реберъ. Состояніе больного быстро ухудшалось. Черезъ 3 часа у основанія шеи была замѣчена подкожная эмфизема, которая затѣмъ быстро распространилась по всей грудной клеткѣ и по верхнимъ конечностямъ до локтей, а также перешла на лицо и волосистую часть головы; ямки опухли и не могли быть открыты. Кожа на передней части груди была приподнята дюйма на 4; ошупывался обычный хрустъ. Снявша усиливалась. Пульсъ ускорился до 120, затѣмъ сталъ неощутимымъ; температура подымалась до 100,2° F. (= 37,96° C.); дыханіе оставалось 28. Черезъ 11 час. отъ начала заболѣванія больной умеръ. Вскрытіе. При разрѣзѣ кожи воздухъ выходилъ только при значительномъ давленіи. Лѣвое легкое спавшееся, лѣвая полость плевры выполнена темной жидкостью и частицами непереваренной пищи; слышенъ запахъ пива. Въ полости правой плевры темная кровянистая сыворотка; сама плевра представляла сращения и признаки недавняго плеврита. Въ сердечной сорочкѣ увеличенное количество жидкости. На сердцѣ порядочное отложеніе жира. Печень увеличена и цирротична. Слизистая оболочка желудка утолщена и полнокровна. На передней поверхности желудка, на 5 см. отъ входа, язва величиною въ 4 1/2 × 6 см. Пищеводъ представлялъ яйцевидный разрывъ, длиною въ 3 см., съ острыми краями. Длинная ось разрыва совпадала съ осью пищевода; нижній уголъ его отстоялъ отъ пищеводнаго отверстія грудобрюшной преграды на 7,5 см.; разрывъ находился въ лѣвой задней стѣнкѣ пищевода. Бѣтъ-разъ противъ верхней точки разрыва имѣлась язвочка въ 5 мм. въ поперечникѣ. Въ нижней части пищевода, на 1 см. надъ входомъ въ желудокъ, найдены 2 язвочки въ 4 и 6 мм. въ поперечникѣ, оба на передней стѣнкѣ. Суженія или протѣки пищевода не было, и авт. объясняетъ разрывъ судорожнымъ сжатіемъ пищевода отъ дѣйствія холоднаго пива при наличии утолщенія стѣны на мѣстѣ язвы. Смерть зависѣла отъ shock'a (American Medicine, сентябрь). Б. Димманъ.

729. Д-ръ P. Halloran, разбирая вопросъ о злокачественныхъ опухоляхъ предстательной железы, подводитъ



къ следующимъ выводамъ: 1) Злокачественныя опухоли предстательной железы встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ думали нѣсколько лѣтъ назадъ; наличность ихъ можно опредѣлить почти въ  $\frac{1}{10}$  части гипертрофій этой железы. 2) Слѣдуетъ изучать отдѣльно эпителиомы и саркомы и тщательно отличать опухоли, появляющіяся у дѣтей и у молодыхъ людей, которыя бываютъ всегда соединительно-тканными, отъ опухолей, бывающихъ у пожилыхъ людей, чаще всего эпителиальныхъ. 3) Эпителиомы предстательной железы могутъ обнаруживаться различно: онѣ могутъ появляться неожиданно и сразу принимать быстрый и разлитой ходъ, или-же оставаться ограниченными въ теченіи извѣстнаго времени, или-же наконецъ подвергаться аденоматозной гипертрофіи, теченіе которой, оставаясь многіе годы доброкачественнымъ, внезапно можетъ сдѣлаться распространеннымъ и злокачественнымъ. 4) Злокачественныя опухоли предстательной железы рѣдко распространяются на мочеиспускательный каналъ и часто на пузырь; чаще главнымъ образомъ онѣ распространяются вверхъ и назадъ по ходу наружнаго края сѣменныхъ пузырьковъ, которые онѣ въ концѣ концовъ и охватываютъ болѣе или менѣе вполне. Значительно рѣже наблюдается разлитой карциноматозъ предстательной железы и таза. Таковому анатомическому распространенію его обычно сопутствуетъ отсутствіе какихъ-либо предшествующихъ припадковъ, что впрочемъ не имѣетъ большого значенія для больного, ибо распознаваніе чаще бываетъ слишкомъ позднимъ для возможнаго кореннаго вѣшателства. Такой разлитой карциноматозъ можно подозрѣвать въ извѣстномъ числѣ случаевъ, когда тщательное изслѣдованіе не обнаруживаетъ никакихъ слѣдовъ отдѣльныхъ узловъ новообразованія. 5) Изсѣченіе предстательной железы дѣлается черезъ промежность, вѣсумочно, при чемъ разомъ удаляютъ все возможное (Парижская диссертация).

730. *Mc Adam Eccles* (London) сообщаетъ случай первичнаго рака червеобразнаго отростка.

Больной, 18 л., въ 1903 г. перенесъ 1 или 2 легкія приступы болей въ правой подвздошной ямкѣ, не выбывшихъ его, однако, изъ обычной жизни. 6/IV 1904 г. болѣе сильный приступъ; 100° F; ограниченная припухлость въ правой подвздошной области; пролежалъ въ постели 14 дней. Слѣдующій острый приступъ болей 12/IV съ тѣми же явлениями; опять постель; но припухлость держалась, безъ признаковъ нагноенія. 17/IV температура и пульсъ нормальны, боль прошла, но рѣзкая чувствительность при опускываніи правой подвздошной области осталась; здѣсь-же легко прощупывалась какая-то твердая масса. 25/IV чувствленіе надъ опухолью: слѣпая кашка приростая; позади вся—твердая масса, несомнѣнно увеличенный червеобразный отростокъ, не безъ труда освобожденный отъ сросшеній, длиною  $1\frac{1}{4}$  д., прирѣзанный сверху и снизу позади слѣпой кашки и сильно утолщенный, въ окружности  $2\frac{1}{4}$  д. Рана спита обычнымъ способомъ; гладкое выздоровленіе. Черезъ  $1\frac{1}{4}$  года, 19/II 1906 г., оперированный вполне здоровъ; боли не повторялись, на продолжномъ разрѣзѣ червеобразнаго отростка въ стѣнкѣ его оказалась 2 бѣловатыхъ узла: одинъ на  $\frac{1}{2}$  длины отъ прирѣзленія къ слѣпой кишкѣ, другой—нѣсколько дальше. Ихъ признали макроскопически за бугорчатковыя отложенія. Въ прошивѣ придатка сростковъ не было. При микроскопическомъ изслѣдованіи, однако, узлы эти оказались раковой опухолью съ кругловатыми клетками. Новообразование до операціи было недоступно распознаванію; на лицѣ были лишь признаки хроническаго аппендицита (The American Journ. of the medic. sciences, № 6).

C. Марк.

731. Д-ра *Secretan* и *Wrangham* сообщаютъ случай пневмококковаго воспаления коленного сустава и приводятъ вкратцѣ обзоръ 25 случаевъ этого рода, описанныхъ въ англійской и американской литературѣ послѣ работы *Cave*, собравшаго въ 1901 г. изъ тѣхъ-же источниковъ 31 случай. Изъ этихъ 31 больныхъ 23 умерли; образованіе гноянаго выпота наблюдалось 5 разъ. Изъ собранныхъ авторами 25 случаевъ въ 15 былъ пораженъ коленный суставъ. Выпотъ былъ отъ мутно-сывороточнаго до густаго гнойнаго. 13 такихъ больныхъ умерли. Въ 24 изслѣдованныхъ случаяхъ въ выпотѣ найденъ пневмококкъ. Большая часть пораженій суставовъ наблюдается у больныхъ фибринозной пневмоніей въ первые дни болѣзни; однако встрѣчаются случаи заболѣванія суставовъ безъ одновременнаго воспаления легкіхъ.

Въ случаѣ авторовъ, у 16-лѣтняго юноши на 5-ый день фибринознаго воспаления легкіхъ появились боли и припуханіе праваго колѣннаго сустава. Выпотъ, взятый въ количествѣ 4 унцій, спустя недѣлю послѣ начала заболѣванія сустава, былъ жидкій,

гнойный, зеленовато-желтаго цвѣта, и далъ чистую разводку *Graefke*евского диплококка. Въ мазкахъ никакихъ микробовъ найдено не было. Полость сустава была вскрыта 2-ми разрезами по бокамъ коленной чашки, при чемъ удалено еще около 4 унцій гноя; суставъ промытъ формалиномъ (1 : 500), а полость дренирована. Дальнѣйшее лѣченіе заключалось въ промываніи сустава растворомъ формалина 1 : 1000. Больной выздоровѣлъ; движенія въ суставѣ возстановились вполне (The British Medical Journal, 21 апрѣля).

**Внутреннія болѣзни.** 732. Д-ръ *Bisson* собралъ имѣющіяся въ литературѣ данныя о теченіи дифтеріи внутривенными впрыскиваніями противодифтерійной сыворотки и сообщаетъ свѣдѣнія о 200 больныхъ, лѣченныхъ имъ по этому способу съ октября 1904 г. по апрѣль 1906 г. Изъ этихъ больныхъ 33 умерли (16,5%). Общее число дифтерійныхъ больныхъ за все время было 660 съ 92 смертными случаями (13,94%). Необходимо отмѣтить, что во всѣхъ тяжелыхъ случаяхъ примѣнялись внутривенныя впрыскиванія сыворотки. При употребленіи одной сыворотки («А»), во всѣхъ случаяхъ въ первые 3 часа повышалась т-ра тѣла, иногда наступали: ознобъ, угнетенное состояніе, рвота, часто—сыпь. Этою сывороткой были лѣчены 15 больныхъ. Въ 1 случаѣ наблюдалось повышеніе т-ры до 41°,5 (106,6 F.); больной были введены сразу 30000 единиц. 2-ая сыворотка («В») на 184 случая только 20 разъ вызвала повышеніе т-ры болѣе, чѣмъ на 1°, 4 Ц.; рвоты не наблюдалось; появлявшаяся иногда сыпь не была сплошною и не сопровождалась отеками. Чаще всего впрыскиванія производились въ вены локтевого сгиба; при этомъ или предварительно дѣлался разрѣзъ (общее обезболиваніе), или впрыскиваніе производилось непосредственно насосомъ. Сыворотка передъ впрыскиваніемъ нагрѣвалась до температуры тѣла. Количество сыворотки, полученной больными, колебалось отъ 2000 до 110000 единиц. Наибольшая разовая доза—40000 единиц (The Lancet, 6 октября).

Л. Старокадомскій.

733. По опытамъ *Clement* и *Huchard'a*, муравьиная кислота является могучимъ возбудителемъ поперечно полосатыхъ мышць. На этомъ основаніи, д-ръ *Croon* (Edinburgh) примѣнилъ ее въ 100 случаяхъ дифтеріи, находя, что стрихнинъ, наперстянка, адреналинъ далеко не удовлетворяютъ цѣли поднятія сердечной дѣятельности у этого рода больныхъ, ибо одновременно затрудняютъ работу сердечной мышцы, вызывая сокращеніе мышечныхъ волоконъ сосудовъ. Больные получали по 5—20 капель 25%-го раствора муравьиной кислоты черезъ 4 часа въ теченіи 10—14 дней, послѣ чего еще 14—18 дней давалось половинное количество лѣкарства. Въ остальномъ лѣченіе велось обычнымъ порядкомъ съ примѣненіемъ противодифтерійной сыворотки. Для сравненія авт. взялъ 300 случаевъ дифтеріи, наблюдавшихся въ томъ-же лѣчебномъ заведеніи въ соотвѣтствующее время года предыдущихъ 2-хъ лѣтъ. На каждую изъ 4-хъ группъ по 100 больныхъ приходилось: смертныхъ случаевъ 10, 7, 9, 2 (при муравьиной кислотѣ); параличей 17, 17, 18, 8 и 3; бѣлокъ въ мочѣ наблюдался въ 45, 35, 35 и 10 случаяхъ. При этомъ авт. отмѣчаетъ, что, начиная съ 3 го дня въ большинствѣ случаевъ и съ 4-го дня во всѣхъ, кромѣ 4-хъ, пульсъ у больныхъ становился правильнымъ, общее питаніе, окраска кожи, позывъ на ѣду замѣтно улучшались. Д-ръ *Croon* полагаетъ, что въ случаѣ наступленія параличей слѣдуетъ при соблюденіи полнаго покоя поддерживать назначеніемъ муравьиной кислоты тонусъ мышечной ткани до полнаго возстановленія нарушенной нервной системы; для предупрежденія же параличей необходимо стремиться устранить отравленіе, впрыскивая большія количества сыворотки и назначая муравьиную кислоту или ея производныя (The Edinburgh Medical Journal, октябрь).

Л. Старокадомскій.

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни.** 734. Если беременность наступаетъ въ одной изъ половинъ двойной матки, то, какъ извѣстно, въ небеременной  $\frac{1}{2}$  матки происходятъ также извѣстныя измѣненія, свойственныя беременности; слизистая оболочка ея гипертрофируется и извергается обыкновенно во время родовъ. *Bouffe de Saint-Blaise* и *Couvelaire* приводятъ рѣдкій случай беременности въ двойной маткѣ, отличающійся отъ обычнаго теченія. Больная, 26 л., всегда страдала болями во время мѣсячныхъ;

беременна въ 1 разъ. На 5-мъ мѣсяцѣ появилось кровотечение. При изслѣдованіи оказалось, что у больной имѣется двойное влагалище, 2 маточныхъ шейки и 2 матки. Одна матка была увеличена соотвѣтственно сроку беременности, зѣвъ закрытъ; другая матка была лишь немного увеличена, шейка ея размягчена, зѣвъ пріоткрытъ, а изъ него выдѣлялась кровь. Больная чувствовала по временамъ схваткообразныя боли, которыя ясно сосредоточивались въ небеременной сторонѣ и продолжались, какъ и кровотечение, въ теченіи нѣсколькихъ дней; затѣмъ изъ влагалища выдѣлилось образование, которое при изслѣдованіи оказалось отпадающей оболочкой. Кровотечение уменьшилось и черезъ 5—6 дней прекратилось совсѣмъ, а беременность въ другой  $\frac{1}{2}$  матки осталась ненарушенной; плодъ родился въ срокъ живымъ. (Annales de gynécologie et d'obstétrique, июль).

М. Проскурякова.

735. Случай удачной пересадки яичника сообщает проф. Morris (New-York).

Больная, 21 г., замужемъ 3 года. Мѣсячныя съ 15 лѣтъ. Вскорѣ послѣ замужества наступила беременность, окончившаяся выкидышемъ на 3-мъ мѣсяцѣ. Съ 19 лѣтъ мѣсячныя прекратились. Въ февралѣ 1902 г. распознано сморщивающее воспаление яичниковъ. 11/II 1902 г. яичники удалены при помощи ангиотриба Tuffier—для большей увѣренности, что органы удалены цѣликомъ. По удаленіи яичниковъ въ широкихъ связкахъ сдѣланы щели параллельно трубамъ, и въ каждую помещенъ клинообразный кусочекъ яичника величиною въ  $\frac{1}{2} \times \frac{1}{4}$  д. взятый изъ яичника только-что оперированной по поводу выпаденія матки, въ остальной здоровой женщины, имѣвшей нѣсколькихъ дѣтей; кусочки въ которое время находились въ тепломъ физиологическомъ растврѣ. Свободная поверхность отрѣзковъ яичника выдавалась въ брюшную полость, сръзы-же—въ щели въ широкихъ связкахъ; кусочки укрѣплены катгутowymi швами. Въ удаленныхъ яичникахъ найдены рѣзкія цитротическія измѣненія, мелкія кисты; Graaf'овыхъ пузырьковъ не было. Больная хорошо перенесла операцию. 18/VI—черезъ 4 мѣс. послѣ операци—появились мѣсячныя, продолжавшіяся 5 дней; послѣ того до 16/XI кровь не показывалась; 16/XI—мѣсячныя, продолжавшіяся 1 день; 15/II появились слѣдующія мѣсячныя, продолжавшіяся 5 дней, послѣ чего они наступали въ правильные промежутки на 4—5 дней. 15/III 1906 г. больная родила здоровую девочку 7  $\frac{1}{2}$  ф.

Авт. полагаетъ, что пересадкой яичника можно будетъ возвращать способность дѣторожденія многимъ женщинамъ, утратившимъ ее вслѣдствіе болѣзни или послѣ операци, даже послѣ нормальнаго прекращенія мѣсячныхъ (Medical Record, 5 мая).

Л. Старокадомскій.

736. Д-ра Frensch и Hicks считаютъ, что опасность беременности при суженіи 2-створчатой заслонки чрезмерно переоцѣнивается. Конечно, при заболѣваніяхъ подобнаго рода рано или поздно развивается сердечная слабость, и беременность можетъ послужить однимъ изъ поводовъ къ ея развитію. Неблагопріятные выводы другихъ авторовъ объясняются тѣмъ, что больныя, страдающія суженіемъ 2-створчатой заслонки, подвергаются наблюденію врачей лишь при наступившей уже сердечной слабости, тогда какъ подобныя-же больныя, беременность которыхъ, не смотря на существующій порокъ сердца, протекаетъ нормально, совершенно не попадаютъ въ статистику. Frensch и Hicks основываютъ свои наблюденія на исторіяхъ беременности и родовъ у 300 женщинъ въ возрастѣ свыше 20 л., страдавшихъ суженіемъ 2-створчатой заслонки. Матеріалъ для наблюденія не подбирался, а брался въ томъ порядкѣ, въ какомъ больныя поступали въ клинику. Выводы: 1) Такія больныя относительно рѣдко бываютъ безплодными. 2) У нихъ не наблюдается особой склонности къ выкидышамъ. 3) У большинства родовъ протекаютъ нормально. 4) Сердечная слабость развивается у нихъ не въ теченіи первой беременности, но обыкновенно послѣ нѣсколькихъ. 5) Лѣченіе должно быть такимъ-же, какъ и въ беременности. 6) Нельзя запрещать вступать въ бракъ безусловно всѣмъ женщинамъ съ суженіемъ двустворчатой заслонки; врачъ долженъ указать больной и ея роднымъ рискъ, сопряженный съ беременностью; но его нельзя ни преувеличивать, ни уменьшать. Конечно, такая больная, независимо отъ того, выйдетъ-ли она замужъ или нѣтъ, не проживетъ долго. Если она пережила 20-лѣтній возрастъ при уравнившемся порокѣ сердца, то опасность беременности, повидимому, невелика; важно лишь, чтобы беременности не слѣдовали быстро другъ за другомъ (The Journal of Obstetrics and gynaecology of the British Empire, сентябрь).

М. Проскурякова.

Дѣтскія болѣзни. 737. Д-ръ Walsh считаетъ одной изъ важнѣйшихъ, но какъ-то незамѣченной до сихъ поръ при-

чиной мѣсячныхъ поносовъ у дѣтей—составныя части корма коровъ, которыя съ переходомъ на пастбище поглощаютъ множество растений, содержащихъ раздражающія кишечникъ вещества. Авт. отмѣчаетъ, что и на фермахъ зачастую приходится наблюдать обильныя водянисто-зеленыя испраженія у сосущихъ матку телятъ, если она получаетъ свѣжую траву. Извѣстно, что въ молоко переходятъ многія гѣлѣзистыя вещества; молодой клеверъ сообщаетъ молоку особый запахъ. Что бактеріальное загрязненіе не играетъ въ этихъ случаяхъ особой роли, видно изъ того, что обезпложенное молоко оказываетъ столь-же вредное дѣйствіе, какъ сырое. Въ случаѣ распознанія указанной причины болѣзни, необходимо позаботиться о доставленіи ребенку молока отъ такихъ коровъ, которыя получаютъ сухой кормъ (Medical Record, 15 сентября).

Л. Старокадомскій.

738. Для лѣченія недержанія мочи было предложено множество гѣлѣзистыхъ веществъ. Д-ръ Stucky (Louisville) наилучшіе результаты получалъ, давая больнымъ дѣтямъ по 3—5 грм. борной кислоты и салолу, черезъ каждые 3—4 часа. Авт. всѣ случаи недержанія мочи у дѣтей раздѣляетъ на 4 группы: недержаніе, зависящее отъ разстройства центральной нервной системы, отъ качества мочи, отъ состоянія пузыря и отъ состоянія близлежащихъ частей. Въ 75%, всѣхъ случаевъ S. нашелъ значительное увеличеніе количества фосфатовъ въ мочѣ; часто встрѣчается также сильно кислая моча, мочевого песка. Относительно состоянія пузыря слѣдуетъ отмѣтить воспаленіе его, камни и врожденную малую емкость. Прирожденіе крайней плоти, баянитъ, фимозъ, узкое отверстіе мочеиспускательнаго канала, трещины задняго прохода, полипы прямой кишки, раздраженіе ея острицами—явленія, которыя должны быть предварительно устранены. Въ этихъ случаяхъ авт. также замѣтилъ болѣе быстрое излеченіе при назначеніи салолу съ борной кислотой. Если одновременно существуетъ атонія пузыря, хорошее дѣйствіе оказываетъ стрихнинъ (The Medicine, октябрь).

Л. С.

739. Д-ръ Kerphallinos разбираетъ вопросъ объ остромъ сочленовномъ ревматизмѣ, хорѣ и воспаленіи внутрисердечія у дѣтей на основаніи 129 случаевъ изъ дѣтской клиники въ Глаз'ѣ. На 1-мъ году жизни острый суставной ревматизмъ встрѣчается, по автору, крайне рѣдко, и къ подобнымъ случаямъ, описаннымъ разными авторами, онъ относится скептически. Авт. только 1 разъ наблюдалъ острый ревматизмъ у 10-мѣсячнаго ребенка съ высокой перемежающейся лихорадкой и пораженіемъ 2-хъ суставовъ; но при дальнѣйшемъ наблюденіи оказалось, что зѣвъ имѣлось пневмококковое зараженіе, и ребенокъ погибъ отъ воспаления легкаго. Только, начиная съ 4-го года, острый ревматизмъ появляется чаще. Больные автора были въ возрастѣ 5—15 лѣтъ. Частота болѣзни не зависитъ отъ пола: въ случаяхъ автора было 64 мальчика и 65 девочекъ. Что касается наслѣдственности, то отецъ и мать перенесли ревматизмъ въ 22 на 69 случаевъ, сестры—въ 8 на 69 сл.; нѣсколько случаевъ ревматизма въ семьяхъ больныхъ дѣтей имѣлось въ 5 сл. на 69; такимъ образомъ у 50,7% больныхъ автора отмѣчено наслѣдственное появленіе болѣзни. 23% больныхъ дѣтей происходили отъ страдавшихъ бугорчаткою родителей. Въ 30 на 74 случая разспросы указали на холодное, сырое и темное помѣщеніе. Первое проявленіе болѣзни 65 разъ отмѣчено зимой, 60 разъ лѣтомъ. Наибольшее число заболѣваній пришлось на май, наименьшее—на августъ. Болѣзнь чаще всего проявлялась въ видѣ жалобъ на суставныя боли; рѣже предшествовали разстройства общаго состоянія, какъ то: лихорадка, слабость, боль головы и живота, неспокойный сонъ; въ 3-мъ рядѣ случаевъ болѣзнь начиналась болью въ зѣвѣ, затрудненіемъ глотанія (жаба, фарингитъ). Къ крайне рѣдкимъ первымъ признакамъ болѣзни относятся мышечныя боли, кровотеченія изъ носа и влагалища, рвота. Въ большинствѣ случаевъ теченіе болѣзни было болѣе легкое, чѣмъ у взрослыхъ. Всѣ припадки, какъ то: колебанія температуры, воспалительныя отеки и т. д. быстро проходили подъ влияніемъ салидоловыхъ препаратовъ. Изъ 22 неосложненныхъ случаевъ остраго сочленовнаго ревматизма только въ 1 наступила смерть вслѣдствіе развитія затяжнаго обезображивающаго воспаления суставовъ

и рѣзкаго общаго амилоидоза. У 7 изъ этихъ дѣтей въ послѣдствіи появились возвраты болѣзни и большее или меньшее ограниченіе движеній. Что касается мѣстоположенія ревматизма, то оказывается, что чаще всего поражаемые суставы (голеностопный, колѣнный, локтевой) заболѣваютъ ранѣе всего; поражение суставовъ рукъ и ногъ приблизительно одинаковое. Осложненіе воспаленіемъ внутрисердця появилось въ 70%, случаевъ. Характерно при этомъ отношеніе пола: въ то время, какъ изъ 63 мальчиковъ заболѣли эндокардитомъ только 28, изъ 66 дѣвочекъ — 63. Въ томъ же смыслѣ и заболѣваемость хореей по поламъ: 5% мальчиковъ и 20% дѣвочекъ. Авт. допускаетъ, что внутрисердце у дѣвочекъ болѣе ранимо, гесп. оказываетъ меньшую сопротивляемость по отношенію яда суставного ревматизма. Теченіе воспаленія внутрисердця авт. прослѣдилъ въ 43 случаяхъ, изъ коихъ въ 8 наступило полное возстановленіе по истеченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ и лѣтъ, а въ остальныхъ развился органическій порокъ заслонокъ съ послѣдовательными измѣненіями сердечной мышцы (Wiener klinische Wochenschrift, № 19). С. Островскій.

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 740. Д-ръ E. Rothschuß приводитъ въ «Deutsche medizinische Wochenschrift» (4 октября) случай *pruritus vulvae*, излеченнаго синимъ дуговымъ свѣтомъ.

Больная, замужняя женщина, 42 л., мать нѣсколькихъ здоровыхъ дѣтей, заболѣла около 6 недѣль назадъ крайне сильнымъ зудомъ наружныхъ половыхъ частей, по ночамъ возраставшимъ настолько, что она должна была вставать почти чрезъ каждыя 2 мин., чтобы положить примочки и т. п.; послѣднюю недѣлю сна не было вовсе. По разсказу больной (женщины интеллигентной), подтвержденному рядомъ рецептовъ, до обращенія къ автору были безуспѣшно примѣнены: внутрь — салициловый натр., мышьякъ и слабительныя, а наружно — обмыванія теплой и холодной водой, продолжительныя ванны общія и сидячія, растворы сулемы и карболовой кислоты, спиртные растворы тимоло и ментола, мази съ строн., красякомъ, бромоколомъ, хлоралгидратомъ, камфоромъ и т. д. При изслѣдованіи органовъ нигдѣ (въ томъ числѣ и въ мочѣ) не найдено ничего ненормальнаго; только половыя губы большія и малыя, похотникъ, промежность, Венеринъ бугоръ и кожа верхней  $\frac{1}{2}$ , бедеръ снизу, а также живота до пупка оказались припухши и красны; надъ похотникомъ и на лѣвой нижней сторонѣ входа во влагалище краснота была сильнѣе, и здѣсь въ глубинѣ найдено по небольшой трещинѣ кожи. Къ автору въ Аахенъ больная была прислана одною знакомой, для лѣченія ваннами. Прежде, чѣмъ примѣнить послѣднія, д-ръ R. рѣшился, слѣдуя совѣту, между прочимъ, Seligmann'a («Berliner klinische Wochenschrift», 1892 г. № 43), испробовать свѣій электрическій свѣтъ, оставивъ изъ прежняго лѣченія діету и противогнилостное обмываніе (только изъ борной кислоты, вмѣсто карболовой). Послѣ 4-го сеанса, каждыи по 15 мин., съ пониженіемъ температуры у наружныхъ половыхъ органовъ не далѣе 28° Ц., больная впервые послѣ долгаго времени уснула ночью нѣсколько часовъ подрядъ, а послѣ 12 болѣзнь прошла совершенно. Дуговой свѣтъ доставлялся токомъ въ 15 амперъ. С. Гр—въ.

741. Примѣнивъ окраску по Bertarelli-Volpino, проф. S. Ehrmann'у (Вѣна) удалось найти блѣдныхъ спирохетъ въ нервахъ крайней плоти у 2-хъ больныхъ твердою извою. Спирохеты оказались, къ великому удивленію автора, расположенными не только внутри нервныхъ влагалищъ (perineurium), но и въ самихъ нервныхъ пучкахъ, между нервными волокнами. Внутри нервныхъ влагалищъ онѣ помѣщались въ пространствѣ между влагалищемъ и собственно нервомъ, — пространствѣ, in vivo, вѣроятно, наполненномъ лимфою; здѣсь онѣ располагались или неправильно кучками, или пучками, а отчасти окружали кольцевидно пучки нервныхъ волоконцевъ. Внутри же нервовъ спирохеты лежали непосредственно между нервными волокнами, прилегая къ Schwann'овскому влагалищу (нейрилеммѣ), однако, повидимому, не проникая черезъ послѣднее. О судьбѣ спирохетъ въ нервахъ авт. пока не можетъ сообщить ничего достовѣрнаго. Воспалительныхъ явленій въ нервныхъ пучкахъ ему не приходилось наблюдать съ очевидностью. Изъ клѣточныхъ элементовъ можно видѣть внутри нервовъ только продолговатая ядра, которыя по величинѣ больше круглыхъ ядеръ бѣлыхъ тѣлецъ, пропитывающихъ окружность нерва. Это, безъ сомнѣнія, ядра Schwann'овскаго влагалища. На препаратахъ они очень многочисленны и, повидимому, увеличены; но навѣрное утверждать этого авт. не берется. Въ соединительной ткани снаружн отъ нерваго влагалища виднѣлось въ извѣстномъ количествѣ продолговатыхъ пучковъ

пучки ея частью въ продольномъ направленіи, частью поперечно. Сама эта ткань вокругъ влагалища нерва представлялась пропитанною одноядерными бѣлыми кровяными тѣльцами, среди которыхъ виднѣлось также много спирохетъ. Такимъ образомъ послѣднія проникаютъ, очевидно, черезъ лимфатическія щели соединительной ткани сначала къ влагалищамъ нервовъ, а затѣмъ и въ самые нервы; отсюда-же онѣ, по предположенію автора, могутъ медленно распространяться вдоль нерва и обуславливать парасифилитическія заболѣванія, особенно спинную сухотку, которая, какъ извѣстно, начинается въ большинствѣ случаевъ съ появленія частей спиннаго мозга (Deutsche medizinische Wochenschrift, 12 июля). С. Гр—въ.

742. Д-ръ E. Saalfeld сообщаетъ итоги своихъ наблюденій надъ дѣйствіемъ *сухихъ дрожжей* — въ формѣ «фурунчулина» фабрики La Zuma въ Clarens-Montreux — при болѣзняхъ кожи. Препаратъ давался больнымъ ежедневно передъ ѣдою отъ 3-хъ чайныхъ ложекъ и до 3—4-хъ столовыхъ, восходя постепенно. Никакихъ неприятныхъ послѣдствій отъ пріемовъ его не наблюдалось. Большинство больныхъ страдали угрями и чирьями. Особенно благоприятно дѣйствовало лѣченіе при угряхъ, при чемъ упорядочивалось у больныхъ и дѣйствіе на низъ, а изъ мочи исчезалъ или значительно уменьшался въ ней индиканъ. Въ общемъ такіе-же итоги получались и при чирьяхъ, хотя нѣкоторые случаи этой формы, какъ и угрей, не поддавались лѣченію. Затѣмъ лѣченіе дрожжами примѣнено было авторомъ въ нѣсколькихъ случаяхъ хронической крапивницы, также не безъ успѣха. Въ одномъ очень упорномъ случаѣ псоріаза онъ наблюдалъ при этомъ лѣченіи уменьшеніе сыпи и крайне тягостнаго зуда, но въ нѣсколькихъ другихъ случаяхъ псоріаза дѣйствія не получилось. Общее впечатлѣніе д-ра S. отъ его наблюденій то, что сухія дрожжи могутъ вызывать значительное улучшеніе въ случаяхъ угрей и чирьевъ, а кромѣ того заслуживаютъ испытанія при тѣхъ вообще страданіяхъ кожи, гдѣ можно предполагать связь съ разстройствами пищеварительной дѣятельности (Deutsche medizinische Wochenschrift, 19 июля). С. Гр—въ.

**Болѣзни мочевыхъ путей.** 743. Д-ръ Wolbarst (New-York) совѣтуетъ слѣдующій способъ изслѣдованія состоянія мочеиспускательнаго канала и пузыря. Передняя часть мочеиспускательнаго канала промывается до тѣхъ поръ, пока возвращающаяся жидкость станетъ прозрачною. Собранныя жидкость показываетъ состояніе передней части канала, какъ въ извѣстной пробѣ Jadasshon-Goldenberg'a. Затѣмъ въ пузырь вводится тонкій катетеръ и выпускается моча, показывающая состояніе пузыря; не извлекая катетера, пузырь наполняютъ и опорожняютъ до полной прозрачности промывной жидкости. Введя снова 8 унцій раствора въ пузырь, извлекаютъ катетеръ и собираютъ выпускаемую произвольно больнымъ жидкость, которая, промывая оставшуюся нетронутой заднюю часть мочеиспускательнаго канала, покажетъ состояніе ея. Предварительно, въ случаѣ надобности, массируется предстательная железа, отдѣляемое которой будетъ собрано съ 3-ей порціей жидкости (Medical Record, 21 апрѣля). Л. С.

## ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспондентіи.

CI—CIV. Изъ Общества дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ.

Засѣданіе 25-го января.

Ч. пр. Р. А. Петерсъ. О ревматическомъ перикардитѣ (съ предъявленіемъ анатомическаго препарата).

В. П. Герасимовичъ. Пахтанье, какъ лечебное и питательное средство (См. выше, №№ 19 и 20).

Ч. пр. А. А. Руссовъ. Сообщеніе докладчика — первое въ Россіи. Заграничній репутатія пахтанья уже установилась.

К. А. Раухфусъ. Властѣе дѣйствіе пахтанья до сихъ поръ загадочно. Прежде всего приписывали дѣйствіе пахтанья мо-

лочнокислым бактериям, затѣм—молочной кислотѣ и малому содержанию жира и наконец, —измѣненію бѣлковъ. Я думаю, что послѣднее мнѣніе наиболее вѣроятно. Какъ Вы объясняете?

**Докладчикъ:** На мой взглядъ, главная причина заключается въ измѣненіи бѣлка, который дѣлается удобоваримымъ и недоступнымъ гниенію.

**А. Д. Зотова:** Нужна-ли прибавка муки, въ особенности для дѣтей ранняго возраста?

**Докладчикъ:** Мука необходима въ виду того, что безъ нея казеніе при кипяченіи створаживается крупными комочками. Наблюденія показываютъ, что и недоноски хорошо переносятъ пахтанье.

**Проф. Н. П. Гундобинъ:** По моимъ наблюденіямъ предпочтительнѣе пахтанье изъ сметаны, приготовленной дома. Показано пахтанье при коликахъ (шелочная реакція испражнений). Относительно лечебнаго дѣйствія пахтанья весьма вѣроятно, что тутъ бѣлки лучше перевариваются; возможно даже допустить, что на пищевареніе влияют и соли пахтанья и, кромѣ того, что послѣднее измѣняетъ среду для бактерий гниенія и броженія въ кишечникѣ. У здоровыхъ дѣтей пахтанье дѣйствуетъ подобно сыровоткѣ *Vigier-Montis*.

**Ч. пр. Р. А. Петерсъ:** Я полагаю также, что пахтанье прекрасно дѣйствуетъ при острыхъ коликахъ. При дѣтской холерѣ въ началѣ пахтанье какъ будто легче вызываетъ тошноту; въ дальнѣйшей ступени болѣзни, когда дѣти переходятъ отъ женскаго молока къ коровьему, пахтанье оказываетъ хорошія услуги. По моимъ наблюденіямъ, оно наиболее полезно при производной дѣтской атрофіи, при которой исхуданіе нарастаетъ, не смотря на нормальныя испраженія (врожденная недостаточность пищеварительныхъ железъ).

**Г. В. Конуэссъ:** Нельзя-ли объяснить высокую усвояемость и питательность пахтанья тѣмъ, что часть бѣлка при кипяченіи въ кислой средѣ гидратируется и переходитъ въ растворимыя формы, болѣе близкія къ альбумозамъ и пептонамъ?

**Докладчикъ:** Наблюденія *Rommel*'а показываютъ, что въ альбумозы переходить только ничтожная часть бѣлка.

**К. А. Раухфусъ:** Содержаніе бѣлка въ разныхъ сортахъ пахтанья колеблется въ болѣе широкихъ размѣрахъ, чѣмъ въ женскомъ молокѣ, и все-же это не вызываетъ разницы въ дѣйствіи. Отсюда слѣдуетъ, что центр тяжести лежитъ въ измѣненіи бѣлковъ.

**М. О. Грузенбергъ:** Въ воспитательномъ Домѣ, въ одной палатѣ, дѣти одинаковаго вѣса (недоноски) получали: 7—грудь, 7—пахтанье, 7—грудь и пахтанье, 7—грудь и жиръ (8,0 въ сутки). На пахтаньи нѣкоторые дѣти прибавлялись въ вѣсѣ на 250 грм. въ недѣлю (такія прибавки наблюдались иногда и раньше). Срокъ наблюденій пока 8—9 дней. 2 дѣтей отказались отъ пахтанья. При кормленіи пахтаньемъ усложняется уходъ за полостью рта, такъ какъ осѣдаютъ крупинки; послѣднія легко закупориваютъ зоды при кормленіи недоносковъ.

**Ч. пр. А. А. Руссова:** Пахтанье, какъ питательное и лечебное средство, заслуживаетъ полнаго вниманія. Оно является драгоценнымъ средствомъ при упадкахъ питанія.

#### Засѣданіе 15-го февраля.

**Г. В. Шоръ.** Предъявленіе препарата *cranii natiformis*. (См. выше, № 42, стр. 1312).

**Г. В. Конуэссъ:** Такіе черепа попадаютъ въ амбулаторной практикѣ, но не обращаютъ на себя исключительнаго вниманія.

**Докладчикъ:** На вскрытіяхъ также нѣрѣдко встрѣчаются такія измѣненія при рахитѣ. Сифилидологи считаютъ до сихъ поръ ягодицеобразный черепъ патогномоничнымъ для сифилиса. Цѣль моего доклада—поплатнуть этотъ установившійся взглядъ.

**Проф. Н. П. Гундобинъ:** Здѣсь протекаютъ параллельно 2 процесса—разрастаніе остеоцитовъ и немедленное окостенѣніе, вследствие чего и получается характерная форма черепа. Въ основѣ, несомнѣнно, лежитъ англійская болѣзнь. *Parrot* приписалъ эти измѣненія сифилису; новыхъ изслѣдованій по этому вопросу не было, и его мнѣніе оставалось до сихъ поръ неопровергнутымъ.

**Э. А. Гейкинъ:** Мнѣ попадались такіе черепа, и я ихъ всегда считалъ рахитическими. Показанный Вами препаратъ, несомнѣнно, рахитическаго происхожденія.

**Ч. пр. А. А. Руссова:** Ни въ общихъ учебникахъ, ни въ работахъ *Zweifel*'а и *Baginski*'а о рахитѣ не упоминается вовсе объ этомъ важномъ и сравнительно частомъ признакѣ англійской болѣзни.

**Н. И. Лукинъ.** Объ островкахъ *Langerhans*'а въ поджелудочной железнѣ и ихъ отношеніи къ сахарному мочеизнуренію. Приведа литературу вопроса, докладчикъ сообщилъ собственныя 3 наблюденія. 1. Дѣвочка, 12 л., поступила въ Елизаветинскую дѣтскую больницу 9/ix и умерла 17/ix 1905 г. при явленіяхъ диабетической спячки. За 2 недѣли до поступленія въ больницу она стала худѣть, не смотря на хорошій позывъ на ѣду. Въ мочѣ 4 % сахара; уд. вѣсъ 1040. Подъмикроскопомъ въ поджелудочной железнѣ найдены дов. значительныя измѣненія въ нѣкоторыхъ частяхъ секреторной ткани и рѣзкія измѣненія въ клеткахъ островковъ: ядра клетокъ приняли пузыркообразный видъ и потеряли способность окрашиваться ядерными красками; протоплазма большинства клетокъ подверглась зернистому распаду.—2. Дѣвочка, 8 л., поступила въ больницу 15/ш, умерла 18/чш 1905 г. на 2-ой день послѣ заболѣванія диабетической. Въ больницѣ было распознано сахарное мочеизнуреніе.

при чемъ количество мочи, уд. вѣсъ ея и % сахара колебались, вѣроятно, въ зависимости отъ пищи. Подъ микроскопомъ въ секреторной части поджелудочной железнѣ оказались мѣстами почти нормальная ткань, мѣстами-же—значительныя измѣненія. Островковъ почти не было, а тѣ, которые удалось найти, были незначительной величины и съ большимъ трудомъ отличались отъ отдѣлительной части железнѣ.—3. На вскрытіи дѣвочки найдены склеротическія измѣненія поджелудочной железнѣ, оказавшіяся при микроскопическомъ изслѣдованіи сифилитическаго происхожденія. Не смотря на атрофію отдѣлительной части железнѣ вследствие разрастанія соединительной ткани, *Langerhans*'овы островки въ данномъ случаѣ (при отсутствіи диабета) сохранили свой нормальный видъ. Докладчикъ полагаетъ, что его наблюденія служатъ дальнѣйшимъ подтвержденіемъ того, что при сахарномъ мочеизнуреніи поражаются главнымъ образомъ *Langerhans*'овы островки, тогда какъ при другихъ заболѣваніяхъ (сифилисѣ) секреторная часть железнѣ можетъ быть почти совсѣмъ уничтожена, а островки сохраняютъ свое нормальное строеніе. По докладчику, въ регулированіи сахарнаго обѣйна принимаютъ участіе поджелудочная железна, нервная система и печень. Эти 3 органа находятся между собой во взаимоотношеніи: повышенное превращеніе гликогена въ сахаръ происходитъ въ печени, но повышение это находится въ зависимости какъ отъ поджелудочной железнѣ, такъ и нервной системы. Въ нервн. нервной системы проявляетъ возбуждающее, а поджелудочная железна задерживающее вліяніе на печень; такимъ образомъ диабетъ развивается при раздраженіи нервной системы, съ одной стороны, и при пониженіи отравленіи поджелудочной железнѣ, съ другой. Послѣдняя оказываетъ, повидимому, свое вліяніе на печень путемъ внутренняго отдѣленія. Средоточіемъ для внутренней секреціи и являются *Langerhans*'овы островки.

**Проф. Н. П. Гундобинъ:** Въ Вашемъ 3-мъ случаѣ, гдѣ не было диабета, а былъ наследственный сифилисъ, вса-ли железна была изслѣдована или только головка ея? Жаль, что до сихъ поръ сдѣлано мало эмбриологическихъ изслѣдованій. У 4—5-мѣсячныхъ плодовъ я находилъ развитые островки, тогда какъ железна въ общемъ еще была недоразвита.

**Г. В. Конуэссъ:** Какъ Вы объясните анатомическіе случаи выздоровленія отъ диабета?

**Докладчикъ:** Островки заболѣваютъ, но не сильно, какъ то бываетъ при нѣкоторыхъ болѣзняхъ, когда временно повышается сахаръ. Этотъ диабетъ слѣдуетъ считать функциональнымъ заболѣваніемъ островковъ.

#### Засѣданіе 8-го марта.

**Н. И. Лукинъ.** О «*typho-diagnosticum*» *Ficker*'а. Докладчикъ привѣтилъ эту пробу въ Елизаветинской дѣтской больницѣ у 25 дѣтей и у тифозныхъ больныхъ получалъ положительный, у больныхъ съ другими болѣзнями—отрицательный результатъ. Реакція получалась ясно на 5—6-ой дни болѣзни, «*Typho-diagnosticum*» *Ficker*'а не обладаетъ особыми преимуществами передъ реакціей *Widal*'а, и едва-ли эта реакція будетъ въ состояніи совершенно вытѣснить реакцію *Widal*'а. «*Typho-diagnosticum*» незамѣнимъ для врачей, въ распоряженіи которыхъ нѣтъ лабораторіи, въ особенности—для земскихъ врачей.

**Э. Э. Гартъе,** въ рѣпандѣ къ докладу, показалъ приборъ для опредѣленія склеиванія тифозныхъ палочекъ, выпущенный фабрикой *Park-Dawls*'а. Отрицательная сторона прибора—дороговизна его при возможности только однократнаго изслѣдованія и полная неизвѣстность относительно содержимаго въ приборѣ.

**Ч. пр. А. А. Руссова:** Реакція *Ficker*'а имѣетъ тотъ главный недостатокъ, что составъ реактива неизвѣстенъ. Что касается *Widal*'евской реакціи, то мы получали ее отъ разводокъ даже мѣсячной давности; извѣстны случаи, гдѣ она получалась даже спустя годъ.

**В. П. Герасимовичъ:** Удобство реакціи *Ficker*'а—однородность результатовъ; при *Widal*'евской-же мнѣ часто приходилось получать разнообразныя результаты независимо отъ давности разводки.

**А. Д. Воробейчиковъ:** По наблюденіямъ въ Николаевской дѣтской больницѣ реакція *Ficker*'а не удавалась раньше начала 2-ой недѣли; въ этомъ отношеніи она не имѣетъ преимуществъ передъ *Widal*'евской.

**А. Н. Шкаринъ.** Реакція склеиванія при бугорчаткѣ и ея распознавательное значеніе у дѣтей. Предпославъ литературный очеркъ, докладчикъ привелъ собственныя изслѣдованія, произведенныя въ Берлинской клиникѣ проф. *Heubner*'а. Докладчикъ пользовался болѣе высокими разведеніями (1:50, 1:75 и 1:100). Въ большинствѣ случаевъ реакція наступала черезъ 24 часа при 37° Ц., при чемъ она проявляется въ томъ, что жидкость постепенно мутнѣетъ и въ ней выступаютъ во вѣшенномъ состояніи мельчайшія хлопья; въ случаяхъ болѣе выраженной реакціи часть хлопьевъ постепенно осѣдаетъ на дно пробирки, и жидкость надъ образующимся осадкомъ проясняется. Изслѣдованія докладчика, произведенныя на 100 сляшкѣхъ дѣтей, привели докладчика къ слѣдующимъ выводамъ. Реакція склеиванія у больныхъ дѣтей, не страдающихъ бугорчаткой, наблюдается лишь въ 21,5%, у бугорчатковыхъ—въ 78,9% случаевъ. Золотушныя дѣти даютъ реакцію склеиванія бугорчатковыхъ палочекъ въ 62%. Послѣдній фактъ, по докладчику, показываетъ, что у большинства золотушныхъ дѣтей имѣется дѣло съ бугорчатковымъ зараженіемъ, при чемъ зараза можетъ находиться въ дѣлительномъ или скитномъ состояніи.



**Г. Б. Конужесъ:** Всякая попытка дать въ наши руки средство для распознаванія скрытой бугорчатки должна быть горячо приветствована, особенно если имѣть въ виду частоту скрытой бугорчатки у дѣтей; такъ, въ Елизаветинской дѣтской больницы по отчету за 1905 г.  $\frac{1}{2}$  всѣхъ дѣтей, умершихъ отъ случайныхъ заболѣваній, имѣли уже признаки макроскопически явной бугорчатки. Другой вопросъ, насколько положительный результатъ склеиванія можетъ считаться рѣшающимъ. Для этого нужны массовыя изслѣдованія надъ больничными и амбулаторными материалами.

**М. О. Грузенбергъ:** Если-бы реакція склеиванія получила право гражданства въ отношеніи бугорчатки, то наиболѣе цѣнное примѣненіе она нашла-бы при провидной бугорчаткѣ, такъ трудно распознаваемой въ началѣ.

**Проф. Н. П. Гундобинъ:** При распознаваніи болѣзней каждый признакъ, взятый въ отдѣльности, будетъ имѣть лишь относительное значеніе. При распознаваніи скрытой бугорчатки у насъ 2 способа—туберкулинъ и реакція склеиванія. Последняя имѣетъ преимущество передъ первымъ, такъ какъ выпрыскиванія туберкулина возможны только при невысокой лихорадкѣ. Дальнѣйшія изслѣдованія покажутъ, не будутъ-ли обѣ реакціи, примѣняемыя вмѣстѣ, имѣть прогностическое значеніе для выясненія стойкости организма.

Засѣданіе 29-го марта.

**М. Л. Абеляманъ** показалъ болѣзнь съ Basedow'овой болѣзью, у которой была примѣнена съ успѣхомъ своротка Моебуса (см. выше, № 36).

**М. Л. Абеляманъ и О. М. Любарская.** О вертикальной альбуминури (см. выше, № 17).

**М. Л. Абеляманъ.** О всасываніи жировъ. Всасываніе при желтухѣ (Будетъ напечатано въ «Русскомъ Врачѣ»).

С. Островскій.

## С. В. Изъ Общества психіатровъ въ Петербургѣ.

Засѣданіе 25-го ноября.

**В. А. Бирюль-Бялинскій.** Нѣсколько случаевъ перерыва центральной борозды (съ предъавленіемъ препаратовъ). Докладчикъ представилъ 5 случаевъ измѣненія въ центральныхъ бороздахъ, найденныхъ имъ на 1240 вскрытій (1072 мужчинъ и 168 женщинъ), въ томъ числѣ у 1042 психически здоровыхъ и 198 душевно-больныхъ. Во всѣхъ случаяхъ были найдены хорошо развитыя среднія меноцентральныя извилины въ верхней  $\frac{1}{2}$  центральной борозды. На основаніи своихъ наблюденій и литературныхъ данныхъ докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Ясно выраженный верхній перерывъ въ Роландовой бороздѣ встрѣчается у мужчинъ гораздо чаще, чѣмъ у женщинъ, почти въ  $2\frac{1}{2}$  раза. 2) На правомъ полушаріи перерывъ наблюдается чаще, чѣмъ на лѣвомъ, и исключительно рѣдко на обоихъ вмѣстѣ. 3) Повидимому, перерывъ встрѣчается чаще на мозгахъ болѣе легкаго вѣса. 4) У душевно-больныхъ верхній перерывъ Роландовой борозды, повидимому, бываетъ чаще, чѣмъ у здоровыхъ, при чемъ есть, повидимому, основаніе предполагать, что болѣе рѣзко выраженныя при перерывѣ Роландовой борозды нарушенія въ строеніи центральной области мозга свойственны болѣе душевно-больнымъ, равно какъ и полное отсутствіе Роландовой борозды, тогда какъ при перерывахъ этой борозды на мозгахъ душевно-здоровыхъ, измѣненія въ центральныхъ областяхъ менѣе рѣзки. 5) Какъ часто наблюдается перерывъ Роландовой борозды у различныхъ народностей, недостаточъ наблюденій пока не даетъ возможности высказаться. 6) Вообще желательнѣе болѣе обстоятельное изслѣдованіе мозга при вскрытіяхъ. Докладъ сопровождался, кромѣ того, предъавленіемъ мозговъ животныхъ и свѣтописныхъ снимковъ.

**Проф. В. М. Бехтеревъ** указалъ на то, что болѣйшій интересъ представляютъ измѣненія въ ходѣ Роландовой борозды въ нижней  $\frac{1}{2}$  измѣненія-же въ верхней  $\frac{1}{2}$  ея указываютъ, быть можетъ, на атавизмъ, ибо такое явленіе наблюдается у животныхъ.

**Ч. пр. П. А. Останковъ и Л. М. Пуссень** показали больного съ явленіями пораженія конского хвоста въ слѣдствіе неосторожнаго обращенія съ подкладнымъ кругомъ.

**А. И. Ющенко.** Объ окислительныхъ процессахъ въ организмѣ душевно-больныхъ и ядовитости мочи у нихъ. Клиническія наблюденія произведены въ Домѣ призрѣнія для душевно-больныхъ, учрежденномъ Императоромъ Александромъ III, на Удѣльной, а химическія изслѣдованія въ Институтѣ экспериментальной медицины. Докладчикъ утверждаетъ, что успѣхи микроскопическихъ изслѣдованій прошлаго столѣтія всего меньше отразились на ученіи о сущности душевныхъ заболѣваній. При нѣкоторыхъ болѣзняхъ не удалось открыть съ помощью микроскопа ничего характернаго для даннаго душевнаго заболѣванія. Необходимы химическія изслѣдованія процессовъ, происходящихъ въ организмѣ. Способовъ, позволяющихъ прямо и совершенно проникнуть въ сущность этихъ процессовъ, мы не имѣемъ, но имѣются нѣкоторые способы, позволяющіе судить, хотя косвеннымъ путемъ, о химико-біологическихъ явленіяхъ въ организмѣ какъ въ нормальномъ его состояніи, такъ и въ болѣзненномъ. Докладчикъ изучалъ окислительные процессы въ организмѣ душевно-больныхъ по способу покойнаго проф. М. В. Ненца и Н. О. Зибера, основанному на томъ фактѣ, что бензолъ С<sub>6</sub>H<sub>6</sub> въ клѣткѣ, въ моментъ ея жизнедеятельности окисляется атомистическимъ кислородомъ въ фенолъ С<sub>6</sub>H<sub>5</sub>ОН. Кромѣ того докладчикъ опредѣлялъ коэффициентъ энергіи окисленія

проф. А. В. Пеля и Robin'a, а также изучалъ ядовитость мочи у нѣкоторыхъ больныхъ, принимая во вниманіе всѣ новѣйшія усовершенствованія по этому вопросу и вводя всѣ поправки, особенно-же на осмотическое давленіе, которое высчиталось по точкѣ замерзанія мочи. Найденныя нарушенія окислительныхъ процессовъ у душевно-больныхъ докладчикъ затѣмъ вызывалъ экспериментально у животныхъ и, расширяя наблюденія надъ послѣдними, старался подойти возможно ближе къ изученію нарушенія окислительныхъ процессовъ. На основаніи изученія 4-хъ здоровыхъ людей оказалось, что изъ 1,0 бензола окисляется организмомъ въ среднемъ 0,33. Коэффициентъ энергіи окисленія проф. Пеля—въ среднемъ 0,88, а уротическій коэффициентъ—въ среднемъ 0,101. Изслѣдованіе 17 больныхъ показало, что процессы окисленія у нихъ болѣе или менѣе нарушены. Пониженными окислительными процессами оказались въ 1 случаѣ истерической меланхоліи, въ 2-хъ случаяхъ старческой меланхоліи и въ 1 случаѣ циркулярной меланхоліи въ пожиломъ возрастѣ. Повышеніе окислительныхъ процессовъ найдено у 2-хъ кататониковъ, въ 3-хъ случаяхъ dementia paranoïdes, у 2-хъ періодиковъ и въ 3-хъ случаяхъ прогрессивнаго паралича. Когда наступало улучшеніе или выздоровленіе, нарушенные окислительные процессы приближались къ нормѣ. У одной меланхолички пониженные окислительные процессы повысились подъ вліяніемъ подкожнаго введенія физиологическаго раствора соли. У больной съ атрофіей щитовидной железы процессы найдены рѣзко пониженными и повысились при леченіи тиреоидиномъ. У больной съ Basedow'ой болѣзью окислительные процессы были повышены, но при леченіи сперминомъ Пеля понижались. Общность разстройствъ окислительныхъ процессовъ у кататониковъ, при dementia paranoïdes и при нѣкоторыхъ періодическихъ психозахъ, наводитъ на мысль объ общей этиологіи этихъ болѣзней, а, наоборотъ, различіе въ нарушеніи окислительныхъ процессовъ при различныхъ періодическихъ психозахъ говоритъ за то, что, кромѣ внѣшняго проявленія болѣзни, эти формы разнятся между собой по существу процессовъ, лежащихъ въ ихъ основѣ. Коэффициентъ энергіи окисленія Пеля во всѣхъ случаяхъ нарушенія окислительныхъ процессовъ понижался; при улучшеніи болѣзненнаго состоянія онъ увеличивался, приближаясь къ нормѣ. Что касается ядовитости мочи, то докладчикъ, между прочимъ, подмѣтилъ въ этомъ отношеніи 2 явленія: въ однихъ случаяхъ повышенная ядовитость въ тяжеломъ періодѣ болѣзни при улучшеніи падаетъ ниже средняго; въ другихъ, наоборотъ, съ улучшеніемъ психическаго состоянія ядовитость мочи повышается. Въ заключеніе докладчикъ высказалъ убѣжденіе, что путь химико-біологическихъ изслѣдованій обмена веществъ у душевно-больныхъ приведетъ къ познанію сущности этихъ болѣзней и дастъ средство къ активному внимательству при леченіи ихъ.

**А. В. Тимофеевъ** указалъ на интересъ работы и трудности при исполненіи ея, въ особенности психіатрами, которые и такъ сильно обременены занятіями. Когда микроскопъ сказалъ свое послѣднее слово, то для рѣшенія спорнаго вопроса о происхожденіи и сущности душевныхъ заболѣваній нужно ожидать отвѣта отъ изслѣдованія обмена веществъ. Но все-же остается нетронутымъ еще вопросъ о причинѣ измѣненія этого обмена.

Докладчикъ отвѣтилъ, что въ настоящей работѣ онъ не занимался вопросомъ о причинѣ самоотравленія и старался лишь о томъ, чтобы кишечникъ былъ хорошо очищаемъ. Нарушеніе окислительныхъ процессовъ въ обѣ стороны вызывало ловышеніе явленій самоотравленія.

**К. С. Аладжанянцъ** указалъ на то, что слѣдовало-бы обратить вниманіе на газообмѣнъ, для чего существуютъ новѣйшіе способы. При изслѣдованіи окислительныхъ процессовъ нужно особое вниманіе обращать на составъ пищи. Далѣе онъ обратилъ вниманіе докладчика на то, что онъ не остановилъ своего вниманія на продуктахъ неполнаго окисленія, что съ новѣйшей точки зрѣнія на самоотравленіе имѣетъ громадное значеніе.

Докладчикъ отвѣтилъ, что съ точки зрѣнія проф. Ненца пища не играетъ роли при окисленіи въ организмѣ бензола. Изслѣдовать газообмѣнъ у душевно-больныхъ представляется очень затруднительнымъ, а примѣненіе маски Zuntz'a онъ считаетъ невозможнымъ.

**А. И. Карпинскій** замѣтилъ, что изслѣдованіе обмена веществъ у душевно-больныхъ чрезвычайно затруднительно, что методика его еще мало разработана и что положительныхъ результатовъ можно ожидать только въ будущемъ. Всѣ способы изслѣдованія этиологіи и сущности душевнаго заболѣванія имѣютъ свои положительные стороны (изслѣдованіе, напр., крови).

**Проф. В. М. Бехтеревъ** указалъ на важность изслѣдованій обмена веществъ и напомнилъ о работахъ, произведенныхъ въ этомъ направленіи въ его клиникѣ. Теперь тамъ производится работы съ микрохимизмомъ крови и изслѣдуется газообмѣнъ, для чего онъ считаетъ вполне примѣнимымъ способъ Zuntz'a. Вообще всѣ способы должны быть примѣняемы, и не объ одномъ изъ нихъ нельзя еще сказать, что онъ уже исчерпанъ; въ особенности это относится къ микроскопическимъ изслѣдованіямъ, которыя теперь, благодаря новымъ способамъ, открываютъ совершенно новое въ строеніи клѣтокъ. При изслѣдованіи обмена веществъ необходимъ пищевой контроль. Но самое главное при самоотравленіи—это установитъ, какого оно происхожденія? Примѣняемый докладчикомъ способъ очищенія кишечника нельзя считать совершеннымъ. Вообще-же способъ этотъ очень труденъ и нужно благодарить докладчика и его руководительницу (Н. О. Зибера) за произведенную имъ работу.

С. Любимовъ.

## CVI. Изъ Общества русскихъ врачей въ С.-Петербурѣ.

Торжественное въ память С. П. Боткина соединенное за-  
сѣданіе Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ и русскаго  
хирургическаго Общества Пирогова 12-го декабря 1906 г.

Открывая засѣданіе, председатель Общества русскихъ врачей  
проф. И. П. Павловъ высказалъ мысль, что подобныя чествова-  
нія видныхъ медицинскихъ дѣятелей соединенными врачебными  
Обществами должны послужить ядромъ для постоянного объеди-  
ненія врачебныхъ Обществъ. Современное состояніе медицин-  
скихъ знаній, вызывая крайнюю специализацию врачебныхъ  
силъ, дѣлаетъ необходимымъ общеніе этихъ силъ на почвѣ об-  
щихъ вопросовъ, безъ чего немислимо рациональное развитіе  
отдѣльныхъ сторонъ медицины<sup>1)</sup>.

Ч. пр. Е. С. Боткинъ. Красный крестъ на русско-японской  
войнѣ въ районѣ дѣйствующихъ армій.

Въ томъ же засѣданіи былъ заслушанъ докладъ Комиссіи  
изъ проф. Н. П. Кравкова, И. Р. Тарханова и С. С. Салаз-  
кина по присужденію преміи имени И. П. Павлова за лучший  
докладъ по физиологическимъ въ текущемъ году. Премія была присуж-  
дена Комиссіей д-ру Гроссу за его работу «Физиологія пепси-  
новыхъ железъ».

Отчетъ казначея о состояніи фонда имени С. П. Боткина,  
за болѣзнь докладчика, не состоялся.

Въ концѣ засѣданія были произведены выборы товарища пред-  
седателя Общества, которымъ большинствомъ голосовъ былъ из-  
бранъ проф. В. Н. Сиротининъ.

Г. Флейшеръ.

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФІЯ

Обращаемость населенія Московской губ. въ лечебныя  
заведенія за періодъ 1892—1902 г. Санит. врачъ  
Московского Земства П. И. Куркина 1906 г. 241  
стр. 1 р. 25 к.

Разсматриваемый авторомъ вопросъ—в. сложный, но въ тоже  
время и важенъ въ дѣлѣ организаціи медицинской помощи на-  
селенію. Несомнѣнно, что при разсмотрѣніи его приходится  
имѣть дѣло со многими условіями жизни населенія—соціальны-  
ми, бытовыми, экономическими, умственными, съ довѣріемъ или  
недовѣріемъ населенія къ медицинскому персоналу и т. д. Обзоръ  
обращаемости населенія къ врачебной помощи при существующихъ  
условіяхъ и посвящается настоящій трудъ, выполненный  
съ крайней тщательностью и всестороннимъ разсмотрѣніемъ  
тѣхъ матеріаловъ, которыми располагалъ авторъ. Несомнѣнно,  
что новый трудъ д-ра Куркина, какъ и предыдущіе его  
работы по санитарно-соціальнымъ вопросамъ, займетъ видное  
мѣсто и каждый врачъ, въ особенности санитарный, прочтетъ  
его съ интересомъ.

Кромѣ введенія (I—XXIV стр.), гдѣ, между прочимъ, авт. го-  
воритъ о необходимости періодическихъ переписей, о единицѣ  
мѣстности въ санитарной статистикѣ, о непригодности въ этомъ  
отношеніи волости, разбираемый трудъ заключаетъ 5 главъ, 25  
таблицъ 3 картограммы и указатель работъ по статистикѣ забо-  
лѣваемости населенія Московской губ.

Въ 1-ой главѣ излагаются данныя объ обращаемости къ  
врачебной помощи за 5-лѣтіе (1898—1902 гг.) по уѣздамъ,  
по полу, волостнымъ районамъ, съ указаніемъ отдѣльно во-  
лостей съ фабричнымъ населеніемъ. Кромѣ того, приводятъ

<sup>1)</sup> Одинъ изъ редакторовъ «Русскаго Врача» въ свое время,  
при открытіи Пироговскаго Музея въ Петербургѣ, горячо ра-  
товалъ за эту же мысль, настаивая на томъ, что пора же, на-  
конецъ, многочисленнымъ врачебнымъ Обществамъ Петербурга  
перейти отъ громкихъ фразъ въ родѣ: «Въ единеніи—сила!» къ  
дѣлу и не дробить мѣстныхъ врачебныхъ силъ на новыя обо-  
особленныя Общества, а объединиться подъ знаменемъ имени ве-  
ликаго Пирогова въ его Музей, сохраняя, разумѣется, въ пе-  
ріоды будничной своей жизни характеръ самостоятельныхъ  
спеціальныхъ фракцій. Мысль эта вначалѣ, какъ будто, была  
встрѣчена сочувствіемъ, а затѣмъ сочувствіе это какъ-то быстро  
охлаждло, и къ образовавшемуся «ядру» не только не прилѣ-  
плялись новыя части, но даже и изъяснившись было согласіе на  
такое объединеніе подъ общей кровлей Пироговскаго Музея  
стали мало по малу исчезать изъ него, ссылаясь главнымъ об-  
разомъ на то, что Музей—слишкомъ далекъ отъ центра горо-  
да! Приводить здѣсь основанія, почему въ свое время хирургиче-  
ское Общество Пирогова остановилось на устройствѣ Пирого-  
вскаго Музея именно на Выборгской сторонѣ, тамъ-же, гдѣ  
расположены всѣ учебныя и учебныя учрежденія В.-Медицинской  
Академіи, здѣсь мы находимъ лишнимъ. Но гдѣ ужъ тутъ го-  
ворить объ объединеніи, если осуществится такому большому  
дѣлу главнымъ образомъ мѣшаетъ такой мизерный ревонъ: рас-  
стояніе отъ Инженерной улицы (зданіе Краснаго Креста, гдѣ  
прежде собирались отколовшіяся отъ Пироговскаго Союза Об-  
щества и куда онъ переселился вновь) до Пироговскаго Му-  
зея измѣряется максимумъ 15 мин. времени и 15—20 коп. ли-  
ней платы извозчику!—Ред.

ся краткія указанія на санитарное состояніе населенія за  
тѣ же года. Во 2-ой главѣ говорится о сопоставленіи обра-  
щаемости населенія въ лечебницы съ его плотностью, среднее бли-  
зостью и размѣщеніемъ до 4 и до 8 верстъ отъ лечебницъ въ  
сельскихъ волостныхъ районахъ. Чѣмъ ближе населеніе къ ле-  
чебницѣ, тѣмъ больше обращаемость. 3-ья глава, посвящена об-  
щей характеристикѣ уѣздовъ Московской губ. по положенію въ  
нихъ врачебной помощи населенію и его обращаемости въ ле-  
чебницы. Въ 4-ой и 5-ой главахъ (148—227) говорится о воз-  
растномъ составѣ больныхъ и о кожныхъ больныхъ, при чемъ  
возрастная обращаемость населенія сравнивается съ таковой  
въ Воронежской губ. Выло-бы крайне интересно сравнить эти  
данныя съ другими губерніями; но, къ сожалѣнію, подобныхъ  
свѣдѣній не оказалось.

Работа д-ра Куркина интересна не только для врача, но и  
для земскаго дѣятеля, желающаго рационально организовать ме-  
дицинскую помощь населенію.

Д. Никольскій.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ

ССЛXIII. М. Г.! Просимъ Васъ дать мѣсто изложенію  
нижеизлагающаго обстоятельства, которое для насъ имѣло боль-  
шое значеніе при установленіи отношеній къ основанному цен-  
тральнымъ Бюро ветеринарнаго Союза бойкоту мѣста старшаго  
ветеринара на Московскихъ бойняхъ вслѣдствіе отказа Моско-  
вской городской Управы принять обратно уволеннаго админи-  
страціей г. Андреева.

Лѣтомъ 1905 г. г. Андреевъ, будучи старшимъ ветеринаромъ  
на Московскихъ бойняхъ, прекратилъ неожиданно [какъ потомъ  
онъ письменно объяснялъ—по ошибкѣ], подачу руки и всѣхъ  
товарищескія отношенія съ 4-мя сослуживцами ветеринарами.  
Вслѣдъ затѣмъ имъ былъ представленъ въ городскую Управу  
обширный докладъ объ увеличеніи смѣты ветеринарнаго на-  
зора на городскихъ бойняхъ. Будучи заинтересованы не мѣже  
г. Андреева въ томъ или иномъ положеніи ветеринарнаго на-  
зора, мы просили черезъ заведующаго канцеляріей боевъ пере-  
дать намъ копию этого доклада; но получили отъ г. Андреева  
категорическій отказъ. Тогда мы добыли его въ Управѣ, нашла,  
что въ значительной своей части онъ представляетъ повали-  
стованіе изъ хорошо намъ извѣстной но пропущенной цензу-  
рой рукописи товарища, съ которымъ г. Андреевъ прекратилъ  
всѣ отношенія до подачи руки включительно и который нигде  
не давалъ г. Андрееву разрѣшенія пользоваться ею.

И это повалистованіе составляетъ не только всю душу до-  
клада, но фотографируетъ методъ рукописи, ея таблицы, пере-  
фразируетъ и прямо списываетъ цѣлыя страницы. Объ источ-  
никѣ при этомъ совсѣмъ не говорится. Даже цѣликомъ списы-  
вая, г. Андреевъ говоритъ отъ своего имени; такъ прямо и ш-  
петъ «я». Для доказательства и характеристики плагиата при-  
водимъ нѣсколько выдержекъ изъ параллельныхъ мѣстъ руко-  
писи и доклада.

Рукопись стр. 3.

Объективнымъ указаніемъ на  
то или иное состояніе ветери-  
нарнаго надзора на бойняхъ  
является прежде всего отноше-  
ніе между числомъ лицъ этого  
надзора и количествомъ под-  
лежащаго осмотру убойнаго ско-  
та: осмотръ скота и продуктовъ  
убоя можетъ быть тѣмъ совер-  
шеннѣе, чѣмъ меньше количе-  
ство приходящихся на каждое  
отдѣльное лицо ветеринарнаго  
надзора головъ скота.

Рукопись стр. 5 и 6.

Въ санитаріи осмотру жи-  
вотныхъ до убоя принадлежитъ  
выдающееся значеніе, и всѣ  
специалисты рекомендуютъ удѣ-  
лять прижизненному тщатель-  
ному осмотру животныхъ осо-  
бое вниманіе. Оно вполне по-  
нятно, потому что только при-  
жизненное наблюденіе можетъ  
дать основаніе заподозрить или  
констатировать нѣкоторыя бо-  
лѣзни, имѣющія выдающееся  
значеніе по тому ущербу, ко-  
торымъ гроветъ они потреби-  
телямъ мяса такихъ живот-  
ныхъ. При нѣкоторыхъ изъ  
этихъ болѣзней органы одержи-  
мыхъ животныхъ и главнымъ  
образомъ мясо ихъ могутъ  
имѣть совершенно нормальный  
видъ, запахъ, быть совершенно  
безупречнаго вкуса и тѣмъ не  
менѣе обусловить заболѣваніе

Докладъ г. Андреева ст. 1.

Объективнымъ показателемъ  
того или иного состоянія ветери-  
нарнаго надзора на бойняхъ  
является прежде всего отноше-  
ніе между числомъ лицъ этого  
надзора и количествомъ под-  
лежащаго осмотру убойнаго ско-  
та. Осмотръ скота и продук-  
товъ его убоя можетъ быть  
тѣмъ совершеннѣе, чѣмъ мень-  
ше количество головъ скота бу-  
детъ приходить на каждое от-  
дѣльное лицо ветеринарнаго на-  
зора, и наоборотъ.

Докладъ г. Андреева ст. 2.

Осмотръ животныхъ до убоя  
имѣетъ, какъ извѣстно, чрез-  
вычайно важное значеніе въ  
санитарномъ отношеніи, такъ  
какъ только прижизненное на-  
блюденіе можетъ дать основаніе  
заподозрить или констати-  
ровать нѣкоторыя болѣзни,  
представляющія особенно  
опасныя съ точки зрѣнія ми-  
сѣдѣнія. Таковы т. наз. сеп-  
тические и химическія заболѣ-  
ванія животныхъ, при кото-  
рыхъ органы и мясо могутъ  
имѣть совершенно нормальный  
видъ, запахъ и тѣмъ не мѣже  
вызывать отъ употребленія ихъ  
въ пищу явленія отравленія  
часто со смертельнымъ исхо-  
домъ.

от одной такой туши десятков и даже сотен людей со смертельным для некоторых отравившихся исходом. Таковы т. наз. септические и пневмонические заболевания животных.

Рукопись стр. 13.

Въ площадочные дни, т. е. въ дни торга, убой крупного скота начинается только съ 12 час. дня и продолжается съ 1/2-часовымъ перерывомъ до 9 час. веч.; въ слѣдующій-же день убой начинается, прерывается и оканчивается какъ и на бойняхъ для мелкаго скота, т. е. отъ 7 1/2 час. утр. до 9 час. веч. Такимъ образомъ по убою крупнаго рогатаго скота черезъ день является промежутокъ почти въ 1/2 рабочаго дня, въ который работа не производится, такъ что время, въ теченіе котораго приходится осматривать поступающій на бойни скотъ, значительно сокращается. Далѣе, по в. важнымъ причинамъ, главнымъ образомъ примѣнительно къ условіямъ торговли, на Московскихъ бойняхъ стараются ускорять убой, въ результатъ чего на нихъ и количество убойныхъ камеръ, и число рабочихъ гораздо больше, чѣмъ ихъ понадобилось-бы, если-бы съ убоємъ не нужно было торопиться. Благодаря этому, бойни и рабочіе въ среднемъ 1/2 времени бездѣйствуютъ, чтобы въ остальное время работать съ напряженной интенсивностью, благодаря этому-же и работа ветеринаровъ тоже приурочена къ сравнительно небольшому времени. Они должны въ точности поспѣвать за бойнями и прочими, участвующими въ убоѣ; иначе получится завалъ камеръ, задержка по очисткѣ органовъ, вывозу мяса и пр., и пр., въ результатъ чего можетъ быть остановленъ весь громадный механизмъ боенъ, да и самый осмотръ вслѣдствіе завала становится затруднительнымъ и даже невозможнымъ.

Дальнѣйшія выписки излишни; достаточно указать, что ихъ можно было-бы приводить еще много. Фактъ самаго беззастѣнчиваго плагиата на лицо,—и при томъ плагиата у человѣка, съ которыми были прерваны всѣ отношенія.

Нужно указать, что доклады могутъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ служить, какъ и другіе труды, матеріаломъ, характеризующимъ пригодность даннаго лица для того или другаго дѣла. Такъ, напр., во время бывшаго конкурса на должность старшаго ветеринара Московскихъ боенъ конкурсная Комиссія, въ числѣ другихъ трудовъ соискавшихъ ветеринаровъ, рассматривала и представленные послѣдними доклады.

О фактѣ плагиата было извѣстно давно. *Андрееву* это обвиненіе бросалось въ лицо публично 2-мя, если не болѣе, лицами. Одно изъ нихъ, изъ жалости, пощадило его и ввало назадъ свое обвиненіе. Объ этомъ плагиатѣ мы молчали, тоже жадя г. *Андреева*. Но разъ изъ-за него поднялось большое дѣло, разъ Бюро ветеринарнаго Союза желаетъ клеветить нѣкоторыхъ лицъ тѣмъ, что г. *Андреевъ* не подаетъ имъ руки, то мы вынуждены теперь заявить, это—что рука плагиатора, что добивается вознагражденія этого «уважаемаго» товарища вовсе не пристало.

Магистръ ветер. наукъ *О. Половинкинъ*.  
Ветеринаръ *О. Несторовъ*.

Москва. 14-го декабря 1906 г.

**CCLXIV.** М. Г.! Въ декабрѣ текущаго года, какъ было отмѣчено въ «Русскомъ Врачѣ» (см. выше, № 50, стр. 1601), исполняется 10-лѣтіе «Хирургія», редакторомъ-издателемъ которой все время состоятъ многоуважаемый проф. *П. И. Дяконовъ*. Всякій, кому приходилось читать этотъ журналъ, знаетъ, какъ серьезна и широка его программа, что сканивается какъ въ подборѣ оригинальныхъ статей, такъ и въ т. наз. «обзорахъ», которые по полнотѣ представляютъ превосходный библиографическій справочникъ за послѣднія 10 лѣтъ по всемъ отраслямъ хирургіи и отдѣламъ, съ ней соприскающимъ. Смотря-же на всѣ 20 томовъ журнала съ цѣлымъ рядомъ приложений, изъ которыхъ обращаютъ на себя вниманіе 9 томовъ работъ клиникъ проф. *П. И. Дяконова* мы не можемъ не выразить нашего

уваженія передъ неутомимой энергіей и преданностью дѣлу многоуважаемаго *Петри Ивановича* и не пожелать ему еще много лѣтъ работать такъ-же плодотворно на пользу дорогой намъ всемъ медицинской науки.

Проф. *М. Субботинъ*. Проф. *Г. Турнеръ*. Проф. *А. Кадьянъ*.  
Ч. пр. *Цейдлеръ*. Ч. пр. *Р. Вреденъ*. *В. Хольцовъ*. *А. Семеновъ*.  
*И. Грековъ*.

Петербургъ. 19-го декабря 1906 г.

**CCLXV.** М. Г.! Не откажите помѣстить по поводу 2-хъ писемъ д-ра *Талъ* (см. выше № 20 и № 48) слѣдующее.

Не входя въ подробный разборъ содержанія писемъ д-ра *Талъ*, позволю себѣ ограничиться приведеніемъ точныхъ справокъ.

Д-ръ *Е. Талъ*, служившій въ Надеждинскомъ родовспомогательномъ заведеніи по вольному найму, былъ въ 1901 г. призванъ изъ запаса на дѣйствительную военную службу. Замѣстителя ему по закону, какъ служившему по вольному найму, не полагалось (92 ст. Устава о воинской повинности), вслѣдствіе чего главное Управление вѣдомства Императрицы Маріи не нашло возможнымъ удовлетворить ходатайство начальства родовспомогательнаго заведенія о назначеніи суммъ для уплаты замѣстителю. Тогда завѣдываніе лабораторіею поручено было д-ру мед. *Л. А. Гусакову*, который любовно согласился изъ получаемаго содержанія 1/2 уступать г. *Талю*. Въ началѣ 1905 г. *Гусаковъ* самъ былъ призванъ на дѣйствительную военную службу. Найти другое лицо, которое-бы удовлетворяло требованіямъ должности и согласилось работать лишь временно и за половинное вознагражденіе, не удалось; поэтому, такъ какъ должность считалась и считается вольнонаемной, она, какъ вакантная, была 1/ш 1905 г. предоставлена д-ру *Л. О. Покровскому*, окончившему, кромѣ того, курсъ наукъ съ дипломомъ 1-ой степени въ Петербургскомъ Университетѣ по физико-математическому факультету. Все это зналъ г. *Талъ*; тѣмъ не менѣе онъ настоятельно добивался, чтобы занятіе должности опять было предоставлено ему. Начальство родовспомогательнаго заведенія не нашло никакихъ основаній увольнять д-ра *Покровскаго* для того, чтобы пригласить д-ра *Талъ*, и ему въ этомъ отказало.

Д-ръ *Талъ* 18/1 1906 г. обратился въ главное Управление вѣдомства съ просьбою «не допустить явнаго нарушенія справедливости и закона по отношенію къ нему». Главное Управление затребовало отзывъ юрисконсультъ вѣдомства и инспектора по медицинской части. Юрисконсультъ призналъ, что «врачъ *Талъ* не имѣетъ права претендовать на возвращеніе къ должности бактериолога родовспомогательнаго заведенія». Медицинскій-же инспекторъ, получивъ 13/ш необходимыхъ справокъ, 16/ш далъ свое заключеніе, въ коемъ ходатайствовалъ о выдачѣ г. *Талю* денежнаго вознагражденія, каковое въ размѣрѣ 540 р. 87 к. и было ему назначено и 1/ч 1906 г. имъ получено.

*Н. Феноменовъ*.

Петербургъ. 15-го декабря 1906 г.

**CCLXVI.** М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующее  
*Открытое письмо ассистенту Казанской дерматологической клиники д-ру К. Ф. Бурдсдорфу.*

М. Г.! Явившись въ клинику и обратившись къ Вамъ съ товарищеской просьбой разрѣшить просмотрѣть здѣсь-же въ клиникѣ «Русскій Журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней», который, какъ мнѣ извѣстно, полностью имѣется въ клиникѣ, я получилъ отъ Васъ категорическій отказъ. Вы сказали, что библиотекѣ клиники могутъ пользоваться только лица, специально работающія въ ней, а не врачи, «къ ней неприсланные».

Полагая, что клиника, существующая на народные средства, должна быть широко открыта для всѣхъ врачей, работающихъ на нивѣ народной, и считая этотъ случай очень характернымъ, рисующимъ до нѣкоторой степени Ваше отношеніе къ молодымъ работникамъ, а, слѣд., и къ наукѣ вообще, я пишу это открытое письмо, напоминая Вамъ о томъ широкомъ гостепріимствѣ, которымъ пользовались, вѣроятно, и Вы въ заграничныхъ лабораторіяхъ и клиникахъ, но которое, очевидно, Вами забыто!

Ординаторъ Казанскаго госпиталя *С. Коломойцевъ*.

Казань. 14-го декабря 1906 г.

Р. S. Къ проф. *А. Г. Ге* я не имѣлъ возможности обратиться за его болѣзнию.

*С. К.*

**CCLXVII.** М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Бюро Всероссийскаго ветеринарнаго Союза въ отвѣтъ авторамъ письма, напечатаннаго въ № 43 «Русскаго Врача», въ п. 4, между прочимъ, утверждаетъ, что *П. Н. Андреевъ* отказался подавать мнѣ руку еще задолго до объявленія бойкота. Такое утвержденіе Бюро не вѣрно. Во время всей моей службы на Московскихъ бойняхъ я не порывалъ отношеній съ *П. Н. Андреевымъ*. Въ подачѣ руки мы другъ другу не отказывали. Даже въ послѣднее время (въ августѣ или сентябрѣ), встрѣчаясь, мы обмѣнивались взаимными привѣтствіями и вели бесѣду.

Меня крайне удивило заявленіе Бюро Союза, что *П. Н. Андреевъ отказался подавать мнѣ руку*. Мало того; это обстоятельство послужило поводомъ въ дальнѣйшемъ къ отводу меня, какъ свидѣтеля, при обсужденіи мотивовъ къ объявленію бойкота мѣсту старшаго ветеринара Московскихъ боенъ. Откуда

## СVI. Из Общества русских врачей в С.-Петербургу.

Торжественное в память С. П. Боткина соединенное заседание Общества русских врачей в Петербургу и русско-хирургического Общества Пирогова 12-го декабря 1906 г.

Открывая заседание, председатель Общества русских врачей проф. И. П. Павлов высказал мысль, что подобными чествования видных медицинских деятелей соединенными врачебными Обществами должны послужить ядром для постоянного объединения врачебных Обществ. Современное состояние медицинских знаний, вызывая крайнюю специализацию врачебных сил, делает необходимым общение этих сил на почве общих вопросов, без чего немислимо рациональное развитие отдельных сторон медицины<sup>1)</sup>.

Ч. пр. Е. С. Боткина. Красный крест на русско-японской войне в районе действующих армий.

В том же заседании был заслушан доклад Комиссии из проф. Н. П. Крайкова, И. Р. Тарханова и С. С. Салазкина по присуждению премии имени И. П. Павлова за лучший доклад по физиологии в текущем году. Премия была присуждена Комиссией д-ру Гроссу за его работу «Физиология пепсина желудка».

Отчет казначей о состоянии фонда имени С. П. Боткина, за болевую докладчика, не состоялся.

В конце заседания были произведены выборы товарища председателя Общества, которым большинством голосов был избран проф. В. Н. Сиротинин.

Г. Флейшер.

## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФИЯ

Обращаемость населения Московской губ. в лечебные заведения за период 1892—1902 г. Санит. врача Московского Земства П. И. Куркина 1906 г. 241 стр. 1 р. 25 к.

Разсматриваемый автором вопрос—в. сложный, но в тоже время и важен в деле организации медицинской помощи населению. Несомненно, что при рассмотрении его приходится иметь дело со многими условиями жизни населения—социальными, бытовыми, экономическими, умственными, с доверием или недоверием населения к медицинскому персоналу и т. д. Обзор обращаемости населения к врачебной помощи при существующих условиях и посвящается настоящий труд, выполненный с крайней тщательностью и всесторонним рассмотрением тех материалов, которыми располагал автор. Несомненно, что новый труд д-ра Куркина, как и предыдущие его работы по санитарно-социальным вопросам, займет видное место и каждый врач, в особенности санитарный, прочтет его с интересом.

Кроме введения (I—XXIV стр.), где, между прочим, автор говорит о необходимости периодических переписей, о единичности в санитарной статистике, о непригодности в этом отношении волости, разбираемый труд заключается 5 глав, 25 таблиц 3 картограммы и указатель работ по статистике заболеваемости населения Московской губ.

В 1-ой главе излагаются данные об обращаемости к врачебной помощи за 5-летие (1898—1902 гг.) по уездам, по полу, волостным районам, с указанием отдельно волостей с фабричным населением. Кроме того, приводят-

<sup>1)</sup> Один из редакторов «Русского Врача» в свое время, при открытии Пироговского Музея в Петербургу, горячо ратовал за эту же мысль, настаивая на том, что пора же, наконец, многочисленным врачебным Обществам Петербурга перейти от громких фраз в род: «В единении—сила!» к делу и не дробить местных врачебных сил на новые обособленные Общества, а объединиться под знаменем имени великого Пирогова в его Музей, сохраняя, разумеется, в периоды будничной своей жизни характер самостоятельных специальных фракций. Мысль эта вначале, как будто, была встречена сочувствием, а затѣм сочувствие это как-то быстро охладѣло, и к образовавшемуся «ядру» не только не прилипались новые части, но даже и изъяснившись-было согласие на такое объединение под общей кровлей Пироговского Музея стали мало по малу исчезать из него, ссылаясь главным образом на то, что Музей—слишком далеко от центра города! Приводить здесь основания, почему в свое время хирургическое Общество Пирогова остановилось на устройстве Пироговского Музея именно на Выборгской стороне, там же, где расположены все ученые и учебные учреждения В. Медицинской Академии, здесь мы находим лишним. Но где уж тут говорить об объединении, если осуществлять такому большому делу главным образом мешает такой мизерный резон: состояние от Инженерной улицы (зданіе Краснаго Креста, где прежде собирались отколовшіяся от Пироговскаго Союза Общества и куда онѣ переселились вновь) до Пироговскаго Музея занимает максимум 15 мин. времени и 15—20 коп. лишней платы навозчику!—Ред.

ся краткія указанія на санитарное состояніе населенія за тѣ же года. Во 2-ой главѣ говорится о сопоставленіи обращаемости населенія въ лечебницы съ его плотностью, среднею близостью и размѣщеніемъ до 4 и до 8 вѣстотъ отъ лечебницъ въ сельскихъ волостныхъ районахъ. Чѣмъ ближе населеніе къ лечебницѣ, тѣмъ больше обращаемость. 3-ья глава, посвящена общей характеристикѣ уѣздовъ Московской губ. по положенію въ нихъ врачебной помощи населенію и его обращаемости въ лечебницы. Въ 4-ой и 5-ой главахъ (148—227) говорится о возрастномъ составѣ больныхъ и о коечныхъ больныхъ, при чемъ возрастная обращаемость населенія сравнивается съ таковою въ Воронежской губ. Было-бы крайне интересно сравнить эти данныя съ другими губерніями; но, къ сожалѣнію, подобныя свѣдѣнія не оказались.

Работа д-ра Куркина интересна не только для врача, но и для земскаго дѣятеля, желающаго рационально организовать медицинскую помощь населенію. Д. Никольскій.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ

ССЛXIII. М. Г. Просимъ Васъ дать мѣсто изложенію нижеслѣдующаго обстоятельства, которое для насъ имѣло большое значеніе при установленіи отношеній къ объявленному центральнымъ Бюро ветеринарнаго Союза бойкоту мѣста старшаго ветеринара на Московскихъ бойняхъ вслѣдствіе отказа Московской городской Управы принять обратно уволеннаго администратіей г. Андреева.

Лѣтомъ 1905 г. г. Андреев, будучи старшимъ ветеринаромъ на Московскихъ бойняхъ, прекратилъ неожиданно [какъ потомъ онъ письменно объяснялъ—по ошибкѣ!], подачу руки и всѣхъ товарищескія отношенія съ 4-мя сослуживцами ветеринарами. Вслѣдъ затѣмъ имъ былъ представленъ въ городскую Управу обширный докладъ объ увеличеніи смѣты ветеринарнаго надзора на городскихъ бойняхъ. Будучи заинтересованы не меньше г. Андреева въ томъ или иномъ положеніи ветеринарнаго надзора, мы просили черезъ заведующаго канцеляріей боевъ передать намъ копию этого доклада; но получили отъ г. Андреева категорическій отказъ. Тогда мы добыли его въ Управѣ, на что, въ значительной своей части онъ представлялъ изъясненіе изъ хорошо намъ извѣстной не пропущенной цѣпурой рукописи товарища, съ которымъ г. Андреевъ прекратилъ всѣ отношенія до подачи руки исключительно и который никогда не давалъ г. Андрееву разрѣшенія пользоваться ею.

И это позавистованіе составляетъ не только всю душу доклада, но фотографіруетъ методъ рукописи, ая таблицы, перифразируетъ и прямо списываетъ цѣлыя страницы. Объ источникѣ при этомъ совѣсть не говоритъ. Даже цѣлкомъ списывая, г. Андреевъ говоритъ отъ своего имени; такъ прямо и пишетъ «я». Для доказательства и характеристикъ плагиата приводимъ нѣсколько выдержекъ изъ параллельныхъ мѣстъ рукописи и доклада.

Рукопись стр. 3.

Объективнымъ указаніемъ на то или иное состояніе ветеринарнаго надзора на бойняхъ является прежде всего отношеніе между числомъ лицъ этого надзора и количествомъ подлежащаго осмотру убойнаго скота: осмотръ скота и продуктовъ убои можетъ быть тѣмъ совершеннѣе, чѣмъ меньше количество приходящихся на каждое отдѣльное лицо ветеринарнаго надзора головъ скота.

Докладъ г. Андреева стр. 1.

Объективнымъ показателемъ того или иного состоянія ветеринарнаго надзора на бойняхъ является прежде всего отношеніе между числомъ лицъ этого надзора и количествомъ подлежащаго осмотру убойнаго скота. Осмотръ скота и продуктовъ его убои можетъ быть тѣмъ совершеннѣе, чѣмъ меньше количество головъ скота будетъ приходить на каждое отдѣльное лицо ветеринарнаго надзора, и наоборотъ.

Рукопись стр. 5 и 6.

Въ санитаріи осмотру животныхъ до убои принадлежитъ выдающееся значеніе, и всѣ специалисты рекомендуютъ уделять прижизненному тщательному осмотру животныхъ особое вниманіе. Оно вполне понятно, потому что только прижизненное наблюденіе можетъ дать основаніе заподозрить или констатировать нѣкоторыя болѣзни, имѣющія выдающееся значеніе по тому ущербу, которымъ гровятъ они потребителямъ мяса такихъ животныхъ. При нѣкоторыхъ изъ этихъ болѣзней органы одержимыхъ животныхъ и главнымъ образомъ мясо ихъ могутъ имѣть совершенно нормальный видъ, запахъ, быть совершенно безупречнаго вкуса и тѣмъ не менѣе обусловить заболѣваніе

Докладъ г. Андреева стр. 2.

Осмотръ животныхъ до убои имѣетъ, какъ извѣстно, чрезвычайно важное значеніе въ санитарномъ отношеніи, такъ какъ только прижизненное наблюденіе можетъ дать основаніе заподозрить или констатировать нѣкоторыя болѣзни, представляющія особенно опасными съ точки зрѣнія ихъ санитарнаго значенія. Таковы т. наз. септические и пѣмические заболѣванія животныхъ, при которыхъ органы и мясо могутъ имѣть совершенно нормальный видъ, запахъ и тѣмъ не менѣе вызывать отъ употребленія въ пищу явленія отравленія часто со смертельнымъ исходомъ.



отъ одной такой туши десятковъ и даже сотенъ людей со смертельнымъ для нѣкоторыхъ отравившихся исходомъ. Таковы т. наз. септические и пневмические заболевания животныхъ.

Рукопись стр. 13.

Докладъ г. Андреева стр. 4.

Въ плодотворные дни, т. е. въ дни торга, убой крупнаго скота начинается только съ 12 час. дня и продолжается съ 1/2 часовымъ перерывомъ до 9 час. веч.; въ слѣдующій-же день убой начинается, прерывается и оканчивается какъ и на бойни для мелкаго скота, т. е. отъ 7<sup>1/2</sup> час. утр. до 9 час. веч. Такимъ образомъ по убою крупнаго рогатаго скота черезъ день является промежутокъ почти въ 1/2 рабочаго дня, въ который работа не производится, такъ что время, въ течение котораго приходится осматривать поступающій на бойни скотъ, значительно сокращается. Далѣе, по в. важнымъ причинамъ, главнымъ образомъ примѣнительно къ условіямъ торговли, на Московскихъ бойняхъ стараются ускорить убой, въ результатъ чего на нихъ и количество убойныхъ камеръ, и число рабочихъ гораздо больше, чѣмъ ихъ понадобилось-бы, если-бы съ убоемъ не нужно было торопиться. Благодаря этому, бойни и рабочіе въ среднемъ 1/2 времени бездѣйствуютъ, чтобы въ остальное время работать съ напряженной интенсивностью. Благодаря этому-же, и работа ветеринарныхъ врачей тоже приурочена къ сравнительно небольшому времени. Ветеринарные врачи должны въ точности поспѣвать за бойцами и прочими участвующими въ убой, такъ какъ иначе получатся завалъ камеръ, задержка по очисткѣ органовъ, вывозу мяса и пр., въ результатъ чего можетъ быть остановленъ весь громадный механизмъ боенъ, да и самый осмотръ вслѣдствіе завала становится затруднительнымъ и даже невозможнымъ.

Дальнѣйшія выписки излишни; достаточно указать, что ихъ можно было-бы приводить еще много. Фактъ самаго беззастѣнчиваго плагиата на лицо, — и при томъ плагиатъ у человека, съ которымъ были прерваны всѣ отношенія.

Нужно указать, что доклады могутъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ служить, какъ и другіе труды, матеріаломъ, характеризующимъ пригодность даннаго лица для того или другаго дѣла. Такъ, напр., во время бывшаго конкурса на должность старшаго ветеринара Московскихъ боенъ конкурсная Комиссія, въ числѣ другихъ трудовъ соискавшихъ ветеринаровъ, рассматривала и представленные послѣдними доклады.

О фактѣ плагиата было извѣстно давно. Андрееву это обвиненіе бросалось въ лицо публично 2-мъ, если не болѣе, лицами. Одно изъ нихъ, въ жалости, пощадило его и вывало назады свое обвиненіе. Объ этомъ плагиатѣ мы молчали, тоже щадя г. Андреева. Но разъ изъ-за него поднялось большое дѣло, разъ Бюро ветеринарнаго Союза желаетъ клеймить нѣкоторыхъ лицъ тѣмъ, что г. Андреевъ не подаетъ имъ руки, то мы вынуждены теперь заявить, это — что рука плагиатора, что добиваться возвращенія этого «уважаемаго» товарища вовсе не пристало.

Магистръ ветер. наукъ *О. Половинкинъ*.  
Ветеринаръ *О. Невторовъ*.

Москва. 14-го декабря 1906 г.

**ССLXIV.** М. Г.! Въ декабрѣ текущаго года, какъ было отищено въ «Русскомъ Врачѣ» (см. выше, № 50, стр. 1601), исполняется 10-лѣтіе «Хирургіи», редакторомъ-наследіемъ которой все время состоитъ многоуважаемый проф. *П. И. Дьяковъ*. Всякій, кому приходилось читать этотъ журналъ, знаетъ, какъ серьезна и широка его программа, что сказывается какъ въ подборѣ оригинальныхъ статей, такъ и въ т. наз. «обзорахъ», которые по полнотѣ представляютъ превосходный библиографическій справочникъ за послѣдніе 10 лѣтъ по всемъ отраслямъ хирургіи и отдѣламъ, съ ней сопрягающимся. Смотря же на всѣ 20 томовъ журнала съ цѣлымъ радомъ приложений, изъ которыхъ обращаютъ на себя вниманіе 9 томовъ работъ клиники проф. *П. И. Дьякова*, невольно приходится удивляться, что въ декабрѣ 1906 г. журналъ «Хирургія» не вышелъ. Это обстоятельство, конечно, не можетъ не вызвать у насъ сожалѣнія, и мы, редакторы «Русскаго Врача», желая выразить свое сожалѣніе, предлагаемъ въ декабрѣ 1906 г. издать журналъ «Хирургія» въ 10-мъ томѣ. Мы считаемъ, что это будетъ не лишнимъ, и просимъ проф. *П. И. Дьякова* согласиться на это. Мы готовы взять на себя все издательское и редакционное, а также и финансовое, и просимъ проф. *П. И. Дьякова* согласиться на это. Мы считаемъ, что это будетъ не лишнимъ, и просимъ проф. *П. И. Дьякова* согласиться на это.

уваженія передъ неутомимой энергіей и преданностью дѣлу многоуважаемаго *Петри Ивановича* и не пожелать ему еще много лѣтъ работать такъ-же плодотворно на пользу дорогой намъ всѣмъ медицинской науки.

Проф. *М. Субботинъ*, Проф. *Г. Турнеръ*, Проф. *А. Кадьянъ*, Ч. пр. *Цейдлеръ*, Ч. пр. *Р. Вреденъ*, *Б. Хольцовъ*, *А. Семеновъ*, *И. Грековъ*.

Петербургъ. 19-го декабря 1906 г.

**ССLXV.** М. Г.! Не откажите помѣстить по поводу 2-хъ писемъ д-ра *Талъ* (см. выше № 20 и № 43) слѣдующее.

Не входя въ подробный разборъ содержанія писемъ д-ра *Талъ*, позволю себѣ ограничиться приведеніемъ точныхъ справокъ.

Д-ръ *Е. Талъ*, служившій въ Надеждинскомъ родовспомогательномъ заведеніи по вольному найму, былъ въ 1904 г. призванъ изъ запаса на дѣйствительную военную службу. Замѣстителя ему по закону, какъ служившему по вольному найму, не полагалось (92 ст. Устава о воинской повинности), вслѣдствіе чего главное Управление вѣдомства Императрицы Маріи не нашло возможнымъ удовлетворить ходатайство начальства родовспомогательнаго заведенія о назначеніи суммъ для уплаты замѣстителя. Тогда завѣдываніе лабораторіею поручено было д-ру мед. *Л. А. Гусакову*, который любезно согласился изъ получаемаго содержанія 1/2, уступить г. *Талю*. Въ началѣ 1905 г. *Гусаковъ* самъ былъ призванъ на дѣйствительную военную службу. Найти другое лицо, которое-бы удовлетворяло требованіямъ должности и согласилось работать лишь временно и за половинное вознагражденіе, не удалось; поэтому, такъ какъ должность считалась и считается вольнонаемной, она, какъ вакантная, была 1/III 1905 г. предоставлена д-ру *Л. О. Покровскому*, окончившему, кромѣ того, курсъ наукъ съ дипломомъ 1-ой степени въ Петербургскомъ Университетѣ по физико-математическому факультету. Все это зналъ г. *Талъ*; тѣмъ не менѣе онъ настоятельно добивался, чтобы занятіе должности опять было предоставлено ему. Начальство родовспомогательнаго заведенія не нашло никакихъ основаній увольнять д-ра *Покровскаго* для того, чтобы пригласить д-ра *Талъ*, и ему въ этомъ отказало.

Д-ръ *Талъ* 18/II 1906 г. обратился въ главное Управление вѣдомства съ просьбою «не допустить явнаго нарушенія справедливости и закона по отношенію къ нему». Главное Управление затребовало отзывъ юрисконсультъ вѣдомства и инспектора по медицинской части. Юрисконсультъ призналъ, что «врачъ *Талъ* не имѣетъ права претендовать на возвращеніе къ должности бактериолога родовспомогательнаго заведенія». Медицинскій-же инспекторъ, получивъ 13/II необходимые справки, 16/II далъ свое заключеніе, въ коемъ ходатайствовалъ о выдачѣ г. *Талю* денежнаго вознагражденія, каковое въ размѣрѣ 540 р. 87 к. и было ему назначено и 1/IV 1906 г. имъ получено.

*Н. Феноменовъ*.

Петербургъ. 15-го декабря 1906 г.

**ССLXVI.** М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующее  
Открытое письмо ассистенту Казанской дерматологической клиники д-ру *Б. Ф. Бурдсдорфу*.

М. Г.! Явившись въ клинику и обратившись къ Вамъ съ товарищеской просьбой разрѣшить просмотрѣть здѣсь-же въ клиникѣ «Русскій Журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней», который, какъ мнѣ извѣстно, полностью имѣется въ клиникѣ, я получилъ отъ Васъ категорическій отказъ. Вы сказали, что библиотекой клиники могутъ пользоваться только лица, специально работающія въ ней, а не врачи, «къ ней непрічастные».

Полагая, что клиника, существующая на народные средства, должна быть широко открыта для всѣхъ врачей, работающихъ на нивѣ народной, и считая этотъ случай очень характернымъ, рисующимъ до нѣкоторой степени Ваше отношеніе къ молодымъ работникамъ, а, слѣд., и къ наукѣ вообще, я пишу это открытое письмо, напоминая Вамъ о томъ широкомъ гостепріимствѣ, которымъ пользовались, вѣроятно, и Вы въ заграничныхъ лабораторіяхъ и клиникахъ, но которое, очевидно, Вами забыто!

Ординаторъ Казанскаго госпиталя *С. Коломойцевъ*.

Казань. 14-го декабря 1906 г.

Р. S. Къ проф. *А. Г. Ге* я не имѣлъ возможности обратиться за его болѣзнями.

*С. К.*

**ССLXVII.** М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Бюро Всероссийскаго ветеринарнаго Союза въ отвѣтъ авторамъ письма, напечатаннаго въ № 43 «Русскаго Врача», въ п. 4, между прочимъ, утверждаетъ, что *П. Н. Андреевъ* отказался подавать мнѣ руку еще задолго до объявленія бойкота. Такое утвержденіе Бюро не вѣрно. Во время всей моей службы на Московскихъ бойняхъ я не порывалъ отношеній съ *П. Н. Андреевымъ*. Въ подачѣ руки мы другъ другу не отказывали. Даже въ послѣднее время (въ августъ или сентябрѣ), встрѣчаясь, мы обмѣнивались взаимными привѣтствіями и вели бесѣду.

Меня крайне удивило заявленіе Бюро Союза, что *П. Н. Андреевъ отказался подавать мнѣ руку*. Мало того; это обстоятельство послужило поводомъ въ дальнѣйшемъ къ отводу меня, какъ свидѣтеля, при обсужденіи мотивовъ къ объявленію бойкота мѣсту старшаго ветеринара Московскихъ боенъ.

такія свѣдѣнія получены Бюро? А еще болѣе странно, какъ могло Бюро отводить меня, не установивъ факта?

Ветер. врачъ А. Петровъ.

Москва. 16-го декабря 1906 г.

**ССLXVIII.** М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующему нашему письму.

Мы, слушательницы повторительныхъ акушерскихъ Курсовъ при Клиническомъ повивально-гинекологическомъ Институтѣ, выражаемъ чрезъ «Русскаго Врача» свою признательность д-рамъ К. П. Улезко-Строгановой и А. И. Дрееву, посвятившимъ намъ много труда и вниманія при занятияхъ съ нами по практической гинекологии, а также тѣмъ преподавателямъ Института, лекціи которыхъ мы воспользовались въ продолженіе прошедшаго семестра. *Видорчикъ, Гладунъ, Гуревичъ, Ермакова, Зоричъ, Иванкина, Кеббелъ-Мальбекъ, Крайзъ, Лапина, Левшина, Позикова, Пликуцъ, Соломенная, Соколова, Старосельская, Шефтель Шкина.*

Петербургъ. 20-го декабря 1906 г.

**ССLXIX.** М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ, чтобы огласить некрасивый фактъ изъ столичной врачебной жизни.

Публикаціи извѣстнаго сорта въ газетахъ считаются для каждаго врача въ отдаленности предосудительными: тѣмъ болѣе, мнѣ кажется, это должно быть предосудительно для коллегіальныхъ учреждений, напр., лѣчебницъ: публикаціи лѣчебницъ—это, вѣдь, тѣже публикаціи врачей, только нѣсколькихъ вмѣстѣ. Въ прошломъ мѣсяцѣ я былъ случайнымъ свидѣтелемъ 2-хъ слѣдующихъ фактовъ. Въ мелочной лавкѣ мнѣ при покупкѣ вручаютъ объявленіе о лѣчебницѣ и приемѣ больныхъ въ ней по всѣмъ специальностямъ. Я былъ ошеломленъ и, хотя не живу въ Петербургѣ, пріѣхалъ сюда на короткое время, былъ до крайности сконфузенъ. На мой вопросъ, при чемъ тутъ объявленіе, лавочникъ съ усмѣшкой замѣтилъ: «Намъ прислано, чтобъ раздавать покупателямъ». Чрезъ 2 дня, въ воскресенье 26/х, случай сдѣлалъ меня свидѣтелемъ новаго приема владѣльцевъ все той-же лѣчебницы: на той-же улицѣ, около дверей лѣчебницы, мальчикъ-газетчикъ раздавалъ всѣмъ проходившимъ тѣже объявленія, что я получалъ въ лавкѣ. Благодаря праздничному дню, на улицѣ было очень людно, и тротуаръ на протяженіи квартала былъ буквально заваленъ обрывками этихъ объявленій (2 экземпляра полученныхъ объявленій при семъ прилагаю). Неужели для лѣчебницъ, которымъ вообще многое дозволено, допускаются и такіе способы рекламы? Если профессиональное достоинство врачей не чувствуетъ себя оскорбленнымъ подобнаго рода дѣйствіемъ товарищей, то гдѣ-же различіе между лѣчебницей и магазиномъ готового платья? <sup>1)</sup>

А. Захъ.

Петербургъ. 19-го декабря 1906 г.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

2517. Какъ сообщаютъ «Одесскія Новости» (14 декабря), Министерство народного просвѣщенія уведомило попечителя Одесскаго округа, что министръ не призналъ возможнымъ утвердить избраннаго Совѣтомъ Университета проф. Б. Ф. Вершио въ должности декана медицинскаго факультета на томъ основаніи, что въ указѣ отъ 27-го августа нѣтъ указанія на случаи, когда право избранія декана предоставляется Совѣту Университета. Поэтому министръ предлагаетъ произвести новые выборы декана на точномъ основаніи существующаго закона въ самомъ Собраніи факультета. До избранія-же декана должность эта поручается старшему члену факультета.

2518. Проф. В.-Медицинской Академіи М. В. Яновскій избравъ *совѣтательнымъ членомъ* медицинскаго Совѣта.

2519. Въ Харьковскомъ Университетѣ защищали диссертациі: В. М. Волковичъ на тему—«*Къ вопросу о роли закупорки сосудовъ въ происхожденіи омертвѣній нижнихъ конечностей*» и Э. М. Собащанскій на тему—«*Къ техникѣ искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ*» («Харьковскія Вѣдомости», 8 декабря).

2520. Въ «Руси» (14 декабря) въ статьѣ «Изъ области экономіи», за подписью «Секторъ», сообщаются слѣдующія несообразности бюджета В.-Медицинской Академіи. Въ настоящемъ году изъ этого бюджета вычеркнуто около 2000 р., выдававшихся 2—3-мъ профессорамъ и 1—2-мъ ихъ помощникамъ на поѣздки за границу для научнаго усовершенствованія. «Сдѣлано это», пишетъ г. Секторъ, съ видахъ экономіи, (изъ-за крайней недостаточности средствъ (военнаго) Министерства. Настоятельная прось-

ба профессорской Коллегіи возвратѣ этой суммы, (представленная) чрезъ начальнаго Академіи, не была уважена». Указывая, что такіе образцы въ Академіи «наука была урѣзана, такъ сказать, въ силу крайности», авт. открываетъ «одну и притомъ маленькій уголокъ академической жизни», съ цѣлью показать, «какъ щедро расходуются въ той-же Академіи средства не только на цѣли, ничего общаго съ наукой не имѣющія, но и совершенно безъ всякой цѣли». «Существуетъ въ Академіи инспекція или т.-наз. «штабъ-офицеры» — учрежденіе, котораго, слава Богу, уже нѣтъ въ Университетѣхъ. Конференція Академіи нѣсколько разъ устанавливала не только безцѣльность, но и положительный вредъ инспекціи; существуетъ даже постановленіе профессорской Коллегіи, должное уже и военному министру, — о необходимости замѣны 12 шт.-офицеровъ Секретариатомъ изъ 3-хъ лицъ. Однако этотъ «институтъ» существуетъ и доселѣ и при томъ при удивительныхъ въ смыслѣ экономіи условіяхъ». Авт. излагаетъ эти условія по пунктамъ: «1) По штату В.-Медицинской Академіи полагалось сначала только 6 шт.-офицеровъ; но одному изъ начальниковъ Академіи пришла въ голову неудачная мысль устроить студенческіе лагеря, и для этого дѣль 6 назвадъ число шт.-офицеровъ было удвоено. Лагери, какъ извѣстно, вскорѣ окончились крупнымъ скандаломъ и прекращены навсегда. А лагерные шт.-офицеры? Конечно, остаются и по сіе время. Такимъ образомъ существуетъ нѣсколько совершенно безполезныхъ должностей; при недостаткѣ офицеровъ въ строю странно видѣть военныхъ людей безъ всякаго дѣла. Начальство затруднено, къ чему ихъ приспособить. 2) Академія была закрыта съ октября 1905 г. по сентябрь 1906; объ инспекціи совершенно забыли; но почти въ тоже самое время, дѣломъ, когда изъ ученаго бюджета было вычеркнуто 2000 р., въ помощь отходящимъ шт.-офицерамъ были назначены новые помощники, конечно, съ соответствующимъ окладомъ. 3) Среди шт.-офицеровъ есть лица, давно выслужившія пенсію и всякія права и преимущества, но... служба ихъ продолжается. 4) Кажется-бы, если человѣкъ ничего не дѣлаетъ, то въ интересахъ справедливости (слѣдовало-бы) чѣмъ-нибудь откупить его; напр., не дали-мались студенты,—у нихъ удержали отъ стипендіи 8 р. Относительно-же шт.-офицеровъ дѣло обстоитъ какъ разъ наоборотъ: такъ какъ почти въ теченіе цѣлаго года они отдыхали, то въ настоящемъ декабрѣ получаютъ денежныя награды: чинамъ инспекціи и Канцеляріи раздается около 5000 р....»

2521. «Одесскія Новости» (12 декабря) сообщаютъ, что, по предложенію проф. С. С. Головина, медицинскій факультетъ Одесскаго Университета постановилъ предоставлять каждому профессору отдаленно *право производить или не производить изъ себя студентамъ заграничныхъ Университетовъ* при переходѣ ихъ на старшіе курсы.—Неужели это такъ? Неужели факультетъ, дѣйствительно, принялъ такое постановленіе, предоставляющее такой широкій просторъ личному усмотрѣнію каждаго преподавателя? Осуществленіе этого постановленія, безъ сомнѣнія, не замедлитъ вызвать цѣлый рядъ недоразумѣній.

2522. Въ засѣданіи медицинскаго Совѣта 12-го декабря докладывался отвѣтъ Совѣта Жѣнскаго Медицинскаго Института по вопросу о *недостаточности трупнаго матеріала* для занятій въ Институтѣ по анатоміи и оперативной хирургіи. Оказывается, что В.-Медицинская Академія при 450 студентахъ располагаетъ въ годъ 720 трупами, въ то время какъ Институтъ при болѣе, чѣмъ 1000 слушательницъ, располагаетъ всего 180 трупами. При самыхъ умеренныхъ требованіяхъ Институту необходимо имѣть въ годъ по крайней мѣрѣ 400 труповъ. Признавая потребность Жѣнскаго Медицинскаго Института въ трупномъ матеріалѣ насущной, но вмѣстѣ съ тѣмъ не считая возможнымъ уменьшить число труповъ, которымъ уже издавна пользуется В.-Медицинская Академія, Медицинскій Совѣтъ призналъ единственно возможнымъ разрѣшить это затруднительное положеніе такимъ путемъ—просить городское Управленіе Петербурга предоставить трупный матеріалъ изъ новыхъ больницъ, которыя будутъ открыты въ самомъ непродолжительномъ времени, исключительно Жѣнскому Медицинскому Институту.

2523. По словамъ «Руси» (17 декабря), Св. Синодъ, по сношеніи съ министромъ народного просвѣщенія, циркуляро разсылая всѣмъ епархіальнымъ архіереямъ, что «1) *поступленіе лицъ священнаго сана на медицинскій и естественный факультеты* не можетъ быть допустимо, такъ какъ съ званіемъ священника — служителя безкровной жертвы—несообразны хирургическія дѣйствія и естественно-научныя работы, съ пролитіемъ крови соединяемыя; 2) обучающихся нинѣ въ Университетахъ и другихъ свѣтскихъ учебныхъ заведеніяхъ священнослужителей подчинить установленному для духовныхъ лицъ надзору; 3) предписать священникамъ, принятымъ въ Университеты, явиться къ ихъ духовному началству для полученія должныхъ о нихъ распоряженій и, сверхъ сего, потребовать отъ священниковъ, обучающихся на медицинскомъ и естественномъ факультетахъ, чтобы они перешли на другой факультетъ или-же вернулись въ мѣсто своего служенія».—Мы всегда были противъ совмѣщенія обязанностей врача и священника въ одномъ лицѣ. Слишкомъ обширна наука о медицинѣ и слишкомъ большое дѣло дѣлаетъ врачъ, чтобы отдавать врачеванію только оставшееся свободнымъ отъ другихъ занятій время. Нельзя-же въ самомъ дѣлѣ предоставлять населенію спокойно умирать отъ кровотеченія или отъ остраго отека голосовой щели потому, что священникъ-врачъ въ это время служитъ молебны! Но какъ выигралось дѣло врачебной помощи населенію, если-бы врачъ на мѣстѣ въ лицѣ священника встрѣчалъ всегда широко образованнаго человѣка, настолько ознакомленнаго съ естественными, чтобы

<sup>1)</sup> Незабвенный «учитель жизни» В. А. Манассеинъ всегда горячо протестовалъ противъ того, чтобы врачи были собственниками лѣчебныхъ заведеній. Дѣйствительно, становясь на путь коммерціи, врачъ становится на опасную наклонную плоскость, которая быстро можетъ привести его къ полнѣйшей атрофіи основнаго стимула его дѣятельности—альтруистическаго чувства. Есть цѣнности, которыя, кажется, при всякой переоцѣнкѣ остаются высоко цѣнными....—Ред.

видеть во враче, действительно, носителя здравых идей и друга человечества, а не наиболее опасного представителя вредных учений. И с этой точки зрения присутствие духовенства на естественных и медицинских факультетах только жалательно. Св. Синод, если он искренен... впрочем, Бог с ним, со Св. Синодом!

2524. В телеграмме в «Русь» (13 декабря) приводятся следующие подробности об обыске в Харьковской университетской клинике (см. выше, № 50, стр. 1602). Обыск производился всю ночь. Обыскивались все клиники, за исключением акушерской. Искли каких-то 2-х политических. Сторож хирургической клиники, не желавший вступить полицию и жандармов, был арестован разбитым на морозе. Клиники были окружены сотней казаков. С больными от испуга произошли осложнения. Медицинский факультет и студенты намерены энергично протестовать. Обыск, как мы уже сообщали, оказался безрезультатным. 12-го же декабря вечером, как сообщается в той же газете (14 декабря), состоялось соединенное заседание студентов-медиков старших курсов, ординаторов клиники и профессоров, посвященное протесту против обыска. Принята резолюция «апеллировать к широкой публике». На другой день назначено заседание Совета профессоров по поводу инцидента. Ректор телеграфировал министру нар. просвещения. Дело, впрочем, и здесь постарались объяснить «недоуменными».

2525. Московским губернатором, как сообщают «Русские Ведомости» (12 декабря), уволен от должности становой пристав, по приказу которого был произведен обыск в Круговской земской лечебнице Клинского уезда (см. выше, № 50, стр. 1603), а уряднику, производившему обыск со стражником, сделан выговор. Вместе с тем Клинской земской Управы предложено уволить от должности заведующую лечебницей С. И. Теуманг. По расследованию губернской администрации обстоятельство обыска оказалось следующим. Становой пристав получил уведомление, что в квартире С. И. жавет, будто-бы, революционер, агитирующий среди крестьян. Взяв урядника и стражника, становой отправился в Круговскую лечебницу, в квартиру С. И., но ее не оказалось дома; не нашлось и революционера, и становой послал урядника и стражника произвести обыск среди больных в лечебнице, а сам остался в квартире С. И. Удостоверено, что урядник был пьян. По заявлению урядника и стражника, в аптечном шкафу найдено было много прокламаций.

2526. «Современному Обзорнику», (9 декабря) пишут из Кременчуга о произведенном там 2-го декабря обыске в акушерско-фельдшерской школе. Поводом к обыску послужил оговор одним лицом, явившимся на фабрику Володарского с требованием 150 р., 2-х учениц школы в качестве соучастниц. При обыске у этого лица были найдены вместе с печатью безпартийной боевой дружины, книжками, 1/2 пуда нежелательной литературы в список учениц школы, жертвовавших деньги в пользу заключенных. Обыску в школе предшествовали обыски у учениц по упомянутому списку, оставшиеся безрезультатными. 2-го декабря в школу для обыска явился в 12 час. дня — время занятий — помощник пристава, 4 околоточных, 6 жандармов и около 20 городовых. Дать знать заведующему школой д-ру Богачевскому было запрещено. По словам учениц, с ними обращались крайне грубо, издевались над ними. Тщательный обыск школы дал следующие результаты: найдено было несколько легальных брошюр и старые ЛМ «Полтавщины», что и было конфисковано. Арестованы 4 ученицы, из которых 3 на следующий же день были освобождены.

2527. Арестованы: в Варшаве д-р Рейзманд (младший) и в Конинь д-р Годлевский («Przegląd lekarski», 22 декабря).

2528. «Русь» (14 декабря) телеграфирует из Симферополя об усиленных, с приближением выборов, изъятиях популярных лиц — предполагаемых выборщиков в Думу — посредством предъявления к ним разных обвинений. «Ялтинской администрацией, особенно усердствующей в этом отношении, между прочим, выдвинут против ныне выславных инж. Радонова и популярного врача, члена партии народной свободы, Розанова (П. П.) обвинение в сношениях с какими-то сомнительными бомбистами, готовившими, будто, покушение на Думбадзе» (полковник — главноначальствующий краем. Ред.). Хотя абсурдность этого обвинения очевидна, оно все же дает администрации возможность устранить несоответствующих ей людей и желанных выборщиков.

2529. По постановлению главноначальствующего г. Ялты высылается из Ялты и уезда, как «политически неблагонадежные лица», д-р А. Т. Менчинский и ж.-вр. В. С. Россович («Крымский Курьер», 6 декабря).

2530. В «Русских Ведомостях» (17 декабря) в статье, за подписью «Старожил», озаглавленной «Больница под красным флагом», в в. печальном виде изображается положение Ялты в настоящее время, когда полк. Думбадзе, назвавший в своем приказе Ялту и весь Южный берег Крыма «больницей под красным флагом», занялся водворением здесь больницы спокойствия. «Дейтельность начинается», поясняет автор: «в Ялте появилась скарлатина, и назначено заседание врачей для обсуждения мйры борьбы со скарлатиной и устройства ночных дежурств врачей. День заседания совпал со днем начала политической-думбадзевской деятельности по «превращению курорта Ялты в лечебное заведение», и заседание запрещено. Вряд ли, также для нежелательных больных, главноначальствующий бывает

«вынужден высылать кое-кого из крайне вредных и политически неблагонадежных лиц», каковыми оказались по 2-ое декабря, между прочим, 8 ялтинских врачей и земский врач Коревазского участка, заведующий больницей, где у него была накануне оперирована тяжелая больная. На ходатайство Земства об оставлении врача, пользующегося доверием населения, было только продлено время выезда с 24-х час. до 3-х суток. И вот полк. Думбадзе пишет в своем письме, напечатанном в «Крымском Курьере» (5 декабря) и посланном им председателю земской Управы, городскому голове и председателю благотворительного Общества: «Я встречаю большие затруднения со стороны некоторых учреждений, которые усердствуют быть ходатаями за этих лиц. Мне странно, что порочные люди, превратившие чудную Ялту с окрестностью в гнзздо революционеров, анархистов и в хранилище бомб, могут находить такую поддержку в служащих в правительственных учреждениях». Из Ялты высылаются кровохаркающая больная, потому что она еврейка; сын от умирающей матери; мать высланного студента Л. Иванова, бывшая при смерти, скончалась через несколько дней после его отъезда; выслан в 24 часа больной аптекарский ученик; мать, привезшая больного сына, должна была сейчас же вести его обратно. Все это не может не волновать больных, и, кто только может, стремится вон из «лечебного здания». Из уездного имения Масандра выслан в 24 часа старик-садовник, 65 л., на руках которого была вдова-дочь с 3-мя детьми, 17 рабочих и чиновник. Из Ялты, кроме вышеупомянутых врачей, — инженер, земский учитель, 2 фармацевта, хозяин кондитерской, кассирша, заведующий магазином, фельдшер, фельдшерша, 3 дамы, 5 служащих в акцизном Управлении и много рабочих и других менее известных лиц. В числе врачей высланы 2 члена Правления «Общества Санаторий для врачей в Крыму», один из которых состоял и казначеем, товарищ председателя и казначей ялтинского Отделения Общества охранения народного здоровья, председатель секции гитаны, секретарь врачебной секции, ялтинский санитарный врач, городской училищный врач, попечительница пансиона «Яузаль» для недостаточных туберкулезных больных, казначей и 4 члена Правления благотворительного Общества, — и все это должно обратиться Ялту в «лечебное здание». В своем письме г. Думбадзе пишет о порочных людях, анархистах и хранилищах бомб, от которых ему приходится очищать Ялту и за которых общественные деятели являются ходатаями и «даже поручителями». Но все же, о которых идет речь, обвиняются только во вредном влиянии и политической неблагонадежности, неизвестно в чем проявившихся. Некоторые из них принимали активное участие в общественной жизни и в различных общественных Собраниях, а о других, как, напр., старик садовник, ршительно трудно придумать, в чем могло выразиться их вредное влияние? Бомбы в Ялте были обнаружены в августе мйса, когда последовало 3 взрыва, от которых пострадали исключительно сами обладатели бомб. Перед введением положения о чрезвычайной охране больше 2-х мйсцев в Ялте было совершенно тихо. В ноябрь были найдены бомбы весьма примитивной работы, едва-ли могущие дать взрыв, на слободы, зарытыми в землю, и 3-ое привлеченных к военнополовому суду приговорены к каторжным работам». По свидетельству автора статьи в настоящее время «встревожены все больные: кто остался без врача, которому доверял, или боится остаться без него, и никто не может быть уверенным даже в собственной неприкосновенности». «Едва-ли это может содействовать притоку больных в Ялту», и есть основание опасаться, что, «если г. Думбадзе будет продолжать «в том же направлении стремиться неуклонно и без всякого снисхождения», то его красный флаг должен развиваться над пустой больницей».

2531. «Руси» (16 декабря) сообщают из Москвы, что местная администрация предложила городскому голове дать объяснения по поводу дйствий старшего врача Преображенской больницы Н. Н. Баженова, вздвигавшего на Съезде кадетов в Гельсингфорсе. Администрация требует также, чтобы городское Управление сообщило, был-ли даны д-ру Баженову отпуск для поездки в Финляндию и был-ли ему объявлены циркуляр министра внутренних дел о том, что лица, состоящие на государственной службе, не в праве принимать участие в противоправительственных партиях?

2532. В виду требования военных властей, чтобы больничные и вольно-практикующие врачи доставляли полиции свдния о больных, обратившихся к ним за помощью с огнестрельными ранениями (см. выше № 48, стр. 1531), Лодзинское врачебное Общество, как сообщает «Русь» (16 декабря), вполне справедливо признало, что требование это противоречит принципу профессиональной тайны, и обратилось с соответственным протестом ко всем врачебным Обществам других губерний.

2533. Арестованные д-ра Н. Касневский, Л. Сальский и Ю. Бажиковский освобождены, при чем первые 2 — с условием выезда за границу («Przegląd lekarski», 22 декабря).

2534. Как передает «Сегодня» (13 декабря), в Мелитополь, Таврич. губ., благодаря настойчивым ходатайствам Мелитопольского уездного предводителя дворянства освобожден из тюрьмы земский ветер. вр. Спасский, арестованный за отказ лечить в земской лечебнице лошадей из мстного карательного эскадрона.

2535. Д-р О. В. Гусаров, сидящий в «Крестах», 14-го декабря, как сообщает «Русь» (16 декабря), был освидетельствован врачами по внутренним болезням (см. выше, № 49

стр. 1567). Врачи вынесли заключение, что каждый день дальнейшего пребывания товарища в тюрьме *вредно отражается на его здоровье*. Женой *О. В.* подано прошение прокурору об освобождении его под залог.

2536. Как сообщают «Русские Ведомости» (14 декабря), Московский градоначальник не разрывал публичной лекции д-ра *Ф. М. Блюментала* «Туберкулез и его социальные причины», назначенной 17-го декабря в помещении губернской земской Управы в пользу Пироговской Комиссии по распространению гигиенических знаний в народ и в частности для увеличения фонда на устройство библиотек при земских лечебницах.

2537. *Врачебный персонал Киевской губернской тюрьмы* увеличен 1 врачом и 1 фельдшером. До сих пор был всего 1 врач, 3 фельдшера и 1 фельдшерница («Киевский Голос», 11 декабря).

2538. В «Крымском Курьере» (8 декабря), помещено следующее письмо в редакцию: «М. Г. В «Крымском Курьере» от 2 декабря я прочла сообщение будто меня высылают из Симферополя» (см. выше, № 50, стр. 1603). «Слух этот совершенно неутрачен, и я могу засвидетельствовать, что до сих пор все высланные из Ялты, в том числе и я, никаких стыжений со стороны г. Таврического губернатора и других властей не встречают». Ж.-вр. *А. С. Гурьян*.

2539. «Приазовский Край» (10 декабря) передает, что в 9 волостях Таганрогской округа с 39 поселками, по сообщению окружного врача, окружной продовольственной Комиссией установлен *голод* («острая нужда», по выражению (вынужденному?) газет). Испрашивается немедленное открытие кредита в 40000 р. на приобретение хлеба.

2540. «Русь» (17 декабря) печатает следующую непонятную телеграмму из Самары от 16 декабря: «Начальник Самаро-Златоустовской ж. дороги Вознесенский телеграммой объявил Отделение Пироговского Общества врачей нелегальной организацией. Гроза увольнением, он потребовал от служащих возврата денег, собранных для голодающих и дальнейшее прекращение сборов».

2541. В последней (7) книжке «Журнала Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова» д-р *И. Д. Астрахан* рассматривает «Новый проект рабочую законодательства с точки зрения врача». Авт. делает следующие замечания к проекту. Проект предполагает распространять законы о найме рабочих не только на крупных, но и на мелких промышленных заведений; но в тоже время не устанавливает никакого надзора за исполнением закона и никакой ответственности за нарушение его. Срок расплаты за труд, определенный законом в 16 дней, вместо прежних 30, авт. считает слишком продолжительным. При такой продолжительности безденежного периода, рабочему приходится прибегать к кредиту, что заставляет его мириться с недоброкачеством продуктов. Далее авт. отмечает, что в новом проекте сохранена прежняя вопиющая статья о праве предпринимателя расторгнуть договор вследствие обнаружения у рабочего заразной болезни. По этому поводу замечать, что *И. Д. Астрахан*, повидимому, остался неизвестен *последний* проект Министерства торговли и промышленности, носивший заглавие «Проект положения об обеспечении врачебною помощью рабочих промышленных предприятий». Проект этот возлагает на предпринимателя обязательство лечить заболевшего рабочего в продолжение 3-х месяцев, независимо от расторжения договора. Таким образом прежняя статья об увольнении больных заразными болезнями теряет силу. В тех частях законопроекта, где говорится о штрафах, авт. считает проблем, что врачу не отводится места в решении вопроса о вине рабочего. По вопросу о работницах новый проект освобождает работниц на 4 недели после родов. Не менее важным авт. считает также освобождение от работы женщин в продолжение последних недель беременности, а также предоставление им возможности кормить грудных детей во время работы. Далее авт. справедливо протестует против того, что проект совершенно отказывается ограничить сверхурочные работы. При таких условиях мы вернемся снова к 15—18-часовому рабочему дню, который практиковался у нас лет 20—30 назад. Не вполне можем мы согласиться со взглядами автора на вопросы страхования рабочих. Во 1-х, авт. ошибочно утверждает, будто уже в настоящее время рабочие добились того, что получают во время болезни  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{3}{4}$  и даже полную заработную плату без всяких материальных затрат. Если это и бывает на отдельных заводах, то во всяком случае является милостью со стороны фабриканта, не гарантированной никакими соглашениями; кроме того, милость эта всегда оказывается крайне непродолжительной. Затем авт.—по нашему мнению, неправильно—выдвигает вопрос о вознаграждении рабочих, пострадавших от профессиональных заболеваний, из общей системы страхования. Приравнивание профессиональных болезней к несчастным случаям в смысле ответственности за них предпринимателя, вполне правильное в теории, на практике, однако, встречает большие препятствия. В большинстве случаев граница между влиянием профессиональных условий труда и общими условиями быта рабочего не может быть с точностью установлена. Поэтому вознаграждение рабочих, потерявших здоровье от профессиональных болезней, должно входить, как часть, в систему страхования рабочих от инвалидности вообще, независимо от ее происхождения (несчастные случаи, конечно, сюда не относятся). Это является лишним доводом в пользу скорейшего введения полной системы страхования рабочих от болез-

ней, несчастных случаев, старости и инвалидности. И авт. справедливо упрекает наших мудрых законодателей за то, что они, вместо страхования от старости и инвалидности, вводят сберегательные кассы обеспечения, в которых влидным участвуют в  $\frac{1}{4}$  взносов рабочих. Мы не можем только видеть с автором смотреть на сберегательные кассы, как на вид страхования. В сберегательных кассах нет элемента риска: каждый копит деньги для себя, между тем как страхование основано на коллективном обеспечении известного риска.

2542. Центральное Бюро Московских профессиональных Союзов, как сообщают «Русские Ведомости», (17 декабря), предложило на обсуждение отдельных Союзов проект организации врачебной помощи для рабочих и их семейств. На всех заседаниях, бывших по этому поводу, рабочие высказались за желательность этого нововведения. Бюро образует особую Комиссию для соглашения с некоторыми аптеками, чтобы они давали скидку в 50% при покупке медикаментов для рабочих, и подсказки нужного числа врачей, которые бы брали не более 20 коп. за совет. Вместо денег, доктору будут уплачивать особыми талонами, выдаваемыми в Правлениях Союзов. Кроме того, Бюро предлагает Союзам вести агитацию и делать сборы для образования медицинского фонда, чтобы врачебная помощь оказывалась совершенно безвозмездно.

2543. 21-го декабря в Институте экспериментальной медицины открыто новое (3-ье) *практическое отделение*, построенное и пожертвованное Институту Н. К. Синягиним. Отделению этому предоставлено наименование «Клиника кожных болезней имени Н. К. Синягина и А. К. Чекалевой». Клиника устроена на 30 кроватей и снабжена кабинетами для водолечения и для лечения светом и электричеством. Заведующим новым практическим отделением Института (он же старший врач клиники) назначен д-р *А. Н. Соловьев*. В одной половине обширного 3-этажного здания отведено большое помещение для особой лаборатории по экспериментальной сифилидологии; заведующим этой лабораторией назначен проф. *Д. К. Зоболотин*. В воздание за щедрый дар Совет Института избрал Н. К. Синягина членом-сотрудником Института; кроме того, жертвователю пожаловано почетное звание куратора клиники. Общая стоимость пожертвования вместе с обеспечением 10 бесплатныхоек превышает 400000 р.

2544. Как передают «Харьковские Ведомости» (12 декабря), 14-го декабря должно состояться торжественное заседание Харьковского медицинского Общества для чествования почетных членов Общества д-ров *В. П. Бобина* и *А. Е. Раковского* по случаю 25-летия их врачебной деятельности.

2545. В истекающем году *Астраханское Общество врачей* имело 24 заседания, на которых было сделано 17 научных и других сообщений. В годовом заседании происходила, как передает «Астраханский Листок» (5 декабря), выборы нового Бюро, при чем избраны: председателем — *М. О. Куликов*, секретарями — *И. А. Демичский* и *Н. Н. Влодичинский*, библиотекарем — д-р *Гордаский* и казначеем — *пров. Лукин*.

2546. По словам «Руси» (17 декабря), общее Присутствие городской Управы обсуждало 16-го декабря вопрос о расширении городских больниц. Присутствие отклонило несколько проектов расширения существующих больниц путем постройки зданий, найма для этой цели частных домов, сооружения барачков и пр. и решило воспользоваться предложением Красного Креста, предоставляющего городу лазарет для убогих и больных воинов и палаты в Елизаветинской Общине с платой Красному Кресту ежегодно за содержание каждой койки (полное содержание больного, медицинский уход и лекарства) в лазарет по 250 р. и в Общину по 330 р. Присутствие нашло это предложение выгодным для города и поручило городской Управе заключить с Красным Крестом контракт на 2 года.

2547. Тифлисский городской санитарно-врачебный Совет, как сообщают агентские телеграммы (от 15-го декабря), в виду *сильного развита* в городе *скарлатины*, ходатайствует о закрытии всех средних и низших учебных заведений на 1 мес. В настоящее время городские больницы переполнены больными скарлатиной.

2548. В «Ваку» в первых числах декабря (до 10-го включительно) удивилось много места *Черногородской детской больницы*. Съезда нефтепромышленников в Ваку. Поместив сначала письмо г-жи Цейтлин с указанием на ряд неполадок в этой больнице, газета вслед затем заявила, что ее получено несколько писем от частных лиц, с категорическим опровержением письма г-жи Цейтлин. В письмах этих указывается как на недобросовестность критики автора письма, так и на тенденциозность сообщенных фактов, а также подчеркивается то гуманное отношение к детям и добросовестное отношение к делу, которые проявляет за все время своей службы заведующий больницей д-р *Гиндес* (см. выше, № 27, стр. 846). Советом Съезда и самими Съездом нефтепромышленников наложена была для расследования этого дела Комиссия, отчет которой и обсуждался в заседании 7-го декабря XXIII Съезда нефтепромышленников («Ваку» № 26, 9 декабря и «Приавление» к № 26, 10 декабря). Не отрицая некоторых недочетов (возможности переноса зарым, например одного отделения в другое), Комиссия однако признала, что «их приходится отнести главным образом к самому делу, а не к лицу, ве-



материю врачей», так заканчивается отчет Комиссии, «крупным недостатком в организации дѣтской больницы является тот фактъ, что она вся цѣликомъ обслуживается только однимъ врачомъ. При 55 койкахъ въ общемъ корпусѣ и 20 въ заразныхъ, какъ было при посѣщеніи, требуется по крайней мѣрѣ 3 врача: 1 для заразнаго отдѣленія и 2 для общаго корпуса. Это тѣмъ болѣе необходимо, что дѣтская больница приняла на себя большой трудъ приготовления нормальнаго молока не только для себя, но и вообще для всего населенія, а также имѣетъ амбулаторный приемъ. Нести столь большую и сложную работу не можетъ быть долго по силамъ одному врачу. Надо только удивляться, какъ еще д-ру Гиндесу удавалось одному справляться». — Послѣ нѣкоторыхъ преній Съездъ вынесъ слѣдующую резолюцію: «Съездъ выражаетъ полное довѣріе администраціи Черногородской дѣтской больницы, поручая въ то-же время Совѣту Съезда выработать мѣры къ устраненію тѣхъ дефектовъ въ устройствѣ дѣтской больницы, которые отмѣчены Комиссіей».

2549. Какъ сообщаетъ «Современное Обозрѣніе» (14 декабря). Харьковское губернское земское Собраніе въ засѣданіи 12-го декабря разсматривало докладъ объ устройствѣ санаторіи для больныхъ учителей и учительницъ народныхъ школъ, при чемъ приняло заключеніе ревизіонной Комиссіи, находившей несправедливымъ выдѣлять учителей и учительницъ изъ состава другихъ земскихъ служащихъ и предложившей войти въ соглашеніе съ другими Земствами для того, чтобы приспособить какую-нибудь санаторію для пользованія земскихъ служащихъ; въ случаѣ невозможности послѣдняго — устроить въ соответствующихъ климатическихъ условіяхъ отдѣльную санаторію для больныхъ земскихъ служащихъ.

2550. Къ характеристикѣ веденія больничнаго дѣла въ нашихъ богатыхъ городахъ. Въ «Одесскихъ Новостяхъ» (26 ноября) напечатано слѣдующее заявленіе Одесскаго врачебнаго инспектора Л. А. Левитскаго, представленное имъ городскому головному послѣ осмотра старой городской больницы и поднимающее уголокъ завѣсы надъ организаціей больничнаго призрѣнія въ этой роскошной столицѣ нашего Юга. «При посѣщеніи мною сегодня утромъ старой городской больницы мною найдены въ инфекціонномъ, изоляціонномъ баракѣ 4 безпокойныхъ больныхъ, изъ которыхъ 3 доставлены съ улицы съ явленіями бѣлой горячки (delirium tremens rotatorum). Вслѣдствіе крайняго переполненія старой больницы, отсутствія изоляціоннаго помѣщенія для подобныхъ больныхъ и отдаленности психіатрической больницы, безпокойные больные временно помѣщаются въ инфекціонномъ изоляціонномъ баракѣ, не будучи одержимы заразными болѣзнями, находясь въ баракѣ въ отсутствіи съ больными оспой, рожей, дифтеріей и т. п. тяжелыми инфекціонными болѣзнями. Такое неоправданное ничѣмъ нарушеніе не только элементарныхъ требованій медицинской науки, но и просто членовѣчности побуждаетъ меня обратиться непосредственно къ В. П. — ву, за отсутствіемъ городской Управы, съ покорнѣйшей просьбой объ устройствѣ при старой больницѣ, или въ близкомъ сосѣдствѣ съ нею, изоляціоннаго помѣщенія хотя-бы изъ 2—3-хъ комнатъ, для временнаго помѣщенія всякаго рода безпокойныхъ больныхъ. Въ то время, какъ въ культурныхъ странахъ, напр., въ Англіи, всѣ впавшіе въ безпамятство и подобранные на улицѣ люди входятся подъ особый покровительствомъ общества и о нихъ заботятся т. наз. «армія спасенія», у насъ заботы о безсознательныхъ больныхъ, даже попавшихъ въ больницу, выражаются — horrible dictum! — въ сознательномъ зараженіи ихъ оспой, рожей или дифтеріей».

2551. На неустойство церковно-приходскихъ школъ нерѣдко приходится находить указанія и въ общей, и во врачебной печати. Еще недавно (см. выше, № 49, стр. 1568) мы заимствовали изъ «Сибирскихъ Врачебныхъ Вѣдомостей» описаніе Красноярской женской школы. Въ «Приазовскомъ Краѣ» (4 декабря), находимъ, въ статьѣ за подписью «Родителя» слѣдующее описаніе Гниловской (Ростовскаго округа) Троицкой смѣшанной церковно-приходской школы: «Подходя къ школѣ, Вы замѣчаете обыкновенную казацкую «цегловую» хату, изрядно обдерганную, съ поваленнымъ заборомъ; на фронтонѣ этой хаты сіяетъ золотая вывѣска, производящая впечатлѣніе шелковой заплаты на рубищѣ бѣдняка. Войдя въ корридоръ, Вы замѣчаете массу наваленной на полу дѣтской одежды и съ ужасомъ узнаете, что въ этой конурѣ обучается 165 дѣтей. Войдя въ главную классную комнату, гдѣ помѣщается 1-ая (младшая) группа въ количествѣ 100 учениковъ, Вы невольно дѣлаете шагъ назадъ, такъ какъ невыносимый сирадъ отталкиваетъ Васъ. Дѣло въ томъ, что сирма стѣны этого великолѣпнаго зданія расправляютъ такую затхлость, что дышать буквально невозможно; пробовали попить утромъ, но отъ стѣнъ поднимался паръ, точно въ банѣ. Поэтому теперь комнаты школьныхъ дѣтей не топятъ, и онѣ нагрѣваются дѣтскимъ дыханіемъ; отъ тѣсноты при низкомъ потолкѣ въ неестественно нагрѣтомъ воздухѣ по стѣнамъ течетъ какая-то сѣрая масса. Это — осажденный воздухъ (sic. Ред.), смѣшанный съ глиной и мѣломъ, которымъ выблены стѣны. 3 микроскопическія окна тускло освѣщаютъ эту аудиторію, порта зрѣніе дѣтей. И при этомъ вездѣ грязь... грязь на полу, грязь по окнамъ, грязь на стѣнахъ и даже, безъ преувеличенія, грязь на школьныхъ партахъ. Дѣло въ томъ, что парты стоятъ настолько тѣсно, что между ними нѣтъ никакого прохода, почему вызываемый къ доскѣ ученикъ идетъ прямо по верхней доскѣ парты, опираясь на головы своихъ сотоварищей...» и т. д. Объясненіе описанному слѣдующее: «Черкасское окружное училищное Отдѣленіе, въ вѣдѣніи котораго находится эта школа, вѣроятно, считаетъ, что сдѣлано все для преуспѣванія этой школы:

оно приказало мѣстному духовенству открыть школу и дать жалованье старшему учителю; оно снабдило школу безчисленнымъ количествомъ разныхъ «циркуляровъ, разъясненій, предписаній»; оно даже великодушно дало жалованіе 2-му учителю — 50 р. въ годъ безъ квартиры. Отдѣленіе забыло только одну мелочь; дать на содержаніе этой школы необходимыхъ средствъ. Оно приказало «изыскать на мѣстѣ средства» и успокоилось, занеся Гниловскую школу въ списки въ 1-ый рангъ, а между тѣмъ Отдѣленіе должно было знать, что эта школа обслуживаетъ самую бѣдную часть населенія и ни поддержки, ни симпатіями казачьяго станичнаго Общества не пользуется. И вотъ учитель, чтобы чѣмъ-нибудь содержать школу, вынужденъ принимать какъ можно больше дѣтвровъ, чтобы платой съ нихъ за право ученія хоть кое-какъ содержать эту школу»...

2552. Отсутствіе врачебной помощи для населенія Ростовскаго округа (см. выше, № 48, стр. 1534) вызвало нареканія со стороны крестьянъ. Они жалуются, что, за неимѣніемъ врачей, принуждены обращаться къ содѣйствію знахарей и даже коноваловъ. Помощь фельдшеровъ въ серьезныхъ случаяхъ признается ненадежной. Врачебное Отдѣленіе рѣшило учредить въ округѣ 1 должность акушерки-фельдшерицы, но и то при условіи, если Общество того села, куда она будетъ назначена, изъяснить согласіе дать ей квартиру, отопленіе и освѣщеніе. «Приазовскій Край» (13 декабря), сообщая объ этомъ, задаетъ вопросъ, «куда дѣваются сотни тысячъ земскаго сбора, взятаго съ крестьянъ округа?»

2553. Дѣло о врачебномъ свидѣтельствѣ, выданномъ д-рами Красовскимъ, Аксаковымъ и Рязанцевой по поводу болѣзни г-жи Чарушиной (см. выше, № 44, стр. 1389), направлено было Вятскимъ губернаторомъ на окончательное заключеніе медицинскаго Совета. Согласно этому заключенію, въ дѣйствіяхъ поименованныхъ врачей не имѣется основанія къ возбужденію противъ нихъ преслѣдваній.

2554. Въ «Приазовскомъ Краѣ» (13 декабря) напечатано: «Неоднократныя публикаціи о приглашеніи врачей на 9 вакантныхъ мѣстъ въ земской службѣ на Дону не имѣли никакого успѣха. Недостаточное содержаніе (1200 р. въ годъ) и тяжелая служба» (это-ли только? Ред.) «не могли служить приманкой. Врачебнымъ Отдѣленіемъ предлагается земскому Комитету увеличить жалованье земскимъ врачамъ до 1500 р., при чемъ оно обращаетъ вниманіе Комитета, что, если и это его ходатайство не будетъ удовлетворено, то можно ожидать, что населеніе области въ недалекомъ будущемъ останется безъ медицинской помощи».

2555. «Новой Газетѣ» (16 декабря) пишутъ изъ Каменецъ-Подольска, что изъ мѣстной земской фельдшерско-акушерской школы уволены всѣ 30 ученицъ, и школа фактически закрыта. «Этому печальному факту предшествовали слѣдующія обстоятельство. Ученицы послѣ неоднократныхъ заявленій директору школы Гижницкому о крайнемъ равнодушіи къ своимъ обязанностямъ завѣдующей родильнымъ отдѣленіемъ г-жи Матеранской получили отъ него общаніе о замѣнѣ г-жи Матеранской другимъ лицомъ. Когда назначенный д-ромъ Гижницкимъ срокъ этой замѣны истекъ, ученицы рѣшили прекратить практическія занятія, обезпечивъ уходъ за больными. Согласно общему рѣшенію, не вышли на очередное дежурство 5 ученицъ. На другой день начальство объявило объ увольненіи, по рѣшенію Совѣта, 7 ученицъ, въ томъ числѣ и 5 невышедшихъ на дежурство. Это распоряженіе повело за собою общую забастовку всѣхъ ученицъ, заявившихъ, что онѣ прекращаютъ занятія до принятія въ школу уволенныхъ. Въ результатѣ, послѣ недѣльных переговоровъ и обсужденій, дирекція школы рѣшила исключить всѣхъ ученицъ».

2556. Какъ сообщаютъ агентскія телеграммы (отъ 13-го декабря), японское правительство предписало посланнику въ Петербургѣ начать переговоры о разрѣшеніи японскимъ врачамъ практиковать въ Приморской области при условіи допущенія русскихъ врачей къ практикѣ въ Японіи.

2557. «L'Echo médical du Nord» (9 декабря), со словъ «Lyon médical», сообщаетъ о состоявшемся въ одномъ изъ швейцарскихъ кантоновъ — Canton de Vaud — постановленіи главнаго Совѣта (въ формѣ закона 15-го мая 1906 г.) о воспрещеніи торговли абсентомъ въ кантонѣ. Поводомъ къ постановленію послужило убійство пьянымъ отцомъ жены и 2-хъ дѣтей (убійство — не единичное въ этомъ родѣ). Фабриканты абсента, при поддержкѣ торговцевъ, пытались создать оппозиціонное движеніе путемъ плебисцита при слѣдующей формулировкѣ вопроса: «Поддерживаете-ли Вы законъ 15-го мая 1906 г., запрещающій въ кантонѣ Vaud продажу абсента?» Сохраненіе закона вотировано 22407 голосами противъ 15596. Движеніе противъ абсента растетъ и общается захватить всю Швейцарію.

2558. Умеръ: 1) Въ Петербургѣ старшій врачъ Петровскаго полка Александръ Владимировичъ Лотинъ («Сегодня», 15 декабря), родившійся въ 1857 г., а званіе врача получившій въ 1884 г.

Опечатки. Въ № 47 въ статьѣ Е. Л. Якимова — «О продолжительности жизни трипаномомъ «случной болѣзни» на стр. 1476, столб. 2, строка 26 св. напечатано: 19500; слѣдуетъ: 9500; строка 29 св. напечатано: 2; слѣдуетъ: 3; строка 20 св. напечатано: 2; слѣдуетъ: 3.

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

Münchener medicinische Wochenschrift, № 26. 1. Grashey. Fremdkörper und Röntgenstrahlen. Описание методики отыскания инородных тел при помощи х-лучей. 2. Bingel. Ueber die Messung des diastolischen Blutdruckes beim Menschen. Описание нового сфигмоманометра. 3. Pincussohn. Die Wirkung des Kaffees und des Kakao auf die Magensaftsekretion. 4. Gaupp. Die klinischen Besonderheiten der Seelenstörungen unserer Grossstadtbevölkerung. Клинический очерк. 5. Bruns. Zur Kasuistik der Poliomyelitis anterior acuta adultorum. Описание 2-х случаев. 6. Krüger. Die Anwendung des Tuberkulin neu bei der Behandlung von Lungenschwindsucht. Автор ввёл хорошие результаты от применения нового туберкулина. 7. Hecht. Zur Opiumbehandlung der Larynxstenose im Kindesalter. Полемическая заметка. 8. Sachs-Mücke. Ein einfacher Apparat zur Wiederauffindung bestimmter Stellen in mikroskopischen Präparaten. 9. Lauffer. Ueber den Abriß der Streckaponeurose der Finger. Краткое описание случая. 10. Peruz. Medizinisches und Sozialhygienisches von der Jubiläumsausstellung in Nürnberg.

№ 27. 1. Anton. Symptome der Stirnhirnerkrankung. Клинический очерк. 2. Leo. Zur Kenntniss der Achylie des Magens. Клинический очерк. 3. Gerhardt. Zur Therapie der Oesophagusstenosen. Автор советует при сужениях пищевода применять впрыскивания морфия. 4. v. Herff. Zur Frage der Katgutsterilisation. 5. Gauss. Eine einfache Messung. Описание нового тахометра. 6. Tomaszewski. Ueber den Nachweis der Spirochaete pallida bei tertiärer Syphilis. В 5-ти из 10-ти случаев 3-тичного сифилиса найдена бледная спирохета. 7. Simmonds. Ueber den diagnostischen Wert des Spirochäten-nachweises bei Lues congenita. Нахождение бледной спирохеты в органах плодов и грудных детей достаточно для распознавания сифилиса. 8. Chotzen. Einseitige Temperatursteigerung in der gelähmten Körperhälfte bei cerebraler Herderkrankung. Описание случая. 9. Kohn. Ganglienzelle und Nervenfasern. Очерк. 10. Bendix und Schittenhelm. Das Chromosaccharometer, ein neuer Apparat zur quantitativen Zuckerbestimmung im Urin. 11. Theilhaber. Die Behandlung der «Stiele» bei gynäkologischen Operationen. Полемическая заметка. 12. Gaupp. Die klinischen Besonderheiten der Seelenstörungen unserer Grossstadtbevölkerung. (Окончание).

№ 28. 1. Neisser, Baermann und Halberstädter. Experimentelle Versuche über *Framboesia tropica* an Affen. 2. Dönitz. Wie vermeidet man Misserfolge bei der Lumbalanästhesie? Подробное изложение методики, практикуемой в клинике проф. Bier'a. 3. Deetz. Erfahrungen an 360 Lumbalanästhesien mit Stovain-Adrenalin. 4. Becker. Operationen mit Rückenmarksanästhesie. На основании 135 операций благоприятный отзыв. 5. Assmann. Ueber eine neue Methode der Blut- und Gewebefärbung mit dem eosinsauren Methyleneblau. 6. Gaetgens. Beitrag zur Agglutinationstechnik. 7. Magnus. Die Tätigkeit der Niere. (Не окончена). 8. Dreytus. Ueber Verknennung von geistigen Erkrankungen. Обь остающихся нераспознаваемыми душевных заболеваний. 9. Grünwald. Zur Entstehung und Verhütung chronischer Diphtherie. Описание случая хронической дифтерии. 10. Galewsky. Ueber Lippen-resp. Mundwasser-Ekzeme. О лишаях губ вследствие употребления полосканий. 11. Conradi. Ueber das Verhalten der im Blute der Typhuskranken nachweisbaren Typhusbacillen gegenüber der bakteriziden Wirkung des Blutes. Заметка. 12. Rosenthal. Zum 70 Geburtstag I. Rosenthals-Erlangen. Биографический очерк.

№ 29. 1. Müller und Jochmann. Ueber eine einfache Methode zum Nachweis proteolytischer Fermentwirkungen nebst einigen Ergebnissen, besonders bei der Leukaemie. Простой способ нахождения бёлка растворяющих бродиль. (Не окончена). 2. Jehle. Die Rolle der Grunderkrankungen bei der Entstehung der Genickstarrepidemien. 3. Rolly. Pyozyaneusepsis bei Erwachsenen. Описание случая. 4. Spielmeyer. Hemiplegie bei intakter Pyramidenbahn (intrakortikale Hemiplegie). Описание случая. 5. Rumpf. Zur Prognose der Lungentuberkulose. Статистический очерк. 6. Rethfuohs. Ueber Selbstmordversuche. Статистика самоубийств на основании материала Гамбургской портовой больницы. 7. Grube. Die Anwendung der Hyperämie nach Bier bei einigen Erkrankungen der Diabetiker. Автор с успехом применял способ Bier'a при чирьях и гангренах у диабетиков. 8. Raab. Die Elektrotherapie der Kreislaufserkrankungen. Клинический очерк. 9. Viereck. Die Romanowskyfärbung nach May. Способ May'a не оправдывает своего названия. 10. Schmidt. Ein Fall von Ganglion am Kniegelenksmeniskus. Описание случая. 11. Hofmann. Vereinfachtes Extensionsverfahren. 12. Riehl. Beitrag zur Bier'schen Stauung. Краткое описание случая дёжения по Bier'u задолго до описания его способа. 13. Magnus. Die Tätigkeit der Niere. Очерк современного положения вопроса. 14. Thorel. Wie schützen wir uns und unsere Diener bei Sektionen. Изложение мёр предосторожности при анатомических работах.

№ 30. 1. v. Herff. Ueber den Wert der Heisswasseralkohol-desinfektion für die Geburtshilfe wie für den Wundschutz von

Wundwunden. Одобренный отзыв. 2. Vulpius. Erfahrungen in der Behandlung der spinalen Kinderlähmung. Обь успехе ортопедического дёжения детских параличей. 3. Voit. A. Schmidts «Regulin-Behandlung» der chronischen, habituellen Verstopfung. Хорошие результаты дёжения. 4. Salus. Zur Kenntnis der Diphtherie. Экспериментальные исследования. 5. v. Pirquet. Allergie. Автор предлагает новое обозначение для известных видов невосприимчивости. 6. Anton. Ueber Formen und Ursachen des Infantilisimus. 7. Kephallinos. Ueber das Westphalische Phänomen bei kruppöser Pneumonie der Kinder. Автор считает отсутствие или ослабление коленного рефлекса одним из частых признаков пневмонии у детей. 8. Tischler. Ueber Mohnkapseln. Головки мака представляют весьма не постоянный и нередко ядовитый препарат. 9. Landow. Ein Fall von doppelseitiger Abduzenslähmung, verbunden mit aussergewöhnlich heftigen und lange anhaltenden Nackenschmerzen nach Rückenmarksanästhesie. Описание случая. 10. Broer. Ueber zwei Fälle von epidemischer Genickstarre. 11. Fellner jun. und Rudinger. Ueber Blutdruckmessungen. Заметка. 12. Raab. Die Elektrotherapie der Kreislaufserkrankungen. (Окончание). 13. Hertwig. Fritz Schaudinn. Некролог. 14. Dürk. Wie sollen Untersuchungsobjekte eingesandt werden. Предписания относительно пересылки материала для исследования. 15. Weinberg. Die Beziehungen zwischen Krebs und Tuberkulose. О взаимных отношениях бугорчатки и рака.

Annales des maladies des organes genito-urinaires, 1906 r., № 8. 1. Pousson et Chambrelent. De la décapsulation rénale et de la néphrectomie dans le traitement des formes graves de l'ecclampsie. Декапсуляция почек при эклампсии облегчает приступы послеродной, восстанавливает функции почек, уменьшает количество токсинов в крови. 2. Louveau. Opération de Freyer suivie d'autopsie. Последствия простатэктомии (1 рс.).

Archives générales de médecine, 1906 r., № 12. 1. H. Verdalle. Sur le traitement du diabète. Action de l'arsenic et des eaux chlorurées sodiques arsenicales sur le diabète. Дёжение диабета мышьяком и содержащими его минеральными водами.

№ 13. 1. I. Berthaut. Le fonctionnement du forceps Tarnier. Обь акушерских щипцах Tarnier. 2. L. Arsimoles. Deux cas de melancholie anxieuse. Sitophobie intermittente à périodicité régulière. Double personnalité coexistence. 3. M. Boinet. Deux cas d'anévrysmes de la crosse de l'aorte.

№ 14. 1. F. Moutier. De la réparation du sang dans l'anémie par injection intra-musculaire de sels ferrugineux. Впрыскивание внутрь мышц солей железа действует благотворно при малокровии. 2. Laga et Guillemand. Sur deux phtisiques de l'urine des lepreux. 2 птомана в моче больных проказой.

№ 15. 1. A. Lorand. Contribution à la pathogénie des calculs biliaires. Кь патогенезу желчных камней. 2. E. Devaux. Théorie osmotique du sommeil. Осмотическая теория пронождения сна. 3. Marcou. Les spirilles comme moyen de diagnostic de la sténose cancéreuse de l'oesophage. Присутствие спиралей в пищеводе может способствовать распознаванию рака при сужении пищевода.

№ 16. 1. M. Michel. Sur les rapports du rétrécissement mitral et de la grossesse. 1 случай. 2. G. Livet. Le traitement de la tuberculose par un sérum antituberculeux la Bacillosine. Дёжение (успешное) туберкулеза сывороткой.

№ 17. 1. Hert. Traitement de certaines formes d'angine de poitrine par les bains carbo-gazeux. 4 случая. 2. E. Devaux. Théorie osmotique de l'inflammation. Краткая заметка. 3. Оже. Théorie osmotique de la fièvre. Краткая заметка.

№ 18. 1. P. Rudaux. De la mort subite pendant la puerpéralité. 16 случаев.

№ 19. 1. P. Rudaux. De la mort subite pendant la puerpéralité. (Продолжение). (23 случая).

№ 20. 1. Monseaux. La lithiase rénale chez les tuberculeux suralimentés. 4 наблюдения.

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique, 1906 r., № 186. 1. F. Barjon. Les rayons de Röntgen dans le traitement du lipome. Leur mode d'action. Дёжение липом лучами Рентгена. 2. I. Belot. Note sur la question des grosses et des petites ampoules. При увеличении ампулл с радиоактивным веществом сила их действия растет гораздо быстрее. 3. D. Récamier. Action des rayons x sur le développement de l'os. (Продолжение).

№ 187. 1. DeoNobele et Goebel. Essais de radiothérapie dans les trypanosomiasis expérimentales. Радиотерапия вызывает экспериментальное заражение животного трипаномой. 2. H. Guilleminot. Dispositif permettant d'apprécier la résistance du corps sans instrumentation spéciale. Заметка по аэротерапии. 3. L. Benoist. Méthode et dispositif pour l'étude pratique des absorptions en radiothérapie. Заметка по методу радиотерапии.

ССП. Изъ Новороссійской городской вольницы.

## Къ вопросу о кровоточивости.

В. В. Лезинъ.

«Есть люди, одержимые привычнымъ и почти всегда врожденнымъ предрасположеніемъ къ кровоточеніямъ», говоритъ *König* въ своемъ руководствѣ къ общей хирургіи, касаясь вопроса о кровоточеніяхъ у кровоточивыхъ. Давно уже установленъ тотъ фактъ, что обильныя, угрожающія жизни кровоточенія, каковыя у здоровыхъ людей могутъ появляться лишь при обширныхъ раненіяхъ тканей и при перерѣзкѣ крупныхъ кровеносныхъ сосудовъ, у кровоточивыхъ наблюдаются при сравнительно легкихъ, иногда даже ничтожныхъ поврежденіяхъ, напр., послѣ извлеченія зуба, приставленія пиявки и укола булавкой. Кровоточенія эти характеризуются еще и тѣмъ, что они могутъ произвольно, безъ всякой видимой причины повторяться и доводить больного до полного истощенія. Такимъ образомъ кровоточивые погибаютъ или тотчасъ-же послѣ поврежденія отъ неудержимаго кровоточенія, или спустя нѣкоторый, иногда довольно значительный, промежутокъ времени отъ полного истощенія послѣдствіемъ повторныхъ кровоточеній. У расположенныхъ къ кровоточивости наблюдаются и внутреннія кровоточенія, отличающіяся тѣми-же свойствами, что и наружныя, и сопровождающіяся тою-же опасностью для жизни.

Въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ кровоточивость наследственна. *Schönlein* <sup>2)</sup> (стр. 877) допускаетъ врожденную гемофилю, когда отъ здоровыхъ родителей происходятъ кровоточивыя дѣти. *König* и нѣкоторые другіе авторы также признаютъ, что встрѣчаются такіе кровоточивые люди, у которыхъ это болѣзненное предрасположеніе развивается самостоятельно, а не по наследству отъ предковъ.

Смертность кровоточивыхъ отъ потерь крови, повидимому, очень велика; но статистическихъ данныхъ о ней я не нашелъ въ доступной мнѣ литературѣ. Несомнѣнно лишь одно, что не всѣ кровоточивые умираютъ отъ кровоточеній. Наблюденія показываютъ, что бывали случаи, когда такіе больные не только поправлялись послѣ кровоточеній, но и доживали до глубокой старости. *Simon* <sup>3)</sup> сообщалъ о 2-хъ больныхъ кровоточивостью, изъ которыхъ одинъ дожилъ до 71, а другой до 94 л.

Хотя кровоточивость въ громадномъ большинствѣ случаевъ проявляется уже въ раннемъ дѣтствѣ, сопровождаемая огромной смертностью, тѣмъ не менѣе наблюдались случаи, гдѣ первые признаки болѣзни появлялись уже у вполне зрѣлыхъ людей. Такъ, *Steiner* описываетъ 2-хъ кровоточивыхъ, отца и сына, у которыхъ первые признаки болѣзни появились лишь на 22-мъ году жизни.

Научныя свѣдѣнія о сущности болѣзни до сихъ поръ крайне недостаточны, чѣмъ, несомнѣнно, объясняется и отсутствіе болѣе или менѣе рациональныхъ средствъ борьбы съ ней. Не подлежитъ сомнѣнію, что здѣсь мы встрѣчаемся съ аномаліей кровотоворенія, представляющей чрезвычайныя трудности для изученія. Анатомическихъ измѣненій, характерныхъ только для кровоточивости, не могъ отыскать даже *Virchow* <sup>4)</sup>. При вскрытіяхъ кровоточивыхъ во многихъ случаяхъ находили, что большіе кровеносные сосуды, какъ, напр., аорта и легочная артерія съ ихъ начальными развѣтвленіями, оказывались въ высшей степени суженными. Наблюдалось истонченіе, а иногда и просвѣчиваніе внутренней оболочки артерій. Нерѣдко находили жировое перерожденіе внутренней оболочки крупныхъ и мелкихъ артерій. *Birch Hirschfeld* <sup>5)</sup> нашелъ въ капилларахъ и переходныхъ сосудахъ у кровоточиваго увеличеніе объема эндотеліальныхъ клѣтокъ, ядра которыхъ были утолщены и въ протоплазмѣ которыхъ находились зернистыя массы. *Kidd* <sup>6)</sup> описываетъ размноженіе эндотеліальныхъ клѣтокъ въ мелкихъ сосудахъ подкожной клѣтчатки, а въ болѣе мелкихъ артеріяхъ — водяночное припуханіе мышечной оболочки и размноженіе мышечныхъ ядеръ.

Многіе авторы выставляютъ на видъ, что способность ея къ свертыванію сохраняется. «Микроскопически и химически кровь кровоточивыхъ мало измѣнена», говоритъ *Eichhorst* <sup>2)</sup> (стр. 879). Между тѣмъ *Landois* <sup>1)</sup> категорически утверждаетъ, что «при болѣзни, называемой кровоточивостью (haemophilia), кровь *вовсе не свертывается*, повидимому, вслѣдствіе недостатка генераторовъ фибрина». Этимъ *Landois* и объясняетъ тотъ фактъ, что у кровоточивыхъ раны сосудовъ не закупориваются фибриновыми пробками, какъ это бываетъ у здоровыхъ людей. Отсутствіе способности къ свертыванію, несомнѣнно, указываетъ на рѣзкія химическія и физиологическія отличія крови у кровоточивыхъ. *Lossen* <sup>8)</sup> и многіе другіе обращаютъ вниманіе на то, что тромбы у кровоточивыхъ отвердѣваютъ весьма несовершенно, чѣмъ и поддерживаются кровоточенія. Если повторныя кровоточенія у такихъ лицъ дѣются подолгу, то кровь ихъ претерпѣваетъ тѣже измѣненія, что наблюдаются и у здоровыхъ людей при продолжительныхъ кровопотеряхъ: она становится, если можно такъ выразиться, болѣе сывоточной и принимаетъ блѣдно-розовую окраску. *Herard* <sup>2)</sup> (стр. 879) указалъ, что при кровоточивости количество органическихъ составныхъ частей въ кровяныхъ сверткахъ уменьшено, количество солей увеличено. Нѣкоторые авторы находили увеличеніе числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, *Assman* <sup>2)</sup> — же наблюдалъ уменьшеніе числа бѣлыхъ. Наконецъ, большинство наблюдателей отмѣчаетъ чрезвычайно энергичную склонность крови кровоточивыхъ къ возрожденію, благодаря чему даже послѣ угрожающихъ кровоточеній такіе больные необыкновенно быстро оправляются.

Какими причинами обуславливаются кровоточенія у кровоточивыхъ, достаточно не выяснено. Одни, какъ *Landois*, ставятъ эти кровоточенія въ зависимость отъ измѣненій качествъ крови у такихъ лицъ, лишенной способности къ свертыванію; другіе объясняютъ ихъ ненормальною проницаемостью и ломкостью капилларовъ и мелкихъ переходныхъ сосудовъ, ибо произвольныхъ кровоточеній изъ артерій болѣе или менѣе крупнаго калибра, повидимому, ни разу не наблюдалось. *Immerman* <sup>9)</sup> пытается объяснить эти кровоточенія накопленіемъ въ организмѣ чрезмѣрно большого количества крови, которая и стремится по временамъ найти себѣ выходъ путемъ произвольныхъ кровоточеній. Наконецъ, *Fischer* объясняетъ сущность кровоточивости увеличеніемъ въ крови красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Мнѣ кажется, что кровоточивость есть болѣзнь крови, сопровождающаяся полною потерей или весьма значительнымъ ослабленіемъ способности ея къ свертыванію; измѣненія-же въ сосудахъ, выражающіяся ломкостью и ненормальною проницаемостью ихъ стѣнокъ, являются вторичными и развиваются въ результатъ разстройствъ питанія подъ вліяніемъ измѣненій крови. Если-бы дѣло заключалось въ первичномъ заболѣваніи сосудистыхъ стѣнокъ, то, несомнѣнно, болѣзненные измѣненія проявились-бы прежде всего въ крупныхъ сосудахъ, а произвольныя кровоточенія не находились-бы въ обязательной зависимости отъ травмы. Между тѣмъ кровоточенія у кровоточивыхъ всегда наступаютъ лишь послѣ травмы, хотя-бы самой ничтожной. До травмы такіе лица представляются совершенно нормальными людьми, и даже, какъ показываютъ наблюденія, многія изъ нихъ пользуются цѣлѣушимъ здоровьемъ, силою и неутомимостью. Болѣзненные измѣненія начинаютъ проявляться лишь съ того момента, какъ у предрасположеннаго къ кровоточивости лица кровь подъ вліяніемъ травмы вышла за стѣнки сосудовъ. Нарушеніе цѣлости сосудистыхъ стѣнокъ и соприсосновеніе крови съ воздухомъ и вообще съ окружающей средой служатъ какъ-бы толчкомъ къ проявленію измѣненій въ крови у кровоточиваго. До этого момента нѣтъ никакой возможности распознать кровоточивость и можно лишь заподозрѣть ее при наличности данныхъ наследственности. Наблюдались случаи съ смертельнымъ исходомъ послѣ операций, произведенныхъ у лицъ, расположенныхъ къ кровоточивости. Такъ, *König* <sup>1)</sup> (стр. 35) приводитъ случай изъ клиники *Volkmann*'а, гдѣ смерть послѣдовала отъ неудержимаго кровоточенія послѣ клинической остеотоміи, произведенной у лица съ этой ста-

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

Münchener medicinische Wochenschrift, № 26. 1. Grashey. Fremdkörper und Röntgenstrahlen. Описание методики отыскания инородных тел при помощи x-лучей. 2. Bingel. Ueber die Messung des diastolischen Blutdruckes beim Menschen. Описание нового сфигмоманометра. 3. Pincussohn. Die Wirkung des Kaffees und des Kakaos auf die Mucosa-sekretion. 4. Gaupp. Die klinischen Besonderheiten der Seelenstörungen unserer Grossstadtbevölkerung. Клинический очерк. 5. Bruns. Zur Kasuistik der Poliomyelitis anterior acuta adultorum. Описание 2-х случаев. 6. Krüger. Die Anwendung des Tuberkulinum bei der Behandlung von Lungenschwindsucht. Автор ввёл хорошие результаты от применения нового туберкулина. 7. Hecht. Zur Opiumbehandlung der Larynxstenose im Kindesalter. Полемическая заметка. 8. Sachs-Mücke. Ein einfacher Apparat zur Wiederauffindung bestimmter Stellen in mikroskopischen Präparaten. 9. Lauffer. Ueber den Abriß der Streckaponeurose der Finger. Краткое описание случая. 10. Petrus. Medizinisches und Sozialhygienisches von der Jubiläumsausstellung in Nürnberg.

№ 27. 1. Anton. Symptome der Stirnhirnerkrankung. Клинический очерк. 2. Leo. Zur Kenntniss der Achylie des Magens. Клинический очерк. 3. Gerhardt. Zur Therapie der Oesophagusstenosen. Автор советует при сужениях пищевода применять впрыскивания морфия. 4. v. Herff. Zur Frage der Katgutsterilisation. 5. Gauss. Eine einfache Messung. Описание нового тахометра. 6. Tomaszewski. Ueber den Nachweis der Spirochaete pallida bei tertiärer Syphilis. В 5-ти из 10-ти случаев 3-тичного сифилиса найдена бледная спирохета. 7. Simmonds. Ueber den diagnostischen Wert des Spirochäten-nachweises bei Lues congenita. Нахождение бледной спирохеты в органах плодов и грудных детей достаточно для распознавания сифилиса. 8. Chotzen. Einseitige Temperatursteigerung in der gelähmten Körperhälfte bei cerebraler Herderkrankung. Описание случая. 9. Kohn. Ganglienzelle und Nervenfasern. Очерк. 10. Bendix und Schittenhelm. Das Chromosaccharometer, ein neuer Apparat zur quantitativen Zuckerbestimmung im Urin. 11. Theilhaber. Die Behandlung der «Stiele» bei gynäkologischen Operationen. Полемическая заметка. 12. Gaupp. Die klinischen Besonderheiten der Seelenstörungen unserer Grossstadtbevölkerung. (Окончание).

№ 28. 1. Neisser, Baermann und Halberstädter. Experimentelle Versuche über Framboesia tropica an Affen. 2. Dönitz. Wie vermeidet man Misserfolge bei der Lumbalpunktion? Подробное изложение методики, практикуемой в клинике проф. Bier'a. 3. Deets. Erfahrungen an 360 Lumbalpunktionen mit Stovain-Adrenalin. 4. Becker. Operationen mit Rückenmarksanästhesie. На основании 135 операций благоприятный отзыв. 5. Assmann. Ueber eine neue Methode der Blut- und Gewebefärbung mit dem eosin-sauren Methylenblau. 6. Gaetgens. Beitrag zur Agglutinationstechnik. 7. Magnus. Die Tätigkeit der Niere. (Не окончена). 8. Dreyfus. Ueber Verknennung von geistigen Erkrankungen. Обь остающихся нераспознаваемыми душевных заболеваний. 9. Grünwald. Zur Entstehung und Verhütung chronischer Diphtherie. Описание случая хронической дифтерии. 10. Galewsky. Ueber Lippen-resp. Mundwasser-Ekzeme. О лечении губ влствие употребления полосканий. 11. Conradi. Ueber das Verhalten der im Blute der Typhuskranken nachweisbaren Typhusbacillen gegenüber der bakteriziden Wirkung des Blutes. Заметка. 12. Rosenthal. Zum 70 Geburtstag I. Rosenthals-Erlangen. Биографический очерк.

№ 29. 1. Müller und Jochmann. Ueber eine einfache Methode zum Nachweis proteolytischer Fermentwirkungen nebst einigen Ergebnissen, besonders bei der Leukaemie. Простой способ нахождения бля растворяющих бродиль. (Не окончена). 2. Jehle. Die Rolle der Grubeninfektionen bei der Entstehung der Genickstarrepidemien. 3. Rolly. Pyozyanusepsis bei Erwachsenen. Описание случая. 4. Spielmeier. Hemiplegie bei intakter Pyramidenbahn (intrakortikale Hemiplegie). Описание случая. 5. Rumpf. Zur Prognose der Lungentuberkulose. Статистический очерк. 6. Rethfuchs. Ueber Selbstmordversuche. Статистика самоубийств на основании материала Гамбургской портовой больницы. 7. Grube. Die Anwendung der Hyperämie nach Bier bei einigen Erkrankungen der Diabetiker. Автор с успехом применял способ Bier'a при чирьях и гангренах у диабетиков. 8. Raab. Die Elektrotherapie der Kreislaufkrankungen. Клинический очерк. 9. Viereck. Die Romanowskyfärbung nach May. Способ May'a не оправдывает своего названия. 10. Schmidt. Ein Fall von Ganglion am Kniegelenksmeniskus. Описание случая. 11. Hofmann. Vereinfachtes Extensionsverfahren. 12. Riehl. Beitrag zur Bier'schen Stauung. Краткое описание случая лечения по Bier'u задолго до описания его способа. 13. Magnus. Die Tätigkeit der Niere. Очерк современного положения вопроса. 14. Thorel. Wie schützen wir uns und unsere Diener bei Sektionen. Изложение мър предосторожности при анатомических работах.

№ 30. 1. v. Herff. Ueber den Wert der Heisswasseralkohol-desinfektion für die Geburtshilfe wie für den Wundschutz von

Bauchwunden. Одобренный отзыв. 2. Vulpinus. Erfahrungen in der Behandlung der spinalen Kinderlähmung. Обь успешных ортопедических лечения детских параличей. 3. Voit. A. Schmidts «Regulin-Behandlung» der chronischen, habituellen Verstopfung. Хорошие результаты лечения. 4. Salus. Zur Kenntnis der Diphtherie. Экспериментальные исследования. 5. v. Pirquet. Allergie. Автор предлагает новое обозначение для известных видов невосприимчивости. 6. Anton. Ueber Formen und Ursachen des Infantismus. 7. Kephallinos. Ueber das Westphalische Phänomen bei kruppböser Pneumonie der Kinder. Автор считает отсутствие или ослабление коленного рефлекса одним из частых признаков пневмонии у детей. 8. Tischler. Ueber Mohnkapseln. Головки мака представляют весьма не постоянный и нередко ядовитый препарат. 9. Landow. Ein Fall von doppelseitiger Abduzenslähmung, verbunden mit aussergewöhnlich heftigen und lange anhaltenden Nackenschmerzen nach Rückenmarksanästhesie. Описание случая. 10. Broer. Ueber zwei Fälle von epidemischer Genickstarre. 11. Fellner jun. und Binger. Ueber Blutdruckmessungen. Заметка. 12. Raab. Die Elektrotherapie der Kreislaufkrankungen. (Окончание). 13. Hertwig. Fritz Schaudinn. Некролог. 14. Dürk. Wie sollen Untersuchungsobjekte eingesandt werden. Предписания относительно пересылки материала для исследования. 15. Weinberg. Die Beziehungen zwischen Krebs und Tuberkulose. О взаимных отношениях бугорчатки и рака.

Annales des maladies des organes genito-urinaires, 1906 г.,

№ 8. 1. Pousson et Chambrelent. De la décapsulation rénale et de la néphrectomie dans le traitement des formes graves de l'éclampsie. Декапсуляция почек при эклампсии облегчает приступы последней, восстанавливает функцию почек, уменьшает количество токсинов в крови. 2. Loumeau. Operation de Freyer suivie d'autopsie. Последствия простатектомии (1 рс.).

Archives générales de médecine, 1906 г., № 12. 1. H. Verdalle. Sur le traitement du diabète. Action de l'arsenic et des eaux chlorurées sodiques arsenicales sur le diabète. Лечение диабета мышьяком и содержащими его минеральными водами.

№ 13. 1. I. Berthaut. Le fonctionnement du forceps Tarnier. Обь акушерских щипцах Tarnier. 2. L. Arsimoles. Deux cas de melancholie anxieuse. Sitophobie intermittente à périodicité régulière. Double personnalité coexistence. 3. M. Boinet. Deux cas d'anévrysmes de la crosse de l'aorte.

№ 14. 1. F. Moutier. De la réparation du sang dans l'anémie par injection intra-musculaire de sels ferrugineux. Впрыскивание внутрь мышц солей железа действует благотворно при малокровии. 2. Lara et Guillemard. Sur deux plomains de l'urine des lepreux. 2 птомана в моче больных проказей.

№ 15. 1. A. Lorand. Contribution à la pathogénie des calculs biliaires. Къ патогенезу желчных камней. 2. E. Devaux. Théorie osmotique du sommeil. Осмотическая теория пропускания сна. 3. Margou. Les spirilles comme moyen de diagnostic de la sténose cancéreuse de l'oesophage. Присутствие спиралей в пищеводе может способствовать распознаванию рака при сужении пищевода.

№ 16. 1. M. Michel. Sur les rapports du rétrécissement mitral et de la grossesse. 1 случай. 2. G. Livet. Le traitement de la tuberculose par un sérum antituberculeux la Bacilloïne. Лечение (успешное) туберкулеза сывороткой.

№ 17. I. Hert. Traitement de certaines formes d'angine de poitrine par les bains carbo-gazeux. 4 случая. 2. E. Devaux. Théorie osmotique de l'inflammation. Краткая заметка. 3. Оже. Théorie osmotique de la fièvre. Краткая заметка.

№ 18. 1. P. Rudaux. De la mort subite pendant la puérilité. 16 случаев.

№ 19. 1. P. Rudaux. De la mort subite pendant la puérilité. (Продолжение). (23 случая).

№ 20. 1. Monseaux. La lithiase rénale chez les tuberculeux suralimentés. 4 наблюдения.

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique, 1906 г., № 186. 1. F. Barjon. Les rayons de Röntgen dans le traitement du lipome. Leur mode d'action. Лечение липом лучами Рентгена. 2. I. Belot. Note sur la question des grosses et des petites ampoules. При увеличении ампулы с радиоактивным веществом сила их действия растет гораздо быстрее. 3. D. Récamier. Action des rayons x sur le développement de l'os. (Продолжение).

№ 187. 1. DeoNobele et Goebel. Essais de radiothérapie dans les trypanosomiasis expérimentales. Радиотерапия вызывает экспериментальное заражение животного трипаномом. 2. H. Guillemot. Dispositif permettant d'apprécier la résistance du corps sans instrumentation spéciale. Заметка по электротерапии. 3. L. Benoist. Méthode et dispositif pour l'usage pratique des absorptions en radiothérapie. Заметка по методу радиотерапии.

Редакторы { Д-р С. В. Владиславлев.  
Проф. В. В. Подвысоцкий



ССШ, Изъ Новороссійской городской вольницы.

## Къ вопросу о кровоточивости.

В. В. Лезина.

«Есть люди, одержимые привычнымъ и почти всегда врожденнымъ предрасположеніемъ къ кровоточеніямъ», говоритъ *König* въ своемъ руководствѣ къ общей хирургіи, касаясь вопроса о кровоточеніяхъ у кровоточивыхъ. Давно уже установленъ тотъ фактъ, что обильныя, угрожающія жизни кровоточенія, каковыя у здоровыхъ людей могутъ появляться лишь при обширныхъ раненіяхъ тканей и при перерывахъ крупныхъ кровеносныхъ сосудовъ, у кровоточивыхъ наблюдаются при сравнительно легкихъ, иногда даже ничтожныхъ поврежденіяхъ, напр., послѣ извлеченія зуба, приставленія пиявки и укола булавкой. Кровоточенія эти характеризуются еще и тѣмъ, что они могутъ произойти, безъ всякой видимой причины повторяться и доводить больного до полного истощенія. Такимъ образомъ кровоточивые погибаютъ или тотчасъ-же послѣ поврежденія отъ неудержимаго кровоточенія, или спустя нѣкоторый, иногда довольно значительный, промежутокъ времени отъ полного истощенія послѣдствіе повторныхъ кровоточеній. У расположенныхъ къ кровоточивости наблюдаются и внутреннія кровоточенія, отличающіяся тѣми-же свойствами, что и наружныя, и сопровождающіяся тою-же опасностью для жизни.

Въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ кровоточивость наследственна. *Schönlein* <sup>2)</sup> (стр. 877) допускаетъ врожденную гемофилію, когда отъ здоровыхъ родителей происходятъ кровоточивыя дѣти. *König* и нѣкоторые другіе авторы также признаютъ, что встрѣчаются такіе кровоточивые люди, у которыхъ это болѣзненное предрасположеніе развивается самостоятельно, а не по наслѣдству отъ предковъ.

Смертность кровоточивыхъ отъ потерь крови, повидимому, очень велика; но статистическихъ данныхъ о ней я не нашелъ въ доступной мнѣ литературѣ. Несомнѣнно лишь одно, что не всѣ кровоточивые умираютъ отъ кровоточеній. Наблюденія показываютъ, что бывали случаи, когда такіе больные не только поправлялись послѣ кровоточеній, но и доживали до глубокой старости. *Simon* <sup>3)</sup> сообщалъ о 2-хъ больныхъ кровоточивостью, изъ которыхъ одинъ дожилъ до 71, а другой до 94 л.

Хотя кровоточивость въ громадномъ большинствѣ случаевъ проявляется уже въ раннемъ дѣтствѣ, сопровождаемая огромной смертностью, тѣмъ не менѣе наблюдались случаи, гдѣ первые признаки болѣзни появлялись уже у вполне зрѣлыхъ людей. Такъ, *Steiner* описываетъ 2-хъ кровоточивыхъ, отца и сына, у которыхъ первые признаки болѣзни появились лишь на 22-мъ году жизни.

Научныя свѣдѣнія о сущности болѣзни до сихъ поръ крайне недостаточны, тѣмъ, несомнѣнно, объясняется и отсутствіе болѣе или менѣе рациональныхъ средствъ борьбы съ ней. Не подлежитъ сомнѣнію, что здѣсь мы встрѣчаемся съ аномаліей кровотоворенія, представляющей чрезвычайныя трудности для изученія. Анатомическихъ измѣненій, характерныхъ только для кровоточивости, не могъ описать даже *Virchow* <sup>4)</sup>. При вскрытіяхъ кровоточивыхъ во многихъ случаяхъ находили, что большіе кровеносные сосуды, какъ, напр., аорта и легочная артерія съ ихъ начальными развѣтвленіями, оказывались въ высшей степени суженными. Наблюдалось истонченіе, а иногда и просвѣчиваніе внутренней оболочки артерій. Нерѣдко находили жировое перерожденіе внутренней оболочки крупныхъ и мелкихъ артерій. *Birch Hirschfeld* <sup>5)</sup> нашелъ въ капилларахъ и переходныхъ сосудахъ у кровоточиваго увеличеніе объема эндотелиальныхъ клѣтокъ, ядра которыхъ были утолщены и въ протоплазмѣ которыхъ находились зернистыя массы. *Kidd* <sup>6)</sup> описываетъ размноженіе эндотелиальныхъ клѣтокъ въ мелкихъ сосудахъ подкожной клѣтчатки, а въ болѣе мелкихъ артеріяхъ — водяночное припуханіе мышечной оболочки и размноженіе мышечныхъ адеръ.

Многіе авторы выставляютъ на видъ, что способность ея къ свертыванію сохраняется. «Микроскопическія и химическія кровь кровоточивыхъ мало измѣнена», говоритъ *Eichhorst* <sup>2)</sup> (стр. 879). Между тѣмъ *Landois* <sup>7)</sup> категорически утверждаетъ, что «при болѣзни, называемой кровоточивостью (haemophilia), кровь *вовсе не свертывается*, повидимому, послѣдствіе недостатка генераторовъ фибрина». Этимъ *Landois* и объясняетъ тотъ фактъ, что у кровоточивыхъ раны сосудовъ не закупориваются фибринозными пробками, какъ это бываетъ у здоровыхъ людей. Отсутствіе способности къ свертыванію, несомнѣнно, указываетъ на рѣзкія химическія и физиологическія отличія крови у кровоточивыхъ. *Lossen* <sup>8)</sup> и многіе другіе обращаютъ вниманіе на то, что тромбы у кровоточивыхъ отвердѣваютъ весьма несовершенно, тѣмъ и поддерживаются кровоточенія. Если повторныя кровоточенія у такихъ лицъ дѣются подолгу, то кровь ихъ претерпѣваетъ тѣже измѣненія, что наблюдаются и у здоровыхъ людей при продолжительныхъ кровопотеряхъ: она становится, если можно такъ выразиться, болѣе сывоточной и принимаетъ блѣдно-розовую окраску. *Herard* <sup>2)</sup> (стр. 879) указалъ, что при кровоточивости количество органическихъ составныхъ частей въ кровяныхъ сверткахъ уменьшено, количество солей увеличено. Нѣкоторые авторы находили увеличеніе числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, *Assman* <sup>9)</sup> — же наблюдалъ уменьшеніе числа бѣлыхъ. Наконецъ, большинство наблюдателей отмѣчаетъ чрезвычайно энергичную склонность крови кровоточивыхъ къ возрожденію, благодаря чему даже послѣ угрожающихъ кровоточеній такіе больные необыкновенно быстро оправляются.

Какими причинами обуславливаются кровоточенія у кровоточивыхъ, достаточно не выяснено. Одни, какъ *Landois*, ставятъ эти кровоточенія въ зависимость отъ измѣненій качествъ крови у такихъ лицъ, лишенной способности къ свертыванію; другіе объясняютъ ихъ ненормальною проницаемостью и ломкостью капилляровъ и мелкихъ переходныхъ сосудовъ, ибо произвольныхъ кровоточеній изъ артерій болѣе или менѣе крупнаго калибра, повидимому, ни разу не наблюдалось. *Immerman* <sup>9)</sup> пытается объяснить эти кровоточенія накопленіемъ въ организмѣ чрезмѣрно большого количества крови, которая и стремится по временамъ найти себѣ выходъ путемъ произвольныхъ кровоточеній. Наконецъ, *Fischer* объясняетъ сущность кровоточивости увеличеніемъ въ крови красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Мнѣ кажется, что кровоточивость есть болѣзнь крови, сопровождающаяся полною потерей или весьма значительнымъ ослабленіемъ способности ея къ свертыванію; измѣненія-же въ сосудахъ, выражающіяся ломкостью и ненормальною проницаемостью ихъ стѣнокъ, являются вторичными и развиваются въ результатъ разстройствъ питанія подъ вліяніемъ измѣненій крови. Если-бы дѣло заключалось въ первичномъ заболѣваніи сосудистыхъ стѣнокъ, то, несомнѣнно, болѣзненные измѣненія проявились-бы прежде всего въ крупныхъ сосудахъ, а произвольныя кровоточенія не находились-бы въ обязательной зависимости отъ травмы. Между тѣмъ кровоточенія у кровоточивыхъ всегда наступаютъ лишь послѣ травмы, хотя-бы самой ничтожной. До травмы такіе лица представляются совершенно нормальными людьми, и даже, какъ показываютъ наблюденія, многія изъ нихъ пользуются дѣтущимъ здоровьемъ, силою и неутомимостью. Болѣзненные измѣненія начинаютъ проявляться лишь съ того момента, какъ у предрасположеннаго къ кровоточивости лица кровь подъ вліяніемъ травмы вышла за стѣнки сосудовъ. Нарушеніе цѣлости сосудистыхъ стѣнокъ и соприсосновеніе крови съ воздухомъ и вообще съ окружающей средой служатъ какъ-бы толчкомъ къ проявленію измѣненій въ крови у кровоточиваго. До этого момента нѣтъ никакой возможности распознать кровоточивость и можно лишь заподозрѣть ее при наличности данныхъ наслѣдственности. Наблюдались случаи съ смертельнымъ исходомъ послѣ операцій, произведенныхъ у лицъ, расположенныхъ къ кровоточивости. Такъ, *König* <sup>1)</sup> (стр. 35) приводитъ случай изъ клиники *Volkman*'а, гдѣ смерть послѣдовала отъ неудержимаго кровоточенія послѣ краниальной остеотоміи, произведенной у лица, отъ этой же

роны представлявшася совершенно здоровымъ. Въ громаднѣмъ большинствѣ случаевъ болѣзнь распознавалась лишь послѣ появленія кровотеченія. Первое, что бросается здѣсь въ глаза, это—огромная, угрожающая жизни потеря крови, совершенно несоотвѣтствующая величинѣ поврежденія, при отсутствіи къ тому-же пораненія болѣе или менѣе крупныхъ кровеносныхъ сосудовъ, затѣмъ—повтореніе кровотеченій безъ всякой видимой причины. Количества крови, которая можетъ терять при этомъ кровотоочивые, прямо невѣроятны. Такъ, одинъ больной *Krimer'a* <sup>1)</sup> (стр. 34) потерялъ послѣ извлеченія зуба  $4\frac{1}{2}$  ф. крови въ 1-ый же день; больной *Coates'a* <sup>1)</sup> (стр. 34) въ теченіи 11 дней потерялъ 24 ф. крови. Такая выносливость къ потерямъ крови объясняется, безъ сомнѣнія, необыкновенно энергичною способностью крови кровотоочивыхъ къ возрожденію.

Если кровотоочивые не умираютъ послѣ 1-го-же кровотеченія, то въ процессѣ заживленія ранъ у нихъ наблюдаются рѣзкія уклоненія, зависящія, по моему мнѣнію, отъ вліянія измѣненной крови на питаніе какъ капиллярныхъ сосудовъ въ области раненія, такъ и грануляціонной ткани. Эти измѣненія настолько характерны, что уже по наружному виду раны и ходу ея заживленія можно распознать кровотоочивость. Въ этомъ смыслѣ я считаю нелишнимъ интереса привести здѣсь 2 своихъ наблюденія надъ такими больными, которыхъ мнѣ пришлось встрѣтить за все время моей практической дѣятельности и которые, по моему глубокому убѣжденію, страдали кровотоочивостью.

1. С. 25 л., городского, 12/ix 1906 г. около 8 час. веч. былъ раненъ кинжаломъ. Первую помощь получилъ въ городской амбулаторіи на Стандартѣ, откуда въ 10-мъ часу веч. былъ доставленъ въ Новороссійскую городскую больницу уже съ перевязанными ранами. При осмотрѣ въ больницѣ я нашелъ у него слѣдующее.

Ростъ выше средняго; правильное и крѣпкое сложеніе съ сильно развитыми мышцами и хорошимъ общимъ питаніемъ. Сильная блѣдность и рѣзкое общее ослабленіе какъ отъ потери крови, такъ и отъ нервнаго потрясенія; безъ сторонней помощи не можетъ держаться на ногахъ. Сидящая ватная повязка, окутывающая всю правую руку отъ пальцевъ до верхней  $\frac{1}{2}$  плеча, обильно смочена кровью. Въ верхней  $\frac{1}{2}$  правого плеча лежатъ туго затянутый *Esmarch'*овскій жгутъ, наложенный дежурнымъ фельдшеромъ тотчасъ-же по доставленіи больного въ примѣный покой больными вслѣдствіе того, что съ повязки безпрерывно каплями падала кровь. Больной жаловался на головокруженіе и боли въ правой рукѣ. П. 110, дов. сильный, скачущій, но легко сжимаемый. По снятіи повязки на правой рукѣ оказались слѣдующія пораненія: 1) на сгибательной поверхности 2-хъ фалангъ указательнаго, 3-го, 4-го и 5-го пальцевъ—4 поперечныхъ рѣзанныхъ ранки, при чемъ кожа не была разсѣчена во всю толщ; 2) рѣзаная рана продольнаго направленія въ 2,5 стм. длиной, проникающая чрезъ наружные покровы и верхніе слои мышцъ въ области между 1-ой и 2-ой пястными костями на тылѣ кисти; 3) рѣзаная рана въ 2,5 стм. длиной почти поперечнаго направленія въ правомъ локтевомъ сгибѣ, ниже складки, проникающая до подкожной кѣтчатки, и 4) колото-рѣзаная лоскутная рана около 2,5 стм. длиной, расположенная приблизительно на срединѣ высоты нижней  $\frac{1}{2}$ , передней поверхности правого плеча соотвѣтственно наибольшей выпуклости брюшка 2-главой мышцы; длинникъ этой раны имѣетъ направленіе сверху внизъ и внутри кнаружи; на кожѣ наружной губы ея находится линейный надрѣзъ глубиною въ 1,5 стм. Лоскутная форма раны свидѣтельствовала, по моему мнѣнію, о томъ, что кинжалъ былъ не только вонзенъ въ мякоть плеча, но и повернутъ кнаружи, или-же въ моментъ раненія пострадавшій повернулъ плечо внутри. Исцѣдованіе зондомъ обнаружало, что эта рана проникаетъ чрезъ всю толщу переднихъ мышцъ плеча, наружную межмышечную связку (*lig. intermusculare ext.*), заднія мышцы плеча и оканчивается подъ кожей задней поверхности нижней  $\frac{1}{2}$  плеча.

Больной послѣ раненія, несомнѣнно, потерялъ очень много крови, что подтверждалось какъ показаніемъ доставившихъ его лицъ, такъ и общимъ его состояніемъ. Черты лица его сильно осунулись. Онъ былъ мертвенно блѣденъ и настолько слабъ, что не могъ держаться на ногахъ. Въ сердцѣ слышались малокровные шумы. Это обстоятельство заставляло подозрѣвать, что у больного былъ пораненъ крупный артеріальный сосудъ—всего вѣроятнѣе, главный стволъ плечевой артерій. Поэтому я, подъ хлороформнымъ наркозомъ, расширилъ кожную рану въ нижней  $\frac{1}{2}$  плеча разрѣзами вверхъ стм. на 3 и внизъ почти до локтевого сгиба. При этомъ изъ глубины полости раны вытекло дов. много жидкой, темнаго цвѣта крови. Тогда ясно можно было видѣть, что брюшко 2-главой мышцы было перерѣзано почти цѣликомъ и верхняя часть его оставалась въ связи съ нижней лишь при посредствѣ тонкаго слоя мышечныхъ волоконъ внутренняго края и отдѣляющаго ихъ апонейроза. Брюшко 2-главой мышцы было перерѣзано не только одинъ разъ, но верхній край его былъ надрѣзанъ вторично, что произошло, очевидно, отъ поворота кинжала кнаружи или плеча внутри. Вслѣдствіе этого верх-

ній конецъ отрѣза 2-главой мышцы представлялся искрошеннымъ, и отъ него совершенно отдѣлился цѣлые куски мышечной ткани. У внутренней плечевой мышцы былъ надрѣзанъ лишь наружный край. Надкостница и кость не были задѣты. Въ наружной межмышечной связкѣ оказалась узкая щель, пропускавшая верхушку указательнаго пальца. Далѣе, былъ надрѣзанъ наружный край 3-главого разгибателя съ его апонейрозомъ, и подъ кожей задней поверхности нижней  $\frac{1}{2}$  плеча, соотвѣтственно верхушкѣ раны, находилась дов. большая полость, наполненная жидкой кровью. Для очистки и дренированія этой полости я сдѣлалъ въ кожѣ небольшое противоповерстіе. Послѣ этого я приступилъ къ изслѣдованію состоянія нервныхъ стволовъ и кровеносныхъ сосудовъ въ области раненія. Еще при первоначальномъ осмотрѣ раненой конечности до хлороформированія больного я убѣдился, что у него нѣтъ расстройствъ движенія и чувствительности въ правой рукѣ. Лучевой нервъ совсѣмъ не былъ виденъ въ ранѣ; срединный отчетливо прощупывался въ формѣ шнурка и лежалъ поверхностно вдоль внутренняго края раны, не будучи обнаженъ. Плечевая артерія глазомъ не была видна; по снятіи жгута можно было ясно видѣть ея бѣленіе вдоль внутренняго края раны и осязывать ее пальцемъ на протяженіи до 4 стм.; лежала она поверхностно вдоль внутренняго края раны, немного внутри отъ срединнаго нерва и позади его; стволъ ея не былъ ни пораненъ, ни обнаженъ.

Тотчасъ по снятіи жгута появилось обычное капиллярное кровотеченіе со всей поверхности пораненныхъ тканей, особенно-же изъ перерѣзанныхъ мышцъ; но это кровотеченіе не представлялось мнѣ болѣе сильнымъ, чѣмъ какое обычно приходится наблюдать въ подобныхъ случаяхъ. При тщательномъ осмотрѣ всей полости раны я видѣлъ не замѣтилъ даже тончайшихъ струекъ крови, что указывало-бы на пораненіе мелкихъ артерійныхъ вѣтвей. Болѣе замѣтное истеченіе крови наблюдалось изъ 2-хъ периферическихъ концевъ перерѣзанныхъ подкожныхъ вѣтвей веннаго сплетенія локтевого сгиба, для остановки котораго я наложилъ 2 лигатуры.

Я былъ нѣсколько озадаченъ, когда убѣдился, что ни плечевая артерія, и ни одна изъ ея вѣтвей не были поранены, объяснялъ обильную потерю крови больнымъ тѣмъ, что ему пришлось дѣлать много мышечныхъ усилій какъ въ борьбѣ съ противникомъ, такъ и во время дов. далекаго перемѣда въ больницу. Произведя тщательную очистку полости плечевой раны, я выполнилъ ее полосками обезжированной марли, выводя концы ихъ наружу какъ спереди, такъ и сзади чрезъ противоповерстіе. Для уменьшенія величины раны на передней поверхности плеча края кожи сверху и внизу были соединены 4-мя серфами *Paul-Michel'a*. Кожные ранки: одна ниже локтевого сгиба и другая на тылѣ кисти были закрыты наглухо тѣмъ-же швомъ. Раны на пальцахъ были настолько поверхностны, что не требовали шиванія. На всю раненую конечность, начиная съ пальцевъ и до верхней  $\frac{1}{2}$  плеча, была наложена массивная, слегка давящая, асептическая повязка. Больной былъ помѣщенъ въ отдѣльную комнату хирургическаго барака. Въ виду его слабости при немъ было установлено дежурство санитарныхъ служителей. Раненая конечность была подвѣшена въ отвѣсномъ положеніи.

Ночь больной провелъ безпокойно. 2 раза была рвота. 13/ix: 37°—37°<sub>1</sub>; п. 110, слабого наполненія. Слабъ, блѣденъ; жалуются на головокруженіе. Отсутствіе позыва на ѣду, но отъ сильнаго жажда. Повязка суха.

14/ix: 37°<sub>8</sub>—38°<sub>1</sub>; п. 100, болѣе полный. Спалъ крѣпко; выгляды бодрѣе. Появляется позывъ на ѣду. Жажда сильная. Повязка суха.

Въ ночь съ 14/ix на 15/ix С. внезапно былъ вытребованъ въ тюремный замокъ для очной ставки съ покушавшимся на его жизнь. Это путешествіе продолжалось около 2-хъ час. По возвращеніи онъ снова былъ уложенъ въ постель, и раненая конечность его подвѣшена.

15/ix: 38°<sub>2</sub>—39°<sub>2</sub>; п. 110, слабого наполненія. Жалуются на слабость, головокруженіе и боли въ раненой рукѣ. Пальцы правой руки слегка отечны и синеваты. Пульсъ въ правой лучевой артеріи одинаковой силы съ пульсомъ въ лѣвой. Повязка въ локтевомъ сгибѣ насквозь пропитана блѣдно-желтой жидкостью. По снятіи верхнихъ слоевъ повязки оказалось, что вся конечность слегка отечна и синевата. Марлевые выпускники пропитаны желтоватой жидкостью; примѣсы гноя не замѣтно. Истеченія свѣжей крови также нѣтъ. Такъ какъ марлевые выпускники хорошо выполняли свое назначеніе и отсасывали выдѣленія изъ полости раны наружу, то я рѣшилъ ихъ не мѣнять, тѣмъ болѣе, что при перемѣнѣ ихъ легко можно было разрушить тромбъ въ массѣ перерѣзанныхъ капиллярныхъ сосудовъ и тѣмъ снова вызвать кровотеченіе, можетъ быть, и небольшое, но все-же чувствительное для слабого больного. Выдѣленіе желтоватой жидкости я считалъ предвѣстникомъ нагноенія, котораго ожидалъ, ибо рана была нанесена грязнымъ кинжаломъ. Легкую отечность и синеву конечности я объяснял начинающейся воспалительной реакціей, чему соотвѣтствовало и дов. значительное подвѣтѣ температуры. Послѣ перемѣны наружныхъ слоевъ повязки конечность была снова подвѣшена.

16/ix: 38°<sub>2</sub>—38°; п. 100, сильнѣе. Спалъ отлично; выгляды бодрѣе. Позывъ на ѣду хорошій. Повязка суха.

17/ix: 37°<sub>5</sub>—38°; п. 100, полнѣе и сильнѣе. Замѣтно окрѣп. Блѣдность лица почти исчезла. Повязка суха.

18/ix: 37°<sub>6</sub>—37°<sub>8</sub>; п. 100, дов. полный. Быстро крѣпнѣетъ и имѣнно начинаетъ полнѣть. Блѣдность лица исчезла. Позывъ на ѣду превосходный. Повязка сильно пропиталась жидкой, грязнаго цвѣта отдѣленіемъ, непохожимъ на гнойное. По снятіи ея

оказалось, что отечность и синева всей правой руки еще нѣсколько увеличилась. Пульсъ въ обоихъ плечевыхъ артеріяхъ одинаковой силы. Удаленные изъ полости плечевой раны марлевые тампоны оказались сильно пропитанными жидкостью грязнаго цвѣта съ примѣсью гноя. Настоящаго густого желтаго гноя нѣтъ. На извлеченныхъ изъ глубины полости раны полоскахъ марли нѣтъ и слѣдовъ запекшейся крови и кровяныхъ сгустковъ, что обычно наблюдается при подобныхъ поврежденіяхъ. Стѣнки полости раны оказались покрытыми драбными, отечными, темно-синими грануляціями, которые при извлеченіи высушиваются во множествѣ распались въ темную, грязную, маркую массу; при этомъ съ поверхности раны начала сочиться кровь, какъ изъ губки. Выржающихся струекъ крови нигдѣ не было замѣтно. Во избѣжаніе названной потери крови я, насколько возможно быстро, очистилъ рану и снова затампонировалъ ее марлевыми полосками. Въ прочихъ ранахъ никакихъ особенностей не замѣчено.

Эта 1-ая полная перевязка произвела на меня впечатлѣніе, что я имѣю дѣло съ раненіемъ, процессъ заживленія котораго уклоняется отъ обычныхъ условий. Отечность и синеву конечности нельзя было объяснить исключительно воспалительной реакціей вслѣдствіе внесенія заразнаго начала, ибо не было ни обильнаго нагноенія въ ранѣ, ни пропитыванія клѣтчатки въ ея окружности, да и температура постепенно понижалась. Невормальная окраска, отечность и рыхлость грануляцій заставляла опасаться неожиданнаго возникновенія вторичнаго кровотоčenja. Поэтому на верхнюю  $\frac{1}{2}$  праваго плеча больного былъ наложенъ незатянутый жгутъ *Esmarch'a*, назначеніе котораго было объяснено санитарамъ.

19/ix: 37°2—36°8; н. 96, полный. Повязка суха. Совершенно оправился и чувствуетъ себя прекрасно.

20/ix: 36°3—36°3; п. 90, полный и сильный. Повязка суха. Имѣетъ видъ совершенно здороваго; необыкновенно быстро полѣхетъ. На лицѣ появился румянецъ. Конечность я продолжалъ держать подвѣшенной.

21/ix: 36°5—36°7 (9-ый день болѣзни): Въ 9-мъ часу утр. С. повернулся въ постель, при чемъ сильно оперся на локоть правой руки, и тотчасъ-же замѣтилъ, что повязка стала окрашиваться кровью. Жгутъ на плечѣ былъ затянута дежурнымъ фельдшеромъ. Явившись безъ промедленія, я ввелъ слѣдующее. Больной блѣденъ, но лицо его не осунулось. П. 110, полный, но легко сжимаемый. По снятіи сильно пропитанный кровью повязка бросалась въ глаза отсутствіемъ кровяныхъ свертковъ и запекшейся крови въ слояхъ марли и ваты, что обычно приходится видѣть въ такихъ случаяхъ. Пласты марли были обильно смочены жидкой кровью, представлявшей свѣтлѣе нормальной. Въ полости плечевой раны были видны вялая, синія, распадающіяся въ маркую массу грануляціи. Отекъ конечности и синевы были выражены рѣзче. Нигдѣ не было видно просвѣта какого-либо изъязвившагося крупнаго кровеноснаго сосуда. Когда жгутъ былъ распушенъ, то появилось обильное кровотоčenje со всей поверхности раны, при чемъ кровь текла, какъ изъ губки. Наиболее сильное истеченіе крови замѣчалось въ одномъ пунктѣ у внутренняго края раны вблизи ствола плечевой артеріи, но оно не имѣло характера артеріальнаго и совершенно прекратилось послѣ наложенія шелковаго шва. Кровотоčenje было остановлено тампонадой раны и подвѣшиваніемъ конечности. Больному была выяснена необходимость соблюдать безусловный покой въ постели.

22/ix: 37°2—38°3 п. 100, дов. полный, но легко сжимаемый. Послѣ бывшаго кровотоčenja больной еще не оправился, но блѣдность лица уже исчезла. Похвѣвъ на їду оч. хорошій. Повязка суха.

23/ix: 37°1—37°2; п. 96, сильный. Быстро поправляется. Повязка суха.

24/ix: 36°6—37°2; п. 96 полный. Повязка суха. Снова начинаетъ принимать здоровый и веселый видъ. Въ 5-мъ часу веч. при попыткѣ сѣсть на судно почувствовалъ теплоту подъ повязкой и замѣтилъ, что она пропитывается кровью. Дежурный санитаръ затянулъ жгутъ на правомъ плечѣ. Пособіе больному было оказано товарищами Ю. Д. Раминскимъ и И. К. Тыраскимъ, по словамъ которыхъ кровотоčenje было в. обильное. Снявъ швы, они снова расширили плечевую рану; но кровоточившихъ артеріальныхъ сосудовъ не оказалось, и они оставили кровотоčenje тампонадой и подвѣшиваніемъ конечности. Я видѣлъ больного въ тотъ-же вечеръ. Онъ сильно осунулся и ослабѣлъ; лицо его было съ землистымъ оттѣнкомъ; п. 110, слабый и легко сжимаемый. Повязка была сухая.

25/ix: 36°6—37°5; п. 100, немного сильнѣе, но легко сжимаемый. Влѣденъ, но чувствуетъ себя крѣпче. Повязка суха.

Въ виду того, что кровотоčenja у больного повторялись все чаще и чаще и угрожали его жизни, я рѣшилъ наложить лигатуру на плечевую артерію выше раны. По снятіи повязки и удаленія тампоновъ, со стѣнокъ полости плечевой раны снова полилась кровь, какъ изъ губки. Пришлось тотчасъ-же затянуть жгутъ. Отекъ конечности увеличился. Нагноеніе въ полости раны незначительное. Кровь, вытекавшая изъ раны, представляется жидкой, блѣдно-розовой, не липнетъ къ пальцамъ и инструментамъ. Подъ наркозомъ сдѣланъ небольшой разрѣзъ въ средней  $\frac{1}{2}$  плеча у внутренняго края 2-главой мышцы; плечевая артерія была открыта въ предѣлахъ здоровыхъ тканей и перевязана шелковой лигатурой; на периферическій конецъ ея наложена 2-ая лигатура въ нижнемъ углу раны. Обнажая стволъ плечевой артеріи на протяженіи раны, я не замѣтилъ въ ней никакихъ поврежденій и воспалительныхъ измѣненій. Рана не была за-

шита, но затампонирована, также какъ и плечевая. Конечность подвѣшена.

26/ix: 37°2—38°2. Ночь прошла безпокойно: бредилъ и метался въ постелѣ. Въ 9 час. утра, какъ разъ во время моего прихода въ отдѣленіе, снова послѣдовало сильное кровотоčenje, остановленное жгутомъ. Пульсъ былъ 120, малый и оч. слабый. Состояніе больного было помрачено; онъ бредилъ и находился въ сильно возбужденномъ состояніи. Повязка сильно пропитана кровью. По снятіи ея оказалось, что наложенныя вчера на плечевую артерію лигатуры держатся крѣпко. Предполагая, что кровотоčenje могло послѣдовать вслѣдствіе распада тканей въ плечевой ранѣ изъ вѣтвей глубокой артеріи плеча, и вообще желая сдѣлать все, что было въ моихъ силахъ, для спасенія жизни больного, я безъ наркоза быстро обнажилъ небольшимъ разрѣзомъ правую подкрыльцевую артерію и, обособивъ ее, перевязалъ ее шелковой лигатурой. Всѣ раны были затампонированы, и конечность подвѣшена. Веч. 38°2; п. 120, оч. малый и слабый; бредъ и возбужденное состояніе продолжались; повязка была суха.

27/ix: 37°. Пульсъ нитевидный. Сознаніе помрачено; бредъ и возбужденное состояніе продолжаютъ. Повязка пропитана отдѣлимымъ темно-желтаго цвѣта. При перемѣнѣ ея оказалось, что отекъ конечности сильно увеличился. Лигатуры, наложенныя на сосуды, держатся крѣпко. Изъ полости плечевой раны отдѣляется въ маломъ количествѣ грязная желтоватая жидкость. Въ 4 $\frac{1}{2}$  час. веч. больной скончался. Вскрытія не было.

Картина болѣзни городского С., по моему глубокому убѣжденію, ясно указываетъ, что онъ былъ типичный гемофиликъ. Изъ анамнеза его я не могъ добыть данныхъ о наслѣдственности; но въ дѣтствѣ у него бывали носовыя кровотоčenja. Онъ всегда пользовался отличнымъ здоровьемъ и только-что отбылъ воинскую повинность. При раненіи, которое, хотя и не было незначительнымъ, но не сопровождалось перерѣзкою крупныхъ артеріальныхъ стволовъ, онъ потерялъ огромное количество крови, о чемъ свидѣтельствовали какъ очевидцы, такъ и общее его состояніе. Въ первые дни дѣло шло гладко и не возбуждало никакихъ опасеній. Но уже на 6-ой день болѣзни при перевязкѣ были замѣчены уклоненія въ процессъ заживленія раны и наклонность грануляцій распадаться и кровоточить. На 9-ый день болѣзни послѣдовало вторичное кровотоčenje, которое нельзя было объяснить ничѣмъ инымъ, какъ только расположеніемъ больного къ кровоточивости. Въ дальнѣйшемъ кровотоčenja стали повторяться, при чемъ промежутки между ними все сокращались, а количества теряемой крови наоборотъ увеличивались. Отмѣченная авторами выносливость кровоточивыхъ къ потерямъ крови у С., выступала ясно: онъ необыкновенно быстро оправился послѣ 1-го кровотоčenja, сталъ на глазахъ полнѣе и сдѣлался румянымъ; и послѣ 2-го кровотоčenja поправленіе шло такъ-же быстро; но, какъ только потеря крови у него возобновлялась и кровяное давленіе въ сосудахъ повышалось, появлялось новое кровотоčenje. Процессъ заживленія раны рѣзко уклонялся отъ нормальнаго. Отекъ конечности и застойная гиперемія все нарастали и не могли быть объяснены воспалительной реакціей. Вялая, отечная, темно-синія грануляція не проявляли наклонности къ переходу въ стойкую соединительную ткань, но распадались въ грязную, маркую массу, что всегда сопровождалось непрерывными капиллярными кровотоčenjaми. Эти послѣднія не останавливались произвольно путемъ свертыванія крови и закупорки сосудовъ тромбами, какъ это наблюдается въ нормально протекающихъ ранахъ. Кровотоčenja прекращались отъ легкаго сдавленія сосудовъ тампонами, по удаленіи которыхъ тотчасъ-же возобновлялись. Отсутствіе кровяныхъ сгустковъ въ полости раны и засохшихъ свертковъ ея на кускахъ марли также свидѣтельствовали объ утратѣ ею способности свертываться. Лишенная своей естественной клейкости кровь не прилипала къ пальцамъ и инструментамъ.

2-ой случай кровоточивости, окончившійся выздоровленіемъ, мнѣ пришлось наблюдать въ 1894 г. въ Лужской уѣздной земской больницѣ.

2. Больному было 26 л. Онъ пользовался отличнымъ здоровьемъ и только-что отбылъ воинскую повинность въ одномъ изъ гвардейскихъ полковъ. Въ больницу поступилъ изъ-за большой потери крови изъ колото-рѣзанной ранки, въ 2 см. длиной, на передней поверхности средней  $\frac{1}{2}$  лѣваго плеча, проникавшей чрезъ наружные покровы неглубоко въ толщу 2-главой мышцы. Больной сильно боялся повторенія кровотоčenja и разсказывалъ, что лѣтъ 7 назадъ ему случилось поранить кожу надъ лѣвой бровью, гдѣ остался небольшой рубецъ; ранка эта оч. долго не заживала, и изъ нея неоднократно вытекало такъ много

крови, что больной едва остался живъ. Добыть какихъ-либо данных о наследственномъ предрасположеніи къ кровоточивости было невозможно: больной потерялъ своихъ родителей въ детскомъ возрастѣ, и причина смерти ихъ была ему неизвѣстна. При осмотрѣ раны я не нашелъ въ ней ничего особеннаго и зашилъ ее наглухо. 1-ая недѣля прошла безъ осложнений. На 7-ой день температура слегка повысилась, и изъ раны стала просачиваться грязновато-желтая жидкость. По снятіи швовъ оказалось, что края раны разошлись, полость ея была покрыта явными, отечными застойными грануляциями, которые легко разрушались и кровоточили. Въ дальнейшемъ рана не обнаруживала никакой склонности къ заживленію; напротивъ, мышечная ткань на днѣ ея все распадалась, а полость раны постепенно увеличивалась. Появился отекъ всей конечности. На 17-ый день безъ всякой видимой причины произошло дов. сильное кровотечение; затѣмъ кровотеченія стали повторяться все чаще и чаще. Такъ дѣло тянулось около 3-хъ мѣс. Больной крайне истощился; появились отеки ногъ. Питаніе его почти прекратилось: вслѣдъ за приемами пищи всякій разъ неизбежно поднималась неудержимая рвота. Больной стоялъ уже на краю могилы, какъ совершенно неожиданно въ положеніи его произошелъ крутой поворотъ къ лучшему. Толчкомъ къ этому послужило кормленіе замороженнымъ молокомъ. Рвота сразу прекратилась. Питаніе стало быстро восстанавливаться. Кровотеченіе прекратилось. Полость раны стала очищаться и покрываться здоровыми грануляциями. Исчезли отеки и восковой цвѣтъ лица и вообще всей кожи. Больной сталъ быстро поправляться. Но полость раны, достигшая значительныхъ размѣровъ вслѣдствіе распада мышечной ткани, потребовала дов. продолжительнаго времени для заживленія. Вслѣдствіе потери мышечныхъ волоконъ, въ брюшкѣ 2-главой мышцы остался порочный изъязвъ и рубцовая контрактура.

Въ приведенномъ случаѣ наблюдались тѣже отклоненія въ процессѣ заживленія раны, что и въ сл. 1, но вслѣдствіе продолжительности болѣзни они успѣли выразиться болѣе резко. Глубокія разстройства питанія подъ влияніемъ, по моему убѣжденію, измѣненій состава крови отразились здѣсь не только на грануляцияхъ, но и на сосѣднихъ мѣстахъ раненія тканей, вызвавъ обширное распадѣніе волоконъ 2-главой мышцы.

Уклоненія процесса заживленія ранъ, свойственныя кровоточивости, а также и повторныя кровотеченія могутъ подать поводъ къ смѣшиванію этой болѣзни съ цынгой, особенно если она тянется долгое время и болѣзнь достигаетъ высокой степени истощенія, какъ это было во 2-мъ моемъ случаѣ. Но отсутствіе воспаленія и раздраженія десенъ и множественныхъ кровоизліяній въ подкожную клетчатку и сывороточныя полости достаточно отличаютъ кровоточивость отъ цынги.

На основаніи своихъ наблюденій я прихожу къ заключенію, что кровоточивость представляетъ собою болѣзнь крови, выражающуюся прежде всего утратою способности ея къ свертыванію и образованію тромбовъ, на что уже указали *Landois* и *Lossen*. У кровоточивыхъ можетъ наступить произвольное выздоровленіе, и кровь ихъ снова приобретаетъ тогда утраченную способность къ свертыванію, вслѣдствіе чего кровотеченія прекращаются, питаніе тканей восстанавливается, раны очищаются и заживаютъ, какъ это и пришлось наблюдать мнѣ во 2-мъ моемъ случаѣ. Но въ настоящее время мы не обладаемъ еще никакими средствами, способствующими оздоровленію крови у кровоточивыхъ, и потому оказываемся совершенно безсильными бороться съ кровотеченіями у нихъ. Даже перевязка главнаго артеріальнаго ствола оказывалась безрезультатной, какъ это наблюдалось напр., по свидѣтельству *König'a* (стр. 36), въ Goettingen'ской клиникѣ. Тоже было и въ моемъ 1-мъ случаѣ. Между тѣмъ кровоточивость встрѣчается, повидимому, уже не такъ рѣдко и можетъ надѣлать много неприятностей хирургу: гибель больныхъ отъ кровотеченій при небольшихъ раненіяхъ можетъ послужить даже поводомъ къ обвиненію врача въ неумѣломъ врачеваніи, что и случилось со мной по смерти городского С.

Источники. 1. *Krimer*, *Coates* см. у *König'a*. Общая хирургія.—2. *Schönlein*, *Herard*, *Assman* см. у *Eichhorst'a*. Руководство къ частной патологіи и терапіи.—3. *Simon*. Recherches sur l'hémophilie, 1874 г.—4. *Lemp*. De haemophilia nonnulla. Dissertatio, 1857 г.—5. *Förster*. Hämorrhagische Diatesen. *Gerhardt's* Handbuch der Kinderkrankheiten, 1878 г., III.—6. *Kidd*. Contribution to the pathology of haemophilia, «Medical Surgical Transactions», 1878 г.—7. *Landois*. Учебникъ физиологіи человека, стр. 59.—8. *Lossen*. Die Bluterfamilie Hampel etc. «Deutsche Zeitschrift für Chirurgie», 1876 г., VII.—9. *Immerman*. «Eulenburg-Afanasev». «Реальная энциклопедія», т. 9, стр. 581.

ССIV. Изъ терапевтическаго отдѣленія Елисаветинской дѣтской больницы.

## Къ учению объ усвоеніи жировъ. Всасываніе жировъ при желтухѣ.

М. Л. Абельмана.

Едва-ли какой-нибудь вопросъ, касающійся кишечнаго всасыванія, обсуждался такъ часто и подвергался такимъ многостороннимъ изслѣдованіямъ, какъ тотъ, въ какой формѣ и какимъ образомъ жиры попадаютъ въ млечныя сосуды, и все-же весь актъ жирового всасыванія и по настоящее время остается загадочнымъ. Изслѣдованія *Heidenhain'a* <sup>1)</sup>, *Gruenhagen'a* <sup>2)</sup> и многихъ др. доказали, что главная масса жировъ прежде всего замѣчается въ эпителии кишечныхъ ворсинокъ. *Θ. Н. Заварыкинъ* <sup>3)</sup> и *Schaefer* <sup>4)</sup> высказали мнѣніе, что при всасываніи жировъ бѣлые кровяныя тѣльца играютъ роль посредниковъ: на кишечной поверхности они принимаютъ въ себя жировыя капли и приносятъ ихъ млечнымъ сосудамъ. Дальнѣйшія наблюденія *Heidenhain'a*, *Wiemer'a* <sup>5)</sup> и *Gruenhagen'a* не могли, однако, подтвердить этого. Но какимъ образомъ жиры попадаютъ въ эпителий, какому превращенію подвергаются они при всасываніи, это вопросы, которые ждутъ еще разрѣшенія. Что здѣсь нельзя предполагать простого механическаго явленія осмоса, ясно всѣмъ. Скорѣе всего слѣдуетъ допустить, что активную роль играютъ здѣсь физическія и химическія свойства живыхъ эпителиальныхъ клѣтокъ. Привожу интересныя наблюденія *Taniguchi'a* <sup>6)</sup> надъ слизистой оболочкой 12-перстной кишки у лягушекъ; ему удалось установить, что эпителиальныя клѣтки то выпускаютъ, то втягиваютъ назадъ свои мерцательныя отростки, которые, подобно ложнымъ ножкамъ амѣбъ, захватываютъ мелкозернистый жиръ и втягиваютъ его въ клѣточное тѣло. Ясно такимъ образомъ, что жизненные проявленія отдѣльныхъ клѣтокъ должны играть большую роль при всасываніи жировъ, и въ этомъ смыслѣ слѣдуетъ прослѣдить значеніе железистыхъ соковъ для усвоенія жировъ. Здѣсь мы должны имѣть въ виду желчь, поджелудочный и кишечный соки. Уже *Tiedeman* и *Gmelin* <sup>7)</sup>, а затѣмъ *Bidder* и *Schmidt* <sup>8)</sup>, *Röhman* <sup>9)</sup>, *Voit* <sup>10)</sup>, *Müller* <sup>11)</sup> указали на то, что при полномъ отсутствіи желчи въ кишечникѣ извѣстная часть принятыхъ съ пищей жировъ не усваивается; послѣдній авторъ, впрочемъ, обращаетъ уже вниманіе на то, что эта часть бываетъ очень незначительная. Было время, когда, на основаніи извѣстныхъ опытовъ *Wistinghausen'a*, полагали, что желчь способствуетъ переходу жировыхъ капель черезъ кишечную стѣнку; обмачивая клѣтку, желчь должна была притягивать жиръ къ эпителию. Подобный взглядъ и въ настоящее время излагается еще во многихъ учебникахъ физиологіи. Но *Gröper'u* <sup>12)</sup> удалось доказать, что опыты *Wistinghausen'a* далеко неубѣдительны; *Gröper* изучалъ соотношеніе жировъ въ капиллярахъ къ жидкостямъ, способствующимъ всасыванію ихъ; онъ пользовался для этого фильтровальной бумагой, обезжиренными шерстинками и животными пленками, и ему ни разу не удалось установить, чтобы масло при слабомъ давленіи легче проходило черезъ смоченную желчью пленку, чѣмъ черезъ пленку, смоченную просто водой. Другіе приписывали желчи способность эмульгировать жиры; *Steiner* <sup>13)</sup> въ особенности видѣлъ въ этой способности желчи главное ея назначеніе. Но уже *Claude-Bernard* обратилъ вниманіе на то, что при взбалтываніи жировъ съ желчью хотя и образуется эмульсія, но очень непостоянная, и жиръ скоро опять выдѣляется цѣликомъ. Въ этомъ я убѣждался нѣсколько разъ и самъ; стоить предпринять слѣдующій простой опытъ: влить въ пробирку какой-нибудь жидкій жиръ, напр., прованское масло, затѣмъ взбалтывать его съ бычьей желчью; получаемая эмульсія исчезаетъ въ самое короткое время, въ особенности, если добавить въ смѣсь нѣсколько капель соляной кислоты. Совершенно другія свойства имѣетъ эмульсія, получаемая при содѣйствіи поджелудочнаго сока: она постоянна и не измѣняется даже при прибавленіи кислоты до кислой реакціи. Въ этомъ тоже можно убѣдиться самымъ



простымъ опытомъ: взять панкреатинъ *Witte*'а въ слабощелочной разбавкѣ и смѣшать его съ какимъ-нибудь жиромъ; получаемая самая тонкая эмульсія держится недѣлями. И *Брюно* <sup>14)</sup> находитъ пищеварительную способность желчи по отношенію къ жирамъ небольшой; онъ признаетъ за желчью прежде всего роль пособника панкреатическому соку. Упомяну, наконецъ, здѣсь и о работѣ *Dario Baldi* <sup>15)</sup>. Наложивъ собакамъ желчные свищи, не дававшие желчи возможности попадать въ кишечникъ, онъ тщательно изслѣдовалъ затѣмъ ихъ испражненія; они оказывались обезцвѣченными, имѣли мѣловидный характеръ и никогда не содержали жировъ, не смотря на кормленіе жирной пищей.

Что касается значенія поджелудочной железы для перевариванія и усвоенія жировъ, то я <sup>16)</sup> еще въ 1889 г. въ лабораторіи проф. *Naunyn*'а въ *Strassburg*'ѣ предпринялъ рядъ экспериментальныхъ изслѣдованій надъ собаками, у которыхъ вырѣзывалась поджелудочная железа, полностью и частично. Мнѣ удалось доказать, что собаки послѣ полнаго удаленія поджелудочной железы не могутъ усваивать жировъ; весь получаемый ими съ пищей жиръ можно опять найти въ испражненіяхъ. Если же этимъ собакамъ давать вмѣстѣ съ пищей свѣжую бычачью поджелудочную железу, то усвоеніе жировъ улучшается. Такимъ образомъ нужно было придти къ заключенію, что жировыя испражненія у этихъ собакъ связаны были съ отсутствіемъ поджелудочной железы. Данные эти я обнаруживалъ еще въ 1889 г., но—какъ это нерѣдко случается съ научными работами—проф. *Pflüger* <sup>17)</sup> и его ученикъ *Sandmeyer* въ этомъ году вновь открыли ихъ. Далѣе важное обстоятельство, на которое я уже и тогда обратилъ вниманіе и которое впоследствии, въ 1897 г., подтвердилъ *Harley* <sup>18)</sup> слѣдующее: не смотря на отсутствіе поджелудочной железы и несмотря на то, что всѣ принятые съ пищей нейтральные жиры не всо-сались, расщепленіе жировъ происходило нормально. Такимъ образомъ расщепленіе жировъ происходитъ, а всасываніе ихъ—нѣтъ. Не кроется-ли тутъ явное доказательство того, что при усвоении жировъ расщепленіе ихъ не можетъ играть главной роли. Остановлюсь нѣсколько на этой мысли и сопоставлю ее съ извѣстной теоріей омыловленія жировъ, какъ она излагается *Радзиевскимъ* <sup>19)</sup>, *Первозниковымъ* <sup>20)</sup> и *Will'емъ* <sup>21)</sup>.

Эти авторы представляютъ себѣ актъ всасыванія жировъ такъ: нейтральный жиръ, попадающій въ кишечникъ, прежде всего расщепляется въ глицеринъ и жировую кислоту; послѣдняя переходитъ въ мыло и всасывается по чистотѣ эндосмотическимъ законамъ. Въ клеточной протоплазмѣ происходитъ новый химическій процессъ, именно возстановленіе жировъ, т. наз. синтезъ. Уже а priori противъ этой теоріи слѣдуетъ возразить то, что для омыловленія всѣхъ жировыхъ кислотъ потребовалось-бы гораздо болѣе щелочей, чѣмъ такія находятся въ тканяхъ и въ крови; но, кромѣ того, теорія эта противорѣчитъ найденнымъ мною даннымъ. Если, дѣйствительно, самое главное дѣйствіе при усвоении жировъ—омыловленіе жировыхъ кислотъ, то спрашивается, отчего же жиры не всасывались у моихъ собакъ, у которыхъ жировыхъ кислотъ было достаточно? Такимъ образомъ слѣдуетъ возвратиться къ теоріи эмульгированія жировъ, предполагая, что эпителиальныя клетки играютъ активную роль и что сокъ поджелудочной железы оказываетъ свое дѣйствіе именно при самомъ этомъ актѣ. Было-бы огромной ошибкой обойти здѣсь молчаніемъ блестящія работы проф. *И. П. Павлова* и его школы. Капитальное открытіе въ этомъ отношеніи составляютъ добытые его учениками *Шеповальниковымъ* <sup>22)</sup>, *Савичемъ* <sup>23)</sup>, *Болдыревымъ* <sup>24)</sup> факты относительно кишечнаго сока. Эти авторы нашли, что, хотя самостоятельное дѣйствіе кишечнаго сока при перевариваніи пищи и не очень велико, но кишечный сокъ есть въ своемъ родѣ стимулъ для сока панкреатическаго; онъ обладаетъ бродиломъ, т. наз. «киназой», усиливающей въ значительной степени пищеварительную способность всѣхъ 3-хъ бродящихъ поджелудочной железы. Въ частности ч. пр. *В. Н. Болдыревъ* нашелъ въ кишечномъ сокѣ особое бродило «липазу» со стимулирующимъ дѣйствіемъ на жировое бродило поджелудочной железы.

Найденныя мною данныя при экспериментальныхъ из-

слѣдованіяхъ надъ собаками желательно было, конечно, проверить у постели больныхъ, т. е. выяснитъ, какъ усваиваются жиры при отсутствіи поджелудочнаго сока и желчи? Что касается перваго условія, то можно упомянуть здѣсь о случаѣ *Bright*'а, гдѣ наблюдалась *steatorrhoea* при опухоли поджелудочной железы; подобные же случаи описалъ *Ancelet* <sup>25)</sup>, *Griscom* <sup>26)</sup>, *Fles* <sup>27)</sup>; особенно интересна для педиатровъ работа *Demme* <sup>28)</sup> изъ Берн'ской дѣтской клиники: онъ наблюдалъ у дѣтей съ врожденнымъ сифилисомъ дов. значительную *steatorrhoea*; на вскрытіи ему удалось установить у нихъ полную атрофію поджелудочной железы. Что касается наблюденій надъ усвоеніемъ жировъ при отсутствіи желчи въ кишечникѣ, то я уже упоминалъ о работѣ *Müller*'а, изслѣдовавшаго у нѣкоторыхъ желтушныхъ больныхъ испражненія на присутствіе жировъ; но его случаи не были чисты,—они касались болѣе сложныхъ заболѣваній, напр., желчно-каменной болѣзни, эхинококка въ печени, при которыхъ и выдѣленіе панкреатическаго сока могло быть подавлено. Поэтому я воспользовался бывшими въ этомъ году въ стационарномъ отдѣленіи Елисаветинской дѣтской больницы 2-мя случаями простой острой желтухи для количественнаго анализа жировъ въ испражненіяхъ.

Постановка опыта, предпринятаго мною, при содѣйствіи товарищей *М. М. Мерини* и *О. М. Любарской*, была слѣдующая: для разграниченія кала мы давали дѣтямъ рано утромъ, за 2 часа до кормленія, уголь въ микстурѣ съ сиропомъ; въ теченіе этого дня ребенокъ пилъ извѣстное количество молока съ установленнымъ нами % жира; 1 разъ мы дали миндальное масло; вечеромъ 2 часа спустя послѣ послѣдняго кормленія мы опять давали уголь; такимъ образомъ можно было при собираніи испражнений болѣе или менѣе точно опредѣлить, какой калъ соответствуетъ упомянутой дневной пищѣ. Для количественнаго анализа жировъ въ испражненіяхъ я выбралъ болѣе точный, но и болѣе кропотливый способъ обработкѣ испражнений алко-големъ и эфиромъ. Соответствующія данной пищѣ испражненія смѣшивались со спиртомъ и соляной кислотой (для расщепленія мыловъ), варились на большомъ огнѣ цѣлый часъ, при чемъ нѣсколько разъ добавлялся спиртъ, а затѣмъ фильтровались; остатокъ на фильтрѣ нѣсколько разъ промывался алко-големъ и въ концѣ эфиромъ. Полученная алко-гольно-эфирная вытяжка, содержащая нейтральные жиры, жировыя кислоты и отчасти еще мыла, выпаривалась на водяной банѣ до суха, затѣмъ разбавлялась водой съ прибавленіемъ соляной кислоты и эвир. Крѣпко взбалтывая эту смѣсь, мы переливали эфирную вытяжку въ отдѣльную колбочку, остатокъ опять взбалтывали съ эвиромъ и снова переливали, пока, наконецъ, эвиръ не оставался вполне свѣтлымъ и прозрачнымъ, т. е. болѣе ничего уже не принималъ. Полученная эфирная вытяжка жировъ и жировыхъ кислотъ выпаривалась на водяной банѣ до суха и затѣмъ взвѣшивалась.

Перехожу къ описанію наблюденій.

1. А. А. находится подъ наблюденіемъ въ больницѣ съ декабря 1906 г. Основная болѣзнь—врожденная судорожная диплегія. 9/1 1906 г. появилось желтушное окрашиваніе кожныхъ покрововъ; испражненія стали совершенно безцвѣтными и приняли мѣловидный характеръ. При микроскопическомъ изслѣдованіи кала жира, въ формѣ жировыхъ капелекъ или иголъ жировыхъ кислотъ, не найдено. Въ мочѣ реакція *Gmelin*'а и *Rosenbach*'а положительныя. Печень рѣзко выступаетъ изъ-подъ края реберъ на 3 пальца. Съ 28/1 печени стала уменьшаться; къ началу февраля желтуха исчезла.

Опыты: а) 17/1: Ребенокъ выпилъ 750 к. стм. молока, содержащаго 1,8% жира, т. е. принялъ онъ его 13,5. Въ испражненіяхъ найдено 0,8 жира. Всосалось такимъ образомъ 12,7, т. е. 94%. б) 20/1: Принялъ 500 к. стм. молока съ 2,89% жира, т. е. 14,45 жира и миндальнаго масла 8,0; всего жира 22,45. Въ испражненіяхъ найдено 1,5 жира. Всосалось 20,95, т. е. 93,3%.

2. Н. М., 6 л., принявъ въ больницѣ въ среднѣ января 1906 г. съ рѣзкими явленіями желтухи, развившейся при повышенной температурѣ. Испражненія совершенно обезцвѣчены.

Опытъ предпринять въ самый разгаръ болѣзни: мальчикъ получилъ за день 1300 к. стм. молока съ 1,8% жира, т. е. 23,40 жира. Испражненія: 243 грм. содержатъ 3,0 жира. Всосалось 20,4 т. е. 87%.

Эти данныя убѣдили меня въ томъ, что, не смотря на отсутствіе желчи въ кишечникѣ, организмъ въ данныхъ случаяхъ отлично справлялся съ жировой пищей: всосалось 87—94% принятаго съ пищей жира. Дальнѣйшіе опыты надъ подобными больными должны будутъ установить, какъ происходитъ усвоеніе жировъ, если увеличить ихъ количество въ пищѣ? Во всякомъ случаѣ, уже и теперь можно сказать, что при назначеніи дѣтямъ желтушнымъ больнымъ не слѣдуетъ избѣгать жировъ.

Въ заключеніе скажу еще нѣсколько словъ о нѣкоторыхъ препаратахъ жировъ, употребляемыхъ довольно

часто въ дѣтскомъ возрастѣ, а именно о рыбьемъ жирѣ и о замѣняющемъ его, будто-бы, липанинѣ. Въ значеніи рыбьяго жира при дѣченіи англійской болѣзни и золотухи едва-ли кто сомнѣвается. Если спросить, на чемъ основано хорошее его дѣйствіе, то учебники дадутъ простой отвѣтъ: рыбій жиръ содержитъ 6—8% жировыхъ кислотъ, и поэтому онъ лучше усваивается; минимальное содержаніе іода, сѣры, триметиламина, конечно, не можетъ играть особой роли. На этомъ основаніи и проф. Mering<sup>29)</sup> въ Halle предложилъ свой липанинъ, т. е. простое прованское масло съ содержаніемъ 6% жировыхъ кислотъ. Спрашивается, однако, дѣйствительно-ли все дѣло сводится лишь къ содержанію нѣсколькихъ % жировыхъ кислотъ? Если Munk и Cash доказали, что уже въ нормальномъ желудкѣ происходитъ—незначительное, правда—расщепленіе нейтральныхъ жировъ; если мои опыты убѣждаютъ, что даже при отсутствіи поджелудочной железы расщепленіе жировъ идетъ почти нормально, то можетъ-ли играть какую-нибудь особую роль содержаніе жировыхъ кислотъ? Думается, что нѣтъ. Поэтому значеніе рыбьяго жира должно опредѣляться чѣмъ-нибудь другимъ, съ достовѣрностью до сихъ поръ еще не выясненнымъ.

Упомяну лишь, что нѣкоторые авторы находили въ рыбьемъ жиру особое бродило, и замѣнять его липаниномъ, по моему мнѣнію, не слѣдуетъ, развѣ лишь если стать на точку зрѣнія тѣхъ авторовъ, которые не признаютъ за рыбьимъ жиромъ особаго агента; но тогда не стоитъ прибѣгать и къ дорогому по цѣнѣ липанину; съ такой-же пользой можно назначать масло или какой-нибудь другой, даже нейтральный жиръ. v. Mering хвалитъ особенно хорошій и пріятный вкусъ липанина по сравненію съ рыбьимъ жиромъ, но я, признаться, не нахожу этого, хотя, конечно, de gustibus non est disputandum! Упомяну еще, что Г. И. Губкинъ<sup>30)</sup>, производившій наблюденія надъ сравнительнымъ усвоеніемъ тресковаго жира, липанина и сливочнаго масла здоровыми людьми, нашелъ, что они все охотнѣе принимали тресковый жиръ, чѣмъ липанинъ; при этомъ онъ тоже установилъ, что все эти жиры усваиваются въ кишечникѣ почти одинаково.

**Литература.** 1. Heidenhain. Beiträge für Histologie und Physiologie, der Dünndarmschleimhaut. Pflüger's Archiv, т. 43.—2. Graenhagen. Ueber Fettresorption im Darm. Тамъ-же, т. 44, стр. 535.—3. Н. Заварзинъ. Ueber die Fettresorption im Dünndarm. Тамъ-же, т. 31, стр. 231.—4. Schaefer. Тамъ-же, т. 31, стр. 513.—5. Wiemer. Ueber den Mechanismus der Fettresorption. Тамъ-же, т. 33, стр. 515.—6. Гаангоферъ. Beiträge zur histologischen Structur der Dünndarmzotten. Тамъ-же, т. 8, стр. 391.—7. Tiedeman u. Gmelin. Die Verdauung nach Versuchen, т. II.—8. Bidder und Schmidt. Die Verdauungssäfte u. der Stoffwechsel. Mitau u. Leipzig, 1852 г.—9. Röhm. Ueber Secretion und Resorption im Dünndarm. Pflüger's Archiv, XVI, стр. 411.—10. Voit. Ueber die Bedeutung der Galle für die Aufnahme der Nahrungstoffe im Darmcanal. Stuttgart. 1882 г.—11. Friedrich Müller. Untersuchungen ueber Icterus. «Zeitschrift f. klin. Medizin», 1887 г., т. XII.—12. Gröper. Ein Beitrag zur Lehre von der Fettresorption. «Archiv für Anatomie u. Physiologie», 1889 г., стр. 505.—13. Steiner. «Archiv für Anatomie u. Physiologie», 1874 г., стр. 286.—14. Брюно. Желчь, какъ важный пищеварительный агентъ. Петербургская диссертация, 1898 г.—15. Daviv-Baldi. Sur l'influence du suc pancréatique comparativement celle de la bile dans l'absorption des graisses. «Archiv. Ital. de biologie», т. XXVII.—16. M. Abelman. Ueber die Ausnutzung der Nahrungsstoffe nach Pankreasexstirpation. Юрьевская диссертация, 1890 г.—17. См. Pflüger's Archiv, т. 108 и 110.—18. Harcey. «British med. Journal», 1897 г., стр. 1218.—19. Radziewski. Experimentelle Beiträge zur Fettresorption. Virchow's Archiv, т. 43, стр. 208.—20. Церсволиковъ. «Centralblatt für med. Wissenschaften», 1876 г., стр. 48.—21. Will. Ueber Fettresorption. Pflüger's Archiv, т. XX, стр. 268.—22. Н. П. Шенова-Шенова. Физиология кишечнаго сока. Петербургская диссертация.—23. Савичъ. Отдѣленіе кишечнаго сока. Петербургская диссертация, 1904 г.—24. В. Н. Болдыревъ. Периодическая работа пищеварительнаго канала. Петербургская диссертация, 1904 г.—25. Ancelet. Etudes sur les maladies du pancreas. Virchow-Hirsch's Archiv, 1866 г., т. II.—26. Griscom. «Transaction of the amer. med. association», т. XIV, Philadelphia.—27. Fles. Ein Fall von Diabetes mellitus. Голландскій Архивъ, т. III, стр. 187.—28. Demme. Ueber die Affectionen des Pancreas im Kindesalter. 21. Bericht aus dem Jenner'schen Kinderspital in Bern.—29. v. Mering. Ein Ersatzmittel für Leberthran. «Therapeut. Monatshefte», 1888 г., февраль и май.—30. Григорій Губкинъ. О сравнительномъ усвоеніи тресковаго жира, липанина и сливочнаго масла здоровыми людьми. Петербургская диссертация, 1890 г.

Изъ Балаханской больницы Съезда нефтепромышленниковъ въ Балаханахъ Бакійской губ.

## Къ вопросу о нарывахъ въ печени.

А. И. Окиншевича.

(Окончаніе. См. № 51, стр. 1618).

### Исторіи болѣзни.

1. Натужной кровавой поносъ. Нарывъ въ правой доль печени. Излѣченіе ребра. Выздоровленіе. К. А., 55 л., армянинъ, крестьянинъ Елизаветпольской губ., жевать. Въ Балаханахъ живетъ годъ. Черноработѣ; постоянной работы не имѣетъ. 20/x 1904 г. поступилъ въ терапевтическое отдѣленіе Сабунчинской больницы. Лѣтомъ 1904 г. имѣлъ кровавый поносъ. Въ скорбномъ лѣтѣ было отмѣчено: Больной худъ; рѣзкое старческое измѣненіе организма. Въ легкихъ эмфизема. Периферическіе сосуды плотными. Звукъ сердца глухъ. Селезенка не увеличена. Верхняя граница печени—6-ое 6-7-ое, 7-8-ое ребро по окологрудной, сосковой и подмышковой линіямъ; нижній край ее выступаетъ на ширину 2 пальцевъ изъ-подъ края ложныхъ реберъ; болѣзненна. Сильная болѣзненность въ области 10-11-го ребра между задней и средней подмышковыми линіями справа. Шумъ тренія плевры сзади подъ лопаткой. 38°5. Пробылъ въ терапевтическомъ отдѣленіи до 14/1 1905 г. Тамъ сдѣланъ былъ большому проколъ по задней подмышковой линіи между 9-мъ и 10-мъ ребрами; полученъ бѣловатый гной. Распознаваніе: нарывъ въ печени. 14/1 1905 г. переведенъ въ хирургическое отдѣленіе.

Сильно лихорадитъ. Печень увеличена въ объемъ. Воли сосредоточены въ области 7-го, 8-го и 9-го реберъ справа. Здѣсь же замѣтна тѣстоватая припухлость. Сильно истощенъ. Камель. Въ ночь бѣлох. 16/1: Операция подъ мѣстнымъ наркозомъ экпанномъ. Излѣченіе 10-го ребра по средней подмышковой линіи справа. По удаленіи ребра проколъ гнойника. Расщепленіе его стѣнки. Печень, какъ оказалось, поверхностью была сросшена съ грудобрюшной преградой. Гноя выдѣлялось около 6000. Гнойникъ въ кулакъ. Дренажъ. Сухая повязка. Послѣ операции температура упала; на 3-ій и 4-ый день послѣ операции она поднялась опять до 38°, и затѣмъ все время заживленія раны былъ нормальной. Гной стерилизованъ. Въ первые 2 недѣли ежедневнымъ перевязкамъ. Гноя выдѣлялось много. Къ концу 1-го мѣсяца послѣ операции полость гнойника замѣтно уменьшилась. Гноя стало меньше. Дренажъ удаленъ. Ходить. 7/ш: Кожная рана зарубцовалась, осталась свищевой ходъ длиною около 5 см. 22/ш: Выписался. При выпискѣ свищевой ходъ былъ прежнихъ размѣровъ. Гноя почти нѣтъ. Общее состояніе вполне хорошее. Всю пробылъ въ больницѣ 92 дня, изъ коихъ въ хирургическомъ отдѣленіи 67 дней.

2. Кровавый поносъ. Нарывъ въ правой доль печени. Излѣченіе ребра. Выздоровленіе. И. К., 40 л., русскій, жевать, по занятію плотникъ. Въ Балаханахъ живетъ 5 лѣтъ. 2/ш 1906 г. поступилъ въ терапевтическое отдѣленіе больницы. 18/ш переведенъ въ хирургическое отдѣленіе. Годъ назадъ болѣлъ кровавымъ поносомъ. Водку пьетъ умеренно. Истощенъ. Кожа съ сировато-желтымъ оттѣнкомъ. Звукъ сердца глухъ. Въ легкихъ явленія бронхита. Верхняя граница печени по сосковой линіи съ 5-го ребра, по средней подмышковой съ 6-го ребра, сзади тупость отъ нижняго угла правой лопатки; на мѣстѣ тупости—ослабленіе дыханія и голосоваго дрожанія; шумъ тренія плевры; нижній край печени выступаетъ почти на 3 пальца изъ-подъ края ложныхъ реберъ; область печени болѣзненна. Испражненія жидкія. Въ ночь бѣлка нѣтъ, 38°5. Распознаваніе: нарывъ въ правой доль печени.

19/ш: Операция. Излѣченіе 10-го ребра по средней подмышковой линіи. Полная спайка листковъ плевры. Вскрытіе гнойника. Срошенія свищевыхъ поверхностей печени и грудобрюшной преграды. Гноя около 10000. Дренажъ; сухая повязка. Температура упала къ нормѣ на 6-ой день послѣ операции и больше не давала уже колебаній. Полость гнойника быстро спадалась. Перевязки первые 10 дней ежедневно. Отдѣленіе гноя обильное. 31/ш: Дренажъ удаленъ. Гноя выдѣляется немного. Перевязки чрезъ день. 5/ш: Свищевой ходъ въ печень закрылся. Рана выполнялась и хорошо гранулируетъ. 10/ш: Выписался съ зарубцевавшейся раной. Въ больницѣ пробылъ 39 дней, изъ нихъ въ хирургическомъ отдѣленіи 23. Гной изъ нарыва былъ стерилизованъ. Гнойникъ былъ величинною съ большое яблоко.

3. Кровавый поносъ. Нарывъ въ лѣвой доль печени. Вскрытіе гнойника чрезъ брюшную полость. Выздоровленіе. В. Ч., 26 л., крестьянинъ, уроженецъ Саратовской губ., черноработѣ. Въ Балаханахъ живетъ 4 года. Лѣтомъ 1905 г. болѣлъ кровавымъ поносомъ. Спиртными напитками не злоупотреблялъ. Въ хирургическое отдѣленіе поступилъ 31/x 1905 г. 38°2. Питание удовлетворительное. Звукъ сердца чистъ. Легкія свободны. По средней линіи живота между мечевиднымъ отросткомъ и пупкомъ опухоль, съ кулакъ, принадлежащая печени. Когда больной стоитъ, опухоль замѣтно выпячивается. При дыханіи подвижности опухоли не опредѣляется. Боль при давленіи. Неясное змѣненіе. Распознаваніе: нарывъ печени.

3/x: Операция подъ хлороформомъ. Вскрытіе брюшной полости по средней линіи живота соответственно опухоли. Брюшная полость свободна. Край пристѣнной брюшины пришитъ къ печени въ окружности опухоли. Гнойникъ вскрытъ ножомъ. Тол-

шина печеночной ткани надъ гнойникомъ около 2 см. Гной около 700,0. Дренажъ въ полость гнойника. Рана плотно зашита. Рана оставлена открытой. Сухая повязка. Температура въ день операции упала до нормы и за все время заживления равны колебаний не давала. 1-ую неделю послѣ операции гноя выдѣлялось много. Перевязки ежедневны. Явлений раздражения брюшины не было. Полость гнойника быстро выполнялась. На 10-й день послѣ операции, 13/х, удаленъ дренажъ. 17/х: Рана хорошо выполнялась и стала поверхностной. 20/х: Выписался. При выпискѣ на мѣстѣ бывшей раны — небольшая рубцовая поверхность. Общее состояние вполне хорошее. Въ больницу пробылъ 20 дней. Гной изъ нарыва былъ стерильнъ.

4. Кровавый поносъ. Нарывъ въ правой доль печени. Вскрытие гнойника чрезъ брюшную полость. Выздоровленіе. С. Я., 35 л., русский, крестьянинъ Саратовской губ., слесарь. Живетъ въ Черномъ городѣ 10 лѣтъ. Въ августѣ 1905 г. болѣлъ легкимъ кровавымъ поносомъ. Въ сентябрѣ 1905 г. 3 недѣли лежалъ въ Черногородской больницѣ и лѣчился отъ послѣдствій пьянства. Съ 4/х по 17/х 1905 г. лежалъ въ терапевтическомъ отдѣленіи Балаханской больницы и выписался, не закончивъ лѣченія, хотя нарывъ въ печени уже тогда былъ распознанъ. 15/х 1905 г. поступилъ въ хирургическое отдѣленіе.

37,8°. Вѣсъ 3 п. 20 ф. Питаніе ослабленное. Желтоватая окраска кожи и склеръ. Животъ слегка вздутъ. Верхняя граница печени по сосковой линіи съ 6-го ребра; печень выдается на ширину 3 пальцевъ изъ-подъ края ложныхъ реберъ; на выступающей изъ-подъ реберъ правой доль печени, приблизительно по направленію сосковой линіи, опредѣляется опухоль; границы опухоли не ясны; боль; при дыханіи печень кажется подвижной. Испражнения нормальны. Сердце и легкія безъ замѣтныхъ измѣненій. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ. 18/х: Операция. Наркозъ-хлороформъ. Вскрытие брюшной полости разрезомъ по наружному краю правой прямой мышцы живота. Разрезъ длиною въ 10 см. Въ области опухоли брюшина оказалась спаянной съ поверхностью печени. Вскрытіе ткани печени на мѣстѣ наибольшаго выпячивания гнойника. Предъ разрезомъ печени — проколъ гнойника. Слои ткани печени, отдѣлявшій гнойникъ отъ поверхности ея, очень тонкій — не болѣе 1,5 см. Гнойникъ вскрытъ. Гноя много. Наибольшая глубина полости гнойника при измѣреніи зондомъ около 10 см. Дренажъ. Сухая повязка. Температура упала до нормъ на 4-й день послѣ операции. Обильное выдѣленіе гноя продолжалось около 2-хъ недѣль. Ежедневныя перевязки сухимъ асептическимъ матеріаломъ. 30/х: Дренажъ введенъ въ печеночный гнойникъ, удаленъ. 4/х: Полость гнойника спалась. Свищевой ходъ въ печень, образовавшійся послѣ дренажа, закрылся. 12/х: Осталась поверхностная, хорошо гранулирующая рана. Выписался для амбулаторнаго лѣченія. Пробылъ въ больницѣ 27 дней. Вѣсъ при выпискѣ 3 п. 24 1/4 ф.; прибавка — въ 4 1/4 ф. Гной изъ нарыва былъ стерильнъ.

5. Кровавый поносъ. 2 послѣдовательныхъ нарыва въ печени сначала въ правой, затѣмъ въ лѣвой доль. Вскрытие гнойниковъ чрезъ брюшную полость. Выздоровленіе. М. К., 29 л., русский, городской, крестьянинъ Саратовской губ. Прибылъ въ Баку недавно и живетъ въ Балаханахъ 9 мѣс. Въ ноябрѣ 1905 г. болѣлъ кровавымъ поносомъ, лежалъ въ Балаханской больницѣ и выписался 17/х 1905 г. Вновь поступилъ въ хирургическое отдѣленіе 15/х 1906 г.

39,5°. Питаніе неудовлетворительное. Склеры и кожа съ желтоватымъ оттѣнкомъ. Боли въ подложечной области. Граница печени сверху 5-ое, 5-6-ое, 6-ое ребро по соответствующимъ линіямъ; нижній край ея почти на ширину ладони ниже реберной дуги; у наружнаго края правой прямой мышцы живота на печени — опухоль неопредѣленныхъ размѣровъ; боль; при дыханіи печень подвижна. Селезенка неувеличена. Сердечная тупость прикрыта легкими. Систолическій шумъ на верхушкѣ сердца. Испражнения жидкія, съ слизью. Въ мочѣ бѣлокъ. Распознаваніе: нарывъ въ печени. 18/х: Операция. Наркозъ-хлороформъ. Кожный разрезъ длиною въ 10 см., почти по наружному краю правой прямой мышцы живота. Брюшная полость свободна. Брюшина пришта къ поверхности печени въ окружности выпячивания ткани печени. Проколъ гнойника; получена густая, желтоватая съ шоколаднымъ оттѣнкомъ жидкость. Ткань печени вскрыта ножомъ. Выдѣлилось около 800,0 жидкости. Дренажъ уходитъ въ полость гнойника на глубину 12 см. Наружная рана оставлена открытой и плотно зашита. Сухая повязка. Чрезъ 4 часа послѣ операции повязка сильно промокла. При перевязкѣ выдѣлилось большое количество гноя. Гной стерильнъ. Рана заживала безъ всякихъ осложнений и при нормальной температурѣ; только на 6 день послѣ операции было до 39°; повышение это держалось 1 день и ничѣмъ не отразилось на положеніи больного. Въ 1-ую недѣлю послѣ операции перевязки были ежедневны. Гноя много. Раздраженія брюшины не было. 25/х: Рана хорошо гранулируетъ. Изъ свища, ведущаго въ печень, выдѣляется много гнойныхъ массъ шоколаднаго цвѣта. 5/х: Дренажъ удаленъ. Отдѣленіе гноя небольшое. Перевязки черезъ день. 9/х: Рана рубцуется. Печеночный свищъ закрылся. Печень уменьшилась почти до нормъ. 14/х: Осталась поверхностная кожная рана. На низѣ жидко, временами съ примѣсью слизи. 18/х: Выписался съ почти зажившей раной. Общее состояние хорошее. Въ больницѣ пробылъ 34 дня.

11/х 1906 г. К. вновь поступилъ въ хирургическое отдѣленіе больницы съ жалобами на боли въ подложечной области между мечевиднымъ отросткомъ и пупкомъ, по средней линіи — опухоль, асцитъ выступающая въ сидячемъ положеніи больного; принадле-

ребернаго хряща слѣва; нижній край на 2 пальца не достигаетъ уровня пупка. При дыханіи опухоль кажется неподвижной. На верхушкѣ сердца систолическій шумъ. На низѣ нормально. Вѣлка въ мочѣ нѣтъ. 36,9°. Распознаваніе: нарывъ въ лѣвой доль печени. 13/х: Операция подъ хлороформомъ (20,0); за 1/2 часа до операции — морфій подъ кожу (1% наго раствора 1 к. стм.). Кожный разрезъ по средней линіи, длиною около 10 стм. Брюшина оказалась спаянной съ печенью. Пробный проколъ въ ткань печени. Полученъ густой, бѣловатый гной, оказавшійся стерильнымъ. Ткань печени вскрыта ножомъ. Выдѣлилось около 150,0 гноя. Зондъ прошелъ въ полость гнойника на глубину около 5 см. Дренажъ. Частичный шовъ на кожно-мышечную рану. Сухая повязка. 15/х: Перевязка. Гноя мало. Общее состояние вполне удовлетворительное. 20/х: Дренажъ удаленъ. Полость гнойника спалась. Рана гранулируетъ. 26/х: Рана печени закрылась; осталась небольшая грануляционная поверхность. 27/х: Выписался съ небольшою кожною раной. Общее состояние больного очень хорошее. Въ больницѣ пробылъ 16 дней.

6. Кровавый поносъ. Нарывъ въ правой доль печени съ образованиемъ гнойника подъ грудобрюшной преградой. Излѣченіе ребра. Выздоровленіе. Т. Д., 40 л., крестьянинъ Саратовской губ., женатъ, по занятию слесарь. Въ Черномъ городѣ (заводской районъ) прожилъ 23 г.; въ Балаханахъ живетъ всего лишь 10 мѣс. Въ сентябрѣ 1905 г. болѣлъ кровавымъ поносомъ, длившимся съ недѣлю. Выпиваетъ изрѣдка. 17/х 1906 г. поступилъ въ хирургическое отдѣленіе.

38,5. Истощенъ. Кожа землисто-желтаго оттѣнка. Въ легкіяхъ сухіе хрипы. Плевральныя полости свободны. Верхняя граница печени перкуторно не увеличена; нижній край ея выдается на 2 изъ-подъ края ложныхъ реберъ; болѣзненная; рѣзкая боль по 9—10-му ребру справа по средней подмышковой линіи. Селезенка не увеличена. На низѣ правильно. Въ мочѣ слѣды бѣлка. Пробный проколъ между 9-мъ и 10-мъ ребрами справа на мѣстѣ наибольшей боли. Полученъ густой, шоколаднаго цвѣта гной, при изслѣдованіи оказавшійся стерильнымъ. Распознаваніе: нарывъ въ правой доль печени. 22/х: Операция. Наркозъ-хлороформъ. Изсѣченіе 10-го праваго ребра между средней и передней сосковой линіями. Плевральный мѣшокъ залусть. По вскрытіи гнойника оказалось, что гной скопился между грудобрюшной преградой и поверхностью печени. Въ ткани послѣдней видна кратерообразная язва, ведущая въ полость гнойника. Зондъ проходитъ въ ткань печени на глубину 6 см. Изъ печеночнаго свища при надавливаніи снаружи выдѣляется гной. Дренажъ. Сухая повязка. 1-ую недѣлю послѣ операции повязки мѣнялись ежедневно въ виду обильнаго выдѣленія гноя. Колебанія температуры наблюдались въ 1-ую недѣлю, при чемъ на 5-й день послѣ операции было 38,2; къ концу 1-ой недѣли температура стала нормальной и до конца лѣченія колебаній не давала. 1/х: Рана гранулируетъ вало. Гноя меньше. 4/х: Грануляция имѣютъ болѣе здоровый видъ. Гноя мало. Перевязки черезъ день. 12/х: Дренажъ удаленъ. Кожная рана рубцуется. 20/х: Рана въ большей своей части зарубцевалась. Остался свищевой ходъ длиною въ 5 см.; отдѣляемое свища ничтожно. 23/х: Рана почти вся зажила. Свищъ остался. Общее состояние хорошее. Печень перкуторно въ границахъ нормъ. Выписался. Въ больницѣ пробылъ 34 дня.

7. Кривавый поносъ. Множественные нарывы въ печени. Нарывъ въ нижней доль праваго легкаго. Смерть. С. Е., 43 л., крестьянинъ Тамбовской губ. Въ Балаханахъ живетъ 4 года. Летомъ 1904 г. болѣлъ кровавымъ поносомъ. 15/х 1905 г. поступилъ въ терапевтическое отдѣленіе Балаханской больницы. До больницы недомоганье чувствовалъ около 2 мѣс. При поступленіи 37,6. Вѣсъ 2 п. 28 1/2 ф. — Питаніе подорвано; слизистыя оболочки малокровны. Правая сторона грудной кѣтки и правая подреберная область выпячены; дыхательныя движенія правой 1/2 груди сильно ограничены. Звукъ при выстукиваніи легкаго справа заглушенъ. Притупленіе мѣтится свадъ съ угла лопатки, по средней подмышковой — съ 7-го, по сосковой — съ 5-го ребра. Голосового дрожанія въ этой области нѣтъ. Нижний край печени изъ-подъ края ложныхъ реберъ не выдается. Со стороны сердца измѣненій нѣтъ. Концевыя вѣтви сосудовъ извиты и плотны. На низѣ крѣпкъ. Вѣлка въ мочѣ нѣтъ. Пробный проколъ справа по средней подмышковой линіи между 9-мъ и 10 ребрами: полученъ густой, желтоватый гной. Распознаваніе: нарывъ въ правой доль печени. 18/х: переведенъ въ хирургическое отдѣленіе.

19/х: Операция. Наркозъ-хлороформъ. Справа между передней и задней подмышковыми линіями изсѣченъ кусокъ изъ 10-го ребра въ 6 см. Плевра оказалась спаянной съ грудобрюшной преградой; по вскрытіи послѣдней удалено около 2000 к. стм. гнойной жидкости шоколаднаго цвѣта. При изслѣдованіи пальцемъ полости гнойника опредѣлена оч. большая полость, границы которой достигнуть не удалось. Дренажъ. Сухая повязка. 20/х: Температура высокая. Повязка промокла и смѣнена. Пульсъ хорошій. Самочувствіе удовлетворительное. 21/х: Перевязка. Отдѣляемое въ большемъ количествѣ. 25/х: Температура не падаетъ. Капель и боли въ правомъ боку. При выслушиваніи ослабленіе дыхательныхъ шумовъ. Пробный проколъ никакихъ результатовъ не далъ. Перевязки ежедневно. 2/х: Продолжаетъ лихорадить. Гной густой, обильный. Рана вало гранулируетъ. Со стороны легкіхъ явленія тѣже. Мокрота слизисто-гнойная. 8/х: Температура не падаетъ. Перевязки ежедневно. Худѣетъ и истощается. Омертвѣніе кожи вокругъ раны. Гной съ примѣсью желчи. 12/х: Температура вагнантиальная. Гноя по прежнему много; онъ смѣшанъ съ небольшимъ количествомъ желчи. Рана

вадая. Омертвѣніе кожи вокругъ нея продолжается. 19/п: Больной очень ослабѣлъ. Языкъ сухой. Кашель. Боли. Поносъ. Отдѣленіе гноя въ скудномъ количествѣ. 21/п: Явления тѣже. Упадокъ силъ увеличивается. П. 108, слабый. Одышка. 23/п: Положеніе ухудшается. Рана суха, отдѣленіе небольшое. Распадъ тканей и омертвѣніе увеличивается. Поносъ. 25/п: Смерть. На вскрытіи, произведенномъ д-ромъ М. С. Мюльманомъ, найдено: правое легкое приращено въ грудобрюшно-преградной части; ткань легкого на протяжении почти всей нижней доли омертвѣвшая, сѣроаспиднаго цвѣта. Печень немного увеличена, содержитъ на поверхности и въ глубинѣ нѣсколько гнойныхъ нарывовъ; правая доля сбоку соответственно тому мѣсту, гдѣ была произведена операція, содержитъ омертвѣвшіе участки ткани — вокругъ 2 открытыхъ нарывовъ. Слизистая оболочка толстыхъ кишокъ утолщена, бурриста, мѣстами атрофирована, почти вся изъязвлена. С. Е. прожилъ въ больницѣ 38 дней. Гной изъ нарывовъ оказался стерильнымъ.

8. *Кривавый поносъ. Множественные нарывы въ печени. Паранефритический нефритъ. Смерть.* И. Н., 38 л., крестьянинъ Варшавской губ., по занятию слесарь. Живетъ въ Баку (въ заводскомъ районѣ — Черный городъ) 20 л. Водку пьетъ умеренно. Лѣтомъ 1905 г. болѣлъ кровавымъ поносомъ. 9/х: 1905 г. поступилъ въ хирургическое отдѣленіе больницы. Недомоганье чувствуется мѣсяцъ.

38,3°. Плохо упитанъ. Кожа землисто-желтого оттѣнка. Со стороны сердца измѣненій не отмѣчено. Пульсъ правильный, полный. Верхняя граница печени на ширину пальца выше нормы; нижний край ея на уровнѣ пупка; печень подвижна при дыханіи, при опущеніи болѣзненна. Произвольныя боли въ области печени и въ правомъ плечѣ. Почти у наружнаго края правой прямой мышцы живота на печени опредѣляется опухоль неясныхъ размѣровъ. При пробномъ проколѣ этой опухоли въ Черногородской амбулаторіи найденъ былъ гной. Кашель. Поносъ съ примѣсью слизи. Въ мочѣ бѣлокъ. Распознаваніе нарыва въ правой долѣ печени. 14/х: Операція. Наркозъ-хлороформъ. Кожный разрѣзъ, около 15 см. длиной, почти у наружнаго края правой прямой мышцы живота. Брюшная полость свободна. Брюшина прищита къ печени по окружности опухоли. Ткань печени вскрыта ножомъ. Выдѣлилось много гноя, при чемъ сначала онъ былъ жидкій, желтовато-бѣлаго цвѣта, а затѣмъ густой, шоколаднаго цвѣта. При изслѣдованіи пальцемъ границы полости гнойника опредѣлить не удалось. Дренажъ. Рана плотно затампована. Сухая повязка. 15/х: Повязка смѣнена. Раздраженія брюшины нѣтъ. 36°. Общее самочувствіе хорошее. 19/х: Нормальная температура держалась послѣ операціи 2 дня; затѣмъ стали отмѣчаться повышенія ея по вечерамъ до 39°. Съ гноемъ выдѣляется желчь. Гноя много. 25/х: Рана вяло гранулируетъ; грануляціи покрыты налетомъ. Повязка обильно промокаетъ желчью. На низъ крѣпятъ; послѣ промывательнаго прослабило; испраженія не сильно окрашены желчью. 30/х: Худѣетъ и истощается. Край нижней раны начинаютъ омертвѣвать. Примѣсы желчи къ гною немного меньше. 5/х: Экзема вокругъ раны. Перевязки ежедневныя. Плохо ѣстъ. Общій упадокъ силъ. 11/х: Край раны изъѣденъ и частично омертвѣваетъ. Отдѣленіе изъ печеночнаго свища обильное. Примѣсы желчи. Пульсъ частый, слабый. Одышка. Мочи почти нѣтъ; за сутки ея всего 150. 12/х: Положеніе больного тяжелое. Мочи 120. Языкъ сухой. Пульсъ 114, слабый. Рана вялая. Гноя много. 13/х: Мочи нѣтъ. Рѣзкая одышка. Пульсъ очень слабый. 14/х: Смерть. На вскрытіи (М. С. Мюльманъ): Направо отъ бѣлой линии параллельно ей на протяжении 10 см., начиная отъ мѣста перехода нижняго ребра въ хрящъ находится операціонный разрѣзъ, въ которомъ торчатъ тампонъ и дренажная трубка. Печень выступаетъ на поперечникъ ладони внизу отъ мечевиднаго отростка. Дѣтки свободны, вездѣ проходимы для воздуха. Сумка почечъ снимается легко; ткань ихъ малокровна, тускла, сѣроокрашена; объемъ немного увеличенъ. Печень увеличена; край отверстія печени, въ которомъ торчатъ тампонъ, срощены съ окружающей тканью. Почти вся правая доля печени представляетъ сплошной гнойникъ и содержитъ изърозный гной. Кроме того, имѣется много малыхъ нарывовъ отдѣльно отъ большого въ обѣихъ доляхъ печени, величиною отъ горошины до грецкаго орѣха. Одинъ изъ нихъ въ лѣвой долѣ печени имѣетъ сѣро-черные края и содержитъ изърозный гной. Брюшина малокровна и блестяща. Въ толстыхъ кишкахъ имѣются язвы, особенно въ верхнихъ частяхъ; 1 язва занимаетъ весь поперечникъ кишки, 2 — поменьше, съ тонкими сѣрымъ дномъ, и воспаленными краями; остальные въ состояніи рубцеванія. И. Н. прожилъ въ больницѣ 25 дней. Гной изъ нарыва, полученный во время операціи и взятый изъ отдѣльныхъ гнойниковъ на вскрытіи, оказался стерильнымъ.

Подводя итогъ всему сказанному, можно придти къ слѣдующимъ выводамъ.

1. Нарывы въ печени представляютъ довольно частое страданіе среди рабочихъ промысловаго района, при чемъ особенную склонность къ заболѣванію проявляютъ рабочіе русскіе.

2. Главнымъ этиологическимъ условіемъ въ развитіи нарывовъ въ печени служитъ натужный кровавый поносъ.

3. Предрасполагающимъ условіемъ является какъ вся обстановка жизни рабочихъ на промыслахъ, такъ и наклон-

ность русскихъ рабочихъ къ злоупотребленію спиртными напитками.

4. Вопросъ о специфическомъ микробѣ нарывовъ въ печени остается открытымъ.

5. При распознаваніи нарывовъ въ печени нужно пользоваться совокупностью всѣхъ признаковъ болѣзни, при чемъ пробный проколъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ составляетъ необходимое средство для распознаванія. Правильное и осторожное пользованіе пробнымъ проколомъ не можетъ повредить больному.

6. Нарывы въ печени требуютъ оперативной помощи, и при своевременно произведенной операціи получаютъ вполне хорошіе результаты для больного. Гнойники слѣдуетъ вскрывать въ одинъ приемъ.

Въ заключеніе позволю себѣ принести здѣсь искреннюю благодарность д-ру Б. К. Финкельштейну за товарищескую помощь при составленіи этой работы.

Источники: 1. Goebel. Ueber Leberabscesse. «Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie» 1901 г., т. 15, тетр. 5, стр. 513. — 2. Schmitt. Zur Chirurgie des Leberabscesses. «Archiv f. klinische Chirurgie», т. 61, тетр. 1, стр. 182. — 3. Koch. Ueber tropische Leberabscesse. «Mittheilungen aus d. Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie», 1904 г., т. XIII, тетр. 1. — 4. Joison. Les abcès du fote d'origine coloniale. «Revue de Chirurgie», 1906 г., февраль — мартъ. — 5. Волынский. Къ вопросу о нарывахъ печени. Диссертация. 1898 г., — 6. Розенталъ. Этиологія и серотерапія дизентеріи. «Труды бактериологическаго Института въ Москвѣ», 1904 г., — 7. Thomas Rhoads. Annals of Surgery, 1904 г., май, стр. 710.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССИИ И ИЗЪ-ЗА ГРАНИЦЫ.

Бугорчатка, какъ народное бѣдствіе, и мѣры борьбы съ ней.

(Окончаніе. См. № 51, стр. 1626).

Чѣмъ больше вдумываться въ зависимость бугорчатки отъ различныхъ этнографическихъ, социальныхъ, бытовыхъ и пр., условій жизни русскаго народа, на почвѣ физической и духовной немощи котораго она развивается, тѣмъ больше убѣждаешься въ томъ, что борьба съ этимъ народнымъ бичемъ должна вытекать прежде всего изъ измѣненныхъ основъ его жизни. Бугорчатка, какъ необходимое слѣдствіе тяжелыхъ условій жизни современныхъ поколѣній, какъ болѣзнь лишеній, частыхъ и систематическихъ недоѣданій и прочихъ критическихъ обстоятельствъ человѣческаго существованія, требуетъ для борьбы съ ней полного освѣщенія началъ нашей общественной жизни, доведшей современныя поколѣнія до бугорчатки. Болѣзнь эта будетъ «физиологическимъ» недугомъ народовъ, если признать настоящіе условія ихъ жизни нормальными!...

Благотворительность, какъ-бы она ни была присуща духу русскаго народа, едва-ли можетъ быть, однако, положена въ основу борьбы съ бугорчаткой. Болѣе успѣшная и вѣрная борьба съ этимъ недугомъ, какъ и съ прочими общественными недугами, постигающими главнымъ образомъ бѣднѣйшую часть населенія, тогда только выйдетъ на болѣе реальный путь практическаго осуществленія, когда доходность, поступающая въ государственныя учрежденія на общественныя нужды, не явится результатомъ обложенія населенія въ томъ %-номъ отношеніи къ состоятельнымъ и несостоятельнымъ классамъ, какое держится до сихъ поръ. Въ Германіи пролетаріатъ сумѣлъ почти личными силами, при незначительномъ участіи правительства, повести борьбу противъ различныхъ общественныхъ недуговъ, въ томъ числѣ и бугорчатки, проводя обязательное государственное страхованіе рабочихъ. Въ Россіи обязательное страхованіе населенія отъ инвалидности и старости могли бы взять на себя Земства, какъ учрежденія, ближе всего стоящія къ народу и нуждамъ его, связавъ его, напр., хотя-бы съ существующимъ уже въ настоящее время въ большинствѣ ихъ обязательнымъ страхованіемъ недвижимостей отъ огня. Развѣ въ самомъ дѣлѣ не въ стократъ горше положенія погорѣльцевъ положеніе семьи или общества, изъ среды которыхъ невидимый, но ужасный врагъ вырываетъ столько лучшихъ жизней!...

Г. Котанъ.



## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физиология и общая патология.** 744. Д-ръ *Lopez* (Philadelphia) произвелъ рядъ опытовъ съ цѣлью выяснитъ, действительно-ли дѣти перваго возраста не въ состояніи переваривать крахмалъ. 25 дѣтей отъ 2—6-мѣсячнаго возраста были раздѣлены на 5 группъ; каждая группа получала особую пищу, въ которой опредѣлялось  $\frac{1}{100}$ -ное содержаніе крахмала. Въ собранныхъ за сутки испражненіяхъ также опредѣлялось количество крахмала, оставшагося неперевареннымъ. Испражненія изслѣдовались въ теченіи 10 дней по слѣдующему способу. Послѣ выпариванія ихъ до суха на водяной банѣ, къ нимъ прибавлялись 50 к. стм. воды и 3 к. стм. сѣрной кислоты; смѣсь кипятилась 3 часа для превращенія крахмала въ сахаръ; послѣ процѣживанія охлажденной массы и доведенія объема жидкости до 100 к. стм., производилось опредѣленіе количества сахара при помощи раствора *Fehling's*, 100 к. стм. котораго соотвѣтствуютъ 0,5 винограднаго сахара или 0,45 грм. крахмала. — 1-ая группа получала манную кашу; въ среднемъ суточное количество пищи содержало 1,5% крахмала; въ 1 грм. кала этихъ дѣтей оставалось 0,001 грм. крахмала. 2-ая группа получала кашку изъ аррорута, съ 2,5% крахмала въ суточной пищѣ; 1 грм. испражнений содержалъ 0,051 грм. крахмала. Дѣти 3-ей группы получали пшеничный и ячменный отваръ, крахмала въ ѣдѣ было 2%; въ испражненіяхъ оставалось 0,027 грм. крахмала на 1 грм. Дѣти всѣхъ 3-хъ группъ хорошо развивались и прибывали въ вѣсъ; страдавшіе передъ началомъ опытовъ разстройствомъ пищеваренія имѣли во время опытовъ менѣе частыя испражненія. Дѣтямъ 4-ой группы давалось разбавленное коровье молоко. Пища 5-ой группы была сильно подслащена, суточное количество ея заключало 5% сахаристыхъ веществъ. Дѣти 4-ой группы часто страдали кишечными расстройствами, но особенно часты были желудочно-кишечныя расстройства среди дѣтей 5-ой группы, которая всѣ потеряли въ вѣсѣ и имѣли плохой видъ. Послѣ перевода этихъ дѣтей на пищу 1-ой группы они быстро поправились. Авторъ заключаетъ, что въ первые мѣсяцы жизни пищеварительные органы дѣтей могутъ хорошо переваривать крахмалистыя вещества (*Medical Record*, 20 сентября).

*Л. Старокадомскій.*

745. Д-ръ *И. М. Гордеевъ* изслѣдовалъ работу желудка какъ отдѣлительную, такъ и двигательную при всевозможныхъ сортахъ пищи. Опыты производились на 5 собакахъ, имѣвшихъ обособленный по способу *Heidenhain - Павлова* желудочекъ и желудочный свищъ. Желудочный сокъ, вытекавшій въ чистомъ видѣ изъ обособленнаго желудочка, опредѣлялся количественно и качественно (на содержаніе пепсина). Желудочный свищъ позволялъ наблюдать продолжительность пищеваренія при данномъ родѣ пищи. Выводы: 1. На желтки куриныхъ яицъ выделяется наибольшее количество сока, на бѣлки—наименьшее. 2. Отдѣленіе желудочнаго сока больше при крутыхъ бѣлкахъ, чѣмъ при сырыхъ; при желткахъ-же такого соотвѣтствія не наблюдается. 3. Концентрація пепсина при желткахъ меньше, чѣмъ при бѣлкахъ; общее-же количество бродила, напротивъ, больше при желткахъ, въ зависимости отъ обилія отдѣляющагося сока. 4. При вареныхъ яичныхъ продуктахъ и переваривающая сила, и общее содержаніе пепсина значительное, чѣмъ при сырыхъ. 5. Бѣлки быстрее переходятъ въ кишечникъ, чѣмъ желтки. 6. Сырые яичные продукты—скорѣе вареныхъ. 7. Продукты, содержащіе молочную кислоту (простокваша, сметана), даютъ большее количество сока, чѣмъ вещества, въ которыхъ нѣтъ этой составной части (молоко, сливки). 8. На измѣненіе переваривающей силы и на время перехода пищи изъ желудка въ кишечникъ молочная кислота не оказываетъ замѣтнаго вліянія. 9. Молочные продукты, содержащіе большое количество жира (сливки, масло), у однихъ животныхъ увеличиваютъ, у другихъ уменьшаютъ количество желудочнаго сока, всегда понижаютъ переваривающую силу и удлиняютъ пищеварительный періодъ. 10. На продукты, характеризующіеся

высокимъ уд. вѣсомъ (творогъ, сыръ) по сравненію съ молокомъ, выделяется большее количество желудочнаго сока и пепсина. Продолжительность пищеварительнаго періода также повышена. 11. Сокоотдѣленіе, переваривающая сила и время пребыванія пищи въ желудкѣ меньше всего при телятицѣ, затѣмъ идетъ коровье мясо, конина и баранина. 12. Мясные продукты съ преобладающимъ количествомъ жира (смѣсь мяса съ масломъ, гусь) то увеличиваютъ, то уменьшаютъ отдѣленіе сока, понижаютъ переваривающую силу и увеличиваютъ періодъ желудочнаго пищеваренія. 13. Продукты, содержащіе въ большомъ количествѣ соль (копченая колбаса, ветчина, селедка), вызываютъ усиленное сокоотдѣленіе, понижаютъ переваривающую силу и удлиняютъ пищеварительный періодъ. 14. На жареное и вареное мясо выделяется больше и сока, и бродила, чѣмъ на сырое. Продолжительность пребывания въ желудкѣ разныхъ сортовъ мяса почти одинакова. 15. Работа желудка при хлѣбѣ характеризуется среднимъ количествомъ сока, высокой переваривающей силой и продолжительностью пищеварительнаго періода. 16. Углеводистая пища съ большимъ содержаніемъ жира понижаетъ количество сока и содержаніе въ немъ бродила и значительно удлиняетъ періодъ перехода пищи въ кишечникъ. 17. Работа желудка при употребленіи въ пищу кашъ близко подходитъ къ хлѣбной пищѣ. На гречневую кашу выделяется больше сока и бродила, чѣмъ на рисовую, а на эту послѣднюю больше, чѣмъ на пшеничную. 18. Картофель требуетъ для своей обработки меньшаго количества сока, бродила и времени для перехода его въ кишечникъ, чѣмъ хлѣбная пища. 19. Желудочное пищевареніе при смѣшанной пищѣ въ большинствѣ случаевъ даетъ меньшее количество сока и бродила; время перехода пищи въ кишечникъ также уменьшается (*Петербургская диссертация*, 1906 г.).

*В. В.*

**Патологическая анатомія.** 746. Проф. *F. Franke* приводитъ случай первичной бугорчатки селезенки, наблюдавшійся имъ въ *Braunschweig'sкомъ Diakonissenhaus Marienstift*.

Больная, замужняя женщина 28 л., обратилась къ автору впервые 12/1 1906 г. изъ-за опухоли въ лѣвой  $\frac{1}{2}$  живота, которую замѣтила у себя около времени послѣднихъ родовъ, бывшихъ въ іюлѣ 1905 года. Опухоль эта начала медленно расти и причинять все больше боли, особенно при сидячемъ положеніи. По временамъ бывала лихорадка, чувствовалась нарастающая слабость и замѣтно стало нѣкоторое исхуданіе. Больная обращалась къ 2-мъ врачамъ, изъ которыхъ одинъ опредѣлилъ у нея яичниковую опухоль, а другой—опухоль селезенки. Со стороны насѣдственности ничего особеннаго; тяжелыхъ болѣзней не было; не было также и страданія железъ въ дѣтствѣ. Изслѣдуя нѣсколько исхудавшую, но не малокровную на видъ больную, *F.* нашелъ у нея при здоровыхъ легкихъ и сердцѣ большую, плотную опухоль въ лѣвой  $\frac{1}{2}$  нѣсколько вздутаго живота, доходившую вправо почти до средней линіи, снизу распространявшуюся въ малый тазъ, а по направленію вверхъ—подъ ребра. По формѣ своей опухоль походила на увеличенную селезенку, ворота которой прощупывались на уровнѣ нѣсколько ниже пупка. Притупленіе при постукиваніи шло впередъ и къзади немного дальше нормальнаго селезеночнаго. Опухоль была нѣсколько подвижна кверху и внутри и мало, но явственно смѣщалась при дыханіи. Опуханія железъ, болѣе въ костяхъ, лихорадки не было. При такихъ данныхъ авт. опредѣлилъ увеличеніе селезенки неизвѣстнаго происхожденія, ибо никакихъ заразныхъ болѣзней (малярія, сифилисъ, гриппъ) въ анамнезѣ не было, а простое микроскопированіе капли крови и изслѣдованіе ея по скалѣ *Tallquist's* указали на отсутствіе важныхъ измѣненій въ крови. Предложенная большой операціей была ею принята и произведена авторомъ 13/1. Прошла она гладко и быстро. Селезенка оказалась сросшею вверху съ грудобрюшной преградой; но эти сросшенія устранены были легко, безъ значительнаго кровотеченія. Брюшная рана наглухо закрыта этажными швами. Швы были удалены на 9-ый день. Послѣ операціи больная перенесла 2 плейропнеймоны, сначала (на 2-й день) справа, потомъ слева. 5/11 она была выписана совершенно поправившеюся, а 8/11, вопреки совѣту проф. *F.*, увезена мужемъ домой и на дорогѣ внезапно скончалась отъ неизвѣстной причины. Произведенное черезъ 6 час. послѣ операціи и затѣмъ повторенное изслѣдованіе крови дало 4.500000 красныхъ шариковъ, около 60% гемоглобина и около 6000 бѣлыхъ тѣлецъ, большинство многоядерныхъ, безъ эозинофиловъ. Селезенка была, что бросалось въ глаза тотчасъ по вскрытіи живота, по всей поверхности густо усѣяна мелкими возвышенными сѣроватыми пятнами, которые видѣлись также (но немного) и на поверхности не-увеличенной почки; кишки же и брюшина были свободны отъ нихъ. На разрѣзѣ органъ оказался пронизаннымъ массой просовидныхъ и болѣе крупныхъ узелковъ,—бугорковъ съ сыровидными центрами и обильными

клеточками-великанами (но безъ палочекъ), какъ показало микроскопическое насѣдованіе. Вѣсъ селезенки былъ 1754 грм., а размеры 29, 16 и 6,5 см.

Помимо описанія случая, авт. даетъ въ своей статьѣ очеркъ литературы вопроса, опираясь главнымъ образомъ на *J. Bayer'a* (Ueber die primäre Tuberculose der Milz. «Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie», т. 13). По этому очерку случай его оказывается 29-мъ извѣстнымъ случаемъ первичной бугорчатки селезенки и 10-мъ, если считать только тѣ, гдѣ больные подвергались операціи (Deutsche medizinische Wochenschrift, 11 октября).

C. Гр—въ.

**Внутреннія болѣзни. 747. В. О. Волтке** примѣнялъ въ 9 случаяхъ *Basedow'ой болѣзни специфическое леченіе по Moebius'у*, т. е. назначая больнымъ сыворотку или молоко животныхъ, у которыхъ удалена была щитовидная железа. Наиболѣе подходящимъ животнымъ для доставленія специфической сыворотки авт. считаетъ козу, ибо бараній антитиреоидинъ имѣетъ нѣкоторые токсическія свойства. Молоко давалось въ количествѣ 100—250,0 въ день, сыворотка по 10,0 ежедневно или черезъ день. Что касается результатовъ, то они были различны въ зависимости отъ тяжести случаевъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ получилось лишь незначительное и при томъ очень кратковременное улучшение. Въ случаяхъ средней силы успѣхъ леченія былъ болѣе ободряющій. Въ одномъ случаѣ улучшение длилось цѣлыхъ 9 мѣс.; въ другомъ — зобъ очень быстро уменьшался подъ влияніемъ антитиреоидина, но затѣмъ по прекращеніи леченія снова увеличивался. Въ легкихъ случаяхъ результатъ леченія былъ вполне удовлетворительный: зобъ уменьшался, сердцебиенія прекращались, вѣсъ увеличивался — и все это держалось дов. стойко въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ безъ всякаго леченія. Подводя итоги, авт. говоритъ, что больше всего специфическому леченію поддается зобъ, если только онъ не подвергся коллоидному перерожденію. Менѣе замѣтно было влияние на сердцебиенія; пучеглазье же уменьшалось въ самой незначительной степени. Точно также дов. плохо поддавались леченію нервные явленія — дрожаніе и пр. Вѣсъ больныхъ дов. быстро возрасталъ во время леченія. Сумма шмтагит: антитиреоидинъ — прекрасное припадочное средство, которое, «какъ и большинство препаратовъ органотерапіи, не должно намъ внушать особыхъ иллюзій».

748. Ч. пр. *M. Katzenstein* (Berlin) предлагаетъ *лечить очень остро протекающіе и неподлежащіе оперативному леченію случаи аппендицита кишечными вливаніями раствора поваренной соли*. Въ этихъ случаяхъ болѣзнь принимаетъ тяжелое теченіе главнымъ образомъ вслѣдствіе недостаточной силы противоудѣствія со стороны организма и вслѣдствіе усиленнаго всасыванія ядовъ и бактерій изъ полости брюшины. Хотя обыкновенно при вскрытіи полости живота кишки и оказываются дов. сильно налитыми, но поверхность ихъ бываетъ блестяща и не покрыта фибриномъ. Это отсутствіе фибрина и служитъ главной причиной усиленнаго всасыванія, ибо опыты на животныхъ и клиническое наблюденіе показали, что фибринъ, отлагающійся на внутренней поверхности сывороточныхъ полостей, задерживаетъ всасываніе; уменьшеніе противоудѣствія со стороны организма въ этихъ случаяхъ доказывается отсутствіемъ лейкоцитоза. Вливанія значительныхъ количествъ поваренной соли, съ одной стороны, способствуютъ удаленію путемъ мочевого дѣйствія ядовъ и бактерій, съ другой — обуславливаютъ отложеніе фибрина въ полости брюшины. Но, такъ какъ эти вливанія не должны усиливать кишечной перистальтики, то ихъ слѣдуетъ производить при соблюденіи особыхъ мѣръ предосторожности. Техника ихъ слѣдующая: растворяютъ 4 грм. поваренной соли въ  $\frac{1}{2}$  литра теплой воды (40°); растворъ наливаютъ въ *Esmarch'овскую* кружку, край которой устанавливаютъ такъ, чтобы въ секунду вытекало лишь 1—2 капли; въ прямую кишку вводятъ мягкую резиновую трубку, а кружку помѣщаютъ такъ, чтобы она была расположена лишь на  $\frac{1}{2}$  метра надъ больнымъ. Вливаніе  $\frac{1}{2}$  литра раствора должно длиться 1—2 часа; нужно продолжать его до тѣхъ поръ, пока не будетъ введено этимъ путемъ 2—3 литра; черезъ 12 часовъ проце-

дура вливанія начинается съизнова, такъ что въ теченіи сутокъ вводится 4—6 литровъ раствора поваренной соли. Этотъ способъ введенія раствора переносится очень хорошо, измѣняетъ въ короткое время существенно картину болѣзни, и дѣйствіе его на перистальтику — крайне незначительно. Авт. до сихъ поръ примѣнилъ этотъ способъ леченія въ 3-хъ отчаянныхъ, не поддававшихся уже оперативному леченію случаяхъ, и во всѣхъ получилось выздоровленіе. Онъ совѣтуетъ поэтому примѣнять его во всѣхъ тѣхъ случаяхъ острого аппендицита, въ которыхъ, какъ показываетъ опытъ, операція даетъ дурные результаты; сюда относятся, прежде всего, перитониты, быстро ведущіе къ общему зараженію. Если этотъ способъ при дальнѣйшемъ испытаніи дастъ такіе-же благоприятные результаты, то примѣненіе его можно будетъ распространять на всѣхъ тѣхъ больныхъ аппендицитомъ, которые поступаютъ подъ наблюденіе врача послѣ 3-го дня болѣзни. Оперировать придется лишь 1) въ первые 48 часовъ во время приступа, 2) при осумкованныхъ нарывахъ и 3) въ промежуткѣ между приступами (Therapie der Gegenwart, ноябрь). К.

749. *Д. Ф. Покровский*, описывая эпидемію дизентеріи, свирѣпствовавшую въ іюнѣ и іюлѣ 1906 г. въ Рязанскомъ уѣздѣ, сообщаетъ, между прочимъ, результаты примѣненія антидизентеріи сыворотки. Всего сыворотка была примѣнена въ 10 случаяхъ. Дѣйствіе ея, по автору, нужно признать весьма благотворнымъ: съ момента выпрысыванія ея въ скоромъ-же времени замѣчалось ослабленіе температуры, уменьшеніе кровавой слизи и болей. Къ сожалѣнію, въ распоряженіи автора было очень мало сыворотки, и примѣнить ее ему удалось лишь въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ. Въ той-же статьѣ, выясняя причину возникновенія эпидеміи дизентеріи, авт. указываетъ на роль въ этомъ отношеніи *ватнаго промысла*. Въ главномъ очагѣ эпидеміи, въ с. Спасъ-Клепикахъ, производится въ широкихъ размѣрахъ фабричнымъ и кустарнымъ способомъ выработка ваты изъ привозимаго изъ разныхъ мѣстъ Россіи тряпья. «Тряпье это поступаетъ на рынокъ болѣею частью въ необеззараженномъ видѣ, иногда безъ всякаго осмотра, крайне загрязненное и плохо упакованное... Достаточное тряпье подвергается предварительной сортировкѣ, чѣмъ занимается наиболѣе бѣдная часть населенія, по преимуществу подростки... Первые заболѣванія, какъ разъ и были установлены въ тѣхъ домахъ и въ той части села, гдѣ жители по преимуществу занимаются этимъ промысломъ» («Врачебно-санитарная Хроника Рязанской губ. № 8»).

Н. В.

750. Ч. пр. *Г. Н. Габричевскій*. Объ иммунизации *per rectum* («Харьковскій Медицинскій Журналъ», 1906, августъ). Авт. вводилъ въ прямую кишку различныхъ животныхъ убитыхъ и живыхъ разводовъ болѣзнетворныхъ бактерий и ихъ токсины и затѣмъ съ цѣлью опредѣлить восприимчивость этихъ бактерий и токсиновъ въ кровь изслѣдовалъ эту послѣднюю въ отношеніи склеивающей способности и антитоксичности. При введеніи въ прямую кишку кроликовъ убитыхъ разводовъ холернаго вибриона, кролика, не смотря на большое количество разводовъ, введенной въ сравнительно короткое время, лишь немного уменьшились въ вѣсѣ; къ концу опыта сыворотка этихъ животныхъ склеивала холерныхъ вибрионовъ лишь въ разведеніи 1 : 50—100, что въ сравненіи съ результатами иммунизации иными путями можетъ считаться очень слабымъ эффектомъ. Въ опытахъ съ дизентеріи палочкой уменьшенія въ вѣсѣ, равно какъ и ослабленія склеивающей способности не получилось, такъ что можно было предположить, что въ данномъ случаѣ всасыванія совсѣмъ не произошло. Сильнѣе всего склеивающая способность обнаруживалась при введеніи въ прямую кишку разводовъ тифозной палочки. Такъ, у кролика послѣ введенія 56 разводовъ она достигла 1 : 150—200, а у собаки послѣ 82—1 : 150. Не придавая своимъ выводамъ рѣшающаго значенія, авт. указываетъ на необходимость дальнѣйшей разработки этого вопроса въ виду его теоретической и практической важности.

Н. В.

**Хирургическія болѣзни. 751. Д-ръ Maurice Huet** въ своей диссертациі (Парижской) приводитъ интересные наблюденія относительно влияния на состояние блондон-

новые очажъ внимательность надъ другими такими-же очажми. Вотъ примѣръ, наблюдавшійся въ больницѣ des Enfants-Malades:

Ребенку, страдающему волчанкою лица, въ первый разъ сдѣланы огненные настижки. Въ ту-же ночь наступила сильная реакція со стороны тазо-бедреннаго сочлененія, до того не представлявшаго ни малѣйшихъ признаковъ заболѣванія, и температура тѣла повысилась. Черезъ нѣсколько дней эти явленія улучшились. Сдѣлали настижку во второй разъ, и снова получились реакція со стороны сустава и повышение температуры.

Произведя рядъ опытовъ на животныхъ съ цѣлью опредѣлить тѣ яды, которые въ подобныхъ случаяхъ вызываютъ такого рода явленія, Нисетъ пришелъ къ заключенію, что каждый разъ, когда непосредственно вслѣдъ за выѣшательствомъ надъ бугорчатковымъ очагомъ (заковымъ-были было это выѣшательство) наблюдаютъ повышение температуры и вспышку явленій на разстояніи, позволительно думать, что это вызвано растворимыми бугорчатковыми токсинами, подобно тому какъ туберкулинъ, введенный въ кровообращеніе, обнаруживаетъ скрытые бугорчатковые очажки. Съ клинической точки зрѣнія упомянутыя явленія служатъ указаніемъ на существованіе второго бугорчатковаго очага въ скрытомъ видѣ (Journal de médecine et chirurgie pratiques, 10 августа). В. Дитманъ.

**Подоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 752.** Д-ръ Е. М. Курдюмовскій продолжаетъ свои изслѣдованія по вопросу о дѣйствіи на матку различныхъ т. наз. «сокращающихъ» средствъ.

Последніе опыты были поставлены имъ на животныхъ и производились слѣдующимъ образомъ. Кролику впрыскивался въ прямую кишку растворъ хлоралъ-гидрата. Когда наступалъ глубокой сонъ и терялась способность къ рефлексамъ, то въ вену вводилась канюля для впрыскиванія испытываемаго средства, и вскрывалась брюшная полость для обнаженія матки. Животное переносилось въ особую теплую камеру, гдѣ дѣлались приспособленія для записи кривыхъ сокращеній матки. Сначала въ теченіи приблизительно часа наблюдались самостоятельныя нормальныя сокращенія матки, а затѣмъ въ вену вводилось то или другое лекарственное вещество въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли. Последняя предосторожность необходима, чтобы избѣжать возможныхъ сокращеній матки, наступающихъ иногда послѣ впрыскиванія въ кровь перегнанной воды. Для проверки каждаго результата тотчасъ-же производилось впрыскиваніе физиологическаго раствора поваренной соли.

При впрыскиваніи *хинина* (0,01—0,02 на 1 клгр. вѣса животнаго) оказалось, что онъ постоянно вызываетъ сокращенія матки при ея покоѣ или-же усиливаетъ ихъ, если матка уже находилась въ состояніи сокращенія. Особенность дѣйствія хинина заключается въ одинаковомъ вліяніи на матку какъ внутривенныхъ вливаній, такъ и подкожныхъ впрыскиваній. Подъ вліяніемъ хинина маточныя сокращенія замѣтно удлиняются и даже принимаютъ характеръ судорожныхъ. Переносъ этотъ результатъ экспериментальныхъ изслѣдованій на клиническую дѣятельность при родахъ, авт. думаетъ, что хининъ можетъ, кромѣ ускоренія родовъ, неблагоприятно повліять на послѣдовое кровообращеніе и вызвать даже смерть плода. Но это-же свойство хинина является драгоценнымъ во всѣхъ случаяхъ атоніи матки, при послѣродовыхъ атоническихъ кровотеченияхъ, недостаточномъ обратномъ развитіи матки и вообще при *meno-и-metrorrhagi*'яхъ. Сомнительно, чтобы хининъ могъ вызвать выкидышъ. Можетъ быть, маленькіе повторные приемы его, употребляемые продолжительное время и въ состояніи прервать беременность, да и то сомнительно, но большіе вызываютъ смерть животнаго. Поэтому при лѣченіи болотной лихорадки беременность не составляетъ безусловнаго противопоказанія для хинина. *Берберинъ* также постоянно усиливаетъ сокращенія матки, но по своимъ свойствамъ онъ въ извѣстной степени противуположенъ хинину: усиливая сокращенія, онъ не вызываетъ судороги, а сохраняетъ ихъ нормальный характеръ. Возникаетъ вопросъ, нельзя-ли примѣнить берберинъ во время слабости родовыхъ болей, ибо для кровообращенія плода онъ остается безвреднымъ? *Стиптицинъ*, какъ подтвердили опыты надъ животными, дѣйствительно, вызываетъ сокращенія матки, но также, какъ и при хининѣ, сокращенія имѣютъ здѣсь судорожный характеръ, хотя и не столь рѣзкій. Авт. совѣтуетъ употреблять стиптицинъ во всѣхъ случаяхъ кровотеченій внѣ родовъ. Тоже относится и къ гидрастину. *Адреналинъ* является силь-

но дѣйствующимъ средствомъ. Уже минимальныя дозы (0,00005!) вызываютъ бурныя сокращенія матки. Поэтому при родахъ его нельзя употреблять вовсе. Для остановки умѣренныхъ кровотеченій онъ также непригоденъ, ибо вызываетъ сильное повышеніе общаго кровяного давленія, что, конечно, не безопасно. Но его слѣдуетъ примѣнять тамъ, гдѣ грозитъ смерть отъ кровотеченія, а между тѣмъ нельзя тотчасъ-же отыскать источника кровопотери. Непремѣнными условіями его примѣненія должны быть: 1) отсутствіе пороковъ сердца; 2) минимальныя дозы (уже среднія вызываютъ противуположное дѣйствіе); 3) внутривенное или, по меньшей мѣрѣ, подкожное впрыскиваніе. *Физостигминъ* вызываетъ сильныя сокращенія матки, сохраняющія нормальный характеръ. Поэтому клиническое его испытаніе очень интересно, но должно быть въ высшей степени осторожно. Относительно *коффеина* и вытяжки *Gossipii* опыты автора не могли выяснитъ ничего положительнаго, ибо дѣйствіе ихъ оказалось весьма непостояннымъ. *Стрихнинъ* и *вытяжка можжевельника* (extr. Sabinae) дали вполне отрицательный результатъ. *Жидкая вытяжка Hamamelis virg.* вызываетъ быстрое, сильное и дов. продолжительное сокращеніе матки судорожнаго свойства. Клинически онъ долженъ найти примѣненіе въ гинекологической практикѣ. Относительно дѣйствія маточныхъ рожковъ, *Hydrastis Canadensis* и *эрготина* авт. еще раньше производилъ изслѣдованія надъ вырѣзанной маткой и результаты подтверждены теперь *Fellner*омъ опытами надъ животными. Оказалось, что препараты маточныхъ рожковъ и *Hydrastis canadensis*, дѣйствительно, вызываютъ судорожныя сокращенія матки и это дѣйствіе не зависитъ отъ общаго дѣйствія этихъ веществъ на сосудистую систему. Къ обѣимъ статьямъ приложены кривыя маточныхъ сокращеній (Archiv f. Gynaekologie, т. 78, тетр. 3). Пр—ва.

## ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### С VII. Изъ Петербургскаго медицинскаго Общества.

Засѣданіе 7-го ноября.

Э. А. Гизе. *Случай трагическаго пораженія продолговатаго мозга* (съ предъявленіемъ больнаго). Е. В., 27 л., поступилъ въ нервное отдѣленіе мужской Обуховской больницы 19/II 1901 г. За недѣлю до поступленія получилъ ударъ ножомъ въ лѣвую затылочную область, послѣ чего тотчасъ-же потерялъ сознание. Очнувшись черезъ нѣсколько часовъ, замѣтилъ полный параличъ правыхъ конечностей и неполный лѣвыхъ; кромѣ того, обнаружилось, что онъ съ трудомъ глотаетъ пищу и совершенно не можетъ высунуть языка. Черезъ нѣсколько дней появилась сильная ломота въ парализованныхъ правыхъ конечностяхъ и обнаружилось нѣкоторое затрудненіе при мочеиспусканіи и испраженіяхъ. При поступленіи найдено: ходить не можетъ; почти полный параличъ правыхъ конечностей и сильно выраженный парезъ лѣвыхъ. На головѣ въ лѣвой 1/4, затылочной области, отступая на 2 поперечныхъ пальца кзади отъ сосцевиднаго отростка, поверхностный рубецъ, не сдвинувшійся съ костью и совершенно безболѣзненный. Зрачки одинаковой величины, хорошо отвѣчаютъ на свѣтъ и приспособленіе. Подвижность глазныхъ яблокъ по всѣмъ направленіямъ вполне нормальна. Языкъ лежитъ совершенно неподвижно въ полости рта; больной не можетъ его ни высунуть, ни повернуть въ сторону. Глотаніе пищи, особенно жидкой, нѣсколько затруднено. Вкусъ совершенно потерянъ на правой 1/4, языка и зѣва. Зрѣніе, слухъ и обоняніе вполне нормальны. Поле зрѣнія на всѣхъ частяхъ нормально. Глоточный рефлексъ съ правой 1/4, глотки ослабленъ. Ослаблены рефлексъ съ соединительной и роговой оболочекъ праваго глаза, а также со слизистой правой 1/4, носа. Мышечные и сухожильные рефлексъ на правой рукѣ немного повышены; коленные и съ Ахилловыхъ сухожилий слегка повышены, особенно справа; подошвенные не вызываются; правые надбрюшной, брюшной и сгемастер'овыя рефлексъ слабѣе лѣвыхъ. Въ мышцахъ конечностей никакихъ судорожныхъ явленій. Полная потеря мышечнаго чувства въ обѣихъ лѣвыхъ конечностяхъ, въ кистевомъ, пястно-фаланговыхъ и фаланговыхъ суставахъ правой руки, а также въ голеностопномъ, плюснефаланговыхъ и фаланговыхъ суставахъ правой ноги. Атаксія всѣхъ 4-хъ конечностей, особенно лѣвыхъ. При закрытыхъ глазахъ совершенно не можетъ поднять ни руку, ни ногу лѣвья; при открытыхъ глазахъ поднимаетъ ихъ и держитъ приподнятыми нѣкоторое время; если предположить больному закрыть глаза, то приподнятыя было при открытыхъ глазахъ лѣвыя конечности мгновенно падаютъ, какъ-бы вполне парализованныя. На всей лѣвой 1/4, тѣла

исключая лицо и волосистую часть головы, полная потеря всех видов чувствительности; менее значительное ослабление чувствительности имется в области распространения левых больше- и малозатылочных нервов; менее всего поражена чувствительность в области левого тройничного нерва. На правой  $\frac{1}{2}$  тела чувствительность вполне сохранена, кроме области распространения обоих затылочных нервов, тройничного и дистальных частей обоих конечностей: на руки — чувствительность ослаблена, начиная со средней  $\frac{1}{3}$  длины предплечья, на ноги — начиная с верхней  $\frac{1}{3}$  голени. Во всех только что упомянутых областях правой  $\frac{1}{2}$  тела имется сравнительно с левой  $\frac{1}{2}$ , лишь незначительное ослабление всех видов чувствительности: больше всего ослаблена чувствительность в области распространения обоих затылочных нервов и на шею, менее всего — на дистальных частях конечностей. Ослабление чувствительности замечается и на слизистой оболочке языка, полости рта, глотки, всюду главным образом, на правой  $\frac{1}{2}$ . Ослаблена чувствительность также и на слизистой оболочке носовой полости, особенно правой ее  $\frac{1}{2}$ , и на соединительных и роговых оболочках обоих глаз, особенно правого. 3-й шейный позвонок слегка болзает при давлении. Движения головы по всем направлениям вполне свободны. Жалобы больного сводились к постоянному чувству ломоты в правой ноге и колотья в правой руке, затрудненному глотанию и замедленному мочеиспусканию и испражнению. Как видно из всего вышесказанного, клиническая картина представлялась в высшей степени запутанной и с трудом поддавалась точному топическому распознаванию. Наиболее вероятным местом поражения нужно было считать самую нижнюю часть продолговатого мозга. При рассмотрении микроскопических срезов из данной области видно, что здесь расположены, между прочим, следующие образования: 1) оба пирамидные пути, 2) т. наз. петлевой слой, сгетивное образование и прямые мозжечковые пучки, содержащие в себе волокна для проведения различных видов чувствительности и мышечного чувства, 3) ядра подъязычного (hypoglossi), блуждающего и языко-глоточного нервов и выходящих из них волокон и 4) чувствительные или т. наз. восходящие корешки тройничных нервов. Предположив очаг поражения в данной именно области, можно объяснить все явления, наблюдавшиеся у больного: паралич правых конечностей и парез левых могут быть объяснены двусторонним поражением пирамидных путей; расстройство чувствительности — поражением восходящих корешков тройничных нервов и чувствительных путей для туловища и конечностей; паралич языка — поражением ядер подъязычных нервов; расстройства глотания — поражением ядер или волокон нервов блуждающих и языко-глоточных; замедление мочеиспускания и испражнения — поражением центральных проводников для мочевого пузыря и прямой кишки; расстройство вкуса — поражением тройничных и языко-глоточных нервов. Что касается патогенеза данного заболевания, то поражение нижней части продолговатого мозга при нанесении удара в левую затылочную область может быть объяснено либо передачей сотрясения в нисходящем направлении, либо является совершенно самостоятельным, будучи обусловлено не непосредственно травмой левой затылочной области, а тм сотрясением черепа, которое произошло лишь при падении больного вследствие наступившей у него потери сознания. Возвращаясь к объективному исследованию больного, произведенному при поступлении его в больницу 19/п 1901 г., должно заметить, что никаких изменений со стороны внутренних органов у него тогда не наблюдалось. Пульс был несколько учащен, до 80 ударов в минуту; дыхание также было несколько учащено, до 28 в минуту; мочи за сутки было 1200 к. стм.; уд. в. 1008; ни сахара, ни белка в ней не было. В таком положении больной оставался около недели; по истечении этого времени у него развились пролежни на ягодицах и появилось недержание мочи. 9/ш начала подниматься температура, и появился очаг катарального воспаления в нижней доле левого легкого, который развился лишь через 3 недели. Пролежни на ягодицах зажили только в конце мая; несколько позже прекратилось и недержание мочи. Паралитичные явления в конечностях начали несколько улучшаться лишь в середине марта, т. е. через месяц по поступлении в больницу; язык же оставался по-прежнему совершенно неподвижным. Расстройство чувствительности и вкуса оставались пока также без всяких изменений. В начале апреля при исследовании языка гальваническим током в нем была найдена реакция перерождения: сокращения мышц были вялые и получались сначала при замыкании на аноды, а потом уже на катоды. Глотание пищи, особенно жидкой, все время было несколько затруднено. Мышечные и сухожильные рефлексы на конечностях все больше и больше повышались, особенно на правых. Кожные рефлексы также стали больше живыми, кроме подошвенных, которые не вызывались. Расстройства мышечного чувства оставались также без изменений. Ходить больной начал, и то лишь с большим трудом и при поддержке, лишь в сентябре 1902 г., т. е. через  $1\frac{1}{2}$  года по поступлении в больницу. В это же время у него появились клонусы правой коленной чашки и стопный феномен на правой ноге. Мышцы конечностей, особенно правых, подверглись небольшой атрофии. Дальнейшее течение болезни показало таким образом, что у больного было органическое страдание нервной системы, а не исключительно функциональное, как можно было предполагать при первом исследовании больного. Появление пролежней, стойкого недержания мочи, мышечных атрофий, стопного феномена и клонуса коленной чашки, а также изме-

нение электрической реакции мышц языка с характером реакции перерождения в своей совокупности говорят с положительностью против функционального расстройства нервной системы в виде т. наз. травматического невроза. Нельзя, конечно, вполне отрицать возможности сосуществования у больного и некоторых элементов истерии, — точное их отграничение от признаков несомненно органического происхождения совершенно невозможно, — но все же в основу всего заболевания должно быть непременно положено органическое изменение нервной системы (в передаче докладчика).

**Т. В. Блюзерский:** Приведенное Вами исследование мочи больного указывает на легкую форму т. наз. сахарного мочеизнурения (diabetes insipidus), что тоже может быть отнесено к частым страданиям нервной системы. Я думаю, что у больного имется легкое поражение моста к продолговатому мозгу и что пути в мозжечку тоже, вероятно, задеты.

**Ф. Ф. Голыцигер:** Я этого больного немного знаю; он лежал и в Петропавловской больнице. Он поступил к нам через небольшой относительно промежуток времени по выходе из Обуховской больницы и в тяжелом состоянии; едваими почти всех мышц; были и зрачковые явления — отсутствие зрачковой реакции. Я назначил ему рутинные втирания, и после 30 втираний наступило дов. значительное улучшение. При дальнейшем лечении в Старой Руссе улучшение продолжалось, и больной дов. свободно ходил; но расстройства чувствительности были тоже, и признака Babinski'го не было. Случай этот — темный; признать поражение продолговатого мозга трудно; некоторые явления говорят против центрального заболевания. Не могу согласиться с тем, что состояние больного остается без перемен: при поступлении в Петропавловскую больницу он был почти совершенно неподвижен, а после больницы лечения и последовательного лечения в Старой Руссе он стал дов. свободно ходить. Тут, несомненно, травматический невроз в соединении с органическим поражением; но возможно, что травматический невроз преобладает. Сифилис большой отрицает. Нить ли у него свинцового отравления?

**Докладчик:** Нить.

**Ф. Ф. Голыцигер:** В показаниях больного проглядывают тренировка, и некоторые его ответы можно признать известным рода симуляцией — желанием увеличить интерес к своему положению.

**Докладчик:** В самом начале его болезни наличие продолженной, недержания мочи указывали на органическое страдание. Проф. В. М. Бехтерева описал случай поражения правой  $\frac{1}{2}$  продолговатого мозга, представляющий большое сходство с моим.

**Ф. Ф. Голыцигер:** Существенная разница между Вашим случаем и случаем проф. Бехтерева та, что в его случае было весьма вероятно, что пуля проникла в продолговатый мозг, в Вашем же случае связи раны с продолговатым мозгом не существует.

**В. Д. Соколов:** На военной службе мне приходилось видеть несомненные случаи травматического невроза с пролежнями, трудно поддававшимися лечению.

**Д. Д. Сандберг-Дебел:** Что травматический невроз может вызвать длительное расстройство отправления мочевого пузыря, доказывает случай, который я 2 года назад видел в Рождественской барачной больнице. Женщина, лет 30, до того, по видимому, совершенно здоровая, ночью, во время пожара, выпрыгнула из окна 2-го этажа, после чего была доставлена в Рождественские барачки. За ней имеем свободных ист, она была помещена в лазарет для слушательниц, которым я тогда заведывала. Утром, во время обхода, я нашла больную в апатичном состоянии; она вяло отвечала на вопросы. Температура была нормальная. На тм в разных местах видны ссадины; позвоночник, по видимому, остался совершенно невредим. Мочевой пузырь был сильно растянут. Полная потеря всех родов чувствительности нижней  $\frac{1}{2}$  туловища и обеих ног. Больная находилась под моим наблюдением около недели; за это время состояние ее осталось без перемен, моча выпускалась катетром; что применялось для опорожнения кишечника, я не помню; с распознаванием травматического невроза она была переведена в женский барак. Больная показывалась на лекциях слушательниц, и в виду стойкости расстройства отправления мочевого пузыря у нее было распознано поражение спинного мозга. Пролежав около 2-х мес. в бараках, больная погибла от гнилокровия. Исследование центральной нервной системы дало отрицательный результат.

**В. Д. Соколов:** Предъявление повязки проф. Н. М. Волковича для голени и бедра: Докладчик показал большую с переломом бедренной кости на границе между нижней и средней  $\frac{1}{3}$ . Со времени наложения повязки прошло 20 дней, и больная передвигается уже дов. свободно. Докладчик сообщает о 19 случаях удачного применения этой повязки. Исследование лучами Röntgen'a показало сращение без смещения.

**С. А. Вруштейн:** указав, что во время войны врачи, применявшие повязку проф. Н. М. Волковича, оставались ею довольны.

**Председатель В. А. Вастен:** Хотя я и не специалист, но по наслышке знаю, что повязка эта имется в своем неудобстве, тм же менее она заслуживает полного внимания.

**Д. Сандберг-Дебел.**



## РЕЦЕНЗИИ И БИБЛИОГРАФИЯ

*Handbuch der gerichtlichen Medizin. Herausgegeben von Prof. A. Schmidtman. Neunte Auflage des Casper-Liman'schen Handbuches. — Dritter Band. Streitige geistige Krankheit. Von Prof. Dr. Siemerling. Berlin, 1906.*

Книга под выписанным заглавием представляет собою 3-й том обширного руководства судебной медицины, издаваемого д-ром *Schmidtman*'ом в сотрудничестве 7 профессоров. 3-й том содержит в себе судебную психопатологию, составленную проф. *Siemerling*'ом.

Какъ отдѣлъ обширнаго руководства по судебной медицинѣ, книга эта является необходимой составной частью цѣлаго. Но, если разсматривать ее въ отдѣльности, то, при наличности на нѣмецкомъ языкѣ специально изданныхъ и болѣе разработанныхъ руководствъ по судебной психопатологiи, книгу *Siemerling*'а нельзя поставить на ряду съ этими руководствами, такъ какъ она совсѣмъ не выдѣляется какими-либо ей одной присущими достоинствами. Можно лишь указать на сравнительно богатую судебно-психиатрическую казуистику, приведенную въ специальной части руководства при изложенiи каждой отдѣльной формы душевной болѣзни. Всего приведено въ книгѣ 68 судебно-медицинскихъ случаевъ, довольно подробно изслѣдованныхъ, въ числѣ которыхъ не мало собственныхъ наблюденiй автора.

Въ теченiи послѣдняго 5-лѣтiя на нѣмецкомъ языкѣ вышло нѣсколько обширныхъ руководствъ по судебной психопатологiи (*Sommer*'а, *Hoche*, *Cramer*'а). Это указываетъ, конечно, на тотъ интересъ, который проявляетъ публика къ вопросамъ судебной психиатрiи, и на то значенiе, которое приобретаетъ эта отрасль знанiя среди другихъ естественныхъ наукъ. Что-же касается нашей отечественной специальной литературы, то, къ сожалѣнiю, на русскомъ языкѣ до сихъ поръ лучшимъ учебникомъ по судебной психопатологiи остается переводное руководство проф. *Krafft-Ebing*'а.

Б. Воронинскiй.

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦIЮ

ССЛXX. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

По наблюденiямъ д-ра *А. И. Озерецковскаго*, число душевно-больныхъ офицеровъ на театрѣ русско-японской войны распредѣляется:

	1-ый годъ войны.	2-ой годъ войны.
т	т'	
въ дѣйствующихъ войскахъ . . .	56—57.6%	76—55.0%
въ тыловыхъ частяхъ . . . . .	41—42.2%	62—44.9%

Всего . № = 97 №<sub>1</sub> = 138.

«За 2-ой годъ», продолжаетъ авторъ, «%-ное отношенiе заболѣванiй различается только тѣмъ, что въ дѣйствующихъ войскахъ заболѣли на 2½% болѣе (менѣе?) и настолько-же менѣе (болѣе?) въ тыловыхъ частяхъ сравнительно съ 1-мъ годомъ»<sup>1)</sup>.

По моему, это—нѣвѣрно.

По формулѣ

$$\frac{N}{N_1} = \frac{m}{m'} (1 - r)$$

получимъ, для дѣйствующихъ войскъ выѣсто 2½% (г %):

$$r \% = -4, 83, \text{ отсюда}$$

$$\frac{m' + (m' \times 0.0483)}{N'} = 0.577 = \frac{m}{N}, \text{ для тыловыхъ частей}$$

$$r \% = +5, 92 \text{ и } \frac{m' + (m' - 0.0592)}{N'} = 0, 423.$$

И относительно общихъ выводовъ автора (именно, пунктъ 1 и 3), гдѣ сравненiе % произведено по разностямъ между ними, слѣдуетъ замѣтить тоже самое<sup>2)</sup>.

В. Мишневскiй.

Харбинь. 11-го декабря 1906 г.

## ХРОНИКА И МЕЛКIЯ ИЗВѢСТIЯ.

2559. Какъ сообщаетъ «Новое Обозрѣнiе» (15 декабря), Министерство народнаго просвѣщенiя *неутверждаетъ проф. Б. Ф. Вершю въ званiи декана медицинскаго факультета* (см. выше, №51, стр. 1636) мотивируетъ такъ: «Если Совѣтъ Университета, руководясь ст. 2 Высочайшаго указа отъ 27-го августа, возлагающей на Совѣтъ заботы о поддержанiи правильнаго хода учебной жизни, призналъ необхо-

димымъ произвести выборы декана въ Совѣтъ, то объ этомъ ему слѣдовало возбудить ходатайство въ установленномъ порядкѣ. Изъ переписки-же по означенному дѣлу Министерство, однако, не усматриваетъ такихъ обстоятельствъ, которыя-бы съ достаточной убѣдительностью подтверждали необходимость столь исключительныхъ мѣръ, такъ какъ медицинскiй факультетъ не исчерпалъ представленныхъ ему закономъ способовъ для избрания декана, при чемъ нормальная дѣятельность факультета и въ отсутствiи декана обезпечивалась исполненiемъ обязанностей декана старшимъ профессоромъ факультета, и, наконецъ, самые выборы въ факультетъ и Совѣтъ произведены были несвоевременно, ибо въ моментъ этихъ выборовъ распоряженiя Министерства объ увольненiи проф. *Медведева* отъ должности декана въ Университетѣ еще получено не было. Въ виду всего этого Министерство и признало выборы въ Совѣтъ декана незаконными и подлежащими отмене».

2560. По словамъ «Рѣчи» (15 декабря), въ виду протеста студентовъ 1-го курса В-Медицинской Академiи противъ *неправильнаго распределенiя шт. офицерами частинныхъ стипендiй* почти исключительно среди «академистовъ», 14-го декабря состоялось Совѣщанiе для пересмотра этого вопроса, въ которомъ участвовали начальники Академiи, завѣдующiй обучающимися 1-го курса шт.-офицеръ, 2-ое старостъ и др. представители студентовъ 1-го курса. На Совѣщанiи были рассмотрѣны 2 списка нуждающихся въ стипендiяхъ: одинъ представленный шт.-офицеромъ и другой выработанный выборными 1-го курса. Обнаружилось, что шт.-офицеръ назначилъ стипендiи преимущественно студентамъ изъ лагеря «правыхъ»; изъ нихъ при этомъ многiе оказались гораздо обезпеченнѣе тѣхъ студентовъ, которые, находясь въ опалѣ, были обойдены шт.-офицеромъ. Съ большимъ трудомъ удалось представителямъ 1-го курса добиться исключенiя изъ принятаго раньше списка 13 чел. и замѣны ихъ дѣйствительно нуждающимися.

2561. «Рѣчь» (14 декабря) въ числѣ лицъ, *высланныхъ* по распоряженiю Петербургскаго губернатора изъ *предѣловъ Петербурга и его уѣздовъ* на основанiи положенiя о чрезвычайной охранѣ, называетъ ж.-вр. *Е. В. Орлову*.

2562. По словамъ агентскихъ телеграммъ (отъ 14-го декабря), земскiй врачъ *Смирновъ*, обвинявшiйся по 129 ст., за агитацию среди крестьянъ Радомысльскаго уѣзда, Киевской губ., приговоренъ Киевской судебною Палатой къ заключенiю въ крѣпости на 1 годъ.

2563. Врачи Петербургскихъ городскихъ больницъ, за ничтожными исключенiями, въ подавляющей своей массѣ всегда были пасынками судьбы во всемъ, что касалось матеріальной стороны ихъ болыничной служебной дѣятельности. Въ недалекомъ прошломъ, когда больницы эти находились въ вѣдѣнiи блаженной памяти Приказа общественного призрѣнiя, получаемое болыничнымъ ординаторомъ содержанiе вызвало какъ-то со стороны одного изъ сановныхъ болыничныхъ почитателей надменное замѣчанiе (достойное, чтобы стать историческимъ!): «Меньше, чѣмъ у меня получаетъ швейцаръ!» Съ переходомъ больницъ въ вѣдѣнiе города матеріальное улучшенiе въ постановкѣ болыничнаго дѣла меньше всего коснулось врачебнаго персонала; въ первое время врачи—всѣ тѣ, что перешли на службу городу изъ вѣдѣнiй попечительнаго Совѣта, который вѣдалъ Приказомъ,—оставались даже все на томъ-же—«меньше, чѣмъ швейцарское» у влѣятельной особы—жалованiи. Врачи мирились съ этимъ положенiемъ потому, что буквально нища, едва прикрытая убогими отбѣтками болыничнаго мишурнаго Приказа потребовали отъ города такихъ огромныхъ расходовъ на удовлетворенiе насущѣйшихъ потребностей болыного человѣка, что поднимать голосъ о собственномъ нуждѣ казалось прямо святотатствомъ. Время шло. Въ больницахъ сдѣлалось уже многое. А о врачахъ все забывали. Характернѣе всего то, что о нихъ не напоминали, кому слѣдуетъ, — по крайней мѣрѣ, не напоминали настойчиво—и болѣе счастливые товарищи, попавшіе въ больницы на новыхъ основанiяхъ, съ новыми окладами и принявшiе въ нихъ руководящую роль. Давно, впрочемъ, сказано, что сытый голоднаго не разумеетъ. Первая дѣйствительная попытка обратить, наконецъ, вниманiе городского Самоуправленiя на невозможное матеріальное положенiе служащихъ въ городскихъ больницахъ врачей, приведшая къ нѣкоторымъ реальнымъ результатамъ, принадлежитъ Петербургскому врачебному Обществу взаимной помощи. Теперь болыничные врачи, какъ и все въ Россiи, сами встаютъ на ноги... Ниже мы приводимъ заявленiе, съ которымъ врачи мужской Обуховской больницы въ Петербургѣ обратились къ болыничной Коммиссiи, прося представитъ вложенное въ ихъ заявленiи «ходатайство» въ городскую Думу. «Ходатайство» это настолько характерно и такъ искренно раскрываетъ драматизмъ современнаго положенiя рядового болыничнаго врача, что мы позволимъ себѣ привести его полностью. Листнимъ себя надеждой, что нашъ взглядъ на это дѣло совпадетъ съ голосомъ совѣсти «отцовъ города», а голосъ этотъ, кажется, можетъ только сказать: «Такъ дальше оставлять нельзя!»... «Въ Петербургскую городскую болыничную Коммиссiю врачей городской Обуховской больницы заявленiе. Мы, врачи мужской Обуховской больницы, обсудивъ на общемъ Собранiи вопросъ о матеріальномъ положенiи врачей городскихъ больницъ, постановили обратиться въ болыничную Коммиссiю съ нижеслѣдующимъ ходатайствомъ для представленiя его въ городскую Думу: «Матеріальныя условiя службы врачей городскихъ больницъ вообще и Обуховской въ частности настолько неудовлетворительны, что при существующемъ вздорожанiи цѣнъ на квартиры, пищевые продукты и предметы первой необходимости ежемѣсячный бюджетъ расходовъ на содержанiе никакъ не можетъ уложиться въ сумму 72 р.

<sup>1)</sup> «В-Медицинскiй Журналъ», 1906 г., X, стр. 263.

<sup>2)</sup> Тамъ-же, 1906 г., стр. 508.

получаемой за вычетами в месяц штатными и амбулаторными врачами, без того, чтобы не получался ежемесячный дефицит, покрываемый или из частного заработка, или путем судебных займов. При скромном расчете: 1 р. в день на квартиру, 1 р.—на стол, 1 р.—на одежду, стирку белья, книги и пр.—для холостого и вдвое—для женатого получается месячный бюджет в 90 р. для холостого и в 185 р. для женатого, каковой суммой только-только в образе хватало-бы на прожитие в столице. Возможность постороннего заработка в форме частной практики, быть может, в свое время и послужила основанием для столь низкой по сравнению с Земствами и иными учреждениями оценки труда врачей городских больниц; но это соображение никак не может быть принимаемо в расчет, в 1-х, потому, что городское Самоуправление, которому мы служим, лишено возможности гарантировать размытый частного заработка, а, следовательно, и безбедного существования врачей, почему-либо не нашедших себя посторонней работы, и, во 2-х, потому, что частный заработок никак не может влиять на справедливую оценку врачебного общественного труда, как не влияет на размер жалования, напр., имущественное или наследственное состояние состоящих на службе лиц. Действительность показывает, что большинство врачей Обуховской больницы обдвигается от необходимости жалования, тем более, что при обилии в столице вольнопрактикующих врачей и частных лечебниц прислание постороннего заработка является крайне затруднительным, и в результате получается значительная задолженность врачей хотя-бы товарищеской судной кассы, учрежденной при Обуховской больнице. А между тем больничный врач несет огромный и ответственный труд: он при существующей норме—1 врач на 50 больничных коек—и при требуемых современной наукой сложных методах исследования и лечения больных отдает больнице в среднем не менее 5—6 час. лучшего времени дня ежедневно, не исключая праздничных и не включая в этот счет суточных дежурств, экстренных операций и т. п. Таким образом, если городская Дума нашла возможным увеличить жалование, напр., санитарным врачам или служащим по производству, то увеличение вознаграждения больничным врачам явилось-бы не более, как актом справедливого внимания к тяжелому и ответственному труду врачей, посвятивших себя больничной деятельности. На основании изложенного выше мы, врачи Обуховской мужской больницы, постановили ходатайствовать перед городским Самоуправлением об увеличении жалования ассистентам больницы до 35 р. в месяц, штатным младшим и амбулаторным врачам до 150 р. в месяц и в соответственной пропорции—старшим врачам, прозектору и главному доктору. Испрашиваемая нами цифра хотя и вдвое превышает получаемое ныне скудное вознаграждение, но она не может поражать своею чрезмерностью, так как при проектируемом окладе жалования в 150 р. больничный врач зарабатывает в день всего 5 р. за ведение лечения 50 больных, что составляет всего 10 коп. за 1 больного, или, считая количество ежедневно затрачиваемого времени не менее 5 час., за час работы он получает всего 1 р., что не превышает даже вознаграждения, обычно получаемого, напр., репетиторами за час сравнительно более легкого труда. В связи с вышеизложенным мы постановили возбудить перед городской Думой еще и 2-ой вопрос, касающийся *положения сверхштатных ординаторов городских больниц*. При настоящем переполнении больницы сверхштатные ординаторы являются необходимым врачебным элементом больницы, без которого было-бы в. затруднительно правильное ведение больничного дела. По существу они несут совершенно ту же обязанность, что и штатные врачи, т. е. ведут самостоятельно больных, дежурят по больнице, вызываются на экстренные операции и пр. Вознаграждение за труд им полагается из сумм, причитающихся за сверхштатные кровати по расчету—1 ординаторское жалование на 50 сверхштатных больных. При этих условиях, конечно, если-бы число жалований, отпускаемых за сверхштатные кровати, точно соответствовало числу сверхштатных ординаторов, то и эти последние в смысле вознаграждения находились-бы, хотя в плохих, но равных со штатными врачами условиях. На деле же этого не получается, во 1-х, потому, что число сверхштатных больных подвержено резким колебаниям, тогда как число сверхштатных ординаторов более или менее постоянно, а, во 2-х, потому, что постановлениями городской Комиссии (см. «Известия Думы» за 1900 г., № 35, стр. 866—925 и 931 и предложение больничной Комиссии от 21-го мая 1904 г. за № 1394) большая часть сумм, назначаемых за сверхштатные кровати, обращена на вознаграждение врачей ассистентов (5—для мужской и 1—для женской) и врача-специалиста по горловым и ушным болезням. Хотя перечисленные должности, бесспорно, крайне необходимы для больницы, но в результате за вычетом сумм, расходуемых на вознаграждение ассистентов и специалиста по ушным и горловым болезням, на долю сверхштатных врачей или совершенно в иные месяцы не получается никакого остатка, или остается такая ничтожная сумма, которая послѣ дѣлежа, установленного товарищеским соглашением между всеми поровну в виду равноценной работы, *въ рѣдкіе мѣсяцы превосходитъ 10 р. на каждого* (! *Ред.*) Таким образом сверхштатные врачи являются полезными для города бесплатными или почти бесплатными работниками, и такое положение их в виду в. рѣдко освобождающихся вакансій штатных врачей тянется далеко за предѣлы тер-

пильного ожидания, иногда 10, даже 15 лѣтъ. Конечно, это все—пережитокъ добраго, но очень стараго времени, и, надо надѣяться, будущая реформа больничнаго строя не оставитъ этого вопроса безъ вниманія; но нуженъ выходъ теперь, и онъ, по нашему мнѣнію, имѣется. Видѣ, больницы въ тоже время и школы для врачей, и тѣ же сверхштатные ординаторы, подолгу работавшіе въ больницахъ, являются достаточно научно и практически подготовленными специалистами въ различныхъ областяхъ медицинскаго знанія. Почему-же они не являются главными и предпочтительными кандидатами на ежегодно открывающіяся вакансии врачей думскихъ, школьных, санитарныхъ, торгово-санитарныхъ и пр.? Почему въ этихъ случаяхъ соответственныя городскія Комиссіи не обращаются въ больницу, которая, снесаясь съ больницами, безъ труда могла-бы выставить цѣлый кадръ вполне опытныхъ и готовыхъ для самостоятельной и ответственной дѣятельности специалистовъ? А видѣ этимъ мѣропріятіемъ, несопряженнымъ ни съ какими финансовыми затратами, достигались-бы сразу 2 цѣли: во 1-х, городъ на освобождающіяся врачебныя вакансии могъ-бы имѣть врачей достаточно подготовленныхъ и рекомендованныхъ собственными больницами, а такая оценка, несомненно, можетъ болѣе гарантировать полезность врача, чѣмъ практическая нѣтъ, и, во 2-х, этимъ-бы, по справедливости, устранилась судьба тѣхъ врачей, которые въ теченіи многихъ лѣтъ положили на пользу города массу незамѣтнаго, но тяжелаго труда, или совершенно безплатнаго, или оплаченнаго скудными подачками. При этомъ, конечно, не можетъ быть и рѣчи о невозможности совмѣстительства 2-хъ должностей по городскому Самоуправленію, такъ какъ сверхштатные ординаторы, по существу, являются лишь кандидатами на штатныя и не допускаютъ совмѣстительства безплатной должности значило-бы лишать сверхштатныхъ ординаторовъ возможности необходимаго заработка. Съ этими 2-мя ходатайствами мы вынуждены обратиться въ городскую Думу, чтобы обратилъ ея вниманіе на этотъ вопросъ острой и давно назрѣвшей нужды, о чемъ могутъ свидѣтельствовать подобныя-же ходатайства, неоднократно въ теченіи послѣднихъ лѣтъ возникавшія то въ той, то въ иной больнице, но остававшіяся до сихъ поръ безъ движенія. Мы еще разъ желаемъ открыто заявить о нашихъ неотложныхъ настоящихъ нуждахъ въ надеждѣ на благосклонное къ нимъ вниманіе городской Думы.

2564. Губернскій санитарный Совѣтъ при Саратовской губернской земской Управѣ въ засѣданіяхъ 9-го и 10-го ноября текущаго года обсуждалъ *вопросъ о реорганизации Александровской губернской больницы*, при чемъ главный матеріалъ для разработки этого вопроса представили, какъ передаетъ «Врачебно-санитарная Хроника Саратовской губ.» (№ 11), откуда мы заимствуемъ всѣ приводимыя ниже свѣдѣнія, выслушанныя въ этомъ засѣданіи отчетъ старшаго врача и разобраніе на предварительномъ Совѣщаніи отчеты ординаторовъ по различнымъ отдѣленіямъ больницы. «Не обошлось при этомъ и безъ курьеза: когда, послѣ продолжительнаго обсужденія отчетовъ, докторъ Вейсбротомъ было указано старшему врачу К. Θ. Полюсскаго на такіе неточности его отчета объ израсходованіи перевязочнаго матеріала по отдѣленіямъ, какъ различная стоимость одного и того-же матеріала въ различныхъ отдѣленіяхъ (напр., 65 арш. ксероформной марли въ мужскомъ хирургическомъ отдѣленіи стоятъ 9 р. 75 к., въ женскомъ хирургическомъ 60 арш.—19 р. 50 к., въ гинекологическомъ отдѣленіи 130 арш.—19 р. 50 к., въ заразномъ 100 арш.—15 р.; лигнаны въ мужскомъ хирургическомъ отдѣленіи—9 п. 30 ф. стоятъ 136 р. 50 к., въ заразномъ отдѣленіи 194 ф. стоятъ 679 р. 90 к.), то К. Θ. Полюсскаго сначала указалъ, что общая сумма расхода, не смотря на не правильности въ стоимости отдѣльныхъ предметовъ, близко подходитъ къ истинѣ, въ слѣдующемъ-же засѣданіи, въ виду требуемой санитарнымъ Совѣтомъ «необычайной точности», подтвердилъ, что данныя отчетовъ «не соответствуютъ дѣйствительности», выражая готовность, «если Управѣ нуженъ точный отчетъ», представить его къ земскому Собранію, на что А. Д. Юматовичъ ему было замѣчено, что это уже будетъ отчетъ не прошедшій чрезъ санитарный Совѣтъ. На утвержденіе К. Θ. Полюсскаго, что «отчеты ошибочны по всѣмъ отдѣленіямъ», послѣдовало заявленіе Н. Е. Кушова, по полномочію товарища по больнице, что они «отвѣчаютъ за всѣ цифры» своихъ отчетовъ. По прочтеніи отъ имени Комиссіи, вырабатывавшей общую резолюцію по вопросу объ Александровской больнице, проекта постановленій санитарный Совѣтъ выразилъ свое постановленіе въ слѣдующихъ пунктахъ: «1. Ни одно изъ отдѣленій Александровской губернской больницы не имѣетъ общегубернскаго значенія. Въ общемъ въ ея цѣломъ Александровская губернская земская больница является обычной земскою больницей, болѣею по размѣрамъ и съ нѣсколько болѣешияго разномъ дѣятельности. 2. Нѣкоторыя отдѣленія, какъ-то: острое заразное, сифилитическое, мужское и женское, обслуживаютъ почти исключительно нужды населенія гор. Саратова. 3. Не отрицая, что изслѣдованіе больныхъ въ специальныхъ отдѣленіяхъ Александровской больницы можетъ быть болѣе глубокимъ и полнымъ въ клиническомъ отношеніи по сравненію съ участковыми больницами, тѣмъ не менѣе санитарный Совѣтъ находитъ, что распредѣленіе этой работы, посвященной по преимуществу городу, не имѣетъ никакого общегубернскаго значенія. 4. Въ пріемѣ больныхъ и распредѣленіи ихъ по отдѣленіямъ не проводится строго выдержанной системы. Причиной и способомъ устраниенія сего должны быть установлены Комиссіей изъ членовъ санитарнаго Совѣта. 5. Продолжительность лежанія больныхъ

на койках высока. Необходимо эту сторону для обследования более тщательно, так как при понижении средней продолжительности пребывания больных на койках при одном и том же количестве штатных кроватей больница будет доступна большему числу больных. 6. Некоторые из отделений, как заразное и неопратное, находятся в ненормальных условиях и нуждаются в частичном ремонте или переводе в другие свободные здания. При этом необходимо соглашение с городской и детской больницами и распределение между ними и земской больницей различных форм заразных болезней. Что касается неопратного отделения, то таковое должно выполнять исключительно свою прямую задачу. 7. а) Врачебный персонал губернской больницы не может вполне отдаваться больничной работой вследствие крайне недостаточного получаемого содержания. б) Необходимо просить больничный Совет разработать к следующему (Собранию) санитарному (аго) Совету (а) вопрос о положении персонала больницы, распределении его работ, порядке приглашения старшего врача и ординаторов. 8. В виду необычайно большого расхода на медикаменты и перевозочный материал эта сторона дела должна быть тщательно обследована через особо выбранную Комиссию. 9. Как общий отчет по больнице, так и в особенности подлинные отчеты ординаторов должны быть переданы в Комиссию по реорганизации Александровской больницы, выбранную санитарным Советом, как материал для всестороннего освещения и сопоставления деятельности отделений с таковой же других больниц. 10. Общее впечатление о внутреннем распорядке административно-хозяйственного дела в Александровской больнице заставляет санитарный Совет предположить отсутствие руководящего начала.

2565. Как сообщает «Тульская Ръчь» (16 декабря), Тульская городская Дума, обязавшаяся ранее открыть больницу имени Вавкина к 1-му ноября 1906 г. и отложившая ее открытие до июня 1907 г. (см. выше № 47, стр. 1498), обратилась в губернскую земскую Управу с уведомлением об этой отсрочке и с просьбой к губернскому земскому Собранию оказать ей еще раз снисхождение в этом деле. Губернская Управа в своем докладе собранию 14-го декабря указала на то, что отсрочка открытия городской больницы, перекладывая на Земство издержки по содержанию больных городского населения, крайне невыгодна для Земства, вследствие чего последнее в праве рассчитывать, что городское Самоуправление сочтет себя обязанным возместить хотя бы часть этих издержек Земству. А, так как губернская Управа с открытием городской больницы проектирует сократить в земской больнице число коек на 20 и число ординаторов на 1, то Управа и предлагает: 1) не протестовать против отсрочки открытия городского собственной больницы до июня месяца при условии ежемесячного взноса городом 600 р. на покрытие издержек по содержанию 20 кроватей и по вознаграждению 1 ординатора и 2) не обращаться пока к правительству с просьбой о понуждении городского Самоуправления к удовлетворению нужд в конечном лечении жителей города. 1-ую часть предложения губернской Управы (о ежемесячном взносе 600 р.) Собрание приняло; что же касается 2-ой (о «понуждении»), то Собрание оставило этот вопрос пока открытым, имея в виду разрешить его тогда, когда окажется известным, как отнеслась к постановлению Собрания городская Дума.

2566. Как сообщает «Врачебно-санитарная Хроника Саратовской губ.» (№ 11), на заседании 9-го ноября 1906 г. губернского санитарного Совета при Саратовской губернской земской Управе было следующее отношение Саратовского фельдшерского Общества о представительстве фельдшерско-акушерского персонала на губернской Съезде врачей. «Работая рука об руку с врачами, фельдшера, без сомнения, также заинтересованы в надлежащей постановке дела помощи больным, как и врачи; им так же, как и врачам, дороги успехи общественной медицины; они также хотят работать по меру своих сил и разумения, а потому закрывать фельдшером дорогу для проявления этой работы нельзя. Простая справедливость требует, чтобы фельдшерский персонал, которого насчитывается только в одних земских учреждениях Саратовской губ. до 700 чел., был представлен на губернский медицинский Съезд. Исходя из вышесказанных соображений, общее Собрание Саратовского фельдшерского Общества единогласно постановило возбудить ходатайство перед губернским Собранием о допущении на предстоящий губернский Съезд врачей и представителей фельдшерско-акушерского персонала, с правами решающего голоса в количестве по 1 делегату от каждого уезда, от учреждений губернского Земства и от местного фельдшерского Общества, как учреждений, блюдущих интересы всей корпорации помощников врачей. Исполняя постановление общего Собрания, Совет Общества имеет честь покорише просить Саратовскую губернную земскую Управу дать надлежащее направление сему ходатайству». Выслушав отношение, санитарный Совет постановил: «Санитарный Совет, признавая желательным участие фельдшерско-акушерского персонала с правом решающего голоса на губернском Съезде врачей, полагает, что вопрос о формах представительства должен быть предметом обсуждения в уездных санитарных Советах и земских Собраниях; число представителей, по мнению Совета, следовало бы пока ограничить 2-мя лицами».

2567. Мы много раз имели случай останавливаться на деятельности Московского Земства, как передового в ряду других земств. Позволяю себе теперь продемонстрировать из статьи в

«Русских Ведомостях» (17 декабря) «Земство и Крестьянство Московской губернии», за подписью «Земец», т.е. выдержка из недавно изданной статистическим Отделением Московского губернского Земства работы г. И. Казимирова \*), которыми выясняется, в какой мере это Земство исполняет свои обязанности по отношению к крестьянам? Для оценки того, что получает Земство от крестьян и что дает им, нужны общие суммы, выражающие отношение земского сбора с земель к общим суммам всего земского дохода. За 36 лет (1868—1903 гг.) общий земский сбор по Московской губ. возрос с 904000 р. до 4503000 р., т.е. в 5 раз и в том числе сбор с земель крестьянских и частновладельческих вместе с 302000 до 569000 р. или меньше, чем в 2 раза. След., главным источником земских доходов являются не земли, а торгово-промышленные заведения, жилища строения, дачи и др. нематериальные имущества, дающие 85,6% всего земского дохода, а из оставшейся части (14,4%) сборами с земель получилось в 1903 г. 569000 р. или 12,5%. Если из этого счета вычитать частно-владельческие земли (1014 тыс. дес.), то крестьянских земель останется 1583 тыс. дес. Наглядности ради земским статистиком сделан подсчет, в каких отношениях находится сбор с крестьянских земель к общим суммам земского дохода?

Года.	Общий зем- ский сбор в тыс.	Съ крест. земель в тыс.	В % %
1868	904	193	21,3
1878	1,466	229	15,6
1888	1,724	250	14,5
1898	3,099	313	10,1
1903	4,503	349	7,7

Таким образом общий земский сбор, как и сказано выше, увеличился в 5 раз, а сбор с крестьянских земель—меньше чем в 2 раза. Видно с тем очевидно, что относительный сбор с крестьянских надельных земель, постепенно уменьшаясь, упал в течение 36 лет с 21,3% до 7,7% или до 1/3. Расходы же Земства на нужды крестьян за то же время выросли с 1/4 всего земского расхода почти до 2/3, как свидетельствует следующий ряд цифр за указанные выше годы: 1868 г.—86000 или 9,3%, 1878 г.—344000 или 23%, 1888 г.—786000 или 45,5%, 1898 г.—1.801000 или 58,1%, 1903 г.—2.852000 или 63,8%. Сопоставление приведенных цифр приводит земского статистика к следующему выводу: «В настоящее время Земство тратит на нужды крестьян слишком в 8 раз больше того, что уплачивают ему крестьяне, т.е. в идущие на крестьян расходы от Земства сами крестьяне уплачивают 1/8, а 7/8 на это вносят землевладельцы, дачевладельцы, торговцы и промышленники главным образом, при чем добрую (очень значительную) долю этих сборов вносят городское население Москвы—разных классов общества».

2568. В «La Presse médicale» г. Alexis Carrel (New-York) в статье «Le Hunterian Laboratory of experimental medicine» описывает ту лабораторию, в которой проф. Harvey Cushing проводит в настоящее время принятый им 5 лет назад способ преподавания оперативной хирургии путем операций на живых животных. Лаборатория эта, обеспечивающая помещением, обставленная самым заботливым образом в смысле ограждения оперированных животных от каких-либо осложнений, для 50 собак и дающая возможность практических занятий для 80 студентов, построена очень недавно. Раньше же проф. Harvey Cushing свои занятия со студентами в указанном направлении вел в отделении анатомического театра «John Hopkins University». Владыющие английским языком могут ознакомиться с постановкой дела из недавно вышедшей статьи самого проф. Harvey Cushing'a «Instruction in Operative Medicine, with the description of a course given in the Hunterian laboratory of experimental medicine», by Harvey Cushing, («The John Hopkins Hospital Bulletin», 1906, май, № 182). В лаборатории берутся бродячие собаки и собаки больные, приводимые их хозяевами. Жители Baltimore были оповещены, что животные с хирургическими заболеваниями будут пользоваться в Университете, как в госпитале, и они теперь приносят своих больных животных. Мало по малу этот клинический материал увеличивается, так как в большом городе не мало собак с грыжами, опухолями, зобами, заболеваниями глаз, гинекологическими болезнями и пр., но теперь еще он недостаточен, и для целей преподавания приходится пользоваться и здоровыми животными.

2569. Умер: 16-го декабря, в Москвѣ, Бронислав Францевич Барановский («Русскія Ведомости», 18 декабря), родившійся в 1856 г., а званіе врача получившій в 1881 г.

Усердно просим редакцию, почтивши насъ предложеніемъ обійти изданіями въ будущемъ 1907-мъ году и не получивши еще отъ насъ извѣщенія о согласіи, принять таковое въ этихъ строкахъ и не отказать направлять свои изданія по адресу: Петербургъ, Ивановская, 2, д-ру С. В. Владиславеву. Распоряженіе о высылкѣ имъ «Русскаго Врача» сдѣлано. Ред.

\*) «Крестьянские платежи и земская деятельность в Московской губ.».

## ПРИЛОЖЕНИЕ.

## Краткое содержание журнальной литературы.

**Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 1906 г., апрель.** 1. Baltazard et L. Lebrun. *La docimasie pulmonaire*. Легочная проба (видовымывная) при решении вопроса, живым или мертвым родился ребенок. 2. P. Parisot. *L'hospitalité de nuit en France*. Очерк по общественной гигиене. 3. L. Thoinot. *Notes de médecine légale pratique. Attentats aux mœurs*. 20 судебно-медицинских случаев.

**Май.** 1. Th. Oliver. *Accidents causés par l'air comprimé ou maladie des saisons. Étude clinique et physiologique*. Болтажные припадки, вызываемые работой в кессонах. 2. Kermorgant. *L'hygiène et l'acclimatement à Madagascar*. Гигиенические указания относительно жизни на Мадагаскаре. 3. Thoinot. *Notes de pratique médico-légale. Les perversions du sens génital*. (Продолжение). Еще 6 случаев судебно-медицинских. 4. P. Brouardel. *Le voisinage d'un établissement dans lequel on soigne des malades tuberculeux constitue-t-il un danger pour les personnes qui habitent les propriétés ou les maisons y attenantes*. Гигиенический очерк.

**Июнь.** 1. Paul Brouardel. *Responsabilité médicale. Mort pendant la chloroformisation. Condamnation en première instance. Acquiescement en appel. Consultation médico-légale*. Судебно-медицинский очерк. 2. Paul Parisot. *L'hospitalité de nuit à l'étranger*. Иностранцы ночлежные дома. (Брюссель, Женева, Берлин, Лондон). 3. Leon Garnier. *Empoisonnement après avortement par la sabine*. Судебно-медицинское исследование.

**Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1906 г., май.** 1. A. Pinard. *Un cinquième cas d'inversion utérine traité avec succès par l'application du ballon de M. Champetier de Ribes, gonflé avec de l'air*. 1 случай. 2. M. Potocki. *Opération césarienne pour rupture imminente de l'utérus*. Случай кесарева сечения при угрожающем разрыве матки. 3. V. Pitha. *Des tumeurs du placenta (suite)*. Опухоли детского места.

**Июнь.** 1. G. Lepage. *De l'insécurité du curettage instrumental dans la rétention placentaire post-abortum*. Опасность, сопряженная с инструментальным выскабливанием матки при задержании в ней последа после выкидыша. 12 случаев. 2. Joaquin Cortiguera. *Molés et chorio-épiphielomes*. Занозы и хорюэпителиомы: 12 случаев первого и 3 второго. 3. Bresset et Monory. *Statistique sur l'avortement et la morti-natalité*. Статистика выкидышей и мертворожденных. 4. V. Pitha. *(suite et fin). Des tumeurs du placenta*. (Окончание).

**Annales de l'Institut Pasteur, 1906 г., май.** 1. L. Vaillard et Ch. Dopter. *Le serum antidysentérique*. Экспериментальное и клиническое исследование вопроса о противодисентерийной сыворотке. 2. A. Calmette et C. Guérin. *Origine intestinale de la tuberculose pulmonaire et mécanisme de l'infection tuberculeuse*. Экспериментальное исследование. 3. Edmond et Etienne Sergeant. *Études épidémiologiques et prophylactiques du paludisme, 4 campagne en Algérie, 1905*. Санитарно-статистический очерк (с 7 рис.). 4. Charles Nicolle. *Recherches expérimentales sur la lèpre*. 6 случаев прививки проказы обезьянам (рис. 1). 5. Bienstock. *Bacillus putrificus*. Бактериологическое исследование.

**Июнь.** 1. M. Nicolle et F. Mesnil. *Traitement des trypanosomiasis par les «couleurs de benzidine»*. Лечение разных форм трипаномоза бензидином. 2. Ed. Dujardin-Beaumetz. *Transmission de la péripneumonie des bovidés aux espèces ovine et caprine*. Экспериментальное исследование. 3. J. Bordet et Frederick P. Gay. *Sur les relations des sensibilisatrices avec l'alexine*. Экспериментальное исследование. 4. A. Tischutkin. *De l'action du streptococcus et de sa lysine introduits par voie buccale et de quelques questions qui s'y rattachent*. Исследование на кроликах ядов, выделяемых стрептококками. 5. Jules Viala. *Les vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur en 1905*. Годовой отчет.

**Archives de médecine et de pharmacie militaire, 1906 г., январь.** 1. E. Job. *La fièvre typhoïde dans l'armée; ses causes*. Санитарно-медицинский очерк. 2. Conte. *De l'influence des bains de mer sur le développement et le réveil des otites moyennes*. Действие морских купаний на болезни уха. 3. Roualet. *Syphilis cérébrale, à forme probablement scléro-gommeuse, des étages antérieur et moyen du cerveau*. Описание случая. 4. Alvernhe. *L'état sanitaire des troupes coloniales françaises*. Санитарно-статистический отчет. 5. Kopp. *Les comprimés médicamenteux en usage dans l'armée allemande*. Фармацевтические данные.

**Февраль.** 1. Costa. *La forme pure de l'insuffisance surrénale. Étude clinique et critique*. Описание случая надпочечниковой недостаточности и обзор вопроса. 2. Malafosse. *Le paludisme à Géryville (Sud-Oranais)*. Описание эпидемии 1903 и 1904 г. 3. Bonard. *À propos de l'eau oxygénée et du perborate de soude*. Приготовление насыщенной кислородом воды.

**Март.** 1. Cadiot. *Le «Naach», appareil improvisé pour le transport des blessés couchés en pays arabe*. Описание простого

и удобного приспособления для перевозки тяжело-раненых (с 6 рис.). 2. Rouyer. *La tuberculose dans la garnison de Saint-Dié de 1894 à 1904*. Санитарно-статистический очерк.

**Archives de neurologie, 1906 г., апрель.** 1. Bournville. *Traitement médico-pédagogique des idiots les plus graves*. 58 случаев (32 рис.). 2. Marie. *Folies traumatiques et accidents du travail*. 11 случаев.

**Май.** 1. Marie. *Folies traumatiques et accidents du travail*. 7 случаев. 2. Kovalevsky. *L'épilepsie et la migraine*. О взаимоотношении между эпилепсией и мигренью. 3. Bournville. *Traitement médico-pédagogique des idiots les plus graves*. 25 случаев (26 рис.).

**Journal de physiologie et de pathologie générale, 1906 г., март, № 2.** 1. Fil. Bottazzi. *Recherches sur les mouvements automatiques de divers muscles striés*. Влияние некоторых ядов на работу поперечно-полосатых мышц (14 рис.). 2. L. Huguoneng. *Recherches sur la vitelline*. Химическое исследование. 3. Chanoz. *Sur une prétendue action retardatrice des rayons X sur l'osmose*. Х-лучи не замедляют осмоса. 4. M. Doyon et A. Kareff. *Action de l'atropine sur la coagulabilité du sang*. Исследование на собаках влияния атропина на свертывание крови (3 рис.). 5. L. Garrelon et J.-P. Langlois. *Étude sur la polygnésie thermique*. Экспериментальное исследование (5 рис.). 6. Garnier et P. Thaon. *De l'action de l'hypophyse sur la pression artérielle et le rythme cardiaque*. Влияние гипофиза на кровяное давление и сердечный ритм (2 рис.). 7. Henri Lamy et André Mayer. *Étude sur la diurèse. III. Sur les conditions des variations du débit urinaire (sécrétion de l'eau par le rein)*. Условия выделения воды почками. 8. A. Pugliese. *La sécrétion et la composition de la bile chez les animaux privés de la rate*. (Réponse à M. N. C. Paulesco). Библиографическая заметка. 9. L. Bard. *De l'origine sensorielle des mouvements de rotation et de manège propres aux lésions unilatérales des centres nerveux*. 10. H. Roger et F. Trémolières. *Recherches expérimentales sur les entérites muco-membraneuses*. Экспериментальное исследование вопроса о слизисто-перепончатом энтерите. 11. Mouisset et G. Mouriquand. *À propos d'un cas de néphrite par le sublimé*. Случай нефрита, вызванный сулемой.

**Revue de médecine, 1906 г., № 4.** 1. Widai, Roy et Frouin. *Un cas d'acromégalie sans hypertrophie du corps pituitaire avec formation kystique dans la glande*. 1 случай. Клинический очерк с подробным патолого-анатомическим исследованием. 2. Ch. Féré. *L'angoisse au cours de la paralysie générale*. 3 случая. 3. S. Souchanoff. *Les représentations obsessionnelles hallucinatoires et les hallucinations obsessionnelles*. Заметка по психиатрии. 4. S. Salaghi. *Une variété clinique de l'insuffisance mitrale expliquée par certaines dispositions anatomiques du système vasculaire*. О недостаточности двухстворчатого клапана. 5. A. Salmon. *Sur l'origine du sommeil. Étude des relations entre le sommeil et le fonctionnement de la glande pituitaire*. Гипотеза о механизме происхождения сна.

**№ 5.** 1. A. Marie. *La légende de l'immunité des arabes syphilitiques relativement à la paralysie générale*. Освещение вопроса статистическими данными. 2. Bériol. *À propos des perforations du septum interauriculaire*. 8 случаев (с 2 рис.). 3. Ch. Féré. *Note sur l'épilepsie massive*. 3 случая. 4. Cathoire. *De l'existence de la fièvre méditerranéenne en Tunisie dans les rages française et arabe*. 3 случая.

**Revue de chirurgie, 1906 г., № 6.** 1. F. Terrier et P. Aglave. *La résection totale des saphènes dans le traitement des varices superficielles des membres inférieurs et de leurs complications*. Резекция впахи сарфены при расширениях вен нижних конечностей и осложнениях их (16 рис., не окончена). 2. L. Bérard et M. Patel. *De la péritonite généralisée par perforation au cours de l'entérite tuberculeuse*. 26 случаев прободной воспаленной брюшины, возникшего на почве бургорчатки толстой кишки. 3. H. Toussaint. *Des plaies par instruments tranchants du corps thyroïde*. 3 случая поранения острыми инструментами щитовидной железы. 4. Edmond Loison. *Les abcès du foie d'origine coloniale. Étude clinique et thérapeutique basée sur 43 observations personnelles*. (Окончание).

**№ 7.** 1. Savariaud. *Le traitement chirurgical des anévrismes de l'artère sous-clavière*. Освещение вопроса на основании 64 случаев из литературы. 2. Ch. Féré. *Note sur une déformation de l'épine de l'omoplate*. (1 рис.). 3. Maurice Patel et René Leriche. *Des fistules gastro-cutanées consécutives à l'ulcère de l'estomac*. 7 случаев. 4. L. Chevrier. *Amputation ostéoplastique fémoro-tibiale («dite de Sabaness») Очерк по оперативной хирургии (21 рис.). 5. Charles Capillery et Michel Ferron. *De l'énucléation incomplète du scaphoïde*. 6 случаев (2 рис.). 6. René Leriche. *Technique opératoire de la pyloro-gastrostomie pour cancer*. Application de la mobilisation du duodenum aux résections gastriques. Описание техники операции (8 рис.). 7. Martin du Pan. *Contribution à l'étude du cancer du rectum. Son traitement*. Хирургическое лечение рака прямой кишки. (Не окончена).*



# Отчет Вспомогательной Медицинской Кассы, учрежденной Я. А. Чистовичем за 1904 г. \*).

## ЗАСЕДАНИЕ

Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы  
13 февраля 1904 г.

Присутствовали: председатель В. С. Кудринъ, товарищъ председателя Н. Я. Чистовичъ, секретарь М. Г. Бовинъ, казначей В. Ф. Штромъ, члены: М. Н. Нижегородцевъ, А. П. Заболотскій.

I. Доложено ходатайство Комитета Казанской Кассы о назначении вдовы врача Лидіи Павловны **Кузовковой** пособия въ размѣрѣ 50 рублей на лечение ея дочери Софіи.

Г-жа Кузовкова, вдова льготнаго участника, согласно опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 11-го декабря 1898 года, утвержденному Общимъ Собраніемъ, получаетъ съ 3-мя малолѣтними дѣтьми пенсію съ 1-го января 1899 г. въ размѣрѣ 300 рублей въ годъ изъ суммъ Казанской Кассы.

15-го января 1904 года г. председателемъ Главной Кассы г-жѣ **Кузовковой** назначено единовременное пособие въ размѣрѣ 50 рублей изъ суммъ Кассы.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

II. Доложено прошеніе вдовы бывшаго помощника Минскаго Врачебнаго Инспектора Ивана Павловича **Головачева** Пелагеи Михайловны о назначеніи ей пособия въ виду ея дряхлости и стѣснительнаго матеріальнаго положенія.

Комитетъ Минской Кассы удостовѣряетъ, что И. П. Головачевъ былъ инициаторомъ открытія Минскаго Отдѣленія Кассы въ 1874 году и былъ непрерывнымъ участникомъ Кассы съ 1874 по 1891 г. включительно (годъ его смерти), вдова его, 62-хъ лѣтъ отъ роду, получаетъ пенсію отъ Правительства въ размѣрѣ 300 рублей въ годъ, слабаго здоровья и нуждается въ пособіи.

15-го января 1904 года г. председателемъ Главной Кассы назначено г-жѣ **Головачевой** единовременное пособие въ размѣрѣ 40 рублей изъ суммъ Главной Кассы.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

III. Доложено прошеніе пенсионерки Минской Кассы Вильгельмины Ивановны **Мочульской** объ увеличеніи ей пенсіи для воспитанія сына ея Раймонда-Иосифа, достигшаго 10-ти лѣтнаго возраста.

Документы: а) метрическая выпись о рожденіи Раймонда-Иосифа Мочульскаго 21-го сентября 1893 года.

б) Свидѣтельство Могилевскаго Городскаго Управленія, отъ 30-го декабря 1903 года за № 1275, въ томъ, что Раймондъ-Иосифъ Мочульскій, 10 лѣтъ, находится при своей матери Вильгельминѣ Мочульской и въ учебномъ заведеніи на счетъ казны или частныхъ благотворителей не воспитывается.

Справка. В. И. Мочульская съ 3-мя малолѣтними дѣтьми, по опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 24 марта 1900 года, утвержденнаго Общимъ Собраніемъ, получаетъ пенсію изъ Минской Кассы съ 1-го іюля 1900 года въ размѣрѣ 65 рублей въ годъ, въ дополненіе къ 235 рубл. правительственной пенсіи.

Опредѣлено: Ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ объ увеличеніи пенсіи **В. И. Мочульской**, согласно примѣчанія къ § 22 Уст. Кассы, на воспитаніе сына Раймонда-Иосифа на 25 р. въ годъ (всего 90 рублей въ годъ) изъ суммъ Минской Кассы, съ 1-го іюля 1904 года.

IV. Доложено ходатайство Комитета Харьковской Кассы о назначеніи пособия изъ Манассеинскаго капитала на воспитаніе сыну врача **Завитаева** Петру, такъ какъ онъ не достигъ еще 10 лѣтъ и не имѣетъ еще права на полученіе пособия изъ суммъ Кассы.

Дѣти врача Завитаева Иванъ и Петръ, согласно опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 28-го марта 1897 года, утвержденному Общимъ Собраніемъ, получаютъ пенсію изъ суммъ Харьковской Кассы съ 1-го іюля 1897 года въ размѣрѣ 100 рублей въ годъ и кромѣ того Иванъ получаетъ 25 рублей въ годъ на воспитаніе.

Мать сиротъ врача Завитаева Александра Павловна, бывшая пенсионерка кассы, вышла замужъ за г. Сѣрикова.

Опредѣлено: назначить Петру **Завитаеву** на воспитаніе единовременное пособие въ размѣрѣ 25 рублей изъ капитала В. А. Манассеина.

V. Доложено прошеніе вдовы земскаго врача Зинаиды Самойловны **Ле-Дантю** о назначеніи ей съ малолѣтними сыномъ пенсіи въ виду ея тяжелаго матеріальнаго положенія.

Мужъ ея Василій Васильевичъ былъ участникомъ Главной Кассы, сдѣлалъ всего два взноса (въ 1889 и 1890 годахъ) и умеръ въ 1897 году отъ сыпного тифа, будучи эпидемическимъ врачомъ въ Новгородской губерніи.

Доктора—Цейслеръ и Бѣлозерскій удостовѣряютъ тяжелое матеріальное положеніе просительницы.

Опредѣлено: въ виду того, что докторъ **Ле-Дантю** былъ участникомъ Кассы только 2 года въ назначеніи пенсіи вдовы его отказать, но назначить единовременное пособие въ размѣрѣ 75 рублей изъ капитала Я. А. Чистовича.

VI. Доложено прошеніе вдовы врача Матвѣя Никифоровича **Глубоковскаго** Евдокии Виссаріоновны съ 5-ю малолѣтними дѣтьми о назначеніи пенсіи въ виду отсутствія средствъ къ жизни, такъ какъ мужъ ея служилъ безплатно дежурнымъ врачомъ при Императорскихъ Московскихъ театрахъ и никакихъ правъ на пенсію не выслужилъ.

Документы: а) Свидѣтельство пристава 1-го участка Сушевской части гор. Москвы, отъ 27-го января 1904 года за № 574, въ томъ, что ст. сов. М. Н. Глубоковскій умеръ 11 декабря 1903 г.

б) Свидѣтельство того же пристава, за № 575 отъ 27 января 1904 года, въ томъ, что Е. В. Глубоковская состоянія бѣднаго, имѣетъ дѣтей: Константина 20 лѣтъ, Вѣру 19 лѣтъ, Владимира 17 лѣтъ, Евгенія 12 лѣтъ и Бориса 10 лѣтъ, изъ нихъ Константинъ служить по вольному найму и получаетъ 20 рублей.

в) Свидѣтельство участниковъ Кассы Дислера, Афанасьева и Бруханскаго въ томъ, что врачъ М. Н. Глубоковскій не только не оставилъ семьѣ никакого состоянія, но вошелъ въ такіе долги, что у семьи не оказалось буквально никакого имущества.

Справка. Докторъ М. Н. Глубоковскій состоялъ участникомъ Главной Кассы съ 1885 по 1903 годъ включительно, но не сдѣлалъ взносов въ 1895 и 1901 году.

Опредѣлено: въ виду перерыва непрерывности во взносахъ, согласно § 26 Уст. Кассы, въ назначеніи пенсіи г-жѣ **Глубоковской** отказать, но въ виду ея тяжелаго матеріальнаго положенія назначить ей единовременное пособие въ размѣрѣ 100 рублей изъ суммъ Главной Кассы.

VII. Доложено прошеніе вдовы земскаго врача Петра Александровича **Климова** Анны Адриановны о назначеніи ей пособия въ виду стѣснительнаго матеріальнаго положенія.

Право просительницы на пособие изложено въ журналѣ засѣданія Комитета Главной Кассы 24 августа 1896 года (Докторъ Климовъ былъ участникомъ Кассы 4 года).

Г-жа Климова получила много разъ пособій съ 1897 г. Въ 1903 году ей было назначено пособие 14 марта и 28 ноября по 25 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: Назначить А. А. **Климовой** вновь пособие въ размѣрѣ 25 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

VIII. Доложено ходатайство Бирской уѣздной земской Управы Уфимской губерніи о разрѣшеніи сдѣлать членскіе взносы въ Кассу за врачей Н. В. **Клобукова**, Н. В. **Плотникова** и А. А. **Сморodinцева**, которые въ 1901 и 1902 гг. не были присланы по упущенію Управы, хотя въ 1901 году вычеты изъ жалованья означенныхъ врачей и были произведены, а въ 1902 г. были прекращены.

Н. В. Клобуковъ и Н. В. Плотниковъ состояли участниками Главной Кассы съ 1895 по 1901 г. включительно, а А. А. Сморodinцевъ съ 1893 по 1901 годъ включительно.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о разрѣшеніи Н. В. Клобукову, Н. В. Плотникову и А. А. Сморodinцеву сдѣлать взносы за 1902 и 1903 гг. безъ потери непрерывности во взносахъ, такъ какъ пропускъ таковыхъ произошелъ не по ихъ винѣ.

IX. Доложено ходатайство Общества русскихъ врачей въ Вспомогательную Медицинскую Кассу, не найдеть-ли она возможнымъ и соотвѣтствующимъ ея задачамъ принять участіе въ осуществленіи идеи Боткинскаго фонда или назначеніемъ извѣстнаго отчисленія въ фондъ извѣстной суммы или

\* ) Общее Собраніе участниковъ Главной Кассы 13 апрѣля 1906 г., исходя изъ убѣжденія, что отчетъ сильно запоздавшій, обрисовывающій состояніе Кассы за время давно прошедшее, утрачиваетъ свой живой интересъ, постановило представить Воронежской Кассѣ крайній срокъ для представленія за 1904 г.—15-е мая 1906 г. и, если къ этому времени отчетъ представленъ не будетъ, печатать отчетъ по Кассѣ безъ свѣдѣній о Воронежской Кассѣ. Согласно этому постановленію въ настоящій отчетъ не вошли свѣдѣнія о Воронежской Кассѣ. вмѣстѣ съ тѣмъ то же Общее Собраніе постановило обра-

содержаніем нѣсколькихъ кроватей въ предполагаемой богодѣльнѣ, или какимъ-либо инымъ способомъ.

Опредѣлено: исполнѣть сочувствуя желанію Общества Русскихъ Врачей увѣковѣчить имя С. П. Боткина созданіемъ пріюта или богодѣльни для призрѣнія неимущихъ престарѣлыхъ врачей и ихъ семействъ, Комитетъ Главной Кассы не можетъ принять предложеніе Общества, такъ какъ Касса имѣетъ свои опредѣленные Уставомъ задачи и обязательства, причемъ однако въ будущемъ не отказывается содержать кровати въ богодѣльнѣ, если пенсіонеры пожелаютъ поступить въ нее, вмѣсто полученія пенсіи.

Х. Казначеемъ Кассы доложено о движеніи суммъ Кассы и находящихся при ней капиталовъ.

### ЗАСѢДАНІЕ

Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы  
20 Марта 1904 г.

Присутствовали: предсѣдатель В. С. Кудринъ, товарищъ предсѣдателя Н. Я. Чистовичъ, секретарь М. Г. Бовинъ, назначенъ В. Ф. Штромъ, члены М. Н. Нижегородцевъ, С. В. Шидловскій и А. П. Заболотскій.

I. Доложено прошеніе дочери пенсіонерки Кассы Ольги Ивановны Тополевой жены коллежскаго ассесора Вѣры Николаевны **Деперадовичъ** о назначеніи ей пособия на похороны ея матери, умершей 10 ноября 1903 г., и о назначеніи пенсіи брату ея, сыну О. И. Тополевой Владиміру, который выбралъ ее попечительницею.

Владиміръ Топольевъ родился 25 іюля 1883 г. и въ настоящее время обучается въ Пиротехнической Артиллерійской школѣ въ С.-Петербургѣ. — Другой его малолѣтній братъ Михаилъ умеръ.

Г. Предсѣдателемъ Главной Кассы 14 декабря 1903 г. выдано единовременное пособие на похороны О. И. Тополевой въ размѣрѣ 75 рублей.

Опредѣлено: сдѣланный расходъ утвердить, въ назначеніи же пенсіи Владиміру Топольеву отказать, въ виду его возраста, а также въ виду того, что онъ воспитывается на казенный счетъ.

II. Доложено прошеніе вдовы врача Балтійской желѣзной дороги Леонида Павловича **Шестополова** Александры Ивановны о назначеніи ей пособия въ виду тяжелаго матеріальнаго положенія.

Мужъ просительницы сдѣлалъ взносы въ 1868 г. въ Орловскую Кассу и въ 1869 и 1870 г.г. въ Московскую Кассу и скончался въ 1873 году.

Г-жа Шестополова получила пособия: 2 февраля 1901 г. и 24 апрѣля 1902 г. по 30 р. изъ капитала Я. А. Чистовича и 14 марта 1903 г. — 30 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: назначить А. И. **Шестополовой** единовременное пособие въ размѣрѣ 20 рублей изъ капитала Я. А. Чистовича.

III Доложено ходатайство Комитета Харьковской Кассы о назначеніи пособия въ размѣрѣ 50 руб. вдовѣ врача Е. А. **Пантелеймоновой**, съ 2 малолѣтними дѣтьми, не имѣющей средствъ къ жизни.

Мужъ просительницы Георгій Аристарховичъ Пантелеймоновъ окончилъ курсъ Харьковскаго Университета въ 1880 году и 12 іюня 1890 г. сдѣлалъ 200 рублевый взносъ въ Главную Кассу; скончался 13 сентября 1891 г.

18 марта 1894 года въ назначеніи пенсіи вдовѣ было отказано, такъ какъ мужъ ея былъ участникомъ менѣе 3 лѣтъ, но назначено единовременное пособие въ размѣрѣ 50 р. изъ Харьковской Кассы.

Опредѣлено: назначить Е. А. **Пантелеймоновой** единовременное пособие въ размѣрѣ 25 руб. изъ капитала Я. А. Чистовича.

IV. Доложено прошеніе пенсіонерки Кассы Софіи Людвиговны **Семеновой** объ увеличеніи ей пенсіи до 600 р. въ виду ея болѣзни и необходимости воспитывать дѣтей на свой счетъ.

Г-жа Семенова, по опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 11 декабря 1898 г., утвержденному Общимъ Собраніемъ, получаетъ пенсію въ размѣрѣ 300 р. въ годъ съ 1 января 1899 г. изъ суммъ Главной Кассы.

Дѣти ея родились: Надежда 10 января 1889 г., Софія 30 октября 1894 года и Александръ 9 октября 1892 года.

Врачи Николаевъ и Кировскій удостовѣряютъ болѣзненное состояніе г-жи Семеновой, а также то, что она воспитываетъ на свой счетъ сына въ реальномъ училищѣ Принца Ольденбургскаго и дочь Софію въ мѣстномъ пансіонѣ.

Дочь Надежда, по заявленію г-жи Семеновой, воспитывается въ Вилескомъ Марининскомъ Институтѣ на казенный счетъ.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ объ увеличеніи г-жѣ **Семеновой** пенсіи на 50 р. въ годъ на воспитаніе сына Александра (примѣчаніе къ § 22 Устава Кассы съ 1 іюля 1904 г. и Софіи съ 1 января 1905 г. изъ суммъ Главной Кассы. Надеждѣ же, какъ воспитывающейся на казенный счетъ, въ увеличеніи пенсіи отказать (всего 350 р. въ годъ).

V. Доложено ходатайство Комитета Казанской Кассы объ увеличеніи пенсіи пенсіонеркѣ Кассы Лидіи Павловнѣ **Кузовковой** на воспитаніе дочери ея Надежды, которой 26 октября 1904 г. исполнится 10 лѣтъ.

При прошеніи приложено свидѣтельство Предсѣдателя Педагогическаго Совѣта Саранскаго гимназій, отъ 19 января 1904 г. въ томъ, что Надежда Кузовкова, 9 лѣтъ, состоитъ

Г-жа Кузовкова, вдова льготнаго участника, согласно опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 11 декабря 1898 г., утвержденному Общимъ Собраніемъ, получаетъ съ 3 малолѣтними дѣтьми пенсію съ 1 января 1899 г. въ размѣрѣ 300 р. въ годъ изъ суммъ Казанской Кассы. 13 февраля 1904 года ей было назначено 50 рублей единовременнаго пособия на леченіе дочери Софіи.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ объ увеличеніи пенсіи Л. П. **Кузовковой** на воспитаніе дочери Надежды, согласно примѣчанію къ § 22 Устава Кассы, на 25 р. въ годъ съ 1 января 1905 г. изъ суммъ Казанской Кассы (всего 325 рублей въ годъ).

VI. Доложено ходатайство Комитета Казанской Кассы о назначеніи 50 рублей пособия матери участника Кассы Ульянѣ Анисимовнѣ **Елагиной** въ виду ея тяжелаго матеріальнаго положенія.

Сынъ просительницы врачъ Александръ Ивановичъ Елагинъ сдѣлалъ въ Кассу 6 взносов, но былъ участникомъ менѣе 6 лѣтъ, почему въ назначеніи пенсіи матери его 18-го сентября 1898 г. было отказано. Г-жа Елагина получала ежегодно два раза пособия по 50 рублей.

Послѣдній разъ ей было выдано пособие въ размѣрѣ 50 рублей 28-го ноября 1903 г. изъ капитала Я. А. Чистовича.

Опредѣлено: назначить У. А. **Елагиной** единовременное пособие въ размѣрѣ 50 рублей изъ капитала Я. А. Чистовича.

VII. Доложено ходатайство Комитета Таврической Кассы о разрѣшеніи Севастопольскому карантинному врачу Александру Петровичу **Карпову** сдѣлать взносы за 1902 и 1903 года безъ потери непрерывности во взносахъ. Г. Карповъ состоялъ участникомъ Таврической Кассы съ 1882 по 1901 г. включительно и послѣдніе два года не уплачивалъ членскихъ взносовъ потому, что полагалъ, что будто-бы существовалъ ранѣе такой § Устава Кассы, по которому, для того чтобы быть пожизненнымъ участникомъ, необходимо было или единовременно внести 200 рублей, или непрерывно въ теченіе 20 лѣтъ вносить по 10 рублей ежегодно.

Опредѣлено: Доложить Общему Собранію.

VIII. Доложено прошеніе вдовы земскаго врача Александры Виссаріоновны **Поповой** о назначеніи ей пособия въ виду тяжелаго матеріальнаго положенія.

Мужъ просительницы Иванъ Михайловичъ Поповъ сдѣлалъ взносъ въ Главную Кассу только въ 1876 году и льготнымъ участникомъ не былъ.

Г-жа Попова получаетъ пенсію отъ Котельническаго земства въ размѣрѣ 120 р. въ годъ.

Послѣдній разъ ей было выдано пособие въ размѣрѣ 30 рублей 14 марта 1903 г. изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: назначить единовременное пособие въ размѣрѣ 10 руб. изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

IX Доложено прошеніе матери участника Кассы Людвигъ Алексѣевича **Созановичъ-Толстикевичъ** Соломеи Ивановны о назначеніи ей пособия въ виду тяжелаго матеріальнаго положенія.

Докторъ Л. А. Созановичъ сдѣлалъ взносы въ Главную Кассу въ 1897 и 1898 г.г.

Послѣдній разъ просительницѣ было выдано пособие 25 апрѣля 1903 г. въ размѣрѣ 30 руб. изъ капитала Я. А. Чистовича.

Опредѣлено: назначить единовременное пособие въ размѣрѣ 10 руб. изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

X. Доложено прошеніе бездѣтной вдовы доктора Александра Ивановича **Дюмидова** Натали Яковлевны о назначеніи ей пособия въ виду тяжелаго матеріальнаго положенія.

А. И. Дюмидовъ сдѣлалъ единовременный взносъ въ 200 р. 22 марта 1893 г. за № 184.

Г-жѣ Дюмидовой были выданы послѣдніе разы пособия 23 декабря 1902 г. и 25 апрѣля 1903 г. по 30 р.

21 декабря 1903 г. г-жа Дюмидова вновь просила пособие, но въ таковомъ ей было отказано.

Опредѣлено: Назначить единовременное пособие въ размѣрѣ 10 руб. изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

XI Доложено прошеніе вдовы врача Владиміра Яковлевича **Усъ** Леонтины Михайловны о назначеніи ей пособия для уплаты взноса за право слушанія лекцій въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ.

Мужъ ея состоялъ участникомъ Главной Кассы съ 1894 по 1899 г. включительно.

Г-жа Усъ получаетъ 300 рублей правительственной пенсіи. Ей были выданы пособия: 24 марта 1900 года 100 руб. изъ Главной Кассы и 1 февраля и 24 октября 1902 г. 14 марта и 3 октября 1903 г. по 50 руб. изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: назначить Л. М. **Усъ** 50 рублей пособия изъ капитала Я. А. Чистовича.

XII. Доложено прошеніе пенсіонерки Кассы Серафимы Михайловны **Красногорской** объ увеличеніи ей пенсіи на воспитаніе дочери Ноны.

Справка: а) С. М. Красногорской съ 3 дѣтьми, по опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 23 октября 1898 г., утвержденному LV Общимъ Собраніемъ, назначена пенсія съ 1 января 1899 г. изъ суммъ Харьковской Кассы въ размѣрѣ 300 руб. въ годъ.

Опредѣленіемъ Комитета Главной Кассы отъ 2 февраля 1901 г. пенсія была увеличена на 25 руб. въ годъ для воспитанія сына Валентина съ 1 іюля 1901 года.

Документы: а) Копія метрической выписки изъ книгъ Николаевскаго г. Крестнаго церковнаго Крестнаго г. о рожденіи у доктора

б) Удостоверение начальницы Корочанской прогимназии, отъ 28 февраля 1904 г., въ томъ, что Нона Красногорская, ученица прогимназии, освобождена, по бѣдности, отъ платы за право учения.

с) Удостоверение Корочанскаго уѣзднаго врача, отъ 10 марта 1904 г., въ томъ, что Нона Красногорская воспитывается въ Корочанской прогимназии на счетъ своей матери. Г-жа Красногорская прислала заявление, что дочь ея действительно освобождена отъ платы за право учения въ прогимназии.

Опредѣлено: въ увеличеніи пенсіи г-жѣ **Красногорской** на воспитаніе дочери Ноны отказать, такъ какъ послѣдняя учится на счетъ Корочанской прогимназии.

XIII. Доложено прошеніе вдовы земскаго врача Василія Васильевича **Смирнова** Екатерины Михайловны о назначеніи ей съ дочерью пенсіи въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Документы: а) 4 квитанціи Главной Кассы въ полученіи отъ В. В. Смирнова членскихъ взносовъ за 1895, 6, 7 и 8 года.

б) Удостоверение пристава 1-го стана Бирскаго уѣзда, отъ 4 марта 1904 года, въ томъ, что г-жа Смирнова состоянія крайне бѣднаго.

с) Метрическая выпись изъ книгъ Христорождественскаго собора г. Починокъ, Нижегородской губерніи, о смерти В. В. Смирнова, послѣдовавшей 7 июля 1899 года.

д) Свидѣтельство причта Васильевской церкви села Дертюлей, Бирскаго уѣзда, Уфимской губерніи, о рожденіи у врача В. В. Смирнова дочери Маріи 15 октября 1895 г.

е) Свидѣтельство Бирскаго земскаго врача Князева о болѣзни Е. М. Смирновой.

Опредѣлено: Въ виду того, что г. В. В. Смирновъ былъ участникомъ Кассы только 4 года и не былъ льготнымъ участникомъ, въ назначеніи пенсіи вдовѣ его отказать, но въ виду бѣдственнаго состоянія г-жи **Смирновой** назначить ей единовременное пособіе въ размѣрѣ 30 рублей изъ капитала Я. А. Чистовича.

XIV. Доложено прошеніе вдовы участника Кассы Александра Николаевича **Сотина** Антонины Константиновны съ двумя малолѣтними дѣтьми о назначеніи ей пособія, впредь до полученія ею казенной пенсіи, въ виду тяжелаго матеріальнаго положенія.

Справка: А. Н. Сотинъ состоитъ пожизненнымъ участникомъ Главной Кассы съ 1891 года.

Опредѣлено: Назначить А. К. **Сотиной** единовременное пособіе въ размѣрѣ 50 руб. изъ суммъ Главной Кассы.

XV. Доложено ходатайство Комитета Казанской Кассы о назначеніи пособія въ высшемъ размѣрѣ вдовѣ врача Михаила Алексѣевича **Широкихъ** Евдокии Андреевнѣ въ виду отсутствія средствъ къ существованію.

Докторъ М. А. Широкихъ состоялъ участникомъ Главной Кассы съ 1887 по 1896 г. включительно и скончался 2 января 1904 года.

Опредѣлено: назначить Е. А. **Широкихъ** единовременное пособіе въ размѣрѣ 100 р. изъ суммъ Главной Кассы.

XVI. Доложено ходатайство Комитета Казанской Кассы о назначеніи пенсіи вдовѣ врача Ивана Петровича **Злоказова** Елизаветѣ Ивановнѣ, въ виду отсутствія средствъ къ жизни, при чемъ Казанскій Комитетъ удостовѣряетъ болѣзненное состояніе просительницы и ея неспособность къ труду.

Документы: а) 17 квитанцій Казанской Кассы въ полученіи отъ И. П. Злоказова членскихъ взносовъ съ 1887 по 1903 г. включительно.

б) Аттестатъ врача Злоказова, изъ котораго видно, что Злоказовъ женатъ на вдовѣ Елизаветѣ Ивановнѣ Болгарской, недвижимаго имущества и родового не имѣетъ.

с) Выписка изъ метрическихъ книгъ Кирилло-Мефодійской церкви города Казани о смерти врача И. П. Злоказова, послѣдовавшей 23 января 1904 г.

д) Свидѣтельство врача Виноградова, отъ 28 февраля 1904 г., о болѣзни Е. И. Злоказовой, лишающей ее возможности зарабатывать пропитаніе личнымъ трудомъ.

Г-жа Злоказова имѣетъ въ Казани, за землянымъ мостомъ, маленький домикъ, который, по удостовѣренію священника Хрусталева, какъ не имѣющей квартиру, дохода не приноситъ.

Опредѣлено: Ходатайствовать передъ Общимъ Соборіемъ о назначеніи Е. И. **Злоказовой** пенсіи, согласно п. 6. § 22 Устава Кассы, въ размѣрѣ 200 рублей въ годъ съ 1 июля 1904 г. изъ суммъ Казанской Кассы.

XVII. Доложено прошеніе вдовы врача Анастасіи Владимировны **Квятковской** объ увеличеніи получаемой ею для ученья дочери пенсіи съ 50 р. до 100 руб. въ годъ въ виду того, что дочь ея поступаетъ въ Медицинскій Институтъ, гдѣ плата за учение равна 100 руб.

Г-жѣ Квятковской съ 2-мя малолѣтними дѣтьми по опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 8 мая 1897 г. назначена была пенсія въ размѣрѣ 250 р. изъ суммъ Главной Кассы съ 1 июля 1897 г.

18 сентября 1898 г. въ виду отказа г-жи Квятковской отъ пенсіи (она получила мѣсто земскаго врача въ Воронежскомъ земствѣ) и смерти ея сына, а также ея просьбы не лишать ее помощи въ видѣ 50 р. въ годъ для взноса за учение дочери, Комитетъ Главной Кассы назначилъ ей 50 р. въ годъ на воспитаніе ребенка. Общее Собраніе назначеніе это утвердило.

Опредѣлено: Ходатайствовать передъ Общимъ Соборіемъ объ увеличеніи пенсіи г-жѣ **Квятковской** съ 50 р. до 100 р. въ годъ для ученья ея дочери, съ взысканіемъ ея поступленія въ

Комитета Вспомогательной Медицинской Кассы 26 апрѣля 1904 года.

Присутствовали: Предсѣдатель В. С. Кудринъ, товарищъ предсѣдателя Н. Я. Чистовичъ, секретарь М. Г. Бовинъ, казначей В. Ф. Штромъ, члены: М. Н. Нижегородцевъ, С. В. Шидловскій, А. П. Заболотскій и А. А. Трояновъ.

I. Доложено прошеніе вдовы младшаго врача Смоленскаго военнаго лазарета Константина Николаевича **Перцева** Надежды Павловны съ 3 малолѣтними дѣтьми о назначеніи ей пенсіи въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Документы: а) II квитанція Главной Кассы въ полученіи отъ К. Н. Перцева членскихъ взносовъ съ 1893 по 1904 г. включительно.

б) Удостоверение врачей—Спасокукоцкаго, Радзивицкаго и Смоленскаго Городскаго Полицейскаго Управления, отъ 14 апрѣля 1904 г., въ томъ, что послѣ смерти К. Н. Перцева, послѣдовавшей 29 марта 1904 г., осталась вдова Надежда Павловна съ 3 малолѣтними дѣтьми безъ всякихъ средствъ къ существованію и безъ правъ на правительственную пенсію, такъ какъ докторъ Перцевъ прослужилъ въ военной службѣ только 11 лѣтъ (умеръ отъ оспы).

с) Метрическая выпись Верхне-Николаевской Смоленской церкви о смерти К. Н. Перцева, послѣдовавшей 29 марта 1904 года.

д) Копіи метрическихъ выписей о рожденіи у К. Н. Перцева дѣтей: Константина 27 марта 1894 г., Нины 7 мая 1895 г. и Ирины 21 августа 1897 года.

Опредѣлено: Ходатайствовать передъ Общимъ Соборіемъ о назначеніи Надеждѣ Павловнѣ **Перцевой** съ тремя дѣтьми пенсіи, согласно п. ж. § 22 Устава Кассы и примѣчанія къ тому же параграфу, въ размѣрѣ 300 рублей въ годъ и 25 руб. на воспитаніе сына Константина съ 1 июля 1904 года изъ суммъ Главной Кассы.

II. Доложено прошеніе вдовы врача Аграфены Саввишны **Павленко** о назначеніи ей пособія для леченія.

Мужъ просительницы Андрей Касьяновичъ Павленко былъ участникомъ Кассы съ 1881 по 1891 г. включительно. Права его и семьи на пособіе изложены въ журналѣ Комитета Главной Кассы отъ 30 октября 1891 г. и 19 февраля 1892 г. Г-жа Павленко получаетъ пенсію отъ Правительства въ размѣрѣ 340 рублей въ годъ.

Просительницѣ были выданы пособія изъ суммъ Главной Кассы: въ 1891 году — 100 р. въ 1895, 6, 7, 9 и 1900 г. г. по 50 руб.—въ 1901 г.—30 рублей и 25 апрѣля 1903 г. 30 рублей.

Опредѣлено: Назначить А. С. **Павленко** 25 р. пособія изъ капитала Я. А. Чистовича.

III. Доложено прошеніе вдовы ветеринарнаго врача Франца Казимировича **Войткевича** Амеліи Петровны о назначеніи ей съ 4 малолѣтними дѣтьми пенсіи въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Документы: а) 24 квитанціи Главной Кассы въ полученіи отъ ветеринарнаго врача Ф. К. Войткевичъ членскихъ взносовъ съ 1880 по 1903 г. включительно.

б) Копія метрической выписи изъ книги Маріенфельскаго Римско-Католическаго костела о смерти Ф. К. Войткевичъ, послѣдовавшей 15 февраля 1904 года.

с) Копіи метрическихъ выписей о рожденіи у Ф. К. Войткевичъ дѣтей: Маріи—Амеліи—15 ноября 1890 г., Францисекъ—Леонардъ—13 февраля 1893 г., Евгения—26 апрѣля 1898 г. и Александра 24 ноября 1899 года.

Опредѣлено: Ходатайствовать передъ Общимъ Соборіемъ о назначеніи Амеліи Петровнѣ **Войткевичъ** съ 4 малолѣтними дѣтьми пенсіи, согласно п. ж. § 22 Устава Кассы, въ размѣрѣ 300 рублей въ годъ и, согласно примѣчанію къ тому же параграфу, —50 руб. въ годъ на воспитаніе дѣтей Маріи и Франциска съ 1 июля 1904 года изъ суммъ Главной Кассы, если будутъ представлены свѣдѣнія объ ея матеріальномъ положеніи и правахъ на правительственную пенсію.

IV. Доложена просьба вдовы Меленковскаго земскаго врача Ивана Порфирьевича **Широкова** Ольги Васильевны о назначеніи ей съ 3 малолѣтними дѣтьми пособія въ виду того, что послѣ смерти мужа, послѣдовавшей 18 декабря 1902 г., она осталась безъ средствъ къ жизни.

Документы: Копія Свидѣтельства Меленковскаго уѣзднаго Полицейскаго Управления, отъ 16 января 1903 года за № 4, въ томъ, что О. В. Широкова имѣетъ 3 малолѣтнихъ дѣтей и никакого имущества не имѣетъ.

Справка: Докторъ Широковъ сдѣлалъ взносы въ Главную Кассу въ 1899, 1900, 1901 и 1902 г. г. 17 января 1903 г. вдовѣ его было назначено 75 рублей пособія изъ суммъ Главной Кассы. 23 іюля того же года г. Предсѣдателемъ Главной Кассы назначено г-жѣ Широковой 30 рублей пособія изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: Назначить О. В. **Широковой** 25 рублей пособія изъ капитала Я. А. Чистовича.

V. Доложено прошеніе вдовы Ирбитскаго уѣзднаго врача Николая Васильевича **Покровскаго** Юліи Васильевны съ пасынкомъ и дочерью о назначеніи пенсіи для ея пасынка Владимира, въ виду тяжелаго матеріальнаго положенія.

Документы: а) Удостоверение Ирбитскаго Полицейскаго Управления, отъ 3 сентября 1903 г. за № 1568, въ томъ, что Ю. В. Покровская, кромѣ получаемой пенсіи, никакихъ средствъ и имущества не имѣетъ и не можетъ воспитывать

б) Удостоверение пристава 4 стана Верхотурского уезда, Пермской губернии, от 10 марта 1904 года за № 947, в том, что Н. В. Покровский умер 15 мая 1898 г., дочь его Юлия родилась 11 сентября 1897 г., сын Владимир (пасынок г-жи Покровской) родился 27 февраля 1886 г. Г-жа Покровская получает пенсию в 375 р. и на дочь 125 р., а всего 500 рублей в год.

Справка: Доктор Н. В. Покровский состоял участником Пермской Кассы с 1889 по 1897 г. включительно.

Определено: В виду получаемой Ю. В. Покровской правительственной пенсии, в назначении пенсии от Кассы отказать.

VI. Доложено прошение врача Николая Александровича Щепетильникова разрешить ему сдать взнос в кассу за 1903 г., пропущенный им по болезни:

При прошении представлено свидетельство Ординатора

Пензенской губернской больницы Бабицина от 19 марта 1904 г. о болезни Н. А. Щепетильникова.

Доктор Щепетильников состоит участником Кассы с 1883 года.

Определено: Ходатайствовать перед Общим Собранием о разрешении Н. А. Щепетильникову сдать взнос в Кассу за пропущенный им 1903 г. без потери непрерывности во взносах.

VII. Доложено прошение вдовы врача Николая Николаевича Чаганакского Марии Николаевны о назначении ей пособия, так как она послѣ смерти мужа, послѣдовавшей сего 26 марта осталась совершенно без средств.

Д-ръ Чаганакский был участником с 1892—9—Енисейск. и 1900—1903 Главной Кассы.

Г. Председателем Главной Кассы 2 апреля 1904 г. назначено единоврем. пособие в размѣр 100 р. изъ Главн. Кассы. Определено: Утвердить сдѣланный расход.

## LXVI ОБЩЕЕ СОБРАНИЕ

### УЧАСТНИКОВЪ ГЛАВНОЙ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАССЫ.

26 апреля 1904 г.

I. Общее Собрание, состоявшееся изъ 20 участников, открыто Председателем Главной Кассы В. С. Кудринимъ, который сообщил о кончинѣ участников Кассы: Высоцкого С. О., Глассана В. Н., Голицинского А. Ф., Добровольского К. О., Лаврентьева Н. К., Малиновского Б. С., Небогина Н. А., Попова А. В., Романова А. Д., Типочкина П. К., Глубоковского М. Н., Коврейна П. К., Коровко В. Ф., Мальма К. К., Малиева И. М., Мануйлова С. С., Самсонова В. А. и Чарнацкого Д. В., память которыхъ была почтена вставаніемъ.

II. Казначей Кассы прочелъ актъ ревизионной комиссіи слѣдующаго содержания: ревизионная комиссія в засѣданіи своемъ 12 апреля 1904 г., провѣривъ по приходо-расходнымъ книгамъ капиталъ Главной Вспомогательной Медицинской Кассы и находящіяся при ней суммы Кассъ: Кавказской, Тульской и Туркестанской и отдѣльные капиталы: 1) Я. А. Чистовича, 2) Пироговскій капиталъ, 3) Е. Н. Чистовичъ, 4) В. А. Манассеина, 5) капиталъ стипендій В. А. Манассеина, 6) Ю. В. Иванова, 7) Э. Э. Эйхвальда, 8) в память 100-лѣтія ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи и 9) выпуска врачей 1873 года И. М.-Х. Академіи, нашла, что процентныя бумаги на сумму четыреста восемнадцать тысячъ пятьсотъ рублей (418.500 р.), состоящія в 4/10 Государственной Рентѣ на 100.900 р.; 4% обл. Крестьянскаго Поземельнаго Банка—210.800 р.; 3 1/2% Государственнаго Дворянскаго Земельнаго Банка—102.400 р.; 3 1/2% Конверсионныхъ облигацій—3.000 р.; 2 билета 1-го внутренняго съ выигрышами займа—200 р.; 2 билета 2-го внутренняго съ выигрышами займа—200 р.; 4 1/2% С.-Петербургскаго Городскаго Кредитнаго Общества—500 р. и 4 1/2% Киевскаго Городскаго Кредитнаго Общества—500 рублей на основаніи Устава Кассы, хранятся в Государственномъ Банкѣ, о чемъ имѣются расписки Банка деньги двѣ тысячи пятьсотъ сорокъ семь рублей (2.547 руб. 19 коп. находятся на текущемъ счету в С.-Петербургскомъ Учетномъ и Ссудномъ Банкѣ по счету 7.875 и на рукахъ у Казначея сто двадцать девять рублей 94 1/2 коп.

Означенныя процентныя бумаги и деньги значатся в ниже слѣдующихъ капиталахъ: 1) в капиталѣ Главной Вспомогательной Медицинской Кассы—процентными бумагами триста тридцать одна тысяча триста рублей (331.300 руб.) и деньгами одна тысяча семьсотъ девяносто четыре рубля (1.794 р.) 8 коп., 2) в капиталѣ Я. А. Чистовича—процентными бумагами семнадцать тысячъ (17.000 р.) и деньгами 122 р. 99 к., 3) в капиталѣ Е. Н. Чистовичъ—процентными бумагами сорокъ тысячъ пятьсотъ рублей (40.500 руб.) и деньгами 167 р. 47 к., 4) в Пироговскомъ капиталѣ—процентными бумагами шесть тысячъ рублей (6.000 руб.) и деньгами 55 руб. 91 коп., 5) в капиталѣ В. А. Манассеина (Манассеинскій рубль)—процентными бумагами двадцать тысячъ двѣсти пятьдесятъ рублей (20.250 р.) и деньгами триста восемьдесятъ четыре рубля (384 руб.) 83 коп., 6) стипендіи В. А. Манассеина—процентными бумагами восемьсотъ пятьдесятъ рублей (850 руб.) и деньгами 25 р. 76 1/4 коп., 7) в капиталѣ Э. Э. Эйхвальда—процентными бумагами четыреста рублей (400 руб.) и деньгами 31 р. 43 к., 8) в капиталѣ Ю. В. Иванова—процентными бумагами шестьсотъ пятьдесятъ рублей (650 р.) и деньгами 33 р. 79 к., 9) в капиталѣ врачей выпуска 1873 г. И. М.-Х. Академіи—процентными бумагами одна тысяча пятьсотъ рублей (1.500 р.) и деньгами 27 р. 30 1/2 коп., 10) и в капиталѣ в память 100-лѣтія ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи—процентными бумагами 50 рублей и деньгами 29 р. 55 к. В приходо-расходныхъ книгахъ вышесказанныхъ капиталовъ сдѣланы надлежащія надписи о произведенной ревизіи.

III) Собрание выслушало журналы засѣданій Комитета Главной Кассы отъ 28 ноября и 21 декабря 1903 г., 13 февраля, 20 марта и 26 апреля 1904 г., которые и были утверждены, со слѣдующими добавленіями: а) къ журналу отъ 28 ноября 1903 г. п. II: запросить Комитетъ Казанской Кассы о степени

глухоты врача Д. Я. Попова и о томъ, какимъ родомъ труда онъ зарабатываетъ 300 р. в годъ.

б) Къ журналу отъ 20 марта 1904 г. п. VII: разрешить врачу Александру Петровичу Карпову сдать взносы за 1902 и 1903 года, безъ потери непрерывности во взносахъ

IV. Были произведены выборы членовъ Комитета, вмѣсто выбывающихъ по очереди, согласно § 38 Устава Кассы, Н. Я. Чистовича, М. Н. Нижегородцева, и С. В. Шидловскаго, при чемъ Собрание закрыто баллотировкою вновь избрало тѣхъ же лицъ. Такимъ образомъ составъ Комитета на будущій годъ слѣдующій: Председатель В. С. Кудринъ, Товарищъ Предсѣдателя Н. Я. Чистовичъ, секретарь М. Г. Бовинъ, казначей В. Ф. Штромъ и члены: А. П. Заболотскій, М. Н. Нижегородцевъ, А. А. Трояновъ и С. В. Шидловскій.

V) Въ составъ ревизионной комиссіи до слѣдующаго весенняго Собрания закрыто баллотировкою избраны: О. В. Петерсенъ, Л. Г. Корчагинъ, Г. Г. Епифановъ, А. А. Лозинскій, В. И. Гребенщикова и К. Г. Значковскій.

VI Доложено заявленіе Комитета Одесской Кассы слѣдующаго содержания:

Въ виду поступавшихъ и ранѣе въ Одесское Отдѣленіе Кассы незначительныхъ денежныхъ пожертвованій отъ лицъ, не состоящихъ участниками Кассы, и въ виду того, что и впредь имѣются въ виду таковыя поступленія, не откажите разъяснить, можетъ ли быть при Одесской Кассѣ отдѣльный счетъ «Благотворительнаго Капитала имени В. А. Манассеина» и расходование этого капитала по постановленіямъ Одесскаго Комитета, согласно Устава благотворительнаго капитала имени В. А. Манассеина. Комитетъ Одесской Кассы съ своей стороны полагаетъ, что существующій Уставъ тому не препятствуетъ, такъ какъ въ немъ, въ § 2, нѣтъ указаній на то, чтобы сборъ сосредоточивался въ Комитетѣ именно Главной Кассы, равно и въ § 6 не сказано, чтобы право назначенія пособій предоставлялось Комитету одной только Главной Кассы.—Фактическое же предоставленіе Комитета Отдѣловъ Кассы имѣть отдѣльный счетъ суммъ «Манассеинскаго рубля» и распоряжаться ими согласно Устава можетъ оживить ихъ функции и тѣмъ самымъ привлечь больше участниковъ и въ Кассу Чистовича.

Постановлено: Въ виду того, что, согласно § 2 Устава благотворительнаго капитала имени В. А. Манассеина, сборъ пожертвованій сосредоточивается только въ Комитетѣ Вспомогательной Медицинской Кассы, при которомъ для приходо-расхода суммъ имѣется специальный счетъ, а потому и нельзя допустить, чтобы такой-же счетъ былъ и при Одесскомъ Комитетѣ Кассы. Если-же этотъ Комитетъ желаетъ образовать у себя изъ сдѣланныхъ пожертвованій совершенно особый капиталъ имени профессора В. А. Манассеина, то объ этомъ слѣдуетъ войти съ отдѣльнымъ ходатайствомъ въ Главный Комитетъ Кассы, который представитъ объ этомъ на разрѣшеніе г. Министра Внутреннихъ Дѣлъ.

VII. Доложено заявленіе Комиссіи по пересмотру Устава Кассы слѣдующаго содержания:

Комиссія закончила пересмотръ Устава, каковой и представляетъ Комитету Главной Кассы.

Нерѣшенными остались слѣдующіе вопросы:

1) Членъ Комиссіи Гребенщикова, разработавъ вопросъ о нормахъ пенсій, пришелъ къ рѣшенію о возможности увеличенія пенсій на 20% по всѣмъ разрядамъ, но лишь новымъ пенсионерамъ, при чемъ ручается за состоятельность Кассы на 25 лѣтъ.

Членъ Комиссіи Амстердамскій, на основаніи своихъ расчетовъ, пришелъ къ заключенію, что нормы, предлагаемыя г. Гребенщиковымъ, могутъ повести черезъ 15—20 лѣтъ, при значительномъ и быстромъ ростѣ участниковъ Кассы, къ ея несостоятельности; но устойчивость Кассы можетъ быть подержана даже при увеличеніи нормъ пенсій до 40%, если



повысить членский взнос до 15 рублей; при этомъ слѣдуетъ замѣтить, что г. Гребенщиковъ съ каждого 10 рублеваговзноса отчисляетъ въ неприкосновенный капиталъ 2 руб., а г. Амстердамскій вноситъ въ расходный бюджетъ 10 рублевые членскіе взносы полностью.

Въ виду этого г. Амстердамскій предлагаетъ вмѣсто равнонаго увеличения пенсій на 20%, ввести 2 добровольные разряда:

1) для 10 руб. членскихъ взносовъ, съ сохраненіемъ нынѣ дѣйствующихъ по уставу 1889 года размѣровъ пенсій и 2) при 15 руб. членскихъ взносахъ, съ повышеніемъ средней годовой нормы пенсій до 40%.

2) Г-нъ Гребенщиковъ считаетъ крайне убыточными для Кассы льготныхъ участниковъ, г-нъ Амстердамскій—наоборотъ очень выгодными въ финансовомъ отношеніи.

Въ виду такого разногласія Коммиссія, не считая себя компетентною установить нормы пенсій и выгоду или невыгоду участія льготныхъ членовъ, признала необходимымъ представить рѣшеніе этого разногласія компетентному лицу, представивъ въ его распоряженіе разъясненія и записки, какъ г-на Гребенщикова, такъ и г-на Амстердамскаго.

Кромѣ того г. Амстердамскій остался при отдѣльномъ мнѣніи по вопросамъ: 1) объ ограниченіи правъ на пенсію вдовцовъ участницъ-женщинъ врачей и 2) о числѣ членовъ Главнаго Комитета.

Общее Собраніе, въ виду разногласія среди членовъ Коммиссіи, постановило разрѣшить ей пригласить кого-либо изъ компетентныхъ лицъ для разрѣшенія встрѣченныхъ разногласій и необходимыхъ математическихъ вычисленій.

### ЗАСѢДАНІЕ

Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы  
2 октября 1904 года.

Присутствовали: предсѣдатель В. С. Кудринъ, товарищъ предсѣдателя Н. Я. Чистовичъ, секретарь М. Г. Бовинъ, казначей В. Ф. Штромъ, члены: М. Н. Нижегородцевъ, С. В. Шидловскій, А. П. Заболотскій и А. А. Трояновъ.

I. Доложено прошеніе вдовы доктора Александра Андреевича **Панина** Анны Владимировны о назначеніи ей пособія въ виду тяжелаго матеріальнаго положенія.

Докторъ А. А. Панинъ былъ участникомъ Главной Кассы съ 1877 по 1901 годъ. Вдова его 19 октября 1901 года получила пособіе въ размѣрѣ 100 рублей.

10 мая 1904 года Предсѣдателемъ Главной Кассы было выслано вновь пособіе въ 25 рублей.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

II. Доложено прошеніе пенсіонерки Кассы Матроны Ивановны **Станевичъ**, получающей, по опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 20 Февраля 1891 г., пенсію изъ Главной Кассы въ размѣрѣ 300 руб. и 75 р. на воспитаніе дочерей, не уменьшая эту пенсію за совершеннѣйшемъ 2 дѣтей (воспитанниковъ) до окончанія ими образованія, въ виду ея бѣдности.

Опредѣлено: На основаніи § 22 Устава Кассы въ просьбѣ отказать.

III. Доложено ходатайство Комитета Самарской Кассы о назначеніи пенсій вдовѣ вольнопрактикующаго врача Доминика Валентьевича **Чарноцкаго** Юліи Наполеоновны въ виду ея бѣдственнаго положенія.

Документы: а) Отношеніе Константиновскаго уѣзднаго врача, отъ 14 Іюля 1904 г. за № 288, изъ котораго видно, что г. Чарноцкой 39 лѣтъ, дѣтей не имѣетъ, она тяжело больна и находится въ бѣдственномъ положеніи; до высылки Комитетомъ Главной Кассы пособія жила милостынею.

б) Удостовереніе вѣта гмины Яновъ, Константиновскаго уѣзда, Сѣдлецкой губерніи, отъ 8 Іюня 1904 года за № 1885, въ томъ, что Ю. Н. Чарноцкая какъ движимаго, такъ и недвижимаго имущества не имѣетъ, пенсію не получаетъ и находится въ крайнемъ бѣдственномъ положеніи.

По удостовѣренію Комитета Самарской Кассы врачъ Д. В. Чарноцкій состоялъ участникомъ Самарской Кассы въ теченіи 20 лѣтъ и сдѣлалъ единовременный взносъ въ 200 руб. Г. Предсѣдателемъ Главной Кассы 25 мая 1904 г. выслано г-жѣ Чарноцкой 50 руб. въ счетъ будущей пенсіи.

Опредѣлено: Назначить Юліи Наполеоновнѣ **Чарноцкой** пенсію, согласно п. 6. § 22 Устава Кассы, въ размѣрѣ 200 руб. въ годъ, съ 1-го Іюля 1904 года изъ суммъ Кассы.

IV. Доложено прошеніе вдовы врача Іосифа Доминиковича **Жмуйдиновичъ** Екатерины Георгіевны о назначеніи ей пособія для отправленія дочери на высшіе женскіе курсы.

Докторъ Жмуйдиновичъ былъ участникомъ Нижегородской Кассы съ 1877 по 1888 г. и Главной съ 1889 по 1892 г. и умеръ 18 февраля 1899 г. Права просительницы на пенсію изложены въ журналѣ засѣданія Комитета Главной Кассы отъ 19 марта 1899 г. Г-жа Жмуйдиновичъ получаетъ пенсію отъ Правительства.

16 августа 1904 г. Г. Предсѣдателемъ Главной Кассы назначено 25 рублей пособія изъ капитала Я. А. Чистовича.

Опредѣлено: Утвердить сдѣланный расходъ.

V. Доложено заявленіе пенсіонерки Харьковской Кассы Юліи Петровны **Масветовой** о смерти ея сына Петра и просьба ея оставить за нею назначенные на воспитаніе покойнаго сына 25 рублей.

Петромъ назначена была пенсія въ размѣрѣ 75 р. 4 к. въ годъ въ дополненіе къ 174 р. 96 к. правительственной пенсіи и 25 р. въ годъ на воспитаніе сына Петра, съ 1 января 1904 г., изъ суммъ Харьковской Кассы.

Справка. Сынъ г-жи Масветовой Николай родился 14 декабря 1883 года.

Опредѣлено: Въ виду достиженія въ концѣ текущаго года сыномъ г-жи Масветовой Николаемъ совершеннолѣтія и за смертью сына Петра, просительница имѣетъ право на получение пенсіи только въ размѣрѣ 150 р. въ годъ; въ виду же полученія ею пенсіи отъ Правительства въ большемъ размѣрѣ, чѣмъ она могла бы получать отъ Кассы, съ 1 января 1905 года выдачу ей пенсіи прекратить.

VI. Доложена просьба участника Кассы врача Бориса Антоновича **Кемпа** о назначеніи ему пособія для пѣздки на кумысы отъ туберкулеза праваго легкаго, принудившаго его оставить службу.

Комитетъ Тамбовской Кассы ходатайствуетъ объ удовлетвореніи просьбы Б. А. Кемпа.

Г. Кемпа участникъ Тамбовской Кассы съ 1901 года.

Г. Предсѣдателемъ Главной Кассы 25 мая 1904 г. назначено пособіе въ размѣрѣ 100 рублей изъ суммъ Главной Кассы.

Опредѣлено: Утвердить сдѣланный расходъ.

VII. По опредѣленію Комитета Главной Кассы, отъ 26 Апрѣля 1904 г., послѣднее весеннее Общее Собраніе постановило назначить Амеліи Петровнѣ **Войткевичъ** съ 4 малолѣтними дѣтьми пенсію, согласно п. ж § 22 Устава Кассы, въ размѣрѣ 300 руб. въ годъ и, согласно примѣчанію къ тому же параграфу—50 руб. въ годъ на воспитаніе дѣтей Маріи и Франциска съ 1 Іюля 1904 года изъ суммъ Главной Кассы, если будутъ представлены свѣдѣнія объ ея матеріальномъ положеніи и правахъ на Правительственную пенсію.

Въ настоящее время г-жею Войткевичъ представлены слѣдующіе документы:

а) Удостовереніе Саратовскаго Губернскаго Ветеринарнаго Инспектора, отъ 5 Іюля 1904 г. за № 1.533, въ томъ, что г-жа Войткевичъ съ дѣтьми имѣетъ право на получение за службу мужа, какъ состоявшаго на штатной государственной службѣ менѣе 10 лѣтъ, только единовременнаго пособія въ количествѣ 800 рублей.

б) Протоколъ Пристава 3 стана Аткарскаго уѣзда, отъ 12 мая 1904 г., о томъ, что г-жа Войткевичъ состоянія крайне бѣднаго, имущества какъ движимаго, такъ и недвижимаго не имѣетъ, промыслами не занимается и въ услуженіи ни у кого не состоитъ.

Опредѣлено: Признавая, что матеріальное положеніе г-жи **Войткевичъ** тяжелое, согласно постановленію Общаго Собранія, выслать ей пенсію за 2 половину 1904 года.

VIII. Доложено ходатайство Комитета Пермской Кассы о назначеніи пенсій вдовѣ Кропивенскаго земскаго врача Карла-Константина Федоровича **Мальмъ** Маріи Порфирьевнѣ съ 5 малолѣтними дѣтьми, въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Документы: а) 10 квитанцій Пермской Кассы въ полученіи отъ доктора К. Ф. Мальмъ членскихъ взносовъ съ 1894 по 1903 г. включительно.

б) Выписъ изъ метрической книги Кизеловской Свято-Троицкой церкви, Семипалатинскаго уѣзда, за № 16, о смерти врача К. Ф. Мальмъ, послѣдовавшей 8 декабря 1903 года.

с) 2 копии свидѣтельства о рожденіи у К. Ф. Мальмъ дѣтей: Сергѣя 19 Іюня 1892 года, Маріи—1 ноября 1893 г. и 3 копии метрическихъ выписей о рожденіи у него дѣтей: Татьяны—24 января 1895 г., Вассы—31 декабря 1898 г. и Анастасіи—23 декабря 1901 года.

д) Свидѣтельство участникомъ Кассы—Комарницкаго, Давыдова и Гофмана, отъ 24 декабря 1903 г., въ томъ, что семья К. Ф. Мальмъ служебной пенсіи не получаетъ и получать не будетъ, имущественное состояніе ея заключается въ 1.500 р., находящихся въ сберегательной кассѣ, и въ самыхъ необходимыхъ домашнихъ вещахъ. Сынъ Сергѣй очень отсталъ въ умственномъ развитіи и мало надежды на дальнѣйшее его развитіе.

е) Удостовереніе Пермской женской гимназіи Барбатенко, отъ 8 Января 1904 года, въ томъ, что Марія и Татьяна Мальмъ состоятъ ученицами этой гимназіи и никакими пособіями отъ гимназіи не пользовались.

Прошеніе М. П. Мальмъ подано въ Пермскую Кассу 6 января 1904 года.

Опредѣлено: Ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи М. П. Мальмъ съ 5 дѣтьми пенсіи, согласно п. д § 22 Устава Кассы, съ 1-го Іюля 1904 года въ размѣрѣ 300 рублей въ годъ и 75 руб. на воспитаніе дѣтей Сергѣя, Маріи и Татьяны (послѣдней съ 1 января 1905 г.) изъ суммъ Пермской Кассы.

IX. Доложена просьба бездѣтной вдовы военнаго врача Леонида Афанасьевича **Когана** Маріи Васильевны о назначеніи ей пособія, такъ какъ она кромѣ 13 р. 64 к. правительственной пенсіи другихъ средствъ къ жизни не имѣетъ и очень нуждается.

Права на пособіе г-жи Коганъ изложены въ журналѣ засѣданія Комитета Главной Кассы 18 сентября 1898 года.

Докторъ Коганъ состоялъ участникомъ Кассы съ 1873 по 1898 г. включительно. Вдовѣ его въ назначеніи пенсіи отказано въ виду того, что она получаетъ пенсію отъ Правительства въ большемъ размѣрѣ, чѣмъ она могла бы получать отъ Кассы.

б) Удостоверение пристава 4 стана Верхотурского уезда, Пермской губернии, от 10 марта 1904 года за № 947, в том, что Н. В. Покровский умер 15 мая 1898 г., дочь его Юлия родилась 11 сентября 1897 г., сын Владимир (пасынок г-жи Покровской) родился 27 февраля 1886 г. Г-жа Покровская получает пенсию в 375 р. и на дочь 125 р., а всего 500 рублей в год.

Справка: Доктор Н. В. Покровский состоял участником Пермской Кассы с 1889 по 1897 г. включительно.

Опредѣлено: Въ виду получаемою Ю. В. Покровскою правительственной пенсін, въ назначеніи пенсін отъ Кассы отказать.

VI. Доложено прошение врача Николая Александровича Щепетильникова разрѣшить ему сдѣлать взносъ въ кассу за 1903 г., пропущенный имъ по болѣзни:

При прошеніи представлено свидѣтельство Ординатора

Пензенской губернской больницы Бабичина отъ 19 марта 1904 г. о болѣзни Н. А. Щепетильникова.

Докторъ Щепетильниковъ состоитъ участникомъ Кассы съ 1883 года.

Опредѣлено: Ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о разрѣшеніи Н. А. Щепетильникову сдѣлать взносъ въ Кассу за пропущенный имъ 1903 г. безъ потери непрерывности во взносахъ.

VII. Доложено прошение вдовы врача Николая Николаевича Чаганакскаго Маріи Николаевны о назначеніи ей пособія, такъ какъ она послѣ смерти мужа, послѣдовавшей сего 26 марта осталась совершенно безъ средствъ.

Д-ръ Чаганакскій былъ участникомъ съ 1892—9—Енисейск. и 1900—1903 Главной Кассы.

Г. Предсѣдателемъ Главной Кассы 2 апрѣля 1904 г. назначено единоврем. пособіе въ размѣрѣ 100 р. изъ Главн. Кассы. Определено: Утвердить сдѣланный расходъ.

## LXVI ОБЩЕЕ СОБРАНИЕ УЧАСТНИКОВЪ ГЛАВНОЙ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАССЫ.

26 апрѣля 1904 г.

I. Общее Собрание, состоявшееся изъ 20 участниковъ, открыто Предсѣдателемъ Главной Кассы В. С. Кудринимъ, который сообщилъ о кончинѣ участниковъ Кассы: Высоцкаго С. О., Глассана В. Н., Голицинскаго А. Ф., Добровольскаго К. О., Лаврентьева Н. К., Малиновскаго Б. С., Небогина Н. А., Попова А. В., Романова А. Д., Типочкина П. К., Глубоковскаго М. Н., Коврейна П. К., Коровко В. Ф., Мальма К. К., Маліева И. М., Мануйлова С. С., Самсонова В. А. и Чарнацкаго Д. В., память которыхъ была почтена вставаніемъ.

II. Казначей Кассы прочелъ актъ ревизіонной комиссіи слѣдующаго содержанія: ревизіонная комиссія въ засѣданіи своемъ 12 апрѣля 1904 г., провѣривъ по приходо-расходнымъ книгамъ капиталъ Главной Вспомогательной Медицинской Кассы и находящіяся при ней суммы Кассы: Кавказской, Тульской и Туркестанской и отдѣльные капиталы: 1) Я. А. Чистовича, 2) Пироговскій капиталъ, 3) Е. Н. Чистовичъ, 4) В. А. Манассеина, 5) капиталъ стипендій В. А. Манассеина, 6) Ю. В. Иванова, 7) Э. Э. Эйхвальда, 8) въ память 100-лѣтія ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи и 9) выпуска врачей 1873 года И. М.-Х. Академіи, нашла, что процентныя бумаги на сумму четыреста восемнадцать тысячъ пятьсотъ рублей (418.500 р.), состоящія въ 4/10 Государственной Рентѣ на 100.900 р.; 4%, обл. Крестьянскаго Поземельнаго Банка—210.800 р.; 3 1/2% Государственного Дворянскаго Земельнаго Банка—102.400 р.; 3 3/4% Конверсионныхъ облигацій—3.000 р.; 2 билета 1-го внутренняго съ выигрышами займа—200 р.; 2 билета 2-го внутренняго съ выигрышами займа—200 р.; 4 1/2% С.-Петербургскаго Городскаго Кредитнаго Общества—500 р. и 4 1/2% Киевскаго Городскаго Кредитнаго Общества—500 рублей на основаніи Устава Кассы, хранятся въ Государственномъ Банкѣ, о чемъ имѣются расписки Банка деньги двѣ тысячи пятьсотъ сорокъ семь рублей (2.547 руб. 19 коп. находятся на текущемъ счету въ С.-Петербургскомъ Учетномъ и Ссудномъ Банкѣ по счету 7.875 и на рукахъ у Казначея сто двадцать девять рублей 94 1/2 коп.

Означенныя процентныя бумаги и деньги значатся въ ниже слѣдующихъ капиталахъ: 1) въ капиталѣ Главной Вспомогательной Медицинской Кассы—процентными бумагами триста тридцать одна тысяча триста рублей (331.300 руб.) и деньгами одна тысяча семьсотъ девяносто четыре рубля (1.794 р.) 8 коп., 2) въ капиталѣ Я. А. Чистовича—процентными бумагами семнадцать тысячъ (17.000 р.) и деньгами 122 р. 99 к., 3) въ капиталѣ Е. Н. Чистовичъ—процентными бумагами сорокъ тысячъ пятьсотъ рублей (40.500 руб.) и деньгами 167 р. 47 к., 4) въ Пироговскомъ капиталѣ—процентными бумагами шесть тысячъ рублей (6.000 руб.) и деньгами 55 руб. 91 коп., 5) въ капиталѣ В. А. Манассеина (Манассеинскій рубль)—процентными бумагами двадцать тысячъ двѣсти пятьдесятъ рублей (20.250 р.) и деньгами триста восемьдесятъ четыре рубля (384 руб.) 83 коп., 6) стипендіи В. А. Манассеина—процентными бумагами восемьсотъ пятьдесятъ рублей (850 руб.) и деньгами 25 р. 76 1/4 коп., 7) въ капиталѣ Э. Э. Эйхвальда—процентными бумагами четыреста рублей (400 руб.) и деньгами 31 р. 43 к., 8) въ капиталѣ Ю. В. Иванова—процентными бумагами шестьсотъ пятьдесятъ рублей (650 р.) и деньгами 33 р. 79 к., 9) въ капиталѣ врачей выпуска 1873 г. И. М.-Х. Академіи—процентными бумагами одна тысяча пятьсотъ рублей (1.500 р.) и деньгами 27 р. 30 3/4 коп., 10) и въ капиталѣ въ память 100-лѣтія ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи—процентными бумагами 50 рублей и деньгами 29 р. 55 к. Въ приходо-расходныхъ книгахъ вышесказанныхъ капиталовъ сдѣланы надлежащія надписи о произведенной ревизіи.

III) Собрание выслушало журналы засѣданій Комитета Главной Кассы отъ 28 ноября и 21 декабря 1903 г., 13 февраля, 20 марта и 26 апрѣля 1904 г., которые и были утверждены, со слѣдующими добавленіями: а) къ журналу отъ 28 ноября 1903 г. п. II: запросить Комитетъ Казанской Кассы о степени

глухоты врача Д. Я. Попова и о томъ, какимъ родомъ труда онъ зарабатываетъ 300 р. въ годъ.

б) Къ журналу отъ 20 марта 1904 г. п. VII: разрѣшить врачу Александру Петровичу Карпову сдѣлать взносы за 1902 и 1903 года, безъ потери непрерывности во взносахъ

IV. Были произведены выборы членовъ Комитета, вмѣсто выбывающихъ по очереди, согласно § 38 Устава Кассы, Н. Я. Чистовича, М. Н. Нижегородцева, и С. В. Шидловскаго, при чемъ Собрание закрыто баллотировкою вновь избрало тѣхъ же лицъ. Такимъ образомъ составъ Комитета на будущій годъ слѣдующій: Предсѣдатель В. С. Кудринъ, Товарищъ Предсѣдателя Н. Я. Чистовичъ, секретарь М. Г. Бовинъ, казначей В. Ф. Штромъ и члены: А. П. Заболотскій, М. Н. Нижегородцевъ, А. А. Трояновъ и С. В. Шидловскій.

V) Въ составъ ревизіонной комиссіи до слѣдующаго весенняго Собранія закрыто баллотировкою избраны: О. В. Петерсенъ, Л. Г. Корчагинъ, Г. Г. Епифановъ, А. А. Лозинскій, В. И. Гребенщиковъ и К. Г. Значковскій.

VI Доложено заявленіе Комитета Одесской Кассы слѣдующаго содержанія:

Въ виду поступавшихъ и ранѣе въ Одесское Отдѣленіе Кассы незначительныхъ денежныхъ пожертвованій отъ лицъ, не состоящихъ участниками Кассы, и въ виду того, что и впредь имѣются въ виду таковыя поступленія, не откажите разяснить, можетъ ли быть при Одесской Кассѣ отдѣльный счетъ «Благотворительнаго Капитала имени В. А. Манассеина» и расходование этого капитала по постановленіямъ Одесскаго Комитета, согласно Устава благотворительнаго капитала имени В. А. Манассеина. Комитетъ Одесской Кассы съ своей стороны полагаетъ, что существующій Уставъ тому не препятствуетъ, такъ какъ въ немъ, въ § 2, нѣтъ указанія на то, чтобы сборъ сосредоточивался въ Комитетѣ именно Главной Кассы, равно и въ § 6 не сказано, чтобы право назначенія пособій предоставлялось Комитету одной только Главной Кассы.—Фактическое же предоставленіе Комитетамъ Отдѣловъ Кассы имѣть отдѣльный счетъ суммъ «Манассеинскаго рубля» и распоряжаться ими согласно Устава можетъ оживить ихъ функции и тѣмъ самымъ привлечь больше участниковъ и въ Кассу Чистовича.

Постановлено: Въ виду того, что, согласно § 2 Устава благотворительнаго капитала имени В. А. Манассеина, сборъ пожертвованій сосредоточивается только въ Комитетѣ Вспомогательной Медицинской Кассы, при которомъ для приходо-расхода суммъ имѣется специальный счетъ, а потому и нельзя допустить, чтобы такой-же счетъ былъ и при Одесскомъ Комитетѣ Кассы. Если-же этотъ Комитетъ желаетъ образовать у себя изъ сдѣланныхъ пожертвованій совершенно особый капиталъ имени профессора В. А. Манассеина, то объ этомъ слѣдуетъ войти съ отдѣльнымъ ходатайствомъ въ Главный Комитетъ Кассы, который представитъ объ этомъ на разрѣшеніе г. Министра Внутреннихъ Дѣлъ.

VII. Доложено заявленіе Комиссіи по пересмотру Устава Кассы слѣдующаго содержанія:

Комиссія закончила пересмотръ Устава, каковой и представитъ Комитету Главной Кассы.

Нерѣшенными остались слѣдующіе вопросы:

1) Членъ Комиссіи Гребенщиковъ, разработавъ вопросъ о нормахъ пенсій, пришелъ къ рѣшенію о возможности увеличенія пенсій на 20% по всѣмъ разрядамъ, но лишь новымъ пенсіонерамъ, при чемъ ручается за состоятельность Кассы на 25 лѣтъ.

Членъ Комиссіи Амстердамскій, на основаніи своихъ расчетовъ, пришелъ къ заключенію, что нормы, предлагаемыя г. Гребенщиковымъ, могутъ повести черезъ 15—20 лѣтъ, при значительномъ и быстромъ ростѣ участниковъ Кассы, къ ея несостоятельности; но устойчивость Кассы можетъ быть поддержана даже при увеличеніи нормы пенсій до 40%, если

повысить членский взнос до 15 рублей; при этомъ слѣдуетъ замѣтить, что г. Гребенщиковъ съ каждаго 10 рублевого взноса отчисляеть въ неприкосновенный капиталъ 2 руб., а г. Амстердамскій вноситъ въ расходный бюджетъ 10 рублевые членские взносы полностью.

Въ виду этого г. Амстердамскій предлагаетъ вмѣсто равномѣрнаго увеличенія пенсій на 20%, ввести 2 добровольные разряда:

1) для 10 руб. членскихъ взносов, съ сохраненіемъ нынѣ дѣйствующихъ по уставу 1889 года размѣровъ пенсій и 2) при 15 руб. членскихъ взносахъ, съ повышеніемъ средней годовой нормы пенсій до 40%.

2) Г-нъ Гребенщиковъ считаетъ крайне убыточными для Кассы льготныхъ участниковъ, г-нъ Амстердамскій—наоборотъ очень выгодными въ финансовомъ отношеніи.

Въ виду такого разногласія Комиссія, не считая себя компетентною установить нормы пенсій и выгоду или невыгоду участія льготныхъ членовъ, признала необходимымъ предоставить рѣшеніе этого разногласія компетентному лицу, представивъ въ его распоряженіе разъясненія и записки, какъ г-на Гребенщикова, такъ и г-на Амстердамскаго.

Кромѣ того г. Амстердамскій остался при отдѣльномъ мнѣніи по вопросамъ: 1) объ ограниченіи правъ на пенсіи вдовцовъ участницъ-женщинъ врачей и 2) о числѣ членовъ Главнаго Комитета.

Общее Собраніе, въ виду разногласія среди членовъ Комиссіи, постановило разрѣшить ей пригласить кого-либо изъ компетентныхъ лицъ для разрѣшенія встрѣченныхъ разногласій и необходимыхъ математическихъ вычисленій.

### ЗАСѢДАНІЕ

Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы  
2 октября 1904 года.

Присутствовали: предсѣдатель В. С. Кудринъ, товарищъ предсѣдателя Н. Я. Чистовичъ, секретарь М. Г. Бовинъ, казначей В. Ф. Штромъ, члены: М. Н. Нижегородцевъ, С. В. Шидловскій, А. П. Заболотскій и А. А. Трояновъ.

I. Доложено прошеніе вдовы доктора Александра Андреевича **Панина** Анны Владимировны о назначеніи ей пособия въ виду тяжелаго матеріальнаго положенія.

Докторъ А. А. Панинъ былъ участникомъ Главной Кассы съ 1877 по 1901 годъ. Вдова его 19 октября 1901 года получила пособие въ размѣрѣ 100 рублей.

10 мая 1904 года Предсѣдателемъ Главной Кассы было выслано вновь пособие въ 25 рублей.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

II. Доложено прошеніе пенсионерки Кассы Матроны Ивановны **Станевичъ**, получающей, по опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 20 Февраля 1891 г., пенсію изъ Главной Кассы въ размѣрѣ 300 руб. и 75 р. на воспитаніе дочерей, не уменьшать эту пенсію за совершеннолѣтіемъ 2 дѣтей (воспитанниковъ) до окончанія ими образованія, въ виду ея бѣдности.

Опредѣлено: На основаніи § 22 Устава Кассы въ просьбѣ отказать.

III. Доложено ходатайство Комитета Самарской Кассы о назначеніи пенсій вдовѣ вольнопрактикующаго врача Доминика Валентьевича **Чарноцкаго** Юліи Наполеоновны въ виду ея бѣдственнаго положенія.

Документы: а) Отношеніе Константиновскаго уѣзднаго врача, отъ 14 июля 1904 г. за № 288, изъ котораго видно, что г. Чарноцкой 39 лѣтъ, дѣтей не имѣетъ, она тяжело больна и находится въ бѣдственномъ положеніи; до высылки Комитетомъ Главной Кассы пособия жила милостынею.

б) Удостовереніе войта гмины Яновъ, Константиновскаго уѣзда, Сѣдлецкой губерніи, отъ 8 июня 1904 года за № 1885, въ томъ, что Ю. Н. Чарноцкая какъ движимаго, такъ и недвижимаго имущества не имѣетъ, пенсіи не получаетъ и находится въ крайне бѣдственномъ положеніи.

По удостовѣренію Комитета Самарской Кассы врачъ Д. В. Чарноцкій состоялъ участникомъ Самарской Кассы въ теченіи 20 лѣтъ и сдѣлалъ единовременный взносъ въ 200 руб.

Г. Предсѣдателемъ Главной Кассы 25 мая 1904 г. выслано г-жѣ Чарноцкой 50 руб. въ счетъ будущей пенсіи.

Опредѣлено: Назначить Юліи Наполеоновнѣ **Чарноцкой** пенсію, согласно п. 6. § 22 Устава Кассы, въ размѣрѣ 200 руб. въ годъ, съ 1-го июля 1904 года изъ суммъ Кассы.

IV. Доложено прошеніе вдовы врача Іосифа Доминиковича **Жмуйдзиновичъ** Екатерины Георгіевны о назначеніи ей пособия для отправленія дочери на высшіе женскіе курсы.

Докторъ Жмуйдзиновичъ былъ участникомъ Нижегородской Кассы съ 1877 по 1888 г. и Главной съ 1889 по 1892 г. и умеръ 18 февраля 1899 г. Права просительницы на пенсію изложены въ журналѣ засѣданія Комитета Главной Кассы отъ 19 марта 1899 г. Г-жа Жмуйдзиновичъ получаетъ пенсію отъ Правительства.

16 августа 1904 г. Г. Предсѣдателемъ Главной Кассы назначено 25 рублей пособия изъ капитала Я. А. Чистовича.

Опредѣлено: Утвердить сдѣланный расходъ.

V. Доложено заявленіе пенсионерки Харьковской Кассы Юліи Петровны **Масветовой** о смерти ея сына Петра и просьба ея оставить за нею назначенные на воспитаніе покойнаго сына 25 рублей.

Петромъ назначена была пенсія въ размѣрѣ 75 р. 4 к. въ годъ въ дополненіе къ 174 р. 96 к. правительственной пенсіи и 25 р. въ годъ на воспитаніе сына Петра, съ 1 января 1904 г., изъ суммъ Харьковской Кассы.

Справка. Сынъ г-жи Масветовой Николай родился 14 декабря 1883 года.

Опредѣлено: Въ виду достиженія въ концѣ текущаго года сыномъ г-жи Масветовой Николаемъ совершеннолѣтія и за смертью сына Петра, просительница имѣетъ право на полученіе пенсіи только въ размѣрѣ 150 р. въ годъ; въ виду же полученія ею пенсіи отъ Правительства въ большемъ размѣрѣ, чѣмъ она могла бы получать отъ Кассы, съ 1 января 1905 года выдачу ей пенсіи прекратить.

VI. Доложена просьба участника Кассы врача Бориса Антоновича **Кемпа** о назначеніи ему пособия для поѣздки на кумысъ отъ туберкулеза праваго легкаго, принудившаго его оставить службу.

Комитетъ Тамбовской Кассы ходатайствуетъ объ удовлетвореніи просьбы Б. А. Кемпа.

Г. Кемпа участникъ Тамбовской Кассы съ 1901 года.

Г. Предсѣдателемъ Главной Кассы 25 мая 1904 г. назначено пособие въ размѣрѣ 100 рублей изъ суммъ Главной Кассы.

Опредѣлено: Утвердить сдѣланный расходъ.

VII. По опредѣленію Комитета Главной Кассы, отъ 26 Апрѣля 1904 г., послѣднее весеннее Общее Собраніе постановило назначить Амеліи Петровнѣ **Войткевичъ** съ 4 малолѣтними дѣтьми пенсію, согласно п. ж § 22 Устава Кассы, въ размѣрѣ 300 руб. въ годъ и, согласно примѣчанію къ тому же параграфу—50 руб. въ годъ на воспитаніе дѣтей Маріи и Франциска съ 1 июля 1904 года изъ суммъ Главной Кассы, если будутъ представлены свѣдѣнія объ ея матеріальномъ положеніи и правахъ на Правительственную пенсію.

Въ настоящее время г-жею Войткевичъ представлены слѣдующіе документы:

а) Удостовереніе Саратовскаго Губернскаго Ветеринарнаго Инспектора, отъ 5 июля 1904 г. за № 1.533, въ томъ, что г-жа Войткевичъ съ дѣтьми имѣетъ право на полученіе за службу мужа, какъ состоявшаго на штатной государственной службѣ менѣе 10 лѣтъ, только единовременнаго пособия въ количествѣ 800 рублей.

б) Протоколъ Пристава 3 стана Аткарскаго уѣзда, отъ 12 мая 1904 г., о томъ, что г-жа Войткевичъ состоящая крайне бѣднаго, имущества какъ движимаго, такъ и недвижимаго не имѣетъ, промыслами не занимается и въ услуженіи ни у кого не состоитъ.

Опредѣлено: Признавая, что матеріальное положеніе г-жи **Войткевичъ** тяжелое, согласно постановленію Общаго Собранія, выслать ей пенсію за 2 половину 1904 года.

VIII. Доложено ходатайство Комитета Пермской Кассы о назначеніи пенсіи вдовѣ Кропивенскаго земскаго врача Карла-Константина Федоровича **Мальмъ** Маріи Порфирьевнѣ съ 5 малолѣтними дѣтьми, въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Документы: а) 10 квитанцій Пермской Кассы въ полученіи отъ доктора К. Ф. Мальмъ членскихъ взносов съ 1894 по 1903 г. включительно.

б) Выпись изъ метрической книги Кизеловской Свято-Троицкой церкви, Семипалатинскаго уѣзда, за № 16, о смерти врача К. Ф. Мальмъ, послѣдовавшей 8 декабря 1903 года.

с) 2 копии свидѣтельства о рожденіи у К. Ф. Мальмъ дѣтей: Сергѣя 19 июня 1892 года, Маріи—1 ноября 1893 г. и 3 копии метрическихъ выписей о рожденіи у него дѣтей: Татіаны—24 января 1895 г., Вассы—31 декабря 1898 г. и Анастасіи—23 декабря 1901 года.

д) Свидѣтельство участниковъ Кассы—Комарницкаго, Давыдова и Гофмана, отъ 24 декабря 1903 г., въ томъ, что семья К. Ф. Мальмъ служебной пенсіи не получаетъ и получать не будетъ, имущественное состояніе ея заключается въ 1.500 р., находящихся въ сберегательной кассѣ, и въ самыхъ необходимыхъ домашнихъ вещахъ. Сынъ Сергѣй очень отсталъ въ умственномъ развитіи и мало надежды на дальнѣйшее его развитіе.

е) Удостовереніе Пермской женской гимназіи Барбатенко, отъ 8 Января 1904 года, въ томъ, что Марія и Татьяна Мальмъ состоятъ ученицами этой гимназіи и никакими пособиями отъ гимназіи не пользовались.

Прошеніе М. П. Мальмъ подано въ Пермскую Кассу 6 января 1904 года.

Опредѣлено: Ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи М. П. Мальмъ съ 5 дѣтьми пенсіи, согласно п. д § 22 Устава Кассы, съ 1-го июля 1904 года въ размѣрѣ 300 рублей въ годъ и 75 руб. на воспитаніе дѣтей Сергѣя, Маріи и Татьяны (послѣдней съ 1 января 1905 г.) изъ суммъ Пермской Кассы.

IX. Доложена просьба бездѣтной вдовы военнаго врача Леонида Афанасьевича **Когана** Маріи Васильевны о назначеніи ей пособия, такъ какъ она кромѣ 13 р. 64 к. правительственной пенсіи другихъ средствъ къ жизни не имѣетъ и очень нуждается.

Права на пособие г-жи Коганъ изложены въ журналѣ засѣданія Комитета Главной Кассы 18 сентября 1898 года.

Докторъ Коганъ состоялъ участникомъ Кассы съ 1873 по 1898 г. включительно. Вдовѣ его въ назначеніи пенсіи отказано въ виду того, что она получаетъ пенсію отъ Правительства въ размѣрѣ 13 р. 64 к.

менные пособия. Последний раз ей было выслано пособие в размере 40 рублей по назначению г. Председателя Главной Кассы 3 сентября 1903 г., расход этот был утвержден Комитетом Кассы 3 октября 1903 года.

Определено: Назначить М. В. Когану единовременное пособие в размере 25 рублей из капитала Я. А. Чистовича.

Х. Доложено прошение вдовы земского врача Ивана Абрамовича Бейфермана Розалии Михайловны о назначении ей с 3 детьми пособия в виду отсутствия средств к жизни.

Документы: а) Удостоверение Сорокского уездного врача, от 23 марта 1904 г. за № 8, о смерти земского врача Ивана Абрамовича Бейфермана от сыпного тифа 13 января 1904 года.

б) Свидетельство Сорокского Городского Раввина, от 22 марта 1904 г. за № 184, о смерти И. А. Бейфермана, 43 лет от роду, 13 января 1904 года.

в) Квитанция Главной Кассы, за № 86, в получении от И. А. Бейфермана 10 рублей членского взноса за 1903 год. Других взносов в Кассу г. Бейферман не делал.

д) Метрическая выписка о рождении у И. А. Бейфермана детей: Михаила—2 апреля 1899 г., Елены—14 июня 1897 г. и Розы—18 ноября 1894 г.

Определено: Назначить единовременное пособие в размере 25 руб. из капитала Е. Н. Чистовича.

XI. Доложено прошение вдовы врача Андрея Яковлевича Сутырина Натальи Владимировны о назначении ей с сыном пенсии в виду отсутствия средств к жизни.

Документы: а) Свидетельство участников Кассы—Туровского, Шапиро и Коникова в том, что Н. В. Сутырина имеет сына Владимира 2 лет 2 месяцев и в конце октября ожидает еще прибавления семейства, средств же после покойного мужа Андрея Яковлевича Сутырина, умершего 5 августа 1904 г., никаких не осталось, равно и никакого имущества ни движимого, ни недвижимого. Прав в правительственную пенсию семья не имеет.

б) Копия диплома Казанского Университета, за № 10.299, об окончании А. Я. Сутыриным курса и получении звания врача 24 октября 1898 года.

в) Метрическая выписка из книг Вознесенской церкви г. Царицына, Саратовской губернии, за № 603 от 12 августа 1904 г., о рождении у врача А. Я. Сутырина сына Владимира 30 мая 1902 года.

Справка: А. Я. Сутырин состоял участником Главной Кассы с 1898 по 1903 г. включительно.

Определено: Ходатайствовать перед Общим Собранием о назначении Натальи Владимировны Сутыриной с сыном пенсии, согласно п. с. § 22 Устава Кассы, в размере 200 рублей в год с 1 января 1905 г. из сумм Калужской Кассы.

XII. Доложено прошение жены младшего врача при Гатчинском Сиротском Институте Камиллы Петровны Павликовской, с 3 малолетними детьми, о назначении ей пособия в виду тяжелой болезни ее мужа.

Тяжелое положение семьи доктора Павликовского удостоверяет доктор Макавьев.

Э. Г. Павликовский состоит участником Главной Кассы с 1897 по 1903 год включительно.

Г. Председателем Главной Кассы 28 мая 1904 г. назначено единовременное пособие в размере 100 рублей из сумм Главной Кассы.

Определено: Утвердить сданный расход.

XIII. Доложено прошение врача Уральской желѣзнодорожной Константин Александровича Чернышевского о назначении ему пособия на поездку для лечения на Кавказские минеральные воды. Тяжелую болезнь г. Чернышевского, его семейное положение (имеет жену и 3 детей) и скудное материальное положение удостоверяет Комитет Саратовской Кассы.

К. А. Чернышевский состоит участником Кассы с 1891 г. Казанской, а с 1896 г. по настоящее время—Саратовской.

Г. Председателем Главной Кассы 13 мая 1904 г. выслано единовременное пособие в размере 100 рублей.

Определено: Утвердить сданный расход.

XIV. Доложена просьба доктора медицины Николая Федотовича Богоявленского разрешить ему сдѣлать взнос за 1903 год, который он не мог произвести в виду стѣснительного материального положения.

Г. Богоявленский сдѣлал взносы: в 1894 году в Главную Кассу, с 1895—1900 г. в Калужскую, в 1901—1902 г. в Орловскую и в 1904 г. в Главную.

Определено: Ходатайствовать перед Общим Собранием о разрешении Н. Ф. Богоявленскому сдѣлать взнос в Кассу за 1903 г. без потери непрерывности во взносах.

XV. Доложено прошение бездетной вдовы земского врача Ардатовского уѣзда, Симбирской губернии, Владимира Павловича Воронина Евгении Владимировны о назначении ей пенсии в виду отсутствия средств к жизни.

Документы: а) Квитанции Главной Кассы в получении от В. П. Воронина членских взносов с 1896 по 1904 г. включительно.

б) Метрическая выписка Покровской церкви, села Покровского, Ардатовского уѣзда, о смерти врача В. П. Воронина, последовавшей 18 августа 1904 года.

в) Удостоверение пристава 1-го участка Ардатовского уѣзда, от 5 сентября 1904 г. за № 1.920, в том, что Е. В. Воронина оставшаяся после смерти мужа, имеет право на пенсию.

Определено: Ходатайствовать перед Общим Собранием о назначении Евгении Владимировны Ворониной пенсии, согласно п. а § 22 Устава Кассы, в размере 150 р. в год с 1 января 1905 г. из сумм Туркестанской Кассы, по выяснении ее имущественного положения.

XVI. Доложено прошение вдовы военного врача Петра Ивановича Ермакова Надежды Федосеевны о назначении ей пособия для взноса за право учения четвертой дочери, поступившей в гимназию.

Г-жа Ермакова, по определению Комитета Главной Кассы от 10 декабря 1900 года, получала пенсию по 1 января 1901 г. в размере 325 р., которая 21 сентября 1901 г. ей прекращена в виду назначения правительственной пенсией в размере 338 р. 40 к. в год.

8 марта 1902 г., 17 января и 21 декабря 1903 г. ей были назначены пособия по 50 р. из капитала Я. А. Чистовича.

Определено: Назначить пособие в размере 50 рублей из капитала Я. А. Чистовича.

XVII. Доложено прошение Марии Федоровны Лурье (бывшей Тиц) об увеличении пенсии дочери ее, Инны Николаевны Тиц, в виду ее поступления в гимназию.

Г-жа М. Ф. Тиц, по определению Комитета Главной Кассы от 15 марта 1896 г., с дочерью получала пенсию из Саратовской Кассы в размере 200 рублей, которая 9 ноября 1896 г. была увеличена до 250 р. в виду рождения у нее другой дочери.

30 января 1899 г. пенсия была прекращена, в виду выхода г-жи Тиц замуж, но двум дочерям ее назначена пенсия в размере 100 рублей в год. Дети Тиц родились: Инна 9 января 1895 г. и Вѣра, 1-го октября 1896 г.

Определено: Ходатайствовать перед Общим Собранием об увеличении пенсии сиротам врача Тиц, согласно § 22 Устава Кассы, на 25 р. в год, для воспитания дочери Инны (всего 125 р. в год) из сумм Саратовской Кассы с 1 января 1905 г.

XVIII. Доложено прошение пенсионерки Кассы Анны Александровны Добычиной о назначении пенсии сыну ее Леониду на воспитание, в виду достижения им 5 го сего июня 10 лет.

При прошении представлено удостоверение директора Двинского реального училища, от 29 мая 1904 года за № 608, в том, что Леонид Добычин, родившийся 5 июня 1894 г., в настоящее время состоит учеником Двинского реального училища.

Справка: А. А. Добычиной с 5 детьми, по определению Комитета Главной Кассы от 25 апреля 1903 г., назначена пенсия с 1 июля 1903 г. в размере 300 руб. в год из сумм Главной Кассы впроде до получения пенсий.

6 мая 1904 г. г-жа Добычина сообщила, что получила правительственную пенсию в размере 301 р. 2 к.

Определено: Пенсию г-жи Добычиной прекратить, сыну же ее Леониду назначить 25 рублей в год на воспитание, согласно примѣчанію к § 22 Устава Кассы, о чем ходатайствовать перед Общим Собранием.

XIX. Доложено прошение вдовы земского врача Дмитрия Федоровича Вышнякова Анны Григорьевны с тремя малолетними детьми о назначении ей пенсий в виду тяжелого материального положения.

Документы: а) 9 квитанций Херсонской Вспомогательной Медицинской Кассы в получении от Д. Ф. Вышнякова членских взносов с 1896 по 1904 год включительно.

б) Свидетельство Херсонского Полицейского Управления, от 9 сентября 1904 г. за № 184, в том, что после смерти земского врача Д. Ф. Вышнякова, последовавшей 30 июля 1904 г., осталась вдова Анна Григорьевна без средств к жизни с детьми: Александром 12 лет, Федором 10 лет и Николаем 1-го года, на воспитание коих Херсонским уездным земством назначена пенсия из фонда Эмеритальной Кассы в 100 рублей в год.

в) Удостоверение Херсонской уездной управы, от 25 августа 1904 г. за № 7.737, в том, что после смерти врача Д. Ф. Вышнякова осталась вдова Анна Григорьевна и дети: дочь Александра, родившаяся 18 июля 1892 г. и сыновья Федор, родившийся 18 июля 1894 г. и Николай—26 июля 1903 г.

д) Копия метрической выписки из книг Успенской церкви с. Каменки, Херсонской губернии, и уѣзда о смерти врача Д. Ф. Вышнякова, последовавшей 30 июля 1904 г.

Определено: Ходатайствовать перед Общим Собранием о назначении Анны Григорьевны Вышняковой с 3 малолетними детьми пенсий, согласно п. д. § 22 Устава Кассы, в дополнение к пенсии от земства, в размере 200 р. в год и 50 рублей на воспитание дочери Александры и сына Федора с 1 января 1905 года из сумм Харьковской Кассы.

XX. Доложена просьба врача Якова Владимировича Лурье о назначении ему пособия в виду того, что он нуждается в средствах к существованию и воспитанию детей и для уплаты членского взноса в Кассу. У него 5 сыновей, из коих один студент, слѣдующий должен поступить в Университет, а двое младших воспитываются в гимназии.

Доктор Лурье состоит участником Кассы с 1886 г. Получил пособия от Кассы 2 ноября 1900 г., 8 марта 1902 г. и 10 сентября 1903 г. по 50 рублей.

Определено: В назначении вновь пособия отказать.

XXI. Доложена просьба доктора Александра Михайловича Чешкова о разрешении ему сдѣлать взнос за 1903 г. без



Докторъ Чешковъ состоитъ участникомъ Кассы съ 1893 года. Определено: Ходатайствовать передъ Общимъ Собраниемъ объ удовлетвореніи просьбы доктора **Чешкова**.

## ЗАСѢДАНІЕ

Комитета Главной Вспомогательной медицинской кассы 21 октября 1904 года.

Присутствовали: председатель В. С. Кудринъ, товарищъ председателя Н. Я. Чистовичъ, секретарь М. Г. Бовинъ, казначей В. Ф. Штромъ, члены: М. Н. Нижегородцевъ, С. В. Шидловскій, А. П. Заболотскій и А. А. Трояновъ.

I. Доложено прошеніе пенсионерки Кассы Маріи Леопольдовны **Абрамовичъ** о назначеніи ей пособия для уплаты 35 р. за право ученія ея сына.

Г-жа Абрамовичъ, съ 7 дѣтьми, по опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 15 сентября 1900 г., утвержденному Общимъ Собраниемъ, получаетъ пенсію съ 1 января 1901 г. въ размѣрѣ 300 р. и 75 р. на воспитаніе дѣтей изъ суммъ Курской Кассы.

Определено: Назначить **М. Л. Абрамовичъ** единовременное пособие въ размѣрѣ 35 р. изъ капитала Я. А. Чистовича для взноса за ученіе ея сына.

II. Доложена просьба врача Юсифа Герасимовича **Никольскаго** о назначеніи ему пособия въ виду его болѣзни.

Комитетъ Вологодской Кассы удостовѣряетъ, что врачъ I. Г. Никольскій по разстроенному здоровью съ 1 октября

сего года оставилъ службу и остался безъ средствъ къ жизни.

I. Г. Никольскій состоитъ участникомъ Вологодской Кассы съ 1900 по 1903 г. включительно.

Определено: Назначить I. Г. **Никольскому** единовременное пособие въ размѣрѣ 100 р. изъ капитала Я. А. Чистовича.

III. Доложено прошеніе вдовы врача К. М. **Санжаревскаго** Александры Семеновны о назначеніи ей съ сыномъ пенсіи въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Комитетъ Харьковской Кассы удостовѣряетъ, что К. М. Санжаревскій, умершій въ 1889 г., сдѣлалъ только одинъ членскій взносъ въ 10 рублей въ Харьковскую Кассу въ 1878 г., и что вдова его, кромѣ пенсіи въ 300 р. въ годъ отъ Славинской Городской Управы и 27 р. въ годъ казенной пенсіи, получаетъ для своего сына, ученика Харьковской 3-ей гимназіи, степендію имени Быковского въ 300 р. въ годъ.

Определено: Въ просьбѣ г-жъ **Санжаревской** отказать.

IV. Доложено прошеніе вдовы доктора Юлія Федоровича **Эдельберга** Елизаветы Алексѣевны о разрѣшеніи ея сыну доктору Федору Юльевичу Эдельбергу, находящемуся въ настоящее время въ Портъ-Артурѣ и не имѣющему возможности сдѣлать своевременно свой ежегодный взносъ, отсрочить таковой до окончанія войны, безъ потери непрерывности во взносахъ.

Докторъ Эдельбергъ состоитъ участникомъ Кассы съ 1895 года.

Определено: Ходатайствовать передъ Общимъ Собраниемъ объ удовлетвореніи просьбы г. **Эдельберга**.

# LXVII ОБЩЕЕ СОБРАНИЕ

## УЧАСТНИКОВЪ ГЛАВНОЙ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАССЫ.

21 октября 1904 г.

Общее Собраніе состоявшееся изъ 29 участниковъ—В. С. Кудрина, Н. Я. Чистовича, М. Г. Бовина, С. В. Шидловскаго, А. П. Заболотскаго, В. Ф. Штрома, М. Н. Нижегородцева, А. А. Троянова, М. И. Юльскаго, П. Н. Булатова, Ф. Я. Чистовича, К. Д. Ясенскаго, И. М. Бланкфельда, И. К. Недешева, В. Лѣсового, Омельченко, А. Реберна, Н. Багрецова, А. Попова, Д. Комаровскаго, М. Покровскаго, А. Н. Рубель, Якименко, Н. Смѣлова, В. А. Арнольдова, Б. И. Хабловскаго, Н. Унтилова, А. В. Амстердамскаго и Яковлева—открыто председателемъ Комитета Главной Кассы В. С. Кудринымъ.

I. Казначей Кассы прочелъ актъ Ревизіонной Комиссіи слѣдующаго содержанія:

«Ревизіонная Комиссія, въ засѣданіи своемъ 9 октября 1904 года, провѣривъ по приходо-расходнымъ книгамъ капиталъ Главной Вспомогательной Медицинской Кассы, съ находящимися при ней капиталами Кавказской, Туркестанской и Тульской медицинскихъ Кассъ, а также и отдѣльные нижепоименованные капиталы, нашла, что книги ведены правильно, деньги и процентныя бумаги находятся въ цѣлости.

1) По Главной Медицинской Кассѣ съ капиталами Кавказской, Туркестанской и Тульской Кассъ состоитъ въ приходѣ двадцать шесть тысячъ триста восемьдесятъ два рубля 83 к. (26.382 р. 83 к.); въ расходѣ двадцать три тысячи шестьсотъ девяносто два рубля 32 коп. (23.692 р. 32 к.) и въ остаткѣ на лицо двѣ тысячи шестьсотъ девяносто рублей 99 коп. (2.690 руб. 99 коп.) и процентными бумагами триста тридцать четыре тысячи семьсотъ (334.700) руб.

2) Въ капиталѣ Я. А. Чистовича состоитъ: въ приходѣ шестьсотъ семьдесятъ шесть рублей 80 коп. (676 р. 80 к.), въ расходѣ—четырееста сорокъ девять руб. 81 к. (449 р. 81 к.) и въ остаткѣ на лицо двѣсти двадцать шесть рублей 99 коп. (226 р. 99 к.) и процентными бумагами—семнадцать тысячъ сто рублей (17.100 руб.).

3) Въ капиталѣ Е. Н. Чистовичъ—въ приходѣ одна тысяча двѣсти девяносто одинъ рубль 79 коп. (1.291 р. 79 к.); въ расходѣ—девятьсотъ пятьдесятъ три рубля 66 к. (953 р. 66 к.) и въ остаткѣ—триста тридцать восемь рублей 13 коп. (338 р. 13 к.) и процентными бумагами сорокъ одна тысяча (41.000) рублей.

4) Въ капиталѣ В. А. Манассеина—въ приходѣ двѣ тысячи семьсотъ двадцать два рубля 51¼ коп. (2.722 р. 51¼ к.); въ расходѣ—двѣ тысячи триста пятьдесятъ два рубля 3 коп. (2.352 р. 3 коп.) и въ остаткѣ—триста семьдесятъ рублей 48¼ к. (370 р. 48¼ коп.) и процентными бумагами двадцать тысячъ четыреста пятьдесятъ рублей (20.450 р.).

5) Въ капиталѣ Н. И. Пирогова состоитъ: въ приходѣ сто шестьдесятъ три рубля 37 коп. (163 р. 37 к.), въ расходѣ—два рубля 46 коп. (2 р. 46 коп.), въ остаткѣ—сто шестьдесятъ рублей 91 коп. (160 р. 91 к.) и процентными бумагами шесть тысячъ рублей (6.000 р.).

6) Въ капиталѣ «стипендій»: въ приходѣ состоитъ—сто четыре рубля 84¼ коп. (104 р. 84¼ коп.) въ расходѣ—сто одинъ рубль 25 коп. (101 р. 25 к.), въ остаткѣ—три рубля (3 р.) 59¼ коп. и процентными бумагами восемьсотъ пятьдесятъ рублей (850 р.).

остаткѣ—тридцать девять рублей 96¼ коп. (39 р. 96¼ коп.) и процентными бумагами шестьсотъ пятьдесятъ рублей (650 р.)

8) Въ капиталѣ Э. Э. Эйхвальда состоитъ: въ приходѣ—тридцать шесть рублей 73 коп. (36 р. 73 к.), въ расходѣ—50 к. и въ остаткѣ тридцать шесть рублей 23 коп. (36 р. 23 к.) и процентными бумагами четыреста рублей (400 руб.).

9) Въ капиталѣ врачей И. М.-Х. Академии выпуска 1873 г. въ приходѣ—сто тридцать шесть рублей 65¼ коп. (136 р. 65¼ к.), въ расходѣ—девяносто пять рублей 10 коп. (95 р. 10 к.) и въ остаткѣ—сорокъ одинъ рубль 55¾ коп. (41 р. 55¾ к.) и процентными бумагами—одна тысяча пятьсотъ рублей (1.500 р.).

10) Въ капиталѣ въ память 100-лѣтія Императорской Военно-Медицинской Академіи въ приходѣ—тридцать рублей 52¼ к. (30 р. 52¼ к.), въ расходѣ—50 коп. и въ остаткѣ—тридцать рублей 2¼ коп. (30 р. 2¼ коп.) и процентными бумагами—пятьдесятъ рублей (50 рублей).

Всѣ процентныя бумаги хранятся въ Государственномъ Банкѣ, въ чемъ имѣются расписки Банка.

II. Собранію были доложены журналы Комитета Главной Кассы отъ 2 октября и 21 октября 1904 года, которые и были утверждены.

III. Вопросъ о назначеніи пенсіи доктору **Д. Я. Попову** возбудилъ оживленные пренія. Д. Я. Поповъ окончилъ курсъ въ Казанскомъ Университетѣ; страдая уже въ то время глухотой, онъ сдѣлалъ немедленно первый взносъ и тотчасъ же подалъ прошеніе въ Комитетъ Казанской Кассы о назначеніи ему пенсіи, какъ льготному участнику, на основаніи § 26 Устава, въ размѣрѣ 300 рублей. Такъ какъ изъ сообщенія самого просителя явствовало, что онъ, не смотря на глухоту, зарабатываетъ около 300 р. перепиской, корректурами и т. д., Комитетъ Казанской Кассы просьбу доктора Попова отклонилъ и ходатайствовалъ передъ Главнымъ Комитетомъ о назначеніи доктору Попову единовременнаго пособия въ размѣрѣ 100 р., которое и было ему выдано 18 марта 1903 года изъ суммъ Главной Кассы.

Послѣ этого докторъ Поповъ женился и снова вошелъ съ ходатайствомъ въ Комитетъ Казанской Кассы о назначеніи ему пенсіи уже въ размѣрѣ 400 р. Комитетъ Казанской Кассы ходатайствовалъ о назначеніи доктору Попову пенсіи въ 100 р., въ доплату до 400 р. къ зарабатываемымъ имъ 300 р.

Комитетъ Главной Кассы, въ засѣданіи 28 ноября 1903 г., нашелъ, что въ виду способности доктора Попова къ личному труду, въ пенсіи ему слѣдуетъ отказать; но весеннее Общее Собраніе 1904 г. не рѣшило этого вопроса и постановило запросить Комитетъ Казанской Кассы о степени глухоты доктора Попова и о томъ, какого рода его заработокъ, послѣ чего и были получены выше приведенныя свѣдѣнія. При обсужденіи правъ доктора Попова, Главный Комитетъ полагалъ, что подвести его подъ литеру а § 17 Устава нельзя, такъ какъ неизлѣчимая болѣзнь не лишаетъ его способности къ труду: онъ можетъ зарабатывать средства даже профессиональнымъ трудомъ, какъ напримеръ, химическими и микроскопическими анализами, литературнымъ трудомъ и т. д. Докторъ А. В. Амстердамскій стоялъ за назначеніе полной пенсіи въ 400 р. по п. 6 § 17 устава, врачъ Александръ

по литерѣ 6 могутъ назначаться лишь единовременныя пособия, какъ видно изъ § 20 Устава.

При дебатахъ возбужденъ былъ также вопросъ, слѣдуетъ ли подѣлывать способность къ труду подразумѣвать профессиональный трудъ или же всякій трудъ, дающій опредѣленный доходъ. Общее Собрание нашло справедливымъ имѣть въ виду всякій трудъ, дающій постоянный заработокъ.

Н. Я. Чистовичъ обратилъ внимание Собранія на то, что самый приемъ доктора Попова Казанской Кассой, какъ льготнаго участника, былъ неправильный, такъ какъ уже при самомъ вступленіи въ Кассу докторъ Поповъ нуждался уже въ пособіи, какъ страдающій глухотой, и потому находилъ, что слѣдовало бы возбудить принципиальный вопросъ, допустимы ли такіе льготные участники, могущіе принести Кассѣ большой ущербъ. Но разъ докторъ Поповъ принять льготнымъ участникомъ, ему слѣдуетъ назначить вспомошествованіе.

Предсѣдатель В. С. Кудринъ указалъ, что въ льготные участники весьма часто вступаютъ чахоточные, вскорѣ переходящіе въ разрядъ вспомошествуемыхъ, что тяжело ложится на Кассу. Докторъ Амстердамскій высказался противъ какихъ бы то ни было ограниченій приема льготныхъ участниковъ.

Предсѣдатель обратился къ Собранію съ вопросомъ, не пожелаетъ ли еще кто-нибудь высказаться по возбужденному Н. Я. Чистовичемъ вопросу или перейти къ баллотировкѣ. Собрание высказалось за послѣднее.

На баллотировку были поставлены 2 вопроса: 1) назначить ли доктору Попову постоянное вспомошествованіе, — вопросъ этотъ разрѣшенъ утвердительно; 2) назначить ли 400 р. или, согласно предложенію Казанскаго Комитета, 100 р.; большинствомъ голосовъ принято предложеніе Казанскаго Комитета о назначеніи доктору Попову, до улучшения его матеріальнаго положенія, пенсій въ 100 р. съ 1 января 1903 г. изъ суммъ Казанской Кассы, съ зачисленіемъ выданнаго ему пособия въ счетъ пенсій.

IV. По окончаніи разбора вопросовъ о вспомошествованіяхъ, докторъ А. В. Амстердамскій обратился къ Собранію съ рѣчью, въ которой упрекнулъ Главный Комитетъ въ томъ, что передъ Общимъ Собраніемъ не рассылаются участникамъ печатные Комитетскіе журналы о предстоящихъ къ утвержденію дѣламъ, въ силу чего члены являясь въ Общее Собрание неподготовленными и должны рѣшать дѣла на основаніи устнаго доклада секретаря, — что годовые отчеты печатаются поздно и не рассылаются всѣмъ участникамъ, — что приглашенныя повѣстки на Общія Собранія рассылаются далеко не всѣмъ участникамъ Главной Кассы и на повѣсткахъ не обозначается программы занятій Общаго Собранія. Самую дѣятельность Комитета докторъ А. В. Амстердамскій считаетъ недостаточно энергичной, а Кассу, находящейся въ застоѣ. На недостаточно аккуратную доставку повѣстокъ участникамъ указалъ и докторъ Лѣсовой.

Замѣчаніе доктора Амстердамскаго было поддержано нѣкоторыми участниками.

На высказанные докторомъ А. В. Амстердамскимъ упреки секретарь Кассы объяснилъ, что замедленіе печатанія годовыхъ отчетовъ объясняется неаккуратной присылкой ихъ мѣстными Кассами, что годовые отчеты печатаются въ «Русскомъ Врачѣ» и, кромѣ того, 1000 отдѣльных оттисковъ рассылаются Комитетамъ мѣстныхъ Кассъ и отдѣльнымъ участникамъ, и такой порядокъ соблюдался исключительно въ виду экономіи средствъ Кассы. Что же касается оповѣщеній о предстоящемъ Общемъ Собраніи, то они печатаются въ наиболѣе распространенномъ медицинскомъ органѣ «Русскомъ Врачѣ», «Новомъ Времени», «Новостяхъ», а повѣстки рассылаются всѣмъ участникамъ Главной Кассы, постоянно живущимъ въ Петербургѣ и, наконецъ, вывѣшиваются объявленія въ больницахъ и залахъ медицинскихъ обществъ.

Комитетъ Главной Кассы согласился, что выраженные участниками желанія должны быть, по мѣрѣ возможности, удовлетворены и что на будущее время, согласно постановленію Общаго Собранія, годовые отчеты будутъ печататься въ количествѣ экземпляровъ, по числу участниковъ, коимъ и будутъ разсылаться черезъ мѣстные Комитеты.

На обвиненіе Кассы въ застоѣ, М. Г. Бовинъ указалъ, что въ 1903 г. было выдано вспомошествованій на сумму въ 34292 р., что свидѣтельствуетъ о процвѣтаніи, а не застоѣ.

Далѣе докторъ А. В. Амстердамскій высказалъ упреки Комиссiи, избранной 2½ года тому назадъ для разработки вопроса о возможности увеличенія нормъ пенсій и общаго пересмотра Устава. Указавъ на то, что Комиссiя уже 2½ г. тянетъ это дѣло, докторъ Амстердамскій считаетъ, что и Главный Комитетъ индифферентно относится къ дѣятельности Комиссiи.

Относительно этого предсѣдатель Комиссiи А. П. Заболотскій заявилъ, что для рѣшенія вопроса объ измѣненіи нормъ пенсій необходимо было обработать громадный статистическій матеріалъ за 31 годъ дѣятельности Кассы, и разработку этого матеріала приняли на себя доктора В. И. Гребенщиковъ и А. В. Амстердамскій; В. И. Гребенщиковъ давно уже напечаталъ свой трудъ, докторъ же А. В. Амстердамскій до сихъ поръ не представилъ еще въ Комиссiю ни своей работы, ни своего особаго мнѣнія по разнымъ вопросамъ, возникавшимъ при пересмотрѣ Устава. Хотя въ послѣднемъ

листамъ математикамъ, но такое постановленіе не могло быть исполнено, такъ какъ докторъ А. В. Амстердамскій не доставилъ своей статистической работы и такимъ образомъ дѣятельность Комиссiи затормозилась исключительно только докторомъ Амстердамскимъ.

Докторъ Амстердамскій, не отрицая факта, что имъ не были представлены собранныя матеріалы, мотивировалъ это тѣмъ, что ему будто бы было отказано въ субсидіи на переписку его обширнаго труда, тогда какъ доктору В. И. Гребенщикову было дано Комитетомъ 200 руб.; но на это докторъ А. П. Заболотскій возразилъ, что по соглашенію съ Комитетомъ, рѣшено было дать доктору Амстердамскому просимую субсидію, о чемъ и было сообщено ему въ Комиссiю.

Н. Я. Чистовичъ просилъ Общее Собрание обратить вниманіе на то обстоятельство, что Комиссiя была избрана по почину доктора Амстердамскаго, поднявшаго вопросъ объ увеличеніи нормъ пенсій и поэтому, естественно, что Комиссiя обратила главное вниманіе на необходимый для рѣшенія этого вопроса разборъ статистическаго матеріала, потребовавшій очень много времени. А что обвиненіе Комиссiи въ проволочкѣ дѣла совершенно незаслужено ею, видно изъ самаго числа засѣданій Комиссiи, собиравшейся 36 разъ, а потому несправедливо обвинять членовъ Комиссiи, такъ много потрудившихся на пользу Кассы.

Послѣ сего докторъ А. В. Амстердамскій, признавая, что финансовая сторона вопроса не можетъ быть скоро рѣшена, настаивалъ на немедленномъ пересмотрѣ другихъ пунктовъ Устава, въ особенности §§ 3 и 63.

Предсѣдатель обратилъ вниманіе, что, согласно съ Уставомъ, разсмотрѣніе какихъ бы ни было предложеній въ Общемъ Собраніи можетъ быть допущено только послѣ предварительнаго внесенія ихъ въ Комитетъ, а докладъ Комиссiи до сего времени не представленъ еще Комитету. Кромѣ того частичный пересмотръ Устава едва ли былъ бы удобенъ, такъ какъ Общимъ Собраніемъ 1902 года была избрана Комиссiя по пересмотру Устава специально для пересмотра нормъ пенсій, а потому теперь не слѣдовало бы отбрасывать того, что было постановлено Общимъ Собраніемъ 1902 г. Въ виду сего Предсѣдатель и М. Н. Нижегородцевъ высказывались за разсмотрѣніе проекта Комиссiи въ полномъ объемѣ, тѣмъ болѣе что для представленія проекта новаго Устава на утвержденіе придется выждать заключенія специалистовъ для опредѣленія нормъ пенсій; поэтому они находили, что предпочтительнѣе возможно ускорить разработку финансовой стороны, чѣмъ искусственно дѣлать разсмотрѣніе §§ Устава.

Большинство же присутствовавшихъ участниковъ Кассы поддержало предложеніе доктора А. В. Амстердамскаго, къ чему присоединился также членъ Комиссiи Ф. Я. Чистовичъ.

Согласно этому и постановлено было выдѣлить пересмотръ только тѣхъ пунктовъ Устава, которые не связаны съ финансовыми соображеніями.

## ЗАСѢДАНІЕ

Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы  
5 ноября 1904 года.

Присутствовали: предсѣдатель В. С. Кудринъ, товарищъ предсѣдателя Н. Я. Чистовичъ, секретарь М. Г. Бовинъ, казначей В. Ф. Штромъ, члены: М. Н. Нижегородцевъ, С. В. Шидловскій, А. П. Заболотскій и А. А. Трояновъ.

I. Доложено прошеніе бывшаго старшаго врача 90 пѣхотнаго полка Константина Клементьевича Рыбинскаго о назначеніи ему пособия въ виду того, что онъ, по предѣльному возрасту, уволенъ въ отставку и до полученія правительственной пенсiи не имѣетъ средствъ къ жизни.

Докторъ Рыбинскій состоитъ участникомъ Главной Кассы съ 1876 по 1904 г. включительно.

Опредѣлено: Назначить К. К. Рыбинскому единовременное пособие въ размѣрѣ ста рублей изъ суммъ Главной Кассы.

II. Доложено прошеніе врача Якова Владиміровича Лурье о назначеніи ему пособия въ виду его болѣзни, въ чемъ представилъ удостовѣреніе врачей Вукермана и Климовича.

Докторъ Лурье состоитъ участникомъ Кассы съ 1886 года. Получилъ пособия отъ Кассы — 2 ноября 1900 года, 8 марта 1902 г. 10 сентября 1903 г. 2 октября 1904 г. въ назначеніи вновь пособия было отказано.

Опредѣлено: Въ виду постигшей Я. В. Лурье болѣзни назначить ему пособие въ размѣрѣ 50 руб. изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

III. Доложено заявленіе пенсіонерки Главной Кассы Надежды Павловны Перцевой о томъ, что она получила правительственную пенсію въ размѣрѣ 150 руб. и для троихъ ея дѣтей 150 руб., всѣмъ раздѣльно, при чемъ г-жа Перцева проситъ добавлять къ получаемой ею правительственной пенсiи 150 руб. изъ Кассы Чистовича, а также назначать на воспитаніе дочери Нины, 9 лѣтъ, поступившей въ гимназію.

Г-жа Перцева, по опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 26 апрѣля 1904 г. получаетъ пенсію изъ Главной Кассы съ 1 июля 1904 года въ размѣрѣ 300 руб. и 25 руб. на воспитаніе сына Константина.

Опредѣлено: Въ виду полученія г-жею Перцевою съ дѣтми правительственной пенсiи въ размѣрѣ 300 руб., пенсію отъ Кассы прекратить, сохранивъ за г-жею Перцевою 25 руб. въ годъ на воспитаніе сына Константина. Назначеніе же пенсiи

IV. Доложена просьба врача **Ивана Сокольского** принять от него членский взнос за 1903 годъ и зачислить его за этотъ годъ участникомъ Кассы.

Г-нъ Сокольский въ 1901 г. поступилъ земскимъ врачомъ. Въ текущемъ 1904 году онъ сдѣлалъ первый взносъ въ Кассу; проситъ онъ разрѣшить сдѣлать взносъ за 1903 годъ въ виду того, что онъ человекъ больной и ему важно даже на одинъ годъ уменьшить срокъ на право пособія изъ Кассы.

Опредѣлено: Въ виду того, что по Уставу Кассы можно по уважительнымъ причинамъ зачислять взносы за просроченные года, а не за года до 1-го взноса въ Кассу, а также въ виду того, что для получения пенсій необходимо участие въ продолженіи полныхъ шести лѣтъ, въ просьбѣ г-на **Сокольского** отказать.

V. Доложено: 2 октября 1904 года Комитетъ Главной Кассы опредѣлилъ ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи **Евгеніи Владимировнѣ Ворониной** пенсії, согласно п. а § 22 Устава Кассы, въ размѣрѣ 150 руб. въ годъ съ 1 января 1905 года изъ суммъ Туркестанской Кассы по выясненіи ея имущественнаго положенія.

Общее Собраніе участниковъ Главной Кассы 21 октября 1904 года постановленіе это утвердило.

Въ настоящее время г-жа Воронина представила слѣдующіе документы:

а) Соеобщеніе Ардатовской уѣздной земской управы, Симбирской губерніи, отъ 25 октября 1904 г. за № 3597, о томъ что **Е. В. Ворониной** пожизненной пенсії не назначено.

б) Удостовереніе Пристава 1-го Стана Ардатовскаго уѣзда, отъ 12 октября 1904 года, о томъ, что послѣ смерти врача **Владимира Павловича Воронина** имущества оказалось на 500 руб., каковое должно идти по наслѣдству:  $\frac{3}{4}$  брату покойнаго и  $\frac{1}{4}$  вдовѣ его **Евгеніи Владимировнѣ**. Но у доктора Воронина въ Ардатовскомъ Городскомъ Банкѣ долгъ въ 500 руб., который и будетъ, вѣроятно, покрытъ этимъ имуществомъ.

Опредѣлено: Признать имущественное положеніе **Е. В. Ворониной** весьма тяжелымъ и выслать ей пенсію, согласно постановленію Общаго Собранія.

#### ЗАСѢДАНІЕ

Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы  
11 ноября 1904 года.

Присутствовали: предсѣдатель **В. С. Кудринъ**, товарищъ предсѣдателя **Н. Я. Чистовичъ**, секретарь **М. Г. Бовинъ**, казначей **В. Ф. Штромъ**, члены: **А. П. Заболотскій**, **С. В. Шидловскій**, **А. А. Трояновъ** и **М. Н. Нижегородцевъ**.

I. Доложено прошеніе вдовы младшаго врача 150 пѣхотнаго Тамбовскаго полка **Николая Андреевича Савельева** **Анны Ивановны** о назначеніи ей пособія въ виду ея болѣзни и тяжелаго матеріальнаго положенія, такъ какъ получаетъ пенсію 8 р. 84 к. въ мѣсяцъ.

При прошеніи представлено свидѣтельство доктора **Левковскаго** о болѣзни г-жи **Савельевой**.

Опредѣлено: Назначить **А. И. Савельевой** пособіе въ размѣрѣ 25 руб. изъ капитала **Е. Н. Чистовичъ**.

II. Доложена просьба врача **Владимира Михайловича Разумовскаго** **Маріи Георгиевны** о назначеніи ей пособія въ виду ея болѣзни и стѣснительнаго матеріальнаго положенія; получаетъ правительственную пенсію въ размѣрѣ 16 рублей.

Докторъ **В. М. Разумовскій** былъ участникомъ Архангельской Кассы съ 1895 по 1899 г. включительно.

Опредѣлено: Назначить **М. Г. Разумовской** 25 руб. пособія изъ капитала **Я. А. Чистовича**.

III. Доложено слѣдующее заявленіе участниковъ Кассы—**Недешева, Попова, Номиносова, Бланкфельда, Реберга, Комаровскаго и Бранта**:

«Въ виду преній, возникшихъ въ Общемъ Собраніи участниковъ Главной Кассы 21-го октября 1904 года по поводу пересмотра Устава Кассы, мы, провинціальныя врачи, пріѣхавшіе въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія, находимъ необходимымъ внести въ Главный Комитетъ слѣдующее заявленіе:

1) Въ виду того, что вопросъ о пересмотрѣ Устава Кассы остался невыясненнымъ, мы обращаемся въ Главный Комитетъ съ просьбой созвать экстренное Собраніе участниковъ Кассы не позже 1-го декабря 1904 года, такъ какъ позже 1-го декабря большинство изъ провинціальныя врачей должны будутъ возвратиться къ мѣсту своей службы и не могутъ фактически участвовать въ послѣдующихъ Общихъ Собраніяхъ членовъ Главной Кассы.

2) Въ виду того, что проектъ новаго Устава Кассы, какъ выяснилось въ прошломъ Общемъ Собраніи участниковъ Кассы, уже выработанъ специальной Комиссіей и не представляется на обсужденіе Комитета и Общаго Собранія только по причинѣ встрѣтившихся затрудненій при разработкѣ вопросовъ финансоваго характера, мы и просимъ Комитетъ пока ограничиться пересмотромъ той части работы Комиссіи, которая не касается финансоваго положенія Кассы, а посвящена главнымъ образомъ вопросамъ административнаго характера. Мотивомъ для настоящаго ходатайства служатъ слѣдующія соображенія: прежде чѣмъ обсуждать и особенно вводить реформы въ финансовомъ строѣ Кассы, необходимо усовершенствовать способы и формы обсужденія; намъ представляется наиболѣе совершеннымъ такой порядокъ обсуждения, который гарантировалъ бы активное участіе въ об-

сужденіи всѣмъ провинціальнымъ отдѣленіямъ Кассы и, по возможности, всѣмъ провинціальнымъ товарищамъ; такой порядокъ въ настоящее время не допускается § 63-мъ Устава Кассы; параграфъ этотъ по возможности скорѣе долженъ быть измѣненъ въ интересахъ правильнаго обсужденія и разрѣшенія всѣхъ остальныхъ вопросовъ, связанныхъ съ пересмотромъ Устава Кассы.

Настоящее заявленіе просимъ доложить Общему экстренному Собранію участниковъ Кассы.

Опредѣлено: Доложить Общему Собранію.

IV. Комитетъ Кассы разсматривалъ докладъ Комиссіи по пересмотру Устава Кассы.

#### ЗАСѢДАНІЕ

Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы 18 ноября 1904 года.

Присутствовали: предсѣдатель **В. С. Кудринъ**, товарищъ предсѣдателя **Н. Я. Чистовичъ**, секретарь **М. Г. Бовинъ**, казначей **В. Ф. Штромъ**, члены: **А. П. Заболотскій**, **С. В. Шидловскій**, **А. А. Трояновъ** и **М. Н. Нижегородцевъ**.

I. Доложено прошеніе бездѣтной вдовы **Кагызманскаго** ветеринарнаго врача **Василія Ивановича Мушниковъ** **Надежды Николаевны** о назначеніи ей пенсії въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Документы: а) квитанціи Енисейской Кассы въ полученіи отъ ветеринарнаго врача **В. И. Мушниковъ** членскихъ взносовъ за года 1892, 3, 4, 5, 7, 8, 1900, 1, 2, 3 и почтовая квитанція въ пріемѣ перевода на 10 р. 14 к. въ г. Красноярскъ на имя казначея Вспомогательной Медицинской Кассы.

По справкѣ оказалось, что взносы за 1896 и 1899 г. г. также были сдѣланы.

в) Удостовереніе члена Кассы старшаго врача Карской бригады Отдѣльнаго Корпуса пограничной стражи **К. Шульгина** и Начальника **Кагызманскаго** округа, Карской области, отъ 3 ноября 1904 г. за № 8.745, въ томъ, что послѣ смерти ветеринарнаго врача **В. И. Мушниковъ**, послѣдовавшей 17 октября 1904 г. осталась вдова **Надежда Николаевна**, 30 лѣтъ, безъ всякихъ средствъ къ существованію и не получающая ниоткуда пенсіи.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи **Надеждѣ Николаевнѣ Мушниковой** пенсії, согласно п. а § 22 Устава Кассы, въ размѣрѣ 150 руб. въ годъ съ 1 января 1905 г. изъ суммъ Главной Кассы.

II. Доложено прошеніе вдовы земскаго врача **Петра Александровича Климова** **Анны Адриановны** о назначеніи ей пособія въ виду ея стѣснительнаго матеріальнаго положенія, такъ какъ она, вслѣдствіе сокращенія штата служащихъ въ **Николаевскомъ** Морскомъ Госпиталѣ, лишилась службы.

Право просительницы на пособіе изложено въ журналѣ засѣданія Комитета Главной Кассы 24 августа 1896 г. (Докторъ **Климовъ** былъ участникомъ Кассы 4 года).

Г-жа **Климова** получала много разъ пособія съ 1897 г. Послѣдній разъ получила 25 р. пособія 10 февраля 1904 г. изъ капитала **Е. Н. Чистовичъ**.

Опредѣлено: назначить **А. А. Климовой** единовременное пособіе въ размѣрѣ 50 р. изъ капитала **Е. Н. Чистовичъ**.

III. Комитетъ Кассы разсматривалъ докладъ Комиссіи по пересмотру Устава Кассы.

IV. Доложено слѣдующее заявленіе Предсѣдателя Кассы **В. С. Кудрина**.

«При многочисленныхъ моихъ служебныхъ занятіяхъ я нахожу теперь своевременнымъ отказаться отъ дальнѣйшаго участія въ дѣлахъ по Управленію Кассою и слагаю съ себя обязанности Предсѣдателя, о чемъ и прошу довести до свѣдѣнія ближайшаго Общаго Собранія участниковъ Кассы.

Вмѣстѣ съ этимъ я считаю для себя пріятнымъ долгомъ выразить мою самую сердечную признательность глубокоуважаемымъ Членамъ Комитета — моимъ товарищамъ и сотрудникамъ за ихъ труды и заботливость въ соблюденіи интересовъ Кассы».

Опредѣлено: высоко цѣнить дѣятельность **Владимира Сергѣевича**, какъ руководителя дѣлами Кассы, Комитетъ съ глубокимъ прискорбіемъ, разставаясь съ глубокоуважаемымъ Предсѣдателемъ, постановилъ выразить ему свою горячую признательность за всю его плодотворную дѣятельность и за все добро, оказанное имъ Кассѣ и дѣлу вспоможенія нуждающимся врачамъ и ихъ семьямъ.

#### ЗАСѢДАНІЕ

Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы 25 ноября 1904 года.

Присутствовали: товарищъ предсѣдателя **Н. Я. Чистовичъ**, секретарь **М. Г. Бовинъ**, казначей **В. Ф. Штромъ** и члены: **А. П. Заболотскій**, **М. Н. Нижегородцевъ**, **А. А. Трояновъ** и **С. В. Шидловскій**.

I. Доложено прошеніе вдовы земскаго врача **Анны Дмитриевны Дьяконовой** о назначеніи ей пособія для взноса въ гимназію за право ученія дочери ея **Зои**, котораго она не имѣетъ возможности сдѣлать въ виду ея тяжелаго матеріальнаго положенія.

Мужъ просительницы скончался въ 1896 г.

Г-жа **Дьяконова** получила пособія изъ капитала **В. А. Манасеина** 24 октября 1902 г. — 30 р. и 28 ноября 1903 г. — 50 р.

Опредѣлено: назначить А. Д. **Дьяконовой** вновь пособие въ размѣрѣ 50 р. изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

II. Доложено прошеніе дочери доктора медицины Александръ Александровны **Федоровой** о назначеніи братьямъ ея Николаю и Виктору и сестрѣ Надеждѣ пенсіи въ виду отсутствия средствъ къ жизни.

Документы:

а) Удостовереніе Канцеляріи С.-Петербургскаго Градоначальника, отъ 23 ноября 1904 г. за № 4.193, въ томъ, что дѣти Инспектора С.-Петербургскаго Врачебнаго Комитета Александра Ивановича Федорова—Николай, Викторъ и Надежда, учащіяся въ учебныхъ заведеніяхъ, не имѣютъ никакихъ средствъ къ существованію и не имѣютъ права на пенсію изъ казны за службу отца, какъ внѣбрачныя его дѣти. Вдова же доктора Федорова Марія Александровна имѣетъ право на полученіе пенсіи за службу мужа по расчету изъ оклада содержанія въ 2.500 р.

б) Выпись изъ метрической книги С.-Петербургской Благовѣщенской Васильевской церкви о смерти Александра Ивановича Федорова, послѣдовавшей 31 мая 1904 года.

с) Свидѣтельство Духовнаго Правленія при Протопресвитерѣ Военнаго и Морского духовенства, отъ 6 октября 1892 г. за № 7341, о рожденіи у вдовы мѣщанина Елизаветы Афанасьевны Воиновой сына Виктора 15 января 1891 г.

д) Свидѣтельство того же Духовнаго Правленія за № 7.340 отъ 6 октября 1892 г., о рожденіи у Елизаветы Афанасьевны Воиновой сына Николая 27 ноября 1888 г.

е) Свидѣтельство Ключаря Морского С.-Петербургскаго Богоявленскаго Николаевскаго Собора, отъ 21 апрѣля 1890 г. за № 97, о рожденіи у акушерки вдовы Елизаветы Воиновой дочери Надежды 22 августа 1887 г.

Справки: Инспекторъ Врачебно-Полицейскаго Комитета Александръ Ивановичъ Федоровъ состоялъ участникомъ Главной Кассы съ 1893 по 1904 г. и при жизни заявилъ Комитету Главной Кассы, что вышеупомянутые Викторъ, Николай и Надежда его внѣбрачныя дѣти и имъ воспитывались, и что онъ вступилъ въ Кассу съ цѣлю ихъ обезпечить.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи воспитанникамъ доктора Александра Ивановича Федорова—Надеждѣ, Николаю и Виктору пенсіи съ 1 января 1905 г. изъ суммъ Главной Кассы, согласно п. и § 22 Устава Кассы и примѣчанія къ тому же параграфу, въ размѣрѣ 100 р. въ годъ и 75 р. на ихъ воспитаніе, въ виду того, что жена доктора Федорова обезпечена казенною пенсіею.

III. Комитетъ Кассы разсматривалъ докладъ Комиссіи по пересмотру Устава Кассы.

### ЗАСѢДАНІЕ

Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы 30 ноября 1904 года.

Присутствовали: товарищъ предсѣдателя Н. Я. Чистовичъ, секретарь М. Г. Бовинъ, казначей В. Ф. Штромъ и члены: М. Н. Нижегородцевъ, А. П. Заболотскій, А. А. Трояновъ и С. В. Шидловскій.

I. Доложена просьба врача Петра Федоровича **Васильева** выдать ему заимообразно 100 руб. въ виду его затруднительнаго положенія, такъ какъ онъ, прослуживъ 5 лѣтъ младшимъ врачомъ 150 пѣхотнаго Таманскаго полка, 3-го сего ноября вышелъ въ отставку по болѣзни, имѣя 3 дѣтей.

Г. Васильевъ состоитъ участникомъ Кассы съ 1899 г. Поручителей г. Васильевъ не представилъ.

Опредѣлено: за неимѣніемъ средствъ въ благотворительныхъ капиталахъ, въ выдачѣ заимообразно пособія въ 100 р. отказать и выдать 50 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ безвозвратно.

II. Комитетъ занимался разсмотрѣніемъ доклада Комиссіи по пересмотру Устава Кассы.

### ЗАСѢДАНІЕ

Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы 9 декабря 1904 года.

Присутствовали: товарищъ предсѣдателя Н. Я. Чистовичъ, секретарь М. Г. Бовинъ, казначей В. Ф. Штромъ, и члены: А. П. Заболотскій, М. Н. Нижегородцевъ, А. А. Трояновъ и С. В. Шидловскій.

I. Доложено ходатайство Комитета Казанской Кассы о назначеніи 50 руб. пособія матери участника Кассы Ульянѣ Анисимовнѣ **Елагиной** въ виду ея тяжелаго матеріальнаго положенія.

Сынъ просительницы врачъ Александръ Ивановичъ Елагинъ сдѣлалъ въ Кассу 6 взносов, но былъ участникомъ мене 6 лѣтъ, почему въ назначеніи пенсіи матери его 18-го сентября 1898 г. было отказано.

Г-жа Елагина получала ежегодно два раза пособія по 50 руб.

Послѣдній разъ ей было выдано пособіе въ размѣрѣ 50 р. 20 марта 1904 г. изъ капитала Я. А. Чистовича.

Опредѣлено: Назначить У. А. **Елагиной** единовременное пособіе въ размѣрѣ 50 р. изъ капитала Я. А. Чистовича.

II. Доложена просьба доктора Корнилія Ивановича **Горскаго** освободить его отъ дальнѣйшихъ взносовъ въ Кассу въ виду того, что въ прошломъ году онъ внесъ 20-й членскій взносъ.

Опредѣлено: На основаніи § 6 Устава Кассы въ просьбѣ К. И. **Горскаго** отказать.

III. Комитетъ занимался разсмотрѣніемъ доклада Комиссіи по пересмотру Устава Кассы.

IV. Доложено, что врачъ П. Ф. **Васильевъ**, которому въ въ прошлое засѣданіе назначено было 50 руб. пособія изъ капитала Е. Н. Чистовичъ, прислалъ письмо, въ которомъ благодаритъ Комитетъ за желаніе ему помочь, но воспользоваться имъ считаетъ для себя неудобнымъ.

Опредѣлено: Принять къ свѣдѣнію.

### ЗАСѢДАНІЕ

Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы 23 декабря 1904 года.

Присутствовали: товарищъ предсѣдателя Н. Я. Чистовичъ, секретарь М. Г. Бовинъ, казначей В. Ф. Штромъ и члены: М. Н. Нижегородцевъ, А. П. Заболотскій, А. А. Трояновъ и С. В. Шидловскій.

I. Доложено прошеніе жены бывшаго уѣзднаго врача Петра Михайловича **Лаврова** Анны Васильевны о назначеніи ей съ 3 малолѣтними дѣтьми пособія въ виду ея тяжелаго матеріальнаго положенія, такъ какъ мужъ ея все еще находится на излеченіи въ психіатрической клиникѣ Московскаго Университета.

Пенсія отъ правительства г. Лаврову хотя и назначена, но получить ее его жена можетъ только тогда, когда будетъ назначена опекуншею надъ нимъ, что послѣдовать скоро не можетъ. Домъ доктора Лаврова не приноситъ, по словамъ просительницы, ничего, кромѣ расходовъ, такъ какъ заложенъ въ С.-Петербургскомъ Тульскомъ Банкѣ въ 2.100 руб.

Права г-жи Лавровой на пособіе изложены въ журналѣ Комитета Главной Кассы отъ 15 ноября 1902 года, когда ей было назначено 100 руб., 25 апрѣля 1903 г. ей было вновь назначено пособіе въ размѣрѣ 50 руб. изъ суммъ Главной Кассы.

Докторъ Лавровъ состоялъ участникомъ Главной и Тульской Кассъ съ 1887 по 1901 г. включительно.

Опредѣлено: Запросить Комитетъ Московской Кассы о доходности дома и матеріальномъ положеніи просительницы.

II. Доложена просьба врача Бориса Наумовича **Левина**, сдѣлавшаго въ 1898 году два взноса (изъ нихъ одинъ за годъ до окончанія курса) возстановить его въ правахъ льготнаго участника, а если этого сдѣлать нельзя, то «зачесть оба взноса въ число взносовъ необходимыхъ для полученія правъ для семьи на пенсію».

Никакихъ мотивовъ прекращенія взносовъ въ теченіе 6 лѣтъ г. Левинъ не приводитъ.

Опредѣлено: въ просьбѣ доктора **Левина**, на основаніи § 6 Устава Кассы, отказать.

III. Доложено, что Ольга Николаевна **Глинчикова**, получающая съ 2 дѣтьми съ 1 января 1902 г. пенсію (по опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 14 декабря 1901 г.) изъ суммъ Владимірской Кассы въ размѣрѣ 250 руб. и 50 руб. на воспитаніе, обратилась съ просьбою оставить ея пенсію въ этомъ размѣрѣ несмотря на то, что дочь ея Елена, слушательница высшихъ женскихъ курсовъ, получила земскую стипендію въ размѣрѣ 150 руб. въ годъ, а дочь Вѣра, ученица педагогическаго класса гимназіи, въ размѣрѣ 70 руб. Мотивъ къ просьбѣ тотъ, что на 150 руб. прожить въ С.-Петербургѣ невозможно, а къ 70 р. приходится доплачивать 30 для полной суммы за право ученія.

Комитетъ Саратовской Кассы ходатайствуетъ объ удовлетвореніи просьбы г. **Глинчиковой**.

Опредѣлено: Пенсію О. Н. **Глинчиковой** сохранить, выдачу же пособія на воспитаніе прекратить.

IV. Доложено прошеніе пенсионерки Кассы Маріи Николаевны **Эдемской** о назначеніи ей пособія для уплаты долга, который она должна была сдѣлать по случаю замужества ея дочери Анны.

Г-жа Эдемская, по опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 13 октября 1893 года, получаетъ пенсію изъ суммъ Главной Кассы въ размѣрѣ 250 руб. съ 1 іюля 1893 года, которая 9 апрѣля 1899 года была увеличена на 50 руб. для воспитанія дѣтей.

Опредѣлено: Назначить М. Н. **Эдемской** единовременное пособіе въ размѣрѣ 30 руб. изъ капитала Я. А. Чистовича.

V. Доложено прошеніе вдовы земскаго врача Николая Александровича **Шелешкова** Маріи Алексѣевны о назначеніи ей пособія, такъ какъ она съ малолѣтнимъ сыномъ находится въ тяжеломъ матеріальномъ положеніи.

Симбирскій Врачебный Инспекторъ и врачъ Благовидовъ удостовѣряютъ, что г-жа Шелешкова средствъ къ жизни не имѣетъ.

Опредѣлено: Назначить М. А. **Шелешковой** единовременное пособіе въ размѣрѣ 30 руб. изъ капитала Е. Н. Чистовичъ



IV. Доложена просьба врача **Ивана Сокольского** принять от него членский взнос за 1903 годъ и зачислить его за этотъ годъ участникомъ Кассы.

Г-нъ Сокольскій въ 1901 г. поступилъ земскимъ врачомъ. Въ текущемъ 1904 году онъ сдѣлалъ первый взносъ въ Кассу; проситъ онъ разрѣшить сдѣлать взносъ за 1903 годъ въ виду того, что онъ человекъ больной и ему важно даже на одинъ годъ уменьшить срокъ на право пособия изъ Кассы.

Опредѣлено: Въ виду того, что по Уставу Кассы можно по уважительнымъ причинамъ зачислять взносы за просроченные года, а не за года до I-го взноса въ Кассу, а также въ виду того, что для получения пенсій необходимо участие въ продолженіи полныхъ шести лѣтъ, въ просьбѣ г-на **Сокольского** отказать.

V. Доложено: 2 октября 1904 года Комитетъ Главной Кассы опредѣлилъ ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи **Евгении Владиміровны Ворониной** пенсіи, согласно п. а § 22 Устава Кассы, въ размѣрѣ 150 руб. въ годъ съ 1 января 1905 года изъ суммъ Туркестанской Кассы по выясненіи ея имущественнаго положенія.

Общее Собраніе участниковъ Главной Кассы 21 октября 1904 года постановленіе это утвердило.

Въ настоящее время г-жа Воронина представила слѣдующіе документы:

а) Сообщение Ардатовской уѣздной земской управы, Симбирской губерніи, отъ 25 октября 1904 г. за № 3597, о томъ что **Е. В. Ворониной** положенной пенсіи не назначено.

б) Удостовереніе Пристава 1-го Стана Ардатовскаго уѣзда, отъ 12 октября 1904 года, о томъ, что послѣ смерти врача **Владимира Павловича Воронина** имущества оказалось на 500 руб., каковое должно идти по наслѣдству:  $\frac{3}{4}$  брату покойнаго и  $\frac{1}{4}$  вдовѣ его **Евгении Владиміровнѣ**. Но у доктора Воронина въ Ардатовскомъ Городскомъ Банкѣ долгъ въ 500 руб., который и будетъ, вѣроятно, покрытъ этимъ имуществомъ.

Опредѣлено: Признать имущественное положеніе **Е. В. Ворониной** весьма тяжелымъ и выслать ей пенсію, согласно постановленію Общаго Собранія.

#### ЗАСѢДАНІЕ

Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы  
11 ноября 1904 года.

Присутствовали: предсѣдатель **В. С. Кудринъ**, товарищъ предсѣдателя **Н. Я. Чистовичъ**, секретарь **М. Г. Бовинъ**, казначей **В. Ф. Штромъ**, члены: **А. П. Заболотскій**, **С. В. Шидловскій**, **А. А. Трояновъ** и **М. Н. Нижегородцевъ**.

I. Доложено прошеніе вдовы младшаго врача 150 пѣхотнаго Тамбовскаго полка **Николая Андреевича Савельева** **Анны Ивановны** о назначеніи ей пособия въ виду ея болѣзни и тяжелаго матеріальнаго положенія, такъ какъ получаетъ пенсіи 8 р. 84 к. въ мѣсяцъ.

При прошеніи представлено свидѣтельство доктора **Левковскаго** о болѣзни г-жи **Савельевой**.

Опредѣлено: Назначить **А. И. Савельевой** пособие въ размѣрѣ 25 руб. изъ капитала **Е. Н. Чистовичъ**.

II. Доложена просьба врача **Владимира Михайловича Разумовскаго** **Маріи Георгіевны** о назначеніи ей пособия въ виду ея болѣзни и стѣснительнаго матеріальнаго положенія; получаетъ правительственную пенсію въ размѣрѣ 16 рублей.

Докторъ **В. М. Разумовскій** былъ участникомъ Архангельской Кассы съ 1895 по 1899 г. включительно.

Опредѣлено: Назначить **М. Г. Разумовской** 25 руб. пособия изъ капитала **Я. А. Чистовича**.

III. Доложено слѣдующее заявленіе участниковъ Кассы — **Недешева, Попова, Номиносова, Бланкфельда, Реберга, Комаровскаго и Бранта**:

«Въ виду преній, возникшихъ въ Общемъ Собраніи участниковъ Главной Кассы 21-го октября 1904 года по поводу пересмотра Устава Кассы, мы, провинціальныя врачи, пріѣхавшіе въ Петербургъ для научаго усовершенствованія, находимъ необходимымъ внести въ Главный Комитетъ слѣдующее заявленіе:

1) Въ виду того, что вопросъ о пересмотрѣ Устава Кассы остался невыясненнымъ, мы обращаемся въ Главный Комитетъ съ просьбой созвать экстренное Собраніе участниковъ Кассы не позже 1-го декабря 1904 года, такъ какъ позже 1-го декабря большинство изъ провинціальныя врачей должны будутъ возвратиться къ мѣсту своей службы и не могутъ фактически участвовать въ послѣдующихъ Общихъ Собраніяхъ членовъ Главной Кассы.

2) Въ виду того, что проектъ новаго Устава Кассы, какъ выяснилось въ прошломъ Общемъ Собраніи участниковъ Кассы, уже выработанъ специальной Коммиссіей и не представляется на обсужденіе Комитета и Общаго Собранія только по причинѣ встрѣтившихся затрудненій при разработкѣ вопросовъ финансоваго характера, мы и просимъ Комитетъ пока ограничиться пересмотромъ той части работы Коммиссіи, которая не касается финансоваго положенія Кассы, а посвящена главнымъ образомъ вопросамъ административнаго характера. Мотивомъ для настоящаго ходатайства служатъ слѣдующія соображенія: прежде чѣмъ обсуждать и особенно вводить реформы въ финансовомъ строѣ Кассы, необходимо усовершенствовать способы и формы обсужденія; намъ представляется наиболѣе совершеннымъ такой порядокъ обсужденія, который гарантировалъ бы активное участие въ об-

сужденіи всѣмъ провинціальнымъ отдѣленіямъ Кассы и, по возможности, всѣмъ провинціальнымъ товарищамъ; такой порядокъ въ настоящее время не допускается § 63-мъ Устава Кассы; параграфъ этотъ по возможности скорѣе долженъ быть измѣненъ въ интересахъ правильнаго обсужденія и разрѣшенія всѣхъ остальныхъ вопросовъ, связанныхъ съ пересмотромъ Устава Кассы.

Настоящее заявленіе просимъ доложить Общему экстренному Собранію участниковъ Кассы.

Опредѣлено: Доложить Общему Собранію.

IV. Комитетъ Кассы разсматривалъ докладъ Коммиссіи по пересмотру Устава Кассы.

#### ЗАСѢДАНІЕ

Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы 18 ноября 1904 года.

Присутствовали: предсѣдатель **В. С. Кудринъ**, товарищъ предсѣдателя **Н. Я. Чистовичъ**, секретарь **М. Г. Бовинъ**, казначей **В. Ф. Штромъ**, члены: **А. П. Заболотскій**, **С. В. Шидловскій**, **А. А. Трояновъ** и **М. Н. Нижегородцевъ**.

I. Доложено прошеніе бездѣтной вдовы **Кагызманскаго** ветеринарнаго врача **Василия Ивановича Мушниковъ** **Надежды Николаевны** о назначеніи ей пенсіи въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Документы: а) квитанціи Енисейской Кассы въ полученіи отъ ветеринарнаго врача **В. И. Мушниковъ** членскихъ взносовъ за года 1892, 3, 4, 5, 7, 8, 1900, 1, 2, 3 и почтовая квитанція въ приемѣ перевода на 10 р. 14 к. въ г. Красноярскъ на имя казначая Вспомогательной Медицинской Кассы

По справкѣ оказалось, что взносы за 1896 и 1899 г. г. также были сдѣланы.

в) Удостовереніе члена Кассы старшаго врача Карской бригады Отдѣльнаго Корпуса пограничной стражи **К. Шульгина** и Начальника **Кагызманскаго** округа, Карской области, отъ 3 ноября 1904 г. за № 8.745, въ томъ, что послѣ смерти ветеринарнаго врача **В. И. Мушниковъ**, послѣдовавшей 17 октября 1904 г. осталась вдова **Надежда Николаевна**, 30 лѣтъ, безъ всякихъ средствъ къ существованію и не получающая ниоткуда пенсіи.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи **Надеждѣ Николаевнѣ Мушниковой** пенсіи, согласно п. а § 22 Устава Кассы, въ размѣрѣ 150 руб. въ годъ съ 1 января 1905 г. изъ суммъ Главной Кассы.

II. Доложено прошеніе вдовы земскаго врача **Петра Александровича Климова** **Анны Адриановны** о назначеніи ей пособия въ виду ея стѣснительнаго матеріальнаго положенія, такъ какъ она, вслѣдствіе сокращенія штата служащихъ въ **Николаевскомъ Морскомъ Госпиталѣ**, лишилась службы.

Право просительницы на пособие изложено въ журналѣ засѣданія Комитета Главной Кассы 24 августа 1896 г. (Докторъ **Климовъ** былъ участникомъ Кассы 4 года).

Г-жа **Климова** получала много разъ пособия съ 1897 г. Послѣдній разъ получила 25 р. пособия 10 февраля 1904 г. изъ капитала **Е. Н. Чистовичъ**.

Опредѣлено: назначить **А. А. Климовой** единовременное пособие въ размѣрѣ 50 р. изъ капитала **Е. Н. Чистовичъ**.

III. Комитетъ Кассы разсматривалъ докладъ Коммиссіи по пересмотру Устава Кассы.

IV. Доложено слѣдующее заявленіе Предсѣдателя Кассы **В. С. Кудрина**.

«При многочисленныхъ моихъ служебныхъ занятіяхъ я нахожу теперь своевременнымъ отказаться отъ дальнѣйшаго участія въ дѣлахъ по Управленію Кассою и слагаю съ себя обязанности Предсѣдателя, о чемъ и прошу довести до свѣдѣнія ближайшаго Общаго Собранія участниковъ Кассы.

Вмѣстѣ съ этимъ я считаю для себя пріятнымъ долгомъ выразить мою самую сердечную признательность глубокоуважаемымъ Членамъ Комитета — моимъ товарищамъ и сотрудникамъ за ихъ труды и заботливость въ соблюденіи интересовъ Кассы».

Опредѣлено: высоко цѣняя дѣятельность **Владимира Сергѣевича**, какъ руководителя дѣлами Кассы, Комитетъ съ глубокимъ прискорбіемъ, разставаясь съ глубокоуважаемымъ Предсѣдателемъ, постановилъ выразить ему свою горячую признательность за всю его плодотворную дѣятельность и за все добро, оказанное имъ Кассѣ и дѣлу вспоможенія нуждающимся врачамъ и ихъ семьямъ.

#### ЗАСѢДАНІЕ

Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы 25 ноября 1904 года.

Присутствовали: товарищъ предсѣдателя **Н. Я. Чистовичъ**, секретарь **М. Г. Бовинъ**, казначей **В. Ф. Штромъ** и члены: **А. П. Заболотскій**, **М. Н. Нижегородцевъ**, **А. А. Трояновъ** и **С. В. Шидловскій**.

I. Доложено прошеніе вдовы земскаго врача **Анны Дмитриевны Дьяконовой** о назначеніи ей пособия для взноса въ гимназію за право ученія дочери ея **Зои**, котораго она не имѣетъ возможности сдѣлать въ виду ея тяжелаго матеріальнаго положенія.

Мужъ просительницы скончался въ 1896 г.

Г-жа **Дьяконова** получила пособие изъ капитала **В. А. Манассеина** 24 октября 1902 г. — 30 р. и 28 ноября 1903 г. — 50 р.

Опредѣлено: назначить А. Д. Дьяконовой вновь пособие въ размѣрѣ 50 р. изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

II. Доложено прошеніе дочери доктора медицины Александры Александровны Федоровой о назначеніи братьямъ ея Николаю и Виктору и сестрѣ Надеждѣ пенсіи въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Документы:

а) Удостовереніе Канцеляріи С.-Петербургскаго Градоначальника, отъ 23 ноября 1904 г. за № 4.193, въ томъ, что дѣти Инспектора С.-Петербургскаго Врачебнаго Комитета Александра Ивановича Федорова—Николай, Викторъ и Надежда, учащіеся въ учебныхъ заведеніяхъ, не имѣютъ никакихъ средствъ къ существованію и не имѣютъ права на пенсію изъ казны за службу отца, какъ внѣбрачныя его дѣти. Вдова же доктора Федорова Марія Александровна имѣетъ право на полученіе пенсіи за службу мужа по расчету изъ оклада содержанія въ 2.500 р.

б) Выпись изъ метрической книги С.-Петербургской Благовѣщенской Васильевской церкви о смерти Александра Ивановича Федорова, послѣдовавшей 31 мая 1904 года.

с) Свидѣтельство Духовнаго Правленія при Протопресвитерѣ Военнаго и Морского духовенства, отъ 6 октября 1892 г. за № 7341, о рожденіи у вдовы мѣщанина Елизаветы Афанасьевны Воиновой сына Виктора 15 января 1891 г.

д) Свидѣтельство того же Духовнаго Правленія за № 7.340 отъ 6 октября 1892 г., о рожденіи у Елизаветы Афанасьевны Воиновой сына Николая 27 ноября 1888 г.

е) Свидѣтельство Ключаря Морского С.-Петербургскаго Богоявленскаго Николаевскаго Собора, отъ 21 апрѣля 1890 г. за № 97, о рожденіи у акушерки вдовы Елизаветы Воиновой дочери Надежды 22 августа 1887 г.

Справки: Инспекторъ Врачебно-Полицейскаго Комитета Александръ Ивановичъ Федоровъ состоялъ участникомъ Главной Кассы съ 1893 по 1904 г. и при жизни заявилъ Комитету Главной Кассы, что вышеупомянутые Викторъ, Николай и Надежда его внѣбрачныя дѣти и имъ воспитывались, и что онъ вступилъ въ Кассу съ цѣлію ихъ обезпечить.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи воспитанникамъ доктора Александра Ивановича Федорова—Надеждѣ, Николаю и Виктору пенсіи съ 1 января 1905 г. изъ суммъ Главной Кассы, согласно п. и § 22 Устава Кассы и примѣчанія къ тому же параграфу, въ размѣрѣ 100 р. въ годъ и 75 р. на ихъ воспитаніе, въ виду того, что жена доктора Федорова обезпечена казенною пенсіею.

III. Комитетъ Кассы разсматривалъ докладъ Комиссіи по пересмотру Устава Кассы.

#### ЗАСѢДАНІЕ

Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы 30 ноября 1904 года.

Присутствовали: товарищъ предсѣдателя Н. Я. Чистовичъ, секретарь М. Г. Бовинъ, казначей В. Ф. Штромъ и члены: М. Н. Нижегородцевъ, А. П. Заболотскій, А. А. Трояновъ и С. В. Шидловскій.

I. Доложена просьба врача Петра Федоровича Васильева выдать ему заимообразно 100 руб. въ виду его затруднительнаго положенія, такъ какъ онъ, прослуживъ 5 лѣтъ младшимъ врачомъ 150 пѣхотнаго Таманскаго полка, 3-го сего ноября вышелъ въ отставку по болѣзни, имѣя 3 дѣтей.

Г. Васильевъ состоитъ участникомъ Кассы съ 1899 г. Поручителей г. Васильевъ не представилъ.

Опредѣлено: за неимѣніемъ средствъ въ благотворительныхъ капиталахъ, въ выдачѣ заимообразно пособия въ 100 р. отказать и выдать 50 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ безвозвратно.

II. Комитетъ занимался разсмотрѣніемъ доклада Комиссіи по пересмотру Устава Кассы.

#### ЗАСѢДАНІЕ

Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы 9 декабря 1904 года.

Присутствовали: товарищъ предсѣдателя Н. Я. Чистовичъ, секретарь М. Г. Бовинъ, казначей В. Ф. Штромъ, и члены: А. П. Заболотскій, М. Н. Нижегородцевъ, А. А. Трояновъ и С. В. Шидловскій.

I. Доложено ходатайство Комитета Казанской Кассы о назначеніи 50 руб. пособия матери участника Кассы Ульянѣ Анисимовнѣ Елагиной въ виду ея тяжелаго матеріальнаго положенія.

Сынъ просительницы врачъ Александръ Ивановичъ Елагинъ сдѣлалъ въ Кассу 6 взносовъ, но былъ участникомъ менѣе 6 лѣтъ, почему въ назначеніи пенсіи матери его 18-го сентября 1898 г. было отказано.

Г-жа Елагина получала ежегодно два раза пособия по 50 руб.

Послѣдній разъ ей было выдано пособие въ размѣрѣ 50 р. 20 марта 1904 г. изъ капитала Я. А. Чистовича.

Опредѣлено: Назначить У. А. Елагиной единовременное пособие въ размѣрѣ 50 р. изъ капитала Я. А. Чистовича.

II. Доложена просьба доктора Корнилія Ивановича Горскаго освободить его отъ дальнѣйшихъ взносовъ въ Кассу въ виду того, что въ прошломъ году онъ внесъ 20-й членскій взносъ.

Опредѣлено: На основаніи § 6 Устава Кассы въ просьбѣ К. И. Горскаго отказать.

III. Комитетъ занимался разсмотрѣніемъ доклада Комиссіи по пересмотру Устава Кассы.

IV. Доложено, что врачъ П. Ф. Васильевъ, которому въ прошлое засѣданіе назначено было 50 руб. пособия изъ капитала Е. Н. Чистовичъ, прислалъ письмо, въ которомъ благодаритъ Комитетъ за желаніе ему помочь, но воспользоваться имъ считаетъ для себя неудобнымъ.

Опредѣлено: Принять къ свѣдѣнію.

#### ЗАСѢДАНІЕ

Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы 23 декабря 1904 года.

Присутствовали: товарищъ предсѣдателя Н. Я. Чистовичъ, секретарь М. Г. Бовинъ, казначей В. Ф. Штромъ и члены: М. Н. Нижегородцевъ, А. П. Заболотскій, А. А. Трояновъ и С. В. Шидловскій.

I. Доложено прошеніе жены бывшаго уѣзднаго врача Петра Михайловича Лаврова Анны Васильевны о назначеніи ей съ 3 малолѣтними дѣтьми пособия въ виду ея тяжелаго матеріальнаго положенія, такъ какъ мужъ ея все еще находится на излеченіи въ психіатрической клиникѣ Московскаго Университета.

Пенсія отъ правительства г. Лаврову хотя и назначена, но получить ее его жена можетъ только тогда, когда будетъ назначена опекуншею надъ нимъ, что послѣдовать скоро не можетъ. Домъ доктора Лаврова не приноситъ, по словамъ просительницы, ничего, кромѣ расходовъ, такъ какъ заложенъ въ С.-Петербургскомъ Тульскомъ Банкѣ въ 2.100 руб.

Права г-жи Лавровой на пособие изложены въ журналѣ Комитета Главной Кассы отъ 15 ноября 1902 года, когда ей было назначено 100 руб., 25 апрѣля 1903 г. ей было вновь назначено пособие въ размѣрѣ 50 руб. изъ суммъ Главной Кассы.

Докторъ Лавровъ состоялъ участникомъ Главной и Тульской Кассъ съ 1887 по 1901 г. включительно.

Опредѣлено: Запросить Комитетъ Московской Кассы о доходности дома и матеріальномъ положеніи просительницы.

II. Доложена просьба врача Бориса Наумовича Левина, сдѣлавшаго въ 1898 году два взноса (изъ нихъ одинъ за годъ до окончанія курса) возстановить его въ правахъ льготнаго участника, а если этого сдѣлать нельзя, то «за-честь оба взноса въ число взносовъ необходимыхъ для полученія правъ для семьи на пенсію».

Никакихъ мотивовъ прекращенія взносовъ въ теченіе 6 лѣтъ г. Левинъ не приводитъ.

Опредѣлено: въ просьбѣ доктора Левина, на основаніи § 6 Устава Кассы, отказать.

III. Доложено, что Ольга Николаевна Глинчикова, получающая съ 2 дѣтьми съ 1 января 1902 г. пенсію (по опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 14 декабря 1901 г.) изъ суммъ Владимірской Кассы въ размѣрѣ 250 руб. и 50 руб. на воспитаніе, обратилась съ просьбою оставить ей пенсію въ этомъ размѣрѣ несмотря на то, что дочь ея Елена, слушательница высшихъ женскихъ курсовъ, получила земскую стипендію въ размѣрѣ 150 руб. въ годъ, а дочь Вѣра, ученица педагогическаго класса гимназіи, въ размѣрѣ 70 руб. Мотивъ къ просьбѣ тотъ, что на 150 руб. прожить въ С.-Петербургѣ невозможно, а къ 70 р. приходится доплачивать 30 для полной суммы за право ученія.

Комитетъ Саратовской Кассы ходатайствуетъ объ удовлетвореніи просьбы г. Глинчиковой.

Опредѣлено: Пенсію О. Н. Глинчиковой сохранить, выдачу же пособия на воспитаніе прекратить.

IV. Доложено прошеніе пенсионерки Кассы Маріи Николаевны Эдемской о назначеніи ей пособия для уплаты долга, который она должна была сдѣлать по случаю замужества ея дочери Анны.

Г-жа Эдемская, по опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 13 октября 1893 года, получаетъ пенсію изъ суммъ Главной Кассы въ размѣрѣ 250 руб. съ 1 іюля 1893 года, которая 9 апрѣля 1899 года была увеличена на 50 руб. для воспитанія дѣтей.

Опредѣлено: Назначить М. Н. Эдемской единовременное пособие въ размѣрѣ 30 руб. изъ капитала Я. А. Чистовича.

V. Доложено прошеніе вдовы земскаго врача Николая Александровича Шелешкова Маріи Алексѣевны о назначеніи ей пособия, такъ какъ она съ малолѣтнимъ сыномъ находится въ тяжеломъ матеріальномъ положеніи.

Симбирскій Врачебный Инспекторъ и врачъ Благовидовъ удостовѣряютъ, что г-жа Шелешкова средствъ къ жизни не имѣетъ.

Опредѣлено: Назначить М. А. Шелешковой единовременное пособие въ размѣрѣ 30 руб. изъ капитала Е. Н. Чистовичъ

**Вѣдомость о лицахъ, получившихъ вспомо-  
ществованія изъ Кассы въ 1904 году:**

**I. Главная касса:**

НАИМЕНОВАНИЕ ЛИЦЪ, ПОЛУЧИВШИХЪ ПО-  
СОБІЯ, И КАССЪ, ИЗЪ КОИХЪ ВЫДАНЫ ПО-  
СЛАДНІЯ:

Выдано вспомо-  
щество-  
ваній:

Постоянныхъ.

Руб. Коп. Единовре-  
Руб. менныхъ.

1. Баженковъ В., воспит. врача . . .	100	—	—
2. Богданова А. А., мать врача . . .	200	—	—
3. Борцовъ П. А., врачъ . . .	300	—	—
4. Бражасъ В. Н., вдова врача . . .	150	—	—
5. Бурундукова Е. А., вдова врача . . .	62	—	—
6. Варшавская А. Р., вдова врача . . .	250	—	—
7. Вихорева М. А., вдова врача . . .	200	—	—
8. Войткевичъ А. П., вдова ветер. вр.	175	—	—
9. Вышинская М. А., вдова врача . . .	140	—	—
10. Гаврилова Е. Н., вдова врача . . .	150	—	—
11. Герловичъ М. Ф., вдова врача . . .	150	—	—
12. Гиршфельдъ Е. Н., вдова врача . . .	150	—	—
13. Глубоковская Е. В., вдова врача . . .	—	—	100
14. Голицинская Э. В., вдова врача . . .	350	—	—
15. Головачева П. М., вдова врача . . .	—	—	40
16. Голубева А. А., вдова врача . . .	300	—	—
17. Грядина Ж. И., вдова врача . . .	150	—	—
18. Гродецкая С. Ф., вдова врача . . .	300	—	—
19. Гуленко Е. П., вдова врача . . .	200	—	—
20. Давульская С. Ф., вдова врача . . .	50	—	—
21. Дзичковская А. С., вдова врача . . .	150	—	—
22. Добычина А. А., вдова врача . . .	12	50	—
23. Довчинскіе, дѣти участника . . .	300	—	—
24. Донецкая А. В., вдова врача . . .	200	—	—
25. Дракина С. Ф., вдова врача . . .	150	—	—
26. Иданова А. А., вдова врача . . .	225	—	—
27. Заварина П. И., вдова врача . . .	125	—	—
28. Заграйская Е. М., вдова врача . . .	200	—	—
29. Захарова Е. М., мать врача . . .	200	—	—
30. Ивановская А. И., вдова врача . . .	150	—	—
31. Истова Е. Ф., вдова врача . . .	300	—	—
32. Казакова М. Е., вдова врача . . .	93	60	—
33. Насьянова Л. Н., племян. ветер. вр.	—	—	50
34. Квятковская А. В., вдова врача . . .	25	—	—
35. Кевролева А. М., вдова врача . . .	300	—	—
36. Кемпа Б. А., участн. кассы . . .	—	—	100
37. Коробковъ Г. Я., врачъ . . .	400	—	—
38. Коврейтъ О. В., вдова врача . . .	250	—	—
39. Коссобудская В. В., вдова врача . . .	57	16	—
40. Краснитская А. М., вдова врача . . .	325	—	—
41. Кузовкова Л. П., вдова врача . . .	—	—	50
42. Ландезенъ Н. Ф., вдова врача . . .	200	—	—
43. Лявницъ Д. Г., вдова врача . . .	150	—	—
44. Лятошинская Ю. А., вдова врача . . .	200	—	—
45. Маковецкая Н. В., вдова врача . . .	150	—	—
46. Мерло С. Н., вдова врача . . .	40	—	—
47. Мейеръ С. Н., вдова врача . . .	150	—	—
48. Милова Н. В., вдова врача . . .	150	—	—
49. Михайлова Е. Н., вдова врача . . .	350	—	—
50. Мининская А. А., вдова врача . . .	275	—	—
51. Музыкантова С. Г., вдова врача . . .	250	—	—
52. Мисникова Л. П., вдова вдова . . .	350	—	—
53. Ненашева М. М., вдова врача . . .	300	—	—
54. Окничицъ М. Я., вдова врача . . .	150	—	—
55. Омель Л. М., вдова врача . . .	150	—	—
56. Орловъ И. И., врачъ . . .	400	—	—
57. Осерко Л. Я., вдова врача . . .	150	—	—
58. Павликовский Э. Г., участн. кассы . . .	—	—	100
59. Пашинниковская А. В., вдова врача . . .	200	—	—
60. Перцова Н. П., вдова врача . . .	162	50	—
61. Петрова О. Е., мать врача . . .	20	—	—
62. Покровская О. В., вдова врача . . .	300	—	—
63. Попова В. Ф., вдова врача . . .	275	—	—
64. Португалова Р. И., вдова врача . . .	275	—	—
65. Пржецшевская С. Э., вдова врача . . .	150	—	—
66. Протопопова О. Н., вдова врача . . .	—	—	100
67. Рогова Г. В., вдова врача . . .	140	—	—
68. Россудовская С. А., вдова врача . . .	47	—	—
69. Рыбинскій Н. Кл., врачъ . . .	—	—	100
70. Свицина Т. А., вдова врача . . .	150	—	—
71. Семенова С. Л., вдова врача . . .	162	50	—
72. Сергѣева, мать врача . . .	200	—	—
73. Снаминичная Ю. П., вдова врача . . .	100	—	—
74. Соколова В. И., вдова врача . . .	300	—	—
75. Соколова Е. Г., вдова врача . . .	350	—	—
76. Солодовникова А. В., вдова врача . . .	150	—	—
77. Сотина А. К., вдова врача . . .	—	—	50
78. Станевичъ М. И., вдова врача . . .	225	—	—
79. Старова А. И., вдова врача . . .	200	—	—
80. Столбовская М. Н., вдова врача . . .	54	—	—
81. Троицкая Е. А., мать врача . . .	200	—	—

82. Тютнева Н. Н., вдова врача . . .	200	—	25
83. Филатова С. В., вдова врача . . .	225	—	—
84. Франковская С. И., вдова врача . . .	200	—	—
85. Холодникова М. А., вдова врача . . .	150	—	—
86. Храмова А. П., вдова врача . . .	80	—	—
87. Худякова С. А., вдова врача . . .	250	—	—
88. Чагановская М. Н., вдова врача . . .	—	—	100
89. Чарноцкая М. Н., вдова врача . . .	100	—	—
90. Чернышевскій К. А., участн. кассы . . .	—	—	100
91. Чистякова Л. А., вдова врача . . .	150	—	—
92. Шилингъ А. К., вдова врача . . .	200	—	—
93. Широкихъ Е. А., вдова врача . . .	—	—	100
94. Шулянская А. Ф., мать врача . . .	200	—	—
95. ШUTOва Н. М., вдова врача . . .	200	—	—
96. Эверсъ П. И., мать врача . . .	150	—	—
97. Эдемская М. Н., вдова врача . . .	225	—	—
98. Янушевская С. М., вдова врача . . .	325	—	—
99. Янченко В. М., вдова врача . . .	200	—	—
Ей же, за II половину 1903 г. . .	100	—	—

Итого . . . 16858 76 1015  
17873 р. 76 к.

**II. Архангельская Касса:**

Анисимова Е. И., вдова ветерин. съ дѣтьми	300	—	—
---	-----	---	---

**III. Владимірокая Касса:**

Глинчикова О. Н., вдова вр. съ 2 дочер.	300	—	—
Мукостева А. В., мать врача . . .	200	—	—
Невская О. Ѳ., вдова съ дѣтьми . . .	120	40	—
Тимешова Ю. Н., вдова вр. съ 2 дѣтьми	75	—	—
Дѣти д-ра П. А. Любимова . . .	—	—	75

Итого . . . 695 40 75  
770 р. 40 к.

**IV. Вологодская Касса:**

Старостина А. А., вдова врача . . .	150	—	—
-------------------------------------	-----	---	---

**V. Волинская Касса:**

Веркейская Я., вдова врача . . .	50	—	—
Долгушина Э., вдова врача . . .	150	—	—
Фролова, вдова врача . . .	225	—	—

Итого . . . 425 — —

**VI. Воронежская Касса:**

(Отчетъ не доставленъ).

Фіалковская Е. Н., вдова врача съ болѣн. сыномъ . . .	200 *)	—	—
---	--------	---	---

**VII. Енисейская Касса:**

Скавинская Я. П., вдова врача . . .	200	—	—
Солонино Е. А., вдова ветерин. . . . .	75	—	—

Итого . . . 275 — —

**VIII. Западно-Сибирская Касса:**

Галковская Л. Ф., вдова вр. съ 3 мал. дѣтьми	188	—	—
Мануйлова, вдова врача съ 5 дѣтьми . . .	187	50	—
Чигловская, вдова врача съ дочерью . . .	—	—	100

Итого . . . 375 50 100  
475 р. 50 к.

**IX. Кавказская Касса:**

Петровская О. М., вдова врача . . .	120	—	—
Стрѣлкова Н. В., вдова врача . . .	250	—	—

Итого . . . 370 — —

**X. Казанская Касса:**

Снаминичная Ю. П., вдова врача . . .	100	—	—
Злоказова Е. И., вдова врача . . .	100	—	—
Кузовкова Л. П., вдова врача . . .	300	—	—
Дидова Е. А., вдова врача . . .	200	—	—
Бронштейнъ А. С., вдова врача . . .	225	—	—
Малиева А. П., вдова врача съ дѣтьми . . .	350	—	—
Поповъ Д. Я., врачъ съ женою . . .	100	—	—

Итого . . . 1375 — —

\*) По свѣдѣніямъ Нижегородской Кассы, черезъ которую эта пенсія высылается.

### XI. Киевская Касса:

Прядо В. А., вдова врача . . . . .	200	—	—
Садовская А. А., вдова врача . . . . .	200	—	—
Палазова Е. И., вдова врача съ дочерью . . . . .	200	—	—
Сервничковская В. И., вдова вр. съ сыномъ . . . . .	225	—	—
Дзѣгановская С. К., вдова врача . . . . .	150	—	—
Гаевская В. И., вдова врача . . . . .	—	—	100
<b>Итого . . . . .</b>	<b>975</b>	<b>—</b>	<b>100</b>
		1075 р.	

### XII. Калужская Касса.

Верденская В. И., вдова врача съ 3 дѣтьми . . . . .	300	—	—
---	-----	---	---

### XIII. Курская Касса:

Котелевская Е. В., вдова врача . . . . .	100	—	—
Литвинова Н. И., вдова врача . . . . .	40	—	—
Абрамовичъ М. Л., вдов. вр. съ 3 дѣтьми . . . . .	375	—	—
Протопопова О. Н., вдова врача . . . . .	—	—	100
<b>Итого . . . . .</b>	<b>515</b>	<b>—</b>	<b>100</b>
		615 р.	

### XIV. Московская Касса:

Арбузова Н. В., вдова врача . . . . .	200	—	—
Авраменко Н. И., врачъ . . . . .	400	—	—
Аркадьевъ В. В., врачъ . . . . .	300	—	—
Блюменталь А. Е., вдова врача . . . . .	350	—	—
Вольфъ В. А., вдова врача . . . . .	325	—	—
Гамбурцева А. И., мать врача (изъ капитала <i>Куманиныхъ</i> ) . . . . .	150	—	—
Леманъ П. П., вдова врача . . . . .	150	—	—
Липмановичъ О. А., вдова врача . . . . .	300	—	—
Нарбекова О. А., вдова врача . . . . .	120	—	—
Павловская Ю. В., вдова врача съ дѣтьми . . . . .	375	—	—
Петрова В. П., вдова врача (изъ капитала <i>Куманиныхъ</i> ) . . . . .	100	—	—
Платова А. П., мать врача . . . . .	200	—	—
Постникова Е. А., вдова врача . . . . .	150	—	—
Сырейщикова А. И., вдова врача . . . . .	150	—	—
Важнова Н. С., вдова врача . . . . .	250	—	—
Листова Т. П., вдова врача . . . . .	75	—	—
Беккеръ М. И., вдова врача съ дѣтьми (изъ кап. <i>И. Н. Новацкаго</i> ) . . . . .	—	—	100
<b>Итого . . . . .</b>	<b>3595</b>	<b>—</b>	<b>100</b>
		3695 р.	

### XV. Минская Касса:

Машевскій Б. Р., врачъ . . . . .	200	—	—
Мочульская В. И., вдова врача . . . . .	77	50	—
<b>Итого . . . . .</b>	<b>277</b>	<b>50</b>	<b>—</b>

### XVI. Нижегородская Касса:

Россакъ А. Ф., вдова врача . . . . .	150	—	—
--------------------------------------	-----	---	---

### XVII. Одесская Касса.

Сердобова Е. Г., вдова врача . . . . .	150	—	—
Шнейдеръ Куниг. Адм., вдова врача . . . . .	225	—	—
<b>Итого . . . . .</b>	<b>375</b>	<b>—</b>	<b>—</b>

### XVIII. Оренбургская Касса:

(Выдачи не производилось).

### XIX. Орловская Касса:

Шумова А. С., вдова врача . . . . .	83	32	—
Ромашева Н. Л., вдова врача съ дочерью . . . . .	225	—	—
<b>Итого . . . . .</b>	<b>308</b>	<b>32</b>	<b>—</b>

### XX. Пермская Касса:

Соколова О. А., мать врача . . . . .	200	—	—
Шрейберъ А. И., вдова врача . . . . .	150	—	—
Малиновская . . . . .	200	—	—
<b>Итого . . . . .</b>	<b>550</b>	<b>—</b>	<b>—</b>

### XXI. Псковская Касса.

Баумвальдтъ Р. Г., вдова врача . . . . .	200	—	—
--	-----	---	---

### XXII. Ростовская на Дону Касса:

Суходольская В., вдова врача . . . . .	225	—	—
--	-----	---	---

### XXIII. Самарская Касса:

Равенскій А. П., сынъ врача . . . . .	175	—	—
Потоцкая М. Ф., вдова вр. съ сыномъ . . . . .	225	—	—
<b>Итого . . . . .</b>	<b>400</b>	<b>—</b>	<b>—</b>

### XXIV. Саратовская Касса:

Лурье М., вдова врача . . . . .	100	—	—
Соколова А., вдова врача . . . . .	150	—	—
Якимова Т., вдова врача . . . . .	200	—	—
<b>Итого . . . . .</b>	<b>450</b>	<b>—</b>	<b>—</b>

### XXV. Таврическая Касса:

Высочинская М. А., вдова врача . . . . .	115	—	—
Адамовичъ Е. М., вдова врача . . . . .	200	—	—
Чалисова Р. И., вдова врача . . . . .	46	67	—
<b>Итого . . . . .</b>	<b>361</b>	<b>67</b>	<b>—</b>

### XXVI. Тамбовская Касса:

Самсонова Н. И. . . . .	225	—	—
-------------------------	-----	---	---

### XXVII. Тульская Касса:

Рамихъ А. А., вдова врача . . . . .	150	—	—
Стрельбицкая К. И., вдова врача . . . . .	200	—	—
Соловьино Е. Д., вдова ветер. врача . . . . .	75	—	—
<b>Итого . . . . .</b>	<b>425</b>	<b>—</b>	<b>—</b>

### XXVIII. Туркестанская Касса:

Бетлингъ В. И., вдова врача . . . . .	150	—	—
Диаконская Е. И., вдова врача . . . . .	325	—	—
<b>Итого . . . . .</b>	<b>475</b>	<b>—</b>	<b>—</b>

### XXIX. Томская Касса.

(выдачи не производилось).

### XXX. Харьковская Касса:

Бражникова Е. И., вдова врача . . . . .	200	—	—
Бутова А. Н., вдова ветеринара . . . . .	150	—	—
Кедрова Ц. А., вдова врача . . . . .	150	—	—
Голубинская Л. А., вдова врача . . . . .	100	—	—
Ветухова С., сирота врача . . . . .	50	—	—
Завитаевы, сироты врача . . . . .	125	—	—
Красногорская С. М., вдова врача . . . . .	325	—	—
Мансѣтова Ю. П., вдова врача . . . . .	62	52	—
<b>Итого . . . . .</b>	<b>1162</b>	<b>52</b>	<b>—</b>

### XXXI. Херсонская Касса.

Мануйлова М. А., вдова врача . . . . .	187	50	—
--	-----	----	---

### Вѣдомость о лицахъ,

получившихъ вспомошествованія изъ благотворительныхъ капиталовъ, состоящихъ при Кассѣ.

### Изъ капитала Я. А. Чистовича:

	Рубли.
Абрамовичъ М. Л., вдова врача . . . . .	35
Дантю З. С., . . . . .	75
Елагина У. А., . . . . .	100
Ермакова Н. Ф., . . . . .	50
Жмуйдзидовичъ Е. Р., . . . . .	25
Коганъ М. В., . . . . .	25
Никольскій У. Г., врачъ . . . . .	100
Павленко А. С., вдова врача . . . . .	25
Панина А. В., . . . . .	25
Пантелеймонова Е. А., . . . . .	25
Разумовская М. Г., . . . . .	30
Смирнова Е. М., . . . . .	50
Усь Л. М., . . . . .	20
Шестакова А. П., . . . . .	25
Широкова О. В., . . . . .	30
Эдемская М. Н., . . . . .	30
<b>Итого . . . . .</b>	<b>665</b>



### Изъ капитала Е. Н. Чистовичъ:

	Рубли.
Бейферманъ Р. М., вдова врача . . . . .	25
Голынецъ Е. Ф., » » . . . . .	25
Дюмидова Н. Я., » » . . . . .	10
Дьяконова А. Д., » » . . . . .	50
Климова А. А., » » . . . . .	75
Лурье Я. В., врачъ . . . . .	50
Петровская Е. П., вдова врача . . . . .	30
Попова А. В., » » . . . . .	10
Савельева А. И., » » . . . . .	25
Сазановичъ С. И., » » . . . . .	10
Усь А. М., слущ. Ж. Мед. Инст. . . . .	50
Шелешкова М. А., вдова врача . . . . .	30
Итого . . . . .	390

### Изъ капитала В. А. Манассеина:

#### а) Безвозвратно:

	Рубли.
Аргентовская А. В., вдова врача . . . . .	50
Березовская А. Н., » » . . . . .	30
Богаевская В. С., » » . . . . .	20
Буринская А. М., » » . . . . .	30
Бутовская А. В., вдова врача . . . . .	20
Вомпе Е. Ф., » » . . . . .	40
Добровольская А. А., дочь врача . . . . .	105
Гельтманъ Ю. Ф., вдова врача . . . . .	20
Городецкй К. Н., врачъ . . . . .	10
Жаботинская Е. П., вдова врача . . . . .	20
Жмудзиновичъ В. У., студентъ . . . . .	20
Завадская А. Н., вдова врача . . . . .	25
Завитаевъ П., сынъ участн. Кассы . . . . .	25
Иванова А. А., вдова врача . . . . .	50
Игнатова О. В., » » . . . . .	45
Казачкина Л. Е., » » . . . . .	25
Кайданъ Е. А., » » . . . . .	30
Калинина С. К., » » . . . . .	30
Квятковская А. П., » » . . . . .	30
Князева М. В., » » . . . . .	15
Красицкая М. С., » » . . . . .	45
Ленкевичъ Ю. В., » » . . . . .	25
Львовъ Н. П., врачъ . . . . .	40
Мажарова А. П., слущ. Ж. М. Инст. . . . .	100
Майеръ Н. А., дочь врача . . . . .	25
Манторова Е. П., вдова врача . . . . .	15
Масленникова А. А., » » . . . . .	30
Новгородская О. В., » » . . . . .	20
Обольяниновъ В. А., врачъ . . . . .	60
Прибыловская О. С., вдова врача . . . . .	25
Попова С. А., » » . . . . .	50
Розенталь-фонъ, » » . . . . .	25
Саенко Е. А., » » . . . . .	25
Сверчкова М. И., мать врача . . . . .	10
Семюкина Ю. К., вдова врача . . . . .	35
Соловьева Е. И., » » . . . . .	20
Старостина А. А., » » . . . . .	30
Стаховичъ Е. И., » » . . . . .	10
Стаселевская А. П., » » . . . . .	35
Стратановичъ Ю. Я., » » . . . . .	15
Тренделенбургъ О. С., жена врача . . . . .	40
Черняева Л. И., вдова врача . . . . .	55
Шварцъ Н. М., » » . . . . .	20
Шовская Л. У., » » . . . . .	15
Шрейберъ А. Н., » » . . . . .	25
Янович-Чайнская З. А., » » . . . . .	35
Итого . . . . .	1470

#### б) Заимообразно:

Карчагинъ Л. Г., врачъ . . . . .	200
Латухинъ А. И., » . . . . .	100
Итого . . . . .	300

в) Переведено въ капиталъ стипендй . . . 70

### Изъ капитала стипендй:

Алмазова А. Г., вдова врача . . . . . 100

### ПОЖЕРТВОВАНІЯ:

#### въ капиталъ В. А. Манассеина.

	Руб.	Коп.
Отъ Афанасьева Н. И. . . . .	50	—
» Богданова А. И. . . . .	5	—
Вмѣсто вѣнка на гробъ умершаго д-ра С. Е. Пав- ловскаго . . . . .	25	—
Отъ Василевскаго Н. П. . . . .	9	—
» врачей г. Самары, собранные въ честь Ю. К. Воде чрезъ д-ра Вертеля . . . . .	31	10
Отъ врачей Живдринскаго Земства . . . . .	36	—
» занимавшихся въ хирургическомъ отд. Маринской больницы . . . . .	22	—
Отъ земскихъ врачей Ахтырскаго уѣзда въ память товарища П. Е. Иноземцова . . . . .	20	—
Отъ земскихъ Бердянскихъ врачей . . . . .	190	—
» Курдюмскаго Земства въ память XXV-лѣтія д-ра Вячеславова . . . . .	75	—
Отъ Курмышскаго Земства . . . . .	43	82
» Гомолицкаго В. В., Орловскаго В. Ф. и Штанге В. А. . . . .	29	42
Отъ Гончарова Г. А. . . . .	120	—
» Драницына Н. М. . . . .	5	—
Чрезъ Еремкина Ф. А., собранные на вѣнокъ врачу В. Г. Орлову . . . . .	29	50
Отъ д-ра Жбанкова Д. Н., собранные на IX Пиро- говскаго Съѣзда . . . . .	125	50
Отъ д-ра Злоказова . . . . .	75	—
» Каплана С. А. . . . .	150	—
» Кисселя А. А. въ память В. М. Прото- попова . . . . .	25	—
Отъ д-ра Концевича и др. врачей . . . . .	57	79
Чрезъ » де-Мезеръ А. В., въ память умершаго врача В. В. Покровскаго . . . . .	12	—
Отъ д-ра Масловскаго М. С. . . . .	5	—
» Номикосова С. С. . . . .	10	—
» Общества Архангельскихъ врачей . . . . .	13	—
» Могилевскихъ врачей, собранные по случаю перевода А. Т. Борншевскаго въ Одессу . . . . .	70	—
Отъ Общества морскихъ врачей въ Спб. . . . .	20	—
» Московскихъ врачей въ память д-ра С. А. Алафузова . . . . .	24	—
Отъ Общества ночныхъ врачебныхъ дежурствъ въ Кіевѣ . . . . .	16	30
Отъ Общества Ярославскихъ врачей въ память д-ра И. П. Буховцева и А. П. Чехова . . . . .	120	—
Отъ д-ра Островскаго С. Э. . . . .	10	—
» Прибыткова Г. А. . . . .	3	—
Чрезъ редактора «Русскаго Врача» отъ разныхъ лицъ . . . . .	51	—
Отъ Русской Лечебницы въ Одессѣ . . . . .	25	—
» д-ра Рабова И. Л. . . . .	5	—
» членовъ Ейскаго Медицинскаго Общества . . . . .	10	—
» Иваново-Вознесенскаго Медицинскаго Общества чрезъ казначея Романова . . . . .	25	—
Отъ членовъ Тульскаго Общ. врачей . . . . .	13	—
» д-ра Шульгина К. Я. . . . .	5	—
Итого . . . . .	1561	43

#### Въ капиталъ имени проф. Э. Э. Эйхвальда:

Отъ д-ра Заболотскаго А. П. . . . .	1 р. —
» Клевезаля В. П. . . . .	1 р. —
Итого . . . . .	2 р. —

#### Въ капиталъ врачей выпуска 1873 г. (Ме- дицино-Хирургической Академіи).

Чрезъ д-ра Н. Ф. Златковскаго 55 р. вал. и 200 р. о/о бумагами.

НАИМЕНОВАНИЕ КАССЪ.

№ по порядку.	Состояло въ 1-му января 1904 г.				Въ приходѣ:				Въ расходѣ:				Состояло въ 1-му января 1905 г.																	
	Наличными деньгами:		% бумагами:		Взносы и пожертвованія:		% съ ка-питала:		Перехо-дящія суммы:		% бумагами:		На пенсіи и едино-врем. по-собія:		По дѣ-ламъ Уп-равл. и за хранение % бумагамъ:		Перехо-дящія суммы:		% бумагами:		Наличными деньгами:		% бумагами:		Всего		Можетъ быть из-расходо-вано:			
Рубл.	К.	Рубл.	К.	Рубл.	К.	Рубл.	К.	Рубл.	К.	Рубл.	К.	Рубл.	К.	Рубл.	К.	Рубл.	К.	Рубл.	К.	Рубл.	К.	Рубл.	К.	Рубл.	К.	Рубл.	К.	Рубл.	К.	
1	Главная . . . . .	3469	74 1/2	298850	12093	12 1/2	11376	41 1/4	—	—	—	4000	17873	76	2446	16	3695	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	Архангельская . . . . .	902	64	6500	70	—	274	71	—	—	—	—	300	—	7	57	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	Владимирская . . . . .	1139	12 1/2	18700	760	—	720	87	—	—	—	—	770	40	34	57	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	Вологодская . . . . .	991	83	3000	420	—	158	38	—	—	—	—	150	—	6	31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	Волынская . . . . .	1033	49 1/2	4700	450	—	226	40	—	—	—	—	425	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Воронежская . . . . .	1211	33	8000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	Енисейская . . . . .	461	32	11400	190	—	380	—	—	—	—	—	275	—	7	34	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	Западно-Сибирская . . . . .	1077	61	11500	370	—	473	95	—	—	—	—	475	50	11	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	Кавказская (при Главной) . . . . .	185	33	13300	120	—	508	52	—	—	—	—	370	—	12	46	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	Казанская . . . . .	821	49	16500	1450	—	657	66	—	—	—	—	1375	—	23	23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	Калужская . . . . .	519	—	10300	190	—	415	1	—	—	—	—	300	—	29	79	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12	Кіевская . . . . .	751	2	20500	1140	—	800	33	—	—	—	—	1075	—	13	51	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	Курская . . . . .	1056	40	10200	330	—	409	42	—	—	—	—	515	—	31	26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	Линская . . . . .	177	84 1/2	7200	130	—	278	25 1/2	—	—	—	—	277	50	3	70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Московская . . . . .	2008	58	77700	3220	—	2976	35	—	—	—	—	3695	—	84	84	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16	Нижегородская . . . . .	312	17	6000	430	—	231	96	—	—	—	—	150	—	6	90	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	Одесская . . . . .	539	91	2000	420	—	90	95	—	—	—	—	375	—	2	55	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18	Оренбургская . . . . .	78	4	—	140	—	—	—	—	—	—	—	277	50	3	70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	Орловская . . . . .	1144	46	7200	130	—	273	—	—	—	—	—	308	32	12	70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20	Пермская . . . . .	3861	71	12600	810	—	19	—	—	—	—	—	550	—	16	75	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21	Псковская . . . . .	176	51	6900	70	—	262	55	—	—	—	—	200	—	6	38	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22	Ростовская на Дону . . . . .	654	57	3600	130	—	150	8	—	—	—	—	225	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23	Самарская . . . . .	552	38	13600	650	—	433	45	—	—	—	—	400	—	15	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24	Саратовская . . . . .	918	3	5400	390	—	177	59	—	—	—	—	450	—	6	75	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25	Таврическая . . . . .	329	34	9400	190	—	368	41	—	—	—	—	361	67	17	70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
26	Тамбовская . . . . .	728	37	1000	310	—	55	36	—	—	—	—	225	—	1	26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
27	Томская . . . . .	746	62	—	490	14	36	75	—	—	—	—	—	—	5	60	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
28	Тульская (при Главной) . . . . .	436	—	7450	290	—	283	10	—	—	—	—	425	—	14	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
29	Тульская (при Главной) . . . . .	390	31	17700	290	—	672	60	—	—	—	—	475	—	67	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30	Харьковская . . . . .	2056	21	25800	1170	—	1025	58	—	—	—	—	1162	52	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
31	Херсонская . . . . .	234	9	2500	190	—	132	6	—	—	—	—	187	50	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

ВЪ ТОМЪ ЧИСЛѢ:

ИТОГО

Капиталь	имени А. Г. Ватлина (при Главной Кассѣ)	142	90	4650	—	—	176	70	—	—	100	—	—	—	—	—	120
»	Куманинскихъ (при Московскѣй Кассѣ)	273	58	12100	—	—	463	60	—	—	1400	—	—	—	—	—	—
»	засл. проф. И. Н. Новикова (при Московск. Кассѣ)	227	72	10700	—	—	411	35	—	—	500	—	—	—	—	—	—
»	имени Ф. А. Геродуштейна (при Москов. Кассѣ)	237	92	5200	—	—	201	40	—	—	400	—	—	—	—	—	—
»	на канцелярскіе расходы (при Москов. Кассѣ)	85	75	1000	—	—	38	95	—	—	100	—	—	—	—	—	—
<b>К Р О М Ъ   Т О Г О :</b>																	
	при Главной Кассѣ:																
Капиталь	В. А. Чистовича . . . . .	230	55	17000	—	—	595	—	—	—	100	—	—	—	—	—	—
»	Е. Н. Чистовича . . . . .	178	11 1/2	40100	—	—	1432	55	—	—	900	—	—	—	—	—	—
»	имени В. А. Манассеина . . . . .	1209	77 1/2	19250	—	—	773	77 1/2	—	—	1200	—	—	—	—	—	—
Сумма для стипендій при капит.	В. А. Манассеина . . . . .	14	69 1/2	850	—	—	32	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Капиталь	Пироговскій . . . . .	5	87	6000	—	—	210	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
»	имени проф. Э. Э. Эйхвальда . . . . .	27	13	400	—	—	15	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—
»	въ память врача Ю. В. Иванова . . . . .	28	61 1/2	650	—	—	24	70	—	—	—	—	—	—	—	—	—
»	врачей выпуска 1873 г. (М.-Х. Акад.) . . . . .	54	10 1/2	1200	—	—	56	5	—	—	300	—	—	—	—	—	—
»	въ память 100-лѣтія В.-Мед. Акад. . . . .	29	57 1/2	50	—	—	1	90	—	—	—	—	—	—	—	—	—

ВЪ ТОМЪ ТОГО:

при Главной Кассѣ:

Капиталь. имени А. Г. Ватлина (при Главной Кассѣ) . . . . .	230	55	17000	—	—	595	—	—	—	100	—	—	—	—	—	—	—
Капиталь. имени Е. Н. Чистовича . . . . .	178	11 1/2	40100	—	—	1432	55	—	—	900	—	—	—	—	—	—	—
Капиталь. имени Е. Н. Чистовича . . . . .	1209	77 1/2	19250	—	—	773	77 1/2	—	—	1200	—	—	—	—	—	—	—
Капиталь. имени Е. Н. Чистовича . . . . .	14	69 1/2	850	—	—	74	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Капиталь. имени Е. Н. Чистовича . . . . .	5	87	6000	—	—	210	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Капиталь. имени Е. Н. Чистовича . . . . .	27	13	400	—	—	15	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Капиталь. имени Е. Н. Чистовича . . . . .	28	61 1/2	650	—	—	24	70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Капиталь. имени Е. Н. Чистовича . . . . .	54	10 1/2	1200	—	—	56	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Капиталь. имени Е. Н. Чистовича . . . . .	29	57 1/2	50	—	—	1	90	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Примечанія: Въ мѣсяцѣхъ Кассѣхъ остальныхъ: а) 118 р. 56 к., б) 290 р. 57 к.; г) 3 единорядовыхъ взноса по 250 р. отъ А. В. Везукадинова, А. О. Петропавловскаго и Ф. Ф. Павловскаго.

Составъ Комитетовъ Вспомогательной Медицинской Кассы въ 1904 году:

№.	Комитеты:	Председатели:	Помощники пред- дателя:	Казначей:	Секретари:	Члены:
1	Главный:	Кудринъ Влади- миръ Сергѣевичъ.	Чистовичъ Ни- колай Яковл.	Штромъ Виль- гельмъ Фед.	Вовнянъ Михаилъ Георгиевичъ.	Заболотскій А. П. Нижегородц. М. Н. Трояновъ А. А. Шадловскій С. В.
2	Архангельскій:	Космовскій Юли- анъ Александр.		Месодіевъ Николай Владиміровичъ.		
3	Владимірскій:	Овчининскій Вла- диміръ Никол.		Смирновъ Ал-др. Вас.	Фаворскій Евге- ній Иван.	
4	Вологодскій:	Горталовъ Сер- гѣй Федоровичъ.	Сухорскій Ни- колай Викент.	Пирошковъ Лео- нидъ Никитичъ.	Проскуряковъ Владиміръ Ник.	Авринскій А. А. Важеновъ В. А. Грабовскій Ю. В. Якубовъ Н. И.
5	Волинскій:	Брунсъ Григорій Федоровичъ.	Андзевлевичъ Тео- филь Матв.	Дьяковскій Евменій Григорьевичъ.		Красновъ В. О. Ленартовичъ М. Ю. Соллогубъ І. И. Стратіевскій Л. О.
6	Воронежскій:	О т ч е т а н е д о с т а в л е н о.				
7	Енисейскій въ г. Красноярскѣ:	Кусковъ Инно- кентій Иван.		Прейнъ Андрей Павловичъ		
8	Западно-Сибирскій въ г. Омскѣ:	Соломинъ Петръ Андреевичъ.		Фокинъ Алексѣй Александр.	Ишерскій Влади- миръ Иван.	
9	Кавказскій:	Головковъ Агафангелъ Ивановичъ, заведывающій кассою.				
10	Казанскій:	Губкинъ Григо- рій Ильичъ.	Купидоновъ Ва- силій Гаврил.	Каляпинъ Иванъ Вас.	Протопоповъ Сер- гѣй Алекс.	Долговъ, В. Н. Первушинъ В. П.
11	Калужскій:	Дубенскій Иванъ Ивановичъ.	Земляновъ Вла- диміръ Ив.	Парфиановичъ Николай Афанасьевичъ.		
12	Кіевскій:	Сахновскій Вла- диміръ Никитичъ.	Сулима Ксеноф. Платон.	Савинъ Федоръ Ал-др.	Косткевичъ Алек- сандръ Ипполит.	Борнгауптъ Ф. К. Нееве Э. Н. Подръвайтъ Н. Н. Томашевскій С. П.
13	Курскій:	Долженковъ Ва- силій Ивановичъ.	Ассѣвъ Василій Иван.	Шлокеръ Герм. Леонт.		
14	Минскій:	Василевскій Фе- доръ Александр.		Георгиевскій Сергѣй Васильевичъ.		
15	Московскій:	Клинь Эрастъ Эрастовичъ.	Ложечниковъ Сер- гѣй Никол.	Константиновскій Иванъ Вас. † 9/iv 1904 г. Рейнъ Фе- доръ Ал-др.	Норейко Алек- сандръ Ник.	Березкинъ Ф. И. Варнекъ Л. Н. Рейнъ Ф. А. Ширяевъ П. А.
16	Нижегородскій:	Золотницкій Вла- диміръ Никол.	Кашенко Петръ Петр.	Полякъ Соломонъ Григ.	Агаповъ Алек- сандръ Вас.	
17	Одесскій:	Дятропговъ Петр. Никол.	Улыбышевъ Алек- сандръ Ив.	Васильевскій Николай Петровичъ.		Падалка Л. Ф. Чаушанскій А. В.
18	Оренбургскій:	Войцѣховичъ Ал. Карловичъ.		Касьяновъ Иванъ Тих. † 22/iv 1905 г.		
19	Орловскій:	Чеботаревъ Вла- диміръ Серг.		Громадъ Вильямъ Владиміровичъ.		
20	Пермскій:	Шипилинъ Петр. Павл.	Виноградовъ Ва- силій Мих.	Суслинъ Николай Николаевичъ.		
21	Псковскій:	Раухъ Корнилій Антоновичъ.		Бруттанъ Павелъ Андр. † 9/xi 1905 г.		
22	Ростовскій на Дону:	Печискій Іосифъ Матвѣевичъ.	Дубровъ Исая Яковл.	Мергель Вячесл. Конст.	Сабсовичъ Мои- сей Леонтьев.	
23	Самарскій:	Боде Юлій Кар- ловичъ.	Вертель Брони- славъ Вацл.	Щиголевъ Ко- нстант. Александр.	Клыковъ Левъ Леонтьев.	Мылицынъ В. И. Родзевичъ В. В. Уженинъ И. В. Шаровскій Н. К.
24	Саратовскій:	Романовъ Алек- сѣй Егоровичъ.		Виноградовъ Ан- дрей Андр.	Чернышевскій Конст. Алекс.	
25	Таврическій:	Боткинъ Яковъ Алекс.	Тихоновъ Сер- гѣй Ив.	Покровский Ал. Никол.	Закіевъ Артемій Давыдов.	
26	Тамбовскій:	Моллесонъ Иванъ Иван.		Сиеранскій Фе- доръ Вас.	Андреевъ Сте- панъ Павл.	Захарченко Б. Г. Коравко К. Ф.
27	Томскій:	Курловъ Михаилъ Георг.	Смирновъ Алек- сѣй Ефим.	Тимашевъ Сер- гѣй Михаил.	Закоурцевъ Ал. Ефим.	Буржинскій П. В. Делекторск. Н. И.
28	Тульскій:	Кнерцеръ Нико- лай Андр.		Андыковичъ Антонъ Григорьевичъ.		
29	Туркестанскій:	Градусовъ Евге- ній Иванов.		Батыршинъ Мухамедъ-Хонафья.		
30	Харьковскій:	Гиршманъ Лео- нардъ Леон.	Зарубинъ Иванъ Кондр. † 10/ш 1904	Дудукаловъ Ал. Иван.	Масалитиновъ Алекс. Григ.	Кузнецовъ А. Х. Рубинскій В. А. Фавръ В. Е. Цвѣлинскій А. К.
31	Херсонскій:	Зильберштейнъ Михаилъ Георг.	Синькевичъ Вл. Иван.	Лебедевъ Петръ Николаевичъ.		

# СПИСОКЪ

## участниковъ Вспомогательной Медицинской Кассы за 1904 годъ

1. <b>Абловъ</b> Влад. Ал-дров., в. в. Черниговъ. 71—96.	Главная.	<b>*Аринкинъ</b> Фед. Иннокент., з. в. въ Иркут. г. С. Усолье. 65—90.	Главная.
<b>Абраамъ</b> Пав. Людв., в. в. Благовѣщенскъ. 70—93.	—	<b>Аристовъ</b> Сергѣй Ал-дров., з. в. 70—96.	Казанская.
<b>Абрамовичъ</b> Тим. Болесл., Бакин. у. в. 58—84.	—	<b>Аристовъ</b> Никол. Павл., з. в. Вятской г. Малмыжъ. 65—91.	Главная.
<b>Абрамовичъ</b> Францъ Викент., в. въ Твер. г. 64—89.	—	<b>Ароновъ</b> Никол. Ив., переселенч. в.	Зап.-Сибирск.
<b>Абрамовичъ</b> Эмилій Ал-дров., завод. в. Глокинскъ, Якутской обл. 64—89.	—	<b>Архановъ</b> Семенъ Михѣев., в. 60—97.	Енисейская.
<b>Абрамсонъ</b> Иос. Абрам., в. 75—01.	Казанская.	<b>Арнольдъ</b> Вл. Анд. Казань. 61—87.	Главная.
<b>Абутковъ</b> Вадимъ Дм., в. Спб., Суворов., 64—90.	Главная.	<b>Арнольдъ</b> Никол. Алекс., в. въ Екатеринбургъ. 55—81.	Пермская.
<b>Авенариусъ</b> Никол. Никол., з. в. на ст. Лапы, В. ж. д. 65—91.	—	<b>Арнольдъ</b> Вас. Петр., пер. в.	Томская.
<b>Авдюковичъ</b> Ант. Григ., Тульск. г. в. 53—76.	Тульская.	80. <b>Архангельскій</b> Дмитр. Анкин., з. в. с. Усть-Цильма, Арханг. г. 67—98.	Главная.
10. <b>Авербуриъ</b> Ал-дръ Конст., в. въ Маргел. 70—93.	Главная.	<b>Архангельскій</b> Никол. Ал., о. пс. отд. г. з. б. 76—01.	Таврическая.
<b>Аврамовъ</b> Петръ Георг., в. в. Нижн.-Новг. 66—90.	—	<b>Архангельскій</b> Николай Никол., з. в. д. Карань, Подтавск. г. 62—89.	Главная.
<b>Авринскій</b> Анамас. Алексѣев., ветер. 57—84.	Вологодская.	<b>Архангельскій</b> Никол. Павл., Владим. з. в. 70—97.	Владимирская.
<b>Авровъ</b> Ив. Павл., Солтхамскій з. в. 54—84.	Пермская.	<b>Архангельскій</b> Мих. Степ., в. въ Сызр. 55—81.	Самарская.
<b>Автократовъ</b> Дмитр. Михайл. ветер. 68—95.	Казанская.	<b>Архангельскій</b> Ал-дръ Фед., з. в. Колом. у., с. Боярино, Моск. г. 62—87.	Главная.
<b>Аетократовъ</b> Федоръ Мих., з. в. изъ Перм. г. село Пышляинское. 72—97.	Главная.	<b>Архангельскій</b> Викт. Ал-др., Промз. з. в. Сиб. г.	—
<b>Аизовъ</b> Ал-дръ Васил., о. лѣчебн. Ниж. з. 67—90.	Нижегородск.	<b>Архангельскій</b> Феод. Серг., в. Тульск. В. И. 55—79.	Тульская.
<b>Аифоновъ</b> Борисъ Ник., в. 73—98.	Казанская.	<b>Архангельскій</b> Петръ Ал-др., з. в. Юрьевецъ, Костр. г.	Главная.
<b>Адамовичъ</b> Адамъ Емельян., в. въ Нижегород. г. с. Путьково. 53—76.	Главная.	<b>Архангельскій</b> Ал-дръ Петр., в. Славянской з. б.	Харьковская.
<b>Адамовъ</b> Ал-дръ Никол., в. Псковск. г. 70—95.	—	90. <b>Архангельскій</b> Павелъ Арс., вольн. пр. в. 52—76.	Главная.
20. <b>Адамсонъ</b> Федоръ Федор., 69—94.	Московская.	<b>Архиповъ</b> Ал-дръ Мих., в. в. г. Пенза. 68—96.	Херсонская.
<b>Аделгеймъ</b> Конст. Львов., вол. практ. вр. Москва. 57—94.	Саратовская.	<b>Аршаскій</b> Павелъ Моис., в. училища. 61—88.	Московская.
<b>Адлеръ</b> Францъ Франц., Камышин. з. в. 63—89.	Главная.	<b>Аскнази</b> Яковъ Моис., в. въ Москвѣ. 72—97.	Главная.
<b>Азаровъ</b> Павелъ Никол., о. Семен. в. госп. Спб. 67—93.	Минская.	<b>*Астафьевскій</b> Павелъ Петр., в. г. Пенза. 45—73.	Херсонская.
<b>Айзенштадтъ</b> Миронъ Павл., о. евр. б. 59—85.	Главная.	<b>Астраханъ</b> Гершъ Давыдов. школьн. вр. 72—99.	Бурская.
<b>Акимовъ</b> Вас. Марк., ветер. В. Донскаго. Ст. Преображенская. 62—88.	—	<b>Астевъ</b> Вас. Иван., о. Курск. губ. б. 61—86.	Киевская.
<b>Аксютъ</b> Лавръ Фед., зав. вр. Буды, Харьк. г. 74—99.	Главная.	<b>Афанасьевъ</b> Ал-дръ Никол., вол.-пр. вр. въ Киевѣ. 61—86.	Тульская.
<b>Александровъ</b> Влад. Вас.	—	<b>Афанасьевъ</b> Влад. Алекс., вр. Тул. ком. учил. 67—94.	Московская.
<b>Александровскій</b> Иванъ Вас., сан. в. 61—90.	Одесская.	<b>*Афанасьевъ</b> Никол. Никол., вр. дома приврѣтн. 56—81.	Главная.
<b>Александровъ</b> Ал-дръ Ал-др. земск. вр. 71—02.	Московская.	100. <b>*Афанасьевъ</b> Вячесл. Алексѣев., проф. Юрьев. у. Лифляндской губ. 59—82.	Орловская.
30. <b>Александровъ</b> Федоръ Алекс., д. Моск. у. 54—79.	Московская.	<b>Афанасьевъ</b> Вас. Фед., о. губ. зем. б-цы.	Московская.
<b>*Алексѣевъ</b> Никол. Никол., ст. в. б. св. Влад. 56—80.	Главная.	<b>Азмѣтѣевъ</b> Мих. Влад., о. дѣтск. б. 70—98.	—
<b>Алексѣевъ</b> Мих. Тимоф., в. в. Харьковъ. 71—96.	Владимирская.	<b>Авинскій</b> Ник. Платон., о. 2 гор. Моск. б. 52—76.	Кавказская.
<b>Алексѣевъ</b> Андрей Никол., Вязников. з. в. 62—89.	Главная.	<b>Бабаловъ</b> Гавриилъ Давид., с. вр. Карской обл.	Главная.
<b>*Алексѣевъ</b> Маркіанъ Иван., Хопер. з. в. Стан. Усть-Медвѣдницкая, Обл. В. Д. 53—79.	—	<b>Бабиковъ</b> (Бабигинъ) Агапъ Карабет., в. Дал. Вост. 75—01.	Главная.
<b>Алексѣевъ</b> Никол. Вас., з. в. Моск. г., д. Назарьево. 73—98.	Московская.	<b>Бабскій</b> Каз. Кар., с. Ляхновка, Полт. г. 70—96.	Казанская.
<b>Алексѣевъ</b> Ник. Ник., гл. вр. Мороз. д. б. 67—93.	Московская.	<b>Бабушкинъ</b> Петръ Иван., з. в. 65—96.	Главная.
<b>Алексѣевъ</b> Дм. Алексѣев. в. 66—94.	Главная.	<b>Байрицовъ</b> Ник. Доримед., Темниковъ, Тамбов. губ.	—
<b>Алексѣевъ</b> А., уч. вр. Вост.-Кит. ж. д. 59—87.	Кавказская.	<b>Байрянскій</b> Петръ Ал-др., Кемь, Арханг. губ. 56—81.	Вологодская.
<b>Алихановъ</b> Степ. Иосиф., с. в. въ г. Баку. 51—79.	Казанская.	110. <b>Баженовъ</b> Викторъ Ал-дров., Вологда. 63—88.	Главная.
40. <b>Алазовъ</b> Серг. Никол. вет. вр. 73—03.	Главная.	<b>*Баженовъ</b> Николай Конст., земск. вр. Екатеринбургскаго уѣзда, Перм. губ. Пожизнен. внось. 67—93.	Главная.
<b>Алаевъ</b> Конст. Ив., в. Ниж. г. с. Сормово. 72—01.	Харьковская.	<b>*Байдиковъ</b> Ал-сѣй Мих., с. Каменный Яръ, Астраханской губ. 38—62.	Главная.
<b>Алферовъ</b> Левъ Роман., Сум. з. в. 60—87.	Одесская.	<b>Байчеръ</b> Иосифъ Никол., з. в. 65—93.	Курская.
<b>Алферовъ</b> Сергѣй Роман., в. в. 64—89.	Казанская.	<b>Балашиха</b> Андр. Мих., вр. пр. покоя. 77—03.	Московская.
<b>*Алферьевъ</b> Никол. Павл., Спасскій у. в. 54—84.	—	<b>Балковецъ</b> Степ. Варфолом., с. в. Минск. г. Метажъ. 67—93.	Главная.
<b>Альбинскій</b> Николай Андреев., ветер. 75—02.	Главная.	<b>Бальсисъ</b> Ант. Осип., Суджанск. з. в. 49—76.	Харьковская.
<b>Альбовъ</b> Никол. Павл., з. в. Кинешма Костр. г. 58—87.	Саратовская.	<b>Банинъ</b> Серг. Дмитр., Покровск. з. в. 65—93.	Владимирская.
<b>Альманъ</b> Бор. Дм., орд. Ал. б. въ Саратовѣ. 78—04.	Киевская.	<b>Барабоскинъ</b> Вас. Серг., ж. в. 71—96.	Московская.
<b>Альмуллеръ</b> Евгений Иван., Новг. 67—94.	Главная.	120. <b>Баранниковъ</b> Ив. Адрианов., доц. Хар. Унив. 57—86.	Харьковская.
<b>Альшуллеръ</b> Исаакъ Наум., з. в. г. Ялта. 70—94.	Владимирская.	<b>*Бари</b> Адольфъ Эдуард., д-ръ въ Спб. В. О. 5 л. 60. 70—93.	Главная.
50. <b>Алявдинъ</b> Пав. Алексѣев., Ив.-Возн. г. в. 57—80.	Главная.	<b>Барановъ</b> Никол. Ив. ст. в. Киев. тюр. 62—88.	Киевская.
<b>Алявдинъ</b> Фед. Ив., в. въ Пензѣ.	Саратовская.	<b>Барановскій</b> Ал-дръ Яковъ, Витеб. г. с. в. г. Велижъ.	Вологодская.
<b>Алямскій</b> Матв. Иван., вет. Баланды. 71—94.	—	<b>Барковъ</b> Ник. Ал-др., з. в. Кадник. у. 66—95.	Главная.
<b>Амстердамскій</b> Алексѣй Вас., в. въ Спб. Невскій. 104. 66—87.	Главная.	<b>Барскій</b> Пав. Ник., Сухумъ-Кале, Кутаиской губ. 53—79.	—
<b>Амилейко</b> Иванъ Петр., в. Спб. ж. д. 66—96.	Томск.	<b>Барскій</b> Николъ Аббоничъ, в. въ Екатеринославѣ. 66—93.	—
<b>Амзлѣвичъ</b> Теофила Матв., отст. в. в. 32—56.	Волынская.	<b>Барашъ</b> Ал-дръ Петр., Васильсурскъ, Нижегород. губ. 60—85.	Нижегородск.
<b>Андреевъ</b> Евгений Ив., 55—84.	Главная.	<b>Бартошевичъ</b> Петръ Иосиф., в. Спб. Екатерининскій кан. 74.	Главная.
<b>Андреевъ</b> Никол. Порфир., в. в. Спб. Можайск., 35. 61—95.	—	<b>Барышевъ</b> Ал-др. Вас. з. в. Устюжск. у. 75—02.	Вологодская.
<b>Андреевъ</b> Степ. Павл., о. Тамб. пе. лѣч. 57—85.	Тамбовская.	<b>Батлажанъ</b> Абрамъ-Гершъ Агтеров., вольн. пр. вр.	Херсонская.
<b>Андроновъ</b> Павелъ Васильев., в. в. 71—95.	Главная.	<b>Батяринъ</b> Мухамедъ Алюковичъ, в. 33—57.	Туркестанская.
60. <b>Андрущенко</b> Алексѣй Вас., в. въ Херсонск. г. с. Устиновка, Херс. г. 69—95.	—	<b>*Байковъ</b> Васил. Фролов., Самар. з. вр. 60—85.	Самарская.
<b>Анерикъ</b> Валер. Фад., в. Моск. ж. д. 52—81.	Московская.	<b>Бедринъ</b> Ал-дръ Ал-дров., Макарьевск. з. в. 68—85.	Казанская.
<b>Аничковъ-Платоновъ</b> Ев. Ив., в. в. въ Рев. 58—83.	Главная.	<b>Безузовъ</b> Мих. Григ., Дмитріевскій з. в. 50—75.	Курская.
<b>Аносовъ</b> Ник. Петр., зав. вр. 76—02.	Московская.	<b>*Безукладниковъ</b> Ал-др. Вас., Софійская, Синод. г. 56—87.	Главная.
<b>Аннинскій</b> Степ. Мих., ж. в. 51—76.	Московская.	<b>*Безсоновъ</b> Влад. Евгр., земск. вр. Перм. у. 54—70.	Пермская.
<b>*Антощенко</b> Ал-дръ Федор., отст. в. в. 44—67.	Главная.	<b>Бейнаръ</b> Карлъ Андр., Тульск. з. в. 69—93.	Тульская.
<b>Антоновскій</b> Ив. Филим., з. в. Подтавск. г., село Брунодеринцы. 62—86.	—	<b>Бекетовъ</b> Ал-дръ Владим., орд. Медвѣдн. болн.	Московская.
<b>Антоновъ</b> Никол. Вас., Прибит. з. в. 58—83.	Саратовская.	<b>Бекинъ</b> Алексѣй Гавриловичъ, младш. вр. пограничн. стражи Заамурскаго Округа. 75—04.	Главная.
<b>Антоновъ</b> Н. Н. Спб. 78—04.	—		
<b>Антонманъ</b> Осипъ Вас., о. пенх. л. 49—90.	—		
70. <b>*Аристовъ</b> Дм. Ив., Камыш. з. в. Кузнецк., Саратовск. г. 54—82.	Главная.		
<b>Аржанниковъ</b> Ник. Мих., з. в. 61—88.	Московская.		

Примѣчаніе 1. Въѣздомую обозначены пожизненные участники, вносящіе одновременно 200 руб. и болѣе.

Примѣчаніе 2. Числа послѣ фамилій, имени и отчества означаютъ годъ рожденія и годъ окончанія курса мед. наукъ, напр.: 71—96 означаютъ — род. въ 1871 г., ок. курсъ мед. наукъ въ 1896 г.





# СПИСОКЪ

## участниковъ Вспомогательной Медицинской Кассы за 1904 годъ

1. <b>Абловъ</b> Влад. Ал-дров., в. в. Черниговъ. 71—96.	Главная.	* <b>Аринкинъ</b> Фед. Иннокент., з. в. въ Иркут. г. С. Усолъе. 65—90.	Главная.
<b>Абрамъ</b> Пав. Людв., в. в. Благовѣщенскъ. 70—93.	—	<b>Аристовъ</b> Сергѣй Ал-дров., з. в. 70—96.	Казанская.
<b>Абрамовичъ</b> Тим. Болеса., Бакан. у. в. 58—84.	—	<b>Аристовъ</b> Никол. Павл., з. в. Вятской г. Малинжъ. 65—91.	Главная.
<b>Абрамовичъ</b> Францъ Виконт., в. въ Твер. г. 64—89.	—	<b>Ароновъ</b> Никол. Ив., переселенч. в.	Зап.-Сибирск.
<b>Абрамовичъ</b> Эмилій Ал-дров., завод. в. Глокинскъ, Якутской обл. 64—89.	—	<b>Аркановъ</b> Семенъ Михѣев., в. 60—97.	Енисейская.
<b>Абрамсонъ</b> Иос. Абрам., в. 75—01.	Казанская.	<b>Арнольдъ</b> Вл. Анд. Казань. 61—87.	Главная.
<b>Абутковъ</b> Вадимъ Дм., в. Сиб., Суворов., 64—90.	Главная.	<b>Арнольдъ</b> Никол. Алекс., в. въ Екатеринбург. 55—81.	Пермская.
<b>Авенариусъ</b> Никол. Никол., з. в. на ст. Лапы, В. ж. д. 65—91.	—	<b>Арнольдъ</b> Вас. Петр., пор. в.	Томская.
<b>Авдюковичъ</b> Ант. Григ., Тульск. г. в. 53—76.	Тульская.	80. <b>Архангельскій</b> Дмитр. Анкинд., з. в. с. Усть-Цыльма, Арханг. г. 67—98.	Главная.
10. <b>Авербуриъ</b> Ал-дръ Конст., в. въ Маргел. 70—93.	Главная.	<b>Архангельскій</b> Никол. Ал., о. пс. отд. г. з. б. 76—01.	Таврическая.
<b>Аврамовъ</b> Петръ Георг., в. в. Нижн.-Новг. 66—90.	—	<b>Архангельскій</b> Николай Никол., з. в. д. Карань, Полтавск. г. 62—89.	Главная.
<b>Аверинскій</b> Анастас. Алексѣев., ветер. 57—84.	Вологодская.	<b>Архангельскій</b> Никол. Павл., Владим. з. в. 70—97.	Владимирская.
<b>Авровъ</b> Ив. Павл., Соликамскій з. в. 54—84.	Пермская.	<b>Архангельскій</b> Мих. Степ., в. въ Сызр. 55—81.	Самарская.
<b>Автократовъ</b> Дмитр. Михайл. ветер. 68—95.	Казанская.	<b>Архангельскій</b> Ал-дръ Фед., з. в. Колом. у., с. Боярино, Моск. г. 62—87.	Главная.
<b>Автократовъ</b> Федоръ Мих., з. в. изъ Перм. г. село Пышгинское. 72—97.	Главная.	<b>Архангельскій</b> Викт. Ал-др., Промз. з. в. Симб. г.	—
<b>Агаповъ</b> Ал-дръ Васил., о. дѣлчбн Ниж. з. 67—90.	Нижегородск.	<b>Архангельскій</b> Феод. Серг., п. Тульск. В. И. 55—79.	Тульская.
<b>Агафоновъ</b> Борисъ Ник., в. 73—98.	Казанская.	<b>Архангельскій</b> Петръ Ал-др., в. в. Юрьевецъ, Костр. г.	Главная.
<b>Адамовичъ</b> Адамъ Емельян., в. въ Нижегород. г. с. Путьково. 53—76.	Главная.	<b>Архангельскій</b> Ал-дръ Петр., в. Славянской з. б.	Харьковская.
<b>Адамовъ</b> Ал-дръ Никол., в. Псковск. г. 70—95.	—	<b>Архангельскій</b> Павелъ Арс., вольн. пр. вр. 52—76.	Московская.
20. <b>Адамсонъ</b> Федоръ Федор., 69—94.	—	<b>Архиповъ</b> Ал-дръ Мих., в. в. г. Пенза. 68—96.	Главная.
<b>Аделеймиъ</b> Конст. Львов., вол. практ. вр. Москва. 57—94.	Московская.	<b>Аршавскій</b> Павелъ Моис., в. училища. 61—88.	Херсонская.
<b>Адлеръ</b> Францъ Франц., Камышин. з. в. 63—89.	Саратовская.	<b>Аркази</b> Яковъ Моис., в. въ Москвѣ. 72—97.	Московская.
<b>Азаровъ</b> Павелъ Никол., о. Семен. в. госп. Сиб. 67—93.	Главная.	* <b>Асташевскій</b> Павелъ Петр., в. г. Пенза. 45—73.	Главная.
<b>Айзенштадтъ</b> Миронъ Павл., о. евр. б. 59—85.	Минская.	<b>Астраханъ</b> Гершъ Давыдов. школьн. вр. 72—99.	Херсонская.
<b>Акимовъ</b> Вас. Марк., ветер. В. Донскаго. Ст. Преображенская. 62—88.	Главная.	<b>Асневъ</b> Вас. Иван., о. Курск. губ. б. 61—86.	Курская.
<b>Аксютъ</b> Лавръ Фед., зав. вр. Буди, Харьк. г. 74—99.	—	<b>Афанасьевъ</b> Ал-дръ Никол., вол.-пр. вр. въ Кіевѣ. 61—86.	Кіевская.
<b>Александровъ</b> Влад. Вас.	—	<b>Афанасьевъ</b> Влад. Алекс., вр. Тул. ком. учил. 67—94.	Тульская.
<b>Александровскій</b> Иванъ Вас., сан. в. 61—90.	Одесская.	* <b>Афанасьевъ</b> Никол. Никол., вр. дома призрѣнія. 56—81.	Московская.
<b>Александровъ</b> Ал-дръ Ал-др. земск. вр. 71—02.	Московская.	100. * <b>Афанасьевъ</b> Вячесл. Алексѣев., проф. Юрьев. у. Лифляндской губ. 59—82.	Главная.
<b>Александровъ</b> Федоръ Алекс., д. Моск. у. 54—79.	Московская.	<b>Афанасьевъ</b> Вас. Фед., о. губ. зем. б-цы.	Орловская.
* <b>Алексѣевъ</b> Никол. Никол., ст. в. б. св. Влад. 56—80.	—	<b>Ахметъ</b> Мих. Влад., о. дѣтск. б. 70—98.	Московская.
<b>Алексѣевъ</b> Мих. Тимоф., в. в. Харьковъ. 71—96.	Главная.	<b>Ачинскій</b> Ник. Платон., о. 2 гор. Моск. б. 52—76.	—
<b>Алексѣевъ</b> Андрей Никол., Вязников. з. в. 62—89.	Владимирская.	<b>Бабаловъ</b> Гаврилъ Давыд., с. вр. Карской обл.	Кавказская.
<b>Алексѣевъ</b> Маркіанъ Иван., Хопер. з. в. Стан. Усть-Медвѣдская, Обл. В. Д. 53—79.	Главная.	<b>Бабиковъ</b> (Бабитинъ) Агапъ Карабет., в. Дал. Вост. 75—01.	Главная.
<b>Алексѣевъ</b> Никол. Вас., з. в. Моск. г., д. Назарьево. 73—98.	—	<b>Бабскій</b> Каз. Кар., с. Ляхновка, Полт. г. 70—96.	Главная.
<b>Алексѣевъ</b> Ник. Ник., гл. вр. Мороз. д. б. 67—93.	Московская.	<b>Бабушкинъ</b> Петръ Иван., з. в. 65—96.	Казанская.
<b>Алексѣевъ</b> Дм. Алексѣев., в. 66—94.	Московская.	<b>Байрецовъ</b> Ник. Доримед., Техниковъ, Тамбов. губ.	Главная.
<b>Алексѣевъ</b> А., уч. вр. Вост.-Кит. ж. д. 59—87.	Главная.	<b>Байрянский</b> Петръ Ал-др., Кемь, Арханг. губ. 56—81.	—
<b>Алексѣевъ</b> А., уч. вр. Вост.-Кит. ж. д. 59—87.	Кавказская.	110. <b>Баженовъ</b> Викторъ Ал-дров., Вологда. 63—88.	Вологодская.
<b>Алексѣевъ</b> Степ. Иосиф., с. в. въ г. Баку. 51—79.	Казанская.	* <b>Баженовъ</b> Николай Конст., земск. вр. Екатеринбургскаго уѣзда, Перм. губ. Пожизнен. вѣнств. 67—93.	Главная.
40. <b>Алмазовъ</b> Серг. Никол. вет. вр. 73—03.	Главная.	* <b>Байдиковъ</b> Ал-сѣй Мих., с. Каменный Яръ, Астраханской губ. 38—62.	Главная.
<b>Аловъ</b> Конст. Ив., в. Ниж. г. с. Сорново. 72—01.	Харьковская.	<b>Байчеръ</b> Иосифъ Никол., з. в. 65—93.	Курская.
<b>Алферовъ</b> Левъ Роман., Сум. з. в. 60—87.	Одесская.	<b>Балашовъ</b> Андр. Мих., вр. пр. покоя. 77—03.	Московская.
<b>Алферовъ</b> Сергѣй Роман., в. в. 64—89.	Казанская.	<b>Балковецъ</b> Степ. Варфолом., с. в. Минск. г. Мстѣжъ. 67—93.	Главная.
* <b>Алферьевъ</b> Никол. Павл., Спасскій у. в. 54—84.	—	<b>Бальсисъ</b> Ант. Осип., Суджанск. з. в. 49—76.	Харьковская.
<b>Альбинскій</b> Николай Андреев., ветер. 75—02.	Главная.	<b>Банинъ</b> Серг. Дмитр., Покровск. з. в. 65—93.	Владимирская.
<b>Альбовъ</b> Никол. Павл., з. в. Кинешма Костр. г. 58—87.	Саратовская.	<b>Барабоскинъ</b> Вас. Серг., ж. в. 71—96.	Московская.
<b>Альманъ</b> Бор. Дм., орд. Ал. б. въ Саратовѣ. 78—04.	Кіевская.	120. <b>Бараниковъ</b> Ив. Адрианов., доц. Хар. Унив. 57—86.	Харьковская.
<b>Альшуллеръ</b> Евгений Иван., Новг. 67—94.	Главная.	* <b>Барри</b> Адольфъ Эдуард., л-ръ въ Сиб. В. О. 5 л. 60. 70—93.	Главная.
<b>Альшуллеръ</b> Исаакъ Наум., з. в. г. Ялта. 70—94.	Владимирская.	<b>Барановъ</b> Никол. Ив. ст. в. Кіев. тюр. 62—89.	Кіевская.
50. <b>Алядинъ</b> Пав. Алексѣев., Ив.-Возн. г. в. 57—80.	Главная.	<b>Барановскій</b> Ал-дръ Яковл., Витеб. г. с. в. г. Велижъ.	Главная.
<b>Алядинъ</b> Фед. Ив., в. въ Пензѣ.	Саратовская.	<b>Барковъ</b> Ник. Ал-др., з. в. Кадник. у. 66—95.	Вологодская.
<b>Алямскій</b> Матв. Иван., вет. Баланда. 71—94.	—	<b>Барскій</b> Пав. Ник., Сухумъ-Каде, Кутаиской губ. 53—79.	Главная.
<b>Амстердамскій</b> Алексѣй Вас., в. въ Сиб. Невскій, 104. 66—87.	Главная.	<b>Барскій</b> Янкель Аббонвичъ, в. въ Екатеринбургѣ. 66—93.	—
<b>Аншлейко</b> Иванъ Петр., в. Сиб. ж. д. 66—96.	Томск.	<b>Барашъ</b> Ал-дръ Петр., Васильсурскъ, Нижегород. губ. 60—85.	Нижегородск.
<b>Андзевлевичъ</b> Теофилъ Матв., отст. в. в. 32—56.	Волынская.	<b>Бартошевичъ</b> Петръ Иосиф., в. Сиб. Екатеринбургскій кан. 74.	Главная.
<b>Андреевъ</b> Евгений Ив., 55—84.	Главная.	<b>Барышевъ</b> Ал-др. Вас. з. в. Устюжск. у. 75—02.	Вологодская.
<b>Андреевъ</b> Никол. Порфир., в. в. Сиб. Можайск., 35. 61—95.	—	<b>Батлажанъ</b> Абрамъ-Гершъ Алгеров., вольн. пр. вр. 33—57.	Херсонская.
<b>Андреевъ</b> Степ. Павл., о. Тамб. пс. дѣлч. 57—85.	Тамбовская.	* <b>Байковъ</b> Васил. Фролов., Самар. з. вр. 60—85.	Самарская.
<b>Андроповъ</b> Павелъ Васильев., в. в. 71—95.	Главная.	<b>Бедринъ</b> Ал-дръ Ал-дров., Макарьевск. з. в. 68—85.	Казанская.
<b>Андроповъ</b> Алексѣй Вас., в. въ Херсонск. г. с. Устиновка, Херс. г. 69—95.	—	<b>Безуловъ</b> Мих. Григ., Дмитріевскій з. в. 50—75.	Курская.
<b>Анерикъ</b> Валер. Фад., в. Моск. ж. д. 52—81.	Московская.	* <b>Безукладниковъ</b> Ал-др. Вас., Софійская, Смолен. г. 56—87.	Главная.
<b>Аничковъ-Платоновъ</b> Ев. Ив., в. в. въ Рев. 58—83.	Главная.	* <b>Безсоновъ</b> Влад. Евгр., земск. вр. Перм. у. 54—70.	Пермская.
<b>Аносовъ</b> Ник. Петр., зав. вр. 76—02.	Московская.	<b>Бейнаръ</b> Карлъ Андр., Тульск. з. в. 69—93.	Тульская.
<b>Аннинскій</b> Степ. Мих., ж. в. 51—76.	Московская.	<b>Бекетовъ</b> Ал-дръ Владим., орд. Медвѣдн. больн.	Московская.
* <b>Антоненко</b> Ал-дръ Федор., отст. в. в. 44—67.	Главная.	<b>Бекинъ</b> Алексѣй Гавриловичъ, младш. вр. погранич. стражи Заамурскаго Округа. 75—04.	Главная.
<b>Антоновскій</b> Ив. Филим., з. в. Полтавск. г., село Круподеринцы. 62—86.	—		
<b>Антоновъ</b> Никол. Вас., Ирибг. з. в. 58—83.	—		
<b>Антоновъ</b> Н. Н. Сиб. 78—04.	Саратовская.		
<b>Аптекманъ</b> Осипъ Вас., о. пенс. л. 49—90.	—		
70. * <b>Ариентовъ</b> Дм. Ив., Камыш. з. в. Кузнецкъ, Саратовск. г. 54—82.	Главная.		
<b>Аржаниковъ</b> Ник. Мих., з. в. 61—88.	Московская.		

Примѣчаніе 1. Въ заголовкѣ обозначены должностные участники, внесенные одновременно 200 руб. и болѣе.  
 Примѣчаніе 2. Числа послѣ фамилий, имени и отчества означаютъ годъ рожденія и годъ окончанія курса мед. наукъ, напр.: 71—96 означаютъ—род. въ 1871 г., ок. курсъ мед. наукъ въ 1896 г.

- Бехинъ Левъ Глбб., о. Яузск. б. 70—97.  
 140. Бейлина Владиміръ Исааковичъ, земск. вр. г. Демянск, Новгород. губ. 69—93.  
 Беккеръ Вячесл. Всевол., Москва. 76—99.  
 Бекъ Евг. Влад. в. в. Акша, Забайкал. обл. 65—93.  
 Бенедиктовъ Ник. Григ., в. 65—91.  
 Бернеръ Мих. Ал-др., Владивостокъ.  
 Березанцевъ Ал-дръ Павл., ж. в. Новороссійскъ.  
 Берединовъ Пав. Григ., в. Сиб. В. О. Среж. 34—60.  
 Березнеговскій Ник. Ив., ас. ил. Томск. ун. Томская.  
 Березкинъ Петръ Ив., в. главн. б-цы. 74—99.  
 Березкинъ Федоръ Ив., ст. в. Яузск. бол. 63—86.  
 150. Березскій Петръ Кузьмичъ, Псковскій з. в. 42—69.  
 Берковъ Федоръ Григ., Череповецъ, Новг. г. 65—88.  
 Берниковъ Фед. Фед., ж. в. 72—?  
 Бернштейнъ Дав. Лв., Москва. 73—97.  
 Бертенсонъ Левъ Бернар., чл. Горн. Учен. Ком. Сергѣевская, 20. 50—72.  
 Берь Борисъ Осип., в. Морск. л. въ Колпинѣ. Сиб.  
 Бетхеръ Дмитр. Алексѣев., в. дѣт. б-цы. 64—87.  
 Бибииковъ Федоръ Андр., з. в. 72—95.  
 Билимовичъ Иванъ Васил., Бѣжец. з. в. с. Чер-  
 товежское, Тверской губ. 65—93.  
 Билинскій Казим. Іоак., з. в. 62—90.  
 160. Билимовъ Ал-дръ Израилев., в. Херсонской г., с.  
 Крывой Рогъ.  
 Бирюковичъ Ив. Плат., в. 58—83.  
 Бирюковъ Митрофанъ Иван., ж. в. 55—81.  
 Бирюковъ Ив. Петр., Петерб. з. в. 58—85.  
 Бискупскій Антонъ Григор., Кострома. 70—96.  
 Благовидовъ Дм. Евграф., в. в. Владивостокъ.  
 Благовещенскій Ал-дръ Вас., Овруч. у. в. 68—93.  
 Благовещенскій Вас. Андр., в. в. 62—88.  
 Благовещенскій Ник. Фед., земскій врачъ. Вла-  
 дивостокъ. губ. 75—02.  
 Благовещенскій Серг. Федор., ветер. вр. с. Слас-  
 туха. ?—04.  
 170. Блаосклоновъ Конст. Мих., в. Пинскъ, Минской г.  
 Блажесевичъ Юліанъ Викт., в. Петровскъ, Даге-  
 станской обл. 58—86.  
 Бланкфельдъ Израиль Ханм., Череповец. з. в.  
 Новг. г. 75—00.  
 Блиндштейнъ Илья Борис., в. въ Минск. г. Ра-  
 ковъ. 66—90.  
 Блиндрейтъ Цалель Ноах., в. въ г. Рига. 67—95.  
 Блюмъ Ал-дръ Ал-дров., в. в. Владив. 72—96.  
 Блюменталь Фел. Марк., волын. прак. вр. 59—84.  
 Бобинъ Вл. Павл., в. Лѣч. Харьк. Мед. Общ. 58—81.  
 Бобинъ Павелъ Павл., сл. Большинская, обл. В. Д.  
 49—73.  
 Бобровскій-Короленко Леонар. Осип., з. в. 62—87.  
 180. Бобровъ Ив. Ив., Холмогор. у. в. 50—79.  
 Бобинъ Михаилъ Георг., д. м. Сиб. Кабинетская, 5.  
 52—76.  
 Бойдановъ Ал-дръ Іорд.  
 Бойдановъ Вас. Вас., в. в. Челябинскъ. 69—94.  
 Бойдановъ Леон. Яковл., Ростовъ. Ярослав. г. з. в.  
 50—75.  
 Бойдановъ Петръ Федор., доц. М. У. 53—80.  
 Бойдановъ-Березовскій Ив. Валер., в. 4 Турк. б.  
 Богородицкій Ал-дръ Ал-др., зем. вр. Вольскъ.  
 78—04.  
 Боголюбовъ Алексій Никол., земскій вр. 75—03.  
 190. Боголюбовскій Веніам. Павл., в. Екат. б-цы. 73—00.  
 Боголюбовскій Серг. Мих., с. в. 70—94.  
 Боголюбовскій Вас. Григор., с. в. 49—76.  
 Боголюбовскій Андрей Афан., 47—74.  
 Боголюбенскій Ник. Ив., в. 73—99.  
 Боголюбенскій Ал. Вячесл., Кадниковск. з. в. 70—96.  
 Боголюбенскій А. Евл., Ставро. с. в. 59—84.  
 Боголюбенскій Никол. Федотов., 65—93.  
 Боголюбенскій Петръ Ал-др. Александр. з. в. 57—81.  
 Богуславскій Алекс. Федор., Ковров. з. в. 49—76.  
 Богуцкій Викент. Мечислав., г. в. 76—96.  
 200. Бодѣ Юлій Карл., в. пр. вр. 45—70.  
 Бокковъ Петръ Иван., волын. прак. вр. 35—59.  
 Болбертъ Серг. Ал-др., о. Алекс. б-цы. 73—99.  
 Болдыревъ Ник. Дем., Калуга. 49—79.  
 Болдыревъ Фед. Васильевичъ, 77—03.  
 Болтуновъ Иванъ Алексѣев., зем. вр. Бузул. у.  
 68—93.  
 Бонаморскій Анатол. Васил.  
 Боневъ Эммануилъ Андр., волын. прак. Саратовъ.  
 Бондаренко Митр. Карл., Н. Бржескъ, Кѣлецкой г.  
 Бондыревъ Андр. Павл., вр. въ Москвѣ. 64—91.  
 210. Бондыревъ Мих. Павл., о. Яузской б. 56—76.  
 Бонча-Осмоловскій Борисъ Федор., старш. вр. губ.  
 земск. болън. 70—95.  
 Бористъ Андр. Георг., волын. прак. вр. 72—99.  
 Бордзиковскій Вячесл. Констан., в. в. Херсонъ.  
 Боржескъ Петръ Петр., Курск. г. з. в. 73—96.  
 Боржескъ Серг. Григ., в. в. 76—00.  
 Борисенко Ал-дръ Федор., орд. клиники. 76—04.  
 Борисовъ Григ. Иванов. 76—01.  
 Борисовъ Мих. Павл., ветер. вр. Курскъ. 55—76.

Московская.

Главная.

Таврическая.

Главная.

Оренбургская.

Главная.

—

Томская.

Московская.

—

Псковская.

Главная.

З.-Сибирск.

Главная.

—

Главная.

—

Московская.

Московская.

—

Главная.

Московская.

—

Воронжск.

Главная.

—

Волынская.

Туркестанск.

—

Томская.

Саратовская.

Главная.

—

—

—

—

—

—

—

—

—

Московская.

Харьковская.

—

Главная.

Харьковская.

Архангельск.

—

Главная.

Главная.

—

—

Московская.

Туркестанск.

—

Саратовская.

Калужская.

Калужская.

Московская.

—

Главная.

Вологодская.

—

Орловская.

Владимірская.

Владимірская.

Одесская.

Самарская.

Московская.

Казанская.

Главная.

Казанская.

—

Самарская.

Казанская.

Саратовская.

Главная.

Владимірская.

Московская.

—

Херсонская.

Московская.

Главная.

Харьковская.

Одесская.

Казанская.

Казанская.

Курская.

- Борисовъ Викторъ Васильев., в. 1 гор. б-цы. 57—82.  
 220. Борковъ Ал-дръ Петр., Бирскъ. Уфимской г. 74—99.  
 Борковский Конст. Данил., Орлов. г. в. 63—89.  
 Борнауиъ Федоръ Карл., проф. Кіев. у. 42—67.  
 Боровко Вильг. Ал-др., Сиб. Калашн. наб. 71—97.  
 Боровикъ Мих. Филипп., Ярослав. з. в. с. Великое.  
 \*Боровиковъ Тим. Демьян., о. клін. Томскъ. 65—89.  
 Боровскій Петръ Фокичъ, о. Ташк. в. госп. 63—87.  
 Бородинъ Ювеналій Іосиф., з. в. 61—87.  
 Борсукъ Ал-дръ Іосиф., ст. Курма. Могилев. г. 77—?  
 Борхсеніусъ Ник. Фед., в. в. Сиб. Нижег. 47—72.  
 230. Борчаниновъ Степанъ Афанас., Осиинскій з. в.  
 Боршоевъ Григ. Ив. з. в.  
 Борщовъ Александр. Парфеньев., зем. вр. Пермск. г.  
 с. Усть-Кышертъ. 75—02.  
 Боткинъ Яковъ Алексѣев., зав. псих. отд. губ. з.  
 Бочковъ Феофанъ Михайл., Дербентъ. 64—88.  
 Брагинъ Васил. Никит., з. в., с. Иванова, Екатер. г.  
 Бразайтисъ Іосифъ Марціан., в. Вилькомиръ, Ковен-  
 ской губ. 50—76.  
 Брантъ Вик. Дм. 72—96.  
 Брайнинъ Яковъ Макс., в. 54—81.  
 Братчиковъ Иванъ Лавр., ветер. г. Вятка.  
 240. Браунштейнъ Андр. Мих., в. 62—89.  
 Браунштейнъ Евсей Петр., доц. Хар. ун.  
 64—87.  
 Браще Адольфъ Никол., г. Варшава. 65—99.  
 Бржозовскій Антонъ Григор., Хвалынскъ з. в. Са-  
 ратовской губ. 70—95.  
 Бріо Петръ Спирид., Зубцовъ, Тверск. г. 53—79.  
 Бродскій Самуилъ Абрам., в. пр. вр. 65—91.  
 Бродовскій Бор. Макс., в. Екатеринбургъ. 56—85.  
 Бронниковъ Ал. Ал-др., Грязовецъ. з. в. 66—91.  
 Бронниковъ Ал-дръ Ник., Грязов. уѣз. з. вр. 77—02.  
 Брунсъ Григорій Федоровичъ, Волын. губ. В. И.  
 50—73.  
 250. Брускинъ Айзикъ Беров., Ярослав. з. в. Минскъ.  
 69—94.  
 Брутанъ Павелъ Андр., конс. губ. б-цы. 63—90.  
 Брухановъ Никол. Ив., в. Екатеринбургъ. 67—91.  
 Бруно Георгій Георгіев. Ассене. акушер. кл. Кіев. у.  
 67—91.  
 Брянецъ Серг. Алексѣев., в. в. Тирасполь Херс. г.  
 66—91.  
 Бубновъ Серг. Федор., проф. Моск. у. 54—81.  
 Буданцевъ Самуилъ Конст., чиновн. по кр. дѣл.  
 62—89.  
 Будзко Иванъ Иван., в. в. Оренбургъ. 68—93.  
 Бузуновъ Викт. Алексѣев., ор. Клин. 74—02.  
 Букинъ Влад. Петр., в. в. 76—01.  
 260. Букинъ Алексій Вас., волын. прак. врачъ. 73—98.  
 Булатниковъ Ал-дръ Исидоров. в. в. Двинскъ,  
 Витебской г. 70—95.  
 Булатовъ Павелъ Николаевичъ, Сиб. Невскій, 102.  
 59—82.  
 Булаковъ Владим. Венедикт., в. Бахрш. б-цы.  
 \*Булаковъ Дмитр. Афанас., Пермск. тюрем. и.  
 51—75.  
 Булченко Лаврент. Миничъ, зав. в. Харьк. губ.  
 с. Хотынъ. 70—98.  
 Булмичевъ Михаилъ Вас., Сычевка, з. в. Смоленск. г.  
 63—89.  
 Буржескій Пав. Вас. проф. Т. Ун. 58—84.  
 Буровъ Валент. Фед., ф. в. 75—00.  
 Бураковъ Вас. Мих. 64—88.  
 270. Бурцевъ Сер. Егор., в. прак. вр. 67—92.  
 Бурцевъ Ив. Арсен., Устюж. у. в. 53—82.  
 Бурцевъ Павелъ Петр., Богород. у. в. 59—84.  
 Бутенко Андр. Андр. вр. Алек. псих. б. 75—99.  
 Бутмоу Григор. Григорьев. Короч. з. в.  
 Буткевичъ Леонъ Леонов., в. въ Сиб. Дал. Вост.  
 64—92.  
 Буторинъ Ник. Мих. перес. в.  
 Бутурлинъ Ал-дръ Серг., в. въ Москвѣ.  
 Бузмакъ Петръ Иван., в. в. въ Сиб. Захарьевская.  
 71—95.  
 Буховецкій Степ. Адам., Олькушъ Келецъ. г. 63—88.  
 280. Буцевичъ Мих. Сатурн., в. въ Ковенск. г. М. Вор-  
 ня. 70—97.  
 Бушевицъ Эрнестъ Христоф., в. Видава. 71—01.  
 Бушмакинъ Ник. Дм., в. Казан. г. 75—99.  
 Бушувъ Влад. Фед., в. в. г. Кіевъ. 58—86.  
 Бушувъ Викт. Мих. Дал. Востокъ. 74—97.  
 Бушъ Викт. Мих., в. Дал. Востокъ.  
 Быковъ Конст. Вас., Земляничъ з. в. 60—86.  
 Быковъ Ал-дръ Вас., вол.-пр. вр. 76—04.  
 \*Быстровъ Аркадій Егор., Алатырь з. в. Симб. г.  
 47—75.  
 Быстрицкій Ал-дръ Вас., Богородскъ, Москов. г.  
 61—93.  
 290. Быховскій Григ. Борис., в. въ Кіевѣ. 71—89.  
 Бычковскій Леонидъ Ал-дров., Меленк. з. в. 62—98.  
 Бѣлицеръ Ал-дръ Вас., вет. Рязань. 73—99.  
 Бѣлавинъ Ив. Ив., Верхотурск. з. в. 50—77.  
 Бѣлкинъ Евген. Владим., ж. вр. 72—96.  
 Бѣловъ Вас. Вас., Овруч. г. в. 61—85.

Московская.

Главная.

Орловская.

Кіевская.

Главная.

—

—

Туркестанск.

Московская.

Главная.

Главная.

Пермская.

Казанская.

—

Главная.

Таврическая.

Саратовская.

Главная.

—

Главная.

—

Туркестанск.

Харьковская.

Главная.

—

—

Одесская.

Главная.

Вологодская.

Вологодская.

—

Волынская.

—

Главная.

Псковская.

Главная.

—

Кіевская.

—

Главная.

Московская.

—

Енисейская.

Главная.

Казанская.

Воронежская.

Московская.

—

Главная.

Главная.

Московская.

Пермская.

—

Главная.

—

Томская.

Московская.

Главная.

Московская.

Вологодская.

Тульская.

Московская.

Курская.

—

Главная.

Томская.

Главная.

—

—

—

—

—

—

—

—

—

Московская.

—

Главная.

—

Кіевская.

Владимірская.

Московская.

Пермская.

—

Волынская.





450. *Гаврилин* Ник. Вас., о. Спб. главн. л. 58—84.  
*Гайман* Никол. Федор., ст. в. Моск. ж. инст. 40—62.  
*Газе* Владим. Евгень, в. в. Дальн. Вост. 72—98.  
*Гавеский* Никол. Антон., с. Мазуровка, Подольск. г. 52—83.  
*Галазов* Влад. Степ., з. в. с. Бутре, Карач. у. 62—87.  
*Галанин* Ал-дръ Платон., в. в. 68—94.  
*Галперин* Давидъ Вас., в. Кашиневъ.  
*Галюш* Серг. Федор., вр. губ. з. Вологда. 66—91.  
*Гамбургер* Ник. Фед., з. в. Куб. области. 71—98.  
*Гамжулов* Б. А. с. Безопасное, Ставроп. г. 64—89.  
460. *Ганз* Эдуардъ Эдуард., в. Петергофъ. 70—95.  
*Гантушкин* Иванъ Борис., о. б. Инп. Александра III. 70—94.  
*Гаранин* Всев. Еф. ветер. вр. Гатчина, Соборная. 20.  
*Гарднер* Мих. Михайлов., в. прозект. м. унив. 59—83.  
*Гарин* Сергій Федор., Ставро. у. в. 68—94.  
*Гартве* Эдуардъ Эдуард., о. Семен. г. въ Сиб. В. О. 11 лн. 28. 72—98.  
*Гартман* Маврикий Август., в. 38—68.  
*Гартман* Густавъ Осип., в. въ Тулѣ. 33—60.  
*Гаръ* Георг. Лукьянов., 70—96.  
*Гаръ* Евгень. Лукичъ, в. для бѣдн. 57—81.  
470. *Гасило* Александръ Семенов., Тюмень, г. в. 56—80.  
*Гаттовский* Нв. Юсиф., в. Спб. Екатерининскій каналъ, 132. 60—87.  
*Гаузеръ* Юсифъ Петр., Рязань, з. в. 63—91.  
*Гаусманъ* Ал-дръ Эдуард., о. Киевск. кл.  
*Гайманъ* Влад. Иван., о. клин. 71—94.  
*Гайдамовичъ (Гайдисъ)* Нв. Гасп., в. в. Ташкентъ. 60—89.  
*Гедройцъ-Юраго* Владисл. Ромуальд., в. Д. В. 70—98.  
*Гедройцъ* Алексій Казанов., в. въ Двинскѣ. Витеб. г. 68—96.  
*Гейнацъ* Гр. Никол., Кирочная 34. Спб. 66—90.  
*Гейнацъ* Вл. Никол., доцентъ Мед. Ак. Кирочная 5, кв. 1. 68—91.  
480. *Гейтторъ* Дмитрій Конст., в. в. Ферг. Обл. 58—88.  
*Геликоновъ* Ник. Яковл. 77—03.  
*Геликоновъ* Серг. Яковл., з. в. 68—01.  
*Гельманъ* Ник. Ник., з. в. с. Петрокаменское, Пермской г. 77—00.  
*Генделъманъ* Яковъ Эмануил., в. пр. вр. 57—81.  
*Генель* Савел. Борис., в. 58—85.  
*Генеропитомцевъ* Серг. Никол., вр. сахарн. зав. с. Парфѣевка, Черниговск. г. 68—93.  
*Генз* Анаст. Ал-дров., д. м. въ Спб. Б. Московская, 1/3. 47—71.  
*Георгиевскій* Нв. Вас., в. Юрьев. ун. 67—95.  
*Георгиевскій* Конст. Никол., Харьковъ проф. 67—91.  
490. *Георгиевскій* Серг. Вас., Пинск. у. в. 51—78.  
*Георгиевскій* Иванъ Васильевичъ, в. Гродненской г. 54—81.  
*Герасимовъ* Нв. Герас., ветер. 75—99.  
*Герасимовъ* Никифор. Илларионов., воын. пр. вр. 71—97.  
*Герардъ* Вильг. Вильгельм., в. Политехн. И. 57—82.  
*Герекрейтс* Як. Моск., Холмъ, Любл. г. 59—87.  
*Геринъ* Илья Филипп., в. в. 55—83.  
*Германъ* Готлибъ Карл., в. Лифлянд. губ. Перновъ. 57—81.  
*Германъ* Исидоръ Семен., о. псих. б. Орловск. з. 65—94.  
*Германъ* Ал-дръ Ал-дров., в. в. Астрахань. 60—86.  
500. *Германъ* Иванъ Карловичъ, г. Порховъ, Псковской губ. 52—78.  
*Геронимусъ* Вигдаръ Израил., в. м. л. въ Т.-Х.-Шурѣ. 55—81.  
*Гинджеу* Левъ Никол., в. в. Темиръ-Ханъ-Шура. 69—94.  
*Гинжицкій* Юліанъ Ант., вол. пр. въ м. Бѣлая Церковь. 69—94.  
*Гикхель* Эмилій Иван., з. в. 67—90.  
*Гиларовъ* Мих. Дороф., земск. врачъ. 62—97.  
*Гиндлинъ* Илья Абр., з. в. 75—01.  
*Гинзбергъ* Никол. Германовичъ, общ. красн. креста въ Томскѣ.  
*Гинзбургъ* Яковъ Марк., Владимір. з. в. 62—88.  
*Гинзбургъ-Шикъ* Давидъ Григор., в. в. въ Иркутскѣ.  
510. *Гинзбургъ* Ханисъ Вульф., в. в. Новоградъ-Волынскъ. 52—80.  
*Гинзбургъ* Авраамъ Рубин., в. с. Борчалское, Тифл. г. 68—94.  
*Гиршманъ* Леонардъ Леопольд., засл. пр. Харьк. у. 39—60.  
*Гиршфельдъ* Мих. Львовичъ, Кролев. з. в. 62—86.  
*Гиршъ* Густавъ Ив., л.-хир. Е. И. В. Спб. Фонтанка 33. 29—53.  
*Глаголевъ* Ник. Петр., Клинскій з. в. 61—87.  
*Глаголевъ* Мих. Иван., Кременчугъ, з. в. 52—89.  
*Глаголевъ* Алексій Ив., з. в. 74—02.  
*Гладский* Юсифъ Ал-др., в. в.  
*Глидсманъ* Федоръ Генрих., Мелитоп. з. в. 64—91.  
Харьковская.  
Московская.  
Главная.  
Главная.  
—  
Вологодская.  
Московская.  
Главная.  
Главная.  
Московская.  
Главная.  
Московская.  
Московская.  
—  
Главная.  
Калужская.  
Тулская.  
Главная.  
Одесская.  
Главная.  
—  
—  
Киевская.  
Московская.  
Главная.  
Главная.  
—  
—  
Киевская.  
Московская.  
—  
—  
—  
Туркестанск.  
Каванская.  
Казанская.  
Главная.  
Киевская.  
Харьковская.  
Главная.  
—  
Московская.  
Главная.  
Минская.  
Главная.  
З.-Сибирская.  
Московская.  
Киевская.  
Главная.  
Главная.  
—  
Орловская.  
Главная.  
—  
Кавказск.  
Главная.  
Киевская.  
Саратовская.  
Московская.  
Харьковская.  
Томская.  
Владимірск.  
Херсонская.  
Главная.  
—  
Харьковская.  
Киевская.  
Главная.  
—  
Казанская.  
Главная.  
Харьковская.
520. *Глинскій* Гр. Гр.  
*Глинскій* Давидъ Львов., в. в. въ Сиб. Антокар-скан наб. 8. 57—82.  
*Глинчиковъ* Владимір. Игнатъев., в. в. Варшава. 78—03.  
*Глорозовъ* Ник. Петр., Горохов. у. в. 59—82.  
*Глубоковский* Вас. Никанор., 53—81.  
*Глушковъ* Никаноръ Андреев., Самара. з. в. 59—84.  
*Глушковъ* Никол. Аркадьев., з. в. 78—02.  
*Глѣбовъ* Никол. Ал-др., Волыск. з. в. 71—96.  
*Глѣсъ* Викент. Ал-др., в. въ г. Томашовъ, 62—89.  
*Говорковъ* Пав. Алексѣев., з. в. Епифанъ, Туль-ской г. 55—81.  
530. *Гонимъ* Леонидъ Вас., в. 74—01.  
*Гоиеръ* Фрид. Герм., Бѣлгор. з. в. 68—93.  
*Гожинскій* Павелъ Павл., у. в. въ г. Бѣльцы. Бесс. г. 60—86.  
*Голимонъ* Влад. Каспер., в. въ Семипалат. с. Б. Владимірское. 60—89.  
*Голіонко* Никол. Петр., з. в. 70—97.  
*Голішевскій* Евген. Исид., о. губ. гор. б-цы. 70—95.  
*Головковъ* Агафанг. Ив., в. в. 59—86.  
*Голово* Фед. Ильичъ, Рыльск. з. в. 52—82.  
*Головъ* Алексій Петр., Инсаръ, в. в. Пензенской г. 57—83.  
*Голосовъ* Екусіель Нахман., завод. в. ст. Криничная, Обл. В. Д. 70—94.  
540. *Голосовъ* Андр. Алексѣев., вр. въ Ярославль. 58—83.  
*Голубевъ* Фед. Александр., ст. в. воен. госп. 56—82.  
*Голубевъ* Порф. Григ., Д. М. 38—64.  
*Голубинъ* Серг. Мих., в. в. Звенигородка, Киевской г. 71—95.  
*Голубовъ* Петръ Вас., в. в. въ Екатеринославъ. 68—94.  
*Гольдбергъ* Максъ Леонт.  
*Гольдбергъ* Никол. Христ., в. Нижегород. Бабуш. б. 57—80.  
*Гольдбергъ* Сем. Ив., в. Спб. Женск. Мед. Ин. 73—97.  
*Гольденбергъ* Адольфъ Фабіанов., в. 74—98.  
*Гольдшардъ-Ландау* Мих. Абельев., в. пр. вр. 69—98.  
550. *Голыцъ* Станисл. Иван., в. с. Воскресенка, Екатерино-славской губ. 63—89.  
*Гольденштейнъ* Францъ Израил., зав. в. 64—93.  
*Гольдинтеръ* Вас. Петр., в. при Дамскомъ Почепит. 50—73.  
*Гонелинъ* Як. Григ., вольноопрок. вр. 59—85.  
*Гончаровъ* Дмитр. Ал-дров., Самар. з. в. 63—93.  
*Гончаровъ* Иванъ Ант., в. въ Воронежѣ. 65—93.  
*Гончаровъ* Гр. Аким, о. б-цы въ Воронежѣ. 56—81.  
*Гончаровъ* Степ. Прохор., в. на ст. Сиверск. 59—83.  
*Горбатовскій* Вацл. Ксав., г. Козловъ, Тамб. г. 62—89.  
*Гордонъ* Людвигъ Филипп., Муром. з. в. 50—77.  
560. *Гордона-Калчко* Гиршъ Лейбъ-Вульф., Владим. з. в. 64—93.  
*Горинковичъ* Георг. Ильичъ, участк. вр. м. Базалия. 64—88.  
*Горицкій* Серг. Конст., с. Курба, Ярослав. г. 59—88.  
*Горичевъ* Ал-дръ Ал-сѣев., фабр. в. 68—93.  
*Горный* Аркад. Васил., Ирбит. з. в. 68—94.  
*Городецкій* Конст. Никол., Одолевъ з. в. 70—97.  
*Городецкій* Серг. Дмитр., в. при Данил. ман. 59—84.  
*Городецкій* Вольфъ Ниссон., Бугурусъ, з. в. 68—94.  
*Городецкій* И. М., в. Баку 64—91.  
*Гороховъ* Дмитр. Егор., гл. вр. Соф. д. б. 63—86.  
570. *Горскій* Мих. Юсиф., в. С. Расховецкое, Ворон. г. 72—97.  
*Горскій* Степ. Дмитр., Бугурусъ, з. в. сл. Кинель-Черкасы, Самарск. г. 68—99.  
*Горталовъ* Владим. Фед., в. в. Ковель, Волын. г. 71—98.  
*Горталовъ* Серг. Фед., ст. вр. Волог. з. в. 62—88.  
*Гориковъ* Яковъ Павл., в. в. Ташкентъ. 68—93.  
*Горлея* Ник. Конст. о. клиники. 75—02.  
*Горянский* Тихонъ Иван., в. Сокол. б-цы. 65—96.  
*Готлибъ* Мееръ, в. въ Варшавѣ. 65—93.  
*Готманъ* Ал-дръ Митроф. Шумъ, Спб. г. 68—95.  
*Готманъ* Петръ Фед., воын. практ. вр. 52—75.  
580. *Готманъ* Евгеній Юльев., в. въ Вильнѣ. 64—91.  
*Готффридъ* Шмерко Гилевичъ, земск. вр. Ро-стовск. у. Ярослав. г. С. Ильянское-Ховенск. 66—91.  
*Гравиловскій* Никол. Павл., в. Або. 76—00.  
*Гравиловскій* Вас. Павл., г. в. въ г. Сызранъ. Симбирск. г. 64—89.  
*Грабовскій* Юсифъ Станисл. Екатеринодаръ, Куб. обл. 41—73.  
*Грабовскій* Юліанъ Виктор., о. губ. б-цы. 67—98.  
*Градуцовъ* Евг. Ив., в. 46—71.  
*Граменицкій* Ал-дръ Серг., в. Новг. г. с. Лю-банъ. 68—98.  
*Гранъ* Моисей Марк., з. с. бюро Самар. г. з. 67—93.  
*Граціановъ* Ал-дръ Алексѣев., Томскъ г. в. 65—94.  
Харьковская.  
Главная.  
Саратовская.  
Владимірск.  
Главная.  
Казанская.  
—  
Главная.  
—  
Харьковская.  
—  
Главная.  
—  
Казанская.  
Главная.  
Харьковская.  
Харьковская.  
—  
Киевская.  
—  
Казанская.  
Главная.  
Харьковская.  
Харьковская.  
—  
Киевская.  
—  
Казанская.  
Главная.  
Харьковская.





590. *Граціановъ* Ал-сій Ал-сѣевъ, Бѣлый Ключъ, Тифлис. г. 63—91.

*Граціановъ* Никол. Алек., в. Н.-Новгор. 55—80.

*Граціановъ* Ив. Вас., Княгин. з. в. С. Кетровск., Нижегород. г. 59—85.

\**Граціинскій* Флорент. Ив., Лаишевск. з. в. 57—80.

*Грбенчикова* Вас. Ильичъ, Спб. Тарасовъ пер., 7—12. 57—83.

\**Гремляцкій* Θεодос. Вас., в. гор. амб. 59—86.

*Гренъ* Фед. Карл., Самар. з. в. 74—98.

*Грѣпачевскій* Конст. Іуліан. Остроленка, Ломж. г. 80—04.

*Гретневъ* Николай Ив., сел. в.

*Грейденбергъ* Борисъ Сав., прив. доц. Харьк. ун. 57—82.

600. *Гречинскій* Вас. Пав., с. в. Енотаевка, Астрах. г. 60—86.

*Гречинкинъ* Георгій Мих., в. погр. стр. Куб. обл. 73—97.

*Грѣбневскій* Николай Вацл., в. в. 70—93.

*Грибановъ* Ник. Апол., в. Мар. б-цы въ Спб. Торговая, 18/21. 63—90.

*Грибинюкъ* Евф. Сем., в. въ Спб. Казанская, 39 54—83.

*Григоровичъ-Бирскій* Фед. Петр., в. пр. вр. 62—88.

\**Григоровъ* Θεодоръ Вас., в. 3 стр. б. 54—76.

*Григорьевъ* Павелъ Степан., з. в. 78—01.

*Григорьевъ* Ал-дръ Мих., в. в. Смотрячъ, Подол. г. 73—00.

*Григорьевъ* Ал-сій Ксенофонт., з. в. д. Львово, Тамб. г. 64—91.

610. *Григорьевъ* Евг. Павл., Серпух. з. в. 72—97.

*Гринбергъ* Гр. Моис., в. пр. вр. 59—81.

*Гринбергъ* Моис. Абрам., вол.-практ. вр. 64—91.

*Гринартенъ* М. Л. земск. вр. Староб. зем. управ. Сл. Зорикова, Харьк. г. 74—01.

*Грищенко* Ал-сій Андреев., в. 130 Херс. п. 66—94.

\**Гродецкій* Викт. Осип., в. изъ Тамб. г. 57—83.

*Гродецкій* Францъ Осип., в. изъ Сувал. г. Ковна. 63—89.

*Громанъ* Вильямъ Владим., о. Орлов. г. б. 36—70.

*Громовъ* Петръ Ив., ж. в. Сарат. г. 53—82.

*Грузевъ* Васил. Александр.

620. *Грузевъ* Викторинъ Сергѣев., проф. Казанск. ун. 66—91.

*Грузевъ* Антонъ Эвар., Нерехта, Костром. г. 76—01.

*Грушецкій* Вячесл. Петр., сан. вр. 59—83.

*Губаревъ* Ал-дръ Петр., проф. Моск. ун. 56—82.

*Губовичъ* Ал-сій Ив., ст. вр. Пермск. ж. д. 63—80.

*Губкина* Григ. Ильичъ, Казанск. В. И. 59—83.

*Гулевичъ* Эварестъ Игн., в. изъ Дагест. Обл. Гу-нибъ. 66—95.

*Гулякевичъ* Валентинъ Орестовичъ, воен. вр. Стрѣльна. 67—95.

*Гуляевъ* Флегонтъ Ив., ветерин. Бугурусланъ, Самарск. г. 57—83.

*Гуляковъ* Ив. Никол., Самарск. з. в. 56—80.

630. *Гурвичъ* Борисъ Семен., в. въ Бѣлостокъ. 59—85.

*Гурвичъ* Миронъ Самойл., в. 49—75.

*Гуринъ* Евгений Георг., в. изъ г. Кіева. 63—87.

*Гуровичъ* Аким. Аникс., волын. практ. врачъ.

\**Гусевъ* Мих. Федор., в. Тамбовской г. Елатъма. 46—71.

*Гусевъ* Павелъ Фед., Ветлуж. з. в. С. Хмѣлевцы, Костр. г. 68—96.

*Гутцайтъ* Лейба Зеликовичъ, в. 62—90.

*Гутиниковъ* Зянов. Вас., проф. Варш. ун. 57—84.

*Гутинкинъ* Савва Андр., волын.-практ. вр. въ Кіевѣ. 60—85.

*Гушнеръ* Іос. Лаз., Сх. Сергѣевка, Харьковской г.

640. *Давидовъ* Яковъ Семен., вол. пр. в. въ Перм. 58—83.

*Давыдовъ* Ал-дръ Яковл., в. 63—89.

*Давыдовъ* Ник. Фед., г. Хабаровскъ, Кіевской губ., 73—01.

*Давидъ* Владим. Фед. О. клин. Томск. У.

*Дамскій* Маркъ Владимір., о. Кіев. еврейск. б. 61—91.

*Данилевскій* Мих. Яковл., п. пр. вр. 57—82.

*Данилейко* Васил. Корнил., Кіевъ. 70—96.

*Даниловъ* Владим. Владим., в. в. въ Петергофѣ. 71—95.

*Даниловъ* Мих. Мих., в. в. въ Варшавѣ. 62—89.

*Даниловъ* Дмитр. Пшанор., окул. Туркест. в. Окр. 52—74.

650. *Даниловичъ* Мих. Осип., в. въ Астрахани. 53—87.

*Даники* Наполеонъ Амвросіев., ст. вр. Палеев. корп. Садовая, 26. 48—70.

\**Данчикъ* Ксенофонтъ Михайловичъ, старш. вр. Царскос. госп. Царское Село. 36—59.

*Дажновичъ* Ал-дръ Степан., участк. в. м. Чудновъ. 68—95.

*Даченко* Акимъ Никит., в. въ Полтавѣ. 56—82.

*Дачинскій* Иванъ Ромуальд., в. Клязъмы. 59—86.

*Дворнискій* Ив. Ив., в. в. 71—97.

*Дворнискій* Иванъ Ромуальд., в. в. Царскос. госп. Царское Село, в. под. гор. Упр. 60—85.

—

Нижегородск.

Главная.

Казанская.

Главная.

Московская.

Самарская.

Главная.

Енисейская.

Таврическая.

Главная.

Саратовская.

Кіевская.

Главная.

Кіевская.

Московская.

—

Кіевская.

Московская.

—

Главная.

—

Московская.

Харьковская.

Самарская.

Главная.

Кіевская.

Главная.

—

Орловская.

Саратовская.

Казанская.

Казанская.

Главная.

Тулъская.

Московская.

Пермская.

Казанская.

Главная.

—

Самарская.

Главная.

Рост. на Д.

Главная.

Самарская.

Главная.

—

Кіевская.

Главная.

Херсонская.

Главная.

Пермская.

Московская.

Главная.

Томская.

Кіевская.

Харьковская.

Главная.

Главная.

—

Туркестанск.

Енисейская.

Главная.

Главная.

Волынская.

Главная.

—

Московская.

Московская.

Девелъ Петръ Влад., в. в. с. Замытѣ, Тверской г. 64—93.

*Детеревъ* Иванъ Дмитр., з. в. 70—93.

660. *Де-Ленсъ* Антонъ Станисл., орд. Кир. больн.

*Делекторскій* Никол. Ив., Лаб. клин. Т. Ун. 72—97.

\**Деменковъ* Вл. Григ., ветер. 57—82.

*Демковъ* Евг. Тит., ж. в. ст. Люботичи, Харьков. г. 63—89.

*Демченко* Викторъ Платон., о. б-цы Покр. мон. 67—91.

*Демляновскій* Ник. Дмитр., Житомир. у. в. 57—85.

*Денисовъ* Ал-дръ Сергѣев., в. в. Спб. г. Петергофъ. 66—90.

*Денисовъ* Мих. Адриан., п. Харьк. В. И. 38—60.

*Денисовъ* Іосифъ Станисл., м. Рышкановка, Бессарабской г. 67—95.

*Дергунъ* Ив. Григор., в. в. изъ Умани, Кіевской г. 73—98.

670. *Дерлябинъ* Ал-дръ Поліевков., Ниж.-Новгородъ. 60—87.

*Дерюжинскій* Серг. Федор., гл. в. Голиц. б. 56—81.

*Дессинъ* Эрнестъ Вильгельмов., в. 71—96.

*Десслеръ* Фед. Мих., Зайцево, Тверс. г. 75—?

*Дестеревъ* Дм. Ал-дров., Корс. з. в., Самбирс. губ., с. Анненково. 64—87.

*Джавасовъ* Лука Антон., Тіонетск. у. в. 68—94.

*Дзьяновскій* Антонъ Андр., Одесск. з. в.

\**Дзюдолю* Конст. Франц., д. м. 42—77.

*Дзюба* Никол. Иван., Устьсымск. з. в. 69—93.

*Діаконовичъ* Ник. Пантел., Чернигов. з. в., с.



- Дорошник** Ал-дръ Конст., вр. Каз. Ур. В. Гурьев. 80—86.
- Дробный** Борися Алексѣев., о. клин. Харьк. у. 69—96.
- Дроздовскій** Пав. Игн., о. Алекс. б. въ Спб. Изм. полк., Троицк. пр. 64—89.
- Дроздовъ** Митр. Вас., в. в. Казанск., Сыръ-Дар. обл. 70—95.
- Дружининъ** Дмитр. Никол., Веневъ в. в. 63—86.
- Дружининъ** Анатол. Ал-дров., ветер. 72—98.
- Дубкинъ** Влад. Мих., в.
- Дубенскій** Семенъ Ив., Вольск., Саратовской губ. 50—75.
730. **Дубенскій** Ив. Иван., ст. в. губ. б. 54—78.
- Дубовъ** Левъ Иван., в. Донск. Обл. Азовъ. 62—88.
- Дубровинъ** Вячесл. Ал-дров., в. Казан. дор. 61—87.
- Дубровинъ** Сем. Павл., з. в. 71—97.
- Дуброво** Вас. Ив., Ковр. з. в. 60—84.
- Дубровъ** Ис. Яковл., в. 57—83.
- Дубровский** Мих. Никол., Ефремов. з. в. 63—89.
- Дубяко** Евг. Мих., с. Колчаново, Новолд. у. Спб. г. 64—93.
- Дудинъ** Ив. Серг., вольнопрактик. врачъ. 71—97.
- Дудукаловъ** Алексѣй Ив., засл. проф. Харьк. у. 39—62.
740. **Дулько** Георг. Каспер., ст. в. 9 флот. экип. Кронштадт. 46—74.
- Дунаевъ** Ал-дръ Флегонт., Юрьев. у. в. 71—98.
- Дурасовъ** Мих. Петр., з. в. Моск. г., с. Глазово. 66—91.
- Дурмашкинъ** Морд. Пинтусов., Макарьев. з. в., с. Работки. 66—93.
- Духовскій** Ив. Ал-др. Нерехта, у. в. Костром. г. 48—72.
- Дучинскій** Ал-дръ Афанас., с. в. Подольск. г. Кузьминъ. 58—84.
- Дьяковский** Евмен. Гр., о. Житом. б. 54—81.
- Дьяконовъ** Викторъ Андр., 77—04.
- Дьяконовъ** Конст. Никол., Симф. сан. в. 57—84.
- Дьяконовъ** Петр. Ив., проф. Моск. у. 55—80.
750. **Дьячковъ** Серг. Ив., з. в. въ Самарѣ. 75—99.
- Дынинъ** Дм. Авраам., в. пр. вр. 57—81.
- Дюковъ** Евгр. Яковл., в. пр. вр. 63—86.
- Дюхусе** Юсифъ Гавр., в. въ Баку. 68—95.
- Дятлево** Ник. Мих., Тамбов. з. в. 73—97.
- Евдокимовъ** Конст. Конст. 77—02.
- Евдокимовъ** Евгр. Вас., Казанск. з. в. 57—83.
- Евмениевъ** Василій Алексѣев., сл. Ровеньки, Воронеж. г. 48—76.
- Евреиновъ** Ник. Ник., с. Воганичи, Чернигов. г. 60—86.
- Евреиновъ** Мих. Влад., в. в. Д. В. 66—93.
760. **Евсеевъ** Н. И. сельск. в. Семип. Обл. 76—02.
- Евфорицкій** Алексѣй Петр., в. в. Ровель. 62—95.
- Егоровъ** Ник. Дм., в. земли В. Д. ст. Клѣтская. 61—89.
- Егоровъ** Григ. Ник., в. въ Курскѣ. 53—80.
- Егоровъ** Иннокент. Елозар., в. в. 77—00.
- Елукновъ** Ал-дръ Андр. Аккерманъ. 77—04.
- Едмичко** Влад. Вячесл., о. Обух. б. Пески, 8 ул., 31. 68—94.
- Еленевскій** Конст. Феликс., проз. Харьк. у. 64—91.
- Елеонскій** Алексѣй Ал-др., в. в. 72—96.
- Елизаровъ** Николай Владим., Рѣжниця, у. в. Витеб. г. 62—87.
770. **Елистратовъ** Павелъ Ив., в. 64—89.
- Елцовъ** Владим. Пармен., С.-Руса, у. в. 52—78.
- Епинатевъ** Г. В. Спб. г. 67—91.
- Епифановъ** Григор. Григор., д-ръ въ Спб. Мойка, 26. 70—93.
- Еремичъ** Федоръ Михайл., Влад. з. в. 68—93.
- Ерохинъ** Ник. Игн., в. пр. вр. 77—03.
- Еришовъ** Ник. Петр., о. Кувшин. лѣч. Суздаль. Влад. г. 73—98.
- Есиповъ** Ник. Серг., Благовѣщенск. 64—90.
- Есиковъ** Владиміръ Николаевичъ, с. Знаменское, Воронеж. г. 70—96.
- Ефимовъ** Андр. Ефим., обл. в. Донск. 71—96.
780. **Ефимьевъ** Митроф. Вас., в. Хопер. Ок.
- Жабко-Рамоновичъ** Болесл. Антон. в. Вильна. 72—98.
- Жаворонковъ** Алек. Конст., Ранненбургъ, Рязан. г. 69—94.
- Жаннинъ-Перро** Никол. Антон., в. в. въ Псковѣ. 58—89.
- Жардецкій** Владим. Ал-др. з. в. 77—02.
- Жарковъ** Владим. Егор., Тамб. з. в. 73—99.
- Жбинковъ** Дм. Ник., Москва. 53—79.
- Желтоножскій** Тихонъ Митроф. пересел. в.
- Жестковъ** Вас. Иван., ст. вр. Перм. пр. для душ. б. 69—94.
- Живаго** Ал-дръ Васил., ст. о. Голци. б-цы. 60—86.
790. **Животисцевъ** Никол. Ал-дров., о. Павл. б. 57—81.
- Животисцевъ** Сем. Конст., ветерин. Орель. 59—83.
- Жилевичъ** Василій Козымишъ. Спб. г. 75—00.
- Житковъ** Евм. Васил., воен. вр. 77—03.

Главная.

Харьковская.

Главная.

Владимірск.

Главная.

Калужская.

Главная.

Московская.

Вологодская.

Владимірск.

Рост. на Д.

Владимірск.

Главная.

Тамбовская.

Харьковская.

Главная.

Владимірск.

Московская.

—

—

—

Волынская.

Казанская.

Таврическая.

Москов.

Главная.

Харьковская.

Харьковская.

—

Тамбовская.

Туркест.

Казанская.

Главная.

—

—

Зап.-Сибирск.

Главная.

—

Курская.

Самарская.

Главная.

—

Главная.

Харьковская.

Зап.-Сибирск.

Главная.

Московская.

Главная.

—

—

—

—

Московская.

Кіевская.

Главная.

—

—

—

Московск.

Главная.

—

Главная.

—

—

Казанская.

Тамбовская.

Главная.

Зап.-Сибирск.

—

Периская.

Московск.

—

Главная.

—

Зап.-Сибирск.

- Житловскій** Яковъ Монс., Кадник. в. в. 69—95.
- Жордескій** Ник. Ал-др., с. Рѣжниця, Моск. г.
- Жоховскій** Петръ Войцехов., ветер. вр. губ. зем. 68—93.
- Жудро** Михайлъ Матв. з. в. 70—96.
- Жуоро** Ник. Матв., инсп. народн. уч. 61—86.
- Жуковъ** Георгій Ефрем., военный вр. 80—04.
800. **Жуковъ** Никол. Филипп., пом. директ. В. Д.
- Жуковъ** Никол. Ал-др., ветер. г. Кузнецк. 62—99.
- Журавъ** Ал-дръ Алексѣевичъ в. Бахруш. б.
- Журавскій** Модестъ Конст., г. в. изъ Кіев. г. Васильковъ. 62—90.
- Журнакинъ** А. П. з. вр.
- Забалуевъ** Витал. Ероф. 79—03.
- Забѣлинъ** Григ. Григ., з. в. 74—97.
- Заболотскій** Алексѣй Павл., в. Спб. тюрьмы. Арсенальная, 9. 49—82.
- Заболотскій** Алек. Ник., о. Мяс. черн. б. 56—82.
- Завадскій** Сигизм. Карл., в. въ м. Щучинъ. 58—85.
810. **Загорскій** Серг. Станисл., Бузулук. г. в. 61—86.
- Загоряскій-Кисель** Вас. Павл., мор. в. Севастополь. 59—86.
- Закиевъ** Артем. Давид., о. губ. б-цы. 61—87.
- Закотилскій** Ник. Ант., Вязн. г. в. 53—82.
- Закоурцевъ** Ал-дръ Ефим., ст. в. б-цы. 06. Пр. 64—93.
- Закимъ** Мейеръ Соломон., вольн. практик. вр. 60—85.
- Залога** Анатол. Егоров., ф. в. 70—96.
- Замбржицкій** Владим. Владим., з. в. Ораніенбаумъ, Еленинская ул. 6. 69—94.
- Замятинъ** Ал-дръ Ив., Хабаровск. 73—01.
- Занченко** Пантелейм. Вас., о. Каз. кл. 76—00.
820. **Замлатинскій** Ал-дръ Ив., в. 72—00.
- Запольскій** Ал-дръ Ал-др. в. 73—02.
- Запольскій** Андр. Дмитр., с. Пигаево, Тамбов. г. 76—04.
- Зарембо** Виконт. Викент., Бобровъ, Воронеж. г. 68—94.
- Зарубинъ** Ив. Ефим., з. в. Новоузенскій. 66—89.
- Зарубинъ** Валент. Ив., доц. Харьк. Ун. 67—91.
- Зарубинъ** Ив. Кондр., засл. проф. Хар. У. 35—58.
- \*Зарудницкій** Ив. Ипполит., в. в. 62—88.
- Зархи** Израиль Самуил., в. въ Оршѣ, Могил. г. 59—83.
- Зисуховскій** Никол. Матв., в. в. 71—99.
830. **Затварницкій** Влад. Александр., в. 63—87.
- Затаревичъ** Ал-дръ Ив., военный врачъ. 70—96.
- Затгаринъ** Вульф. Михелев., в. въ Гомель. Могил. г. 63—88.
- Затарченко** Б. Г. 57—82.
- Затаровъ** Ив. Ив., в. Н.-Новгородъ. 69—93.
- Зихаревскій** Алекс. Ив., о. Каз. клин. Казань. 55—82.
- Заходеръ** Николай Борисовичъ, земск. вр.
- \*Зичекъ** Мечисл. Марк., Шлиссельб. з. в. Рабово, Спб. г. 50—72.
- Зайцевъ** Сер. Кон., Старобѣльск. з. в. сл. Марковка, Харьк. г. 71—96.
- Збаноутовъ** Семен. Лазар., в. въ Екатерин. 67—94.
840. **Зборимирскій** Эдмундъ Петровичъ. Никополь, Екат. г. 69—98.
- Зорицкій** Дм. Никол., в. 60—88.
- Зорыкинъ** Георг. Ив., в. въ Нижегород. г. Кузбейскій зав. 57—83.
- Зотржевъ** Дм. Мих., Владимір. з. в. Дубасовскій зав. 62—89.
- Зотржевъ** Алексѣй Петр., Суздаль. у. в. 60—83.
- Зельдинъ** Ал-дръ Конст., Шуйск. г. в. 59—82.
- Зельдинъ** Василій Констант. Шуя, Владим. г.
- Зеленицевъ** Никол. Алекс., Кузнецк. з. в. 55—84.
- Зиерскій** Дюнне. Никол., в. Красная Каменка, Херс. губ. 74—02.
- Здановскій** Мих. Аким., о. Тульск. б. 46—73.
850. **Зейдлицъ** Влад. Ник.. в. пр. вр. 75—03.
- Зеленецкій** Ал-дръ Михайл., в. в. Нижній Новгородъ. 68—96.
- Зеленинъ** Василій Яковл., в. тюр. губ. 68—94.
- Зеленцовъ** Ник. Антон., Каменскій з. вр. 58—86.
- Зельвинъ** Монс. Абрам., в. въ Екатеринос. г., с. Лисичанскъ. 60—86.
- Земблиновъ** Влад. Иван., ст. в. Сыръ-Вяз. ж. д. 53—76.
- Зеневичъ** Адольфъ Иос., вет. 69—95.
- Зерчениновъ** Тимоф. Никифор., о. 2 Моск. г. б. 46—72.
- Зефировъ** Павелъ Вас., в. окр. вр. 76—02.
- Зильберштейнъ** Михайлъ Леонт., в. Хер. р. уч. 40—62.
860. **Зильберманъ** Монс. Исаак., з. в. Динскъ, Витеб. г. 61—88.
- Зилинъ** Ал-дръ Никол., ас. Томск. Унив. 71—97.
- Зилинъ** Серг. Федор., в. Голци. б. 61—87.
- Зисманъ** Леонт. Соломон., в. въ Иркутскѣ. 72—96.
- Златковский** Ник. Фил., д. м. въ Спб. Бронницкая, 1. 49—74.
- Златковский** Мих. Филипп., в. в. въ Выборгѣ. 56—81.

Вологодск.

Главная.

Самарская.

Владимірск.

—

Зап.-Сибирск.

Московская.

Саратовская.

Московская.

Главная.

Казанская.

Московская.

Московская.

Главная.

Московская.

Главная.

Самарская.

Главная.

Таврическая.

Владимірская.

Томская.

Московская.

—

Главная.

Главная.

Казанская.

Главная.

Томская.

—

Главная.

—

Главная.

Самарская.

Харьковская.

—

Воронежская.

Главная.

Тульская.

Архангельск.

Зап.-Сибирск.

—

Главная.

Тамбовская.

Нижегородск.

—

Главная.

—

—

—

Харьковская.

—

Главная.

—

—

—

—

—

Владимірск.

—

—

Главная.

Саратовская.

Главная.

Тульская.

Кіевская.

Нижегородск.

Московская.

Пермская.

—

Главная.

—

Калужская.

Казанская.

—

Московская.

Томск.

—

Херсонская.

—

Главная.

Томская.

Московская.

Главная.

—

—

—

- Златотрунскій* Ал-сый Вас., в. Енис. г., с. Ново-  
село. 67—97.
- Знаменскій* Ал-дръ Павл., ф. в. въ Рязан. г. г.  
Егорьевск. 56—80.
- Знаменскій* Дм. Гр., Богучаръ, у. в. 50—78.
- Знаменскій* Серг. Ник., в. Пятигор. б-цы. 63—89.
870. *Значковский* Константинъ Георгиевичъ, вр. Спб.  
Ивановская, 15. 76—00.
- Зозулинскій* Викторъ Болесл., в. пр. вр. 71—95.
- Золотавинъ* Ник. Аванас., Петерб. г. з. в. Нарва.  
53—79.
- Золотницкій* Влад. Ник., Нижегород. г. в. 53—78.
- Золотовъ* Мих. Иван., Пермск. з. в. 52—80.
- Зосимовичъ* Павелъ Иван., Борзен. з. в. Черниг. г.,  
с. Шаповаловка. 65—93.
- Зосимовичъ* Анатол. Вас., в. писчеб. фабр., с.  
Кондрово, Калуж. губ. 73—01.
- Зотиковъ* Васил. Ал-дров., жел. дор. вр. 65—91.
- Зубакинъ* Ал-дръ Ефим., Оханск. з. в. 73—96.
- Зубаревъ* Борисъ Иван., з. в. 64—92.
880. *Зубаревъ* Георг. Сем., з. вр. 68—93.
- Зубеловичъ* Эдуардъ Антон., в. с. Глухово, Моск. г.  
71—99.
- Зубенко* Емельянъ Данилов., о. з. б. Кременчугъ.  
53—79.
- Зубовъ* Андр. Мих., в. в. въ Мервѣ. 63—89.
- Зуевъ* Констант. Иван., в. в. Спб., Гатчинская ул.,  
17. 63—88.
- Зыданичъ* Никол. Андр., в. пр. вр. 66—91.
- Ивакинъ* Андрей Гаврил., о. 2 г. болн. 66—91.
- Ивановичъ* Георгъ И., в. в. въ Житомирѣ. 65—94.
- Ивановскій* Васил. Иванов., Ростовъ, з. в. Яросл. г.  
70—96.
- Ивановскій* Серг. Вас., земск. вр. 72—99.
890. *Ивановскій* Ал-дръ Павл., пересел. в. 70—97.
- Ивановъ* Ал-сый Никол., в. д. Семеновка, Уфим-  
ской г. 74—01.
- Ивановъ* Васил. Ив., з. в. с. Романовка, Саратов. г.  
77—01.
- Ивановъ* Никол. Ив., Козьмодем. з. в. Сундырь, Ка-  
занск. г. 66—96.
- Ивановъ* Мих. Ник., вр. въ г. Гжатскѣ, Смолен. г.  
65—88.
- Ивановъ* Евг. Мих., сан. в. 58—81.
- Ивановъ* Алексѣй Ив., вр. з. бол. Зарайскѣ, Ря-  
занск. г. 61—85.
- Ивановъ* Ник. Ал-дров., о. Алафузов. б-цы. Спб.  
70—94.
- Ивановъ* Степ. Евдок., в. губ. зем. б. 68—97.
- Ивановъ* Владим. Владим., в. в. Спб. Пантелейм., 4.  
73—97.
900. *Ивановъ* Влад. Павл., в. 1 Башкар. мед. уч. Пермь.  
61—87.
- Ивановъ* Серг. Влад., в. въ Пензен. г., с. Лопяги.  
64—89.
- Ивановъ* Митроф. Ив., Сызрань, в. Симб. г. 62—89.
- Ивановъ* Иванъ Саввичъ, Костромск. пом. в. инсп.  
34—60.
- Иваницкій-Василенко* Владим. Аристар., Курс.  
з. в., с. Чернянка. 60—94.
- Иваницкій-Василенко* Мих. Аристарх., Россіены,  
Ковенск. г. 62—90.
- Иванинъ* Апол. Елисѣев., з. в. 70—97.
- Ивановичъ* Дмитр. Вониф. Бугур. з. в. 78—03.
- Ивантеевъ* Варнава Ефим., в. Меж. Ин. 59—82.
- Ивантеевъ* Никол. Алексѣев., Крапивен. г. в. 63—89.
910. *Ивантеевъ* Ал-дръ Митроф., ф. в. въ Серпуховѣ.  
Москов. г. 61—88.
- Игумновъ* Серг. Никол., с. п. Харьков. г. 64—89.
- Ижевскій* Ал. Петр., Кинешем. а. в. Адищево,  
Кост. г. 60—95.
- Ижницкій-Германъ* Юма Фад. Камышловъ, Перм-  
ской губ. 70—98.
- Изачикъ* Мих. Борис. в. в. Москва. 68—91.
- Изачикъ* Илья Семен., Спб. Знаменская, 2. 62—90.
- Израильсонъ* Исидоръ Янкел., д. м. въ Двинскѣ.  
51—80.
- Израиловъ* Влад. Гаврилов., дум. вр. въ Спб. Кано-  
нерская, 16. 57—82.
- Ильяшевичъ* Ив. Петр., в. в. Житомирѣ. 59—88.
- Ильинъ* Ал. Ал-др. 75—03.
920. *Ильинъ* Ал-дръ Стоп., в. въ Пятигорскѣ. 57—82.
- Ильинъ* Николай Терентьев., Спасскій з. в. 65—93.
- Ильинскій* Владим. Капитон., пол. пр. вр. 62—93.
- Ильинскій* Борисъ Петр., в. 75—99.
- Ильинскій* Моис. Исак. о. б-цы. 74—98.
- Исаковичъ* Моис. Исак. о. б-цы. 74—98.
- Именитовъ* Ханкель Моис., в. Полоцкѣ учит. сем.  
63—90.
- Инокренскій* Серг. Иван., ветерин. врачъ.
- Истоминъ* Петръ Павл., о. дѣт. б-цы. 72—95.
- Исцера* Матв. Фил., о. 1-й гор. б. 49—81.
- Исцера* Влад. Ив., ж. в. 73—98.
930. *Иоанисонъ* Евг. Карлов., зав. пенс. леч. Кувшинова.  
67—90.
- Ионовъ* Кузьма Ильичъ, Ананьев. з. в. 67—95.
- Ионовъ* Павелъ Павловичъ, в. 1 гор. б. 66—91.

Главная.

Харьковская.

Главная.  
Кіевская.

Главная.  
Нижегородская.  
Пермская.

Главная.

Московская.  
Главная.  
Москов.

Главная.

Туркестанск.

Главная.  
Одесская.  
Московская.  
Главная.

Московская.  
Зап.-Сибирск.

Главная.

Московская.

Главная.

Московская.

Главная.

Московская.

Московская.

Московская.

Московская.

Московская.

Московская.

Московская.

Московская.

Московская.

Московская.

Московская.

Московская.

Московская.

Московская.

Московская.

Московская.

Московская.

Московская.

Московская.

Московская.

Московская.

Московская.

- Иорданскій* Левъ Григ., Нижегород. з. в. с. Талож-  
никово. 74—99.
- Иорданскій* Н. А., город. вр. въ г. Усманя. 72—98.
- Иорданскій* Петръ Андр., з. в. Зарайскѣ, Рязан. г.  
50—74.
- Иоффе* Абрамъ Григор., з. в. 65—91.
- Кабановъ* Серг. Ал-дров., в. Харьк. г. Богодуховъ.  
70—95.
- Каблуковъ* Ал-дръ Фед., ст. в. губ. болн. 57—84.
- Кавецкій* Еяген. Леопольд., проз. з. г. б-цы. 64—90.
940. *Калай* Юсифъ Абрамов., Жыздр. з. в. 65—93.
- Калай* Самуилъ Гиршевичъ, Велижъ, Витебск. губ.  
63—89.
- Кадкинъ* Петръ Конст., в. изъ Кубанск. обл. и Го-  
рачій Ключъ. 69—83.
- Каляинъ* Ал-др. Ал-дров., Спб. Знаменская, 40.  
49—73.
- \*Кажданъ* Мих. Семен., Спб. Пушкинская, 11.  
41—69.
- \*Казановъ* Ив. Теофилакт., вол. практ. врачъ.
- \*Казанскій* Алексан. Алексѣев., о. Казалин. в. госп.  
51—79.
- Казанскій* Андр. Петр., зем. вр. 73—01.
- Казасъ* Ил. Ил., в. Симфероп. м. гимназія. 60—86.
- Каковский* Мих. Анд., о. Одесск. б-цы. 61—90.
950. *Какуринъ* Модестъ Михайлов., в. в. Нефорова,  
Полт. г. 68—92.
- Калери* Ив. Ал-дров., ж. в. 56—87.
- Калачниковъ* Яковъ Ал-др., в. въ Томскѣ. 73—00.
- Каламниковъ* Степ. Алексѣев., о. Краснояр. б.  
65—93.
- Каламниковъ* Петръ Яковл., ст. в. 1 Сан. б.  
55—82.
- Калининъ* Сем. Демьян., в. окруж. бол. 68—90.
- Калининъ* Мих. Павл., Осианск. з. в. 64—87.
- Калининковъ* Дм. Дм., въ Иркут. г.
- Калиновскій* Никол. Ив., в. в. Выборгъ. 70—94.
- Калита* Викторъ Тимов., в. Кіевъ. 67—91.
960. *Калужскій* Вас. Гр., в. въ Кіевѣ. 53—82.
- Калыпинъ* Иванъ Васильев., о. губ. з. б. цы. 72—96.
- Калменецкій* Ал-дръ Ал-дров., земск. вр. 72—00.
- Калменецкій* Конст. Людв., зав. в. Пермской губ.  
Лушевскій заводъ. 59—85.
- Каменскій* Мих. Яковл., с. в. Эриван. г. 59—85.
- Каминскій* Дав. Яковл., в. пр. вр.
- Каминскій* Юліанъ Леон., в. въ Новороссійскѣ.  
68—93.
- Камневъ* Иванъ Семен., Меленки, з. в. Владим. губ.  
62—86.
- Камневъ* Мих. Сем., в. Меленки. Влад. г. 69—95.
- Капитальный* Павелъ Семен., в. в. 67—94.
970. *Капланъ* Самуилъ Абрам., в. г. Уфа. 64—88.
- Капланъ* Фебусъ Яковл., в. г. Минскъ. 27—55.
- Капланъ* Яковъ Фебус., о. пенс. б-цы. г. Уфа.  
75—98.
- Капустинъ* А. Ф., земск. вр. Устиг. у. 72—03.
- Карабиновичъ* Владим. Опанс., м. Лысая Гора,  
Херсон. губ. 64—93.
- Караваевъ* Фед. Львов., з. в. въ г. Гдовѣ. СПб.  
58—83.
- Карагозынъ (Карахоловъ)* Григ. Иван. у. вр.  
67—95.
- Картополовъ* Ник. Ал-дров., фабр. в. Покров. у.  
60—83.
- Карсеевъ* Зин. Семен., з. в. Грязовец. у., с. Свято-  
горье, Вологод. г. 57—86.
- Карасъ* Матв. Ив., Повѣнецъ, Олон. г. 62—88.
980. *Карасикъ* Моисей Абрам., волн. практ. врачъ.  
49—77.
- Карасинскій* Генр. Станисл., Пермск. у. в. 52—77.
- Карданъ* Мих. Сем., Спб.
- Кардашевъ* Конст. Петр., в. гор. сан. ст. 72—96.
- Карелинъ* Ив. Ив., Калызинъ, Тверск. г. 72—98.
- Каринскій* Семенъ Серг., з. в. 72—97.
- Каринскій* Владим. Дмитр., Хвалынск. г. в. 65—91.
- Карлинъ* Мих. Арсен., в. Моск. Техн. уч. 35—58.
- Карповъ* Констант. Михайл., з. в. 62—86.
- Каррикъ* Георг. Андр.
990. *Карташевъ* Левъ Вас., з. в. Симбир. г. 70—00.
- Карташевъ* Никол. Инокент. ветер. 78—03.
- Карцевъ* Викт. Петр., Русская Кандарать, Сибир-  
ской г. 66—90.
- Карчагинъ* Леон. Герас., д. въ Спб. Стремляная, 2—4.  
53—74.
- Карчевскій* Влад. Сем., з. в. Харьковъ. 52—75.
- Касперскій* Леонидъ Михайл., о. Пск. губ. б. 64—89.
- Кассандровъ* Евген. Ал-дров., Сар. г. в. 65—89.
- Кастальскій* Ал. Ник., з. в. Заручевъ, Новгород-  
ской губ. 69—00.
- Касторскій* Евг. Серг., в. Казань. 70—94.
- Касьяновъ* Ив. Тих.
1000. *Кауманъ* С. Д.
- Качъ* Бор. Ал-др., г. в. Воронеж. г. Новохоперскъ.  
67—93.
- Качановскій* Ал-дръ Антон., ветер. 75—99.
- \*Качановскій* Павелъ Степанов., морской вр. 42—65.

Нижегородск.

Тамбовск.

Главная.  
Московская.

Главная.  
Таврическая.  
Самарская.  
Калужская.

Главная.

—

—

Московская.

Главная.  
Харьковская.  
Таврическая.  
Одесская.

Главная.  
Харьковская.  
Томская.

Винской.

Главная.  
Московская.  
Пермск.  
Главная.

Кіевская.  
Казанская.  
Самарская.

Главная.

Харьковская.

Главная.

—

Одесская.  
Минская.

Вологодская.

Главная.

—

Московская.

Владимирская.

Вологодская.

Самарская.  
Пермская.

Главная.  
Московская.

Главная.  
Московская.

Саратовская.  
Московская.

Главная.  
Главная.  
Казанская.  
Казанская.

Главная.

—

Оренбургск.  
Главная.

Главная.  
Волынская.  
Главная.

Качковский Петр Эразмов. доц. Киев. у. 63—90.	Киевская.	Колбасенко Ив. Ст., в. в. Баргузинъ, Забайк. обл. 57—85.	Главная.
Кашченко Петр Петр., Москва. 58—85.	Нижегородск.	Колещицкий Алексий Павл., секретарь при М. У. 57—81.	Калужская.
Кашонкинъ Андрей Матвѣев., Череповец. у. в. Новг. г. 56—81.	Главная.	Колли Владим. Ал-др., о. Мороз. б. 64—89.	Московская.
Кевличъ Станисл. Михайл., в. Тобол. г. 6-цы. Тобольскъ. 64—90.	—	Колокольниковъ Ив. Ник., ст. в. Хвалын. рез. б. 56—79.	Туркестанск.
Кедровский Васил. Ив., лабор. Москов. ун. 65—91.	Московская.	1080. Колокольниковъ Афан. Ив., Солик. з. в. 57—84.	Пермская.
Кедровъ Владим. Никол., в. в. 57—85.	Одесская.	Колоосовъ Серг. Ал-др., Пенз. г. з. в. с. Лунино 61—86.	Главная.
1010. Кейзеровъ Ник. Яковл., в. город. больн. 74—98.	Московская.	Колосовъ Георгій Алексѣев., в. во Владикавказѣ. 75—00.	—
Кемпа Борисъ Антон., вольно-практик. врачъ. 75—01.	Тамбовская.	Колосовъ Мих. Алекс. в. пр. в.	Московская.
Кенигсбергъ Иосифъ Самойлов., в. пр. вр. 59—91.	Киевская.	Колотинский Серг. Дюмид., Винница, Подол. г. 69—93.	Главная.
Керцелли Серг. Вас., ветерин. 69—94.	Главная.	Колпаковъ Ник. Андр. Гатчино, Сиб. г. 64—90.	Главная.
Керстинъ Мих. Троф., Ирбит. у. вр. 57—82.	Пермская.	Колчинъ Васил. Васил., о. зем. 6-цы. 69—96.	Самарская.
Кибардинъ Петръ Васильев., вр. гор. бол. Томск. г. Кизо Ал. Ал-др., Владим.-Вол. у. в. 44—77.	Томская.	Коль Адол. Леоп., вол. пр. врачъ. 60—83.	Московская.
Кирилково Влад. Ал-др., з. в. 74—99.	Волынская.	Коллю Степ. Ив., в. в. Выборгъ. 50—79.	Главная.
Кириковъ Никол. Никол., ассист. кл. М. Ак. Сиб. 61—85.	Московская.	Коллбакинъ Вас. Ив., в. 44—69.	Воронежск.
Кирилловъ Ал-дръ Вячесл., вол. пр. вр.	Главная.	1090. Комасевъ Ал-дръ Вас., участк. вр.	Московская.
1020. Киселевъ Вас. Ив., Екатеринбургъ. 74—03.	Московская.	Комарницкий Никол. Антон., ж. в. 53—79.	Пермская.
Киселевъ Мих. Гавр., Кунгур. у. в. 49—77.	Главная.	Комаревский Илья Васил., о. 2-ой Моск. г. б. 45—72.	Московская.
Кисель Ал-дръ Андр., ст. в. б. Св. Ольги въ Москвѣ. 59—83.	Пермская.	Комаровский Дмитр. Елеазар., 67—95.	Главная.
Кисинъ Яковъ Израил., в. въ Шкловѣ. 69—94.	Московская.	Комаровъ В. В.	—
Кистерь Павелъ Эмил., в. пр. вр. 50—71.	—	Комаровъ Ив. Яковл., Самар. з. в. 68—94.	Самарская.
Кипцевъ Фед. Яковл., орд. клнж. 75—99.	Казанская.	Комаровъ Н. К., ветер. зем. вр. Кадниковск. у. 71—97.	Вологодская.
Китерманъ Борисъ Петр., в. Сиб., Офицерская, 12. 72—96.	Главная.	Комаровъ Мих. Павл., о. Луз. б. 58—85.	Московская.
Кишукъ Евстафій Давид., в. в. 65—89.	Туркестанск.	Комаровъ Ник. Мих., ас. клнж. амбул. 63—87.	—
Клаусманъ Исаакъ Моис., у. в. Мариуполь. 54—82.	Курская.	Комаръ Антонъ Семен., Охан. з. в. 59—87.	Пермская.
Клаусманъ Иосифъ Моис., в. им. Ребиндера, Курской г. 62—89.	Главная.	1100. Компанцевъ Пав. Гр., Проскур. г. в. 63—89.	Харьковская.
1030. Клевезаль Вл. Павл., з. в. Рязан. г. Тума.	—	Конвалевский Стан. Людв., в. в. 67—93.	Кавказская.
Клементьевъ Ник. Герас., сан. в. 52—76.	Московская.	Кондорский Мих. Конст., з. в. 60—87.	Московская.
Кленцовъ Конст. Захар., прив.-доц. Вет. инст. 56—81.	Казанск.	Кондорский Иванъ Конст., г. Александровск. вр. 69—96.	Курская.
Климовичъ Иполитъ-Викент. Казимир., у. в. Каз. г. 68—95.	Московская.	Кондратовичъ Конст. Владисл., в.	Казанская.
Климовъ Вас. Ив., в. въ Серпуховѣ, Московск. г. 67—93.	Главная.	Кондратьевъ Фед. Дан., в. Дал. В. 74—00.	Главная.
Климовъ Иванъ Артем., з. в. Донск. Обл., ст. Правоторовская. 68—94.	—	Кондратьевъ Ник. Федор., у. в. г. Елисаветноль. 76—01.	Кавказская.
Клинь Эрнестъ Эрн., гл. док. 1-й Москов. гор. б. 34—57.	Московская.	* Кондрашевъ Петръ Алексѣев., Саран. с. вр. 52—76.	—
Клименко Вас. Никол., в. в. Сиб. 68—93.	Главная.	Кониловъ Либер. Иезекил., изъ Царицына. 66—93.	Енисейская.
Клириковъ Дмитрій Конст., з. в. Бобровъ, Ворон. г. 75—02.	—	Коноваловъ Петръ Ник., в. Краснояр. рез. бат. 59—84.	Нижегородск.
Клюковъ Яковъ Георг., уч. в. Ковельск. у. 74—01.	Волынская.	1110. * Конопасевичъ [Петръ Александровичъ Н.-Новгородъ.	Самарская.
1040. Клопотовичъ Викт. Феофил., в. в. Д. В. 65—89.	Главная.	Константиновъ Ал-дръ Фед., Бузулук. у. в. 49—72.	—
Ключковъ Ив. Тер., Вайков. з. в. 65—90.	Харьковская.	Контребинский Евг. Ксаверьев., в. Сирот. Д. 65—91.	Киевская.
Клунтъ Хананъ Залман., в. Баку. 69—94.	Главная.	Концевичъ Гавр. Ив., желѣзнодорож. вр.	Зап.-Сибирск.
Клушанцевъ Серг. Ал-др. з. в. Тверск. г. Старица. 74—00.	—	Коньковъ Петръ Степан., Кизел. ж. д. в. 58—83.	Пермская.
Клюковъ Левъ Леонт., Самар. з. в. 59—83.	Самарск.	Копаневичъ Еф. Кон., в. Могил. г., ст. Быховъ. 59—82.	Главная.
Клюжскъ Никол. Сем., в. сан. бюро. 69—95.	—	Копосовъ Вас. Петр., в. в. Москва. 69—95.	—
Ключаревъ Конст. Павл., ветер. Сиб. Б. Московская, 5. 63—86.	Главная.	Копычичиковъ Ив. Григ., з. в. Черниговка, Тавр. г. 56—82.	Тамбовская.
Ключевъ Е. А.	—	Коравко Клемент. Фед., Тамб. з. в. 61—85.	Главная.
Кларфельдъ Исаакъ Нусимовичъ, Новоукраинка, Херс. г. 62—89.	—	Кореньевъ Евг. Никол., в. въ Иркут. г. 67—93.	Томская.
Клячкинъ Савел. Ал-др., вет. Маяки, Херсон. г. 53—78.	—	1120. Корелинъ Вас. Вас., в. 70—98.	Главная.
1050. Кнерцеръ Никол. Андр., Тульск. В. И. 33—55.	Тульская.	Коринфский Николай Иван., ветерин. Н.-Новгородъ. 78—03.	Главная.
Книжниковъ Влад. Вас., з. в. 75—99.	Московская.	Коркуновъ Ал-дръ Павл., проф. Том. у. 56—82.	Томская.
Кнюте Богданъ Адольф., в. пр. вр. 65—91.	Киевская.	Корнъ Ив. Гр., с. вр. Минусинск. окр. 72—98.	Енисейская.
Князевъ Вас. Ник., амбул. врачъ. 65—89.	Московская.	Корничицъ-Севастьяновъ П. Ник., в. Сиб. Саперный, 23. 65—90.	Главная.
Ковальский Францъ Юлианов., в. изъ Сѣдлец. г. пос. Рѣки. 66—89.	Главная.	Королевъ Никол. Ал-др., з. в. 64—87.	Московская.
Ковалинский Ив. Мих., в. въ Киев. г. Липовець. 54—81.	—	Коровинъ Ал-дръ Мих., д. лѣчебн. алког. 65—90.	Московская.
Ковалевский Ник. Викентьев., Козьмодемьян. з. в. 53—77.	Казанская.	Коровинъ Иванъ Петр., проз. В.-М. Ак. Сиб., Басейная, 2. 65—93.	Главная.
Ковальскій-де-Шмиденъ Ал. Макс., о. з. б. въ Черниговѣ.	Главная.	Коровицкий Конст. Илар., доц. Киев. у. 61—83.	Волынская.
Коварский Илья Матв., Д. зубовр. школы. 56—84.	Московская.	Корсаковъ Никол. Серг., проф. Моск. у. 52—75.	Московская.
Кованъ Евг. Аркад., Сиб. Забайканский, 57. 40—75.	Главная.	1130. Кортиковский Борисъ Ал-дров., з. в. Пенз. губ.	Казанская.
1060. Кованъ Григ. Абрам., з. в. 62—89.	—	Коссовский Вандалинъ Никол., в. 50—74.	Харьковская.
Кожениковъ Алексій Петр., в. в. 75—00.	Воронежск.	Корчемкинъ Иванъ Ив., з. в. 72—96.	Московская.
* Козаченко Иванъ Андр., ветер.	Главная.	Коршунъ Степ. Павл., содерж. части. лѣч. 34—58.	Киевская.
* Козицъ Конст. Петр., в. въ Кяхтѣ. Забайк. об. 35—58.	—	Космовскій Юлианъ Ал-др., в. в. 44—68.	Архангельск.
Козловскій Брон. Станисл., в. Софьев. б. 57—80.	Киевская.	Косминский Никол. Ал-дров., в. Старо-Констант. 65—91.	Волынская.
Козловскій Порфир. Иерон., в. 74—01.	Главная.	Косовъ Дмитрій Ал-др., з. в. Орл. г. 68—93.	Московская.
* Козловскій Ник. Петр., у. в. Смоленскъ. 49—76.	—	Костевичъ Ив. Ал-др., з. д. дезинфекц. камер. 60—85.	Одесская.
Козловскій Иванъ Иероним., о. Мар. б. въ Сиб. Коневторская. 2. 69—94.	—	Костецкий Ник. Ив., ветер. Владимир. г. 57—82.	Главная.
Козловъ Фед. Ал-др., Пересл. з. в. Лехновка, Полт. г. 65—99.	—	Костевичъ Ал-дръ Иполит., ст. вр. 6-цы Чернор. 65—89.	Киевская.
Койранскій Моис. Мих., ветер. 58—82.	Тамбовск.	1140. Котелевскій Дм. Дм., Ломжа. 66—89.	Главная.
1070. Кокинъ Павелъ Иван., в. в. въ Киевѣ. 59—87.	Главная.	Котловъ Серг. Ал-дров., 59—84.	—
Кокосовъ Мих. Ив., вр. Пермск. губ. 75—03.	Томская.	Кочуринъ Конст. Евдоким., ж. в.	Саратовская.
* Колесниковъ Ник. Фалал., доцентъ. Новочеркасскъ. 50—84.	—	Кочурниковъ Ник. Мих., вр.	Казанская.
Колесниковъ Андр. Ал-др., Красноуф. у. в. 61—88.	Пермская.	Кравецъ Вас. Андр., город. вр. 64—89.	Пермская.
Колесниковъ Евген. Макс., з. в. Уфим. г. 72—95.	Казанская.	Кравецъ Мих. Григ., Лужск. з. в. Сиб. губ. 65—89.	Главная.
Колесниковъ Феоф. Ив. Варшава. 67—93.	Главная.	Кравченко Павелъ Югенов., в. въ Тираволяхъ. 66—91.	—

- |   |               |   |               |
|---|---------------|---|---------------|
| Крайнев Ал-дръ Вас., з. в. Пестравка, Самарс. г. 57—85.                     | Главная.      | Кунаковъ Г. Я. г. Пенза. 73—97.   | Главная.      |
| Крамольскій Никол. Ефим., Инсар. з. в. Пенза. 63—87.                        | —             | Куница Зельдманъ Завелев., в. Лосы, Минской г. 53—79.                       | Нижегородск.  |
| Кранизъ Наумъ Марк., Череповецъ, Новгород. г. 73—02.                        | —             | Кунцевичъ Илья Антоновичъ, Нижн.-Новг. 51—79.                               | Казанская.    |
| 1150. Краснобаевъ Тимоф. Петр., о. б. Св. Владимира. 65—88.                 | Московская.   | Кутейский Горшъ-Мееръ Юсифов., в. Спасск. з. 70—98.                         | —             |
| Краснолазовъ Вл. Петр., о. Мясниц. б. 60—83.                                | Волынская.    | Кутидоновъ Вас. Гавр., о. Александр. б. въ Каз. 48—72.                      | Главная.      |
| Красновъ Вас. Осип., о. Жит. богоуг. зав. 75—99.                            | Енисейская.   | 1220. *Купресовъ Вас. Вас., в. Софиска, Екатеринбург. г. 66—93.             | Казанская.    |
| Красновъ Мих. Никит., сел. в.   | Главная.      | Купречичъ Николай Семен., з. в. 64—91.                                      | Главная.      |
| Красновъ Влад. Вас., в. въ Саратовѣ. 68—91.                                 | —             | Купчикова Дм. Матв., Инсаръ, Пензен. г. 64—90.                              | Курская.      |
| Краснопольцевъ Ал-дръ Алексѣевичъ, в. въ Либавѣ. 73—97.                     | Тульская.     | Кураевъ Никол. Никандр., з. в. 75—01.                                       | Московская.   |
| Краснопольцевъ Дм. Егор., з. в. Веневск. у. 69—94.                          | Главная.      | Курбатовъ Иванъ Ильичъ, ст. о. Павл. б. 46—70.                              | Московская.   |
| Красовскій Конст. Никол., г. в. Киржачъ, Влад. г. 52—78.                    | —             | Куркинъ П. И., сан. в.  | Московская.   |
| Красовскій Мих. Никол., в. Ив.-Вознесенскъ. 69—95.                          | —             | Куренковъ Ал-дръ Павл., вр. Пет. ст., Б. Спасская, 21. 64—89.               | Главная.      |
| Краузе Ив. Адольф., в. Мариин. б. въ Сиб. Надеждинская, 1/96. 68—91.        | —             | Курзонъ Беням. Мордух. вольн. практ. вр. 74—98.                             | Самарская.    |
| 1160. Крахоткинъ Дмитр. Ал-др., Ревель. 67—94.                              | —             | Куркутовъ Ал-дръ Герасим., п. Енисейск. В. И. 55—80.                        | Енисейская.   |
| Крайневскій Каз. Гавр., в. 64—90.   | —             | 1230. *Курловъ Михаилъ Георгиевичъ, проф. Томск. у. 59—83.                  | Главная.      |
| *Крашевскій Стан. Гавр., в. вр. Вил. г. Ошляны. 60—86.                      | —             | Куровскій Бр. Юльям., о. при В. Д. 56—79.                                   | Московская.   |
| Крестовъ Леонидъ Вас., Рост. Яросл. г. з. в. Ильянское-Урусово. 73—98.      | —             | Курочкинъ Ник. Никол., Пересл. з. в. 62—88.                                 | Владимирская. |
| Кретцеръ Лазарь Вият., в. въ Нарвѣ, Сиб. г. 61—89.                          | —             | Кусковъ Иннок. Ив., Крас. г. в. 58—83.                                      | Енисейская.   |
| Кржижановскій Ив. Вас., з. вр. М. Носовка, Чернигов. г. 68—98.              | —             | Кутузовъ Ник. Афанас., в. Арханг. г. Шенкурскъ. 59—94.                      | Главная.      |
| Кригеръ Фридрихъ Карл., проф. Томск. У. 62—86.                              | Томская.      | Куттеринъ Поликарпъ Михайл., в. изъ Тобол. г. Якутскъ. 61—86.               | —             |
| Кржижковскій Антонъ Карл., в. Варшава. 61—87.                               | Главная.      | *Кущиниковъ Дм. Алексѣев., з. в. 50—75.                                     | Казанская.    |
| Кривонолинскій Алексѣй Ал-др. Кург. с. вр. 67—93.                           | Зап.-Сибирск. | Лаврентьевъ Ник. Кирил., Царицын. в. 54—82.                                 | Саратовская.  |
| Кривскій Леонидъ Ал-др., в. въ Сиб. Английскій, 42. 70—94.                  | Главная.      | Лавровъ Ник. Дмитр., Зарайскъ, Пенз. 70—94.                                 | Главная.      |
| 1170. Крижевскій Эм. З., в. въ Киевской г. м. Ходорково. 63—89.             | —             | Лавровъ Васил. Никол., з. в. 64—94.   | Тульская.     |
| Кристъ Евг. Ив., бол. в.  | Харьковская.  | 1240. Лавровъ Владим. Аркадьев., Бугульм. з. в. 70—97.                      | Самарская.    |
| Кричевскій Левъ Влад., в. въ Воронежѣ. 57—84.                               | Харьковская.  | Лавровъ Николай Дмитриев., ветерин. Дон. Обл., ст. Великоновьянская. 52—77. | Главная.      |
| *Крымтопенко Алекс. Кондр., Пятигор. окр. в. 55—80.                         | —             | Лавровъ Фед. Тих., вр. при мануф. 55—79.                                    | Московская.   |
| Кротковъ Ник. Ал-сѣев., з. в. Кушва, Пермск. г. 54—77.                      | Главная.      | Ладиминъ Нилъ Андреев., Опочец. з. в. Псковѣ. 57—83.                        | —             |
| Круковский Янкель А., въ Сиб. Вознесенскій, 43/59. 60—85.                   | —             | Лазовскій Мих. Федор., ветер. 72—95.  | Зап.-Сибирск. |
| Круковский Вольфъ Монс., в. пр. вр. 58—83.                                  | Одесская.     | Ламичининъ Алексѣй Ал-дров., ф. в. Серпуховѣ.                               | Главная.      |
| *Крутецкій Ал-сѣй Алексан., Черниг. з. в. 55—81.                            | Главная.      | Ланда Исая Монс., о. Херсон. псих. лѣч. 63—86.                              | Херсонская.   |
| Крыловъ Петр. Петр., Самар. з. в. 59—73.                                    | Самарская.    | Ланевскій Ник. Игнатьев., сан. в. Житомирѣ. 37—60.                          | Волынская.    |
| Крыловъ Петр. Гр., в. Костр. г. Варнавинъ. 57—85.                           | Главная.      | Ланевскій Витольдъ Никол., в. Житомир. 71—95.                               | —             |
| 1180. Крыловъ Дмитрій Осип., в. в. Д. Вост. 73—97.                          | —             | Ланковъ Мих. Вас., в. в. Ставрополь, Сам. г. 66—90.                         | Главная.      |
| Крыловъ Ник. Алексѣев., в. приюта.  | Московская.   | 1250. Ландесманъ Абрамъ Ишеров. в.  | Харьковская.  |
| Крыловъ Ив. Никол., Самар. з. в. 74—98.                                     | Самарская.    | Ласковъ Юдель Израил. с. в. Акмол. обл. 64—85.                              | З.-Сибирск.   |
| Крыловъ Фридр. Карл., проф. Томск. Ун. 62—86.                               | Томская.      | Ласкинъ Ив. Ильичъ, в. пр. вр. 69—95.                                       | Московская.   |
| Крюковъ Адрианъ Ал-др., проф. Моск. у. 49—72.                               | Московская.   | Латушкинъ Андрей Ивановичъ, вр. въ Сиб. 68—96.                              | Главная.      |
| Крюковъ Мих. Мих., Кострома. 64—91.   | Главная.      | Лебедевъ Ал-дръ Никол., вол. пр. вр. 56—78.                                 | Московская.   |
| Крюковъ Ал-дръ Никол., вол. пр. вр.   | Московская.   | Лебедевъ Петръ Никол., Херсон. сан. в. 60—91.                               | Херсонская.   |
| Крюковъ Вас. Дмитр., ветер. губ. зем. 73—98.                                | Самарская.    | Лебедевъ Петръ Вас., ф. в. Казуш. г.  | Главная.      |
| Кряжмжскій Ал-дръ Григ., Самар. з. в. 72—98.                                | Казанская.    | Лебедевъ Алексѣй Петръ, в. Томск. г. 74—01.                                 | —             |
| Кубанцевъ Илья Ильичъ. 61—87.   | —             | Лебедевъ Дмитр. Никол., в. Томск. г., Бѣлолазовское. 75—01.                 | —             |
| 1190. Кудринъ Владим. Серг., Гл. Медик. Инсп. флота. Гыаринская, 30. 34—54. | Главная.      | Лебедевъ Иванъ Васил., з. в. Тверск. г. 63—93.                              | Московская.   |
| Кудряковъ Дм. Ник., Тамбов з. в. Елатъма. 50—74.                            | —             | 1260. Лебедевъ Вас. Ст., с. в. 52—90.                                       | —             |
| Кудряковъ Н. А., д. Запрудная, Моск. г. 73—98.                              | —             | Лебедевъ Дмитр. Федоров., Казан. з. в. 58—84.                               | Казанская.    |
| Кудряковъ Ал-дръ Ив., в. клин. госп. въ Сиб. Усачевъ пер., 9. 66—91         |               |   |               |





- Крайнев Ал-дръ Вас., з. в. Пестровка, Самарс. г. 57—85. Главная.
- Крамольский Никол. Ефим., Инсар. з. в. Пенза. 63—87. —
- Кранцъ Науиъ Марк., Череповецъ, Новгород. г. 73—02. —
1150. Краснобаевъ Тимоф. Петр., о. б. Св. Владимира. 65—88. Московская.
- Краснолазовъ Вл. Петр., о. Масниц. б. 60—83. —
- Красновъ Вас. Осип., о. Жит. богоуг. зав. 75—99. Волынская.
- Красновъ Мих. Никит., сол. в. Енисейская.
- Красновъ Влад. Вас., в. въ Саратовѣ. 68—91. Главная.
- Краснопольцевъ Ал-дръ Алексѣевичъ, в. въ Ливавѣ. 73—97. —
- Краснопольцевъ Дм. Егор., з. в. Веневск. у. 69—94. Тульская.
- Красовскій Конст. Никол., г. в. Киржачъ, Влад. г. 52—78. Главная.
- Красовскій Мих. Никол., в. Ив.-Вознесенск. 69—95. —
- Краузе Ив. Адольф., в. Марин. б. въ Сиб. На- дежинская, 1/96. 68—91. —
1160. Красткийъ Дмитр. Ал-др., Ревель. 67—94. —
- Крашевскій Каз. Гавр., в. 64—90. —
- \*Крашевскій Стан. Гавр., в. вр. Вил. г. Ошманы. 60—86. —
- Крестовъ Леонидъ Вас., Рост. Яросл. г. з. в. Ильянско-Урусово. 73—98. —
- Кретцеръ Лазарь Викт., в. въ Нарвѣ, Сиб. г. 61—89. —
- Кржижановскій Ив. Вас., з. вр. М. Носовка, Чернигов. г. 68—98. —
- Кригеръ Фридрихъ Карл., проф. Томск. У. 62—86. Томская.
- Кржижковский Антонъ Карл., в. Варшава. 61—87. Главная.
- Кривополюнскій Алексѣй Ал-др. Кург. с. вр. 67—93. Зап.-Сибирск.
- Кривскій Леонидъ Ал-др., в. въ Сиб. Английскій, 42. 70—94. Главная.
1170. Крижевскій Эм. З., в. въ Киевской г. м. Ходор- ково. 63—89. —
- Кристъ Евг. Ив., бол. в. Харьковская.
- Кричевскій Левъ Влад., в. въ Воронежѣ. 57—84. Харьковская.
- \*Крымтопенко Алек. Кондр., Пятигор. окр. в. 55—80. Главная.
- Кротковъ Ник. Ал-сѣев., з. в. Кушва, Пермск. г. 54—77. —
- Круковский Янжелъ А., въ Сиб. Вознесенскій, 43/59. —
- 60—85. —
- Круковский Вольфъ Моис., в. пр. вр. 58—83. Одесская.
- \*Крупницкій Ал-сѣй Алексан., Черниг. з. в. 55—81. Главная.
- Крыловъ Петръ Петр., Самар. з. в. 59—73. Самарская.
- Крыловъ Петр. Гр., в. Костр. г. Варявинъ. 57—85. Главная.
1180. Крыловъ Дмитрій Осип., в. в. Д. Вост. 73—97. —
- Крыловъ Ник. Алексѣев., в. приюта. —
- Крыловъ Ив. Никол., Самар. з. в. 74—98. Московская.
- Крюгеръ Фридр. Карл., проф. Томск. Ун. 62—86. Самарская.
- Крюковъ Адрианъ Ал-др., проф. Моск. у. 49—72. Томская.
- Крюковъ Мих. Мих., Кострома. 64—91. Московская.
- Крюковъ Ал-дръ Никол., вол. пр. вр. Главная.
- Крюковъ Вас. Дмитр., ветер. губ. зем. 73—98. Московская.
- Кряжжмскій Ал-дръ Григ., Самар. з. в. 72—98. Самарская.
- Кубаницевъ Илья Ильичъ. 61—87. —
1190. Кудринъ Владим. Серг., Гл. Медич. Инст. флота. Главная.
- Галаринская, 30. 34—54. —
- Кудрявцевъ Дм. Ник., Тамбов. з. в. Елатъма. —
- 50—74. —
- Кудрявцевъ Н. А., д. Запрудная, Моск. г. 73—98. —
- Кудряшовъ Ал-дръ Ив., в. клан. госп. въ Сиб. —
- Усачевъ пер., 9. 66—91. —
- \*Кузнецовъ Леонидъ Андреев., Петров. Акм. о. у. в. 63—86. —
- Кузнецовъ Ал-дръ Харит., з. проф. Харьк. у. 39—64. Харьковская.
- Кузнецовъ Ив. Иппол., в. Спасскъ, Тамбовск. г. Главная.
- 52—78. —
- Кузнецовъ Ив. Пав., Нижегородск. з. в. Вязовка. —
- 57—84. Нижегородск.
- Кузнецовъ Ник. Мак., в. въ Харьк. 62—89. Харьковская.
- Кузнецовъ Ник. Федор., Поэт. з. в. Хороль. 64—94. Главная.
1200. Кузнецовъ Ал-дръ Ник., з. в. Кесья, Тверск. г. —
- 68—95. —
- Кузнецкий Дм. Петр., в. Тагильск. з. Пермской г. —
- 75—99. —
- \*Кузнецкий Петръ Вас., з. в. Пермск. г. 44—71. Киевская.
- Кузьминскій Сам. Абр., в. пр. вр. 72—98. Московская.
- Кузьминъ Сергѣй Арк., в. Бахр. бог. 62—88. —
- Кузьминъ Ник. Ив., в. Полоцк. кад. корп. Вит. г. 51—78. Главная.
- Кулаевъ Мстиславъ Ал-дров., з. в. 73—02. Казанская.
- Кулаевъ Серг. Фердинанд., в. пр. вр. —
- Кулебякинъ Никол. Осип., Лысьвинскій, Перм- ской г., завод. в. 72—96. Московская.
- Кулеовъ Андр. Ник., в. въ Богградѣ. 66—92. Главная.
1210. Кулевицъ Людов. Франц., Кролев. з. в. 26—53. Киевская.
- Кулешовъ Ал-дръ Африк., Фатежскій з. в. 50—77. Курская.
- Кулешовъ Ник. Ак., в. в. Киевѣ. 42—63. Главная.
- Кулашневъ Мих. Михайл., з. в. Тул. г. 68—97. Московская.
- Кульчицкий Фаустинъ Семенов., з. в. Курск. губ. 68—95. —
- Кунаковъ Г. Я. г. Пенза. 73—97. Главная.
- Куница Зельдманъ Завелев., в. Лосы, Минской г. 53—79. —
- Куницевъ Илья Антоновичъ, Нижн.-Новг. 51—79. Нижегородск.
- Купенскій Гершъ-Мееръ Иосифов., в. Спасск. з. 70—98. Казанская.
- Купидоновъ Вас. Гавр., о. Александр. б. въ Каз. 48—72. —
1220. \*Купрессовъ Вас. Вас., в. Софievка, Екатеринос. г. 66—93. Главная.
- Купревъ Николай Семен., з. в. 64—91. Казанская.
- Купчикова Дм. Матв., Инсаръ, Пензен. г. 64—90. Главная.
- Куратовъ Никол. Никандр., з. в. 75—01. Курская.
- Курбатовъ Иванъ Ильичъ, ст. о. Павл. б. 46—70. Московская.
- Куркинскій Васил. Иван., о. гор. б. 54—82. Московская.
- Куркинъ П. И., сан. в. —
- Куренковъ Ал-дръ Павл., вр. Пет. ст., Б. Спасс- кая, 21. 64—89. Главная.
- Курзонъ Беням. Мордух. волын. практ. вр. 74—98. Самарская.
- Куркутовъ Ал-дръ Герасим., п. Енисейск. В. И. 55—80. Енисейская.
1230. \*Курловъ Михаилъ Георгиевичъ, проф. Томск. у. 59—83. Главная.
- Куровскій Бр. Юльи., о. при В. Д. 56—79. Московская.
- Курочкинъ Ник. Никол., Переса. з. в. 62—88. Владимирская.
- Кусковъ Иннок. Ив., Крас. г. в. 58—83. Енисейская.
- Кутузовъ Ник. Афанас., в. Арханг. г. Шенкурскъ. 59—94. Главная.
- Кузтеринъ Поликарпъ Михайл., в. изъ Tobol. г. Якутскъ. 61—86. —
- \*Кушниковъ Дм. Алексѣев., з. в. 50—75. Казанская.
- Лаврентьевъ Ник. Кирил., Царицын. в. 54—82. Саратовская.
- Лавровъ Ник. Дмитр., Зарайскъ, Пенз. 70—94. Главная.
- Лавровъ Васил. Никол., з. в. 64—94. Тульская.
1240. Лавровъ Владим. Аркадьев., Бугульм. з. в. 70—97. Самарская.
- Лавровъ Николай Дмитриевъ, ветерин. Дон. Обл., ст. Великовязская. 52—77. Главная.
- Лавровъ Фед. Тих., вр. при мануф. 55—79. Московская.
- Ладиминъ Никл. Андреев., Опочец. з. в. Псковъ. 57—83. —
- Лазовскій Мих. Федор., ветер. 72—95. Зап.-Сибирск.
- Лажинкинъ Алексѣй Ал-дров., ф. в. Серпуховъ. Главная.
- Ланда Исакъ Моис., о. Херсон. псих. лѣч. 63—86. Херсонская.
- Ланевскій Ник. Игнатъев., сан. в. Житомиръ. 37—60. Волынская.
- Ланевскій Витольдъ Никол., в. Житомир. 71—95. —
- Ланковъ Мих. Вас., в. в. Ставрополь, Сам. г. 66—90. Главная.
1250. Ландесманъ Абрамъ Ишеров. в. Харьковская.
- Ласковъ Юдель Израил. с. в. Акмол. обл. 64—85. З.-Сибирск.
- Ласкинъ Ив. Ильичъ, в. пр. вр. 69—95. Московская.
- Латухинъ Андрей Ивановичъ, вр. въ Сиб. 68—96. Главная.
- Лебедевъ Ал-дръ Никол., вол. пр. вр. 56—78. Московская.
- Лебедевъ Петръ Никол., Херсон. сан. в. 60—91. Херсонская.
- Лебедевъ Петръ Вас., ф. в. Калуж. г. Главная.
- Лебедевъ Алексѣй Петр., в. Томск. г. 74—01. —
- Лебедевъ Дмитр. Никол., в. Томск. г., Бѣлоглазов- ское. 75—01. —
- Лебедевъ Иванъ Васил., з. в. Тверск. г. 63—93. Московская.
1260. Лебедевъ Вас. Ст., с. в. 52—90. —
- Лебедевъ Дмитр. Федоровъ, Казан. з. в. 58—84. Казанская.
- Лебедевъ Иванъ Конст., в. въ Астрахани. 69—94. Харьковская.
- Лебединскій Петръ Васильевичъ, в. в. въ Кинешмѣ. 35—63. Главная.
- Леваковский Никол. Прокоф., санит. в. въ Сиб. —
- Пушкинская, 10. 57—88. —
- Левашовъ Федоръ Разумников., Галич., у. в. Костр. г. 57—83. —
- \*Левашовъ Серг. Васильев., проф. Одесса. 56—78. —
- Левданскій Илья Моис., в. Курск. г. 48—79. Курская.
- Левъ Эмил. Семен. 69—94. Главная.
- Левданскій Максъ Ильичъ з. в. Фатежск. у. 48—79. Курская.
1270. Левензонъ Ал-дръ Ильичъ в. Рост. на Д.
- Левинъ Григ. Львов., в. Д. В. 69—93. Главная.
- Левитасъ Левъ Клемент., бол. вр. —
- Левитскій Василій Ал-дров., в. въ вкон. гр. Строгон. 52—76. Московская.
- Левитскій Михаилъ Ал-дров., земскій Сумскій вр. 60—85. —
- Левитскій Никол. Валент., Устюжск. з. в. 62—86. Вологодская.
- \*Левитскій Иванъ Андреев., 57—81. Главная.
- Левитскій Павелъ Ал-др., земскій вр. Никол. у. 73—97. Вологодская.
- Левинскій Модестъ Филипп., у. в. Киев. г. 66—93. Волынская.
- Левковъ Ал-дръ Никол., з. в. сл. Покровская. 58—82. Саратовская.
1280. Левъ Израиль Моис., в. въ Сиб. Широкая ул., 8. 59—90. Главная.
- Летковъ Кон. Ив. —
- Лезель Федоръ Франц., в. въ Харьк. 43—66. Харьковская.
- Лезинъ Петръ Андреев., о. Язук. б. 58—83. Московская.
- Лемешевъ С. А., Старобѣльск. з. в. с. Александровка, Харьков. г. 67—96. Главная.
- Лепартовичъ Мих. Люцианов., Житомиръ. 75—04. Волынская.
- Ленкевичъ Казимиръ Валеріановичъ, Слободск. з. в. 63—93. Казанская.
- Лентовскій Сергѣй Ал-дров., морск. в. Сиб. В. О. 12 лян. 31. 58—82. Главная.

Леонидов Ал-др. Никол., в. в. 69—95.	Тамбовская.	Любимовъ Ал-дръ Павл., ветерин. 58—83.	Самарская.
Леонидовъ Дмитр. Никол., Ворон. з. в. 58—86.		Лысковскій Іос. Владисл., в. 77—01.	Вологодская.
1290. Леонидовскій Петръ Михайлов., Вельскій з. в. 53—79.	Вологодская.	Любомудровъ Пав. Вас., о. Москва. 66—89.	Главная.
Лескинъ Евгений Иван. о. 6-цы. 69—94.	Херсонская.	Любомудровъ Ал. П., в. гор. амб.	Московская.
Леонидовъ Павелъ Конст., ветерин. 67—90.	Казанская.	*Любославовъ Сераф. Иван., Сибир. з. в. Солдатская Тампа. 53—79.	—
Леонидовъ Андр. Ник., Слободской, Вятской губ. 56—81.	Главная.	Любский Вас. Евг., в. в. Д. Вост. 60—88.	—
Леонидовичъ Петръ Евграфов., Валков. вет. 53—80.	Харьковская.	Любушинъ Алексій Лукчъ, в. Преобр. 6. 69—94.	Московский.
Лепимскій Константинъ Мих., доц. Киевск. Ун. 57—83.	Киевская.	Лясъ Сав. Абр., орд. Цсх. лечеб. 55—81.	—
Лещинскій Мпронъ Исаяс., Старобѣл. з. в. Харьк. г. слоб. Петропавловка. 63—91.	Главная.	Лязовецкій Мих. Ив., в. в. 59—87.	Саратовская.
Лещукъ Антонъ Антонов., з. в.	Курская.	Маверицкій Владим. Абрам., Лобова, г. в. 59—82.	Зап.-Сибирск.
Ліонъ Мих. Ефим., в. Самар. цсх. кол. 51—74.	Самарская.	Маховъ Конст. Ник., в. хранитель физ. каб. Т. Унив.	Главная.
Либерманъ Моск. Ханмов. уч. в. Житомир. у. 73—99.	Волынская.	Махушинъ Алексій Ив., вол. пр. вр. 56—80.	Томская.
1300. Лимбергеръ Яковъ Исааков. Даниакин, Сарат. г. 72—97.	Главная.	Майзель Гавриилъ Андреев., в. 43—69.	—
Линдвалъ Петръ Карлов. 78—03.	Казанская.	Майзельсъ Айзикъ Евфроним., в. лаз. Ошъ Ферганской об. 56—83.	Воронежская.
*Линковский Іосифъ Леонид., з. в. Кирсановъ, Тамб. г. 60—87.	—	Макаровъ Мих. Викт., в. 71—96.	Главная.
Линницъ Файвель Абрам., в. Наровль, Минской г. 61—91.	Киевская.	Максимовъ Всевол. Васил., г. в. Бобровъ, Воронежской г. 53—76.	Рост. на Д.
*Липтоманъ Адольфъ Адам., Киев. г. в. 41—70.	Волынская.	1370. Максимовъ Пав. Дм., з. цсх. от. Курск. Бог. зав. 53—82.	Главная.
Лисовскій Осипъ Иван., Ковельск. г. в. 55—85.	Главная.	Маковский Казим. Карл., з. в. Саратовъ. 66—93.	Херсонская.
Листовъ Влад. Вас., в. Кадег. корп. Н.-Новгородъ. 54—81.	Московская.	*Маковецкій Николай Емельян. 55—80.	Саратовская.
Лисицынъ Ник. Ив. в. в. 54—83.	Оренбургская.	Малевичъ-Малевскій Серг. Юлев., в. Бар. б. въ Спб. общ. Св. Евгений. 69—93.	Главная.
Лифшицъ Мееръ Яковъ.	—	Малевскій Ив. Осип., Хвалынский. з. в. 67—97.	Казанская.
Листенштейнъ Матусъ Мойшев., вр. въ Кременчугъ. 59—86.	Главная.	Мальевъ Фед. Фед., въ Комерч. Уч. 74—00.	Рост.-на Дону.
1310. Лизодъ Стен. Емельян., Нѣжинск. з. в., м. Веркевск. Чернигов. г. 62—90.	Московская.	Малиновскій Ефим. Семен., Острог. у. в. 57—83.	Волынская.
Лобановъ Васил. Павл., дѣлопр. мед. факульт. 61—89.	Харьковская.	Малиновскій Ипполитъ Виконт., вр. 46—75.	Главная.
Лобковъ Дмитрій Евсеев., вр. 24 и. Сиб. и. 70—96.	Главная.	Малиновскій Иванъ Яковъ, вол. практ. вр. 63—89.	Московская.
Лопаткинъ С. А.	—	Малиновскій Левъ Ал-др., проф. Киев. у. 54—83.	Киевская.
Лопиновъ Георг. Мих., о. Рожд. б. въ Спб. Суворовскій, 23. 62—85.	Главная.	1380. *Маловъ Гр. Ив., Козлов. з. в. 59—82.	Главная.
Лосечинковъ Сергій Никол., гл. в. Москов. глазной больницы. 38—59.	Московская.	Маловъ Фед. Ив., з. в. Козловск. уѣзда. 72—98.	Тамбовская.
Лозинскій Ал-дръ Ал-дров., врачъ въ Спб. Невскій, 130. 68—93.	—	Малодушевъ Адрианъ Павл., в. Луцкъ, Волыньск. г. 72—99.	Главная.
*Лозинскій Вас. Петр., в. въ Гапсалъ. 58—82.	Киевская.	Малышевъ Ив. Донат., в. Минскъ. 65—94.	Минская.
Лозинскій Евм. Плат., ц. нпш. студ. Киев. У. 57—80.	Томская.	*Малышевъ Владим. Ив., ветер. Тюменъ, Тобол. г. 59—82.	Главная.
Ломовицкій Павелъ Фирсов., в. при Томск. у. 61—93.	Харьковская.	*Малышевъ Ив. Олимпіев., Игуменскій у. в. 46—75.	Минская.
1320. Ломоновъ Васил. Никол. о. Никол. 6-цы. 70—95.	Оренбургская.	Малышевъ Ник. Григ., вол. пр. вр. 60—85.	Московская.
Лопатевичъ Евг. Апол.	Перская.	Малышевъ Ив. Мих., о. Мясн. б. 58—87.	Главная.
Лопатковъ Ал-дръ Ал-дров., Ирбитскій з. в. 61—87.	Главная.	Малышевъ Дм. Серг., в. въ Шуѣ. 68—93.	Главная.
Лопатинскій Іосифъ Григор., в. Спб. Могилевская, 20. 56—82.	—	Малюницкій Іосифъ Игнатъев., в. Сѣдлецъ. 62—86.	Главная.
Лопатинъ Алексій Ал-др., в. Томск. г. с. Тамбовское. 72—97.	Волынская.	1390. Мамонтовъ В. Н., Спб. Ивановская, 10. 81—03.	Киевская.
Лопушанскій Павелъ Акимов., участк. вр. м. Берестечко. 68—95.	Главная.	Мандельштамъ Левъ Евсѣев., в.	—
Лоскутовъ Ник. Мих., з. в. Владивостокъ. 63—89.	—	Мандельштамъ Эммануилъ Емельян., в. въ Киевъ. 39—60.	Главная.
Лосъ Абраамъ Исаак., в. въ с. Гулай-Полъ, Екатерин. г. 59—87.	Волынская.	Маневскій Вас. Вас., в. в. 64—89.	Волынская.
Лотинъ Алексій Вас., врачъ въ Спб. Кузнечный, 18. 69—94.	Главная.	Маниловскій Іустин. Викт., Житом. 67—93.	Главная.
*Лотвицкій Ал-дръ Конст., Бирючин. у. в.	—	Манковскій Исаакъ Іосиф., в. въ Россіенхъ, Виленской г. 59—85.	—
1330. Лотвицкій Левъ Граціанов. ж. в. Омскъ. 65—89.	Зап.-Сибирск.	Манкевичъ С. М. 56—83.	Главная.
Лузинъ Федоръ Иван., ветер. вр. 57—83.	Владимирская.	Манусевичъ Мееръ Яковъ, в. въ Кременчугъ. 66—94.	—
Лукинъ Ал-дръ Ник., з. в. 74—99.	Московская.	Манюковъ Ал-дръ Влад., з. в. Крюково, Москов. г. 68—98.	—
Луковский Людвигъ Иван., в. Вильно. 76—99.	Главная.	Мараевъ Андр. Викт., в. в. Гродна. 60—88.	—
Лукомскій Васил. Никол., Екатеринославъ. 49—76.	—	1400. Маревскій Петръ Феликс., в. лаз. Сухумъ, Кутаис. г. 56—83.	—
Лукиновъ Серг. Мих., т. мин. нар. пр. Спб. Фурштатская, 15. 55—79.	Московская.	Маролинъ Борухъ Гирш., Бѣлецк. з. в. Скуляны, Бессараб. г. 59—87.	Главная.
Луницъ Михаилъ Аркадьев., о. 1 гор. Моск. 6. 50—75.	Казанская.	Маролинъ Макс. Ис. Спб. 75—98.	—
Луръ Романъ Альберт. в.	Главная.	Маріупольскій Борисъ Мих., Дир. фельдшер. школы. 63—90.	3.-Сибирская.
Лурье Юрій Ильичъ, Клинск. з. в. Воздвиженское, Мос. г. 67—93.	—	Маркевичъ Ник. Евстаф., участк. вр. м. Славута. 58—85.	Волынская.
Лурье Яковъ Владим., в. въ Острогъ. Волыньск. г. 54—82.	Московская.	Маркевичъ Осипъ Павл., с. в. Св. Олги, Прим. обл. 50—76.	Главная.
1340. Лушинскій Ал-дръ Ал-дров., в. въ Спб. Кабинетская, 5. 65—91.	Казанская.	Марковичъ Марк. Абрам., з. в. Д. Вост. 70—97.	—
Лучковский Эдуардъ Иван., въ г. Холмъ, Любл. г. 74—00.	—	Марковичъ Владим. Стоян., в. Д. Вост. 73—99.	—
Львовъ Леон. Павл., Самар. з. в. 74—00.	Киевская.	Марковъ Михаилъ Яковъ, Корсун. з. в. Дурасовка, Сибирской г. 56—81.	Московская.
Львовъ Рувишъ Абрам., в. практ. вр. 47—79.	Главная.	Марковъ Алексій Фед., о. Юзск. б. 59—84.	Харьковская.
Льнобродскій Антонъ Иван., в. Бѣльскъ, Пляцкой г. 70—96.	—	1410. Марковъ Ив. Егор., Пензен. з. в. 67—93.	Московская.
Льсовой Вас. Герасим., Спб. Университетск. лин. 3. 64—93.	Главная.	Марковъ Ив. Павл., ветер. врачъ. 72—00.	Главная.
Любарскій Владим. Михайл., в. почт. конторы. 67—93.	Херсонская.	Мармелштейнъ Ив. Ив., Черн. Яръ.	—
Любавескій Илья Семен., в. въ Баку. 66—93.	Главная.	Мартиновъ Ал-дръ Вас., Спб. Конная, 4. 56—81.	Казанская.
Любенецкій Викт. Львов., Бѣлецк. г. в. Бессар. г. 69—96.	—	Мартиновъ Лука Егор., Пермск. з. в. 71—95.	Казанская.
Любчикъ Ник. Серг., в. в. 55—81.	Кавказская.	Мартиновъ Никол. Андреев. з. в. 68—95.	Главная.
1350. Любимовъ Никол. Ив., Ржев. з. в. Зайцево, Тверской г. 67—97.	Главная.	Марциновскій Мих. Ив., в. Тифлисъ. 54—85.	Архангельск.
Любимовъ Серг. Ник., Борович. з. в. Мшанское, Новгород. г. 55—83.	—	Марциновскій Валент. Ив., Арх. у. в. 58—81.	Киевская.
Любимовъ Вас. Андр., Перм. г. з. в. г. Шадринскъ.	—	Марьиничъ Наумъ Пет., в. 65—89.	Казанская.





- Неслов** Ник. Констант., доц. Киевск. Ун. 61—87.  
**Нестеров** Ал-дръ Мих., в. в. Никольска Уссурийск. 76—81.  
**Нестеров** Ал-дръ Ал-дров., в. въ Новоросійскъ. 72—95.  
**Нелидовъ** Никол. Павл., Балаш. з. в. 69—98.  
**Немцовъ** Моисей Генрих., о. Петропавл. 6. Сиб. Большой пр., 54. 63—90.  
**Непомнящий** Илья Моис., в. 62—87.  
**Несвицкий** Ал-дръ Ал-дров., з. в. Кременчугъ, Полтав. г. 55—82.  
**Несчастновъ** Василь Вас., вр. Д. Вост. 74—80.  
1580. **Нестеровъ** Тихонъ Вас., Владивост. в. 64—88.  
**Неуймина** Никол. Иван., в. в. Тифлис. 57—82.  
**\*Нечаевъ** Ив. Ив., Самарск. думск. вр. 56—83.  
**Нечаевъ** Петръ Михайл., гл. в. Соколовн. 6 56—78.  
**Нечаевъ** Ив. Камитов., в. въ Рязанск. г. Данковъ. 72—96.  
**Нечаевъ** В. А., в. 76—83.  
**Нещеретовъ** Антонъ Ив., Одесск. з. в. 71—98.  
**Нижегородцевъ** Мих. Никол., в. въ Сиб. Спас-ская, 6. 51—76.  
**Никитинъ** Вл. Ник., проф. Сиб. 49—73.  
**Никитинъ** Илья Данил., Самар. з. в. Пестровка. 58—84.  
1590. **\*Никитинъ** Дм. Пимен., в. изъ Вилен. г. Д. В. 62—86.  
**Николаевъ** Влад. Вас., лабор. Казан. У. 71—95.  
**Николаевъ** Ал-дръ Владим., з. в. Сиб. г. Шлиссельбургъ. 67—93.  
**Николаевъ** Петръ Николаевичъ, уѣздн. вр. Тараша, Киевской г. 61—86.  
**Никольскій** Григор. Петров., ветеринар. врачъ. ?—83.  
**Никольскій** Мих. Ник. о. клин. 76—82.  
**Никольскій** Алексѣй Ипполит., Богородицк. з. в. 60—86.  
**Никольскій** Ив. Павл., фабр. в. 59—83.  
**Никольскій** Юсифъ Герасим., ж. в. г. Вологда. 58—76.  
**Никольскій** Ал-дръ Никол., сельск. вр. Минск. у. 57—84.  
1600. **Никольскій** Никол. Васил., в. в. 70—84.  
**Никольскій** Никол. Владим., з. в. 74—96.  
**\*Никоновъ** Иванъ Петр., Мариупольск. з. в. Екатер. г. 40—68.  
**Никоновъ** Серг. Андр., в. Севастоп. гор. бол. 64—97.  
**Никаноровъ** Павелъ Ал-др., Сиб. Эртелевъ мор. 3. 70—95.  
**Ниренбергъ** Ицко-Айзикъ Берков., Казан. з. в. 71—97.  
**Нифантовъ** Геннадій Дмитр., в. Д. Вост.  
**Новиковъ** Всеволодъ Никол., в. 78—81.  
**Новиковъ** Алексѣй Митр., асс. гинек. клин. 65—96.  
**Новиковъ** Дм. Гавр., Новоросійск. 71—96.  
1610. **Новиковъ** Серапионъ Мих., Моск. з. в. 73—96.  
**Новицкий** Ант. Корн. 63—91.  
**Новицкий** Андр. Юсиф., ж. в. 64—90.  
**Новицкий** Венцесл. Степан., в. въ Гродн. г. Деро-чинъ. 57—82.  
**Новосельскій** Францъ Юсиф., Козелец. з. в. 69—95.  
**Новосатинъ** Ив. Васил., з. в. Москов. г. 70—97.  
**Номинскій** Владим. Мих., в. Симбир. г. Новоульяновъ. 73—80.  
**Ножниковъ** Борисъ Петровичъ, в. въ Ялтѣ. 51—78.  
**Ножниковъ** Илья Петров., Мариупол. г. в. 55—81.  
**Ножниковъ** Авраамъ Петр., о. Харьков. кл. 64—91.  
1620. **\*Норейко** Ал-дръ Ник., ассист. клин. Ун. 65—88.  
**Носиловъ** Геннад. Дмитр., зем. вр. Камыш. у. 56—85.  
**Носковъ** Никол. Петр., з. в. Донатино. 59—85.  
**Носковъ** Всевол. Ив., зав. в. Пермск. г. 71—96.  
**Нотторинъ** Давидъ Салман., в. въ г. Тюмени, То-больской г. 60—85.  
**Ноченинъ** Гавр. Петр., вр. Перм. ж. д. 57—84.  
**Нотторинъ** Борисъ Зальман., в. гор. леч. Томск. 67—90.  
**\*Нумовъ** Никол. Иван., в. 2-й гор. б. 62—86.  
**Оатъ** Серг. Александр. в. в. Тирасполь, Бессараб. г. 69—94.  
**Обаноловъ** Васил. Алексѣев., лабор. Казан. клин. 75—82.  
1630. **Образцовъ** Никол. Виктор., в. губ. гимназ. 60—88.  
**Образцовъ** Вас. Парм., проф. Киев. у. 51—75.  
**Обрядчиковъ** Ив. Вас., о. Нижегород. з. б-цы. 58—84.  
**Оболдуевъ** Грнт. Ал-др., ветерин. Саратов. 71—96.  
**Овсляницкий** Георг. Степ., в. в. Медвѣдь, Новгор. г. 53—81.  
**Овчининскій** Вл. Ник., Под. з. в. 65—90.  
**Овчининскій** Никол. Никол., в. дух. уч. з. во Влад. 61—87.  
**Овчинниковъ** Петръ Яковл. з. в. ?—82.  
**Олоблинъ** Филар. Дмитр., зем. вр. Камыш. у.  
**Огородниковъ** Ал-дръ Никол., изъ г. Коврова. 62—93.  
1640. **Одинцовъ** Владим. Елисеев., Холуницкий зав. Вят-

Главная.  
—  
—  
Воронежская.  
Главная.  
—  
—  
Самарская.  
Московская.  
Главная.  
Нижегородск.  
Одесская.  
Главная.  
—  
—  
Казанская.  
Главная.  
—  
Казанская.  
Казанская.  
Тульская.  
Владимир.  
Вологодская.  
Минская.  
Тамбовская.  
Казанская.  
Главная.  
—  
Казанская.  
Главная.  
Оренбург.  
Московская.  
Главная.  
Казанская.  
Оренбург.  
Тульская.  
Главная.  
Киевская.  
Московская.  
Главная.  
Харьковская.  
—  
—  
Московская.  
Пермская.  
Саратовская.  
Казанская.  
Главная.  
Пермская.  
Томск.  
Московская.  
Главная.  
Казанская.  
Калужская.  
Киевская.  
Нижегород.  
Саратовская.  
Главная.  
Владимирская.  
—  
Казанская.  
Пермская.  
Главная.

- Окимовичъ** Ал-дръ Исидор., в. Майкопъ, Кубан. об. 69—96.  
**Олизовъ** Серг. Алекс. 61—86.  
**Омлянский** Киприанъ Осип., в. в. Пермь. 66—92.  
**Окновъ** Ив. Грнт., вр. 68—95.  
**Оксеновъ** Сергѣй Степанов., Горд. клин. Томск. Ун. 80—84.  
**Оленевъ** Ник. Алексѣев., Красноуф. з. в. 64—88.  
**Олисовъ** Рафаилъ Михайл., Мамыж. з. в. 68—95.  
**Ольшанскій** Мих. Мих., сельск. в. Ачин. у. 49—76.  
**Ольшеский** Стан. Фом., в. Ганюшкино, Астрах. г. 75—98.  
1650. **Онуфровицъ** Ив. Брон., вр. гор. бол. 66—89.  
**Омельченко** Георг. Ив., в. Минской г. 64—90.  
**Омельченко** Ал-дръ Павл., Сиб. Песочная, 9. 72—99.  
**Оранскій** Никол. Иван., в. в. 75—98.  
**Ординъ** Николай Георгиевичъ, Кадниковскій у. в. 49—75.  
**Оржеговскій** Ант. Фр., в. Подольской г. 75—82.  
**Орловъ** Алексѣй Ив., о. губ. з. б-цы. 72—96.  
**Орловъ** Вас. Вас., в. Житомиръ. 75—99.  
**Орловъ** Владим. Дмитр., пр. Киевск. У. 56—78.  
**\*Орловъ** Никол. Иван., з. в. 51—76.  
1660. **Орловъ** Дмитр. Иван., з. в. 52—78.  
**Орловъ** Никол. Васил., Ковр. у. в. 56—83.  
**Орловъ** Серг. Серг., врачъ лаборантъ. 64—88.  
**Орловъ** Иванъ Иван., з. в. 51—75.  
**Орловъ** Владим. Иван., с. в. Подольск. г. 57—82.  
**\*Орловъ** Леонидъ Влад., проф. Харьк. У. 55—78.  
**Орнатскій** Васил. Иван., Вр. И. 56—80.  
**Ортенбергъ** Петръ Ив., в. в. 70—96.  
**Осиновъ** Василій Мих., корпусн. вр. 42—67.  
**Осиновъ** Викт. Ив., в. въ Москвѣ. 61—85.  
1670. **Осиповскій** Ал-дръ Андреев., ветер. врачъ. ?—82.  
**Оссовскій** Абрамъ Юсиф., в. Уральск. ж. д. 65—91.  
**Остапчукъ** Вас. Степ., в. 73—80.  
**Островскій** Стан. Эдуард., в. пр. въ Сиб. Возне-сенскій, 23. 68—95.  
**Островскій** Давидъ Исаевичъ, в. 61—88.  
**Остроградскій** Ив. Фед., в. 47—74.  
**Остроумецкий** Богданъ Львов., в. 70—95.  
**Остроумовъ** Д. П., земск. вр. Тамбовск. уѣзда. 51—76.  
**Остроумовъ** Мих. Ал-др., з. в. Меленковск. уѣзда.  
**Остроумовъ** Ив. Ив., Архангельск. г. в. 58—83.  
1680. **Остроумовъ** Алексѣй Андреевичъ, земск. вр. Москва. 44—72.  
**Острининъ** Грнт. Яковл., вр. Мед. Общ. 68—93.  
**Отроковъ** Ник. Вас., Никольск. з. в. 58—85.  
**Оффенбергъ** Ив. Цезаров., в. вол. прак. въ Минскѣ. 67—90.  
**Павловскій** Федоръ Евген., волын. практ. врачъ.  
**Павлушковъ** Ив. Ив., в. Волын. г. Почаевъ. 52—89.  
**Павловъ** Андрей Иван., врачъ. ?—83.  
**Павловъ** Мих. Владим., сельскій врачъ. 72—97.  
**\*Павловъ** Никол. Михайл., ст. в. Тверск. з. б. 36—61.  
**Павертмовъ** Конст. Федор., ветерин. Брянскъ, Орл. г. ?—58.  
1690. **Падилка** Бор. Вас., орл. кл. Т. У. 73—81.  
**Падилка** Леонт. Федор., Одес. сан. в. 62—90.  
**Павевскій** Влад. Ив., Прокуроръ, Под. г. 55—81.  
**Пальмбахъ** Адольфъ Ал-др., ор. гор. б. Витебскъ. 68—93.  
**Пальмовъ** Ал-дръ Федоров., ж. в.  
**Понаретовъ** Ник. Ник., в. Томск. г., с. Зѣиногор-ское. 65—94.  
**Панинъ** Ал-сѣй Ал-сѣев., с. в. Заславль, Минской г. 73—98.  
**Пановъ** Мих. Конст., ветерин. с. Сима, Владим. г. 76—82.  
**Пановъ** Евген. Петр. 67—93.  
**Панфиловъ** Петръ Вас., о. Екатер. б. 63—89.  
1700. **Патиклякъ** Юсифъ Рафаил., в. прѣм. покоя. 56—81.  
**Парскій** Конст. Влад., в. Сиб. 70—96.  
**Парцевскій** Ал-дръ Семенов., вол. пр. врачъ. 44—57.  
**Парфиановичъ** Ник. Афан., Калуж. г. в. 42—72.  
**Панковъ** Сергѣй Михайл., в. 70—98.  
**Пацианскій** Павелъ Никол., з. в. 76—82.  
**Пацукъ** Вас. Емельян., участк. вр. Любомль. 60—87.  
**Пашкевичъ** Феофанъ Ал-др., з. в. 70—97.  
**Пашковскій** Ив. Феофан., в. Сиб. 59—85.  
**Певзнеръ**—ас. Хар. клин.  
1710. **Педашенко** Анатол. Дмитр., в. 66—90.  
**\*Педьковъ** Ив. Львов., Бердян. з. в. Тавр. губ., с. Дмитріевка. 56—81.  
**Пекельскій** Ал-дръ Юрѣев., в. в. Выборгъ. 66—93.  
**Пензяковъ** Юсифъ Федор., в. Новая Бухара. 59—85.  
**\*Пенкинъ** Евгеній Михайл., у. в. Лихвинъ, Калуж-ской г. 59—83.  
**Пеньковский** Маріанъ Генрих., в. 67—96.  
**Пенязевъ** Ив. Ив., сан. в. 59—85.  
**Первушинъ** Всевол. Прокоп., о. Казан. кл.

Главная.  
Главная.  
—  
Томская.  
Пермская.  
Казанская.  
Енисейская.  
Главная.  
Самарская.  
Главная.  
Главная.  
Туркестанск.  
Вологодская.  
Волынская.  
Калужская.  
Главная.  
Киевская.  
Московская.  
Владимирская.  
Московская.  
Владимирская.  
Главная.  
Архангельск.  
Туркест.  
Туркестанск.  
Главная.  
Казанская.  
Пермская.  
Туркест.  
Главная.  
Рост. на Д.  
Главная.  
Главная.  
Тамбовская.  
Владимирская.  
Архангельск.  
Главная.  
Харьковская.  
Вологодская.  
Минская.  
Томская.  
Главная.  
Казанская.  
З.-Сибирск.  
Московская.  
Главная.  
Томская.  
Одесская.  
Главная.  
Главная.  
Зап.-Сибирск.  
Главная.  
—  
—  
Тульская.  
Московская.  
Московская.  
Главная.  
Московская.  
Калужская.  
Рост. на Д.  
Казанская.  
Волынская.  
Киевская.  
Главная.  
Харьковская.  
Туркестанск.  
Главная.  
Главная.  
—  
Киевская.  
Московская.

	Перельманъ Исид. Лазарев., в. Ник. д. 6-цы Сиб. 65—91.	Главная.	Поддубский Леонидъ Вас., в. Сиб. 53—80.	Главная.
	Пересвѣтовъ Серг. Перфил., у. в. Кромы, Орлов-ской г. 49—73.	Главная.	Поздняковъ Сер. Ник., Спасс. з. в. 60—85.	Тамбовская.
1720.	Перлисъ Вас. Сидор., кон. еврейск. 6-цы. 48—73.	Кіевская.	Покровский Владим. Ефим., з. в. Кур. г. 74—99.	Московская.
	Перовъ Ник. Матв., в. в. Брестъ-Литовскъ, Гродн. г. 74—99.	Главная.	Покровский Владим. Григ., Тетюшскій з. в. 74—99.	Казанская.
	*Перовъ Петръ Яковл., Казань. 56—82.	—	Покровский Петръ Вас., думск. вр. 58—83.	Самарская.
	Персидскій Ник. Ив., в. Нерехта, Костромской губ. 73—96.	—	Покровский Дм. Петр., ветер. Мариуполь, Екатер. г. 57—82.	Главная.
	Перуанскій Дм. Аф., Васильсурскъ, Нижегород. губ.	—	Покровский Ал-дръ Пав., о. Ал. б. въ Сиб. Загорел-ный. 73—97.	—
	Перцевъ Владим. Ив., Винница, Подол. г. 68—93.	—	Покровский Мих. Мих., в. в. Москва. 63—88.	—
	Перцевъ Ив. Ник. 68—93.	—	Покровский Пав. Ник., вр. 2-й гор. б. 68—93.	Московская.
	*Песковъ Петръ Алек., Москва. 35—61.	—	Покровский Мих. Мих., в. 74—97.	—
	Песлякъ Людвигъ Устин., ветер. Гурьевъ, Урал-ской г. 64—93.	Владимирская.	Покровский Леон. Фед., с. Спассъ-Клеппи, Рязан. г. 75—93.	Главная.
	*Пессисъ Евсей Ханмов., с. в. въ Гдовъ, Псков-ской г. 66—93.	Главная.	Покровский Ник. Ив., Дмитр. з. в. 63—87.	Курская.
1730.	Петанъ Ал. Осип., ф. в. 58—84.	—	Покровский Вас. Вас., Ташкентъ. 54—80.	Главная.
	Петинаъ Ив. Конст., в. Д. Вост. 67—94.	Тамбовская.	Покровский Ник. Мих., о. гинек. кл. 68—94.	Московская.
	Петерсенъ Оскаръ Владим., проф. Клин. Ин. Спб. Крюковъ кан. б. 49—74.	Московская.	Покровский Ал. Ник., в. страннопр. д. Тар.-Бѣлов. 59—83.	Таврическая.
	Петриковский Стан. Валериан., в. сах. зав.	Кіевская.	Поликовский Ал-дръ Ив., в. пр. в.	Кіевская.
	Петровский Дмитрій Яковл., в. пр. вр. въ Харьков. 70—95.	Харьковская.	Поликовский Лейба Юн., г. в. въ г. Дубосары. 67—95.	—
	Петровъ Гр. Діонид., з. в.	—	Поликовский Владим. Григ., ветер. Ниж.-Новгородъ. 72—98.	Главная.
	Петровъ Ник. Серг., Чебоксар. з. в. 69—95.	Кавказская.	Половинкинъ Ал-дръ Нестор., з. в. 72—90.	Казанская.
	Петровъ Алекс. Евтр., С. М. Юзовка, Екатерино-славской г. 57—84.	Главная.	Полозовъ Алексій Вас., ветер. 67—95.	Главная.
	Петровъ Алексій Ал-др., Чамбаръ, у. в. Пензен. г. 61—81.	—	Полозовъ Ал-дръ Ал-др., ветер. Смоленскъ. 75—92.	—
	Петровъ Кипр. Март., Верхотур. з. в. 51—76.	Пермская.	Полтавцевъ Антонъ Петр., о. клин. Харьков. У. 66—96.	Харьковская.
1740.	*Петровъ Петръ Серг., Чебоксар. з. в. 50—75.	Казанская.	Полтановъ Серг. Петр., о. Нижег. з. б. 66—89.	Нижегородск.
	*Петропавловскій Ал-дръ Орест., Кальварія, Су-валкской г. 75—92.	—	Полтавичъ Густ. Ад. Францев., в. Окница, Подол. г. 39—82.	Главная.
	Печатальщиковъ Вас. Степ., Чердын. з. в. 70—97.	Главная.	Полухаровъ Б. С. Воронежъ. 76—94.	Главная.
	Печискій Юсифъ Матв., в. 50—74.	Казанская.	Полунинъ Викт. Як., в. въ Орлѣ. 66—89.	Орловская.
	Пивоварскій Абр. Карл., в. в. ст. Чернаево, Амур-ской об.	Рост. на Д.	*Полыковский Соломонъ Ильичъ, в. въ г. Меленки, Владимирск. г. 69—94.	Главная.
	Пикхель Влад. Эрнест., в. в. Осовецъ, Гроднен. г. 69—94.	Главная.	*Полыновъ Викт. Конст., вол. пр. вр. въ Екатери-бургъ. 63—93.	Пермская.
	Пиликинъ Степ. Васил., Кунгурск. зав. в. 64—87.	—	Поляковъ Ал-дръ Владим., Черн. г. Мринъ.	Главная.
	Пильновъ Михаилъ Семенов. 74—97.	Пермская.	Поляковъ Фед. Петр., в. Спб. Кабинетская, 7. 60—84.	—
	Пининскій Владисл. Артур., в. въ Спб. Воскресен-скій пр. 8—27, 71—96.	Оренбургская.	Поляковъ Пантелейм. Мих., Моршанскъ, Тамбов. г. 69—94.	—
	Пинчуковъ Ник. Ал-др., в. в. 74—98.	Главная.	*Поляковъ Конст. Владим., в. изъ Твер. г. с. Старица. 61—87.	—
1750.	Пироювъ Ник. Яковл., Петровскъ, Саратов. губ. 68—93.	—	Полякъ Завель Гиршов., в. Самара. 61—89.	—
	Пирошкова Леонидъ Никит., в. Вологод. глази. б. 60—86.	Вологодская.	1820. Полякъ Соломонъ Григор., проз. Ниж. зем. б. 59—86.	Нижегородск.
	Пирумовъ Ив. Порим., вр. Бак. г.	Харьковская.	Полянскій Пав. Мих., з. вр. 56—80.	Московская.
	Пирускій Владисл. Станисл. у. в. г. Томска. 51—82.	Томская.	Полбракъ Абрамъ Ерем., Ром.-Борисогл. з. в. Яросл. г. 60—85.	Главная.
	Писаревъ Ал-дръ Конст., В.-Устюг. з. в. 74—90.	Вологодская.	Померанцевъ Дм. Семен., в. Боровск. богадѣльн. 68—93.	Московская.
	Писаревъ Ник. Конст., з. в. с. Поимъ, Пензен-ской г. 62—89.	Главная.	Померъ Осип. Осипов., в. пр. вр. 60—86.	Московская.
	Писаревъ Алекс. Никит., с. Кириллово, Кіевской г. 58—76.	Главная.	Пономаревъ Ив. Сидор., з. в. 68—95.	—
	Писаревъ Ал-дръ Гавр., з. в. Рязан. г. с. Напольное 74—92.	—	Пономаревъ Захаръ Ив., о. Харьков. клин. 70—97.	Харьковская.
	Пислячевскій Ал-дръ Юсифъ, о. псих. б. въ Полтавѣ. 63—87.	Харьковская.	Пономаревъ К. Е., ветерин. вр. 81—94.	Главная.
1760.	Пислячевскій Фотій Викт., Харьков. г. в. 55—79.	Кіевская.	Пономаревъ Мих. Ал-др., вр. Перм. пр. дум. больн. 63—87.	Пермская.
	Писемскій Григ. Федор., о. Кіев. гор. 6-цы. 62—88.	Главная.	Пономаревъ Гавр. Гавр., завод. в. въ Нытвѣ. 62—90.	—
	Писемскій Н. Н.	—	1830. Пономаревъ Ник. Вас., ветер. Ирбит. з. 54—83.	—
	Писменный Ник. Ник., в. въ Серпуховѣ, Моск. г. 69—95.	Главная.	*Пономаревъ Петръ Андреев., изъ Курск. г. Бѣл. городъ. 60—84.	Главная.
	Пичукинъ Павелъ Ив., о. клин.	Казанская.	Пономаренко Вас. Тим., участк. вр. 68—97.	Зем.-Сибирск.
	*Піотровичъ Фома Ив., о. Максим. леч. въ Спб. Чернышовъ пер. 20. 47—74.	—	Поносовъ Владим. Никол., врачъ.	Казанская.
	Піотровскій Антонъ Осип., Енисейскій г. в. 36—58.	Главная.	Поповъ Ал-дръ Степ., ор. кл. Ив. общ.	Московск.
	Плещищевъ Рафаилъ Ник., Спб. Варш. ж. д.	Енисейская.	Поповъ Ник. Аркад., в. в. 62—86.	Самарская.
	Плешковъ Леонидъ Льв., в. в. Кішиневъ. 69—95.	Главная.	Поповъ Илья Петр., Камыши. г. в. 62—91.	Пермская.
	Платоновъ Ив. Яковл., в. пр. вр. въ Харьковѣ. 52—79.	—	Поповъ Валерій Фраст., з. в. Каз. г. 69—93.	Казанская.
	Платоновъ Як. Вас., в. в. 74—98.	Харьковская.	Поповъ Мих. Петр., в. 53—78.	Туристск.
1770.	Плотниковъ Петръ Мих., Моршан. з. в. 66—93.	Главная.	Поповъ Мих. Вас., в. Имп. Человѣкол. О. 38—60.	Московская.
	Плужанскій Кан.-Генрихъ Казимиров., ф. в. 70—95.	Тамбовская.	1840. Поповъ Иванъ Васил., сан. в. 55—79.	—
	Плюшковъ Ник. Мих., вр. Бахруш. б. 72—97.	Кіевская.	Поповъ Ал-дръ Ник., Перм. з. в. 71—97.	Пермская.
	Плюшковъ Дмитр. Мих., в. Басм. б. 68—93.	Московская.	Поповъ Влад. Петр., Камыши. уѣз. вр.	Харьковская.
	Плюшкинъ Ник. Фед., в. Псково-Рижск. ж. д. 67—93.	—	Поповъ Митроф. Козьмичъ, Волчанскій г. в. 52—76.	Главная.
	Пляскинъ Конст. Иннокен., орд. кл. Т. У. 75—93.	Псковская.	Поповъ Семенъ Моис., в. Астрахань. 50—79.	Казанская.
	Побѣдимскій Анатол. Геннадіев., о. Казан. клин.	Томск.	Поповъ Вячеславъ Андр., в. г. Оренбург. 67—91.	Оренбург.
	Побѣдоносцевъ Мих. Вас., ветер. врачъ. 75—92.	Казанская.	Поповъ Ал-дръ Владим., в. г. Оренбург. 67—91.	Казанская.
	Подоскій Ос. Гавр., Яновъ, Сѣдл. г. 64—90.	—	Поповъ Ипполитъ Степан., Усть-Сысол. з. в. 67—95.	—
	Полубецкій Тим. Як., г. в. Эйскъ, Кубанск. обл. 57—83.	Главная.	Поповъ Вячесл. Владим., в. в. Ковель, Волынской г. 64—90.	Главная.
1780.	Поблѣдская Антонина Павловна, вольно-практ. вр. г. Омскъ.	Зап.-Сибирск.	Поповъ Василій Титов., в. Екатер. богад. 65—93.	Московская.
	Подбайскій Ник. Ник., о. 6-цы Покр. мон. 66—93.	Кіевская.	1850. Поповъ Георг. Андреев., з. в. Рязан. г. 62—91.	—
	Подгурскій Викт. Франц., вр. Черноморской губ. 74—98.	Харьковская.	Поповъ Мих. Ник., проф. Томск. У. 65—90.	Томская.
	*Подкопановъ Ал-дръ Вас., Калуж. з. в.	Главная.	Поповъ Ал-дръ Васил., з. в. Москва. 51—79.	Главная.
	Подладчиковъ Як. Вас., в. Пенза. 73—90.	—	Поповъ Ал-дръ Васил., думск. вр. 69—95.	Московская.
	Подрызанъ Ник. Никол., п. Кіев. В. Н. 47—73.	Главная.	Попченко Вас. Иван., думск. вр. 69—95.	Тульская.
	Подрызанъ Ник. Никол., п. Кіев. В. Н. 47—73.	—	Постыловъ Никол. Петр., Богород. г. в. 68—94.	Владимирск.
	Подрызанъ Ник. Никол., п. Кіев. В. Н. 47—73.	Харьковская.	Постыловъ Ал-дръ Ник., Судогод. з. в. 63—87.	Московская.
	Подрызанъ Ник. Никол., п. Кіев. В. Н. 47—73.	Главная.	Постыловъ Алексій Иван., проф. Унив. 47—75.	—
	Подрызанъ Ник. Никол., п. Кіев. В. Н. 47—73.	—	Постыловъ Никол. Григ., Ардатов. з. в. Нижего-родской г. 68—96.	Главная.
	Подрызанъ Ник. Никол., п. Кіев. В. Н. 47—73.	—	Постыловъ Никол. Иван., вол. пр. врачъ. 38—66.	Московская.
	Подрызанъ Ник. Никол., п. Кіев. В. Н. 47—73.	—	Поталицинъ Никол. Лазаръ, з. в. Полтав. губ. с. Сорочинцы. 66—93.	Главная.
	Подрызанъ Ник. Никол., п. Кіев. В. Н. 47—73.	—	Поталицинъ Вас. Ив. з. в. Рязань. Екатер. г. 58—84.	—







- Сильвинский** Дм. Ал-др., с. в. въ Забайк. обл. Нерчинскій заводъ. 69—95.

**Симковъ** Ал-дръ Егоров., г. в. г. Самара. 66—93.

2150. **Симилайскій** Антонъ Петр., з. в. Пенз. г. 72—02.

**Симоновъ** Федоръ Козым., ветер. 65—00.

\***Синицкий** Петр. Мих., Берд. з. в. 57—76.

\***Синелинниковъ** Никол. Ал др., ст. Починокъ, Смоленск. г. 61—88.

**Синькевичъ** Влад. Ив., ветер. 59—83.

**Ситкевичъ** Ал. Викт., в. г. Якутскъ. 61—89.

**Ситникова** Мях. Яковл., о. Никол. б-цы. 70—94.

**Сичинскій** Леопольдъ Григ., ст. вр. губ. з. болыи. Кшиновеъ. 54—80.

**Скариа** Бол. Фел., в. Мед. Деп. Спб. Театральная, 3. 39—61.

**Скаткина** Ник. Ив., з. в. Москов. г. 67—91.

2160. **Скоорченко** Гавр. Онуф., 68—93.

\***Скоорцевъ** Конст. Никол., д. м. въ Спб. Удѣльная. 48—74.

**Скибинскій** Вл. Ал др.

**Скоорцевъ** Ив. Андр., о. Тамб. псих. леч. 61—88.

**Склоовскій** Евгон. Льв., о. дѣт. клин. 69—91.

**Скобе** Леопольдъ Христофоровичъ. Луга, Спб. г. 72—99.

**Скоромодовъ** Янкель Мар., в. Гомель. 59—87.

\***Скуридинъ** Павелъ Сем., о. ок. Казан. леч. 60—84.

**Скрывинъ** Мих. Гр., з. в. Пенза. 57—86.

**Славскій** Георгій Конст., з. в. 70—96.

2170. **Слайчевскій** Ал-дръ Вас., Ачин. г. в.

**Слетовъ** Павелъ Павл., Серпуховъ, Моск. г. 64—87.

**Слободинъ** Мстиславъ Никол.

**Слуцкий** Вульфъ Берк., Херсонъ. 68—96.

**Слюпажъ** Исакъ Соломоновичъ.

\***Слютинъ** Петръ Георгиевъ, в. ст. Снѣжная, Иркутской г. 57—82.

**Слюсаренко** Георг. Тимоф., Одесск. з. в. 59—86.

**Смакинъ** Виссар. Ал-др., м. в. Кронштадтъ. 74—98.

**Смиловичъ** Антонъ Людов., з. в. 72—98.

**Смирновъ** Владим. Павл., Темников. з. в. 64—90.

2180. **Смирновъ** Пав. Вас., 72—98.

**Смирновъ** Руфъ Яковл., з. в. г. Короча. 72—96.

**Смирновъ** Петръ Григ., з. в. Зубцовъ Тверской г. 60—86.

**Смирновъ** Ал-дръ Вас., Влад. г. санит. в. 54—81.

**Смирновъ** Матвей Вас., в. 16 фл. экип. Кронштадтъ. 54—79.

**Смирновъ** Иванъ Вас., Переясл. з. в. 49—82.

\***Смирновъ** Ал-дръ Петр., з. в. Самар. г. с. Богородское. 56—80.

**Смирновъ** Серг. Дмитр., Ростовъ на Дону. 69—94.

**Смирновъ** Серг. Павлов.

**Смирновъ** Алексѣй Ефим., проф. Томск. У. 59—84.

2190. **Смицкій** Иванъ Гавр., в. въ Кіевѣ. 64—90.

**Смоленскій** Вадимъ Вас., Баранов. уч. в. 74—00.

**Смордовскій** Петръ Ос., с. Брусовое, Курской г. 49—75.

**Смтловъ** Ник. Як., гл. в. б-цы св. Пантел. Спб. 60—87.

\***Снарскій** Леон. Ант., Пересл. з. в. Пусто-Рождественно, Влад. г. 52—76.

**Снежко** Ипполитъ Адам., в. въ Калугѣ. 37—62.

**Сникеръ** Петръ Мартын., в. в. Рига. 75—01.

**Соболевъ** Изм. Ильичъ, з. вр. 77—03.

**Соболовъ** Василий Григ., з. в. 69—93.

**Соболевъ** Ник. Ал-др., Яросл. з. в. с. Кораблина. 56—81.

2200. **Соболевъ** Ник. Ник., Венев. у. в. 63—89.

**Соболевъ** Иннокент. Ал-др., в. в. Чита. 76—99.

**Соболевъ** Аполл. Евграф., в. г. Ярославль. 66—91.

**Соборнинскій** Влад. Ив., в. Полоцкъ, Витебской г. 55—82.

**Собосевичъ** Моис. Леонтьев., в. 55—81.

**Содманъ** Мих. Мих., Вологод. у. з. в. 63—93.

**Сокольниковъ** Ал. Фед., бол. вр.

**Сокальский** Иван. Як., Гайсин. у. сел. в. м. Ладжины, Подольск. г. 53—81.

**Сокальскій** Никол. Алекс., в. г. Уфа. 62—89.

**Соколоовскій** Григ. Абрам., Чебоксар. з. в. 71—96.

2210. **Соколовъ** Павл. Яковл., в. пр. в.

**Соколовъ** Андрей Прокоф., Бѣлевск. г. в. 52—81.

**Соколовъ** Никол. Андр., пр. Харьк. Ун. 55—78.

**Соколовъ** Андр. Дмитр., в. гор. сан. станціи. 61—93.

**Соколовъ** Владим. Егоров., в. Софійск. б. 72—97.

**Соколовъ** Л. Ф.

**Соколовъ** Серг. Петр., в. в. въ Ригѣ. 70—93.

\***Соколовъ** Мих. Ив. в. въ Саратовск. г. м. Пады. 54—79.

**Соколовъ** Мих. Вас., в. Нижній Новгородъ.

\***Соколовъ** Серг. Ал-сѣев., в. Козловъ, Тамб. г. 57—83.

2220. **Соколовъ** Николай Иллари., г. в. Саранскъ Пензенской г. 51—79.

\***Соколовъ** Ив. Вас., ветер. Пермь. 45—79.

**Соколовъ** Алекс. Ив., в. в. Дежанъ, Елизаветпольск. г. 63—86.

Главная.  
Самарская.  
Казанская.  
Саратовская.  
Кіевская.

Главная.  
Херсонская.  
Главная.  
Харьковская.

Главная.

—  
Московская.  
Туркестанск.

Главная.  
Главная.  
Тамбовская.  
Кіевская.

Главная.

—  
Казанская.  
Главная.  
Тамбовская.  
Енисейская.

Главная.  
Пермская.  
Главная.

—  
Одесская.  
Главная.  
Одесская.  
Тамбовская.

Главная.  
Владимірская.

Главная.  
Кіевская.

Главная.  
Главная.  
Туркестанск.  
Томская.  
Кіевская.  
Волынская.

Главная.

—  
Калужская.  
Главная.  
Московская.  
Главная.

—  
Тульская.  
Главная.

Рост. на Д.  
Вологодская.  
Харьковская.

Главная.

—  
Казанская.  
Харьковская.  
Тульская.

Главная.

—  
Казанская.  
Харьковская.  
Тульская.

Главная.  
Казанская.

—  
Тульская.  
Московская.

—  
Главная.  
Главная.

—  
Казанская.  
Тульская.

—  
Московская.  
Главная.

—  
—  
Одесская.

Главная.

Главная.

—  
Главная.

—  
Курская.  
Енисейская.

Волынская.  
Московская.

Самарская.  
Главная.

**Соколовъ** Петр. Никол., Саратов. сан. в. 68—93.

**Соколовъ** Дм. Ал-др., з. в.

**Соколовъ** Никол. Вас., в. зарази. б-цы. 72—00.

**Соколяскій** Ив. Алек., земск. в.

**Соллогубъ** Іосифать Ив., с. в. Житомиръ. 55—82.

**Соловейчикъ** Ис. Льв., ст. в. Турк. сан. 6. 48—77.

2230. **Соловьевъ** Владим. Павл., в. Бахруш. б-цы.

**Соловьевъ** Дм. Алекс., зав. в. Пермск. г. 53—80.

**Соловьевъ** Ал-сѣй Федор., Майкоп. з. в. 65—95.

**Соловьевъ** Никол. Ал-др., Одесса. 68—93.

**Солодовниковъ** Мих. Лавр., з. в. Бугур. 75—03.

**Соломинъ** Петръ Амдр., о. Омск. в. госп. 52—83.

**Соломовичъ** Генрихъ Абрам., в. Вильна. 75—98.

**Солоновъ** Ал-дръ Петр., з. в. 57—82.

**Солтыъ** Петръ Петр., в. въ Лялян. г., итѣн. Ннтау. 59—90.

**Соснинъ** Михаилъ Федор., сан. в. Москов. з. 60—85.

2240. \***Сотина** Ал-дръ Ник, изъ г. Череповець, Новг. г. 52—76.

**Сосуновъ** Владим. Фед., ж. в. Омскъ.

**Сосунцевъ** Никол. Никит., ветер. Кашира, Тульск. г. 48—78.

**Соткинскій** Ив. Вас., воронежск. земскій врачъ. 63—98.

**Софроновъ** Фед. Вас., Орлов. з. в. с. Дросково. 59—83.

**Соци**

Стржельбицкий Ив. Казимир, в. в. Туль. 63—87.	Тульская.	Тимухин Ник. Павл., д. м. Сиб. В.-М. Акад.	Главная.
Струков Вл. Г.	Московская.	68—91.	—
Струков Ив. Петр., в. в. Проскуров, Подольск. г.	Главная.	Тодорский Ал-сый Фил., в. Сиб. 58—84.	Пермская.
73—01.	Московская.	Токарев Мих. Афан., Верхотур. з. в. 53—80.	Главная.
Стрельцов Ф. В., 77—04.	Главная.	*Токарев Григ. Серг., в.	Курская.
Студенский Ал-др Ал-сый, Д. М. Сиб. 70—94.	—	*Толмачев Ром. Артам., ветер. врач. 43—75.	—
2300. Студенский Ал-др Ал-др., ветер. П.-Новгород.	—	Толвинский Владисл. Зенов., Шлис. з. в. с. Горная	Главная.
63—87.	—	Шальдиха, Сиб. г. 62—94.	Московская.
*Стуков Ив. Андр., в. в. Амур. обл., иринск	—	Толоконников Ал-др Ник., о. Алекс. б. 62—84.	—
Амгинский. 69—94.	—	2370. Томасевич Вячесл. Влад., в. в. Старокопстанти-	Главная.
Ступин Серг. Серг., о. психиатр. б. 71—94.	Московская.	нов, Вол. г. 65—93.	Киевская.
Стурцель Богуслав Юльов., в. Бахруш. б-цы.	Московская.	Томашевский Серг. Петр., проф. Киев. У. 54—76.	Киевская.
Субботин Гавр. Никол., в. в. Сиб. г. Гатчин.	Главная.	Томашевский Стан. Львов., Севастополь. 75—99.	Главная.
70—94.	Туркестанск.	Тонконозов Моисей Абрам., о. Краснояр. б-цы.	Енисейская.
Суворова Иванъ Петр., в. 29—54.	Киевская.	64—91.	—
Судаков Ив. Андр., ор. Кюпо-Кирил. больницы	Киевская.	Топальский Ник. Ник., в. в. Сиб. зав. вр. загот.	Главная.
63—88.	Киевская.	67—95.	Казанская.
Сумма Ксенофонтъ Платонов., В. И. Киев	Главная.	Топоринъ Васил. Ал-сый, Свяж. у. в. 57—83.	—
56—80.	Калужская.	Топорков Андр. Матв., в. Старополь (губ.).	Главная.
Сумароков Юлий Ив., в. в. г. Вильн. 68—95.	—	61—86.	—
Суринов Ник. Никифор, з. в. Калужск. г. 73—02.	Главная.	Горюевъ Давидъ Моисеев., изъ Волын. г. Ново-	—
2310. Суворовъ Зосима Георг., в. в. в. Сиб. 9-ая рота, 15	Харьковская.	градволынск. 66—93.	—
66—00.	Пермская.	Тороповъ Дм. Ал-др, в. ст. Борзя, Забайк. ж. д.	—
Суручки Степ. Гавр., в. 63—88.	—	70—97.	—
Суслинъ Ник. Ник., пом. в. п. 57—82.	Казанская.	Тотемъ Моис. Давид., з. в. 68—94.	Херсонская.
Суслинъ Петр. Ник., ветерин. 61—87.	Пермская.	2380. Трайкинъ Пав. Данил., о. Нижегород. з. леч. 67—98.	Нижегородская.
Сухаревъ Ал-сый Андр., Казан. з. в. 61—85.	—	*Трачукъ Ипполитъ Игнат., ветер. 34—61.	Главная.
Суханъ Владим. Ал-др., в. Оханск. у.	Главная.	Транезниковъ Ал-дръ Вас., ст. в. б. з. Новочер-	—
Суховъ Афан. Ал-дров., морс. в. Кронштадтъ	Вологодская.	касск. 64—89.	—
57—83.	—	*Трейбергъ Эд. Борис., с. в. Ковенск. г.	—
Сухорский Ник. Викент., в. Волог. реальн. у.	—	Трей Борисъ Артур., в. в. Чугуевъ. Д. В. 67—94.	—
48—76.	—	Третьяковъ Ал-дръ Никол., Камыш. з. в. 60—85.	Пермская.
Сысоевъ Анат. Иван., зем. в. Бутурлино, Нижег. г.	Главная.	Третьяковъ Ник. Ник., Иркутск. 56—85.	Главная.
74—01.	—	*Тринитатовъ Анат. Ив., Уфим. з. в. с. Чашам.	—
Сырополово Георг. Анисим., в. в. Холмъ, Люблин. г.	Главная.	66—93.	Главная.
69—94.	Харьковская.	Тритисель Карлъ Генр., проф. Киев. у. 43—64.	Киевская.
2320. Таировъ Ал-сый Ал-др., Гдовск. з. в. 57—83.	Пермская.	Троицкий Ник. Дмитр., з. в. Мглинъ, Чернигов. г.	Главная.
Талиевъ Серг. Григ., в. Урал. ж. д. 60—87.	Томская.	63—87.	—
Тамбовский Митр. Павл., з. в. Тамбов. губ.	Главная.	2390. Троицкий Петр. Вас., в. в. Сиб. 73—97.	Самарская.
73—02.	—	Троицкий Ив. Петр., Сам. з. в. 61—89.	—
Танинъ Аркад. Владим., Сиб. Английск. 45. 71—95.	Волынская.	*Троицкий Ив. Иван., о. клин. Казан. У., прив. доц.	Главная.
Танфильевъ Пав. Ив., в. в. Харьковъ. 67—93.	Главная.	61—86.	—
Таранъ Платон. Орестов., ст. вр. бол. Житомир.	—	Троицкий Ник. Петр., Козьмодем. з. в. Б. Суздаль,	—
63—90.	—	Казан. г. 58—84.	Харьковская.
Тарарумъ Георг. Макс., Сумы, Харьк. г. 63—90.	—	Тромбицкий Григ. Самойлов., Сумск. з. в.	—
Тарабринъ Георг. Яковл., орд. гор. бол. Таган-	—	*Труновъ Мих. Павл., ж. в. Ю.-Вост. ж. д.	Воронежск.
рогъ. 53—80.	—	67—91.	Одесская.
Тарасовъ Ник. Петр. 72—98.	—	Трутовский Ал-сый Яковл., з. в. 61—86.	Главная.
Тарчевский Петр. Вас., Бердянский з. в. 56—83.	Таврическая.	Трушевский Ив. Ив., в. 66—91.	Киевская.
2330. Татаркинъ Ив. Алексеев., в. Обл. в. Дон.	Главная.	Туминъ Ник. Макс., Хотин. з. в. Секурияны, Бесс. г.	—
Тезляковъ Ник. Ив., Воронеж. з. в. 59—84.	Пермская.	61—87.	—
Телятникъ Фед. Калин., в. в. 66—94.	Одесская.	Туркевичъ Мих. Теофан., с. в. 69—93.	—
Тельтовъ Маріанъ Францев., у. в. Ярослав. г.	Минская.	2400. Туровский Конст. Григ., з. в. с. Александровка,	Главная.
53—82.	Казанская.	Сарат. г. 67—93.	Киевская.
Тепловъ Порфир. Яковл., в. сирот. дома. 63—89.	Главная.	Туровцовъ Ал-дръ Тим., в. Киев. 2-й гим. 57—86.	Московская.
*Терентьевъ Павелъ Ал-др., в.	Саратовская.	Турчаниновъ Ал-сый Павл., в. Яузск. б. 64—90.	—
Терновский Ал-сый Андреев., з. в. 59—83.	—	Тутухинъ Ник. Петр., в. в. Холмъ, Любл. г.	Главная.
Терениковичъ Аншель Мееров., в. в. г. Василько-	—	65—93.	—
въ, Киев. г. 67—91.	—	Тутухинъ Петр. Петр., зав. псих. лечеб. 68—97.	Московск.
*Тесля Семенъ Троф., з. в. Старобильскъ, Харьков.	—	Тучевичъ Иосифъ Петр., Ефрем. г. в. 61—91.	Тульская.
г. 61—88.	—	Тхоржевский Эдуардъ Викентьев., Старокоп-	Волынская.
Тетереватниковъ Ив. Никанор., в. 71—96.	Московская.	город. вр. 32—57.	—
2340. Тимашевъ Серг. Мих., проф. Томск. У. 66—93.	Томская.	Тихушица Петр. Яковл., з. в. Олоноц. г. Лодей-	Главная.
Тимашевъ Петр. Петр., в. 77—01.	Оренбургская.	ное Поле. 67—94.	Московская.
Тиморевъ Прохоръ Порфир., з. в. Устиг. уезда.	Вологодская.	Тэрианъ Григ. Мартын., в. леч. душ. б.	Оренбургская.
65—93.	Главная.	Тюмлинцевъ Ник. Фед., в. в. 65—91.	—
Тимошенко Ал-сый Ив., Рязань. 64—93.	—	2410. Тютрюмовъ Влад. Мат., в. ст. Муравьевъ-Амур-	Главная.
Тимошокъ Гавр. Родион., Черниг. з. в. Ивангородъ.	—	ский, Прим. обл. 57—83.	—
66—91.	Харьковская.	Тяпочкинъ Ал-дръ Павл., о. Батум. в. г. 58—86.	Самарская.
Тимофеевский Пав. Ильичъ, в. в. 78—03.	—	Тяпичинъ Ал-дръ Евген., орд. псих. б-цы. 61—89.	Главная.
Тимофеевский Илья Тимоф., в. Бѣловод. лаз	—	Уаровъ Ив. Ал-сый, в. в. в. Одесъ. 55—79.	Саратовская.
54—82.	Казанская.	*Уваркинъ Ник. Павл., ветерин. г. Вольскъ. 65—95.	Владимирская.
Тимофеевъ Ив. Мих., врач.	—	Угрюмовъ Конст. Ал-дров., ф. в. 50—76.	—
Тимофеевъ Пав. Вас., в. в. Абасъ-Туманъ, Тифл. г.	Главная.	Укладниковъ Ив. Онисим., в. Тифл. г. Мухоманъ.	Главная.
62—88.	Пермская.	68—93.	—
Тимофеевъ Аннолонъ Андр., врач. 59—79.	—	Ульяновъ Θεодос. Леонид., в. в. с. Бол. Солдатское,	—
2350. Тимофеевъ Леонидъ Андр., Шадрин. з. в. 67—93.	—	Курск. г. 70—94.	Одесская.
Титинъ Мих. Мих., в. в. Серпуховъ, Москов. г.	Главная.	Умбисевъ Ал-дръ Иван., з. в. 65—91.	Казанская.
74—98.	Волынская.	Удиринцевъ Раф. Михайл., врач.	Самарская.
Титовъ Вас. Степ. 54—82.	Московская.	2420. Уженинъ Ив. Вас., о. зем. б. 58—85.	Херсонская.
Титовъ Никол. Дориф., ст. в. Бахруш. б. 61—85.	—	Унтиловъ Ник. Вас., Сиб. Рижскій, 30. 64—90.	Главная.
Титовъ Пав. Мих., з. в. Глазовъ, Вятской г.	Главная.	Унтиловъ Ник. Кир. Сиб. 59—84.	Пермская.
56—81.	Калужская.	Ураевский Серг. Вас., Перм. г. в. 62—86.	—
Тихомировъ Ив. Яковл., вр. леч. Красн. Креста	—	Усаковский Влад. Ив., в. Ростов. на Д. округа.	Рост. на Д.
въ Пятигорскѣ.	—	49—81.	—
Тихомировъ Павелъ Дмит., Цариц. з. в. Ольховка,	Главная.	Усаченко Ал-др. Анноллинариев., ветерин. Сара-	Саратовская.
Саратов. г. 59—84.	—	товъ. 66—91.	Зап.-Сибирск.
Тихомировъ Влад. Вас., Вильн. 55—82.	Московская.	Успенский Петр. Павл., в. г. Кургана. 66—94.	—
Тихомировъ Ал-дръ Ив., в. пр. в. 50—76.	—	Успенский Ал-др. Никол., влад. водолечебн. въ Киевѣ.	Киевская.
Тихомировъ Самуилъ Петр., Старобѣл. з. в. Мостки,	Главная.	58—82.	Томская.
Тихоновъ 68—97.	Таврическая.	Успенский Ал-сый Вас., з. в. г. Усмань. 59—83.	—
Харьк. г. 68—97.	—	Успенский Ал-дръ Ал-др., з. в. в. Ярослав. г. Мыш-	Главная.
2360. Тихоновъ Серг. Нпал., Тавр. з. в. 63—90.	Главная.	кинъ. 65—95.	—
Тихонеръ Адольфъ Ал-др., д. м. в. Сиб. Салона, 59.	—	2430. Успенский Ал-сый Пав., в. г. Баричевъ, Орловск. г.	—
Г. с. Копорье.	—	65—89.	—

- Успенский Ив. Ефим., в. Тверь. 76—01.  
Успенский Ник. Ив., в. Могилев г. Горки. 63—88.  
Устиновъ Алекс. Петр., вр. М. б. 62—87.  
Утѣхинъ Ник. Фед., Ядринск., Казанск. г. 71—98.  
Ушмарский Гр. Ал-сѣев., в. в. 73—98.  
Фаворовъ Фед. Степ., ветер.  
Фаворский Ал. Митр., с. Богородское, Самар. г. 67—93.  
Фаворский Евг. Ив., Владим. дум. в. 55—79.  
2440. Фаворский Ив. Вас., в. въ Киевѣ. 51—76.  
Фавръ Влад. Егор., в. прак. вр. въ Харьковѣ 52—76.  
Фаерманъ Влад. Сем., Днѣпр. у. в. 60—85.  
Фаленкиій Юсифъ Адольф., Карабудакентъ, Тем. Ханъ-Шура, Дагест. обл. 69—96.  
Фалькъ Максимъ Григорьев., орд. псих. лечебн. 74—01.  
Фалькъ Юсифъ Абрам., Покр. з. в. 60—87.  
Фаминский Иванъ Неофит., в. в. Митава. 73—98.  
Феллеръ Гр. Георг., в. Маргелан. л. 58—84.  
Федерольфъ Ал-дръ Карл., в. в. Гарволлинъ, Сѣдл. г. 63—91.  
Федоревъ Владим. Влад., ветер. вр. Спб. Забалканскій, 35/2. 74—96.  
2450. Федюшко Мих. Франц., ст. Уильская, Уральск. обл. 69—95.  
Федоренко Ив. Степ., з. в. Чернигов. с. Выблн. 64—89.  
Федоровский Вас. Леонид., в. Об. Кр. Креста. 54—81.  
Федоровский Семен. Леонт., в. Спб. 65—93.  
Федоровъ Евг. Георг., ж. в. 70—97.  
Федоровъ Ив. Иван., Звенигор. у. в. 53—76.  
Федоровъ Ив. Никол., ветер. губ. земства.  
Федоровъ Ал-дръ Ал-дров., Землянск. у. в. 56—81.  
Федоровъ Ип. Ип., Пенза, з. в. 61—85.  
Федоровъ Петръ Вас., Нижег. з. в. Сергачев. уѣз. 63—89.  
2460. Федоровъ Влад. Степ., Надеждинская, 42. Спб. 69—95.  
Федорченко Мих. Мих., в. в. 62—86.  
Федосовъ Максимъ Гр., в.  
Федотовъ Лавр. Фед., ст. в. Асхабад. лаз. 41—67.  
Федотовъ-Чеховскій Як. Ал-др., ст. в. Ю. З. ж. л.  
Федотовъ Ал-дръ Федотов., в. Уфим. реальн. уч.  
Федоровскій Г. М.  
Фейерштадтъ Герм. Осип., Спб. 55—83.  
Фельдманъ Георг. Фед., Духовщина, Смолен. г. 57—89.  
Фельдъ Соломонъ Яковл., в. Житомирѣ. 65—94.  
2470. Фенстеръ Мих. Яков., в. Батумъ, 2 госп., Кутаис. г. 60—83.  
Фисенко Ал-сѣй Степ., в. въ Костр. г. Буй. 46—72.  
Фивейскій Ник. Павл., о. б. чернор. 54—81.  
Фидельманъ Юсифъ Авраам., Скидель, Гроднен. г. 59—89.  
Филантроповъ Ал-дръ Ник., Спасск. з. в. 58—82.  
Филатовъ Ал-дръ Тимоф., ж. д. вр. 68—95.  
Филиппъ Ал-дръ Ю., в. пр. вр. въ Харьковѣ. 60—85.  
Филиковъ А. М., с. Дуровицыно, Ряз. г.  
Фирсиновъ Ал-дръ Ив., з. в. Воронежѣ. 66—93.  
Фирсовъ Мих. Георг., ф. вр. Пос. Павловскій, Моск. г. 62—88.  
2480. Фирсовъ Матв. Макс., в. зем. управы. 54—80.  
Фирфировъ Ал-дръ Пав., в. в. Житомирѣ. 63—88.  
Фиминъ Иос. Борис., в. душ.-болн. въ Перм. 68—93.  
Фиминъ Бенціонъ Ник., з. в. Пензен. г. с. Кучки. 71—95.  
Филковский Влад. Ив., з. в. Воронеж. г. с. Борисовка. 70—94.  
Флеровъ Леонидъ Ал-др., Севастополь. 70—95.  
Флеровъ Ник. Алексѣев., Вятск. з. в. Салоблякѣ. 72—98.  
Флеровъ Як. Матв., уѣзд. вр. г. Купянскѣ. 64—89.  
Фоленко Б. П. в. пр. в.  
Фокинъ Ал-сѣй Ал-др., в. в. 58—83.  
2490. Фоленко Викт. Викт., воен. вр.  
Фоминъ Петр. Ал-др., Купянск. у. в. 54—82.  
Фоминъ Серг. Ив., о. Александр. б. 64—88.  
Фоссъ Эдуардъ Христ., в. в. г. Полтава. 71—97.  
Фобановъ Викт. Петр., з. в. Аткар. у. 57—81.  
Френкель Захаръ Григор., в. Кострома. 69—95.  
Френкель Лейба Гиршов., Порховск. з. в. 65—93.  
Фриндлинъ Яковъ Матв., в. Пензен. губ. б.  
Фробергеръ Викт. Эд., в. в. Рига. 63—90.  
Фроловъ-Багиревъ Ант. Фед., в. въ Ягть, Тавр. г. 69—94.  
2500. Фроловъ Валер. Яков., Екатеринбург. з. в.  
Фростъ Конст. Вас., з. в. Херсон. г. 69—93.  
Фрязовскій Ив. Мих., Устюжск. з. в. 58—85.  
Фудель Никол. Ив., с. в. 75—00.  
Фуксманъ Моис. Осипов., в. 70—97.  
Фуксъ Николай Петровичъ, врачъ.

Главная.

Московская.

Главная.

Самарская.

Главная.

Главная.

Владимирская.

Киевская.

Харьковская.

Херсонская.

Главная.

Нижегородск.

Владимирск.

Главная.

Туркестанск.

Главная.

Главная.

—

—

Владимирская.

Главная.

Кавказская.

Московская.

Самарская.

Харьковская.

Главная.

Нижегородск.

Главная.

Тульская.

Главная.

—

Киевская.

Самарская.

Главная.

Главная.

—

Волынская.

Главная.

—

Московская.

Главная.

Казанская.

Московская.

Харьковская.

Главная.

Тамбовская.

Главная.

Московская.

Главная.

Пермская.

Главная.

—

—

Вологодская.

Киевская.

Зап.-Сибирск.

Харьковская.

Харьковская.

Московская.

Курская.

Саратовская.

Главная.

Нижегородск.

Главная.

—

—

Пермская.

Одесская.

Вологодская.

Московская.

Томская.

Казанская.

- Фунтъ Ал-дръ Ефим., с. в. Минск. г. 72—95.  
Хайджи Сам. Ис. 74—03.  
Ханелесъ Сем. Абрам., Козлов. з. в. 69—94.  
\*Ханыковъ Иванъ Петр., в. Харьковѣ. 49—82.  
2510. Харазовъ Тигранъ Георг., воын. практ. вр. г. Тиф- лисъ. 63—90.  
\*Харламовичъ Клем. Ив., Москва. 48—74.  
Харизоменовъ Ксеноф. Никол., з. в. 65—89.  
Хасинъ Моисей Борис., в. Херсонѣ. 65—97.  
Хатуниевъ Иванъ Иван., в. Нузск. б. 64—91.  
Хвалынскій Вас. Ал-др., в. в. Вольскъ, Сар. г. 65—93.  
Хворостянский Мих. Андр., Воронеж. з. в. 67—98.  
Хейкеръ Юсифъ Моисеев., пос. Дмитриевскій, Екате- риносл. г. 64—93.  
Херасковъ Ник. Мих., в. орд. Павловъ болн. 63—86.  
Хинкуловъ Калст. Петр., пзъ Бессараб. г.  
2520. Хириновъ Дм. Вас., в. Шлевскій зав., Нижег. г. 72—98.  
Хитровъ Ник. Павл., им. Благодарное, Рязанск. г. 75—99.  
Хитровъ Ив. Ив., в. 2 гор. б. 68—94.  
Хилмовъ Виссар. Ив., Прѣст. з. в. 58—82.  
Хлопинъ Григ. Виталиев., проф. жен. М. И. 63—93.  
Хлыбниковъ Ив. Гаврил., Ставроп. з. в. 52—77.  
Хлыбниковъ Серг. Никол., ф. в. 73—99.  
Холодовскій Ал-дръ Мих., Воронежѣ. 67—93.  
Холшевниковъ Порф. Ник., гл. д. Влад. морск. г. Либав. 49—71.  
Хольцовъ Бор. Ник. Спб. Эртелевъ, 3. 60—87.  
2530. \*Хомяковъ Влад. Аристар., Перм. з. в. 61—87.  
Хорошевскій Степ. Степ., в. пр. вр. 59—85.  
Хорцевъ Серг. Никол., в. в. Волковыскъ, Грод. г. 68—91.  
Хохловкинъ Юдель Исаак., Юзовка, Екатеринбург. г. 61—88.  
Хомятовскій Викент. Ив., в. Волин. г. м. Горо- лово. 56—84.  
Христочевскій Дм. Ив., Воронежѣ. 71—99.  
Хруцкий Викт. Людв., в. въ Витебскѣ. 54—78.  
Хрущевъ Конст. Григ., з. в. Воронеж. г. 70—93.  
Хрущевъ Филаретъ Иван., в. въ Воронежѣ. 50—80.  
Хрычкиновъ Ив. Ал-сѣев., ж. в. 69—94.  
2540. Цалкинъ Иос. Марк., в. въ Иван.-Возн. 63—88.  
Цвѣтковъ Иванъ Семен., з. в. 74—97.  
Цвѣтковъ Влад. Ал-сѣев., в. въ Полт. г. Хомутецъ. 69—94.  
Цезаренскій Пав. Влад., ж. д. в., Смоленскъ. 50—76.  
Цейтлинъ Исидоръ Никол., ветерин. 65—89.  
Цераскій Петръ Мих., в. Дубовно, Могил. г. 69—96.  
Цехновицеръ Моис. Евсеев., в. Курскѣ. 61—88.  
Цибульскій Владисл. Лавр., з. в. Самар. г. 61—93.  
Цилеръ Демьянъ Карл., в. въ Камышл. 66—89.  
Цимбалинъ Вл. Влад., з. в. Саратов. г. с. Бара- новка. 70—95.  
2550. \*Циммерманъ Ив. Людв., ст. вр. Каз. мѣст. лаз. 52—78.  
Циммерманъ Эмануилъ Георг., Ардальоновка, Уфим. г. 71—97.  
Цинкъ Ал-дръ Карл., в. Пенза. 75—00.  
Цыганковъ Триф. Ниполит., в. въ Харьковѣ. 57—84.  
Цыслинскій Ал-дръ Кир., лабор. офт. клин. 63—87.  
Цыловскій Фед. Фед., с. Замоще, Смолен. губ. 43—65.  
\*Чекалевъ Ник. Григ., Новгор. з. врачъ. 55—80.  
Чаковский Ал-дръ Матв., воын. практ. врачъ. 71—97.  
Чалусовъ Мих. Атаніев., врачъ.  
Чарнецкій Адамъ Яковл., с. в. Феодос. карант. 61—87.  
2560. Чарницкій Бол. Альбинъ, вет.  
\*Чаушанскій Ал-дръ Вас., гор. вр. 52—76.  
Чеботаревъ Влад. Серг., о. Орд. з. б. 56—82.  
Чекунъ Ив. Степ., в. асс. кл. воен. госпит. 60—86.  
Чемодановъ Ник. Вас., г. в. Уржумъ, Вятской г. 60—86.  
Чемодановъ Вл. Ал-др., Саранул. з. в. 58—84.  
Чемодановъ Серг. Ал-др., з. в. 66—00.  
Чепурковский Ремигій-Иерон. Ив., в. Бѣлостокъ, Грод. г. 60—85.  
Черевковъ Пав. Сильвестр., в. О. Войск. Дон. Та- ганрогъ. 62—88.  
\*Черемужинъ Никол. Мих., в. в. Примор. Обл., ст. Вяземская, 68—94.  
2570. Черкасъ Анат. Ал-др., Кречевницкя казар., Новг. г. 55—82.  
Черкесовъ Вас. Ал-др., в. Красноярскѣ. 72—96.  
Черненко Ром. Фед., Вр. И. Могилевъ. 62—87.  
Чернецкій Фед. Григ., г. в. Елабуга, Тамбов. г. 53—81.  
\*Черновъ Вас. Егор., проф. Киевѣ. 52—77.

Киевская.

Харьковская.

Тамбовская.

Курская.

Кавказская.

Главная.

Московская.

Херсонская.

Московская.

Главная.

Харьковская.

Главная.

Московская.

Главная.

—

Московская.

Пермская.

Московская.

Главная.

Московская.

Главная.

—

Пермская.

Московская.

Главная.

—

—

—

Московская.

Воронежская.

Московская.

Владимирская.

Московская.

Главная.

Зап.-Сибирск.

Главная.

Курская.

Главная.

—

Туркестанск.

Главная.

Харьковская.

—

Главная.

Владимирск.

Самарская.

Казанская.

—

Главная.

Одесская.

Орловская.

Харьковская.

Главная.

Казанская.

—

Главная.

—

—

Главная.

—

—

—

—

—





Эсауловъ Ник. Никол., Костр. В. И. 64—88.	Вологодская.
2720. Юделевичъ Моис. Лейз., в. Витебскъ. 61—88.	Главная.
Юделевичъ Як. Лейзар., в. М. Дагда, Витеб. г. 49—82.	—
Юдинъ Конст. Ал-др., Одесса. 77—02.	—
Юзифовъ Григ. Марк., з. в. Ново-Айдаръ, Харьков. г. 78—00.	—
Юлский Марц. Ив., в. Спб. полиц. Введенская, 4. 53—78.	—
Юрасовъ Евг. Кронид., Вязьма, Смоленской г. 75—00.	—
Юревичъ Вал. Ал-др., Спб. Басковъ пер. 3. 72—99.	—
Юревичъ Вият. Владисл., в. для бѣдн.	Одесская.
Юрковский Бор. Андр., сан. вр. 69—96.	Московская.
Юрманъ Ник. Ал-др., о. Ник. воен. госп. 67—90.	Главная.
2730. Юрековский Никол. Павл., ветер. врачъ. 75—02.	Московская.
Юцевичъ Антон. Осип., Перм. ветер. губ. Инспек. 43—70.	Пермская.
Юшницевъ Серг. Ал-др., в. ст. Невпиномысская, Кубан. 75—00.	Главная.
Яблоковъ Сергѣй Плат., з. в. Кинешма, Костром. г. 63—89.	—
Яблоновъ Серг. Вас.	—
Яблоновскій Ник. Андр., з. в. Ворон. г. 65—90.	Московская.
Яблонскій Фед. Викт., Ставроп. з. вр. 73—97.	Самарская.
Яворскій Ал-дръ Сем., Красноуфимскъ, Перм. г. 71—99.	Главная.
Языковъ Серг. Дмитр., в. въ Москвѣ. 56—78.	Московская.
Якименко Як. Григ., в. въ Спб. Симбирская, 12. 58—85.	Главная.
2740. Яковлевъ Ник. Ник., в. Варш. ж. д., кв. 20. 56—84.	—
Якоревъ Ник. Серг., Новозыбков. з. в. Чернигов. г. 62—88.	—
Якубовичъ Федоръ Васил., Рыбинскъ, Яросл. г. 53—83.	—
Якубовскій Алексѣй Яковл., в. Ю. З. ж. д. 71—95.	Кіевская.
Якубовъ Ник. Ив., о. Волог. з. б. Вологда. 64—89.	Вологодская.
Якубскій Юс. Владисл., в. Кременецъ. 68—93.	Волынская.
Якушевичъ Серг. Гавр., з. в. Харьковъ, Универ. 65—91.	Главная.
Янгородскій Кипріанъ Антон., в. Волын. г. м. Тео-фпполь. 60—88.	—
Янкевичъ Юс. Аарон., пересыл. вр. Том. уѣзда и г.	Томская.
Янковскій Дм. Мое., з. в. въ г. Вязьмѣ, Смолен. г. 63—90.	Главная.
2750. Янковскій Мих. Болесл., Москва. 67—93.	—
Янковскій Роб. Варл., в. пр. вр. 76—04.	Кіевская.
Янпольскій Самсонъ Давид., з. в. Богодуховка, Полтав. г. 69—95.	Главная.
Яновскій Адольфъ Як., о. губ. б-цы. 62—87.	Таврическая.
Яновскій Ал-др. Аполлон., з. в. Тульск. г. 68—97.	Тульская.
Янчевскій Ник. Ив., з. в. 66—90.	Таврическая.
Янченко Ал-дръ Ив., в. Кіев. благ. об. 61—89.	Кіевская.
Янчинъ Андр. Вас., Сѣвск. з. в. 52—81.	Орловская.

*Ярмушъ Ман. Тим., в. въ м. Дашевъ, Кіевской г. 55—81.	Главная.
Яровицкій Серг. Вас., в. Дал. Востокъ. 74—01.	—
2760. Яровой Сем. Мих., в. Кирилл. б-цы.	Кіевская.
Яроцинскій Леонидъ Фелищан., в. пр. вр.	Московская.
Яроцкій Ал-дръ Ив., в. проф. Ун. Юрьевъ, Лифл. г. 64—89.	Главная.
Яроцкій Адамъ Адольф., з. дѣтск. леч. хрон. б. 68—94.	Кіевская.
Яромъ Вас. Ив., з. в. Черн. г. м. Ольшанка. 70—96.	Главная.
Ясенскій Казимір. Донатов., с. Аманась, Самарск. г. 63—91.	—
Ясницкій Ал. Андр., в. в. въ Читѣ. 59—83.	—
Ястремскій Вас. Дмитр., Курск. з. в. 58—82.	Курская.
Яхитовъ Ал-дръ Петр., доц. Кіевск. Ун. 61—87.	Кіевская.
2769. Яцуржисскій Уст. Петр., в. изъ Могилев. г. г. Черньовъ. 55—82.	Главная.

# УМЕРШІЕ.

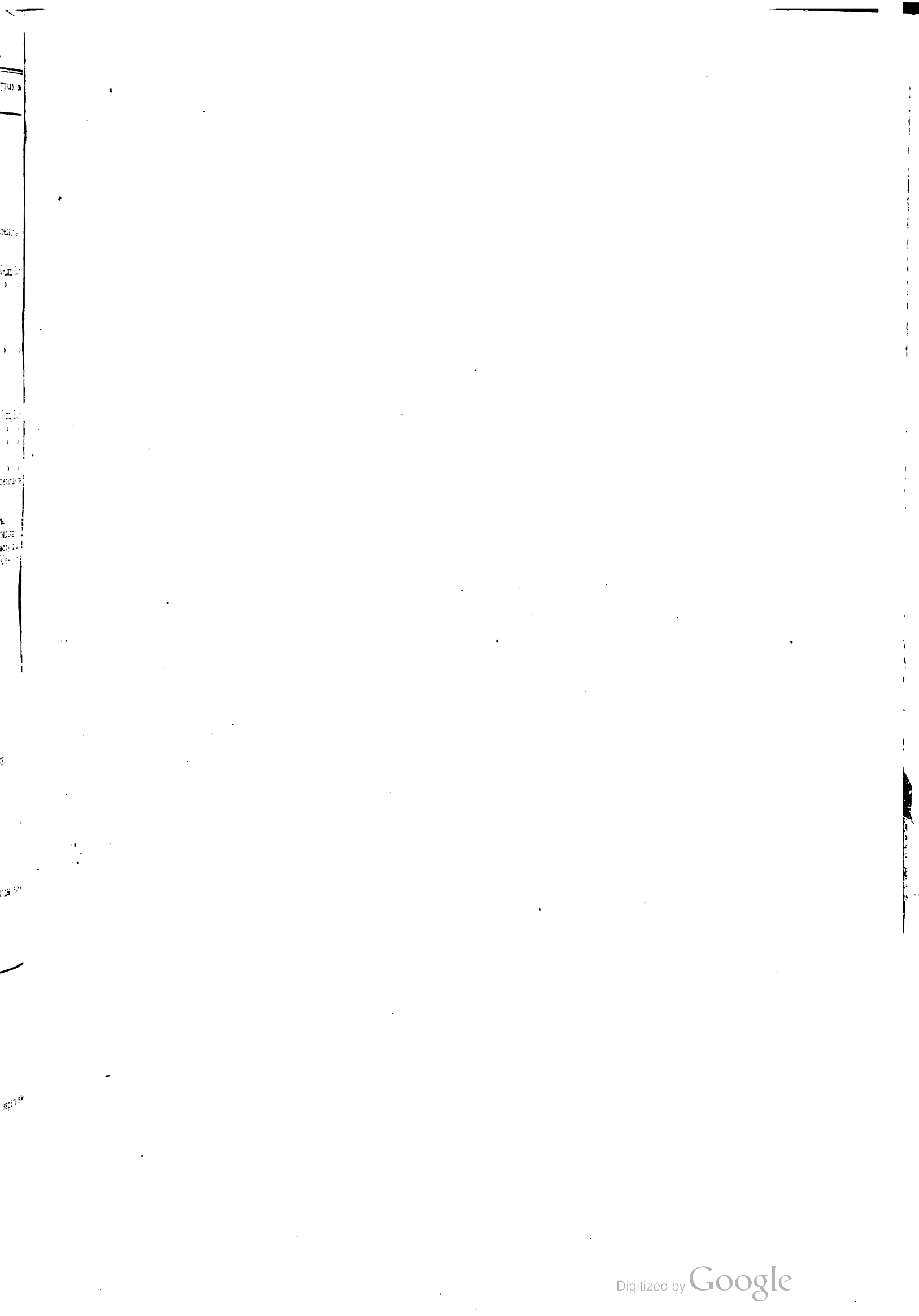
1. Аладжаловъ И. М.	Рост. на Д.
Алафузовъ С. А.	Московская.
Ф. Беккеръ В. А.	—
Верещагинъ В. А.	Тамбовская.
5. Вилимовскій Г. А.	Зап.-Сибир.
Войткевичъ Ф. К.	Главная.
Воронинъ В. П.	—
Вишняковъ Д. Ф.	Херсонская.
Гаевскій И. Г.	Кіевская.
10. Григорьевъ Л. И.	Главная.
Грязновъ П. И.	—
Дмитріевъ В. Н.	Харьковск.
Зарубинъ И. К.	Казанская.
Злоказовъ И. П.	Московская.
15. Константиновскій И. В.	Главная.
Массенъ В. И.	—
Малиновскій Б. С.	Московская.
Мондштейнъ Б. Э.	Енисейская.
Мушниковъ В. И.	Томская.
20. Павликовскій Э. Г.	Главная.
Панюгинъ Н. В.	—
Перцевъ К. Н.	Вологодск.
Плосковицкій Б. К.	—
Прокашевъ П. Д.	Московская.
25. Соколовъ Н. А.	Главная.
Склифосовскій Н. В.	—
Сутыринъ А. Я.	Тамбовская.
Тварьяновичъ И. К.	Главная.
Федоровъ А. И.	—
30. Ханелессъ И. А.	Зап.-Сибир.
Чагановскій Н. Н.	—
32. Чигловскій Б. М.	—

# СПИСОКЪ БЛАГОТВОРИТЕЛЕЙ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАССЫ.

№.	Имя и фамилия:	Сумма вноса:	Отдѣлъ кассы, въ который поступило пожертвованіе:
1	Чистовичъ Яковъ Алексѣевичъ, академикъ, тайный совѣтникъ, непремѣнный членъ Военно-Медицинскаго Ученаго Комитета и совѣтательный членъ Медицинскаго Совѣта Мин. Вн. Дѣлъ, основатель Вспомогательной Медицинской Кассы и Предсѣдатель Комитета Главной Кассы съ 1867 по 1885 (умеръ 19 октября 1885 г.).	500 р.	(1868)
2	Бубологовъ Николай Андреевичъ, докторъ медицины . . . . .	500 »	»
3	Дубовицкій Петръ Александровичъ, тайный совѣтникъ . . . . .		Въ Главную Вспомогательную Медицинскую Кассу.
4	Рознатовскій Антоны Лукичъ, штабъ-лѣкарь, надворный совѣтникъ . . . . .	4000 »	(1870)
5	Куманины Валентинъ Алексѣевичъ и Татьяна Александровна . . . . .	5625 »	(1869)
6	Дурново Петръ Павловичъ, генералъ-лейтенантъ . . . . .	500 »	(1872)
7	Менде Карлъ Ивановичъ, дѣйствительный тайный сов. . . . .	3800 »	(1875)
8	Прозоровъ Григорій Михайловичъ, тайный совѣтникъ, непремѣнный членъ Военно-Медицинскаго Ученаго Комитета . . . . .	1000 »	(1880)
9	Треборнъ Константинъ Александровичъ, стат. сов. . . . .	750 »	(1880)
10	Тутковский Герасимъ Степановичъ, штабъ-лѣкарь . . . . .	1685 »	(1883)
11	Мазановскій Осипъ Антоновичъ, докторъ медицины стат. сов. . . . .	500 »	(1878)
12	Кукминъ Константинъ Кирилловичъ, потом. почетный гражданинъ . . . . .	500 »	(1885)
13	Стадионъ Веніаминъ Михайловичъ, докторъ медицины, вносилъ по 50 руб. въ годъ . . . . .	200 »	(1886)
14	Блюкочитовъ Алексѣй Григорьевичъ, врачъ . . . . .	1400 »	(1887 по 1889) Въ Главную Всп. Мед. Кассу.
15	Сычуговъ Савватій Ивановичъ, земскій врачъ . . . . .	1000 »	(1887) Въ Харьковскую » » »
16	Бессеръ Викторъ Вилибальдовичъ, заслуженный профессоръ Имп. В.-М. Академіи . . . . .	1000 »	(1889) » Главную » » »
17	Манассеинъ Вячеславъ Авксентьевичъ, редакторъ «Врача» . . . . .	—	(1890) Многочтнее бесплатное печатаніе отчетовъ Кассы.
18	Чистовичъ Екатерина Николаевна, жена доктора, члена Комитета Главной Кассы . . . . .	31600 »	(1893) Въ отдѣльный капиталъ.
19	Риккеръ Карлъ Леопольдовичъ, издатель газеты «Врачъ» . . . . .	5000 »	(1895) » отд. капиталъ для выдачи пособій 2500 р. въ Главную Кассу и 2500 р. въ капиталъ В. А. Манассеина.
20	Бертенсоъ Іосифъ Васильевичъ, д-ръ мед. тайный совѣтникъ . . . . .	500 »	(1896)
21	Камкинъ Леонидъ Павловичъ, мл. ординаторъ Ташкентскаго воен. госп. . . . .	1043 » 28 к.	(1896) Въ Главн. Кассу.
22	Здекауеръ Николай Федоровичъ, заслуж. проф. М.-Хир. Акад. . . . .	4460 » 80 »	(1897) » » »
23	Баталинъ Анатолій Гавриловичъ, докт. мед., предсѣд. Главной Кассы . . . . .	4000 »	(1897) » » »
24	Бунтъ Александръ Юльевичъ, врачъ въ С.-Петербургѣ . . . . .	500 »	(1897) » » »
25	Брендель Александръ Егоровичъ, врачъ въ Одессѣ . . . . .	3000 »	(1898) » » »
26	Новицкій Иванъ Николаевичъ, заслуженный профессоръ Московскаго Университета . . . . .	10000 »	(1898) » Московскую Кассу.
27	Родоміицевъ Георг. Фед., б. предс. Тульск. Кассы . . . . .	1000 »	(1899) » Главн. Кассу.
28	Коломійцевъ Николай Артемьевичъ, тайный совѣтникъ . . . . .	500 »	(1899) » Кіевскую Кассу.
29	Суворова Иванъ Петровичъ, д-ръ мед. дѣйств. тайный сов., б. предсѣдатель Туркестан. Вспом. Мед. Кассы, пожертвовалъ капиталъ, собранный въ его честь бывшими сослуживцами его. . . . .	1199 » 70 »	(1900) » Туркестанскую Кассу.
30	Усенко Афанасій Павл., врачъ, въ 1886 г. завѣщалъ Кассѣ капиталъ, оставл. въ пожизненное пользованіе его жены, умершей въ 1903 г. . . . .	5200 » 1/2 бум. и 253 р. 14 к. нал. деньг.	(1902) » Главную Кассу.
31	Скрицкий Феликсъ Казимировичъ, врачъ . . . . .	1500 р.	(1902) » Калужскую Кассу.
32	Герольдштейнъ Федоръ Андреевичъ, д. ст. сов., б. участн. Москов. Кассы, по духовному завѣщанію . . . . .	5000 »	(1902) » Москов. Кассу.
33	Предтеченская Е. В., въ память покойной матери Ольги Ивановны Леонтовичъ . . . . .	1000 »	(1902) » » на расходы секретаря.
34	Зелиндъ Н. А., тайный совѣтн., докторъ медицины . . . . .	500 »	(1903) » Главную Кассу.

## СПИСОКЪ ЖЕРТВОВАТЕЛЕЙ ВЪ КАССУ (съ 1898 г.).

1	Гиршъ Густавъ Ивановичъ, д. тайн. сов. лейбъ-хирургъ . . . . .	150 р.	(1898) Въ Главн. Кассу.
2	Троицкій Александръ Петровичъ, д-ръ (въ Новгородѣ) пожертв. золотые часы съ цѣп., продан. за . . . . .	100 »	(1898) » » »
3	Богородицкій Григорій Ивановичъ, уѣзд. врачъ, пожертвованіе въ его честь отъ его сестры . . . . .	250 »	(1900) » » »
4	Осмоловскій Михаилъ Романовичъ, стар. вр. 12 Туркест. лин. батал., завѣщалъ . . . . .	340 » 20 к.	(1900) » Туркест. Кассу.
5	Поновъ Александръ Васильевичъ, докторъ медицины, казначей Главной Кассы . . . . .	300 »	(1901) » Главную Кассу въ возвратъ воен.-гражд. по Кассѣ.
6	Чарноцкій Доминикъ Валентьевичъ вольнопракт. вр. въ г. Бу-гурусланъ . . . . .	50 »	(1901) » Самарск. Кассу.
7	Дыминъ Дмитрій Абрамовичъ, вольнопракт. вр. въ г. Харьковѣ . . . . .	175 »	(1888) » Харьков. Кассу.
8	Одосумовъ Ал-дръ Іосифъ, д-ръ, тайн. сов., завѣдывавшій Кавказск. Кассою съ 1867 г. въ теч. 33 лѣтъ, завѣщалъ . . . . .	200 »	(1903) » Кавказск. Кассу.







R4 S

2

COUNTWAY LIBRARY



HC 24M7 L

